Arbetsmiljöfonden
SAMMANFATTNING 1742

Klinisk handledning och individualiserad omvårdnad i demensvård

När personalen på en vårdavdelning för gravt dementa patienter fick stöd genom handledning och omvårdnadsplanering skedde tydliga förändringar. De fick lättare att se de demenssjuka som människor, kände större stolthet över sitt arbete och blev mindre utbrända. Samtidigt ökade patienternas välbefinnande. På en kontrollavdelning i samma byggnad fortgick arbetet som vanligt, utan något särskilt stöd till personalen. Där gick utvecklingen i motsatt riktning.

Projektet visar på ett sätt att bryta sådana onda cirklar som lätt uppstår inom demensvården. Cirklar som beror på att vårdaren känner sig otillräcklig och inte får kontakt med den demente utan i stället koncentrerar sig på arbetsuppgiften. Den demente blir ett objekt i stället för en person. Detta kan leda till dålig arbetstillfredsställelse och andra negativa effekter för vårdaren.

Studien är genomförd vid Vårdhögskolan i Kristianstad.

BAKGRUND

Tidigare studier har visat att omvårdnaden av demensdrabbade kan präglas av understimulering och social isolering. Det kan i sin tur leda till ett störande beteende hos patienterna och negativ förstärkning för personalen. Personalen får inte uppleva känslan av att ha lyckats ge god omvårdnad. Känslor av misslyckande bidrar till att vårdarna (mer eller mindre omedvetet) isolerar sig från patienterna som personer.

Av denna isolering och bortträngning av patienten som person följer ett uppgiftsorienterat arbetssätt. Det sker på bekostnad av personlig omvårdnad. Det kan bidra till ännu fler negativa reaktioner hos patienterna, till exempel störande beteenden, aggressiva handlingar och upprepat skrikande. Konsekvenserna av denna onda cirkel kan bli låg arbetstillfredsställelse och utbrändhet hos personalen. Omvårdnadens låga kvalitet medför samtidigt minskat välbefinnande för patienterna.

Detta leder till antaganden om att särskilt omvårdnad av demensdrabbade kräver särskilda lednings- och stödstrukturer. Vårdarna erhåller lite eller svårtolkad feed back i omvårdnaden av den demensdrabbade och patienterna kan inte själva styra/vägleda personalen i genomförandet av den personliga omvårdnaden. Stödstrukturerna kan huvudsakligen fokusera omvårdnadens genomförande på en intellektuell nivå och/eller stödja emotionella aspekter av omvårdnadens genomförande. Intellektuellt stöd för omvårdnadens genomförande kan erhållas genom till exempel individuellt planerad omvårdnad. Känslomässigt stöd kan fokusera vårdarna, patienterna och/eller båda parter. Det kan ske i form av indirekt systematisk klinisk handledning.

De speciella krav och förutsättningar som omvårdnaden av gravt dementa ställer på vårdarna och de risker som följer därav för patienterna, gör det extra viktigt att testa och utvärdera effekter av systematisk klinisk handledning och handledd planerad individuell omvårdnad. Några sådana studier hade inte så långt undersökaren kunde finna genomförts före det att denna undersökning påbörjades.

För innehållet svarar
Ingalill Rahm Hallberg
Enheten för vårdforskning,
Vårdhögskolan,
Lasarettsboulevarden 18 A,
291 33 Kristianstad,
telefon 044-13 10 00.

ÖVERGRIPANDE SYFTE

Studien avsåg att studera effekterna av systematisk klinisk handledning och handledd planerad individualiserad omvårdnad. Det handlar om effekterna på personalens välbefinnande, på omvårdnadens genomförande och på patienternas välbefinnande. Studien avsåg att jämföra resultaten från en avdelning för intervention med en likartad avdelning där inga interventioner genomfördes. Därutöver avsåg studien att, i de fall inget referensmaterial fanns (upplevelser av patienterna, svårigheter i vårdandet och attityder till dementa), jämföra resultaten från de aktuella avdelningarna med resultat från andra liknande avdelningar.

Effekter av interventionen på personalens välbefinnande studerades utifrån parametrar som: arbetstillfredsställelse, kreativitet och gruppklimat, attityder till gravt dementa, leda och utbrändhet i arbetet, upplevelser av problem i vårdandet av patienterna och svårigheter att i omvårdnaden handskas med olika beteenden hos patienterna, vårdarnas empatiska förmåga, vårdarnas försvarsstruktur samt vårdarnas upplevelser av patienterna, vårdandet, av sig själva och deras strategier för vårdandet.

Effekter av interventionen på omvårdnadens genomförande studerades för samspelet mellan vårdare och patient under morgonomvårdnaden, aktiviteter under perioder av låg praktisk omvårdnadsaktivitet, samt genomförande och samspel under lunchmåltiden.

Effekter av interventionen på patienternas välbefinnande studerades för parametrar som patienternas funktionella förmåga, allmänna välbefinnande, patienternas beteende och omfattning av problematiska beteenden.

Data insamlades före interventionens början samt efter 6 och 12 månaders intervention på den undersökta avdelningen och på en motsvarande kontrollavdelning.

URVAL

Interventionen genomfördes på en avdelning för demensvård. Den jämfördes med en kontrollavdelning i samma byggnad och med samma avdelningsföreståndare och klinikledning. Avdelningarna hade samma bemanning; sjuksköterskor och skötare, dag- och nattpersonal, (18 respektive 19 personer). Avdelningarna hade samma antal patienter (10) och patienterna hade ungefär samma grad av funktionsförluster till följd av demenssjukdom. Under undersökningsperioden (1991–1993) genomfördes den så kallade Ädelreformen. De aktuella avdelningarna övergick då från landstingskommunal till primärkommunal ledning.

Undersökning av personals upplevelser av att vårda dementa, svårigheter i omvårdnaden, arbetstillfredsställelse och grad av utbrändhet genomfördes omfattande samtlig personal inom Kristianstads kommun (oavsett huvudman) som vårdade gravt dementa vid enheter speciellt avsedda för demensvård (n=131). Undersökning genomfördes för attityder till demensdrabbade hos studenter i avgångsklasser i sjuksköterskeutbildning, vidareutbildning i primärvård och den sociala omsorgsutbildningen vid Vårdhögskolan, Kristianstad (n=94).

INTERVENTIONEN

Interventionen vilade på antagandet om att "goda cirklar" kan skapas och förstärkas om personalen får särskilt stöd för det som är svårt. God kvalitet i omvårdnaden är beroende av hur väl vårdarna lyckas förstå och ge omvårdnad som är individuellt avpassad till varje enskild person. Kvaliteten beror också på hur väl de lyckas identifiera och lindra patientens eventuella lidande och i vilken omfattning personalen får indikationer på att de gett god omvårdnad. De indikationerna kan komma från patienter, från arbetskamraterna och från arbetsledningen.

Inledningsvis genomfördes utbildningsdagar om aktuell kunskap kring demenssjukdomar och omvårdnad för båda avdelningarna. Handledningen genomfördes, på undersökningsavdelningen, som indirekt klinisk handledning, det vill säga de handledda aktualiserade situationer/personer från sin vardag i vården. Även andra aspekter från deras kliniska vardag – exempelvis etiska problem och frågor omkring döendet – kunde aktualiseras.

Samtlig personal i tjänst vid handledningstillfället deltog (var 3:e vecka första terminen därefter varannan vecka, 2 timmar/gång).

Kontaktpersonen presenterade "sin" patient avseende sjukdomshistoria, social situation nu och tidigare, funktionsförmåga och vad som för kontaktpersonen kändes särskilt angeläget att få belyst och diskuterat under handledningen. Handledningen fortsatte utifrån två frågeställningar:

– *Vad känner jag inför denna patient, vilken relation har jag till patienten och hur brukar jag vanligtvis förhålla mig i omvårdnaden av henne/honom?* Och; – *Hur tror jag att denna person upplever sig själv, sin situation, oss och vårt sätt att arbeta samt vad tror jag är ett bra liv för henne/honom?*

Var och en i gruppen berättade fritt, i tur och ordning, om sina tankar i förhållande till de två frågeställningarna. Handledaren understödde berättandet med stickord och frågor och antecknade, på ett blädderblock, stödord från var och en av deltagarna. Efter genomgången från person till person och utifrån de två frågorna inbjöds deltagarna att associera omkring det de hört eller det de såg noterat på blädderblocket. Associationen avsåg att ge ytterligare material rörande personalen, patienten och den aktuella situationen och avslutades med tolkning och slutsatser för det fortsatta omvårdnadsarbetet.

Omvårdnadsplaneringen följde omvårdnadsdiagnostiskt tänkande som bygger på datainsamling, analys

av hur olika data logiskt sammanhänger med varandra i problemområde/diagnos, vad problemet är relaterat till och vad problemet har för konsekvenser i form av beteende, reaktioner eller motsvarande. Efter omvårdnadsdiagnosen följer en målformulering för omvårdnaden, omvårdnadsåtgärder som är så detaljerade att vem som helst i arbetslaget skall kunna genomföra omvårdnaden på det sätt som kontaktpersonen avsett, en eventuell prognostisk bedömning av problemet, datum för planeringen, datum för utvärdering och eventuell omformulering och signatur av den/de som genomfört planeringen.

Det är särskilt angeläget att omvårdnadsdiagnosen är specifik och bygger på en grundlig analys av personens kvarvarande funktion/funktionsnedsättning och av vad patienten tycker om/inte tycker om. Följande områden skulle var för sig omfattas av en bedömning:

- Förmåga till personlig hygien, på- och avklädning
- Förmåga att äta, behov av näring och dryck/vätskeintag
- Förmåga till rörlighet, gång och behov av lägesändringar
- Förmåga till elimination, kontroll av blåsa och tarm
- Behov av gemenskap, kontakt och närhet till andra
- Behov av aktivitet, vila, rytm över dygnet.

Anhörigsamtal planerades och genomfördes omfattande kunskap om patientens tidigare personlighetsdrag, livshistoria, tidigare intressen och värden i sitt liv, tidigare förhållande till primär omsorg om sig själv (ADL), reaktion under sjukdomsdebuten och under sjukdomens förlopp, andra sjukdomar/skador av betydelse samt anhörigas förväntningar och synpunkter på hur omvårdnaden skulle genomföras. Forskningsassistent handledde direkt i omvårdnadsplaneringen och efter den första terminen hade samtliga patienter omvårdnadsplaner. Därefter övertog personalen själva planeringen och forskningsassistenten handledde utvärderingen av omvårdnaden.

EFFEKTER

Personalen beskrev själva förändringarna vid en konferens:

- Vi fick en djupare insikt i vad det innebär att vara dement.
- Vi blev mera vakna för varje patients speciella behov. Till exempel om en patient fick för sig att han skulle gå till skolan och hade en tid att passa. Ignorerade vi patienten och lät honom stå vid ytterdörren kunde han/hon varva upp mer och mer. Det kunde väcka så mycket ångest att patienten inte blev lugn på hela förmiddagen och kanske till och med behövde ta extra lugnande medicin. Nu tog vi i stället oss tid för patienten, pratade, förklarade, kanske kom med en nödlögn för att avleda. Vi provade oss fram och var lyhörda för vad som fungerade bäst i bemötandet just då och upplevde att vi med ganska små medel kunde få patienten att fungera bra igen.
- Vi lärde oss att lyssna mer på de anhöriga och vara mera öppna för deras åsikter.
- Vården blev mera individuell och varje patient fick mer tid. Vi lade stor vikt vid att patienten själv skulle genomföra de moment han/hon kunde för att bevara det friska friskt längre.
- Kontaktpersonen är numera den viktigaste personen för patientens omvårdnad.

Organisationen av omvårdnadsarbetet ändrades från ett uppgiftsorienterat arbetssätt till ett system som motsvarar primär omvårdnad (primary nursing). Rapporteringssystemet förändrades och den muntliga informationen minskades till förmån för de skriftliga omvårdnadsplanerna och till kontinuerlig skriftlig dokumentation av omvårdnaden. Lunchmåltidens genomförande upplevdes stressfylld och videoinspelades. Personalen kom fram till att det var deras arbetssätt som skulle ändras. Framför allt skulle onödigt buller och "spring" från en patient till en annan minskas.

Personalens upplevelser av arbetsmiljön

När projektet startade förelåg inga signifikanta skillnader mellan de båda avdelningarna när det gällde hur personalen upplevde sin arbetsmiljö. Inga signifikanta förändringar i upplevelser av arbetsmiljön uppmättes på kontrollavdelningen under interventionsåret. På undersökningsavdelningen uppmättes däremot signifikanta förbättringar i de flesta parametrarna. Störst förändringar skedde i parametrar som kreativitet och arbetstillfredsställelse.

Arbetstillfredsställelsen förbättrades vad gäller upplevelsen av uppmärksamhet och feedback. Av de åtta olika parametrarna för arbetstillfredsställelse förbättrades värdena för; tillfredsställande trivsel och samarbete, tillfredsställande kunskap om patienter och arbete, tillfredsställande självständighet och kvalitet i omvårdnaden, personlig utveckling (Hallberg, Welander Hansson & Axelsson 1994).

Synen på patienterna förändrades signifikant i tre av de sex olika faktorerna. Personalen upplevde att patienterna gav mer gensvar, att de var mer mottagliga och upplevde också deras liv som mindre tomt. Det blev lättare att genomföra omvårdnaden i de fall då patienterna visade på en extremt stark egen vilja, då patienternas liv upplevdes som tomt och då patienterna var extremt viljelösa. Vårdarnas känslomässiga reaktioner blev mer positiva jämfört med kontrollavdelningen framför allt vad gällde personalens känsla av att vara till nytta för

patienterna och vad gäller personalens känslor av tillgivenhet till patienterna (Hallberg & Norberg 1993).

Attityder

Personalens attityder till dementa förändrades också, om än i mindre omfattning än inom de ovan beskrivna områdena (manus). Personal angav en signifikant mer avvisande hållning till att patienternas liv skulle präglas av alienation vilket var en av de nio delfaktorerna. Deras föreställning om andras attityder till demensdrabbade visade också en förbättring i inställningen till det meningsfulla i att vårda gravt dementa. Således skedde en förbättring såväl i den egna inställningen till demensdrabbade som i hur man trodde att andra såg på gravt dementa. Det senare tyder på att de egna attityderna i viss mån projiceras på omvärlden.

Kreativitet och gruppklimat förbättrades signifikant i sju av de tio faktorerna; Frihet, idéstöd, tillit till andra, dynamik i arbetslaget, lekfullhet, risktagande, idétid och konflikter (det senare värdet gick ner) förändrades (Berg et al., 1994).

Graden av empati förändrades signifikant hos personalen på undersökningsavdelningen. Utvecklingen gick i motsatt riktning på kontrollavdelningen (opublicerad analys).

Mindre utbrändhet

Leda och utbrändhet minskade signifikant på undersökningsavdelningen. Framför allt förbättrades upplevelsen av personlig prestation. Undersökningsavdelningens resultat var bättre såväl vad gäller graden av emotionell utmattning och depersonalisation, som vad gäller upplevelsen av personlig prestation och totalvärdet för utbrändhet jämfört med den större gruppen av personal som arbetade med gravt dementa (Welander Hansson et al., in press).

Personalen ansåg att omvårdnadens kvalitet förbättrats under interventionens gång. Personalen ansåg också att det skett en signifikant förbättring vad gäller den skriftliga dokumentationen såväl av patienternas fysiska, psykologiska, sociala, kulturella och existentiella behov som av planeringen, genomförandet och utvärderingen av den planerade omvårdnaden.

Preliminär analys av intervjuerna om interventionens effekter visade att personalen genomgående ansåg att interventionen haft positiva konsekvenser för patienterna, för dem själva enskilt och som grupp. Effekterna för patienterna bestod framför allt i att omvårdnaden individualiserats, blivit anpassad till varje enskild patient som en unik person med sina speciella behov och med sin speciella situation. Personalen upplevde att deras förståelse av och för patienterna förbättrats markant.

Någon anställd som varit borta under den period då interventionen påbörjats beskrev att som han/hon upplevde det hade några patienter blivit bättre. De klarade nu sådant som personalen tidigare gjort åt dem. Vårdarna tolkade det som att de nu, efter interventionen, undersökte patientens funktionsförmåga och anpassade omvårdnaden till den. Tidigare hade de oftast genomfört omvårdnaden på rutin och "då gick det snabbare att göra det själv". Det i sin tur ledde till att patienternas omvårdnad inte tog till vara den funktionsförmåga de faktiskt hade kvar. Personalen beskrev också att omvårdnadens genomförande förändrats i riktning mot en "kärleksfullare" omvårdnad. De upplevde att de hade mera omtanke om och "månade" mera om sina patienter.

Intervjuerna betonade att man fått hjälp med att söka förklaringar och lösningar på sådant som man upplevt särskilt svårt i vårdandet. För vårdarnas egen del innebar interventionen att man i sitt förhållande till patienten var mera eftertänksam och reflekterade mera omkring vad och hur man gjorde, vad man kunde göra annorlunda, vad patienten upplevde, behövde, mådde bra av och så vidare. Vårdarnas förhållande till varandra förändrades. Att inför varandra beskriva känslor och reaktioner innebar en bekräftelse av sig själv, men också en förståelse för arbetskamraternas känslor och reaktioner. Det individuella ansvaret för arbetet hade ökat och det upplevdes positivt.

Bland de negativa effekter som personalen lyfte fram framstod framför allt problemen omkring skriftlig dokumentation. En del tyckte det var svårt att uttrycka sig i text och att ha tid att skriva.

Kravet i den indirekta handledningen att var och en som deltog också skulle uttala sig om sig själv och den för dagen aktuella patienten upplevdes svårt. Man var ovan vid att yttra sig inför varandra och därför avstod man ibland från att säga sådant som man egentligen ville säga. Tiden och träningen gjorde det lättare att säga vad man tänkte och kände.

Samspelet

Analysen av morgonomvårdnadens genomförande visade att det skett signifikant olika utveckling på de två avdelningarna under året (Edberg et al., submitted). På kontrollavdelningen minskade andelen samspelssituationer präglade av ömsesidighet och att man var i takt med varandra. Andelen situationer i vilka man var isolerade och i otakt med varandra ökade.

Den omvända utvecklingen sågs på undersökningsavdelningen.

På kontrollavdelningen blev patienterna tilltagande sämre och det i sin tur påverkade samspelet mellan vårdare och patient negativt. Motsvarande utveckling skedde också på undersökningsavdelningen, men den negativa utvecklingen i patienternas tillstånd motverkades sannolikt av interventionen. Ökningen av ömsesidighet tyder på att det skett en ökad aktivitet hos patienterna på undersökningsavdelningen medan patienterna på kontrollavdelningen i ökande grad blivit passiva.

Skattningarna för patienternas tillstånd och beteende har endast

preliminärt analyserats. Den analysen visar att välbefinnande hos undersökningsavdelningens patienter förbättrats under interventionens gång. Den motsatta utvecklingen ses på jämförelseavdelningen.

TOLKNING AV RESULTATEN

Effekterna av den intervention som genomförts på avdelningen för vård av gravt demensdrabbade visade entydigt en kraftigt positiv förändring i de olika aspekterna av *personalens arbetsmiljö*. Analysen av *omvårdnadens genomförande och patienternas välbefinnande* visade signifikanta förbättringar också i dessa aspekter.

Resultaten kan förstås utifrån att interventionen påverkade personalens känslor inför patienten, viljan till omvårdnad, vad vårdarna kunde göra och slutligen vad vårdarna faktiskt gjorde. Den förändrade känslan och viljan till omvårdnad hade sannolikt sina rötter i kontinuerlig reflektion av känslomässig såväl som intellektuell karaktär. Reflektionen fanns i den indirekta handledningen och i den individuellt planerade omvårdnaden. Genom reflektionen närmades personalen till patienten som person och det i sin tur innebar att patienten framstod för vårdaren som människa mer än som dement objekt för vård.

Förändrat kunnande handlade i hög grad om att genom planeringen av omvårdnad och i handledningen få prövat, bekräftat och utvidgat sitt eget handlande/tänkande. Det kan förstås utifrån att reflektionen omkring varje enskild patient avtäckte personalens praktiska kunnande och i lika hög grad bildade nya modeller för praktiken som vårdarna kunde acceptera och ta till sig.

Det förändrade görat handlade om att vårdarna i praktiken prövade sina tankar, planeringar och idéer och fann att en del tankar fungerade betydligt bättre än vad de trodde och andra fungerade inte alls.

Interventionen innebar att det ibland var en förändrad känsla som ledde till förändrad vilja, kunna och göra. I andra fall var det synen på görat som ledde till förändrad vilja och känsla. I åter andra fall var det synen på kunnat som ledde till förändrad vilja och förändrad känsla. Reflektionen i handledningen och/eller den individuella omvårdnadsplaneringen gav grunden för att ta ställning till huruvida det som gjordes var det bästa möjliga just nu.

Sannolikt blev interventionen en bekräftelse till vårdarna. Vårdarna upplevde balans mellan sina mål och det de uppnådde. Interventionen var sammansatt på ett sådant sätt att den rörde vårdarnas känsla, vilja, kunna och göra i förhållande till patienterna och också i förhållande till varandra. I den egna personliga evalueringen av förhållandet mellan känna, vilja, kunna, göra bekräftade vårdarna sig själva. Bekräftelse uppstod i mötet med patienterna, med kollegorna och med handledaren, det vill säga yttre bekräftelse. Handledningen bekräftade vårdarnas kompetens då vårdarna och handledarna, utan att fördöma eller moralisera, lyssnade till olika tolkningar och sätt att lösa problem. Bekräftelse uppstod i mötet mellan vårdare och patient genom att vårdaren "lyckades bättre" än tidigare. Liksom tidigare förekom det att patienterna avvisade personalen. Det "nederlag" för vårdaren själv som låg i detta kunde vårdaren bearbeta i olika sammanhang.

Bekräftelsen innebar inte ett okritiskt beundrande av det som gjordes. I den kritiska granskningen låg tillit till varandras kompetens att kunna och göra ännu bättre. Rimligen innebar bekräftelsen som uppstod i vårdarnas egna ögon och som uppstod i mötet med patienterna och varandra att vårdarnas känsla av värdighet och stolthet över det egna arbetet ökade.

Resultaten kan tolkas utifrån att det skett organisatoriska förändringar som påverkat personalen och kvaliteten i deras arbete. Ur systemteoretisk synvinkel är arbetsmiljön en integrerad del av verksamhetens strategier för att lösa arbetsuppgifterna med högsta möjliga kvalitet. Deltagarna (patienter och personal och den omgivande miljön/systemet) påverkar varandra ömsesidigt och är beroende av varandra vilket är förenligt med påståenden om att dålig arbetsmiljö ger dålig vård och vårdmiljö för patienterna. Interventionen påverkade inte den yttre arbetsmiljön, men arbetets innersta kärna, det vill säga omvårdnaden.

Ledarskap

Ett annat sätt att tolka hur förändringen kom till stånd är utifrån teorier om ledarskap. Det är rimligt att påstå att undersökarna i den aktuella interventionen tog ledarskap över avdelningens verksamhet. Ledarskapet gällde enbart den indirekta handledningen och den planerade individuella omvårdnaden och kan i den meningen tyckas begränsad. Mot det talar det faktum att båda delarna av interventionen behandlade arbetet i dess totala mening. Kärnprocessen, omvårdnadens genomförande, omfattades helt av interventionen och undersökarna stod för ledningen av interventionen. Således tog undersökarna över ledarskapet för avdelningens kärnprocess.

I omvårdnaden av de demensdrabbade tycktes kärnproblemet vara att nå fram till det möte i vilket man i det godas anda kan "styra" varandra i rätt riktning. Samtidigt kunde inte kontakt undvikas eftersom dagen var fylld av praktiska omvårdnadshandlingar som krävde att patienternas personliga gränser överskreds in i de mest intima regionerna. I detta oundvikliga praktiska möte och dess oförutsebara utgång låg sannolikt den största källan till stress för personalen. Sett ur ett arbetsmiljöperspektiv kan dessa problem lösas på två helt olika sätt. Båda sätten kan ha samma syfte; att minimera stressfyllda situationer. Det kan ske genom arbetsrotation, genom att vårdpersonalen roterar mellan patienterna, genom förkortad arbetstid och så vidare.

Det andra sättet bygger på tanken om att stressen ligger i att mötet

mellan vårdare och patient inte uppstår. Mellan parterna sker ofta förnekelse och avvisande snarare än bekräftelse. Det är sannolikt en för människor onaturlig situation som påverkar självkänslan och självbilden negativt. Den distans som uppstår och som ytterligare riskerar att förvränga relationen mellan de båda kan man genom intervention försöka överbrygga. Interventionen i denna studie innebar det senare. Både den kliniska handledningen och införandet av individuella omvårdnadsplaner under handledning innebar att ökad närhet till patienten understöddes. Av denna tolkning skulle man kunna dra slutsatsen att interventioner som avser att förbättra för omvårdnadspersonal och att förbättra omvårdnaden främst och helst skall syssla med kärnprocessen. Man ska ge stöd och feed back till omvårdnadens centrala fenomen. Vilka som är omvårdnadens centrala fenomen skiljer sig rimligen åt från en typ av omvårdnad till en annan.

Interventionens effekter kan förklaras med att undersökarna tog över betydelsefulla ledningsfunktioner/roller och andra roller kom att omfördelas inom arbetslaget. Det sätt som ledarskapet upprätthölls innebar att det skapades stödsystem för det som i verksamheten var viktigast och svårast. Ett utpräglat demokratiskt ledarskap framför allt genom kontaktpersonens totala ansvar för patientens omvårdnad infördes.

Det är inte helt orimligt att påstå att den intervention som genomförts här är en typ av intervention som ligger på verksamhetschefers ansvar att genomföra eller åtminstone att initiera. Ytterst är verksamhetens chef ansvarig för arbetsuppgiftens kvalitet och genomförande. I ansvaret ligger också att se till att verksamhetens resurser (personal) förvaltas på ett bra sätt. Den här beskrivna interventionen engagerade sig i arbetsuppgiftens kvalitet och förvaltningen av personalen och patienternas behov och möjligheter. Studien kan ge exempel på strategier för chefer att använda i vård och omsorgsverksamheter. Det gäller särskilt när omvårdnad av demensdrabbade sker inom verksamheten.

RAPPORTEN

Hallberg I.R. **Klinisk omvårdnadshandledning** (130 sidor). Boken utkommer i september 1995 hos Liber Utbildning. ISBN 91-634-1305-1. Därutöver finns ett antal vetenskapliga publikationer. Förteckning kan beställas från Enheten för vårdforskning, Vårdhögskolan, Lasarettsboulevarden 18 A, 291 33 Kristianstad, tel 044-13 28 21.

ORD&FORM AB, Uppsala 1995 Best.nr. 626-2161-0

Sammanfattning 1742 Maj 1995
Pnr 90-1182 Arbetsorganisation med inriktning på produktionsteknik/tekniska förändringar (63)

Arbetsmiljöfonden
Postadress Box 1122, 111 81 Stockholm *Besöksadress* Olof Palmes Gata 31 *Tel* 08-791 03 00 *Fax* 08-791 85 90