



Anne-Grethe Naustdal

Sjukepleieleiaren sitt arbeid  
med kompetanseutvikling i  
sjukehus

– sett i lys av erfaringar med  
innføring av sjukehusreforma

Mars 2006

# **Samandrag og abstract**

## **Sjukepleieleiarens sitt arbeid med kompetanseutvikling i sjukehus – sett i lys av erfaringar med innføring av sjukehusreforma**

Studie har som formål å få kunnskap sjukepleieleiarar på sengepostnivå si rolle i arbeidet med kompetanseutvikling. Det er nyttet ein kvalitativ metode i form av uformell intervjuing. Utvalet består av åtte sjukepleieleiarar ved fire sjukehus innan eit lokalt helseforetak. Datamateriale er analysert etter Kvale (1997) sin analysemodell. Funna i studien syner at sjukepleieleiarane ser på seg sjølv som sentrale i arbeidet med kompetanseutvikling for sjukepleiprofesjonen, men tid og fokus arbeidet får har store variasjonar. Rammenvilkåra for å kunne drive ei fagleg forsvarleg og kvalitativ god sjukepleieteneste synes utfordra i samband med sjukehusreforma. Administrativt arbeid vektleggast framfor fagleg arbeid. Institusjonelle tilhøve som tidlegare var med å sikra arbeidet med kompetanseutvikling, er ikkje tilstades på same måte. Dei einskilde sjukepleieleiarane er meir overlagt til seg sjølv. Organisasjonsansvaret i høve kompetanseutviklingsarbeidet ser ikkje ut til å vere oppfylt etter intensjonen med innføring av sjukehusreforma.

## **The nurse manager's work with competence development in hospital wards - In the light of experience with the introduction of the health care reform.**

The purpose of this study is to gain knowledge about the role of nurse managers in hospital wards in the field of competence development. A qualitative method with semi-structured interviews was chosen. Eight nurse managers in four hospitals in a local health enterprise participated. Data analysis was done with Kvale's (1997) analyse method. The findings indicate that the nurse managers consider themselves as central in competence development in the nurse profession, but that time spent and amount of focus on this kind of work varies a lot. Framework conditions for professional defensibility and qualitative good nursing service seem to be challenged by the health care reform. Administrative tasks get a higher priority than professional development. Institutional conditions that used to support competence development are not present as earlier. The individual nurse managers are more left to themselves. It seems that the organizational level responsibility for competence development is not taken as intended in the health care reform.

## **FORORD**

Denne masteroppgåva inngår som ein del av masterstudie i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Oppgåva utgjer 30 av dei totalt 120 studiepoengna masterstudiet består av. Oppgåva er skrive i tilknyting til eit pågåande ATM<sup>1</sup>- prosjekt ved Rokkansenteret, Universitetet i Bergen. Eg har følgt forskingsseminaret POLIS<sup>2</sup>, og deltatt på eit prosjekt som tar sikte på å utvikle forsking og utviklingskompetanse omkring leiing i sjukepleietenesta. Det har vore svært inspirerande og lærerikt å vere med på desse seminara. Eg vil rette ein stor takk til min rettleiar Dr.Polit. Haldor Byrkjeflot, som også er prosjektleiar ved ATM- prosjektet, for god og konstruktiv rettleiing og for inkludering i eit spennande fagmiljø. Ein stor takk går også til studieleiar Øyvind Glosvik for eit svært interessant, lærerikt og godt tilrettelagt masterstudie. Eg har sett svært stor pris på gode faglege diskusjonar, for di tru på prosjektet og for god hjelp i innspurten av oppgåva

Tusen takk til sjukepleieleiarane som sa seg villeg til å vere med på denne studien, for tida dykker og for god og nyttig informasjon.

Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag, ynskjer eg å takke for tildelt forskingstid og for god tilrettelegging av arbeidssituasjonen. Særskilt takk til dekan Eva Marie Halvorsen for di tru på det eg gjer og til Randi Jepsen som på ein sporty måte steppa inn som vikar i delar av studieleiarjobben min og som alltid er så positiv. Takk til mine kollegaer som har vist stor toleranse i høve det å ha ein studieleiar som studerar.

Sist, men ikkje minst må eg takke mannen min, Per Øyvind, for oppmuntring til å stå på og for å ha å ha tatt dei tak som trengs i heimen. Takk til mine to gutter, Jacob og Marius, som tolmodig har prøvd å ikkje forstyrre mamma for mykje i arbeidet framfor datamaskina og bøkene. No skal eg bli med på ski og fjellturar i helgane igjen.....

Førde, 1.mars 2006.

---

<sup>1</sup> Autonomy, Transparency and Management. Reform dynamics in health care: a comparative research program» is funded by the [Norwegian Research Council](#). (januar 2003 - desember 2007)

<sup>2</sup> POLIS: forskingsseminar der forsking og masteroppgåver omkring politikk, leiing og organisasjon i spesialiserte kunnskaps-organisasjonar, med spesiell vekt på helsevesenet, har blitt diskutert.

# Innhold

<b>KAPITTEL 1 INNLEIING.....</b>	<b>- 1 -</b>
1.1 Problemstilling, avgrensing og formål.....	- 2 -
1.2 Oppbygging av oppgåva.....	- 4 -
<b>KAPITTEL 2 SJUKEHUSORGANISASJONEN I ENDRING .....</b>	<b>- 6 -</b>
2.1 Sjukehousorganisasjonen.....	- 6 -
2.2 Leiing i sjukehus.....	- 9 -
Frå fagleg til profesjonell leiing.....	- 10 -
Einskapleg leiing i møte med praksis .....	- 10 -
2.3 Sjukepleietenesta i møte med andre aspekt av sjukehusreforma.....	- 14 -
2.4 Oppsummering .....	- 18 -
<b>KAPITTEL 3 SJUKEPLEIE OG KOMPETANSEUTVIKLING.....</b>	<b>- 20 -</b>
3.1 Sjukepleie som profesjon .....	- 21 -
3.2 Sjukepleieleiing.....	- 24 -
3.3 Kompetanseutvikling .....	- 27 -
Kompetanseutviklingsarbeidet innan sjukepleieprofesjon.....	- 32 -
Evidensbasert sjukepleie.....	- 36 -
Leiing og kompetanseutvikling .....	- 37 -
3.4 Oppsummering .....	- 41 -
<b>KAPITTEL 4 METODISK TILNÆRMING .....</b>	<b>- 42 -</b>
4.1 Val av metode.....	- 42 -
Det kvalitative forskingsintervju .....	- 44 -
4.2 Val av informantar og tilgang til forskingsfelt.....	- 45 -
4.3 Metode for datainnsamling.....	- 46 -
Gjennomføring av intervju .....	- 47 -
4.4 Analyse og tolking .....	- 48 -
4.5 Validitet, reliabilitet og generalisering .....	- 50 -
Validitet .....	- 51 -
Reliabilitet .....	- 52 -
Generalisering.....	- 54 -
4.6 Etiske vurderingar.....	- 54 -

<b>KAPITTEL 5 SJUKEPLEIELEIARANE SITT ARBEID MED KOMPETANSEUTVIKLING I DAGENS SJUKEHUS .....</b>	<b>- 56 -</b>
Demografiske data.....	- 56 -
Beskriving av sjukepleiarkompetansen .....	- 60 -
<b>5.2 Sjukepleieleiarane sitt arbeid med kompetanseutvikling .....</b>	<b>- 62 -</b>
Medarbeidarsamtalar .....	- 65 -
Konkrete kompetanseutviklingstiltak som vert satt i verk.....	- 66 -
Klinisk stige og avsetting av fagdagar .....	- 67 -
<b>5.3 Kva er det som påverkar sjukepleieleiareni prioritering av arbeidsoppgåver?.....</b>	<b>- 68 -</b>
<b>5.4 Sjukepleieleiarane sine ”nye” utfordringar i høve arbeidet med kompetanseutvikling.....</b>	<b>- 72 -</b>
Medverknad, involvering og leiaroppfølging .....	- 74 -
Forventningar frå tilsette og overordna leiing .....	- 75 -
Viktigaste leiaroppgåve .....	- 76 -
<b>5.5 Oppsummering av funn .....</b>	<b>- 78 -</b>
<b>KAPITTEL 6 KOMPETANSEUTVIKLING FOR SJUKEPLEIEPROFESJONEN I SJUKEHUS - EI PRIORITYERT OPPGÅVE FOR KVEN? .....</b>	<b>- 80 -</b>
<b>6.1 Sjukepleieleiareni rolle i arbeidet med kompetanseutvikling .....</b>	<b>- 80 -</b>
Sjukepleieleiareni rolle i høve det å skape eit godt læringsmiljø .....	- 81 -
Eksempel på kompetanseutviklingstiltak.....	- 83 -
Sjukepleieleiarane sine arbeidsoppgåver – ei sløsing med sjukepleiefagleg kompetanse? .....	- 85 -
<b>6.2 Ein sjukehusorganisasjon i endring – konsekvensar for sjukepleie-leiaren på sengepostnivå .....</b>	<b>- 87 -</b>
Einskapleg leiing - ideal eller realitet? .....	- 88 -
Ny organisasjonsstruktur – konsekvensar for sjukepleieprofesjonen si utvikling .....	- 89 -
Communities of practice.....	- 92 -
<b>7.0 KONKLUSJON OG VIDARE FORSKING .....</b>	<b>- 94 -</b>
<b>7.1 Konklusjon .....</b>	<b>- 94 -</b>
<b>7.2 Vidare forsking om sjukepleieleiing og kompetanseutvikling .....</b>	<b>- 94 -</b>
<b>7.3 Avslutning .....</b>	<b>- 96 -</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>- 97 -</b>
<b>Vedlegg 1 Informasjon om studiet til informantane.....</b>	<b>- 103 -</b>
<b>Vedlegg 2 Demografiske data.....</b>	<b>- 105 -</b>
<b>Vedlegg 3 Informert samtykke.....</b>	<b>- 107 -</b>
<b>Vedlegg 4 Intervjuguide.....</b>	<b>- 108 -</b>

## Kapittel 1 Innleiing

God fagleg kvalitet er eit kjernelement i ei kvar kvalitetsvurdering av helsetenesta. Vi vil alle ein eller annan gong oppleve at ein sjølv, familie eller nære vennar får behov for hjelp frå helsevesenet. I ein slik situasjon vil vi ikkje akseptere ei helseteneste som ikkje er av god fagleg kvalitet. Dei aller fleste av oss vil krevje ei behandling basert på den beste og siste kunnskapen den medisinsk-faglege utviklinga kan gje oss.

I takt med samfunnsutviklinga har sjukehusa utvikla seg til å bli kompliserte bedrifter med mange høgt utdanna og fagleg kompetente medarbeidrarar. Det å organisere sjukehusa slik at samfunnet best muleg kan gjere nytte av den faglege kompetansen samstundes som den einskilde helsearbeidar opplever samsvar mellom kvalifikasjonar og oppgåver, blir skissert som ei av dei store utfordringane i dagens helsevesen. I NOU 1997:2 :14 "*Pasienten først!*" blir det beskrive behov for eit forbetringsarbeid i norske sjukehus:

*"Sykehusene er komplekse kunnskapsbedrifter med rask kunnskapsmessig og teknologisk utvikling. Pasientenes krav og behov av medisinsk og menneskelig art er i stadig endring. Dette gjør at sykehusene må drive ett kontinuerlig forbedringsarbeid".*

Vidare i utgreiinga vart det foreslått tiltak innanfor områda leiing og organisering for å betre drifta i norske sjukehus, og dette danna på mange måtar grunnlaget for sjukehusreforma som vart innført frå 1.januar 2002. Dei viktigaste endringane i sjukehusreforma var endringa frå folkevald fylkeskommunal til statleg eigarskap. Sjukehusa vart delt inn i fem regionale helseforetak som igjen har organisert seg i lokale helseforetak.

Bakgrunn for endringane var ynskje om å skape ei heilskapleg organisasjons- og ansvarsreform med klarare ansvars- og rollefordeling (Ot.prp. nr. 66 2000-2001:10). Spesialisthelsetenestelova §3,9, som trådde i kraft 1.januar 1999, påla alle helseforetak å organisere sjukehusa slik at det berre er ein ansvarleg leiar på alle nivå. Innføring av einskapleg leiing, som i utgangspunktet ikkje var ein del av sjukehusreforma, hadde som hovudformål å tydeleggjere ansvarstilhøva på dei ulike avgjerdsnivåa i sjukehus. Innføring av einskapleg leiing vart satt meir fokus på ved innføring av sjukehusreforma og Vareide

(2002) beskriv innføringa av einskapleg leiing, med utvikling av ny leiarrolle, som ein av pilarane i den norske sjukehusreforma.

Før lovendringa har dei fleste sjukehus hatt ein todelt leiingsmodell der sjukepleiarar har styrt sengepostar og pleie og legar styrt legar og behandling og sjukehusdirektørar og administrasjon har vore lauskopla frå det medisinske systemet (Opedal et al. 2005). Det at sjukehusavdelingar no skal leiast av ein person som ikkje treng å ha sjukepleiefagleg bakgrunn bryt med sjukepleiarane sin lange tradisjon om å leie eige fag. Makta og ansvarsfordelinga som legar og sjukepleiarar tidlegare har hatt er blitt endra. Stillinga som einskapleg leiar er ikkje knytt til profesjon og det har vore store diskusjonar profesjonane imellom om kven som skal inneha stillinga som einskapleg leiar. Begge gruppene har argumentert for å behalde leiinga av sitt eigen disiplin.

I Rundskriv I-9/2002 har helsedirektoratet tydleggjort lova sitt krav til leiing i sjukehus. Her blir det presisert at det skal vere ein leiar som har det overordna ansvaret på kvart organisatorisk nivå, men at det kan etablerast fleire leiarnivå i ei avdeling for å bl.a. sikre det systemmessige leiaransvaret. Slik delegering fører ikkje til at den einskaplege leiaren kan fråskrive seg ansvaret for det aktuelle område og leiaren beheld full instruksjonsmynde over oppgåver som er delegert og delegeringa kan trekkast tilbake. I NOU 1997:2 punkt 10.1.5.2. heiter det: *"Ivaretakelsen av dette systemmessige ansvaret er et faglig ledelsesansvar, og krever kompetanse innen faget"*. Fokuset i dette studiet er retta mot dei leiarane som har fått eit delegert systemansvar for sjukepleietenesta på sengepostar i somatisk sjukehus.

### **1.1 Problemstilling, avgrensing og formål**

Sjukepleietenesta utgjer ei stor yrkesgruppe i sjukehus og Benner (1995:158) hevdar at ei viktig årsak til at pasientar blir lagt inn på sjukehus er deira behov for høgt kvalifisert sjukepleie. Eg er sjølv utdanna sjukepleiar og har jobba sju år som sjukepleiar og avdelingssjukepleiar i sjukehus og 10 år som høgskulelærar og studieleiar ved grunnutdanninga i sjukepleie. Mitt engasjement og ynskje om å vere ein bidragsytar i arbeidet med å sikre ei kvalitativ god sjukepleieteneste, har vore tilstades heilt frå eg som nyutdanna sjukepleiar på nattevakt vart direkte satt til overvakning av hjertepasientar i lag med ein like nyutdanna kollega. Mi vurdering er at ein slik situasjon vanskeleg kan

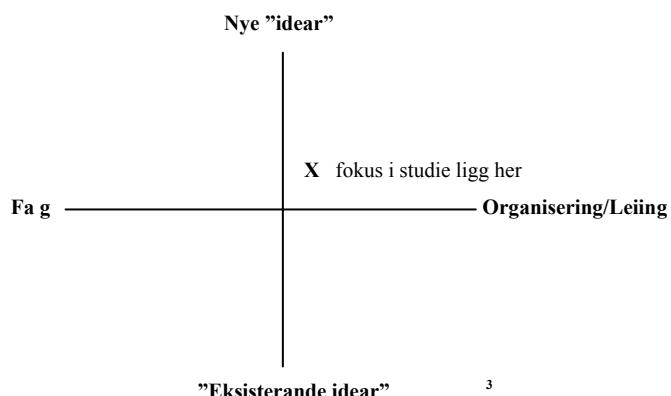
beskrivast som god og fagleg forsvarleg sjukepleie. Mykje er nok blitt betre sidan min debut, men eg er nysgjerrig på korleis dei store endringane som har vore i sjukehussektoren dei siste åra har påverka sjukepleieleiarens sitt arbeid med å ivareta og utvikle den sjukepleiefaglege kompetansen. Det at kvart nivå på sjukehusa skal leia av ein ansvarleg leiar bryt med leiingstradisjonane i sjukehus og eg ynskjer spesielt å studere korleis dette eventuelt har påverka leiarar av sjukepleietenesta i arbeidet med kompetanseutvikling. Med dette som bakgrunn har eg følgjande problemstilling:

- **Kva rolle spelar sjukepleieleieren på sengepostnivå i arbeidet med kompetanseutvikling i sjukehus og på kva måte har sjukehusreforma, i kombinasjon med innføring av einskapleg leiing, påverka sjukepleieleieren på sengepostnivå i arbeidet med å utvikle den sjukepleiefaglege kompetansen?**

Data i studien er samla inn ved hjelp av intervju av åtte leiarar av sjukepleietenesta på sengepostar/avdelingar ved fire sjukehus innan same lokale helseforetak. Kompetanseutvikling kan skje uavhengig av leiinga si involvering, men i denne studien ynskjer eg å sjå på korleis kompetanseutviklingsarbeidet har vore leiarstyrt og i kva grad det har skjedd endringar i kompetanseutviklingsarbeidet sin karakter etter innføring av sjukehusreforma. I Spesialisthelsetenesta §2.2 og Helsepersonellova §4 og §16 blir leiarar særleg ansvarleggjort for å legge til rette slik at den einskilde helsearbeidar får utvikla sin kompetanse (Ohnstad, 2002:38).

Spesielt interessant meinar eg det er å rette fokuset mot leiing i sjukehus i dag med tanke på dei store omleggingane som har vore dei siste åra. Ikke berre er det krav om at pasienten skal møte høg, fagleg kvalitet i behandling, pleie og omsorg på alle nivå, men også at tenestene skal vere både rasjonelle og effektive. Det er blitt gjort fleire studiar etter innføring av sjukehusreforma der ein både har sett på sjølve reformprosessen, sjukehusorganisasjonen som heilskap, toppleiarrolla og rolla som einskapleg leiar, men få av studia har retta seg mot leiarar som har det sjukepleiefaglege systemansvaret.

Fylgjande skisse kan tydeleggjere fokuset i studie:



Formålet med studien er å beskrive sjukepleieleiaren på sengepostnivå sitt arbeid med kompetanseutvikling i dei ”nye” sjukehusa og søkje å forstå om og eventuelt korleis innføring av sjukehusreforma innverkar på dette arbeidet. Gjennom studien vil eg prøve å få fram sjukepleieleiaren sitt eige syn på kompetanse, deira vurdering av behovet for kompetanseutvikling, korleis dei arbeidar med kompetanseutvikling og kva nye utfordringar sjukehusreforma, i kombinasjon med innføring av einskapleg leiing, fører med seg. Mitt ynskje er at funna i denne studien kan nyttast som eit innspel i arbeidet med å betre leiing og kompetanseutviklingsarbeidet i sjukehus.

Studien sitt tema er omfattande og komplekst og gjennom intervjuet med informantane blir det trekt fram mange moment som kan påverke sjukepleieleiaren i arbeidet med kompetanseutvikling. Det er ikke mulig å drøfte alle moment som kjem fram. Funna i studien kan likevel vonleg vere eit lite bidrag til å sette vidare fokus på utfordringar sjukepleietenesta kan sjå ut til å stå overfor i høve innføring av sjukehusreforma.

## **1.2 Oppbygging av oppgåva**

I tillegg til kapittel ein der det er det gjort greie for oppgåva sitt tema, problemstilling, formål og avgrensingar, er oppgåva delt inn i ytterlegare seks kapittel. I kapittel to blir det gjort greie for utviklinga av sjukehusorganisasjonen og fokuset blir spesielt retta mot innføring av sjukehusreforma, med einskapleg leiing spesielt sett opp mot konsekvensar for sjukepleietenesta. I kapittel tre blir sjukepleiprofesjonen si utvikling og arbeid med

<sup>3</sup> Denne modellen kom fram gjennom kollektive diskusjonar på samling med masterstudie 16.12.05 og på nettverksseminar i Bergen 11.12.05

kompetanseutvikling presentert. Kapittel fire omhandlar faglige og metodiske val og det blir gjort greie for studien si validitet, reliabilitet, generalisering og etiske vurderingar. Studien sine funn er presentert i kapittel fem og i kapittel seks er funna i studien drøfta i lys av relevant teori. Oppgåva avsluttast med eit kapittel sju som består av ein konklusjon, nokre anbefalingar for vidare forsking og avslutning av oppgåva.

## **Kapittel 2 Sjukehusorganisasjonen i endring**

Når ein skal studere ei organisasjonsendring, må ein sette seg inn i feltet endringane skjer innan for og faggruppene som jobbar der. I denne studien blir det viktig å forstå korleis sjukehusorganisasjonen fungerar. Ved hjelp av organisasjonsteori vil eg søkje å trekke fram spesiell trekk ved sjukehusorganisasjonen. Organisasjonsteorien søker å forstå og syne kva som skjer i organisasjonar, i relasjonane mellom organisasjonar og omgjevnadane. Innføring av endra leiingsstruktur har ført til nye rutinar og samarbeidsformer i organisasjonen og ved hjelp av leiingsteori vil eg gjere greie for denne endringa. Ved einskapleg leiing skal ein leiar ha ansvaret, og leiarrolla skal vere viktigare enn profesjonsrolla. Sjukepleiarane har gjennom tidlegare todelt leiingsstruktur hatt eit ansvar for den sjukepleiefaglege kvaliteten, utviklinga av sjukepleiefaget, undervisning, igangsetting av forsking, bruk av forskingsresultat, prioritering og ressursar. Dette betyr at ein som leiar av sjukepleietenesta har hatt eit ansvar for å sikre sjukepleie og helsehjelp av høg kvalitet. Eg ynskjer å få fram kva som er spesielt med leiing av sjukepleietenesta i dagens sjukehus og for å lettare forstå korleis endringane påverkar sjukepleietenesta ser eg det som viktig å kjenne til leiingshistoria i sjukehus.

### **2.1 Sjukehusorganisasjonen**

Sjukehusa er store organisasjonar i høve tal tilsette og i høve til økonomiske rammer som forvaltas. Det er eit stor omfang av ulike spesialitetar og oppgåvene som skal utførast og som krev spesialisert kompetanse. Sjukehusa står i dag fram som ein av dei mest komplekse og teknologiintensive kunnskapsbedriftene i landet og som ein av dei viktigaste leverandørar av kunnskapsbaserte tenester (Rapport SHD, 2001).

Organisasjonar som sjukehus blir ofte kalla for fagbyråkrati eller ekspertorganisasjonar. Mintzberg (1993) trekk fram sjukehus som fagbyråkrati som kjenneteikn ved sjukehus fordi dei er komplekse organisasjonar både i høve mål og oppgåver som skal gjerast. Vidare at arbeidet koordinerast i produksjonskjernen av autonome profesjonelle gjennom standardisering av ferdigheitar, samt at dei er orientert mot løysingar for eksterne partar. Fagbyråkratiet er kjenneteikna av ein svært desentralisert struktur både vertikalt og horisontalt. Mykje av makta ligg lavt i hierarkiet, hjå ekspertane. På bakgrunn av ekspertane sin autonomi og makt spør Mintzberg om det er muleg å utøve leiing i denne

type organisasjon i og med at leiarane manglar muligheiter til å kontrollere ekspertane direkte. Dersom ein skal få til endring i ein slik type organisasjon må ein i fylge Mintzberg (1993) først og fremst få endra ekspertane sine holdningar.

Strand kallar også sjukehus for ein ekspertorganisasjon der konkurransevilje og produktivitet er typiske kjenneteikn. Strand hevdar at Mintzberg (1993) sitt fagbyråkrati i stor grad kan vere lik den klassifikasjonen han gjer (Strand 2001:233). Leiarolla i ekspertorganisasjonen er i høve Strand (2001) tradisjonelt nært knytt til rolla som fagkyndig. Han trekk fram at i sjukehus er det den faglege kompetansen, erfaringar og respekten for fagleg dugleik som har gjeve leiinga autoritet og legitimitet. Den administrative leiingsstrukturen er hierarkisk oppbygd, medan fagstyringa er kjenneteikna ved at avgjelder vert teke av dei profesjonelle på det lågaste nivået i systemet i den daglege pasientbehandlinga. Ein seier at fagnormene, situasjonen, klienten eller kunden er dei som gjev viktige premissar. I høve Strand (2001) er det bl.a. dette som skapar spesielle utfordringar i leiinga av ekspertorganisasjonar.

Sjukehusorganisasjonen kan synes som å ha eit preg av å vere ekspertorganisasjonar eller fagbyråkrati. Organisasjonen har sterke profesjonar, noko som igjen får innverknad i høve forståinga av korleis organisasjonen fungerar. Det er viktig å ta med seg at ein organisasjon som sjukehus, vil ha sterke trekk av ein organisasjonstype, men også ha trekk med frå andre organisasjonstypar.

Vareide (2002) seier at sjukehusa ber preg av å omfatte tre ulike organisasjonstypar på ein og same tid:

- Forvaltningsorganisasjonen - som skal sikre prioritering av pasientar, registrering av ventelister og sikring av likeverdig helseteneste. Kjenneteikna av byråkratiske styringsprinsipp.
- Produksjonsorganisasjonen – som ideelt skal tilpassast den einskilde pasient i møte med sjukehuset. Kjenneteikna av brukarorienterte styringsprinsipp.
- Utviklingsorganisasjonen – som skal stimulere til fagleg utvikling, metodeutvikling og utvikling av kompetanse gjennom langsiktig satsing på utdanning og forsking. Kjenneteikna av resultatstyring.

Som ein ser av dette treng ulike organisasjonstypar ulike styringsprinsipp. Kvar type forklarar sjukehuset sin dynamikk og avgjerdsgrunnlag, men det er ikkje slik at ein av dei

representerar den riktige karakteristikken av sjukehuset. Det er vel heller slik at dei fungerar samstundes, men i ulik grad. Sjukehuset si komplekse verksemd fører til at mange prosessar innafor ei rekke spesialitetar skjer samstundes. Mange av aktivitetane i sjukehus går på tvers av klinikkar, avdelingar/sengepostar og dette krev ei stor grad av koordinering/arbeidsdeling mellom dei ulike faggruppene.

I løpet av ein 20-års periode har det gjennom ei rekke offentlige utgreiingar og meldingar kome forslag til endring i styring og organisering av sjukehusa (St.meld. nr. 9, 19974-75, St.meld. nr 50, 1993-94, NOU 1996:5, St.meld. nr.24, 1996-97, NOU 1999:15, St.meld. nr. 43, 1999-2000) Problem og utfordringar knytt bl.a. til både styringsstruktur, ressursmangel, kostnadskontroll, effektivitet, struktur, tilgjenge og kvalitet har blitt drøfta. Sjukhusa har ein utfordring i å skape styringssystem som aukar samordning og kontroll, som har rett fokus, som dekker heile den komplekse verksemda og som skapar legitimitet hos ulike profesjonelle grupper (Normann, 2001). Etter kvart som sjukehusa har blitt meir komplekse har det kome nye krav til leiing og administrasjon. I 1996 nedsette Sosial- og helsedepartementet Steineutvalet som skulle utrede intern organisering og leiing i sjukehus. Mandatet var å foreslå tiltak innanfor områda leiing og organisering som kunne betre drifta ved norske sjukehus. Resultatet vart NOU 1997:2:87 og her vart det framheva at sjukehusa si viktigaste utfordring blir å utvikle ein organisasjonskultur der alle er med på å ta eit heilskapleg ansvar for alle resultat og aktivitetar. Det vart peika ut ei retning for framtidas organisering av sjukehus der følgjande vart vektlagt:

- desentralisering
- frå systemfokus til pasientfokus
- auka tverrfagleg samarbeid
- satsing på utdanning, utvikling og kompetanse av profesjonane
- betrakte dei tilsette som den viktigaste ressursen i organisasjonen
- læringsprosessen i organisasjonen

Eit av måla med å gå frå systemfokus til pasientfokus var at pasientane i større grad skal oppleve kvalitet og samanheng i alle ledd i sjukehus. Det vart gjort greie for eit ynskje om ei meir eintydig og sterk leiing i sjukehus for å stå betre rusta til å løyse styringsproblema.

## **2.2 Leiing i sjukehus**

Leiing er eit mangfaldig omgrep. I etterkrigstida blei leiing oppfatta nærast som eit synonym for vitskap, administrasjon og drift, medan det i dag er meir vanleg å sjå omgrepet i samanheng med entreprenørskap, fornying og innovasjon (Byrkjeflot, 2002). Leiing kan beskrivast som ein samansett, skiftande og kompleks aktivitet. Strand (2001:11) seier at:

*"Ledelse som funksjon må forstås i sammenheng med de organisasjonsformene, sektorene og kulturene ledere er satt inn i."*

Det som skil leiing frå andre aktivitetar kan i fylge Strand (2001:21) vere kompleksiteten, tempoet, skiftingane, hyppige avbrot, sterk sosial intensitet og at ein er sterkt synleg i organisasjonen. Watson (1994) sitert i Strand (2001) uttrykkjer det slik:

*"Ledelse er ganske enkelt å drive en organisasjon slik at de forskjellige menneskene som vil ha noe ut av den, ønsker å fortsette å støtte den på en slik måte at den er i stand til å fortsette å eksistere."*

Fleire studie har sett på kva dei tilsette oppfattar som viktige faktorar/tilhøve for at ein skal nå ynskja resultat i organisasjonen dei arbeider. Leiinga sin dugleik blir her rangert som ein av dei viktigaste einskildfaktorane og dette kan tyde på at leiing har ein stor symbolverdi (Strand, 2001 og Næss, 2003). Strand problematiserer dette vidare ved å spørje om det betyr at leiing er noko som verkar eller om det er noko vi trur på, eller om det verkar fordi vi trur på det? Kva som påverkar kva, er ikkje alltid enkelt å gje svar på, men resultata av studia indikerar i alle fall at leiing blir sett på som ein viktig rammefaktor for at organisasjonar skal lykkast i sitt arbeid.

I sjukehusorganisasjonen består aktørane i stor grad av spesialistar med høgt kunnskapsnivå og mykje av avgjeringane blir teke av spesialistane i den daglege behandlinga av pasientane. Kunnskap om kva som er "riktig" blir i stor grad definert av den som utfører den faglege tenesta. Denne kunnskapen er til ein viss grad tilgjengeleg for kollegaer, men hierarkisk overordna har ikkje så lett for å få tilgang på informasjon om aktiviteten. Mange leiingsoppgåver blir difor lett nøytraliser i ein ekspertorganisasjon. Både Strand (2001) og Mintzberg (1993) trekk fram at sjukehus sett på som ein ekspertorganisasjon, på mange måtar representerar ein kontekst for leiing som kanskje meir avgrensar enn gjev rom for leiing. Dersom ein skal få til endring i denne type

organisasjonar må ein få dei tilsette aktivt med i prosessane. Ei ”ovanfrå og ned” leiing vil fungere dårlig når rutinar og system skal endrast i ein organisasjon med så sterke profesjonar som ein har i sjukehus. Profesjonane har krav og forventningar som må takast omsyn til ved val av organisasjons- og leiingsstruktur. Strand (2001) seier at det ikkje gjev mening å diskutere leiing på eit generelt grunnlag, utan å ta omsyn til kva som skal leiest og under kva vilkår dette skal skje. Alle organisasjonar har sin struktur og sin kontekst, sin strategi og sine resultat. Dei ulike leiarstrukturane har utspring i korleis ein byggjer opp og ser på den formelle organisasjonen i eit sjukehus (Strand, 2001).

### **Frå fagleg til profesjonell leiing**

Fagleg leiing har vore ein tradisjon i sjukehusorganisasjonen. Den som er mest fagleg dyktig har blitt utpeikt til leiar og ein viktig kvalifikasjon har vore evna til å opptre i pakt med vitskaplege ideal (Byrkjeflot, 1999). Mange leiingsdiskusjonar innan helsevesenet går kva kvalifikasjonar ein leiar av ei sjukehusavdeling skal ha. Sjukehusa vart fram til innføring av sjukehusreforma i stor grad styrt gjennom parallelle kollegiale leiingshierarki (Torjesen, 2005). Her var tanken at sjukehusavdelinga sin oversjukepleiar og avdelingsoverlege i fellesskap skulle ta i vare avdelingsleiinga, fagleg og administrativt. Avdelingslegen si leiarrolle var orientert mot det kliniske og medisinsk-faglege medan oversjukepleiar hadde mest fokus retta mot dagleg drift. Oversjukepleiar hadde i denne modellen eit formelt sjukepleiefagleg leiaransvar, men studie har synt at fagutvikling ikkje har kjenneteikna desse stillingane (Normann, 2001). Legane har tradisjonelt sett utøvd legeyrket sitt samstundes som dei har vore leiarar, og ein studie av Kragh Jespersen (2005) bygger opp under dette. Hans empiriske studie syner at legane si oppfatning av fag og leiing er nært samankopla. Fagleg og klinisk utvikling står i fokus framfor meir generelle administrative leiaroppgåver. Med innføring av einskapleg leiing blir tradisjonen med å sette fagleg aktivitet først på dagsorden sterkt utfordra. Tankegangen bak einskapleg leiing er at ein fyrst og fremst skal vere leiar, så profesjonsutøvar (NOU 1997:2).

### **Einskapleg leiing i møte med praksis**

1. januar 1999 vart einskapleg leiing innført ved alle norske sjukehus. Reforma kom først og fremst med krav om at det skal vere ein totalansvarleg leiar på alle nivå i sjukehusa, og det presiserast at dette skal vere ei reindyrka leiarstilling. Prinsippet bak innføringa var

ynskje om å få ei klar og synleg leiing, samstundes som den som er best eigna til å leie skal leie, altså profesjonsuavhengig leiing. Vedtaket utløyste ein debatt mellom legar og sjukepleiarar om kven som skulle ”ha rett på” leiarstillingar i sjukehusa (Torvestad Nerheim, 2005 og Skjøld Johansen, 2005).

Dokumenta bak sjukehusreforma gav i stor grad uttrykk for å endre den formelle leiingsstrukturen, slik at ein kunne skape ei ny type leiarrolle som ikkje berre skulle vere basert på dei tradisjonelle helsefaga. NOU 1997:2 slo fast at den som skulle leie ei sjukehusavdeling måtte ha relevant leiarerfaring og ”*nødvendig innsikt i den virksomhet vedkommende har et ledelsesansvar for*”. I dokumentet ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv” peikar Helsedepartementet på kor viktig det er å utvikle leiarroller som tar eit heilskapleg ansvar for den verksemda dei er satt til å leie, og å sørge for at dei disponible ressursane brukast slik at dei kjem pasientane og andre brukarar best muleg til gode. Dette stiller klare krav til leiaren si evne til å inneha eit sjølvstendig ansvar for si verksemd og samtidig medverke til heilskapleg gode løysningar.

Innføring av einskapleg leiing har tydeleg samanheng med den påverknad New Public Management har hatt på det norske helsevesen. Christensen og Lægreid (2002) trekk fram profesjonell leiing som eit av dei sentrale elementa med reforma og denne rolleendringa gjev organisasjonen store utfordringar. Ved profesjonell leiing ser ein leiing som et fag, kor det å utvikle strategiar, meistre endringar og kunne foreta tilpassing i organisasjonen er viktigare enn ein faglig kompetanse i høve produksjonen. Dei påpeikar at det ofte er vanskeleg med rolleendring i offentleg verksemd, pga. at dei blir endra og utøva i eit komplisert samspel mellom individuelle faktorar, organisasjonsforhold, kulturelle faktorar og bevisste reformtiltak.

For å medverke til å ”lette” overgangen til ny leiarrolle i sjukehusa er det sett i verk eit nasjonalt leiingsutviklingsprogram. Her ligg det ei føring på at ein må arbeide med å klargjere og kvalifisere innhaldet i leiarrollene, slik at leiarane kan medverke til å skape felles nasjonal identitet for helsefretaka og at dei oppsette måla realiserast på ein kostnadseffektiv måte. I eit foredrag<sup>4</sup> av Vareide (2004) skisserar han retninga for ei ny leiarrolle:

---

<sup>4</sup>Foredrag på det nasjonale leiingsutviklingsprogrammet 02.06.04

	<b>"Fagledelse"</b>	<b>"Profesjonell ledelse"</b>	<b>"Forvalter"</b>
<b>Autoritet baseres på:</b>	Kunnskap	Funksjon	Fullmakt
<b>Ansvaret er:</b>	Avgrenset	Helhetlig	Formelt
<b>Ledelsesfokus:</b>	Praksis	System	Regler
<b>Styring skjer gjennom:</b>	Instruksjon veiledning	Inspirasjon transformasjon	Instruks vedtak
<b>Styringslogikk:</b>	"Passende/riktig"	Måloppnåelse/resultat	Legal - rasjonell
<b>Syn på ressurser:</b>	Ressurser må tilpasses oppgaven	Tilpassing og ressursutvikling	Oppgavene må tilpasses ressursene
<b>Lojalitet:</b>	Profesjon	Institusjon	Overordnet

Vareide (2004) legg i sitt foredrag vekt på at fagleg utvikling framleis vil trenge leiing av fagleg karakter og at den største utfordringa blir å integrere den nye leiarrolla med fagleiing og forvaltning. Han påpeikar vidare at det administrative ansvaret i den "nye leiarrolla" er overgripande og bør oppfattast som eit totalansvar (styring ovanfrå) og at fagleg leiing og ansvar er avgrensa (styring nedanfrå). Helseminister Dagfinn Høybråten la i sitt fordrag om "Helse-Norge status og veien vidare" i mars 2003 vekt på at for å møte utfordringane og nå måla, er det nødvendig å sikre større profesjonalitet i leiing. Høybråten sa at ein ynskjer å dreie merksemda frå den enkelte leiar og utviklinga av han eller ho, og over til leiing;

*"fra administrasjon i forhold til dagens utfordringer og over til lederskap – først og fremst som et strategisk verktøy. Uten en bevisst og aktiv strategisk ledelse klarer vi ikke å møte morgendagens utfordringer på en god måte."*

Overgangen frå fagleiing til profesjonell leiing tydeleggjer at kunnskap og erfaring i høve leiing og administrasjon blir meir vektlagt enn kunnskap om faget. Den profesjonelle leiaren har sin lojalitet til organisasjonen som heilskap og ikkje knytt til eit bestemt fag eller ein bestemt profesjon. Leiingsfaget i seg sjølv er viktigare innan profesjonell leiing (Byrkjeflot, 1999). I NOU 1997:2 og i sluttrapporten frå Forum for organisasjonsutvikling i sjukehus er nokre av dei mest sentrale elementa ved leiing oppsummert og dette syner retninga for fokuset ein ynskjer den einskaplege leiaren skal ha:

- *"Ivareta et helhetlig ansvar for driften knyttet til diagnostisering, behandling, pleie og omsorg for en definert pasientpopulasjon.*
- *Identifisere og iverksette tiltak som sikrer nødvendig omstilling i forhold til de krav som stilles til virksomheten på sikt.*

- *Sørge for at avdelingen oppfyller de fastsatte normer og standarder for faglig (forsvarlig) virksomhet.*
- *Ivareta personalansvaret.*
- *Tilrettelegge utdanningen på en tilfredsstillende måte.*
- *Sørge for at forskning og utvikling skjer med den kraft som gjør at sykehuset holder en god faglig standard.*
- *Ha ansvaret for økonomistyringen i avdelingen.”*

(Rapport SHD, 2001:19)

Sjølv om det i desse dokumenta vert trekt fram retninga den einskaplege leiaren skal gå mot, gjev NOU 1997:2 og Lov om spesialisthelsetenesta frå 1999 få klare retningslinjer på kven som skal leie sjukehusa og kva som skal vektleggast i leiarskapet. Reforma gjev med dette rom for tolkingar og ulike løysingar når reforma skal møte praksis. I sjukehus i dag er det som oftast ein sjukepleiar som har den dagelege drifta og leiinga av sjukepleietenesta på avdelingane. Stillingsnemning og ansvarsområde varierar frå sjukehus til sjukehus. I helseføretaket eg studerar har dei som har leiing av sjukepleietenesta på avdelingsnivå fått tittelen oversjukepleiar. Oversjukepleiar sin nærmeste overordna er avdelingssjef som direkte rapporterer til klinikkdirktøren<sup>5</sup>. I sentrale dokument ligg det ikkje noko føring for kva rolle leiarar med delegert systemansvar for sjukepleietenesta på sengepostnivå skal ha.

Det er begynt å komme resultat frå studiar av praksis sitt møte med einskapleg leiing. PhD student, Monica Skjøld Johansen(2005) har intervjuat einskaplege leiarar i kliniske somatiske avdelingar for å få deira syn på kven som bør leie og korleis dei har handtert den nye reforma om einskapleg leiing. Funn i denne studien tyder på at einskaplege leiarar med både lege- og sjukepleiebakgrunn ynskjer reforma velkomne og er klare på at det bør vere einskapleg leiing i norske sjukehus. Problemet syner seg å vere at legane og sjukepleiarane ikkje er samde om kva ein skal forstå med leiing, og slik sett kven som skal leie. Sjukepleiarane er klare på at den einskaplege leiaren bør ha formell leiarkompetanse. Skjøld Johansen (2005) presiserar at dette ikkje må forvekslast med at dei ynskjer ei rein administrativ leiing, som tar utgangspunkt i at leiing er eit eige fag og at leiareigenskapar er generiske. Det ville i så fall tyde på at sjukepleiarane sitt syn på leiing går mot at ein kan vere leiar uavhengig av vedkommande sin profesjon, t.d. økonomisk bakgrunn eller liknande, og det er ikkje tilfelle. Sjukepleiarane argumenterer for ei fagleg leiing der leiarar av sjukehusavdelingar bør ha medisinsk/pleiefagleg bakgrunn i tillegg til formell leiarutdanning.

---

<sup>5</sup> Årsmelding for helseføretaket, 2004

Legane i studien er ikkje så opptatt av leiarutdanning, og vektlegg heller medisinsk spesialisering innan det fagfeltet ein skal leie. Dei argumenterer for at leiing av sjukehusavdelingar primært handlar om leiing av medisinske fag. Studie av korleis einskapleg leiing fungerar i praksis, syner at det først og fremst er problem i høve det å leie legar. Sjukepleiarane grunngjev dette først og fremst med at legene ikkje ser på ein person med anna fagleg bakgrunn som deira verkelege leiar. Legane ynskjer ein leiar med større fagleg ballast enn dei sjølv, slik at dei har ein å diskutere fag og forsking med, ein som kan rettleie dei og støtte dei i faglege spørsmål. Byrkjeflot (1999) trekker fram at den som kan tilby ein lege dette, blir også sett på som leiar; meisteren i faget rettleiar novisen.

Sjølv om funna i Skjøld Johansen (2005) sin studie syner eit stort sprik mellom legane og sjukepleiarane sitt syn på leiing, syner funna i studien at i det daglege har innføringa av einskapleg leiing ikkje ført til store konfliktar og samarbeidet fungerar tilsynelatande bra. Det kan sjå ut til at legane og sjukepleiarane i det daglege fordelar arbeidet på same måte som ved todelt leiing. Det vil seie at sjukepleiarane tar seg av pleiestaben og det administrative, medan legen gjer det legefaglege. Ein kan altså sjå ein inkonsistens i høve organisasjonen sin formelle struktur og korleis det fungerar i praksis. Sosiologen Torgeir Sveri (2004) som også har studert einskapleg leiing i møte med praksis, konkluderar med at avgjerdssystemet i pleie- og behandlingssystemet står fram som meir eller mindre dekopla frå sjukehusorganisasjonen sin formelle struktur, og dermed det formelle leiingssystemet. Avdelingane praktisere ut i frå korleis dei meinar det fungerar best uavhengig av nasjonalt styrte reformer. Dette definerar ein som laus kopla system ( Skjøld Johansen, 2005).

### **2.3 Sjukepleietenesta i møte med andre aspekt av sjukehusreforma**

I førre kapittel vart fokuset retta mot einskapleg leiing i møte med praksis, men også andre sider ved reforma har gjett sjukepleietenesta nye utfordringar. Reforma består av to hovudelement: staten si overtaking av sjukehusa og ei tilknyting mellom sjukehus og stat basert på ein føretaksmodell (Opedal et al., 2005). Norsk helsepolitikk etter 1990-talet har i stor grad blitt påverka av New Public Management tankegangen. New Public Management (NPM) er ei fellesnemning på ei reformbølgje som har prega offentleg sektor dei siste 20 åra, og ein kan spesielt sjå element av NPM i sjukehusreforma (Lian, 2003, Christensen og

Lægreid, 2002). NPM har sterkt fokus på kostnadseffektivitet i motsetning til tradisjonell offentleg forvaltning og legg meir opp til organisasjonsformer som liknar privat sektor. Ein legg opp til ordningar som aukar autonomi og valfridom slik at ein kan drive mest muleg effektivt, i fylgje reformtilhengjarane.

I fylgje Christensen et al (2002: 99) er dei viktigaste elementa i New Public Management :

- *"Oppsplitting og desintegrering av homogene forvaltningsorganisasjoner gjennom horizontal og vertikal differensiering eller spesialisering, herunder fristilling og endring i tilknytningsformer*
- *Vekt på mer profesjonell ledelse i offentlige organisasjoner, med mer autonomi for ledere til å velge virkemidler og bestemme over bruken av ressurser lokalt*
- *Mål og resultatstyring med resultatmål, rapportering av resultater og belønnings- og straffesystemer. Endring i personalpolitikken, med vekt på kontrakter, prestasjonslønn og lønnsulikhet, og mer midlertidighet i ansettelse*
- *Økt konkurransekspesialisering for kommersielt orienterte offentlige organisasjoner og markedsliknende arrangementer, herunder skille mellom de som produserer og bestiller tjenester, utkontraktering, del- og helprivatisering*
- *Økt vekt på serviceorientering, servicekvalitet, brukerstyring og tjenesteyting*
- *Kostnadskutt og budsjettdisiplin"*

Sjukehusreforma var eit resultat av eit ynskje om å effektivisere spesialisthelsetenesta i Noreg. Fleire av elementa i sjukehusreforma kan settast i samanheng med ideane bak NPM. Blant anna vart det i NOU:1997:2:66 trekt fram eit behov for å heve effektivitet og kvalitet, samt betre pasientbehandlinga ved hjelp av omorganisering. Utvalet meinte at synet på leiing måtte oppjusterast og at leiinga skal ha *"en integrerende funksjon, ta ansvar, identifisere flaskehalser, drive forbedringsarbeid, samt stå ansvarlig for arbeidsmiljø og personal"* (NOU 1997:2:55). Det blir lagt opp til ein meir aktiv og synleg kontroll med prosessar og resultat innan føretaksmodellen. Dette står i tråd med leiingstenkinga dei siste 10 åra som i fylgje Busch m.fl. (2003:169) har fått fokuset på krav til meir resultat- og endringsorientert leiing. Leiingsansvaret i høve økonomistyring er blitt sterkare fokusert på og ein har erkjent at det er naudsynt å kombinere fagbasert leiing med leiing som fag. Fokuset dei nye reformene fører med seg med meir marknadstenking gjer at profesjonane må takle stadig fleire og vanskelege lojalitets- og rollekonfliktar og etiske dilemma. Opstad (2003:268) gjer ei vurdering av at det kan ligge langt inne for dei sentrale aktørane i helsevesenet å akseptere dei nye økonomiske teoriane, og tenker då spesielt på dei sterke profesjonsgruppene. I den daglege drifta oppdagar ein fort at faglege mål og ynskjer kjem i strid med økonomiske rammer. Med desentralisering

av oppgåver og avgjerdsmynde har faglege leiarar i helsevesenet ansvaret for store budsjett. Teknologien gjev stadig nye muligheter, slik at ein både kan behandle fleire og betre enn tidlegare. Om ressursane er dei same må det gjerast prioriteringar. Den faglege vurderinga blir viktig, men utfordringa blir å integrere økonomisk omsyn inn i dei faglege disposisjonane (Opstad, 2003).

Sjukehuset si inntening avheng blant anna av kor mange DRG<sup>6</sup> - poeng ein kan dokumenttere. Alle pasientar blir klassifisert i høve kva sjukdom ein lid av. Både Melander (1999) og Vike m.fl. (2002) problematiserer sjukepleiaren si omsorg innanfor dette økonomiske systemet. Korleis påverkar eit slikt system ein organisasjon der mykje av arbeidet som blir utført ikkje lar seg kategorisere innanfor dei rådande kategoriene? Dersom systemet også skulle omfatte sjukepleiarane sine handlingar ville systemet blitt veldig komplekst. På grunn av at omsorgspersonalet si tid og arbeidskraft ikkje blir sett på som eit avgrensa fenomen, men tvert i mot som opent og fleksibelt, blir dei ikkje sett på som ein verdi av same type som medisinske handlingar som kan kvantifiserast og effektiviserast. Opstad (2003:240) problematiserer også omsorgsverdien med å seie at det ikkje er spørsmål om kva bemanningsfaktor som trengs for å dekke pasientane sine behov. Han seier vidare at det er kostnadane og ikkje behova som skal synleggjerast, og vurderinga om det er økonomisk forsvarleg er her sentral. Vike m.fl. (2002) sitt materiale syner at pleiepersonalet i dette systemet får mindre tid til den enskilde pasient. Dette kan igjen føre til auka risiko for å gjere feilvurderingar av pasientane. Vike m.fl. (2002:130) beskriv situasjonen på fylgjande måte:

*"Sykepleierne yter tjenester mer intenst enn de gjorde før – uten helt å vite hvorfor og hvordan – og de gjør med en sterkere overbevisning om at de selv er faglig og etisk mer utilstrekkelige enn tidligere. På denne måten reproduserer de vilkårene for sjukehusets effektivitetsøkning, som synliggjøres i et symbolsystem som skjuler sine egne spor og framstår som et aspekt ved medisinsk behandling. De sikrer en form for fleksibilitet som utgjør en vesentlig buffer."*

Det kan sjå ut til at sjukepleiarane generelt må behandle langt fleire pasientar enn før. Terskelen for å bli innlagt og bli liggande på sjukehus er heva og dette fører til at ein ofte har meir sjuke og omsorgstrengjande pasientar (Melander, 1999 og Vike m.fl. 2002). Mykje tyder også på at den enskilde medarbeidar i sjukehus blir stilt overfor høgare krav

---

<sup>6</sup> DRG: Diagnose Relatert Gruppe. Eit system for å klassifisere pasientar etter sjukdomsgruppe og behandlingsomfang (Opstad, 2003:154)

til tempo, fleksibilitet, resultatorientering og ”forretningsorientering” enn tidlegare. Ei ny undersøking frå Arbeidsforskningsinstituttet (Grimsmo og Sørensen, 2004) om arbeidsmiljøet i sjukehus etter innføring av helsereforma, syner at intensiteten i arbeidet på sjukehusa har auka som følgje av den omfattande omstillinga. Undersøkinga syner at den auka intensiteten kan komme både av at det blir stilt høgare krav til utføringa av den enkilde oppgåva, samtidig som tidspress og krav om økonomisk resultat har auka og bemanninga blitt lågare (Grimsmo og Sørensen, 2004).

Lian (2003:162) stiller spørsmål ved kva som eigentleg skjer med helseprofesjonane og organisasjonen når økonomisk teori kjem inn på arenaen og fokuset blir meir på forretningsaktivitet enn på medisinsk og helsefagleg verksemd. Verdigrunnlaget er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer for kvar profesjon, men det er lite med marknadsreformene som stemmer med sjukehuset sitt verdigrunnlag. Økonomiske verdiar vert sett i høgsete og effektivitet blir ein viktig målestokk. For helsearbeidarane har ikkje det viktigaste vore å behandle flest muleg pasientar, men å gje ei kvalitativt god behandling. Det nye styringssystemet kan synast som lite tilpassa den verksemda som føregår og leiarane har i liten grad tatt innover seg marknadsreformene sin hovudintensjon. I høve eit organisasjonssosiologisk perspektiv grunngjев Lian (2003:164) dette med at det er manglande samanfall mellom verdiar helsevesenet baserer seg på og dei verdiar som ligg til reforma. ”*Det er den medisinske kulturen, det vil si den uformelle strukturen av skrevne og uskrevne normer og verdier, som styrer helsearbeidernes tenkning, beslutninger og handlinger*”. Reforma har prøvd å få til ei anna tenking med preg av lønnsemid og inntening. Problemets er at det er forskjell på rett og galt, og det riktige er ikkje alltid det mest lønnsame.

Når staten valde å samle ansvaret for sjukehusa på ei hand, var ein hovudintensjon å gjere sjukehusa betre tilgjengeleg og betre kvaliteten på tenestene. Eit av tiltaka var auka brukarperspektiv. Ein ynskjer å ta med pasientane sine synspunkt i grunnlaget for avgjeringar som skal fattast. Dette er bl.a. klart signalisert i Helseføretakslova sin §35 som gjev pålegg om at det skal oppretta system for innhenting av pasientane sine synspunkt i spesialisthelsetenesta. Melander (1999) og Vike m.fl. (2002) ytrar bekymring for at sjølv om pasient/brukarperspektivet står sterkt, kan det vere grunn til å frykte at ein styringsideologi som i så stor grad har fokus på kostnadseffektivitet kan svekke

omsorgsaspektet i pasientbehandlinga. Fleire nordiske undersøkingar syner også til ei slik frykt.

Sentrale dokument bak sjukehusreforma seier at eit viktig kriterium for å sikre kvalitet er at pleie og medisinsk praksis er kunnskapsbasert (evidensbasert). Det blir lagt føringar på at helseføretaka har eit særleg ansvar for at det blir lagt til rette slik at arbeidet med å sikre ei teneste basert på kunnskapsbasert praksis blir ein integrert del av den samla faglege verksemda (SHD, 2001:11). I følge Folgerø Johannessen (2005) er det stort samanfall mellom evidensbasert praksis og den bedriftsøkonomiske inspirerte tenkinga som pregar norsk helsevesen. Den nye måten å tenke økonomi og leiing på har ført til endra språkbruk slik at ein i dag snakkar om produksjon, kvalitetskontroll og kunde. Dette språket kommuniserar best med dei positivistisk empiriske vitskapsideala som har vekt på målingar og effekt. Gjennom evidensbasert praksis skal den faglege kvaliteten og dermed pasienten best sikrast. Med strenge krav til vitskap skal evidensbasert praksis fungere som ein buffer også mot kvasivitskapleg dokumentasjon av effekt, som kan vere meir forankra i økonomiske interesser enn i pasienten (Folgerø Johannessen, 2005:10). Evidensbasert praksis for sjukepleietenesta vil bli nærmere omtalt i kapittel tre om sjukepleie og kompetanseutvikling.

## **2.4 Oppsummering**

I dette kapittelet er hovudtrekka i organisasjonsstruktur og leiing i sjukehus beskrive. Dette er nødvendig kunnskap for å forstå og kunne analysere studien sine empiriske resultat. Sjukehus er blitt beskrive som ein samansatt kompleks organisasjon med mange aktørar, arbeidsoppgåver og prosessar som skal fungere samstundes. Arbeidet må organiserast etter dei lover og forskrifter som til ein kvar tid er gjeldande og arbeidet er kjenneteikna av å fylgje ein spesiell infrastruktur med ein formell arbeidsinstruks, der kven som skal gjere kva er rimeleg avklart. Likevel vil dei ulike profesjonane og yrkesgruppene i sjukehus påverke systemet og prosessane i stor grad også uformelt.

Sjukehuset som organisasjon og korleis leiinga er organisert påverkar det som skjer i organisasjonen. Sjukehusreforma med einskapleg leiing spesielt hadde som eit av sine formål å gjere ansvarsdelinga i sjukehus klarare. Dagens leiingssystem bryt med det tradisjonelle leiingssystemet i sjukehus og har ført til endra maktforhold. Tidlegare har

profesjonane, i alle fall til ei viss grad, bestemt over sin ei eiga verksemد inne i institusjonen – på den einskilde avdeling. Dette har i prinsippet vore muleg på grunn av at sjukehuset sin faglege struktur som har vore sterkt desentralisert. Sjukepleietenesta har slik sett tradisjonelt vore leia av ein sjukepleiar, sjølv om ein sjølvsagt har vore underlagt administrative rammer og blitt påverka av krav om endring, medisinsk teknologisk utvikling og spesialisering. Sjukepleiarane har likevel hatt ein viss fagleg autonomi med omsyn til både organisering av sjukepleietenesta og den faglege utviklinga. Det er på bakgrunn av dette rimeleg grunn til å tenke seg at endra leiingsstruktur/maktforhold vil påverke utviklinga av sjukepleiefaget i ei eller anna retning. I tillegg er det også kome endringar i sjukehusa gjennom endra eigarskap, konkurranse og marknadsøkonomi. Spørsmålet eg blant anna reiser er korleis dette påverkar sjukepleieleiarane på sengepostnivå i arbeidet med å utvikle den sjukepleiefaglege kompetansen. Sjukepleieleiarane sine eigne beskrivingar av sitt arbeid med kompetanseutvikling etter innføring av sjukehusreforma tenker eg kan vere eit viktig bidrag for å forstå korleis ei så stor reform som sjukehusreforma påverkar arbeidet ned på det operative nivå. Sjukepleieleiarens sitt arbeid med kompetanseutvikling blir truleg påverka av den organiseringa av drift som sjukehuset tilpassar seg, både i høve den nye reforma og andre krav frå samfunnet. Det teoretiske rammeverket eg har presentert i dette kapitelet ynskjer eg å nytte for å sortere og analysere studiens empiriske funn. For å kunne forstå og gjere ei god analyse treng eg også kunnskap om sjukepleiprofesjonen si utvikling og arbeid med kompetanseutvikling. Dette vil blir presentert i neste kapittel.

## Kapittel 3 Sjukepleie og kompetanseutvikling

Det er kome mange definisjonar av kva sjukepleie er oppgjennom tida. Virginia Henderson utarbeida i 1955 ein definisjon på sjukepleie som beskriv sjukepleiarens sjølvstendige funksjon. International Council of Nurses (ICN) har også vedteke å nytte hennar definisjon av sjukepleie:

*Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller en fredfull død), noe det ville ha gjort uten hjelp dersom det hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje, og gjøre dette på en slik måte at pasienten gjenvinner uavhengighet så fort som mulig.*

(Henderson 1998:45)

Henderson var opptatt av at sjukepleiarane er, og juridisk sett bør vere, ein sjølvstendig utøvar som er i stand til å ta eigne vurderingar. Diagnosar, prognosar og føreskriving av behandling er legens funksjon og ansvar, men slik ho såg det er det sjukepleieren som er autoriteten når det gjeld grunnleggande sjukepleie. Med grunnleggande sjukepleie meinte ho det å hjelpe pasientane med å ta i vare eller utføre visse grunnleggande funksjonar eller gjeremål, eller å skape tilhøve som gjer at pasienten sjølv kan gjere dette utan hjelp (Henderson 1998:46-47). Samstundes med at Henderson kom med sin definisjon av sjukepleie, starta ei utvikling av sjukepleie til eit vitskapleg fagområde. Dette utløyste ein diskusjon om faget sitt innhald og verdigrunnlag i Noreg.

Sjukepleiefaget si historie og tradisjon seier noko om sentrale element i faget sitt kunnskapsgrunnlag og yrkesutøvinga. I Noreg er tittelen sjukepleiar ein yrkestittel som berre kan brukast etter ein lovbestemt utdanning og etter autorisasjon frå Statens autorisasjonskontor. Gjennom 3-årig grunnutdanning i sjukepleie skal ein ha ein grunnleggande kompetanse i sjukepleiefaget. Ein kompetent utøvar i sjukepleie skal ha gode kunnskapar både i teori og praksis. Å ha sjukepleiarkompetanse inneber at ein er fagleg kvalifisert til å utføre yrket i samsvar med gjeldande lover, reglar og yrkesetiske retningslinjer. Fagermoen (1993:23) seier at sjukepleiefaget har røter både frå handverksfag og vitskaplege fag. Det inneber at i grunnlaget for utvikling av sjukepleiarkompetanse og kynde ligg både ein solid innsikt i faget og meistring av praktiske gjeremål og metodar for utvikling av kunnskap.

### **3.1 Sjukepleie som profesjon**

Profesjonane spelar ei viktig ramme i sjukehussektoren og sjukepleiarane og legane er mellom dei eldste profesjonane i helsevesenet. Ein profesjon kjenneteiknast ved at ein har eit yrke som krev høg teoretisk utdanning og at ein er relativ sjølvstendig i yrkesutøvinga, det vil seie at ein baserar seg på spesialisert og teoretisk kompetanse. Eit viktig bidrag i profesjonsforsking i si tid var Ulf Torgersen (1972) si bok "Profesjonssosiologi". Her blir føresetnadane for profesjonalisering omtala og trinna i profesjonsprosessen drøfta. Torgersen definerar profesjon som:

*"når en bestemt langvarig formell utdannelse erverves av personer som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte yrker, som ifølge sosiale normer ikke kan fylles av andre personer enn de med denne utdanninga."* (1972:10)

Ein profesjon har oftast ein profesjonell yrkesetikk eller ideologi som ein ynskjer skal vere retningsgjevande for verksemda. Det skal vere ein garanti for at arbeidet som blir utført skal halde høg fagleg standard og at handlingane ikkje er tilfeldige, eller eit resultat av ubevisst tradisjon og vane, men eit bevisst val (Halvorsen, 2002:158).

Profesjonalisering er den prosessen ei yrkesgruppe har vore gjennom for å få status og autonomi som profesjon. Ein viktig del av sjukepleiarane sin profesjonaliseringsprosess var å få treårig formell utdanning. I 1948 vart prinsippet om formell treårig utdanning vedtatt og ein fekk lova om offentleg godkjenning av sjukepleiarar (Melby, 1990). Norsk sjukepleiarforbund engasjerte seg sterkt i prosessen for å sikre ei sjølvstendig utdanning. Dette vart sett på som eit vesentleg ledd i å styrke sjukepleiefaget og profesjonen. Sjukepleiarane måtte derimot kjempe for sin profesjonsstatus og i profesjonslitteratur har dei blitt kalla for ein semi-profesjon. Med semi-profesjon meinar Etzioni:

*"a group of new professions whose claim to the status of doctors and lawyers is neither fully established nor fully desire. Lacking a better term, we shall refer to those professions as semi- professions. Their training is shorter, their status is less legitimated, their right to privileged communication less established, there is less of a specialized body of knowledge, and they have less autonomy from supervision or societal control than "the " professions".* (Etzioni, 1969:V)

Ein semi-profesjon ligg i sjiktet mellom etablerte profesjonar og yrkesgrupper med mindre status. I høve legeyrket har sjukepleiarane kortare utdanning, lågare status og mindre autonomi, noko som er trekk ved ein semi-profesjon (Etzioni, 1969:Vi). Sjukepleiefaget har derimot utvikla seg over tid frå å vere eit fag som i stor grad var basert på praktisk

opplæring til å vere ei utdanning på høgskule- og universitetsnivå. For sjukepleiarane sin profesjonaliseringsprosess var nettopp det å få til ei formell treårig utdanning veldig sentralt (Melby, 1990). I 1981 vart utdanninga av sjukepleiarar overført til høgskulesystemet i Noreg. Frå 1994 har utdanninga vore organisert saman med andre profesjonsutdanningar og regulert etter Lov om universitet og høgskular. Dette betyr at utdanninga til sjukepleiarar til ein kvar tid skal vere basert på det fremste innan *forsking, kunstnarisk utviklingsarbeid og erfaringeskunnskap* (Lov om universitet og høgskular, 2005).

Sjukepleiarutdanninga sin overgang til høgskulesystemet førte til eit stort kvalifiseringspress på lærarane til å skaffe seg lektorkompetanse. Frå og med nittitalsreformene innan høgskulesektoren er kravet mot fagleg utviklingsarbeid, forskingskvalifisering og doktorgrad auka. Sjukepleiefaget fekk på bakgrunn av blant anna auka kompetansekrav etablert eigne institutt for sjukepleievitskap ved Universitetet i Bergen i 1977, Universitetet i Oslo i 1985 og ved Universitetet i Tromsø i 1989. Profesjonaliseringa og vitskapleg gjeringa av utdanninga har vore med på å utvikle sjukepleie til eit tilnærma sjølvstendig kunnskapsområde og slik sett kan denne utviklinga synes gje sjukepleieprofesjonen høgare status og ein betre definisjon (Christiansen, Heggen, Karseth, 2004, Kvangersnes, 2005).

Slik måla for sjukepleietenesta er formulert i dag i Rammeplan og forskrift for Bachelor i sjukepleie (2004), syner ein til sjukepleiefunksjonen som både består av eit sjølvstendig ansvar for eigne oppgåver og eit sjølvstendig ansvar for delegerte oppgåver<sup>7</sup>. Sjukepleiekunnskap skal setje ein i stand til å ivareta den sjuke på ein heilskapleg måte ut frå forståing av pasienten si oppleveling av helsevikt og trussel om helsevikt. Sjukepleiare skal ha kunnskap om og vidareutvikle kliniske metodar for pleie og omsorg ved ulike sjukdomstilstandar og i førebyggjande og helsefremjande arbeid. Sjukepleiekunnskapen inneber at sjukepleiarene har eit sjølvstendig ansvar i høve iverksetting og oppfølging av forordna behandling, legemiddelhandtering og informasjon, observasjon, vurdering og rapportering av effekt (Rammeplan for sykepleierutdanning, 2004). Sjølv om det her er understreka at sjukepleiarene har eit sjølvstendig ansvar for ulike

---

<sup>7</sup> Legane delegerar bl.a. ansvaret for medikamentehandtering til sjukepleiarane.

oppgåver, må sjukepleiarane samarbeide med andre profesjonar og yrkesgrupper for at alle oppgåver skal bli løyste.

I takt med auka spesialisering knytt til utviklinga innan medisin har det utvikla seg nye yrkesgrupper til å ta seg av ulike funksjonar knytt til den medisinske behandlinga (t.d. bioingeniørutdanning, radiografutdanning, ergoterapiutdanning, fysioterapiutdanning). Dette har medført at helsevesenet har fått stadig nye profesjonar som kjempar for si rolle og hegemoni på bestemte yrkesfunksjonar (Kvangarsnes, 2005). Innføring av jurisdiksionsomgrepet kan sjåast på som eit nøkkelomgrep for å forstå denne samhandlinga. Jurisdiksjon overført til profesjonsteori tyder yrket si mynde eller ansvar innan eit ansvarsområde (Erichsen, 1996:46). Jurisdiksionsomgrepet seier altså noko om kven som ”eig” dei ulike arbeidsoppgåvene innanfor eit system. Tradisjonelt har legane hatt stor autonomi og vore leia av sine eigne, medan sjukepleiarane har vore underordna legane og hatt avgrensa jurisdiksjon. Sjukepleiarane sine oppgåver som assistanse av legar og pleie og omsorg for pasientar har vore sjukepleiarane sitt jurisdiksionsområde. Sjukepleiarane har kjempa for å syne at deira kunnskap om pleie og omsorg er eit eige fagfelt og eit eige jurisdiksionsområde. Her har Norsk sjukepleiarforbund stått sentralt, med blant anna utarbeiding av funksjonsbeskrivingar for å klargjere sjukepleiarane sine oppgåver. Gjennom funksjonsbeskrivingar søkte ein å styrke sjukepleiarane sin eigen fagidentitet og syne sjukepleiarane sine kunnskapsområde overfor omgjevnadane (Melby, 1990:293). Sjukepleiarane sin kamp for å få ein høgare status i profesjonshierarkiet kan sjåast på som ein kamp for å endre jurisdiksjonstilhøve mellom legar og sjukepleiarar. Abbot (1988:87-90) seier at for å utvide sin jurisdiksjon må profesjonane kjempe for dette enten ved å skvise ut andre eller ved å gå inn på eit område som er ”ledig”. Endringar i systemet oppstår ved at eksisterande aktørar endrar eller avsluttar sitt jurisdiskjonsområde, eller ved at ei ny profesjonsgruppe kjempar seg inn i systemet.

Det historiske bildet som er blitt gitt her syner ei yrkesgruppe med sterke historiske tradisjonar og eit ”myndig” fag forbund som har hatt stor innverknad på utviklinga av sjukepleifaget som profesjon. Sjukepleieprofesjonen har arbeidd aktivt for å få status som profesjon. Vitskap, systematiske kunnskapar, bestemte yrkesfunksjonar, etisk standard, indre kontroll og yrkesforbund er omgrep NSF har sett på som sentrale for å utvikle seg til ein profesjon (Kvangarsnes, 2005:55). Relasjonen mellom lege- og sjukepleieprofesjonen har vore ei sak som stadig har ført til konfliktar mellom profesjonane, særleg om

kunnskapsgrunnlaget i sjukepleiarutdanninga og leiingsfunksjonar i helsevesenet. Desse perspektiva ser eg på som viktige i denne studien og eg vil starte med å sjå nærare på sjukepleiarane si leiingshistorie.

### **3.2 Sjukepleieleiing**

Spørsmålet om kven som skal inneha leiarstilingane i sjukehus kan sjåast i lys av profesjonane sin kamp for jurisdiksjon. Sommervold (1997) hevdar at kampen om å inneha leiarposisjonar for sjukepleiefaget brukast som ein strategi for profesjonalisering. Ho hevdar sjukepleiarane ynskjer å brukar leiing for å lausrive seg frå det medisinske hierarkiet, samstundes som dei vil ha tilgang til generelle leiarjobbar og leie hjelpepleiarane. Sjukepleiarane fører altså ein dobbel strategi med både faglege og administrative argument. Diskusjonen om kven som skal leie sjukepleietenesta i sjukehus har gått igjen gjennom heile sjukepleia si historie, heilt sidan læresøstera Rikke Nissen ved Diakonissesjukehuset i 1870-åra protesterte mot mannleg leiing (Melbye, 1990). NSF etablerte i 1925 ”Fortsættelses-skolen” som tilbydde vidareutdanning til sjukepleiarar i administrasjon, undervisning og sosialt arbeid. Melby seier fylgjande i høve profesjonen sitt engasjement om leiarposisjonar: ”*Sykepleierforbundets interesse for å dyktiggjøre ledersykepleiere var et resultat av ønsket om å hamle opp med legeautoriteten og ruste seg til kontroll over sykepleietenesten*” (1990:298).

I 1930 åra fekk debatten ny aktualitet i og med at sjukehusa hadde vokse i omfang og kompleksitet og samstundes hadde stor sjukepleiemangel. Norsk sjukepleiarforbund argumenterte for at situasjonen ville betre seg om sjukepleiarane fekk leie eige fag. NSF meinte at ”rett” leiing ville føre til at arbeidet vart betre og meir effektivt utført, noko som ville kompensere for dei uheldige verknadane sjukepleiemangelen førté med seg. På den tida vart ikkje tilhøve til legane problematisert (Melbye, 1990). Sjukepleiarane argumenterte altså for leiing av eige fag, men samstundes som ein del av det medisinske hierarki og underordna legane. Sommervold (1997) kalla dette ei leiarforståing basert på tradisjonell ”managementtenkning” og lausreve frå sjukepleiefagleg kunnskap. Det er viktig i denne samanheng å trekke fram at alt i 1959 gjekk *Fortsættelsesskolen* over til å bli *Norges Høgre Sykepleieskole* (frå 1965 Høyere), og tilbydde eit 1-årig utdanningstilbod i administrasjon og leiing (Melby, 1990). Det var ei linje for administrasjon og ei linje for leiing. Administrasjon vart definert som det å utføre og føre

tilsyn med oppgåver som skal utførast etter dei lover, reglar og instruksar som er knytt til stillinga. Leiing er å sette mål for verksemda og å identifisere og bestemme viktige strategiar for å nå måla (Fause og Michaelsen, 2001, Melby, 1990).

På 60-talet begynte sjukepleiarane å stille spørsmål om legane sin kunnskap i sjukepleie, og starta med dette ein argumentasjon for at leiing blei kopla til den sjukepleiefaglege kunnskapsen. Sommervold (1997) trekk fram at dette representerte eit syn på sjukepleie som eit autonomt fag, parallelt med det medisinske hierarkiet, men utan å vere ein del av det. Handal-utvalet i 1971 fastslo at ein sjukepleiar skulle vere administrativ og fagleg leiar av sjukepleietenesta. På alle nivå i sjukehus skulle sjefsjukepleiar ha linjeansvar i høve sjukepleietenesta og sjefslegen linjeansvar for medisinsk teneste. Prinsippet om todelt leiing og linjeansvar for sjukepleieleiarar vart slått fast av Handal-utvalet og vidareført av Mork-utvalet, som utgreia leiing av sjukepleietenesta på alle nivå. Mork-utvalet gjekk inn for at oversjukepleiar skulle vere overordna avdelingssjukepleiar og sjefsjukepleiar skulle vere overordna oversjukepleiar. Unntaket var i medisinsk-faglege spørsmål, der overlegen var overordna. Prinsippet om todelt leiing og linjeansvar for sjukepleieleiarane vart på nytt debattert på slutten av 70-talet, og Øie-utvalet vart då nedsett for å utgreie ansvarsfordelinga i sjukehus. Her vart det foreslått ein overlege som sjukehusavdelinga sin sjef overordna alt anna personell, med både fagleg, administrativt og økonomisk ansvar. Debatten skapte stort engasjement blant sjukepleiarane som ville leie si eiga teneste. Konflikten handla om sjukepleia sin faglege identitet og tilhøve mellom sjukepleie og medisin. Dersom sjukepleiarane aksepterte at legane skulle vere leiarar, sa ein samstundes ja til at sjukepleie var underlagt medisinen. Ei ny innstilling der sjukepleieleiarane fekk linjeansvar og plassert i stab til avdelingsoverlegen som var avdelinga sin øvste leiar kom i 1983 (Melbye, 1990).

Sidan starten på 80-talet og fram til 2002 har sjukepleiarane fungert med ein todelt leiingmodell i lag med legane. Det vil seie at lege og sjukepleiar har hatt eit felles driftsansvar og eit særskilt fagansvar for eiga teneste.

Normann (2001) har studert lege- og sjukepleieleiing i sjukehus og trekk fram at tradisjon, historie og kultur ser ut til å ha prega sjukepleiarane og legane si utøving av leiing. Legane har fyrst og fremst identifisert seg som fagpersonar. Resultatet av dette har ført til at legane innan den todelte leiingsmodellen i stor grad har overlagt mykje av dei administrative og

driftsmessige oppgåvene til sjukepleieleiaren. Legeleiarane har lykkast med å ta i vare sitt fagansvar, medan sjukepleiarane kan synes å ikkje ha lykkast med å ta vare på fagansvaret i den grad dei ynskjer (Normann, 2001). Margrete Sæther (1999) har i sine studiar om sjukepleieleiing konkludert med at sjukepleieleiarar er veldig prega av lojalitet til den formelle organisasjonen og at dette kan føre til stengsel mot å stille krav på vegne av pasientar og pleiepersonale. Ho meinar avdelingssjukepleiar brukar si tid på ein måte som er sløsing med sjukepleiefagleg kompetanse.

Innføring av einskapleg leiing i sjukehus i 1999 skapte ein ny profesjonsdebatt om kven som skal leie sjukehusavdelingar i sjukehus. I praksis betyr einskapleg leiing at både sjukepleiarar og legar har fått tilgang på avdelingsleiarstillingar i sjukehus. Tre undersøkingar i norske sjukehus syner at sjukepleiarane innehavar 30% av leiarstillingane i einskapleg leiing. (Intorg, 2004, Opedal et al, 2005, Torjesen, 2004) Undersøkingane syner også at det er færre sjukepleiarar i leiarposisjonar i store sjukehus/føretak enn i små (Intorg, 2004). Torvestad Nerheim (2005) har studert innføringa av einskapleg leiing i sjukehus og ho trekker på bakgrunn av sine data fram at sjølv om sjukepleiarane har nesten 30% av leiarstillingane, så har sjukepleiarane blitt fråtatt viktige kanalar for å bli hørt i sjukehus. Sjukepleietenesta har i mange høve også mista koordineringsleddet i sjukepleietenesta ved at sjefsjukepleiarstillingar er fjerna mange stadar og oversjukepleiarstillingar i mange høve har fått nye oppgåver og/eller stillingane er fjerna. Sjukepleiarane si sjølvsagte deltaking i todelt leiing er forsvunne. Studien til Torvestad Nerheim (2005) syner også at dei sjukepleiarane som har fått stillingar som einskaplege leiarar ikkje identifiserar seg med sjukepleiefaget sitt. Det ser ut til at sjukepleieleiarane fjernar seg frå sin eigen profesjonsbakgrunn og fullt og heilt identifiserar seg med leiarrolla.

Norsk sjukepleiarforbund (NSF) har vore positive til ein profesjonsuavhengig, einskapleg leiing, under føresetnad av at arbeidsgjevar organiserar verksemda på ein måte som tek i vare reell innverknad for leiarar med sjukepleiefagleg systemansvar (NSF 2005). Når eg i denne studien nyttar nemninga **sjukepleieleiar** tyder det ein sjukepleiar som har fått delegerte oppgåver og myndigheter frå den einskaplege leiaren. Helse- og omsorgsdepartementet presiserer systemansvaret i rundskriv I-9/2002 og syner til Spesialisthelsetenesta § 2-3 som regulerar forsvalighetskravet og Helsepersonellova §16 som regulerar at ein må organisere tenestene slik at helsepersonellet blir i stand til å

overhalde sine lovpålagte plikter. I denne studien er altså fokuset retta mot leiarar av sjukepleietenesta på sengepostar i sjukehus – det operative nivå. Det å inneha det sjukepleiefagleg systemansvaret handlar mykje om organisering og tilrettelegging slik at den einskilde medarbeidar får muligkeit til å utføre fagleg forsvarleg arbeid som er heimla i Lov om helsepersonell §4. Sjukepleiarar innehar både einskaplege leiarstillingar, klinikkdirektørstillingar og administrerande direktørstillingar i sjukehus, men dei vert ikkje definert som sjukepleieleiar i denne studien. Dersom einskapleg leiar er sjukepleiar vil eg ikkje definere dette som ein sjukepleieleiar, i og med at den einskaplege leiaren ikkje berre har ansvaret for ei enkelt yrkesgruppe men alle yrkesgruppene som inngår i deira avdeling. Fokuset i denne studien er altså sjukepleieleiarar med delegert sjukepleiefagleg systemansvar, noko som i fylgje Orvik kan seiast å markere den faglege leiinga av sjukepleietenesta på avdelings/postnivå (2004:117).

Den gjennomgangen av sjukepleieprofesjonen sin kamp om leiarposisjonar, også sett på som ledd i ein profesionaliseringsprosess, syner ein strategi for å jobbe for at faget får høgare status. Eit viktig element for at ein profesjon skal få høgare status er utviklinga av faget og i neste kapitel ynskjer eg å sjå nærare på sjukepleieprofesjonen sitt arbeid med å utvikle sjukepleiefaget.

### **3.3 Kompetanseutvikling**

Blant profesjonane har omgrepet kompetanse alltid stått sentralt. Dette står i samanheng med at profesjonane sin samfunnsmessige legitimitet blant anna heng nært saman med dei profesjonelle sin kompetanse som igjen ligg til grunn for deira legitimitet (Nygren, 2004:20) Kompetanseomgrepet stammar frå latin, *competentia*, som tyder samantreff eller ”skikkethet”. Skau (2005:55) seier at det å vere kompetent bl.a. inneberer at ein i kraft av si stilling har rett eller myndighet til å gjere noko. At nokon har dei nødvendige kvalifikasjonar til å fylle stillinga, ivareta bestemte oppgåver eller uttale seg om spørsmål. Det å vere kompetent kan med dette som grunnlag tyde at ein er skikka eller kvalifisert til det ein gjer, det vil seie at det er samanfall mellom dei oppgåvene ein skal gjere og dei kvalifikasjonane ein har (Skau, 2005).

Det har alltid vore behov for at ein som yrkesutøvar skaffar seg bestemte former for kompetanse for å møte dei krav ulike oppgåver og omgjevnadane stiller. I takt med

samfunnsutviklinga blir og krava til kva kompetanse som er nødvendig endra. Krava til kompetanseutvikling koplast ofte opp mot ”omstilling”. Vi skal omstille oss dei nye krava som samfunnsutviklinga fører med seg, slik at vi utviklar ein kompetanse som gjer at vi meistrar dei nødvendige og raske omstillingane som eg tidlegare har synt at eksempelvis sjukehusreforma har ført med seg. Styresmaktene i Noreg har møtt kravet om auka kompetanse med bl.a. kompetansereforma<sup>8</sup>. Målsettinga med kompetansereforma er å gje den einskilde vaksne yrkesutøvar betre muligkeit for opplæring og kompetanseheving. Det vert trekt fram at reforma er basert på samfunnet, arbeidslivet og individet sitt behov for kompetanse.

Kompetanseomgrepet er kontekstuelt og gjev mening i ein samanheng i høve til ei arbeidsoppgåve, funksjon eller yrkesrolle. Profesjonell kompetanse eller profesjonalitet kan ein seie består av både teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdighetar og personleg kompetanse. Alle tre aspekta kjem til uttrykk samstundes, men med ulik tyngde, i alle yrkesrelaterte handlingar og samhandlingar. For å bli ein kompetent yrkesutøvar må ein utvikle alle tre aspekta (Skau, 2005). Nygren (2004) har studert den einskilde si læring og utvikling av profesjonell handlingskompetanse og han seier i boka ”Handlingskompetanse” at profesjonane si kompetanseutvikling ikkje berre skjer i formelle profesjonsutdanninger via universitet og høgskular, men og i form av opplæring på arbeidsplassen, vidareutdanninger, kontinuerleg fagleg oppdatering, rettleiing i praksis osv. (2004:20).

Nordhaug (1998) skriv om kompetanse og kompetanseutvikling i arbeidslivet basert på ein rekke studie i ulike bedrifter og han legg i sin definisjon av kompetanse vekt på dei same elementa som Skau (2005). Han seier at kompetanse består av kunnskap, ferdighetar og evne, og at kompetanseutvikling koplar individuell utvikling og bedrifta sitt kompetansebehov for å nå organisasjonen sine mål (Nordhaug, 1998:20). Elementa blir gjeve følgjande innhald:

- Kunnskap forståast på ein enkel måte som ulike former for informasjon som er meir eller mindre organisert hjå individet.

---

<sup>8</sup> St.meld.nr.42 (1997-98) Kompetansereformen

- Ferdighetar beskrivast som kapasitetar til å handle på bestemte måtar, og for å utføre konkrete oppgåver. Føresetnaden for å utøve ferdighetar er ofte at både bestemte kunnskapar og evne er tilstades på førehand.
- Evne blir sett på som medfødde, potensielle kapasitetar til å utvikle ferdighetar eller kunnskapar. Det finns ulike definisjonar av omgrepet kompetanse

Nordhaug trekk fram kor viktig det er at ein trekk inn holdningar, innstillingar og motivasjon som element når ein snakkar om individuell kompetanse, særleg innanfor omsorgs- og serviceyrke. Motivasjon og holdningar er tilhøve som kan verke inn på bruken av eller utnyttinga av kompetansen (Nordhaug, 1998:21). Nordhaug sin definisjon på kompetanse er eit av dei grunnlagda norske styresmakter har nytta som grunnlag når dei gjer greie for kompetanseomgrepet i NOU 1997:25, som var grunnlaget for kompetansereforma. I tillegg til at dei her seier at hjå individua er det: "*kunnskaper, ferdigheter og evner som kan bidra til å løse problemer og /eller utføre arbeidsoppgaver*", så seier dei at "*Den kompetanse som eit individ har, påvirker dermed produktiviteten i en arbeidssituasjon*" (NOU 1997:25). Både individuell kompetanse og felleskompetanse vert her veklagt. Felleskompetanse er avhengig av korleis den individuelle kompetansen står i høve til kvarandre, korleis den settast saman, korleis den gjensidige læringa som skjer i gruppa og organisasjonen si evne til å utnytte den einskilde sin kompetanse på ein god måte. Ser ein på kompetanseutvikling på denne måten vil individet si kompetanseutvikling vere eit viktig bidrag til utvikling av felleskompetanse. I dette perspektivet vert leiarar i organisasjonen sentrale i høve vurdering av behovet for kompetanse og det vert i denne studien sett på kompetanseutvikling som beståande av element som leiarar kan vere med å utvikle.

I dagens sjukehusavdelingar ligg det klare forventningar til sjukepleiarane om at ein skal ha klinisk kompetanse, men forventningar til yrkesrolla som sjukepleiar legg også vekt på at sjukepleiaren må forstå og handtere sjukepleia sine rammer. Sjukepleiarane treng organisatorisk kompetanse for å fylle ei profesjonell yrkesrolle (Orvik, 2004:17). Orvik (2004) argumenterer for at i tillegg til klinisk kompetanse treng sjukepleiarane organisatorisk kompetanse i form av *organisasjonskompetanse*; det å forstå helseorganisasjonen som system og *organiseringskompetanse*; det å kunne organisere pasientarbeid. At sjukepleiarane er dyktige til å organisere, kan vere avgjerdande for den faglege kvaliteten og for pasientane si oppleveling av kvalitet på behandling og omsorg. God

arbeidsorganisering i akutte situasjonar kan f.eks. vere svært avgjerande for at pasienten overlever.

Sveiby og Risling (1987) lanserte uttrykket den dobbelte sjukepleiar-kompetansen. Hovudargumentet deira var at kvaliteten på tenestene til brukarane blir betre når dei profesjonelle i tillegg til fagleg kompetanse også utviklar kompetanse i organisering. Spesielt trekker dei fram at dette er viktig i sjukehus pga. at det der er ein nær samanheng mellom pasientbehandling og organiseringsmåtar. Holter (1995:13) seier det slik:

*"Ledelse og organisering av sykepleien og deltagelse i driften av hele institusjonen/enheten legger forholdene til rette for god, direkte sykepleie til den enkelte pasient. Direkte sykepleie alene har ikke denne muligheten."*

Når ein sjukepleiar møter ein pasient og tar ansvar for at han får den hjelp han treng, blir både klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse viktige, men vil ha ulik vekt avhengig av kva krav situasjonen stiller. Når eg snakkar om sjukepleiekompetanse tenker eg altså både på kunnskapar og ferdighetar i sjukepleie, og organisatorisk kompetanse.

I ein dansk intervjuundersøking gjennomført av Krøll og Hansen (2000) vart det forska på sjukepleiar-kompetanse. Ein av deira hovudkonklusjonar er at framtidas sjukepleiarar treng organisatorisk kompetanse. Hovudargumentet er auka internasjonale krav om kontekstavhengige kompetansebeskrivingar. I den danske undersøkinga blir det vist til Det Rådgjevande Utvalg i Europakommisjonen som no stiller krav til at kompetansebeskrivingar for sjukepleiarar blir kontekstavhengige. Det betyr at kompetansen blir vurdert og beskrive i hove tre kriteria: behovet for sjukepleie i samfunnet, den profesjonelle standarden og omsynet til organisasjonen (Krøll og Hansen, 2000). Her kan ein sjå dei tre arbeidskontekstane; fag (pasient), arbeidstakar (profesjon) og organisasjon (produksjon).

Omgrepet **kompetanseutvikling** ligg tett opp til omgrepet læring som handlar om *"prosesser som fører til endringer i en eller flere av dimensjonene kunnskap, ferdigheter, kognitive evner, holdninger eller andre personlighetsrelaterte faktorer"* (Nordhaug, 1998:31). Tiltak for læring involverar meir eller mindre personlig aktivitet og ulik grad av planlegging og formalisering. Nordhaug (1998:32) har utvikla eit læringshierarki i arbeidslivet der læringstypane er rangert etter kor bevisste, planlagde, formelle og resultatorienterte dei er. Til høgare ein kjem i hierarkiet, til færre er det som deltar i

læringa. I sjukepleiefaget reknar ein ulike vidareutdanningar i sjukepleie som planlagt læring på eit høgt trinn, som krev høg aktivitet av sjukepleiarane og som omfattar relativt få sjukepleiarar. Alle sjukepleiarar kan forventast å ha ein passiv og ubevisst læring. Kurs er eit eksempel på planlagt, uformell læring på eit relativt lavt trinn. Medarbeidarsamtalar er eit eksempel på planlagt, uformelt utviklingstiltak, som også involverar leiaren. I desse samtalane kan ein få avklart behov og komme med forslag til tiltak som kan skape utvikling både for den tilsette og leiaren.

Nordhaug (1998) beskriv utviklinga av kompetanse som ein trinnvis prosess som evaluerar eksisterande kompetanse mot framtidia sitt behov for kompetanse. Han ser kompetanseutvikling som noko bedrifa må planlegge, organisere og utnytte. Kompetansen består av dei tilsette sin samla kompetanse og felleskompetanse på arbeidsgruppenivå og einingar som ikkje kan tilbakeførast til kvart einskild individ.

Ofte blir kompetanseheving og kompetanseutvikling brukt som synonym, men det å vere kompetent treng ikkje å vere det same som at ein har høg kompetanse. Det kan bety at ein har ein verdifull og riktig kompetanse i høve dei krav både dagens og framtidia sine oppgåver stiller. Ved kompetanseheving utviklar ein høgare og meir spesialisert kompetanse. Kompetanseutvikling kan også ha som mål å gje endra eller ny kompetanse, f.eks. endra holdningar, breiare kunnskap eller korrigering av ferdighetar. Einsidig satsing på kompetanseheving kan i fylgje Lai (2004:13) vere feil veg å gå dersom dette ikkje er i samsvar med dei konkrete kompetansekrava og behova organisasjonen og den einskilde arbeidstakar har. For å kunne møte dei utfordringane som fylgjer eit stadig endra kompetansekraav, meinar Lai at ein satse systematisk og målretta på kompetanse. Lai (2004) seier vidare at dette inneberer at leiinga bør utvikle ein overordna plan for arbeidet med kompetanse, basert på analyse av faktiske krav og behov. Ein leiar bør arbeide systematisk med tiltak for å skaffe, utvikle og mobilisere og eventuelt avvikle kunnskap. Nordhaug (1998) legg i sin definisjon på kompetanse til grunn at måla og strategiane til sjukehuset i stor grad må koplast til planlegging av kompetanseutvikling. Han vektlegg at den menneskelege kompetansen må koplast til bedrifa sine mål og strategiar ved planlegging av kompetanseutvikling. Ut i frå Lai (2004) og Nordhaug (1998) sine resonnement kan ein tenkje at kompetanseutvikling best kan skje når leiatar på alle nivå i organisasjonen ser nytten av å sette kompetanseutvikling på dagsorden.

## **Kompetanseutviklingsarbeidet innan sjukepleieprofesjon**

Norsk sjukepleiarforbund engasjerte seg tidleg i spørsmål om kompetanseutvikling for sjukepleietenesta. Vidareutdanningstilbod til sjukepleiarar kom på dagsorden alt i 1919 og i 1925 blei det fyrste ”fortsettelseskurset” haldt. Det varte i tre månader og vart grunnlaget for Fortsættelsesskolen. Fortsættelsesskolen gav heilt frå 1925 til 1985 tilbod om vidareutdanningar. I 1957 vart den til Noregs Høyere Sykepleieskole og i 1972 til Noregs Sykepleierhøyskole før den vart nedlagt i høve oppretting av Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Norsk sjukepleiarforbund stod bak vidareutdanningstilboda som vart oppretta gjennom ”fortsættelsesskolen” og gav på den måten eit bidrag til at sjukepleiarane sjølv tok leiing over yrket og fekk kontroll med både kunnskapsgrunnlaget og yrkesutøvinga (Melby, 1990).

Gjennom leiingshistoria til sjukepleietenesta som kort er gjennomgått i tidlegare kapittel, ser ein at sjukepleiarane i sjukehus har lang tradisjon med å leie eige fag og såleis også har hatt ansvar for å drive kompetanseutviklingsarbeidet for sjukepleieprofesjonen. Tradisjonelt har sjukepleietenesta hatt ein hierarkisk struktur med tre leiingsnivå som kvar har hatt eit klart definert ansvarsområde. Sjefsjukepleiar har vore organisert både i linje og stab. Ved linjeansvar var sjefsjukepleiar den øvste faglege ansvarleg for sjukepleietenesta og i stab fungerte sjefsjukepleiar som rådgjevar ovanfor direktøren i sjukepleiefaglege spørsmål. Busch og Vanebo (2000) trekka fram at fordelen med ei organisering i linje er klare informasjonslinjer og ansvarsforhold, men at ulempene er ein rigid organisasjon med ein tungrodd avgjerdssprosess, samstundes som avgjeringar ikkje vert tatt av dei som har direkte kontakt med problemet. Ei organisering av sjefsjukepleiar i stab var ein måte å innføre ein flatare struktur på og den overordna daglege leiinga av sjukepleietenesta vart då liggande på oversjukepleiarnivå. Oversjukepleiar hadde i denne modellen ein avdelingssjukepleiar under seg som i stor grad tok ansvaret for den daglege drifta. I NSF sin funksjonsbeskriving frå 1994 vart avdelingssjukepleiar tillagt ansvar for ”fagleg leiing”, ”økonomi og drift” samt ”personalforvaltning” (NSF, 1994). Avdelingssjukepleiar i denne modellen er den som har dagleg nærliek til pasientar og personale og dermed får nært kjennskap til kva faktorar som hemmar og fremmar kvalitet og effektivitet på sjukepleietenesta.

I tillegg til at avdelingssjukepleiar i den todelte leiingsmodellen tradisjonelt har hatt nær kontakt med pleiepersonale og pasientane, har også pleiepersonale i stor grad sjølv tatt ansvar for utviklinga av eige fag. Pleiepersonale har utvikla ei forståing av kva som er god kvalitet på arbeidet i nært samarbeid med kvarandre og i nærleik til pasienten (Hamran, 1992). Pleiepersonale har utvikla eit eige praksisfellesskap **"Communities of practice"**, der ingen har blitt vurdert som betre til å vurdere og bedømme eige fag enn yrkesgruppa sjølv. I fylgje Hamran (1995) har det eksistert ei form for eigeansvar eller autonomi innan sjukepleietenesta. Lave og Wenger (1991) introduserte omgrepene **"Communities of practice"** – praksisfellesskap – for å skildre personar si deltaking i ulike verksemddssystem som deltakarane skapar gjennom å koordinere sine handlingar på bestemte måtar. Wenger (1998) vektlegg sjølve kombinasjonen av praksis og fellesskap. Han seier at det som karakteriserar eit praksisfellesskap er ein indre samanheng skapt av tre dimensjonar: eit gjensidig forpliktande engasjement hjå deltakarane, eit felles fortakande og eit felles repertoar. Deltakarane sine kompetansar supplerar og overlappar kvarandre. Ut i frå sine ulike posisjonar, kompetansar og interesser forhandlar deltakarane kontinuerleg med kvarandre om utforminga av praksis. Kva er viktig? Kva er mindre viktig? Korleis skal vi forandre praksis, og kvifor? (Wenger, 1998).

Utviklinga av eit praksisfellesskap for sjukepleietenesta i sjukehus har vore muleg i den todelte leiingsmodellen, i og med at den faglege strukturen har vore sterkt desentralisert (Hamran, 1995:40). Praksisfellesskapet for pleietenesta har i tillegg stort sett vore eit kvinnefellesskap. Pleie av sjuke er eit av dei mest omfattande kvinneyrka i landet og faget sjølv er utvikla av generasjonar av kvinnelege pleiarar. Kvinnene hadde kulturen og kunnskapen og difor var det også dei sjølv som måtte justere og gjøre arbeidet betre i tråd med utviklinga i samfunnet. Pleiarane har blitt nøydt til å foreta ei kontinuerleg fagleg vurdering av korleis pasienten har det. Arbeidet er kjenneteikna av eit nært samarbeid forankra både i og gjennom sjølve arbeide. Ein arbeider saman og avløyser kvarandre. Avløysing krev også samarbeid, f.eks. gjennom munnlege rapportar (Hamran, 1995).

Til tross for ein desentralisert fagleg leiingsstruktur og eit sterkt praksisfellesskap har tidlegare studium synt at arbeidsdagen til ein avdelingssjukepleiar i stor grad har handla om personal- og pasientadministrasjon (Havn, 1996, Aase, 1999, Norman, 2001, Schei, 2003). I fylgje funna i desse studia kan dette synast å ha fortrengt mulighetene til å drive med fagleg leiing. Mange sjukehus har oppretta stillingar som fagutviklingssjukepleiar

eller assisterande avdelingssjukepleiarstillingar for å ivareta utviklinga av faget. Spørsmålet om det er lurt å delegera arbeidet med utviklinga av faget vekk frå dei formelle leiarstillingane har vore reist ved mange høve. Val av løysing kan syne seg prinsipielt viktig over tid, på grunn av at det vil vere avgjerande om avdelingssjukepleiar blir rein administrator eller beheld og utviklar sentrale element i den faglege leiinga (Normann, 2001, Schei, 2003).

Med stillingane som sjefssjukepleiar, oversjukepleiar og avdelingssjukepleiar var sjukepleieprofesjonen representert i alle organisasjonsnivå i sjukehus. I helseføretaket eg studerar hadde oversjukepleiarane og sjefsjukepleiar eit eige sjukepleieråd der fagdiskusjonar stod i fokus. Sjukepleierådet gav råd til direktøren i saker der direktøren bad om råd eller dei kunne på eige initiativ reise saker og kome med innstillingar til direktøren.<sup>9</sup>

På avdelingsnivå i sjukehus er det innført einskapleg leiing. Det betyr at ein ansvarleg leiar skal ha det heilskapleg ansvaret. Dette markerar eit brot med tidlegare praksis i og med at ansvaret for sjukepleietenesta ikkje lenger treng å ligge til leiar med sjukepleiefagleg bakgrunn. Ansvar for kompetanseutviklinga for sjukepleieprofesjonen er lagt til organisasjonen/helseføretaket og ikkje til dei einskilde profesjonane i sjukehuset slik som modellen med todelt leiing la opp til. Ny organisasjonsmodell har ført til at sjukepleietenesta er blitt ein del av avdelinga sine felles tenester (Orvik, 2004:111). I tillegg til einskapleg leiing er også sjefsjukepleiarstillingane tatt vekk i dei fleste sjukehus og sjukepleietenesta har såleis mista ei stemme på organisasjonsnivået. Grunngjevinga for å innføre einskapleg leiing var blant anna at ein ynskja ryddigare ansvarstilhøve og tydeleggjering av arbeidsgjevar sitt ansvar. Frå sjukepleiarhald har det blitt reist bekymring mot den endra leiingsstrukturen. Dette har samanheng med frykt for at den einskaplege leiaren ikkje vil sjå det som sitt ansvar å drive med kompetanseutvikling i sjukepleietenesta, men berre for legetenesta, og såleis ikkje ta eit heilskapleg ansvar for ei samla kompetanseutvikling i helsetenesta. Orvik (2004:112) seier at ein kan sjå ei redsle for at sjukepleie som fag og teneste skal bli usynleggjort og slukt av andre fag, ikkje minst av medisinien.

---

<sup>9</sup> Munnleg informasjon frå tidlegare oversjukepleiar i helseføretaket.

Utviklinga i helsetenesta har gått mot stadig meir avansert behandling og behovet for etter- og vidareutdanning har blitt stort. Tidlegare vart det skilt tydleg mellom etter- og vidareutdanning, men dette skilje er i ferd med å forsvinne. Etterutdanning var av mindre omfang, av kortare varigskap og ikkje formalisert gjennom høgskulane. I dag ser ein at kompetanseheving i aukande grad formaliserast gjennom høgskulane, i samarbeid med praksis, og utdanninga gjev utteljing i form av auka kompetanse og studiepoeng. Ein studie av 590 nyutdanna sjukepleiarar på Vestlandet syner at 9 av 10 sjukepleiarar hadde planar om vidare studiar i framtida. 34% ville ta helsesøster eller jordmorutdanning, 30% hadde ynskje om utdanning innan akutt kritisk sjuke og 26% ynskja ei studieretning innan administrasjon og leiing. 2 av 10 sjukepleiarar var 3,5 år etter avslutta grunnutdanning i gang med vidare studie. Dei fleste av desse haltd på med ei spesialutdanning i sjukepleie, deretter følgde universitetsfag og leiingsfag. Halvparten av desse sjukepleiarane finansierte studiane sine sjølv, medan den andre halvparten fekk utdanninga heilt eller delvis finansiert av arbeidsgjevar (Førland, 2005). Dette utgjer den formelle delen av kompetanseutviklinga.

Tiltak for læring innanfor organisasjonen blir omtala som den meir uformelle delen av kompetanseutviklingsarbeidet, men ikkje dermed i tydinga at den er mindre viktig. Nordhaug (1998) trekk fram at innanfor yrker som er sterkt kunnskaps- eller ferdigskapsbaserte, som f.eks. sjukepleie, og der utviklinga går raskt, er tiltak for å skape sjølvstendige læringsprosjekt særleg viktige. Individuelle tiltak her kan i fylge Nordhaug (1998) vere kontinuerleg oppdatering gjennom studiar av ny litteratur, bruk av kunnskapsbasar på internett, læring av eigenerfaring/refleksjon og gjennom vurdering frå kollegaer/leiar. Dette er til dels samanfallande med utvikling av ekspertsjukepleiarar som Benner (1995) beskriv. Benner blir ofte referert til når ein snakkar om utvikling av kompetanse i sjukepleie. Ho syner til at det synes å gå relativt lang tid før nyutdanna sjukepleiarar er kompetente i praksis, og at ulike metodar for utvikling kan syne seg meir eller mindre effektive ut i frå kva kompetansenivå sjukepleiaren er på. I fylge Benner inneberer dette at nyutdanna sjukepleiarar krev meir tett oppfølging og rettleiing som kompetanseutviklingstiltak, medan sjukepleiarar med meir erfaring bør få arbeide med meir sjølvstendige studiar (Benner, 1995).

## Evidensbasert sjukepleie

Det har innan sjukepleiefaget heilt sidan 1970-talet blitt jobba for å redusere gapet mellom forsking og praksis. Sjølv om det vart utvikla ny kunnskap gjennom forsking, var det ikkje sjølvsagt at den vart teken i bruk. I dag ligg det krav og føringer frå styresmaktene gjennom lover, forskrifter og offentlege utgjeiingar om at praksis skal vere basert på eit forskingsbasert kunnskapsgrunnlag (Nortvedt og Hansen, 2001). Eit vanleg nytta omgrep er evidensbasert sjukepleie ("evidence based practice") eller kunnskapsbasert praksis, som er den vanlege oversettinga til norsk. Den mest kjente definisjonen av "evidence-based medicine" er:

*"The conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external evidence from systematic research."*

Sackett et. al (1996)

Denne klassiske definisjonen nyttas også som definisjon på "evidence-based nursing" der ein forstår medisin i vid forstand. Definisjonen poengterer at gyldig og praktisk kunnskap frå systematisk forsking skal vere basis i fagutøvinga, men at resultata må vurderast og individualiserast for å tilpasse den einskilde pasient.

Det som er nytt med kunnskapsbasert praksis er at ein skal kombinere klinisk erfaring og ekspertise med best tilgjengeleg kunnskap frå forsking (Sackett et.al, 1996). Med best tilgjengeleg kunnskap meinast oppdatert kunnskap som er kritisk vurdert. Denne kunnskapen skal saman med erfaringsbasert kunnskap, pasientane sine preferansar og ressursane ein har til rådvelde, utgjere grunnlaget for dei avgjeringar sjukepleiarane tar i praksis (Nortvedt og Hansen, 2001). Grunngjevinga for fokuset på kunnskapsbasert praksis er forventningar om at fagutøvinga baserar seg på forskingsbasert kunnskap, slik at pasientane til ein kvar tid får den best tilgjengelege behandlinga. Kunnskapsbasert praksis er også ein konsekvens av pasientane sine auka krav til helsevesenet og føringer frå statleg hald. I St.meld.nr.39 (1999) seier myndighetene at dei kjem til å basere sine avgjerdar på forskingsbasert kunnskap:

*"Et solid forskningsbasert kunnskapsgrunnlag, basert på både medisinsk og samfunnsvitenskaplig forskning, vil i framtiden i enda sterkere grad enn i dag være av avgjørende betydning for de valgene som beslutningstakere og myndigheter må*

*ta med sikte på å forebygge sykdom og helseproblemer, og å realisere gode og likeverdige helsetjenester for alle inn i neste århundre.”*

Som sjukepleiarar bør ein altså halde seg oppdaterte og tilby pasientane den beste pleia og behandling basert på den nyaste og beste kunnskapen. Nordtvedt og Hansen (2001) påpeikar at ein auka bruk av kunnskapsbasert praksis vil krevje at den enkelte sjukepleiar får tid til fagleg fordjuping. Det er oppretta databasar for å gjere kunnskapen tilgjengeleg og Cochrane, Medline og CINAHL er dei mest kjente her. Her blir systematiske oversiktar over ny forsking gjort lett tilgjengeleg. Nortvedt og Hanssen (2001) argumenterer for evidensbasert sjukepleie med at det kan vere vel anvendte pengar å sette av tid til fagleg fordjuping. Pasientane kan gjennom ei fagleg oppdatert sjukepleieteneste få eit betre behandlingstilbod. Om det i tillegg reduserar liggetid, komplikasjonar og re-innleggelsar, så er det ikkje sikkert at evidensbasert sjukepleie blir så dyrt.

Det har vore stor debatt om evidensbasert praksis innan fagmiljøet i sjukepleietenesta. Det er omstridt om det at sjukepleiarar les mykje ny vitskap fører til at dei kan gje ei betre kvalitativ sjukepleieteneste i praksis. I høve Ekele (2002) finns det ikkje dokumentasjon på at så er tilfelle. I Ekele sin studie syner det seg at forskinga som finns på databasane ofte er til lita hjelp når ein skal løyse problem i praksis. I praksis møter ein mangfoldige personar med samansette sjukdomar, lidingar og verdiar. Skal forskinga vere til hjelp må ein i fylge Ekele (2002) ta i bruk forskingstilnærmingar som eignar seg betre til å setje ord på den komplekse kvardagen som utgjer ramma i møte med pasientane.

### **Leiing og kompetanseutvikling**

Sjukehus er som tidlegare beskrive ein kompleks organisasjon med mange yrkesgruppe. I slike organisasjonar er yrkesutøvaren den viktigaste ressursen og kompetansen til fagpersonen har avgjerande innverknad for kvaliteten på tenesta (SHD, 2005). Verdens helseorganisasjon definerar kvalitet som: høg fagleg standard, minst muleg skadar og biverknadar, høg pasienttilfredsstilling, god tilgjenge og kontinuitet i tenesta, samt god ressursutnytting(WHO, 1993). Norsk Standard<sup>10</sup> (NS-EN ISO 9000:2000) definerar kvalitet på fylgjande måte: *“Kvalitet er i hvilken grad en samling iboende egenskaper oppfyller krav”*. Det sentrale poenget er at kvalitet handlar om tilhøve mellom kva som faktisk ytast, og kva som krevjast eller forventast. Sosial og helsedirektoratet har utvikla

---

<sup>10</sup> <http://www.ISO9000.no/>

ein nasjonal strategi for kvalitetsforbetring i Sosial- og helsetenesta: ”....og bedre skal det bli!”. Strategien slår fast at tenestene er av god kvalitet når dei er i tråd med formålet, dvs :

- *Er virkningsfulle*
- *Er trygge og sikre*
- *Innoverer brukere og gir dem innflytelse*
- *Er samordnet og preget av kontinuitet*
- *Utnytter ressursene på en god måte*
- *Er tilgjengelige og rettferdig fordelt*

(SHD, 2005:12)

I strategien vert det presisert at god leiing er ein føresetnad for å oppnå kvalitet i tenestetilbodet. Det blir trekt fram at arbeidet med kvalitet ikkje kan komme i tillegg til dei daglege oppgåvene ein leiar har, men vere ein integrert del av dagleg drift. På bakgrunn av dette kan ein tolke at utvikling og forbetring av kvalitet krev tydlege føringer, avklarte roller og god leiing (SHD, 2005:13). Helsepersonell og deira kompetanse blir trekt fram som helsetenesta sin viktigaste ressurs og kvalitetsutvikling heng såleis mykje saman med kompetanseutvikling. I fylgje Øgar og Hovland (2004:205) er det å utnytte dei tilsette sin kompetanse og stimulere og legge til rette for kompetanseutvikling eit sentralt element i arbeidet med kvalitetsutvikling.

Vrenne (2000) har studert avdelingssjukepleiaren sitt ansvar og arbeid med kompetanseutvikling i sjukehus, og ho trekk fram at avdelingssjukepleiar bør ha ein sentral posisjon ved planlegging av kompetanse i sjukehus. Dette grunngjev ho med at ein leiar på dette nivået vil vere nær pleiepersonalet og pasientane, og på den måten gje dei mulighet for å vurdere eksisterande kompetanse, behov for kompetanseutvikling hjå den einskilde og avdelinga sitt samla behov for utvikling av kompetanse (Vrenne 2000:123). Orvik (2004:99) trekk også fram at fagleg leiing i form av innsikt i sjølve tenesteproduksjonen ofte vil vere ein føresetnad for å meistre leiarrolla. Det blir ikkje vurdert som nok at ein innehar ein profesjonsutdanning i høve faget ein skal leie, men også at ein er fagleg a jour. Forsking om sjukepleieleiing syner at sjukepleieleiarar som ikkje er fagleg oppdaterte har problem med å heve kvaliteten og drive faget framover (Holter, 1995, Normann, 2001, Orvik, 2004).

Tidlegare studiar har vist at leiarar av sjukepleietenesta tradisjonelt har brukt lite tid på eigenutvikling som deltaking på kurs, internundervisning, leiarutviklingsgrupper og

rettleiing i høve leiarrolla (Havn, 1996, Aase, 1999, Schei, 2003). I gjennomsnitt syner desse studiane at ein avdelingssjukepleiar brukar kring 3% av arbeidstida på eigenutvikling. I desse studia sa leiarane at dei nytta mesteparten av tida til administrative oppgåver, men at dei ynskja meir tid til fagutvikling. Dette funnet samsvarar med funna i studien til Normann (2001) og Sæther (1999). Normann (2001) har studert lege- og sjukepleieleiing i sjukehus og trekk fram at tradisjon, historie og kultur ser ut til å prege sjukepleie-, og legane si utøving av leiing. Legeleiarane er tydlegare på å ivareta sitt faglege ansvar, medan sjukepleiarane ikkje har meistra dette på tilsvarende måte. Sjukepleieleiarane har derimot lykkast i det med å ta eit heilskapleg ansvar for avdelinga di drift. Ho trekk fram at det kan synast som at sjukepleieleiarane knyt ansvaret for fagutvikling og ivaretaking av faget til andre enn seg sjølv:

*"De ser ut til å fraskrive seg ansvaret, og begrunner det ikke bare med at de ikke har fagutviklingssykepleiere, men også at de ikke har tid."*

(Normann, 2001:107)

Bjørk (2001) påpeikar i sin studie om læring i sjukehus at sjukepleieleiarene må vere bevisst på sin sentrale funksjon i høve det å utvikle og realisere sjukehuset og avdelinga sine visjonar, og i samarbeid med sjukepleiarane konkretisere, verkeleggjere og evaluere avdelinga sine mål. Sjølv om ei målsetting er utarbeida i fellesskap i f.eks. ei sjukehusavdeling, så har leiaren ei vesentleg rolle i å legge til rette for verkeleggjeringa av dei felles visjonane. Bjørk (2001) er opptatt av at sjukepleiarane må flytte seg ut av pasientromma, ut frå sin eigen handlingsverden, og søke kunnskap i andre sine erfaringar, i dialogen og diskusjonen, i bøkene. Dette er i fylgje Bjørk (2001) muleg i eit miljø der leiaren legg til rette for fellesskapsføling, refleksjonar og dialogar om sjukepleiefaglege utfordringar og problem. Leiaren må kjenne til kva faktorar som er vesentlege for eit utviklingsklima. Dei må syne gjennom handlingar at dei er opptatt av at sjukepleiarane skal få styrka sin kompetanse. Bjørk (2001) seier vidare at ein må ha leiarar som ser at arbeidstakaren si læring er ein implisitt del av verksemda. Funna i Bjørk (2001) sin studie gav eit bilde av at sjukepleiefaglege utfordringar eller problem i stor grad vart løyst individuelt ut i frå det sjukepleiararen kunne frå før. Dei gjekk i liten grad ut for å lære korleis problemet skulle taklast.

Sæther (1999) har i sine studiar om sjukepleieleiing konkludert med at sjukepleieleiarar er veldig prega av lojalitet til den formelle organisasjonen og at dette kan føre til stengsel mot

å stille krav på vegne av pasientar og pleiepersonale. Ho meinar avdelingssjukepleiar brukar si tid på ein måte som er sløsing med sjukepleiefagleg kompetanse. Det kan vere verdt å påpeike at situasjonen for sjukehusa har endra seg etter at desse studia vart gjennomført. På organisasjonsnivå er sjukehusa i dag organisert utan profesjonsspesifikke, faglege leiarstillingar. Sjefsjukepleiar er tatt vekk dei fleste stadar og sjukepleietenesta har på den måten mista ei stemme på organisasjonsnivået (Orvik, 2004:111). I ein del sjukehus er også oversjukepleiestillingane tatt vekk, slik at det berre er ein avdelingssjukepleiar med delegert sjukepleiefagleg systemansvar igjen på ei sjukehusavdeling. Det gamle praksisfellesskapet sjukepleietenesta har hatt på leiarnivå, kan på bakgrunn av desse omleggingane sjå ut til å ha blitt utfordra i den nye sjukehusorganisasjonen. Nemninga sjukepleiefagleg systemansvar markerar i dag den faglege leiinga av sjukepleietenesta på avdelingsnivå. Systemansvaret er forankra i arbeidsgjevar si plikt til å legge til rette for at helsepersonell kan opptre forsvarleg (Orvik, 2004:117).

Einskapleg leiing har derimot opna opp for at sjukepleieleiarar kan inneha stiltinga som einskapleg leiar, og såleis stige i makthierarkiet. Det er i dag sjukepleiarar i 30% av leiarstillingane (Intorg, 2004, Opedal et al, 2005, Torjesen, 2004). Torvestad Nerheim (2005) har studert innføringa av einskapleg leiing i sjukehus og ho trekk på bakgrunn av sine data fram at sjølv om sjukepleiarane har nesten 30% av leiarstillingane, så har sjukepleiarane blitt fråtatt viktige kanalar for å bli høyrt i sjukehus. Sjukepleiarane si sjølvsagte deltaking i todelt leiing er forsvunne. Studien syner også at dei sjukepleiarane som har fått stillingar som einskaplege leiarar ikkje identifiserar seg med sjukepleiefaget sitt. Det ser ut til at sjukepleieleiarane fjernar seg frå sin eigen profesjonsbakgrunn og fullt og heilt identifiserar seg med leiarrolla (Torvestad Nerheim, 2005). Ho tolkar dette til det kan sjå ut som leiingsoppgåver har blitt eit nytt jurisdiskjonsområde i sjukehuset og at dei som kontrollerar dette er såkalla hybridleiarar. I fylgje Kragh Jespersen (2005:145) er hybridleiarar leiarar som både har verdiar frå sitt eige fag, og ynskjer eit fagleg sjølvstyre, men samstundes har verdiar peikar i retning av generelle leiingsoppgåver. Torvestad Nerheim (2005:186) beskriv desse leiarane som leiarar som både har helsefagleg og leiingsfagleg utdanning og erfaring, dei fjernar seg frå sine respektive faggrupper ved å bygge ei ny nisje, nemleg ”helseledelse” .

Folgerø Johannessen (2005) skriv om leiing og evidens og trekk der fram den problematiske situasjonen ein kan stå i med auka krav om ”produktivitet” knytt til

økonomiske resultatmål, samstundes som etablerte fagleiarideal svekkast. Ho syner til at psykologane i ein skilde helseføretak føler at deira posisjon som faggruppe er svekka som følgje av at sjefs- psykolog- funksjonen er fjerna. Dei har mista ein viktig kanal inn til leiinga, samtidig som dei ikkje har ein ”fagleg” leiar. Denne usikkerheita kan ein også tenke vil gjelde for sjukepleiarane i og med at fagleiar systemet knytt til profesjonen er mange høve er svekka, og dette er noko av det eg ynskjer å søkje kunnskap om gjennom analysen av dei empiriske data.

### **3.4 Oppsummering**

I dette kapittelet er det teikna eit bilet av sjukepleieprofesjonen si kompetanseutvikling før og no. Behandling og pleie innan ei høgteknologisk bedrift som sjukehus krev høge krav til kompetanse og omstillingsevne. De nye helselovene understrekar viktigheten av generell kompetanseutvikling. Arbeidsgjevar skal sjå til for at dei tilsette får den opplæring, etter- og vidareutdanning som er påkravd for at de skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Dessutan skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventast ut frå kvalifikasjonar, arbeidet sin karakter og situasjonen elles. Arbeidsgjevar og arbeidstakar har et felles ansvar for at kvaliteten på helsetenester som ytes er tilfredsstillende. Planlegging, utvikling, organisering og utnytting av sjukepleieprofesjonen sin kompetanse er sentrale stikkord.

I takt med samfunnet si utvikling endrast også krava til kva kompetanse som er nødvendig eller ynskjeleg. I førre kapittel vart det gjort greie for den nye organisasjonsrøynda i sjukehus etter innføring av sjukehusreforma. Det har skjedd store omstillingar i sjukehusa etter innføring av sjukehusreforma som igjen får tyding for kompetansebehovet. Fokuset er i denne studien er retta spesielt mot innføring av einskapleg leiing, som har ført til at dei fleste sjukehus i dag er organisert utan profesjonsspesifikke, faglege leiarstillingar på avdelingsnivå. Dette kan i fylge bl.a. Orvik (2004) synast å ha gjett sjukepleieprofesjonen nye utfordringar i høve leiing av sjukepleiefaget og utvikling av den sjukepleiefaglege kompetansen. Sjukepleiarkompetanse handlar både om å forstå og om å kunne handle i den nye organisasjonsrøynda (Orvik, 2004:93).

## Kapittel 4 Metodisk tilnærming

I dette kapitlet vil forskingsmetodiske problemstillingar bli presentert. Gjennom forsking ynskjer ein å tilegne seg ny kunnskap innan eit eller fleire område. Val av forskingsmetode vil vere avhengig av kva ein skal finne ut. Det er studie si problemstilling og det som er gjort av forsking om temaet tidlegare som bestemmer kva for metodologiske og metodiske tilnærmingar ein skal velje (Grønmo, 2004). I denne oppgåva vil det ikkje vere rom for ein grundig vitskapsteoretisk diskusjon, men eg vil gjere greie for faglige og metodiske grunngjevingane for dei strategiar eg har basert studie mitt på.

Ein forskar må lage ein overordna plan for å få svar på forskingsspørsmåla. Før eg valde metodisk tilnærming reflekterte eg difor mykje over kva eg eigentleg ville med mitt forskingsprosjekt. I val av metode må det overordna omsynet vere at ein i løpet av studie prøvar å skaffe så pålitelege svar på forskingsspørsmåla som muleg. Dette gjer at sjølve problemstillinga og dei spørsmål ein ynskjer svar på er den mest sentrale delen i all forsking. Johannessen og Olaisen (1995:18) seier at *"det er spørsmålsprosessen som er drivkraften i enhver tilnærming, uansett hvilken metode man velger å benytte, eller hvilke aspekter ved fenomenet man undersøker."* Å planlegge forskinga for å avklare og avgrense problemsamanhangar er ein del av forskingsstrategien og ein slik strategi må skisserast, sjølv om den må justerast etter kvart. Om ein ikkje skisserar ein forskingsstrategi kan forskinga bli tilfeldig og dermed ineffektiv (Johannessen og Olaisen, 1995).

### 4.1 Val av metode

Metode som omgrep, kan i fylgje Kvale (1997:114) definerast som vegen til målet. Val av forskingsmetode er avhengig av kva ein skal undersøke. Fokus i oppgåva mi er å finne ut kva rolle sjukepleieleiarens på sengepostnivå spelar i høve arbeidet med kompetanseutvikling i sjukehus og på kva måte sjukehusreforma, med spesielt innføring av einskapleg leiing, har påverka sjukepleielearen på sengepostnivå i arbeidet med å utvikle den sjukepleiefaglege kompetansen. Det menneskelege aspektet vil stå sentralt for å finne svar på mine spørsmål. Eg ynskjer å beskrive og forstå den verden som informantane representerer og treng difor ein metode som gjev rom for å få tak i sjukepleieleiarane sine eigne oppfatningar og meningar om temaet. Det er på bakgrunn av dette vald ei kvalitativ tilnærming. Det særeigne ved kvalitativ tilnærming er nærleiken til forskingsobjektet.

Kvalitativ tilnærming blir ofte nytta innan den hermenautiske vitskapstradisjonen. Hermeneutikk kjem frå gresk og betyr utlegningskunst eller forklaringskunst (Gilje og Grimen, 1993, s.143). I denne tradisjonen prøvar ein å finne mening og skape forståing gjennom å beskrive og fortolke fenomen innanfor samanhengen dei blir formidla. Eg vil spesielt trekke fram eit sær preg ved den måten samfunnsforskarar møter problema på. Menneske beskriv og fortolkar sjølv kva ein gjer og korleis samfunnet dei lever i påverkar ein. Samfunnsforskarar må difor ofte fortolke og forstå noko som allereie er fortolka, dvs informanten si fortolking og forståing av seg sjølv, av andre og den fysiske verden. Som forskar må eg med andre ord vere klar over at eg får informasjon som alt er fortolka av informantane sjølv (Gilje og Grimen, 1993).

Ein grunntanke innan hermeneutikken er også at vi alltid forstår noko på grunnlag av visse føresetnader. Dei føresetnadane vi har, bestemmer kva som er forståeleg eller uforståeleg. Forskaren sine eigne erfaringar spelar difor ei viktig rolle. Det er gjennom å uttrykke sine eigne erfaringar at forskaren kan forstå, og få ei anna oppfatning av røynda (Gilje og Grimen, 1993). Hovudprinsippet i kvalitativ metode er at den skal sikre at informanten si oppleving kjem til uttrykk, utan direkte påverknad og kontroll. Ein skal studere fenomena slik dei naturlig oppstår, utan manipulasjon og målet er å beskrive og dokumentere aspekt ved situasjonen slik den faktisk er. I mitt studie er målet å få auka kunnskap og innsikt i sjukepleieleiaren sitt arbeid i høve det å utvikle den sjukepleiefagleg kompetansen. Det gjer kvalitativ metode godt eigna. Kvalitative metode er fleksibel og kan gje forståing av sosiale prosessar og samanhengar ved at den får fram totalsituasjonen. Kvantitativ metode som blir rekna som den andre hovudforma for metodisk tilnærming fokuserar meir mot mange einingar, utbreiing, tal og mengde av eit fenomen og kan nyttast for bl.a. statistisk generalisering.

Grønmo (2004:129) beskriv fylgjande forskjellar mellom kvalitative og kvantitative undersøkingar:

- Problemstillingar: analytisk beskrivande versus statistisk generaliserande.
- Metodisk opplegg: fleksibilitet versus strukturering.
- Forholdet til kildene: nærhet og sensitivitet versus avstand og selektivitet.
- Tolkingsmuligheter: relevans versus presisjon.

Kvale (1997) skriv at det kvalitative forskingsintervju er ein metode som ligg innanfor fenomenologisk tilnærming, sjølv om fleire filosofiske tankeretningar kan representera ei forståingsramme. Ved ei fenomenologisk tilnærming knytast studien opp mot eit overordna vitskapsteoretisk nivå, i og med at fenomenologi er definert som både filosofi og metode. Eit fenomenologisk perspektiv fokuserar på personen si livsverd. Kvale (1997:40) beskrev det slik: *"Det er åpent for intervjupersonens erfaringer, fremhever presise beskrivelser, forsøker å se bort frå forhåndskunnskaper, og søker etter beskrivelsens sentrale betydninger"*. Ein hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming kan godt nyttast i kombinasjon og på den måten får ein med både det beskrivande og det fortolkande perspektiv (Gilje og Grimen, 1993, Kvale, 1997). Forskarrolla mi vert drøfta i kapitelet om validitet og reliabilitet.

### **Det kvalitative forskingsintervju**

Innanfor fenomenologisk referanseramme er kvalitatittv intervju ein vanleg metode for datainnsamling. Kvale (1997) skriv at det kvalitative forskingsintervju er ein produksjonsstad for kunnskap. Intervju gjev ein mulighet til å kunne spørje utdjupande og ein kan følgje opp eventuelle uklarhetar undervegs. I fylgje Grønmo (2004:125) finns det seks hovedtypar av undersøkingsopplegg, der tre typar sorteras under kvalitative metode:, deltakande observasjon, uformell intervjuing og kvalitativ innhaltsanalyse.

På bakgrunn av problemstillinga fann eg det mest høveleg å nytte uformell intervjuing, der verken spørsmåla eller svaralternativa vart lagt heilt fast på førehand. Eg valte å gjere nytte av ein intervjuguide, men gjorde nødvendige korrigeringar, tilpassa situasjonen og la vekt på det å skape eit godt klima for å få til ein god samtale. For å lykkast med å nytte ein kvalitativ metode må forskaren vere open og konsentrert for røynda og vere tilstades i situasjonen. Ein må vere bevisst på seg sjølv som menneske og fagperson, og med evne til å gje av seg sjølv og sine erfaringar vil forskaren ikkje berre oppnå tillit, men også få høgare kvalitet og innhald i intervjuet. Kvale (1997:17) skriv at :

*"Det kvalitative forskingsintervjuet forsøker å forstå verden frå intervjupersonens side, å få frem betydningen av folks erfaringer, og å avdekke deres opplevelse av verden forut for vitenskaplige forklaringar"*.

#### **4.2 Val av informantar og tilgang til forskingsfelt.**

I denne studien er leiarar i sjukehus vald som informantar. Utvalskriteria var at informantane skulle vere personar som hadde ansvar for sjukepleietenesta ved ulike avdelingar ved eit sjukehus. Stillingsnemningane for leiarar i sjukehus varierar frå sjukehus til sjukehus og eg vel i denne oppgåva å bruke nemninga sjukepleieleiar på informantane. Eg intervjuet åtte sjukepleieleiarar som alle var leiarar av sengepostar ved same helseforetak. Dette er ikkje eit stort utval. Ved kvalitative studie er ein ute etter forståing av eit fenomen meir enn utbreiinga av det. Kvale (1997) seier at tal intervjupersonar avhenger av studien sitt formål og at ein skal intervjuet så mange personar som er nødvendig for å finne ut det ein treng å vite.

For å få tilgang på forskingsfeltet vart det sendt søknad via e-post til administrerande direktør. I søknaden vart det informert om studien sitt innhald og formål og det vart samstundes spurde om å få intervjuet 8 – 10 sjukepleieleiarar. Administrerande direktør svart umiddelbart positivt på søknaden og eg fekk løyve til å ta kontakt med aktuelle informantar og gjennomføre studien.

Eg kontakta deretter ti sjukepleieleiarar via e-post. Ved hjelp av helseforetaket si heimeside fann eg namn og e-postadresser til informantane. Helseforetaket består av fire sjukehus som alle er representert i studien. I e-post til informantane vart det informert om studien sitt innhald, føremål og metode<sup>11</sup>. To av dei spurde informantane sa nei til å delta elles fekk eg rask stadfesting frå dei andre om at dei sa seg villeg til å vere med. Tidspunkt vart avtalt og det vart i samband med stadfesting av tidspunkt for intervju sendt ut eit skjema i høve demografiske data<sup>12</sup> som eg bad informanten om å fylle ut på førehand og det vart lagt ved ei skriftleg samtykke erklæring<sup>13</sup>.

Det er tre etiske reglar som er særleg viktige å ta omsyn til når ein forskar på menneske og desse blei presentert for informantane. Dette gjelder for det første **informert samtykke** som inneberer at informantane får informasjon om studien sine overordna mål, korleis studie er planlagt gjennomført og om mulege fordelar og ulemper med å delta i studien. Det andre er garanti om **konfidensiell handsaming**. Eg gav garanti for at personlege data ikkje skal nyttast slik at informanten sin identitet kan avslørast. I og med at min studie er i

---

<sup>11</sup> Vedlegg 1

<sup>12</sup> Vedlegg 2

<sup>13</sup> Vedlegg 3

ein helseføretak der miljøet er forholdsvis lite var det ekstra viktig å vere oppmerksam på dette. Det siste punktet gjeld klargjering av **konsekvensar** i høve det å delta i studien i og med at resultata vil bli offentleg tilgjengeleg. I ein intervjustituasjon kan informanten komme til å seie ting som kan vere av meir sensitiv art og kanskje dele meir enn ein hadde tenkt i utgangspunktet. Dette stiller store krav til meg som forskar i høve handsaming av slike data for å ta i vare informanten (Kvale, 1997).

### **4.3 Metode for datainnsamling**

Innsamling av data i denne studien vart gjort gjennom eit skjema for demografiske data og gjennomføring av intervju. Informantane fekk før intervjuet tilsendt eit skjema der dei skulle fylle ut opplysningar om namn, stilling, alder, kjønn, ansvarsområde, utdanning og leiingserfaring. Denne informasjonen vart nytta som bakgrunnsdata under intervjuet og i analysen av data.

Under intervjuet valte eg som tidlegare nemnt å bruke eit halvstrukturert intervjuguide (vedlegg 4). Denne metoden vart valt ut i frå eit ynskje om å få tilgang på informantens historie/forteljing om eit spesifikt emne. Eit kvalitativt forskingsintervju gjev fleksibilitet utan faste svaralternativ og det opnar for at informanten kan fortelje sine eigne erfaringar og tankar rundt emne som det er satt fokus på. Kvale (1997:21) definerar eit halvstrukturert intervju som ”*et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene*”. Eit forskingsintervju er ein konversasjon som har ein viss struktur og føremål. Forskaren skal prøve å få tak i røynda slik informantens oppfattar og forstår den.

Intervjuguiden min gjev ein oversikt over emna som eg ville ta opp i intervjeta og eg brukte den som ei huskeliste gjennom samtalens. Forskingsspørsmåla vart nytta som utgangspunkt og ramme når eg laga guiden. Eg følte ikkje at eg måtte fylgje rekkefølgja av spørsmåla slik dei var satt opp, men eg passa på å komme inn på alle spørsmåla slik at eg sikra at punkt ikkje vart gløymt. Intervjuet skal vere på informantens sine premissar, men ein intervjuguide kan vere god å ha som ei huskeliste. Eg vurderte intervjuguiden kritisk etter å ha gjennomført eit par intervju, men eg opplevde at den fungerte bra og endra ikkje på den undervegs. Eg opplevde at intervjeta glei lett og det å starte med å la informanten fortelje om sitt arbeid/ansvarsområde fungerte som ein god start for å få samtalens i gang.

## **Gjennomføring av intervju**

Eg valte å interviewe 8 sjukepleieleiarar. Alle intervjeta med unntak av eit vart gjennomført på informantane sin arbeidsplass. Eit intervju vart gjennomført på mitt kontor av praktiske årsaker og etter informanten sitt eige ynskje. I fylgje Kvale(1997) bør staden der intervjetet finn stad vere ein plass der informanten kjenner seg trygg og kan vere uforstyrra. Eg la opp til ein samtaleprega intervjustituasjon og passa på at eg og informanten satt rett ovanfor kvarandre. Dette gav også gode forhold i høve opptak av intervjetet. Opptak med bruk av MP3-spelar var avklart på førehand og ingen reserverte seg mot dette. Eg noterte lite under intervjetet. Konsentrerte meg om det som vart sagt og på å stille spørsmål og få samtales til å gli. Forskaren sitt ansvar er i fylgje Kvale (1997) å lede samtales slik at det blir oppretta tillit.

Det er viktig at intervjetet skal opplevast som positivt for informant ved at han får ny innsikt i sin eigen situasjon. For å få til dette er det viktig at forskaren har god kunnskap om område det forskast på og at formålet med intervjetet blir forklart på ein strukturert måte. Det er også viktig at ein har ein vennleg og open holdning og at ein er følsam for det som blir tatt opp underveis. Samstundes er det viktig at det som seiast vurderast kritisk og at ein styrer samtales i høve der fokus skal vere. Ein dyktig intervjuar er ekspert på intervjuemnet og på menneskeleg interaksjon (Kvale (1997:91). Eg ser på mi tidlegare erfaring som leiar i ei tilsvarande stilling som relevant, i tillegg har eg tilegna meg teoretisk kunnskap om emne og er i kontakt med miljøet i mitt noverande arbeid. Denne erfaringa var nyttig både i utforminga av intervjuguiden og under gjennomføringa av intervjeta. I eit fenomenologisk perspektiv er det viktig at intervjeta blir gjennomført på ein måte som i størst muleg grad gjenspeilar informantane si oppleveling. Kvale (1997) framhevar her dette med å vere presis, at den kunnskap ein har på førehand ikkje skal bli for ledande og på den måten føre til at ein ikkje får tak i det essensielle i det informanten seier. Samstundes presiserar Kvale (1997) at forskaren sin forkunnskapar er ein viktig komponent i einkvar tolkingsprosess, fordi den syner retning for søken etter kunnskap og val av perspektiv. Denne forkunnskapen påverkar tolkinga gjennom heile forskingsprosessen, og er ein føresetnad for tolkingsarbeidet.

Alle intervjeta vart gjort innanfor ei ramme på 1 til 1,5 time. Intervjuguiden var til hjelp for å holde fokus og tidsramme. Intervjupersonane kom lett i tale og det var ein god og lett tone under intervjeta. Alle intervjeta starta med at eg bad informantane om å beskrive arbeid og ansvarsoppgåver som sjukepleieleiar. Eg ba dei og om å beskrive ein vanleg arbeidsdag. På den måten fekk informantane snakka ”fritt” om tema og beskrive eigne erfaringar og refleksjonar. Mange av informantane kom her inn på sentrale delar av det eg var ute etter og guiden vart brukt som ei huskeliste på at eg fekk svar på alle spørsmål. Opplevde intervjuguiden som stor hjelp til å holde fokus på temaområde gjennom intervjuet. Som avslutning av intervjeta vart det gjort ei oppsummering. Alle fekk spørsmål om det var noko meir dei ville seie om tema og om det var noko eg ikkje hadde spurd om som dei syns var viktig. Dette gjorde eg for å opne for eventuelle tankar og oppfatningar som ikkje var kome fram som følgje av intervjuguiden. Eg opplevde informantane som engasjerte, direkte og informasjonsrike, slik at eg fekk eit rikt datamateriale.

#### **4.4 Analyse og tolking**

Analyse av kvalitative forskingsintervju kan gjerast på ulike måtar og det finns få strenge krav til analysemetoden. Analysen startar ved innsamling av data, og går parallelt som ein kontinuerleg prosess til studien er ferdig. Kvale (1997:112) presiserar at ein aldri må stille spørsmål om korleis ein skal analysere intervjeta etter at dei er utført. Analysemetoden bør ikkje berre planleggast før intervjuinga, men og prøve å innebyggast i sjølve intervjustituasjonen slik at ein kan tolke undervegs. Analysestadiet er altså ikkje eit isolert stadium, men gjennomsyrer heile intervjuundersøkinga. Intervjuanalysen er fyrst og fremst avhengig av forskaren og dei spørsmål ein stiller i starten av prosjektet; spørsmål som blir fylgt opp gjennom planlegging, intervjuing og transkribering. Kvale (1997:122-123) skisserar seks trinn i dataanalysen, der tre er knytt til sjølve intervjustituasjonen og tre til fasen etter at intervjuet er gjennomført.

1. Intervjupersonen beskriver sin verden. Denne fasen skal vere heilt fri for tolking. Her er det viktig at informanten har fått informasjon om studien på førehand og at forskaren set si eiga forståing i bakgrunnen. Eg gav både munnleg og skriftleg informasjon om studien på førehand. Intervjuguiden var til god hjelp i høve det å halde fokus på tema.

2. Intervjupersonen oppdagar sjølv nye forhold. Etter intervjuet gav dei fleste av informantane uttrykk for at det å snakke om emne hadde gitt dei nye perspektiv på sin arbeidssituasjon og på kompetanseutviklingsarbeidet spesielt. Mange takka for at eg ville ta meg tid til å høre på dei.

3. Intervjuar gjer i løpet av intervjuet fortettingar og tolkingar av meinings med det informanten seier og sender meiningsane tilbake til informanten. Eg nytta denne metoden ein del ved at eg stilte oppklarande spørsmål undervegs i intervjuet. Det å sjekke at informanten meiner det ein som intervjuar hører, er sentralt i kvalitativ forsking i og med at uttalingar kan tolkast på mange måtar.

4. Det transkriberte intervjuet blir tolka av intervjuaren. Fyrst blir det gjort ei strukturering av intervjuet i sin heilskap. Den neste delen består av ei klargjering av materiale slik at det blir meir mottakleg for analyse. Dette kan gjerast ved å fjerne overflødig materiale og skilje mellom det vesentlege og det uvesentlege. Eg valte å skrive ut intervjuia sjølv. Dette er med på å sikre at informantane sin anonymitet blir ivaretatt og at eg samstundes tidleg fekk starta med å bli godt kjent med datamateriale. Intervjuia vart transkribert så raskt som mulig etter at intervjuia var gjennomført. Det var god lydkvalitet på opptaket og det førte til at transkribasjonen gjekk greitt å gjennomføre. Eg transkriberte intervjuia slik dei låg føre på bandet, men skreiv ikkje pausar og småord.

Dei fem hovudmetodane for meiningsanalyse er fortetting, kategorisering, narrativ strukturering, tolking og ad hoc – metodar (Kvale, 1997). Eg valde fyrst å merke mine spørsmål og kommentarar til informanten med kursivskrift. Dette gjorde det lett å finne fram til dei ulike tema. Tema vart organisert i fylgje delspørsmål eg laga i høve problemstillinga som igjen gav føring for det eg er ute etter i denne studien. Delspørsmåla er og samanfallande med oppbygginga av intervjuguiden eg nytta. Eg nytta fylgjande delspørsmål:

- Korleis beskriv sjukepleieiarane arbeidsdagen sin etter innføring av helsereforma?
- Kva tankar har sjukepleieiarane om den sjukepleiefsfaglege kompetansen ved si avdeling.
- Korleis vert det jobba for å sikre at sjukepleiarane har den nødvendige kunnskap og kompetanse til å utføre arbeidet sitt?

- Korleis ser sjukepleieleiaren på kva som hemmar eller fremmar arbeidet med kompetanseutvikling?

Eg valde vidare å nytte ulike fargekodar for å merke teksten i høve tema. På den måten fekk eg systematisert utsegna ytterlegare etter tema. Ved utskriving av funna nytta eg meiningsfortetning. Det vil seie at eg forkorta informanten sine uttalingar til meir konsentrerte formuleringar, slik at det vart kortare og meir konsise formuleringar (Kvale, 1997:125). På den måten fekk eg tydleg oversikt over materiale for vidare tolking og analysearbeid.

5. ”Gjenn-intervjuing” med sjølvkorreksjon eller kommentarar om forskar meinar det har verdi. I min studie fann eg ikkje behov for å gå tilbake til informantane for å be om meir informasjon, utdjupingar eller tilbakemeldingar i høve tolkingar.
6. Eventuell inkludering av handling i tillegg til beskriving og tolking. Informantane gav uttrykk for at det skjedde ei bevisstgjering og ny oppdaging i høve konkrete ting som prega kvardagen deira. Om dette på sikt fører til endra åtferd har eg ikkje følgt opp. Informantane gav uttrykk for at dei gjerne vil lese oppgåva når den er ferdig, så kanskje vil dei følgje opp noko av det som kjem fram i min studie ved eit seinare høve.

#### **4.5 Validitet, reliabilitet og generalisering**

Gjennom forsking vert det stilt ulike krav for at ein kan ha tillit til dei resultata ein får. Forskinga skal blant anna vere objektiv, det stillast krav til presisjon og representativitet og studien må ha høg grad av validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitlighet) for å vere overbevisande. Kvale (1997) seier at omgrepa validitet, reliabilitet og generalisering blir sett på som ”treenigheten” i eit omgrep som opphavleg stammar frå kvantitativ forsking. Omgrepa har først og fremst har vore knytt til naturvitenskapen sine krav til ”pålitlighet” og ”gyldighet” i vitenskapleg arbeid med påfølgande krav til kva som kan sjåast på som sann kunnskap. Kvale (1997) presiserar likevel at det er nødvendig å stille krav til vitenskap også i kvalitativ forsking. Kvalitativ forsking legg meir vekt på å få fram forståing enn forklaring, og har som mål å få fram kunnskap om sosiale samanhengar og menneskelege opplevelingar.

## **Validitet**

I kvalitativ forsking er validitet overordna reliabilitet. Dette på grunn av at om validiteten er god er også resultatet å stole på. I motsatt fall kan høg reliabilitet ikkje automatisk sikre ein høg validitet (Kvale 1997:158). Validitet må kunne gjenspegle seg i alle trinna av forskingsintervjuet og Grønmo (2004) presiserer difor at det er av stor tyding at forskaren beskriv alle ledda i forskingsprosessen for å styrke studien sin truverde. Han trekk vidare fram at både undersøkingsopplegget, datainnsamlinga og datamateriale må systematisk og kritisk drøftast i høve dei validitetstypane som er mest relevante for den aktuelle studien, og med referanse til dei ulike aspekta ved kvar av desse validitetstypane.

Kvale (1997) og Grønmo (2004) framhevar tre tilnærmingar til validitetsomgrepet når ein nyttar intervju som metode. Det første er forskaren sin kompetanse til å heile tida sjekke, stille spørsmål ved og gjere ei teoretisk tolking av funna. Validitet blir med dette knytt opp til forskaren sin kompetanse og ikkje berre eit spørsmål om metode. Grønmo (2004:234) kallar dette for ”*kompetansevaliditet*”, og refererar til forskaren sin erfaring, føresetnader og kvalifikasjonar. Kompetansen til forskaren styrkar tilliten til at dei innsamla data har god kvalitet og er godt eigna til å kaste lys over problemstillinga.

Neste punkt er å sjekke gyldigheita av ny kunnskap gjennom dialog. Kvale (1997) hevdar at gyldig kunnskap skapast når det i ein dialog kan argumenterast med motstridande kunnskap hjå deltakarane. Grønmo (2004:235) kallar dette for ”*kommunikativ validitet*”, som bygger på dialog og diskusjon mellom forskaren og andre om materiale er godt og treffande i høve problemstillingane i studie.

Eit tredje punkt er ”*pragmatisk validitet*”, som går på at ein har eit syn på kunnskap som inkluderar handling framfor berre observasjon. Den type validitet syner i kva grad datamateriale og resultata i studien dannar grunnlag for bestemte handlingar. Validiteten er høg om studien utgjer eit godt handlingsgrunnlag. Omgrepet er i fyrste rekke relevant i aksjonsforsking der forskaren sjølv samhandlar med ulike aktørar for å utnytte sine forskingsresultat i praktisk handling. Slik handling er derimot utanfor ramma til denne studien og kan heller sjåast på som ein utfordring til forskingsfeltet om å arbeide vidare med dei funn som er interessante for dei (Kvale, 1997 og Grønmo, 2004)

I min studie har lagt opp til ein open prosess slik at studien sitt formål var godt kjent for informantane. Eg har og jobba bevisst med å gå ut i forskingsfeltet med eit opent sinn slik at eg på den måten kan oppdage nye sider og ikkje vere ute etter å bevisst eller ubevisst få stadfestat eigne synspunkt. Det at eg har bakgrunn som sjukepleiar og avdelingssjukepleiar på eit somatisk sjukehus og som høgskulelærar og studieleiar ved bachelorstudie i sjukepleie gjer at eg kjenner forskingsfeltet godt frå før. Eg har ikkje arbeidd i helseforetaket studie sine data er samla inn frå, men kjenner likevel forskingsfeltet i og med at studentane eg arbeider med nyttar helseforetaket i sine praksisstudiar. Eigne erfaringar, synspunkt og kjennskap til forskingsfeltet kan ha både positive og negative sider. Det vert negativt om eg som forskar ikkje er varsam i høve openheit og tolking av respondenten si beskriving, og at eg ikkje gjer dette på ein måte som bevisst eller ubevisst stadfestar eigne synspunkt. God kjennskap til forskingsfeltet kan derimot sjåast positivt på om eg nyttar eiga ”forforståing” i skjerande retning. Eg tenkte nøye gjennom forståinga eg hadde av både sjukepleieleiing og kompetanseutvikling på førehand, og bestemte meg for at dette måtte settast i bakgrunnen. Eg har i staden prøvd å nytte eigen forkunnskap til å stille interessante og kritiske spørsmål til informantane, og på den måten få funn som kan få auka relevans for praksis. Inga forsking kan seias å vere heilt objektiv, ein forskar vil alltid ha med seg sin eigen kompetanse inn i arbeidet sitt. Det som er viktig er at forskaren er bevisst sin eigen kompetanse og ”forforståelse”, og gjer greie for den i forskingsprosessen. Det vil kunne styrke studien sitt truverde og vere ein mindre trussel mot validiteten.

## **Reliabilitet**

Reliabiliteten i ein studie syner som nemnt kor påliteleg datamateriale er og refererer til kor nøyaktig dei ulike operasjonane i forskingsprosessen har vore. Høg reliabilitet føreset at undersøkingsopplegget er utforma så klart at det fungerar på ein eintydig måte og at datainnsamlinga blir grundig og systematisk gjennomført (Grønmo, 2004:221). Forskaren er ein sentral person i høve det å sikre pålitelege data. Det bli ofte stilt spørsmål om intervjuaren sin reliabilitet i intervjuforsking. Forskaren må bl.a. spørje seg om på kva måte han kan påverke informanten? Fleire av dei krava Kvale (1997) og Grønmo (2004) hevdar må vere oppfylt for at reliabiliteten skal vere invertatt, har direkte relasjon til forskaren.

Som tidlegare beskrive tenkte eg godt igjennom mi eiga rolle, min eigen kompetanse og ”forforståelse” om tema på førehand, og bestemte meg for å sette dette i bakgrunnen under intervjuet. Eg har eit sterkt engasjement for temaet sjukepleieleiing og kompetanseutvikling, og kan såleis ha lett for å leve meg inn i sjukepleieleiaren sin situasjon og reaksjonar. Ei utfordring for meg har difor vore å ikkje overidentifisere meg med informantane, vere ærleg i høve mine motiv med studien, og nytte mine evne til å vurdere kritisk mitt eige arbeid. Ein av metodane eg nytta for å sikre dette var å stille oppklarande spørsmål underveis i intervjuet, for å sikre at både eg og informanten oppfatta det same av innhaldet i svara. Eg nytta og formuleringar som ”forstår eg deg rett når du seier at”. For å kunne vere heilt og fullt merksam på det informantane sa nytta eg ein MP3 spelar under intervju. Dette gav meg muligkeit til å konsentrere meg om å holde fokus på informanten heile tida. Såleis kunne eg vere merksam på nonverbal kommunikasjon og spørje utdjupande spørsmål om eg såg det var noko informanten verka usikker på, dvelte ved osv. Kvæle (1997) trekk fram dette med at ein skal skape ein god atmosfære, samtidig som distanse og objektivitet blir oppretthalde. Eg opplevde intervjuet som positive og fekk også denne tilbakemeldinga frå informantane under oppsummeringa ved intervjuet sin slutt.

Kvale (1997) og Grønmo (2004) trekk fram eit anna viktig moment i kvalitativ forsking. Det er bruk av leiande spørsmål. Spørsmåla bør ikkje vere leiande på ein slik måte at dei influerar svar. Dette kan påverke dei svara ein får om ein ikkje er bevisst på dette. Spørsmåla mine kan i nokon grad seiast å vere leiande, men dette var eit bevisst val for å sikre data om sentrale tema som eg ynskja informasjon om. Spørsmåla var i ein open form slik at informantane kunne trekke fram det som var viktig for dei. Eg la også vekt på at spørsmåla skulle ha ei enkel setningsoppbygging og unngå spørsmål med dobbel tyding. Informantane var på førehand kjent med tema for intervjuet og var på den måten godt førebudd på kva eg ynskte svar på. Under intervjuet vart det vektlagt at vi sat uforstyrra og at intervjuet vart gjennomført på eit tidspunkt som passa for intervjupersonen.

Reliabilitet knytt til transkripsjon av data har eg prøvd å oppretthalde ved å skrive direkte av intervjuet ord for ord. Under transkripsjon nytta eg kodar på informanten for å sikre anonymitet. Innsamla data er berre tilgjengeleg for forskar og rettleiar. Sjølv spørsmåla kan kontrollerast av andre. Skulle det derimot vere behov for etterprøving av data, t.d. for å få tak i interaksjon og dynamikk i intervju-situasjonen av andre enn rettleiar, må ein søke

om dispensasjon frå informantane. I kritiske drøftingar av reliabiliteten i kvalitative studiar er det meir vanleg å legge vekt på to typar konsistens. Den *interne konsistensen* er god om dei innsamla data er rimeleg i høve til kvarandre og i høve datamateriale som heilskap. Den eksterne konsistens er god om det er samsvar mellom datamateriale i studien og anna tilgjengeleg informasjon om tilhøva som skal blir studert (Grønmo, 2004:230).

## **Generalisering**

Generalisering handlar om å kunne overføre data, noko som spelar ei viktig rolle i all forsking. Ein må spørje om den kunnskapen ein har kome fram til er gyldig for andre tilsvarende personar. Kvale (1997) trekk fram ”*analytisk generaliserbarhet*” som tek høgde for ei fornuftig bedømming av om studia sine funn kan nyttast som guide for andre situasjonar eller studiar. Analytisk generalisering kan og vere at forskaren baserar seg på logikken i påstandane, eksempelvis gjennom ein argumentasjon mellom deltakarane i ein annan situasjon. Utvalet i denne studien er på åtte personar. Dette er relativt få, men likevel ikkje uvanleg i studiar av dette omfang. Fleire av informantane var opptatt av det same og etter kvart som eg intervjuja fekk eg færre og færre ”nye” opplysningar. Ut i frå dette kan ein tenke seg at kravet om metting i funna er oppfølgde. Eg ser ikkje vekk frå at funn i denne studien kan ha relevans og interesse for andre i same situasjon og kontekst, sjølv om ein skal vere varsam med å generalisere i slike studiar.

## **4.6 Etiske vurderingar**

Forsking på menneske krev ivaretaking av tre overordna prinsipp: informert samtykke, konfidensialitet og konsekvensar (Kvale 1997). Det er viktig at deltaking i eit forskingsprosjekt er basert på frivilligskap, at data blir anonymisert og oppbevart forsvarleg og utilgjengeleg for andre enn forskar og rettleiar og at dei registrerte data ikkje brukast til noko anna enn det som er prosjektet sitt formål.

Informert samtykke er i denne studien sikra gjennom at informantane fekk eit samtykkebrev<sup>14</sup> tilsendt før intervjuet vart gjennomført. Eg mottok underskrive samtykkebrev under intervjuet og eventuelle spørsmål eller behov for oppklaringar i høve dette blei tatt opp før intervjuet starta. Informantane fekk både skriftleg og munnleg informasjon om prosjektet og korleis data skulle nyttast. Dei vart forsikra om at data skulle

---

<sup>14</sup> Vedlegg 3

oppbevarast innelåst, bli makulert etter bruk, og at deira identitet ikkje skulle gjerast kjent. Dette vart også sikra gjennom at eg sjølv skreiv ut intervjeta. Det har vore viktig for meg å presisere bakgrunnen og formålet med studien og eg har prøvd å vore bevisst på at dei spørsmåla eg har stilt har vore nyttige og relevante for å søke svar på problemstillinga. Med tanke på nytteverdien av studien vil eg tru det er av deira interesse at alle syn sjukepleieiarane sjølve har på sjukepleieleiing og kompetanseutvikling kjem fram. Alt materiale er behandla konfidensielt og eg har gjort mitt beste for at data ikkje skal kunne tilbakeførast til konkrete personar.

## **Kapittel 5 Sjukepleieleiarane sitt arbeid med kompetanseutvikling i dagens sjukehus**

I dette kapitlet blir funna frå intervja med sjukepleieleiarane presentert. Intervjua hadde som formål å få svar på studien si problemstilling og er organisert i fire underkapittel: 5.1) funn relatert til sjukepleieleiarane sitt syn på arbeidet med kompetanseutvikling, 5.2) funn relatert til sjukepleieleiarens sitt arbeid med kompetanseutvikling, 5.3) funn relatert til kva som påverkar sjukepleieleiarens si prioritering av arbeidsoppgåver og 5.4) funn i høve sjukepleieleiarane sine ”nye” utfordringar i høve kompetanseutviklingsarbeidet. Sjølv om funna blir presentert i fire underkapittel, må funna sjåast på som komplementære framfor som fire isolerte delar. I kapittel 5.5 vert funna oppsummert før dei vert drøfta i kapittel seks.

### **Demografiske data**

Grunnlaget for presentasjonen er intervju med åtte sjukepleieleiarar i eit lokalt helseforetak, fordelt på fire sjukehus, der alle var leiarar av ei avdeling eller ein sengepost. På bakgrunn av opplysninga gjennom skjema om demografiske data syner det seg at bakgrunnen til leiarane var ulike i høve alder, erfaring som leiar og utdanningsbakgrunn. Alle sjukepleieleiarane hadde tittel som oversjukepleiar (ein hadde nyleg gått over i ny stilling og hadde dermed ny tittel ved det tidspunktet intervjuet vart gjennomført). Informantane besto av sju kvinner og ein mann. To av leiarane var under 40 år, medan dei seks andre var mellom 40 og 50 år. To av leiarane hadde ei vidareutdanning i sjukepleie. Fire av leiarane hadde eit års utdanning i administrasjon og leiing, medan tre av leiarane var i gang med eit slikt studie. Tre av leiarane har mellom 2-6 års erfaring som leiar, medan dei resterande fem leiarane har over 10 års erfaring som leiar. Alle leiarane hadde meir enn 2, 5 års erfaring frå noverande stilling som oversjukepleiar. Sjukepleiarstillingar leiren har ansvar frå varierar frå 10 til 55 stillingsheimlar. I tillegg har leiaren ansvar for hjelpepleiarstillingane i avdelinga, noko som varierte frå mellom 5 til 14 stillingsheimlar.

To av sjukepleieleiarane (A og B) hadde ansvar for fleire sengepostar og dei hadde difor ei anna organisering enn dei andre. I desse to avdelingane hadde kvar sengepost organisert seg med ein avdelingssjukepleiar som hadde ansvar for den daglege drifta. Dei har med

andre ord behaldt den ”gamle” organiseringa med ein oversjukepleiar med eit meir overordna ansvar og avdelingssjukepleiarar med meir driftsoppgåver.

### **5.1 Sjukepleieleiarane sitt syn på arbeid med kompetanseutvikling**

Sjukepleieleiarane i studien gjev uttrykk for eit kontinuerlig behov for kompetanseutvikling og grunngjev det med bl.a. at utviklinga teknologisk og kunnskapsmessig skjer raskt. Nye pasientgrupper/diagnosar, nye behandlingsmåtar, nye tekniske apparat, nye medikament er blant dei mest sentrale moment som vart trekt fram:

**C:** ”*Ei stund såg vi at det var mykje kreftpasientar, så då valte vi å satse på utdanning innan lindrande behandling. No har vi hatt eit år med stomi og det neste vert å få opp kompetanse i høve urologi. ”*

**G:** ”*I forhold til alle spesialområda og alt som skjer innan dei felta, så føler eg at det krevjast ei kontinuerlig oppdatering. Ikkje berre det at vi får nye folk, men også det at det stadig kjem nye behandlingsmetodar og ny forsking viser at det vi gjorde før kanskje ikkje er så bra.”*

Sjukehusriforma har ført med seg store omleggingar i organisering og drift. Mange avdelingar har blitt samanslått slik at personale har fått nye pasientgrupper å ta seg av. Det å organisere sjukehusa slik at ein får nyttiggjort den faglege kompetanse samstundes som den einskilde opplever samsvar mellom kvalifikasjonar og oppgåver, ser ut til å vere ei stor utfordring både for den einskilde arbeidstakar og for leiarane av tenesta.

Når ein som sjukepleieleiar skal planlegge arbeidet med kompetanseutvikling syner funna i studien at leiarane meinat at dei sjølv må kjenne godt til dei ulike fagfelta og pasientgruppene som er i avdelinga. Dei fleste sjukepleieleiarane trekker fram behov for å heve sin eigen kompetanse for å kunne gjere ein god jobb som leiar. Dei seier dei treng denne fagkunnskapen for å kunne vurdere avdelinga sitt samla kompetansebehov. Dette utsegne kan illustrere hovudtrekka i dette funnet:

**E:** ”*Det hadde ikkje nytta for meg å ikkje kunne det faget eg er satt til å lede. Det blir forventa at du skal vere oppdatert fagleg – ikkje 100% kanskje, men både når du skal ta inn pasientar, ha fagmøte, diskusjonar må ein ha tyngde bak det ein seier og gjer” .*

Sjukepleieleiarane seier altså at dei sjølv ser det som viktig at dei som leiarar av sjukepleietenesta har god sjukepleiefagleg kompetanse. Den sjukepleiefaglege bakgrunnen

vurderar informantane som viktig for å ha føresetnader for å kunne vurdere pasientane sitt behov for sjukepleie og såleis også vurdere kva kompetanse dei tilsette må ha for å møte pasientane sitt behov. Det kan synes som informantane meiner at ein leiar med god fagleg forankring vil stå betre rusta til å bruke sin autoritet for å skape den nødvendige utviklinga som sikrar god kvalitet på tenesta.

Funna i studien syner vidare at behovet for kompetanseutvikling i stor grad bli definert gjennom eit samarbeid mellom sjukepleieleiarane og sjukepleiarane ved avdelingane. Ein leiar med god fagleg forankring kan tenkast å ha betre føresetnadar til å påverke den einskilde sjukepleiar sine val av tiltak for utvikling. På den måten kan utviklinga styrast inn mot avdelinga sine behov. Med bakgrunn i sjukepleieleiarane sine eigne utsegner tolkar eg dette slik at føresetnadane til sjukepleieleiarane ser ut til å ha innverknad når kompetanse og utvikling skal planleggast.

Fagleg leiing frå sjukepleieleiaen si side kan også synast å ha innverknad på om kompetanseutvikling vert satt i system. Fleire informantar trekk fram at dei sjølv har ei sentral rolle for å legge til rette og motivere tilsette til å for skape endring som er nødvendig for å sikre ei kvalitativ god sjukepleieteneste. Sjukepleieleiar A og B som begge har vidareutdanning i sjukepleie i tillegg til rettleiing og/eller leiarutdanning syner eit meir målretta arbeid med kompetanseutvikling enn dei andre leiarane. No kan dette også komme av at desse to stillingane er annleis organisert enn dei seks andre leiarane, noko eg vil komme meir inn på i neste delkapittel. Eg meinat det likevel er verd å trekke fram. Både leiar A og B har avansementstillingar som fast ordning ved sine avdelingar, noko som gjer at dei gradvis byggjer opp kompetansen i avdelinga.

**A:** *"Vi starta for mange år sidan med å opprette avansementstillingar. Vi såg heilt klart eit behov for sterkare sjukepleiefagleg kompetanse innan våre spesialområde. For å klare å behalde kompetansen i avdelinga gjev vi dei med avansementstillingar fagdagar i turnusen der dei kan jobbe med rutinar og kvalitetssikring i forhold til sitt område."*

**B:** *"Vi har satsa på at folk skal vere i ein kontinuerlig kompetanseheving når det gjeld formell utdanning. Vi har klinisk stige her og det er vi vel den einaste avdelinga ved sjukehuset som har."*

Klinisk stige som sjukepleieleiar B trekk fram som eit tiltak, setter sjukepleiarane si kompetanseutvikling inn i eit system, der både behovet for opplæring av nytilsette og

vidare utviklingsmuligheter for erfarne sjukepleiarar blir teke i vare. Programmet er sjukehusinternt og skal gje sjukepleiarane utviklings- og avansementsmuligheter innan for direkte pasientarbeid.

Mange av sjukepleieleiarane trekker fram dette med interesser og motivasjon hjå sjukepleiarane som avgjerande for å kunne lykkast i arbeidet med kompetanseutvikling:

**A:** *"utgangspunktet er personlig interesse hos folk innafor dei fagområda vi har i avdelinga".*

Informantane trekk fram at dei som leiarar likevel er sentrale personar for å sette kompetanseutvikling på dagsorden, og for å legge forholda til rette for gjennomføring av kompetanseutviklingstiltaka.

Sjølv om leiarane seier at dei har ansvaret for kompetanseutviklinga for sjukepleietenesta på si avdeling, kan det likevel verke som litt uklart kva mynde sjukepleieleiarane har i høve kompetanseutviklingsarbeidet. Nokre av informantane trekk fram at dei har ein stillingsinstruks<sup>15</sup> for stillinga som oversjukepleiar. Her er det faglege ansvaret presisert:

*"Oversjukepleiar skal syte for at personale har naudsynt kompetanse og ha fokus på faglege utviklingstiltak i tråd med lover og retningslinjer som gjeld for fagområde og oversjukepleiar skal legge til rette for fagleg forsking og utvikling innan sitt ansvarsområde".*

Stillingsbeskrivinga som det vart vist til var laga i høve den tidlegare todelte leiingsmodellen. I denne modellen hadde oversjukepleiar og avdelingsoverlege eit felles ansvar for avdelingsleiing. Oversjukepleiar hadde eit særskilt ansvar for avdelinga si drift og det faglege ansvaret for sjukepleiestenesta. I linje under seg hadde oversjukepleiar ein avdelingssjukepleiar for kvar sengepost. Ny organisasjonsmodell med einskapleg leiing førte til endring av denne leiingsstrukturen og oversjukepleiarstillinga slik den opphavleg var er fjerna. Det kan sjå ut som at det er den tidlegare *avdelingssjukepleiarstillinga* som no har fått namnet *oversjukepleiar*. Det er likevel ikkje ein einsarta leiingsstruktur på dette nivået i helseforetaket i og med at to avdelingar har beholdt både oversjukepleiar og avdelingssjukepleiarstillingane. Dette vert av mine informantar grunngjeve med at desse to

---

<sup>15</sup> Stillingsinstruks for oversjukepleiarar gjeldane frå 17.01.01.

avdelingane består av fleire sengepostar og difor har ei annleis organisering. Det er også verdt å merke seg at ikkje alle sjukepleieleiarane seier at dei har stillingsbeskriving.

**H:** *"Eg har fått delegert mange oppgåver, men har ikkje fått noko skriftleg. Har bedt om å få ei stillingsbeskriving, men har ikkje fått det."*

Ut i frå det ansvaret sjukepleieleiaaren har fått definert gjennom stillingsbeskrivinga som nokre av informantane syner til og informasjonen informantane kjem med, kan det synast som sjukepleieleiaaren har fått delegert arbeidet med kompetanseutvikling. I og med at det ikkje er kome ny stillingsbeskriving etter innføring av einskapleg leiing der ansvaret for dette arbeidet er delegert, kan det likevel synast uklart kor ansvaret ligg. Ein av informantane seier det slik:

**E:** *"Dei seier dei ikkje delegerer ansvar, men dei praktiske oppgåvene. Det er no ikkje heilt riktig. Dei kan ikkje klare å ha oversikt over alt som foregår nedover i organisasjonen – dei er no ikkje overmenneske. Alle har no eit sjølvstendig ansvar og det er egentlig ikkje færre ledd enn før. Ein veit at ein har nye personar som sjefar, men i det daglege er mykje som før."*

Ut i frå intensjonen med einskapleg leiing skal ein ansvarleg leiar ha det heilskaplege ansvaret, men systemansvaret kan delegerast for å sikre kvalifisert leiing av faget (NOU 1997:2:90). Det at leiaren har forståing for kva som er god kvalitet på sjukepleia til pasientane bli av informantane trekt fram som eit viktig grunnlag for å sette i verk dei rette tiltaka for å kunne forbetra eksisterande kvalitet.

### **Beskriving av sjukepleiarkompetansen**

Sjukehusorganisasjonen har som eg har beskrive i kapittel to endra seg mykje dei siste åra. Sjukehusreforma frå 2002 blir beskrive som den største i norsk samfunnsliv nokon sinne (Opdal et al, 2005). I takt med samfunnsutviklinga blir og krava til kva kompetanse som er nødvendig endra. Krava til kompetanseutvikling koplast ofte opp mot "omstilling". Vi skal omstille oss dei nye krava som samfunnsutviklinga fører med seg, slik at vi utviklar ein kompetanse som gjer at vi meistrar dei nødvendige og raske omstillingane som eg tidlegare har synt at eksempelvis sjukehusreforma har ført med seg.

Det har alltid vore behov for at ein som yrkesutøvar skaffar seg bestemte former for kompetanse for å møte dei krav ulike oppgåver og omgjevnadane stiller. For å kunne setje i verk dei rette ”rette” kompetanseutviklingstiltaka blir det i fleire samanhengar trekt fram at leiaren er sentral i høve vurdering av kva kompetanse ein har og kva behov for kompetanse ein vil trenge framover. Sjukepleieleiarane vart difor spurd om kva dei tenker om den sjukepleiefaglege kompetansen på si avdeling og dei vart bedt om å beskrive eigenskapar ved ein fagleg dyktig sjukepleiar. Leiarane eg intervjuha har mange års erfaring både som sjukepleiarar og som leiarar og skulle såleis ha ein god bakgrunn for å beskrive vesentlege tilhøve ved sjukepleiarane sin kompetanse og kompetansebehov.

Sjukepleiarkompetansen ved dei respektive avdelingane blir i hovudtrekk beskrive som god av sjukepleieleiarane.

**D:** *”Eg har ein vanvittig gjeng for å seie det slik. Dei er forskjellige, men flinke og engasjerte.”*

**F:** *”Vi får veldig gode tilbakemeldingar på sjukepleietenesta.”*

**C:** *”Den er ualminneleg bra.”*

**A:** *”Eg syns vi har greidd å utvikle den gradvis over fleire år.”*

Ved spørsmål om eigenskapar ved ein fagleg dyktig sjukepleiar blir sjukepleiarane sine personlege eigenskapar i stor grad vektlagt. Dette kan beskrivast med følgjande uttaler:

**H:** *”At du er sjølvstendig, orienterer deg og brukar den kunnskapen du har – då er ein fagleg dyktig slik eg ser det. Det er ganske store sprik mellom dei som er interessert i faget og prøvar å finne ut av ting i forhold til dei som berre går i same tralten og overlatar til andre å finne ut av ting.”*

**A:** *”Du må vere fleksibel, samarbeidsvilleg, vere rask og samtidig tenke klokt, vere engasjert, kunne lede seg sjølv og andre, vere fagleg engasjert og verkeleg takle at det skjer ting som ikkje er planlagt.”*

**D:** *”Ein må ha ro, takle stress, greie å prioritere, tørre å møte pasientane – det er først og fremst ein som har med seg kunnskapen som tørr å gå inn å møte behova og tørre å spørje om ting ein ikkje ser....”*

Mange av informantane trekk også fram dette med at ein har ein stabil stab. For berre få år tilbake var det vanskeleg å få dekka sjukepleiestillingane i sjukehuset, medan sjukepleiarar

no meir eller mindre står i kø for å få jobb. Det ustabile er mange svangerskapspermisjonar og relativt stort sjukefråvær og dette gjer at ein må nytte vikarar.

**H:** " *Folk har vore her så lenge, at det er lite som skil i ansiennitet.* "

**A:** " *Det er mykje meir stabilt personale. No står folk meir i kø for å få jobb.*"

Informant **B** trekk fram ei utfordring i høve sprik i kompetansen mellom dei tilsette. Det blir beskrive eit sprik mellom sjukepleiarar med lang erfaring, spesialutdanna sjukepleiarar med lang erfaring og høg kompetanse og relativt nyutdanna sjukepleiarar og det blir i forlenginga av dette uttalt:

**B:** " *Når ein er fersk kan ein fort gjere lettvinde løysingar som ein med erfaring og kompetanse vil sjå på som mykje meir komplekst enn at løysingane er enkle.* "

Ut i frå informantane sine utsegn kan ein sjå eit grunnlag for at leiarane sjølv til ein viss grad må vurdere den einskilde tilsette sitt behov for kompetanseutvikling.

## **5.2 Sjukepleieleiarane sitt arbeid med kompetanseutvikling**

Arbeid med kompetanseutvikling var noko alle leiarane var opptatt av og hadde tankar om. Inntrykket eg sit med er at sjukepleieleiarane har tru på kompetanseutvikling som eit viktig ledd i det å meistre dei sjukepleiefaglege oppgåvene på ein betre måte og for å utvikle sjukepleiefaget. Det blir trekt fram eit behov for å utvikle den individuelle kompetansen hjå sjukepleiarane, men også i høve avdelinga sitt samla behov for kompetanse i høve dei oppgåvene som skal løysast.

Funna i min studie kan tyde på at nokre av leiarane overlatar vel mykje av vurderinga av behovet for kompetanseutvikling til dei tilsette. Fylgjande uttaler kan underbyggje dette:

**G:** " *Det er mange som har brei erfaring og dei deltek ein del på kurs innan sitt spesialområde. Eg har vel egentlig vore opptatt av at dei som har spesielle interesse for noko skal komme seg på kurs. Vi har ikkje noko system på det.* "

**H:** " *Det er nokre få interesserte som vil reise på kurs. Ein del tilsette er veldig avventande, avmålte til det å reise vekk på kurs og sånn. Det har vore bra oppslutning på interne fagmøter, men det er nokon du aldri får taket på og når ut til. Mange er veldig flinke og mange er veldig sløve og tar det berre som det kjem.*

*Du kan ikkje true folk til å reise på kurs og til å komme på opplæring. Vi prøvar å legge ting i arbeidstida eller la dei avspasere eller få betalt for å møte opp, slik at vi meir kan pålegge folk. Eg håpar vi får lov til det. ”*

Informantane seier alle at dei har laga kompetanseplanar. Dette er noko leiinga i helseføretaket krev at ein sender inn kvart år.

**A:** *”Vi har årlege kompetanseplanar som seier kva vi skal prioritere dette året.”*

**F:** *”Helseføretaket vil at vi skal ha ein kompetanseplan for kvar enkelt tilsett. Det held eg på å lage no. ”*

**B:** *”Vi har ein langsiktig plan som er meir overordna og ein detaljert plan som vi lagar for kvart år. ”*

Informantane verkar å vere positive til å utarbeide kompetanseplanar og fleire nyttar dei aktivt i sitt daglege arbeid som eit styringsreiskap.

**B:** *”Utvikling av kompetanseplanar og faktisk nå dei måla vi har satt oss er noko eg må stresse heile tida. Eg brukar planen aktivt inn mot budsjettprosessane, slik at arbeidet vert forankra både hjå avdelingssjefen og i budsjetta. Dette brukar eg mykje av tida mi til. ”*

Alle informantane svarar negativt på spørsmål om det vert etterspurd evaluering på om ein har nådd måla i kompetanseplanen som ein sender inn til den øvste leiing i helseføretaket. Ein av informantane seier det slik:

**H:** *”Kompetanseplanen vert levert inn kvart år. Om den blir sett på eller om dei fylgjer med om kor vidt vi fylgjer den opp, veit eg ikkje. Har ikkje fått noko tilbakemelding på det. Har ikkje rapportering i høve kompetanseplanen.”*

I forlenging av dette vart det spurde om arbeidet med kompetanseutvikling vart etterspurd av sin nærmeste leiari (avdelingssjefen). Med unntak av ein informant (B) syner det seg at få overordna etterspør eller deltar i arbeidet med å utvikle den sjukepleiefaglege kompetanse på avdelinga. Fylgjande utsegn kan stadfeste dette:

**D:** *”Nei, det kan eg ikkje sjå at nokon har spurde om. Dei spør viss det er noko gale eller feil. Det er det dei spør etter. Kvalitet er lite etterspurd.”*

**C:** ”*Nei, overhode ikkje. Eg ser det er ei viss endring no med klinikkdirktør. Ho er litt meir på det med kompetanse og har i alle fall nemnt det. Eg håpar det blir tatt meir på alvor ovanfrå.*”

**A:** *Nei, for så vidt ikkje så mykje etterspurd. Han har nok med sin jobb som klinikar, så det å lede ting – det blir til at eg ledar vel så mykje som han. Han har tillit og tiltru til at det vi driv med er velbegrunna.”*

Funna i denne studien syner at arbeid med kompetanseutvikling i stor grad er overlagt til den einskilde leiar og i liten grad etterspurd av den øvre leiinga ved helseforetaket. Det er rapportering i høve dei meir produksjonsretta krava, men det ser ikkje ut til at kvalitetskrava får same merksemd. Ein av informantane seier det slik:

**C:** ”*Alt må dokumenterast med tal. Det er tal som teller. Så og så mange fleire pasientar.*”

Sjølv om resultat av planarbeidet ikkje vert etterspurd beskriv sjukepleieleiarane arbeidet med kompetanseplanar som eit viktig ledd i arbeidet med kompetanseutvikling.

**G:** ”*Etter at vi begynte å lage konkrete kompetanseplanar, er det mykje lettare å få gjennomslag i budsjettet for både kurs og hospitering*”

Særleg vert det trekt fram at dette arbeidet aukar bevisstgjering omkring arbeidet med kompetanseutvikling. Informantane gjev uttrykk for at arbeid med kompetanseutvikling er eit viktig arbeid i høve det å meistre sjukepleiefaglege oppgåver på ein fagleg forsvarleg måte og for å møte nye faglege utfordringar.

Sjølv om dei tilsynelatande har eit noko lunde likt syn på viktigheta av å jobbe med kompetanseutvikling, syner mine funn at det er stort sprik på korleis arbeidet vert utført. Det er store sprik på både kor mykje tid ein som leiar nyttar til arbeid med kompetanseutvikling og på kor bevisst ein kartlegger og bygger opp kompetansen i høve avdelingane sine behov. Fleire av informantane gav uttrykk for at dei var usikre på korleis ein kompetanseplan eigentleg skulle sjå ut:

**C:** ”*Eg seier eg ikkje har hatt tid til å prioritere arbeidet med kompetanseplanar, men ein grunn kan vere at eg ikkje veit korleis eg skal gjere det*”.

Det var ikkje gitt noko opplæring i høve utarbeiding av kompetanseplanar. På direkte spørsmål om kor mykje tid ein nyttar på kompetanseutvikling syner svara store sprik:

**A:** ”Alt handlar no om det. Det blir på ein måte slik at ein tenker at alt ein jobbar med skal vere relevant for å fremje sjukepleietenesta.”

**H:** ”Eg brukar faktisk nokre timar i veka, det gjer eg.”

**B:** ”Eg kan tenke meg at eg i alle fall brukar halve stillinga til det.”

**F:** ”I prosent stilling er det ikkje meir enn 5% kanskje.”

Desse svara kan tolkast til at organiseringa med oversjukepleiar med ansvar for fleire avdelingar og som har avdelingssjukepleiar for kvar sengepost gjev betre vilkår for å arbeide med kompetanseutvikling. Å trekke ein slik konklusjon på bakgrunn av mitt materiale kan eg ikkje gjere. Det kan vere andre faktorar som personlege eigenskapar, utdanning og erfaring som gjer at desse to leiaren ser ut til å både bruke meir tid og arbeide meir systematisk med kompetanseutvikling. Det som kan ha ein innverknad er mulighetene desse to leiarane har til å sette av tid til kompetanseutviklingsarbeidet, i og med at avdelingssjukepleiarane her tar seg meir av den daglege drifta.

### **Medarbeidarsamtalar**

Medarbeidarsamtalar er ein måte å få tak i den einskilde sjukepleiar sin personlege oppfatning og ynskje om kompetanseutvikling. Den einskilde medarbeidar bør ha god kjennskap til dei konkrete oppgåvene og funksjonane som han treng for å kunne utføre jobben fagleg forsvarleg. Den einskilde medarbeidar bør såleis ha gode føresetnadar for å vurdere eigen kompetanse og behov for utvikling. Studien sine funn syner at det er svært varierande frå leiar til leiar om ein har system for gjennomføring av medarbeidarsamtalar for dei tilsette.

**G:** ”Eg har hatt nokre medarbeidarsamtalar, men vi har ikkje satt det i system. Det har vore så hektisk.”

**H:** ”Medarbeidarsamtale – å få tid til å snakke med kvar enkelt – er ikkje lett å få til, men eg syns det er veldig viktig for å klare å heve det faglege nivået på avdelinga.”

Sjukepleieleiarane med avdelingssjuklegeiarar under seg (A og B) har medarbeidarsamtalar med sine avdelingssjuklegeiarar og så har avdelingssjuklegeiar medarbeidarsamtalane med pleiepersonale i avdelinga. Funna i studien syner også her eit skilje mellom informantane A og B og dei andre informantane i studien. Som tidlegare nemnt har informant A og B avdelingssjuklegeiarar under seg til å til seg av dagleg drift. Dette ser ut til å gje meir rom for systematisk arbeid med kompetanseutvikling. Enkelte av sjuklegeiarane har assisterande avdelingssjuklegeiar og/eller sjuklegeie 1 stilling/fagutviklingssjuklegeiar som dei kan delegerere arbeidsoppgåver til. Det er ulikt frå avdeling til avdeling korleis dette er organisert og i kor stor grad ein nyttar seg av ein slik funksjon.

### **Konkrete kompetanseutviklingstiltak som vert satt i verk**

Ansvoaret for at sjuklegeiarane held seg fagleg oppdatert ligg både hjå sjuklegeiarane sjølve og hjå arbeidsgjevar. Fokus i denne studien er på arbeidsgjevar sitt ansvar for arbeid med kompetanseutvikling og funna i studien syner variasjonar i leiaren sitt arbeid med kompetaneutvikling.

Alle sjuklegeiarane i studien hadde tiltak som var satt i verk for å auke kompetansen i avdelinga. Internundervisning og fagmøter vart trekt fram som det mest brukte tiltaket av informantane. Dette vert arrangert på dagtid og det er i stor grad sjuklegeiarar og legar ved posten som underviser. Her skjer vidareformidling frå folk som har vore på kurs og som har tatt vidareutdanning.

**F:** *"Vi har samlingar ein gong i månaden der dei forskjellige legane gjev oss fagleg oppdatering på sine felt og så brukar vi kvarandre og avdelingssjuklegeiarane ved dei andre avdelingane til å undervise i ulike tema. Det er hovudsak det vi gjer når det gjeld fagleg oppdatering. Eg har ingen ting å rutte med til kurs – det er litt tragisk. Ingen har vore på kurs her på veldig lenge. Vi søker kvart år, men får aldri noko..."*

**H:** *"Vi har fagmøter av og til der vi diskuterar og tar opp nye behandlingsmetodar etc. Vi hadde eit no om diabetes og nye stikkemetodar og skal snart ha eit om slag og nye blodprøver ein skal ta av slagpasientar. Vi skriv referat frå møta slik at alle skal få det med seg. "*

**C:** *Vi har postmøte kvar veke der vi skiftar mellom å ha undervisning og møte anna kvar gong. Her treff vi veldig mange.*

Slik eg oppfattar sjukepleieleiarane så er det opplæring i høve prosedyrar og spesifikk behandling av pasientar internopplæringa har som mål.

Funna i denne studien tyder på at det i stor grad vert nytta interne kompetansepersonar for å formidle ny kunnskap til personale. Fleire av sjukepleieleiarane seier at dei ikkje har pengar til kompetanseutviklingstiltak og at dette såleis avgrensar mulighetene for eksterne tiltak både i høve innleie av ekstern kompetanse og eksterne kurs og vidareutdanningar. Mangel på ressursar kan vere ein årsak til at hovuddelen av kompetanseutviklinga kan synes å vere initiert av interne tiltak, men det kan også vere kulturen blant sjukepleieleiarane som spelar inn. Fleire trekk fram travelheit og mangel på tid som årsak til at det blir lite tid til å arbeide med kompetanseutvikling.

**C:** ”*Ved overgang til einskapleg leiing falt avdelingssjukepleiar og assisterande avdelingssjukepleiar vekk. Det er kun oversjukepleiar og sjukepleie I stilling att og i tillegg er det meir administrativt arbeid som er kome ut på avdelinga pga at personalkontoret og lønningskontoret har skjært ned og flytta meir ut på postane. Eg føler eg får tatt toppen av det meste, men det å gå djupt inn i noko får eg aldri. Eg føler at det er det faglege som lider under det.*”

### Klinisk stige og avsetting av fagdagar

Ein sjukepleieleiar (B) har etablert ei ordning med klinisk stige. Ved etablering av ”klinisk stige” kan sjukepleiarane arbeide bevisst og systematisk med utvikling av eigen kompetanse i klinisk praksis.

**B:** ”*Vi har klinisk stige her og er vel den einaste avdelinga ved sjukehuset som har det. Vi satsar på at personale skal vere i ein kontinuerlig kompetanseheving når det gjeld formell utdanning.*”

Sjølv om berre ein leiar har satt i verk tiltak med klinisk stige er alle sjukepleieleiarane i gang med ulike kompetansetiltak som går på å sette av tid til å arbeide med kompetanseutvikling i arbeidstida. Fleire av sjukepleieleiarane trekker fram at dei prøvar å sette av fagdagar på turnusen til sjukepleiarane.

**D:** ”*I turnusen har eg lagt inn fagdagar slik at dei som har eit område dei ynskjer å gå inn i kan bruke ein dag til det, men det er dei vi av og til må stryke pga sjukdom.*”

**E:** ”Vi har jobba med å få satt av ein dag pr. halvår pr. ansatt til fagleg fordjuping. Vi er på vei, men det er eit stykke igjen. Plutselig blir nokon sjuke eller det er veldig travelt og då er det dei som må inn å jobbe.”

Med å sette av dagar der kompetanseutvikling skal settast på dagsorden syner sjukepleieleiarane vilje til å investere ressursar på kompetanseutvikling. Ein av leiarane (E) seier at det må ei holdningsendring til både i avdelinga og hjå ein sjølv som leiar, slik at fagdagane ikkje blir nedprioritert med ein gong det er travelt i avdelinga. Det kan såleis vere svært interessant å sjå nærare på kva sjukepleieleiarane meinar påverkar dei i prioriteringa av arbeidsoppgåver.

### **5.3 Kva er det som påverkar sjukepleieleiarens si prioritering av arbeidsoppgåver?**

I lys av endringar som sjukehusreforma har ført med seg vart informantane spurd om dei kan fortelje om sitt ansvar og rolle som sjukepleieleiar etter innføringa av sjukehusreforma. Svara syner at alle leiarane har fått endringar i sitt arbeid og i si rolle som sjukepleieleiar. Helseforetaket sjukepleieleiarane er tilsett i omorganiserte seg til klinikkar<sup>16</sup> i januar 2005, og det er etter denne omorganiseringa dei største endringane har skjedd. Ved innføringa av sjukehusreforma i 2002 seier alle informantane at dei ikkje merka noko spesiell forandring i sitt arbeid og ansvarsområde. Etter omlegging til klinikkorganisering i 2005 vart stillinga som avdelingssjukepleiar fjerna ved døgnpostar, med unntak av avdelingar med fleire sengepostar og oversjukpleiar<sup>17</sup> fekk endra funksjon. Ein av informantane seier det slik:

**E:** ”Ja, det har blitt mykje omorganisering og endring i namn på stillingar. Eg var tidlegare avdelingssjukpleiar, men har no fått tittel oversjukpleiar. Ansvarsområde mitt er det som ein tidlegare forbant med avdelingssjukpleiar – den daglege drifta av sengeposten. Dei oversjukpleiarane som har fleire sengepostar har eit litt vidare ansvar, meir personell og ein litt annan måte å jobbe på.”

Eg bad informantane om å beskrive ein ”vanleg” arbeidsdag for å få taket på korleis kvardagen er for ein sjukepleieleiar på dette nivået. Beskrivingane syner at dei seks sjukepleieleiarane som har direkte ansvar for den daglege drifta av ein sengepost har mykje av dagen bunde opp til faste gjeremål. Leiarane startar stort sett dagen med å sjå til at der

<sup>16</sup> 1.1.2005 vart organiseringa av helseforetaket endra, og det blei oppretta 6 klinikkar og 1 divisjon leia av direktørar med line til adm. direktør.

<sup>17</sup> Oversjukpleiar blir i denne studien omtala som sjukepleieleiar

er nok folk på arbeid, fordele arbeidsoppgåver, delta på rapport om pasientane og mange er med på previsitten med legane.

**H:** "Eg startar med å fordele oppgåver til pleiarane og i det siste har eg no vore mykje med i pleien for vi har så lite folk etter omorganiseringa. Så er det visitt og så går eg på kontoret."

**D:** "Eg er alltid med previsitten slik at ein får lagt planar fort for pasientane slik at dei ikkje blir liggande her unødvendig fordi det ikkje er søkt rehabilitering eller tatt prøver. Der syns eg at eg har ein viktig styrande funksjon."

**E:** "Eg er med på fellesrapporten kvar morgon for då får eg ein oppdatering over pasientane og korleis det siste døgnet har vore. Etter det går eg på møte med legane kor vi tar ein kort rapport over inneliggande pasientar og fellesdiskusjon rundt dei pasientane som treng det."

Tre av informantane seier dei brukar ein del tid av dagen sin til direkte pasientretta arbeid og dette kan illustrerast med følgjande utsegn:

**H:** "I det siste har eg vore mykje med i pleien, for vi har så lite folk etter omorganiseringa".

**F:** "Viss det er veldig travelt og det er det ofte om morgonen, så steppar eg inn der det er behov – er ofte med i avdelinga fram til 11.30."

**E:** "Eg er ein del med i det praktiske arbeidet - samtidig prøvar eg å holde litt skarpe grenser, for tidlegare gjekk eg altfor mykje inn slik at eg fekk alt det andre arbeidet på sida."

Sjukepleieleiarane beskriv at dei har ansvaret for den daglege drifta av avdelinga, personalansvar for pleiepersonale og ansvar for den faglege kvaliteten på sjukepleietenesta.

**E:** "Eg har det daglege ansvaret for drifta i avdelinga og det går på å heile tida sjå til at vi har nok personale til den drifta det er meiningsa avdelinga skal drive med".

Med dagleg drift nemner informantane det med bemanningsplanlegging med spesielt fokus på å sjå til at der er nok kvalifisert personale på jobb, fordele daglege arbeidsoppgåver, oppfølging av sjukmeldte, tilsettingar, oppfølging og samtalar med personale, budsjettarbeid, inntak av pasientar osv. Det er ser ut til at sjukepleieleiarane føler eit stort ansvar for at "hjula skal gå rundt" på avdelinga. Det blir også gitt uttrykk for eit endra fokus. Ein av informantane beskriv det slik:

**H:** "Før dreide dagen seg om behandlinga pasientane skulle få, men no dreier det seg meir om pengar, personell og drift rett og slett".

Halvparten av sjukepleieleiarane beskriv ein kvardag der mykje tid går med til å kalle inn pasientar frå ventelister:

**C:** "Det går forferdeleg mykje tid til innkalling av pasientar. Det er mitt ansvar at vi held ventelistegarantien. Eg trur eg brukar 60% av tida mi til det der, ja, det trur eg".

**D:** "Masse telefonar - kvar gong eg har sendt ut innkalling så ringer dei og skal vete kor lenge dei skal bli, kor stor operasjon det er osv – det er sånn standard".

Ny organisasjonsmodell har i helseforetaket eg studerar ført til færre sjukepleiefaglege leiarar og ut i frå informasjonen til informantane kan det i tillegg synast som dei har fått delegert fleire arbeidsoppgåver som sentraladministrasjonen tidlegare tok seg av. To av informantane seier det slik:

**H:** "Vi har ein personalrådgjevar vi kan spørre om råd, men vi må sjølv gjere tilsettingar, ikkje berre tilråding men også det kontormessige med å lage skjema, sende ut, få det tilbake. Det same er det med sjukmeldingar, omskolerig og attføring – alt ligg på avdelinga og meg som leiar."

**C:** "Vi har fått veldig mykje oppgåver tildelt som personalkontoret tidlegare gjorde. No har vi alt med tilsettingar og avtalar som skal skrivast i høve det, alt med avvik i høve lønn, fråværsregistrering.... Veldig mykje administrasjon."

Ut i frå informasjonen til sjukepleieleiarane kan det sjå ut til at det ansvaret sjukepleieleiaaren seier dei har for å arbeide med kompetanseutvikling lett blir tilsidesett til fordel for meir administrative oppgåver retta mot drift av avdelinga. På konkret spørsmål til leiarane om dei har merka endring i arbeidsdagen etter innføring av sjukehusreforma kan desse beskrivingane vere representative for situasjonen:

**C:** "Det har endra seg med kravet til effektivitet. Vi skal tene inn i alle fall 600 fleire DRG-poeng enn i fjor og det er nesten heilt urealistisk, men er kravet vi har fått tredd nedover oss. Det er utruleg mange pasientar det! Det er skremmande – helse er blitt ei vare – det var ikkje slik før. Det er blitt meir og meir produksjon i det her. Det er fleire og fleire ikkje helsefolk som ikkje ser heilheten i det her – dei

*ser ikkje pasienten. Personalet merkar kjøret – vi har til ei kvar tid stapp full avdeling – det var ikkje slik før. ”*

**F:** ”*Det er minimalt med bemanning og ein blir strukke i begge endar. Vi har færre tilsette og driv veldig mykje hardare enn før. Det er ikkje så mykje tid til anna enn drift egentlig . ”*

Informant **H** beskriv ein stor omstillingsprosess etter omlegginga til klinikksorganisering:

*”Vi har kollegaer som ikkje har jobb her lenger – det har vore ganske tøft for alle. Vi blir sammenslått i helgane og det er eit vidt spenn frå erysephalas til hofteprotese og alt skal lærast på nytt – det er klart det blir frustrasjon. ”*

Informant **F** beskriv også ein situasjon med personaloppfølging som hovudutfordringa på grunn av fare for nedlegging:

*” ...det har vore veldig frustrasjon blant personale – det er klart når folk er usikre på jobbane sine gjev det seg usikkerhet i mange ting. Det har vore ein lang fase – veldig lang fase.”*

**A:** ”*Vi merkar at det er eit større trykk på helsetenesta. Vi må forsvare i sterke grad kvifor vi har dei stillingane og den bemanninga vi har. Vi må heile veien tilpasse drift og fag og forsvare det ”.*

Slik eg oppfattar sjukepleieleiarane er dei opptatt av å skape eit godt fagleg miljø i avdelingane, men at ulike faktorar som bl.a. auka krav til effektivitet og omstilling gjer arbeidet vanskeleg å utføre i praksis. Fleire av sjukepleieleiarane i min studie ser ut til å legge vekt på å utvikle ein god kultur i avdelinga, men det er litt uklart kor målbevisst alle jobbar med dette.

**B:** ”*Eg har ein ide om at det å vere synleg, snakke med folk, vere på arenaen der ting skjer, komme med mine faglege synspunkt og stille nokre spørsmål er viktig for endring og utvikling. Det brukar eg ganske mykje tid på. ”*

**E:** ”*Eg har oppdaga, etter å ha fått ein del erfaring, at den som er leiar har stor påvirkning på arbeidsmiljøet. Kva signal du gjev utad, om du har ei positiv innstilling, prøve å munstre opp og ”backe” opp i staden for å okke og sukke om ting som er vanskeleg og tungt. ”*

#### **5.4 Sjukepleieleiarane sine "nye" utfordringar i høve arbeidet med kompetanseutvikling**

Sjukepleieleiarane i denne studien gjev slik eg tolkar utsegna uttrykk for at dei står i ein pressa situasjon. Avdelingar har blitt samanslått, pasientgrupper er blitt flytta frå ei avdeling til ei anna, trugsmål om nedlegging, omlegging til 5-døgnspostar, reduksjon av driftskostnadane m. m. Det er i det heile store omstillingar leiarane beskriv at dei har vore med på dei siste åra. Fleire av leiarane beskriv ein situasjon der ein har kjempa for å bevare avdelinga og det blir ytra bekymring for pulverisering av kompetansen og reduserte tilbod til enkelte pasientgrupper. Ein av informantane (**E**) uttalar fylgjande:

*"Vi har sett at veldig mykje av det tilbuet vi har pr. i dag hadde blitt pulverisert både i forhold til kompetanse og det å ha ei eiga eining for pasientar med denne type problem. Vi har jobba mykje for å lage forslag – vi skulle sjå kor mykje vi kunne spare – det var det det gjekk på."*

Viseadministrerande direktør Anne Sissel Faugstad sa på ein Nordisk leiarkonferanse i København i 2004 at det store fokuset på resultatet kan synes å særleg ha utfordra sjukepleietenesta (Sykepleielederen, nr 3/4, 2005). Dette blir også trekt fram av mine informantar.

**F:** *"Krav om effektivitet er blitt noko helt anna, ein helt anna kvardag der det økonomiske står i fokus. Slik tenkte vi ikkje før."*

**C:** *"Kravet til effektivitet har endra seg. Helse er blitt ei vare. No er det snakk om produksjon, det einaste som tel er tal – så og så mange fleire pasientar. Fleire og fleire helsefolk i føretaket ser ikkje pasienten og heilheten. Det er skremmande."*

Med tanke på at sjukepleietenesta blir påført stadig meir kompetansekrevjande oppgåver både på grunn av den medisinsk-teknologiske utviklinga og ved auka krav om effektivitet, kan det vere viktig å sjå nærmare på sjukepleieleiarane sine beskrivingar av dei utfordringar dei står overfor. Ved omlegging og samanslåing av postar beskriv nokre av informantane ein situasjon der sjukepleiarar på ein spesialisert post må gå inn og gjere sjukepleiefaglege oppgåver på eit for dei helt "nytt" fagfelt. Fleire av sjukepleieleiarane problematiserer nettopp dette med endring i pasientgruppa som ei stor utfordring og det kan ved nokre avdelingar verke tilfeldig kva opplæring sjukepleiarane får før dei står overfor nye pasientgrupper. Ein av sjukepleieleiarane (**H**) svarar fylgjande på korleis ein har lært opp sjukepleiarane når dei har fått eit helt nytt fagfelt å handtere:

*" Vi har sagt at sjukepleiarane må ta dei pasientane ein kan fyrst og fremst, og så må ein hjelpe kvarandre over grensene. Ein som er kjend må ta med seg ein som er mindre kjend. Praktisk opplæring for å seie det slik. Vi har ikkje så mykje rom for opplæring. "*

Ved to av avdelingane som har fått samanslåing i helgane har sjukepleieleiarane (**E og C**) jobba med det å få til eit godt samarbeid avdelingane i mellom. I starten beskriv ein av informantane fylgjande:

**E:** *"....det er klart det har vore veldig usikkert for mange når ein må forholde seg til ei heilt ny pasientgruppe. Det har vore frykteleg vanskeleg. Vi har prøvd å få til undervisning og hatt fellesmøter. "*

Avdelingane har bl.a. hatt ei arbeidsgruppe samansatt av personale ved begge avdelingane som har utarbeida retningslinjer for samarbeidet. Det som i byrjinga vart opplevd som uhandterleg og vanskeleg vert no sett på som positivt og utviklande av dei fleste.

Informasjonen informantane gjev syner eit bilde av at leiarane sine evner og muligheter til å møte nye utfordringar, kan få store konsekvensar for handtering av situasjonen. Slik eg oppfattar nokre av sjukepleieleiarane så klarar dei av ulike grunnar ikkje å vere i førekant av ei ny utfordring. Det kan vere fleire årsaker til det, f.eks. at der faktisk ikkje er tid til å førebu seg på ei samanslåing. Kanskje brukar leiarane all sin energi på å motarbeide endringa? Når omorganiseringa blir gjennomført, har ein ikkje fått førebudd personale godt nok. Kanskje blir sjukepleieleiarane ikkje tatt med i avgjerdss prosessane og såleis heller ikkje informert? Ein av sjukepleieleiarane (**B**) beskriv at ved omorganisering av deira avdeling vart mellomleiarane ikkje kalla inn til møta. Avdelingssjefen bad likevel om at mellomleiarane skulle vere med og på den måten beskriv denne leiaren fylgjande:

*"Det resulterte i at det vart satt ned ei arbeidsgruppe som skulle gjere utgreiingsarbeidet. Der vart eg med og eg fekk då forståing for dei tinga som vi rapporterte til direktøren og vi fekk gjennomslag av alt vi hadde satt opp der. Vi gjekk deretter i gang med internopplæring og hospitering eit halvt år i forkant av overtaking av den nye pasientgruppa. "*

## **Medverknad, involvering og leiaroppfølging**

Utan involvering og medverknad syner funna i denne studien at det kan vere vanskelegare for sjukepleieleiarane å organisere sjukepleietenesta på ein god måte slik at kompetansen står i høve dei tenestene dei skal yte. To av informantane sine uttaler i høve medverknad illustrerar dilemma som kan oppstå:

**B** ” Når eg fyrst skal vere leder må eg i alle fall ha tilgang på informasjon og vere på arenaen elles så kan eg ikkje vere leiar.”

**D:** ”Eg ser stadig vekk at eg ikkje får informasjon eg skulle hatt pga at avdelingssjefen er den som er på informasjonsmøta. Den leiarbiten er ikkje god. Det har hendt at eg har vore på nokre av møta – der sit det folk som det er heilt vanvittig skal sitte der, mens kanskje dei som treng informasjonen og som skal utføre jobben burde ha vore der. Veldig ofte tilflyter ikkje informasjonen til oss og eg trur ikkje det gjeld berre her.”

I tillegg til at sjukepleieleiarane har fått nye krevjande oppgåver syner funna i studien at leiarane ser ut til å få lite oppfølging. Mange gjev uttrykk for at dei saknar medarbeidarsamtalar med sin sjef. Kun ein svarar positivt på at dette blir gjennomført som ei fast ordning. Fleire av leiarane gjev uttrykk for å sakne å ha nokon å diskutere faglege spørsmål med. Helseforetaket har ikkje noko formelt fora der sjukepleieleiarane møtes for diskusjon, erfaringsutveksling eller liknande. Funna i studien syner dei som mellomleiarar i liten grad er med på fellesmøter som vert arrangert for leiarar i helseforetaket. Fleire leiarar trekk derimot fram at dei no har vore to dagar på opplæring for mellomleiarar og det vart oppfatta som ei positiv utvikling. Desse to uttalene er representativ for situasjonen slik mange oppfattar den:

**D:** ”Du sit aleine som oversjukepleiar. Det er ikkje fellesmøter med unntak av om det er noko informasjon vi skal få. Ingen tid til sjukepleiefaglege diskusjonar, ikkje noko fora å utveksle erfaringar. Eg veit ikkje om det er nokon bevisst strategi, men det er tatt vekk veldig mykje ressursar på leiing ved sjukehuset og eg meinat det er gått altfor langt. Sjukepleietenesta er på ein måte utradert. Kven skal du diskutere sjukepleiefaget med ? ”

**H:** ”Eg har ikkje så mange å diskutere med. Avdelingssjefen er her sjeldan, men har administrasjon ein dag i veka. Då prøvar eg å få til ein avtale ein time for å diskutere dei store linjene. Eg saknar sjefsjukepleiar som eg kunne sende saker til, drøfte med og få ei vurdering av sakene. No har eg ingen å støtte meg til. Om alt skal gå gjennom avdelingssjefen tar det for lang tid. ”

Alle mine informantane vart spurde om dei syns det fungerar å ha ein leiar som skal ha det heilskaplege ansvaret. Dei fleste sjukepleieleiarane gjev uttrykk for at ordninga med einskapleg leiing ikkje fungerar i praksis.

**A:** *"Eg opplever at eg på mange måtar tar ansvaret for leiinga av avdelinga i lag med seksjonsleiar sjølv sagt, men både seksjonsleiar og avdelingssjefen har mykje vakter og må ta pasientbehandling heile tida, noko som gjer at dei ikkje har muligheten til å lede. Ein har ei rolle, men kva mulighet har ein for å fylle den?"*

**D:** *"Avdelingssjefen er leiar i forhold til legane og det medisinske fyrst og fremst. Av dei som sit som avdelingssjefar i dag er det nok veldig få som ynskjer å vere leiar, for dei driv sin klinikks eller poliklinikk og har pasientbehandling som det primære fortsatt og har ein oversjukepleiar som gjer det daglege arbeidet."*

**F:** *"Det fungerar ikkje. Det er to ledarar slik som før. Intensjonen verka alt på papiret heilt dødfødt."*

**H:** *"Eg syns ikkje det med enhetlig ledelse fungerar. Eg ordnar opp sjølv, men det seier no litt om den oppfølginga eg har."*

I høve sjukepleieleiarane sine uttaler kan det sjå ut som sjukepleieleiarane tar eit større ansvar for leiing av avdelingane enn det som var intensjonen med sjukehusreforma og innføring av einskapleg leiing. Mange av leiarane gjev uttrykk for at deira nye leiarrolle gjev utfordringar som er vanskeleg å møte pga av det er eit misforhold mellom oppgåvene som skal gjerast og tida som står til disposisjon. Det kan synes som sjukepleieleiarane står i ein vanskeleg leiarposisjon der ansvaret og oppgåvene dei skal ha ikkje er heilt klart definerte. Helseforetaket har ein stillingsinstruks for stillinga som oversjukepleiar (gammal organisering) som ikkje er oppdatert i høve ny leiingsmodell. Nokre av sjukepleieleiarane syner til denne stillingsinstruksen, men seier samstundes at dei har fått delegert fleire nye oppgåver. Sjukepleieleiar **F** seier det slik:

*"Eg trur det har gått for langt. Det trengs meir ledelse. Eg tenker ledelse som ein person som ser sine folk, ikkje er opptatt av seg sjølv, men opptatt av at folk skal gjere ein god jobb. Eg syns det er greitt med avdelingssjefordninga om han brukte tid på ledelse, men det gjer han no ikkje. Det er berre eg som brukar tid på ledelse her."*

### **Forventningar frå tilsette og overordna leiing**

I same høve som eg spurde om oppfølging av dei som leiar etterspurde eg også om kva forventingar dei trudde dei tilsette og dei overordna hadde til dei. Forventningane frå dei

tilsette til sjukepleieleiarene syner eit brent spekter av roller det forventast at leiaren skal dekke. Nokon av dei mest sentrale momenta som kom fram var forventingar om at leiaren skal vere ein stabil og stødig leiar som tåler påkjennings, er tydeleg, rettferdig, ser den einskilde arbeidstakar, vere ein person dei kan spørje om råd, som er tilgjengeleg, som organiserar den daglege drifta, har god orden og rutinar, gjev informasjon om det som skjer i organisasjonen og tilbakemelding på korleis prosessane går. Ut i frå uttalene til sjukepleieleiarane kan det synast som det ikkje ligg så store forventningar frå dei tilsette om at det vart lagt til rette for kompetanseutvikling. Det kan synes som det vert formidla mest forventningar i høve det at leiaren skal få den daglege drifta til å gå.

Når det gjeld forventingar frå overordna leiari verka dei fleste sjukepleieleiarane meir usikre på kva forventningar dei har til deira rolle som sjukepleieleiar. Fylgjande uttaler kan underbygge dette funnet:

**D:** "Avdelingssjefen forventar vel at når eg er her så går alt greitt. "

**F:** "Min avdelingssjef har aldri sagt kva som forventast av meg, men eg reknar med at det forventast at det går greitt på avdelinga. At ting ligg til rette. At det daglege fungerar og at pasientane er fornøgde. Eg får ikkje medarbeidarsamtalar og det er det som er det vanskelege kan du seie – oppover i systemet. "

**C:** "Eg får ikkje så mykje tilbakemelding frå avdelingssjefen. Han etterspør ikkje sjukepleietenesta og det føler eg litt tyngande. Skulle ønske vi hadde hatt regelmessige møter der vi gjekk igjennom ting – det har vi ikkje. "

Sjukepleieleiarane A og B som er organisert med avdelingssjukepleiarar under seg gjev uttrykk for eit nærrare samarbeid med sin leiari.

**A:** "Eg opplever at eg trengs. Viss mi rolle skulle forsvinne trur eg dei ville merke det veldig godt faktisk. Det er vanskelegare for avdelingssjukepleiarane å jobbe med overordna ting."

**B:** "Avdelingssjefen er veldig involvert i prosessane som foregår og er støttande på dei."

### Viktigaste leiaroppgåve

Informantane vart spurde om kva dei sjølv meinat er deira viktigaste leiaroppgåve. Her trekk dei fleste informantane fram oppgåver i høve det å ta vare på og utvikle personale og det å ta ansvar for den daglege drifta. Samtidig som sjukepleieleiarane trekk fram arbeid

med utvikling og ivaretaking av personale som ei av sine viktigaste oppgåver, seier mange at dei ikkje nyttar mykje tid til dette arbeidet.

**C:** *"Mi viktigaste oppgåve som leiar er å passe på at dei ute i avdelinga har det så bra som dei kan ha det. Har du ikkje fornøgde medarbeidarar har du ikkje mykje å rutte med, men samtidig er det dette arbeidet eg brukar minst tid på. Har nettopp starta med medarbeidarsamtalar, men det tar lang tid....."*

**D:** *"Eg legg veldig vekt på det med personale og arbeidsmiljø, men ein blir som oversjukepleiar hengt opp mykje med ting frå nivået over med rapport på ventetid og økonomi f.eks. og brukar mykje tid på e-postar som ein helst skulle svart på før dei kom - eg får for lita tid til å vere fagleg sjukepleieleiar."*

Dei to sjukepleieleiarane som har avdelingssjukepleiarar under seg skil seg frå dei andre informantane i høve kva dei trekk fram som sine viktigaste arbeidsoppgåver.

**B:** *"Eg jobbar med å forbetre metodar spesielt – det opptar meg veldig. Avdelingssjukepleiar er meir opptatt av at det er nok folk og den biten der, så det legg eg meg ikkje så mykje opp i. Eg er mest opptatt av korleis vi faktisk utfører vårt daglege arbeid."*

**A:** *"Eg har eit meir overordna ansvar for sjukepleietenesta og utarbeider bl.a. budsjett og plan for drifta, årsrapport, planlegg og gjennomfører tiltak for å utvikle sjukepleietenesta og spesielle personalsaker."*

Fleire av informantane trekk også fram at det å vere nær dei tilsette og pasientane er viktig for å kunne vurdere behovet for kompetanseutvikling. Det vart av fleire uttrykt bekymring for at det vart meir og meir administrativt arbeid lagt til leiarstillingane og at dette gjer vurderinga av behovet for kompetanseutvikling vanskelegare. Informant **H** seier det slik:

*"Eg føler at det vert meir og meir administrativt og eg kjem lenger og lenger vekk frå personale og det daglege. Då blir ein heilt avhengig av at dei gjev tilbakemelding om kva dei treng og det er dei nødt å bli flinkare til, for eg ser det ikkje så godt lenger."*

Det er dei tre informantane som deltar ein del i direkte pasientretta arbeid som spesielt trekk fram at ved å delta i f.eks. stell og pleie av pasientar så held dei seg sjølv fagleg oppdatert.

## **5.5 Oppsummering av funn**

Sjukepleieleiarane gjev uttrykk for eit kontinuerlig behov for kompetanseutvikling og leiarane trekk fram at dei sjølve må kjenne godt til dei ulike fagfelta og pasientgruppene som er i avdelinga for å kunne vurdere avdelinga sitt kompetansebehov. Eksisterande sjukepleiarkompetansen på avdelingane blir i hovudtrekk beskrive som god av alle informantane. Både fagleg og organisatorisk kompetanse vert trekt fram som vesentlege kompetansefaktorar.

Sjukepleieleiarane gjev uttrykk for tru på kompetanseutvikling som eit viktig ledd i det å meistre dei sjukepleiefaglege oppgåvene og for å utvikle sjukepleiefaget. Behov for å utvikle individuell kompetanse hjå sjukepleiarane blir vektlagt. Også avdelinga sitt samla behov for kompetanse i høve dei oppgåvene som skal løysast blir vektlagt. Internundervisning og fagmøter vert trekt fram som mest nytta kompetanseutviklingstiltak. Mangel på pengar til kompetanseutviklingstiltak vart trekt fram av fleire som årsak til avgrensa mulighet for eksterne tiltak, både i høve innleige av ekstern kompetanse, eksterne kurs og vidareutdanningar.

Det å ta i vare og utvikle personale, samt ta ansvar for den dagleg drift blir trekt fram av dei fleste informantane som viktigaste leiaroppgåve. Samtidig som sjukepleieleiarane trekk fram arbeid med utvikling og ivaretaking av personale som ei av sine viktigaste oppgåver, seier mange at dei ikkje nyttar mykje tid til dette arbeidet. Det syner seg altså at sjølv om dei tilsynelatande har eit noko lunde likt syn på viktigheita av å jobbe med kompetanseutvikling, er det store sprik på både kor mykje tid sjukepleieleiarane nyttar til arbeidet med kompetanseutvikling og på kor bevisst ein kartleggar og bygger opp kompetansen i høve avdelingane sine behov.

Sjukepleieleiarane beskriv endringar i arbeidsdagen etter innføring av sjukehusreforma, men alle seier at dei fyrst merka endringa etter at helseforetaket gjekk over til klinikksorganisering i januar 2005. Avdelingar har blitt samanslått, pasientgrupper er blitt flytta frå ei avdeling til ei anna, trugsmål om nedlegging, omlegging til 5-døgnspostar, reduksjon av driftskostnadar m. m. Fleire av leiarane beskriv ein situasjon der ein har kjempa for å bevare avdelinga og det blir ytra bekymring for pulverisering av kompetansen og reduserte tilbod til enkelte pasientgrupper. Mange av sjukepleieleiarane trekk fram

endring i pasientgruppa som ei stor utfordring og ved nokre avdelingar verkar det tilfeldig kva opplæring sjukepleiarane får før dei står overfor nye pasientgrupper. Sjukepleieleiarane klarar ikkje alltid å vere i forkant av ei ny utfordring. Det kan sjå ut som sjukepleieleiarane ikkje vert tatt med i avgjerdssprosessane og heller ikkje alltid blir informert om kva som skal skje.

Større krav til effektivitet, omorganisering og nye delegerte oppgåver vert trekt fram av dei fleste informantar. Tilsette har eit spekter av forventningar til sjukepleieleiaeren. Forventningar som går på tilrettelegging av kompetanseutvikling vart ikkje nemnt og det kan synes som det vert formidla mest forventningar i høve det at leiaren skal få den daglege drifta til å gå. Når det gjeld forventingar frå overordna nivå var sjukepleieleiarane meir usikre på kva forventningar dei har til deira rolle som sjukepleieleiar. Mange seier at sjukepleietenesta ikkje vert etterspurd. Funna i studien kan tyde på at arbeidet med kompetanseutvikling i stor grad er overlagt til den einskilde leiaren på den einskilde avdelinga og i liten grad etterspurd av den øvre leiinga ved helseforetaket.

Leiarane ser ut til å få lite oppfølging. Kun ein svarar positivt på at medarbeidarsamtale vert gjennomført som ei fast ordning. Fleire av leiarane gjev også uttrykk for å sakne å ha nokon å diskutere faglege spørsmål med. Helseforetaket har ikkje noko formelt fora der sjukepleieleiarane møtast for diskusjon, erfaringsutveksling eller liknande. Funna i studien syner dei som mellomleiarar i liten grad er med på fellesmøter som vert arrangert for leiarar i helseforetaket.

Dei fleste sjukepleieleiarane gjev uttrykk for at ordninga med einskapleg leiing ikkje fungerar i praksis og det kan sjå ut som sjukepleieleiarane tar eit større ansvar for leiing av avdelingane enn det som var intensjonen med sjukehusreforma og innføring av einskapleg leiing. Mange av leiarane gjev uttrykk for at deira nye leiarrolle gjev utfordringar som er vanskeleg å møte pga av det er eit misforhold mellom oppgåvene som skal gjerast og tida som står til disposisjon. Det kan synes som om sjukepleieleiarane står i ein vanskeleg leiarposisjon der ansvaret og oppgåvene dei skal ha ikkje er heilt klart definerte.

## **Kapittel 6 Kompetanseutvikling for sjukepleieprofesjonen i sjukehус - ei prioritert oppgåve for kven?**

Det er tidlegare i oppgåva gjort greie for endringar i sjukehusorganisasjonen, og det synt til ein samanheng mellom endring i organisasjonen og kravet til kompetanse. Nygren (2004:21) trekk fram at det alltid har vore slik at ein har vore nøydd å skaffe seg bestemte former for kompetanse for å møte dei krav som ulike oppgåver og omgjevnadane stiller. I takt med samfunnsutviklinga endrast krava til kva kompetanse som er nødvendig eller ynskjeleg. Dagens informasjonssamfunn fører til ei stadig raskare utvikling og dette krev at helsepersonell aktivt jobbar for å halde seg oppdatert på ny kunnskap. Lov om helsepersonell forpliktar helsepersonell å handle innanfor sitt kompetanseområde for å oppfylle kravet om fagleg forsvarlighet. I spesialisthelsetenestelova vert sjukehusinstitusjonen sitt ansvar presisert i høve det å sjå til at helsepersonell får opplæring og etter- og vidareutdanning for å utføre fagleg forsvarleg arbeid. Denne studien søker å finne svar på kva rolle sjukepleieleiarene på sengepostnivå spelar i arbeidet med kompetanseutvikling i sjukehus og på kva måte sjukehusreforma, i kombinasjon med innføring av einskapleg leiing, har påverka sjukepleieleiarene på sengepostnivå i arbeidet med å utvikle den sjukepleiefaglege kompetansen.

### **6.1 Sjukepleieleiarene si rolle i arbeidet med kompetanseutvikling**

Sjukepleieleiarane beskriv eit ansvar for den faglege kvaliteten på sjukepleietenesta og uttalar at det er kontinuerleg behov for å arbeide med utvikling av pleiepersonale sin kompetanse. Dei vurderar sin nærlig til pleiepersonale som eit godt grunnlag for å vurdere om den individuelle kompetansen hjå kvar einskild dekker avdelinga sitt samla behov for kompetanse. Dette er i tråd med Nordhaug (1998) som seier at kompetanse må vurderast i konkrete situasjoner og framtida sitt behov må gjerast ut i frå ei vurdering av eksisterande kompetanse.

Alle sjukepleieleiarane i studien utarbeidar årlege kompetanseplanar, og leiarane verkar positive i høve dette arbeidet. Fleire seier og at dei nyttar kompetanseplanane aktivt i sitt daglege arbeid som eit styringsreiskap. Lai (2004) legg vekt på at det av leiaren bør utviklast ein overordna plan for arbeidet med kompetanseutvikling, basert på ein analyse av faktiske krav og behov, og ut i frå denne analysen må det settast i verk systematiske

tiltak. Nordhaug (1998) seier også at arbeid med kompetanseutvikling må koplast til organisasjonen sine mål og strategiar. Eit grunnlag for å planlegge utvikling av kompetanse er å gjere ei vurdering av framtidig behov for kompetanse og samanlikne dette med dei resultat evalueringar av eksisterande kompetanse gjev (Nordhaug, 1998). Dette kan synleggjere eit eventuelt kompetansegap og gje føringar for korleis ein skal jobbe for å utvikle organisasjonen sin kompetanse, og kva ekstern kompetanse ein eventuelt må skaffe seg .

Ei utfordring sjukehusorganisasjonen i denne studien kan sjå ut til å ha, er å gje opplæring i korleis kompetanseplanane skal utarbeidast, samt ha eit evaluatingsverktøy for å sjå på måloppnåing av dei årlege planane. Ut i frå informasjonen eg har fått kan det kan sjå ut til at kompetanseutviklingsarbeidet treng å bli meir integrert i organisasjonen. Mange av sjukepleieiarane gjev uttrykk for å stå vel mykje aleine i arbeidet med kompetanseutvikling for sjukepleietenesta. Lai (2004:23) seier at ei av dei viktigaste forklaringar på mangelfulle resultat er at satsinga på kompetanse ofte blir sett på som eit separat aktivitetsområdet. Delegering av kompetanseutviklingsarbeidet ned i organisasjonen utan at arbeidet er godt fundert i den øvste leiinga kan i fylgje (Lai, 2004:24) vere ei anna viktig forklaring på mangelfulle resultat. Informantane sin informasjon om at det ikkje vart etterspurd ei evaluering i høve måloppnåing av kompetanseplanane er i fylgje Lai (2004:18) ei av dei mest forsømte aktivitetane i høve satsing på kompetanseutvikling. Evaluering er ein krevjande prosess som kan ta tid frå andre oppgåver, men bør likevel prioriterast slik at ein blant anna får ei vurdering av om dei iversette tiltaka var dei rette for å oppnå dei mål ein har satt (Lai 2004:19).

### **Sjukepleieiararen si rolle i høve det å skape eit godt læringsmiljø**

Sjukepleieiarane i denne studien er organisert slik at dei står nært sine tilsette og bør såleis ha muligkeit til å evaluere eksisterande kompetanse opp mot avdelinga si utvikling. Sjukepleieiarane seier at dei vektlegg personale sine faglege interesser og ynskjer i planlegginga av kompetanseutviklinga. Dei fleste leiarane arrangerer bl.a. møter for alt pleiepersonale der kompetanseutvikling vert diskutert. Motivasjon, interesse og medverknad hjå den einskilde arbeidstakar ser ut til å bli vektlagt av sjukepleieiarane i sitt arbeid, noko som samsvarar med Nordhaug (1998) si vektlegging av motivasjon som faktor både for å stimulere til læring og for å kunne gjere eit best muleg arbeid. Lai (2004)

understrekar at kvar einskild medarbeidar må få muligkeit til å påverke eigen utvikling for å sikre høg grad av motivasjon og meistring.

Slik eg oppfattar sjukepleieleiarane er dei opptatt av å skape eit godt fagleg miljø i avdelingane, men at ulike faktorar som bl.a. auka krav til effektivitet og omstilling gjer arbeidet vanskeleg å utføre i praksis. Eit godt fagleg miljø blir av både Nordhaug (1998), Lai (2004) og Skau (2005) trekt fram som viktig faktor for utvikling av god kvalitet, trivsel, kompetanse og fagleg engasjement på ein arbeidsplass. Ein studie av Kragh Jespersen (2005) syner at oversjukepleiarar i danske sjukehus arbeider med faglig utvikling via arbeid med arbeidsmiljø og samarbeid i pleiegruppa. Ivaretaking av personale og sikring av eit godt arbeidsmiljø blir trekt fram som ei viktig leiingsoppgåve som oversjukepleiarane i studien prioriterar høgt. Svara syner at dei heile tida knyter denne oppgåva i lag med den faglege utviklinga og kvaliteten i det faglege arbeidet (Kragh Jespersen, 2005).

Fleire av sjukepleieleiarane i min studie gjev uttrykk for å legge vekt på å utvikle ein god kultur for læring i avdelinga, men det er litt uklart kor målbevisst alle jobbar med dette. Bjørk (2001) har studert korleis ein kan skape godt læringsmiljø i sjukehus. Ho trekk fram at for å skape eit miljø som fremmar individet si læring må tenkinga om metodar for læring gjennomsyre gruppe- og systemnivået. Sjukepleiarane må søke kunnskap i andre si erfaring, gjennom dialog og diskusjon og gjennom faglitteratur. Bjørk (2001) meinar dette er muleg der det er legitimt og tilrettelagt for fellesskap, refleksjon og dialog om sjukepleiefaglege utfordringar. Leiaren må vere aktiv i miljøet og stille kritiske spørsmål og legge til rette for dagleg læring i avdelinga. For å klare dette må ein i fylgje Bjørk (2001) ha leiarar som har forståing av at kompetanse ikkje er noko som er statisk og gitt ein gong for alle, men heller sjå på læring som ein implisitt del av verksemda.

Informasjonen sjukepleieleiarane gjev syner at det varierar frå leiar til leiar om ein har system for gjennomføring av medarbeidarsamtalar for dei tilsette. Medarbeidarsamtalar kan vere eit viktig tiltak både for den tilsette til å høve presentasjon av sitt kompetansebehov og for leiarane å høve det å få tak på den einskilde sitt behov. Kirchhoff (2005) presenterar i artikkelen ”Tilfeldig oppdatering” ein studie som syner at 68 % av sjukepleiarane som hadde vore i medarbeidarsamtale fekk presentert sitt behov for kompetanseutvikling her. Studien syner at sjukepleiarane opplevde ein større grad av

kontroll når arbeidsplassen hadde utarbeida ein plan for kompetanseutvikling på basis av ei kartlegging og samla vurdering av avdelinga sitt kompetansebehov. Generelt synte funn i studien at det var lite planlegging og organisering av kompetanseutviklinga på arbeidsplassen (Kirchhoff, 2005). Sjukepleieleiarane som sa dei ikkje gjennomføre medarbeidarsamtalar som fast ordning, gav alle uttrykk for eit ynskje om å få dette til. Tidspress og omstillingss prosessar vart trekt fram som årsak til at dei ikkje klarte å gjennomføre dette slik dei hadde ynskje om. Fleire av sjukepleieleiarane ser ut til å stå i ein pressa situasjon slik at dei får vanskar med å prioritere tid til dette arbeidet. Når sjukepleieleiaaren samstundes ser ut til å ha ei nøkkelrolle i planlegging og utnytting av personale sin kompetanse, kan nedprioritering av dette på sikt føre til nedsett kvalitet på sjukepleietenestene. Eg finn støtte for denne konklusjonen i studien til Bjørk (2001) der ho seier at avdelingssjukepleiar har ei nøkkelrolle i avdelinga, spesielt når det gjeld å legge til rette for læring. Bjørk (2001) seier vidare at avdelingssjukepleiar ikkje aleine kan skape eit godt læringsmiljø, men sette fagutvikling på dagsorden og oppfordre til kritisk tenking for å forbetra sjukepleia i avdelinga .

### **Eksempel på kompetanseutviklingstiltak**

Av konkrete kompetanseutviklingstiltak var det internundervisning og fagmøter som sjukepleieleiarane i min studie trekte fram som mest nytta kompetanseutviklingstiltak. Mangel på pengar til kompetanseutviklingstiltak vart trekt fram av fleire som årsak til avgrensa mulighet for eksterne tiltak, både i høve innleie av ekstern kompetanse og eksterne kurs og vidareutdanningar. Nordhaug (1998) trekk fram at diskusjon på møter og internundervisning er eit positivt tiltak som ofte sikrar stor deltaking og er med på å skape både bevisst og ubeviss læring. Bjørk (2001) kallar sjukepleiemøte, personalmøte, internundervising og sjukepleiefagleg rettleiing for ”halv-formelle-læringsstiltak” pga at læring ofte ikkje er uttrykt som eksplisitt mål med desse møta. Lai (2004) trekker fram at dersom kompetansebehovet primært er retta mot organisasjonsspesifikk kompetanse, så er interne tiltak best eigna. Funna i denne studien tyder på at det i stor grad vert nytta interne kompetansepssonar for å formidle ny kunnskap til personale. Lai (2004) trekk fram at leiaren må stille spørsmål om ein internt har tilstrekkeleg kompetente folk til å formidle ynskja fagstoff. Ein må vurdere om ein skal nytte eksterne kompetansepssonar frå t.d. andre helseinstitusjonar, universitet og høgskular, rådgjevarar eller konsulentar. Det som kan vere fordelen med internundervisning er at det er ein kostnadseffektiv læringsmetode

som kan vere godt eigna når ein skal formidle kunnskap til mange tilsette med same læringsbehov. Kompetanseutvikling i intern regi der personale sjølv er aktive har etter mi vurdering også ei klar styrke gjennom at eigedomsforholdet til tiltaka blir sterkare. Dette kan igjen føre til sterkare motivasjon og ansvarsføling hjå både leiarar og medarbeidarar.

Klinisk stige vart nytta som tiltak hjå ein av sjukepleieleiarane. Det er eit kompetanseprogram som gjev sjukepleiarar utviklings- og avansemantmuligheter gjennom eigen praksis, forbetrar den sjukepleiefaglege kvaliteten og skapar stimulerande miljø som fremmar fagleg utvikling. Ein studie av Kvamme (2004) kartla erfaringane med klinisk stige og godkjenningsordninga for kliniske spesialistar. Studien syner at eit slikt tiltak kan gje betydelege individuelle effektar som bl.a. auka fagleg tryggleik og kunnskap, auka sjølvtillet både på det personlege og profesjonelle plan og auka relasjonsferdigheitar. Gjennom prosessen utvikla dei seg til å bli "life-long-learnes" (Kvamme, 2004). For at oppleget med klinisk stige skal ha effekt må programmet i fylgje Kvamme vere integrert i leiinga og det må bli satt av tid til kompetanseutvikling.

Sjølv om berre ein leiar har satt i verk tiltak med klinisk stige, er alle sjukepleieleiarane i gang med ulike kompetansetiltak som går på å sette av tid til å arbeide med kompetanseutvikling i arbeidstida. Fleire av sjukepleieleiarane trekker fram at dei prøvar å sette av fagdagar på turnusen til sjukepleiarane, og slike tiltak syner etter mi vurdering ei vilje frå leiarane si side til å satse på meir systematisk kompetanseutvikling på arbeidsplassen. Ein studie av Vareide m.fl. (2001) trekk fram at effektivitetskrava i sjukehus i dag er aukande og at tid dermed kan vere ein årsaksfaktor til at det ikkje vert arbeidd systematisk med kompetanseutvikling. Dei trekk også fram at studiar i sjukehus syner at det er liten tradisjon blant pleiepersonale å drive med kompetanseutvikling i arbeidstida. I 2001 la Statens helsetilsyn fram ein rapport om kompetanseheving i sjukehus. Også her var hovudkonklusjonen at systematisk kompetanseutvikling heller er unntaket enn regelen.

Av eksterne kompetanseutviklingstiltak er ulike vidareutdanninger i sjukepleie ved universitet og høgskular mest nytta. Fleire leiarar seier at dei har gitt sjukepleiarar permisjon med lønn for å ta kliniske vidareutdanninger som for eksempel stomisjukepleie, kreftsjukepleie, barnesjukepleie, diabetessjukepleie og slagsjukepleie. Desse vidareutdanningane gjev utteljing i form av auka kompetanse og studiepoeng.

Sjukepleieleiarane forklarar at sjukepleiarane som tar slik utdanning gjerne får ansvaret for tilsvarande spesialområde på avdelingane. Fleire har fått oppretta det dei kallar for ”Sjukepleie 1 stillingar” som sjukepleiarar med vidareutdanninger kan bli tilsett i. Denne utviklinga står i tråd med utvikling av ei stadig meir spesialisert helseteneste med behov for meir avansert behandling og dermed spesialisert kunnskap (jf. kap.3.3). Det å ta i vare og utvikle sjukepleiarane sin kompetanse gjennom meir formaliserte eksterne tiltak kan synast som eit viktig bidrag for å sikre ei ansvarleg og kvalitativt god sjukepleie i framtida.

Som Nortvedt m.fl (2004) syner til, er det eit auka krav, også fra statleg hald gjennom lover og forskrifter, om at helsefaglege avgjelder skal vere basert på evident kunnskap. Ein viktig intensjon med det evidensbaserte kunnskapssystemet er å bygge bru mellom teori og praksis. Den einskilde sjukepleiar si forståing og evne til å vurdere og nytte seg av ny forsking kan i fylgje Nordtvedt m.fl (2004) vere avgjerande. Bachelorstudia i sjukepleie har nyleg vore gjennom ein revisjon gjennomført av NOKUT<sup>18</sup>, og resultata gjekk bl.a. på at den forskingsbaserte undervisninga må styrkast og studentane i større grad skal delta i forskingsprosjekt og lære meir om å lese, vurdere og nytte ny forsking<sup>19</sup>. Det kan altså tyde på at sjukepleiarane gjennom utdanninga si ikkje har fått god nok kunnskap om å hente, lese og kritisk vurdere forskingsresultat. Gjennom noverande vidareutdanningstilbod og på sikt kliniske mastergradsstudiar, vil sjukepleiarane tilegne seg ei vitskapleg tenking bl.a. i form av å nytte ulike databasar for å finne den mest oppdaterte og kritisk vurderte kunnskapen.

### **Sjukepleieleiarane sine arbeidsoppgåver – ei løsing med sjukepleiefagleg kompetanse?**

Sjølv om lova stiller krav, og det i faglitteraturen blir trekt fram at kompetanseutvikling er viktig i dagens helsevesen, ser det ut til at det framleis står litt att før ein kan seie at det blir arbeidd systematisk med kompetanseutvikling i frå alle sjukepleieleiarene si side. Alle leiarane utarbeidar årlege kompetanseplanar, men det varierar i kor stor grad dei klarar å gjennomføre planane. Planleggingsfasen blir understreka som viktig av Nordhaug (1998) og Lai (2004) for at ein skal lykkast i det vidare arbeidet, men informantane i denne studien syner at sjølv om ein lagar årlege kompetanseplanar er ein ikkje sikra å lykkast

---

<sup>18</sup> **NOKUT:** Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen. NOKUT skal kontrollere og bidra til å utvikle kvaliteten på høgare utdanning og fagskuleutdanning i Norge. NOKUT gir også generell godkjenning av høgre utdanning tatt i utlandet.

<sup>19</sup> <http://www.nokut.no/sw12139.asp>

med det vidare arbeidet. Ei av utfordringane sjukepleieleiarane trekk fram er at stadig fleire administrative arbeidsoppgåver ser ut til å ta mykje av tida. Fleire av informantane ytrar på bakgrunn av dette bekymring både i høve det å halde seg sjølv fagleg oppdatert og i høve det å kunne vurdere kompetansebehovet ute i avdelinga. Det blir av nokre leiarar beskrive ein situasjon der dei i enda større grad er avhengig av eit personale som sjølv seier kva dei har behov for i høve kompetanseutviklingstiltak. Ut i frå sjukepleieleiarane sine beskrivingar kan det vere grunn til å stille spørsmål om det er ynskjeleg med ei utvikling der kompetanseutvikling i stor grad vert planlagt ut i frå dei tilsette sine individuelle ynskjer. Det kan ut i frå det både Lai (2004) og Nordhaug (1998) seier vere grunn til å stille spørsmål om ikkje dette på sikt kan redusere muligheita for at kompetanseutviklinga dekker avdelinga sitt behov for kompetanse. Kvamme (2004) trekk i ein artikkel om fagutvikling og forsking fram problemet med at erfarte sjukepleiarar ikkje alltid eigentleg forstår kva dei har å lære. Sjukepleiarar som ikkje ser at kunnskap ikkje er ein gitt ting som er lært ein gong for alle, kan ha vanskar med å sjå eige læringsbehov. I fylgje Kvamme treng dei difor rettleiing, oppmuntring til kritisk tenking og tid til fagleg fordjuping. Avdelingssjukepleiar vert i denne studien trekt fram som sentral person i avdelinga for å skape eit godt læringsmiljø der det vert satt av tid til kompetanseutvikling og sjukepleiefagleg fordjuping (Kvamme, 2004).

Slik eg oppfattar sjukepleieleiarane er det ikkje berre nye administrative arbeidsoppgåver som utfordrar dei i det daglege arbeidet, men også auka effektivitetskrava som konsekvens av den omfattande omstillinga sjukehusa har vore gjennom. Som vist til i kapitel 2.3 har undersøkingar etter innføring av sjukehusreforma synt ein auka intensitet som både kjem av høgare krav til utføring av arbeidsoppgåvene, samstundes som tidspress og krav om økonomiske resultat har auka og bemanninga blitt lågare. I fylgje Ose og Magnussen (2004:48-49) har effektiviteten innafor dei somatiske helsetenestene auka markant dei to første åra etter innføring av sjukehusreforma. Med auka effektivitetskrav, ofte med konsekvens av kortare liggetid for pasientane, fylgjer ofte også ei forventning om auka kvalitet (Ose og Magnussen, 2004).

Funna i studien kan tyde på at sjukepleieleiarane tar på seg eller blir delegert så mange administrative oppgåver, at det får konsekvensar for sjukepleieleiarens sitt faglege arbeid. Margrete Sæther (1999) har i eit studie om sjukepleieleiarens sine myndigheiter konkludert med at sjukepleieleiarar er veldig prega av lojalitet til den formelle organisasjonen. I fylgje

Sæther (1999) kan dette føre til stengsel mot å stille krav på vegne av pasientar og pleiepersonale. Ho meinar avdelingssjukepleiar brukar si tid på ein måte som er sløsing med sjukepleiefagleg kompetanse. Vike m.fl. (2002) problematiserer mykje av det same som Sæther i boka si om ”Makens samvittighet”. Her vert sjukepleiarane sitt forhold til ansvar og makt problematisert, og noko av det som blir trekt fram er at sjukepleiarane i større grad enn legar ser ut til å ta ansvar for oppgåver som sjukehusorganisasjonen ikkje maktar å ta hand om på vanleg måte. Vike m.fl (2002) seier at sjukepleiarane sine vanskar med å sette eigne grenser i høve organisasjonen lett kan svekke sjukepleiarane sitt maktgrunnlag. Ut i frå dette kan ein tenke at sjukepleieleiarar som tar på seg ansvar for arbeidsoppgåver dei ikkje har avgjerdsmynde i, lett kan svekke sitt maktgrunnlag. Orvik (2004) seier i denne samanheng at jurisdiksjonelle tilhøve som blir påverka i ei slik retning, på sikt kan vere uheldig for sjukepleietenesta. På bakgrunn av dette trekk Orvik fram kor viktig det er at sjukepleiarane har organisatorisk kompetanse, slik at dei forstår korleis strukturelle tilhøve påverkar maktforholda (2004:146). Slik eg tolkar dette kan ein tenke seg at sjukepleieleiarar med god organisatorisk kunnskap vil ha betre føresetnader for å stille spørsmål med organiseringa og f.eks. krevje å få mynde med arbeidsoppgåver som vert delegert. Slik eg oppfattar informantane så ser dei på sin nærleik og innsikt i høve både pasientar og personale, som viktig i arbeidet med kompetanseutvikling. Utfordringa kan synes å vere å få tid til disposisjon som står i samsvar med oppgåvene og at mynde og arbeidsoppgåver går hand i hand ved delegering av oppgåver. Einskapleg leiing kan sjå ut til å ha utfordra sjukepleieleiarane i høve kompetanseutviklingsarbeidet, og dette vil eg sjå nærmare på i neste kapittel.

## ***6.2 Ein sjukehusorganisasjon i endring – konsekvensar for sjukepleielearen på sengepostnivå***

Vel tre år etter innføring av sjukehusreforma går framleis debatten om organisering av sjukehusa for fullt. Sjukehusreforma har medverka til å sette ei rekke endringsprosessar i gang. Spesielt har det vore fokus på leiarutvikling, nye system for økonomistyring og nye tiltak for å utvikle kvaliteten på tenestene (Opdal et al 2005:222). Hovudkonklusjonen i ei evaluering av helseforetaksmodellen sin funksjon som er utført av konsulentfirma Agenda og Muusmann (2005), på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet, er at sjukehusreforma utgjør eit velegna fundament for styring og utvikling av spesialisthelsetenesta også i åra som kjem. Rapporten gjev ei stadfesting på at

helseforetaksmodellen bør bestå, men peiker også på at det er behov for justeringar og endringar i måten den reint faktisk har utvikla seg på.

Sjukehusreforma si overordna målsetting var at helsetenesta sitt innhald skulle bli betre sett frå pasienten sin ståstad (Ot.prp.nr.66, 2000-2001). For å nå dette målet er det først og fremst omfattande endringar i organisering og styringsstruktur, både sentralt, regionalt og lokalt som er gjennomført. Ikkje berre organisering har stått i fokus, men også større fokus på leiarkompetanse på alle plan. Innføring av einskapleg leiing, med ein ansvarleg leiar for alle organisatoriske einingar, kan sjåast på som ein av dei mest sentrale delane av sjukehusreforma (Opedal et al, 2005). Det at ein leiar skal ha både det faglege og det økonomisk-administrative ansvaret har gjett leiing i sjukehus nye utfordringar. Nordhaug (1998) trekker fram at stabilitet eller endring i ein organisasjon sine arbeidsoppgåver vil påverke organiseringa av kompetansen.

### **Einskapleg leiing - ideal eller realitet?**

Hovudmotivet med å knyte ansvaret for sjukehusavdelingar til ein leiar er å synleggjere ansvarsforholda. Det skal vere tydleg kven som har ansvaret – fagleg, økonomisk og personalmessig. For å sikre det systemmessige ansvaret er det derimot opna for at det kan etablerast fleire leiingsnivå i ei avdeling. Systemansvaret er forankra i arbeidsgjevar si forplikting til å legge til rette for rammevilkår slik at helsepersonell kan opptre fagleg forsvarleg (Rundskriv I-9, 2002, NOU 1997:2). Arbeidsgjevar må etter lova innrette verksemda slik at helsepersonell blir i stand til å overhalde lovpålagte plikter (Helsepersonellova §16) og det inneberer bl.a. at arbeidsgjevar organisatorisk må legge til rette for at helsepersonell kan opptre i samsvar med sine plikter.

Funna i min studie kan tyde på at det sjukepleiefaglege systemansvaret ikkje verkar heilt klarlagt i organisasjonen. Utsegna til sjukepleieleiarane tyder på at dei som leiarar på det operative nivået har regien i høve kompetanseutviklingsarbeidet, men at ansvar og mynde ligg på den einskaplege leiaren. Arbeidsoppgåvene synes delegert, men ikkje mynde. Samstundes har ny organisasjonsmodell med organisering av ein leiar med heilsakapleg ansvar ført til at sjukepleieleiarane har mista fleire leiarstillingar ved overgangen frå todelt til einskapleg leiing. Sjefsjukepleiar er fjerna og den sjølvsagte deltakinga i todelt leiing er forsvunne (Torvestad Nerheim, 2005:182).

Det er opna for at sjukepleiarar kan ha stillingar som einskaplege leiarar og såleis stige i makthierarkiet. Pr. 2004 var rundt 30% av stillingane besett av sjukepleiarar (Intorg, 2004, Opedal et al, 2005, Torjesen, 2004) Eg har tidlegare vist til ein studie (Intorg, 2004) som syner at einskaplege leiarar med sjukepleiarutdanning ikkje ser ut til å identifiserar seg med sjukepleiekollegiet i særleg grad. Dei ser ut til å fjerne seg frå sin eigen profesjonsbakgrunn og identifisere seg meir med leiarrolla og såleis gå i retning av ei profesjonell leiarrolle. Torvestad Nerheim (2005:191) konkluderar med sjukepleieleiarene har hatt og framleis ser ut å ha ein vanskeleg situasjon i sjukehusleiinga. Den einskaplege leiaren ser ikkje ut til å sjå det som sitt ansvar å drive med kompetanseutvikling for sjukepleietenesta, men samstundes ser det ikkje ut til at mynde fylgjer arbeidsoppgåvene når den einskaplege leiaren delegerer oppgåver nedover i systemet. Det heilskapleg ansvaret for kompetanseutvikling i helsetenesta kan synes å ikkje vere heilt klart og at ein såleis ser eit avvik mellom ideal og realitet. Denne situasjonen illustrerer eit problem ein kan få når ansvar og mynde ikkje samsvarar. Delegering av kompetanseutviklingsarbeidet fører til at sjukepleieleiarane tar ansvaret for denne delen av verksemda, men samstundes er makta og ressursane flytta frå profesjonsleiinga og over til profesjonelle leiarar. I kapitel 2.3 har eg synt til ei utvikling av ei helseteneste der fokuset i stor grad er retta mot kostnadseffektivitet, der den einskaplege leiaren primært har ansvar for å holde budsjettet. Profesjonsleiarane manglar dermed mynde over ressursane som ofte er nødvendige å ha for å kunne drive ei fagleg forsvarleg og god helseteneste. Vareide (2004) legg vekt på at fagleg utvikling framleis vil trenge leiing av fagleg karakter og at den største utfordringa blir å integrere den nye leiarrolla med fagleiing og forvaltning. Han påpeikar vidare at det administrative ansvaret i den ”nye leiarrolla” er overgripande og bør oppfattast som eit totalansvar (styring ovanfrå) og at fagleg leiing og ansvar er avgrensa (styring nedanfrå). Orvik (2004:112) seier at det har vore motstand mot ordninga med einskapleg leiing på grunn av faren for at sjukepleie som fag og teneste skal bli usynleggjort og slukt av andre fag, ikkje minst av medisinen.

### **Ny organisasjonsstruktur – konsekvensar for sjukepleieprofesjonen si utvikling**

Situasjonen som nokre av leiarane beskriv gjev grunnlag for sjå nærare på konsekvensar ny organisasjonsstruktur kan få for sjukepleieprofesjonen si utvikling. Det ser ut til at det på avdelingsnivå er ei organisering mykje likt modellen med todelt leiing, men at

sjukepleietenesta i tillegg til å ha fått færre leiarar også har fått fleire arbeidsoppgåver. I denne tolkinga finn eg støtte hjå Skjøld Johansen (2005:19) som i ein studie om profesjonskonfliktar i sjukehus etter innføring av einskapleg leiing, finn at det på avdelingsnivå ser ut til å vere todelt leiing slik som før. Sjukepleiarane tar seg av det administrative og det pleiefaglege og legane det legefaglege. Dette definerar Skjøld Johansen(2005) som laus kopling, det vil seie at det er inkonsistens mellom organisasjonen sin formelle struktur og kvardagsaktivitetar. Ved å ”lauskople” seg slik blir profesjonssystemet oppretthaldt slik det tradisjonelt har vore, seier Skjøld Johansen (2005:16). Sveri (2004: 100) som har studert korleis reforma om einskapleg leiing har påverka praksis ved ei klinisk avdeling, konkluderar også med at avgjerdssystemet i pleie- og behandlingssystemet står fram som meir eller mindre ”dekopla” frå sjukehusorganisasjonen sin formelle struktur, og dermed det formelle leiingssystemet.

Spørsmålet eg stiller er om sjukepleietenesta tenar på ein situasjon der ein ”sig” tilbake til gamle vanar og praktiserar leiing som ein gjorde før reforma? På bakgrunn av den kunnskap ein sit med om erfaringar frå den todelte leiingsmodellen treng det ikkje vere positivt for sjukepleietenesta å få ei utvikling der legeleiarane og sjukepleieleiarane held fram som før. Før innføring av einskapleg leiing synt fleire studiar at sjukepleieleiarar på avdelingsnivå la vekt på den administrative delen av arbeidet i stor grad, og at dette kunne synast å gå utover det faglege fokuset (Normann, 2001, Schei, 2003, Vrenne 2000). Normann (2001) seier at sjølv om stillinga som oversjukepleiar i den todelte leiingsmodellen formelt var tillagt eit sjukepleiefagleg leiaransvar, har fagutvikling ikkje kjenneteikna desse stillingane. Fagutviklinga har i følgje Normann (2001) i minst like stor grad blitt ivareteke av avdelingssjukepleiarar og fagutviklingssjukepleiarar.

Det er vanskeleg å seie kva organisasjonsmodell som gjev best grunnlag for sjukepleieleiarens sitt arbeid med kompetanseutvikling. Ut i frå situasjonen som er beskrive av informantane ser det likevel ut til at kompetanseutviklingsarbeidet til sjukepleietenesta på sikt kan tape terreng om ikkje det blir gjort nokre endringar i dagens sjukehusorganisasjon. Fleire av informantane trekk fram ein situasjon med færre sjukepleiefaglege leiarstillingar, mangel på felles fagleg forum for sjukepleietenesta og lite oppfølging frå den øvre leiinga. Sjukepleieleiarane i helseforetaket verkar mykje overletne til seg sjølv. Fleire av informantane seier at dei ikkje er med på leiarmøte og at informasjon dei skulle hatt for å kunne gjere jobben til ein viss grad ikkje når fram. Nordhaug (1998)

påpeikar at for å lykkast med kompetanseutvikling må ein utvikle ein bedriftskultur med eit visst minimum av fellesskapsføling på tvers av organisatoriske einingar og identifikasjon med organisasjonen som heilskap. Medverknad og involvering blir i mange samanhengar trekt fram som sentrale element for at ein organisasjon skal nå sine mål. Eg oppfattar sjukepleieleiarane slik at dei meinar det vil vere positivt for deira arbeid at den øvste leiinga ved sjukehuset involverar dei som mellomleiarar i prosessane/omorganiseringane på eit tidleg stadium. På den måten kan dei igjen få muligkeit til å involvere dei tilsette på avdelingane på eit tidleg stadium. Dette vil kunne gje betre vilkår for eit godt arbeidsmiljø, som igjen vil stimulere til utvikling av kompetansen, slik at sjukehuset sine mål kan bli oppnådd. Utan involvering og medverknad syner funna i denne studien at det kan vere vanskelegare for sjukepleieleiarane å organisere sjukepleietenesta på ein god måte slik at kompetansen står i høve dei tenestene dei skal yte.

Nokre av sjukepleieleiarane kan synes å jobbe meir systematisk med kompetanseutvikling enn andre. Variasjon i sjukepleieleiarane sine utsegn kan synes å ha samanheng med korleis sjukepleietenesta er organisert. To av informantane har avdelingssjukepleiarar under seg som ansvarleg for sengepostane. Dette ser ut til å ha gjett desse to leiarane betre vilkår for å arbeide systematisk med kompetanseutvikling, men det kan også vere individuelle faktorar hjå leiarane (f.eks. utdanning, erfaring, personleg eignaskap) som spelar inn. I denne studien skil desse to leiarane seg ut i positiv retning i høve korleis dei arbeidar med kompetanseutvikling. Det ser ut som dei har meir tid til rådvelde og kan disponere dagen sin meir sjølv. Dei blir ikkje avbrotne heile tida av t.d. daglege driftsgjeremål slik dei andre informantane gjev uttrykk for. Det kan sjå ut som rammefaktorane desse to avdelingane har gjer at sjukepleietenesta si utvikling får meir fokus. Eg har ikkje snakka med avdelingssjukepleiarane på desse to avdelingane, så korleis dei som er nærmast pasientane og personale oppfattar denne organiseringa av sjukepleietenesta, kjenner eg ikkje til.

Ut i frå studien sine funn og nyare forsking om kompetanseutvikling, ser eg det slik at ivaretaking og utvikling av kompetansen til dei tilsette vil ha stor tyding for å sikre ei fagleg forsvarleg og kvalitativ god sjukepleieteneste til pasientane. Å forvalte eit fag som er i stadig endring, kan synes som ei stor utfordring. Sjukepleieleiarane kan sjå ut til å stå vel mykje aleine i arbeidet med å sikre ei sjukepleieteneste i tråd med dei krav lover og brukarane av tenestene krev. Med den utviklinga av kunnskap som skjer i dag blir det stilt

store krav til at handlingane til helsearbeidaren ikkje er tilfeldige og basert på vane og vilkårlegskap, men eit resultat av bevisste val og grunngjevne handlingar. Som synt i kapittel 3.3 er kunnskapsbasert sjukepleie (evidensbasert sjukepleie) i sterk frammarsj og dette inneberer at klinisk erfaring og ekspertise må kombinerast med best tilgjengeleg kunnskap frå forsking (Nortvedt m.fl. 2004). Det at leiaren på ei avdeling legg til rette for ein kultur i avdelinga for å diskutere faglege spørsmål og innhente ny kunnskap, ser eg på som veldig viktig. Den same konklusjonen trekk Bjørk (2001) fram i sin studie om ”Sykehusavdelingen – et miljø for læring?”. Funna i studien tyda på at når sjukepleiarane stod overfor sjukeplefaglege utfordringar eller problem i sin arbeidskvardag, gjekk dei i liten grad ”ut” for å lære korleis problemet skulle taklast. Dei gjekk ”inn” i det dei kunne frå før, det dei hadde med seg frå skulen, si eiga erfaring og prøvde å løyse problemet på eiga hand. Avdelingssjukepleieren si rolle for å skape eit godt læringsmiljø vert trekt fram som særleg viktig, men også at den overordna leiaren forstår tydinga og nødvendigheita av kompetanseutvikling og læring i organisasjonen (Bjørk, 2001).

### **Communities of practice**

Lave og Wenger (1991) introduserte omgrepene ”communities of practice” – praksisfellesskap – for å skildre personar si deltaking i ulike verksemder system som deltakarane skapar gjennom å koordinere sine handlingar på bestemte måtar. I kapittel 3.3 introduserte eg ”communities of practice” i hovudsak som praksisfellesskap for pleiepersonale. Sjukepleietenesta har tradisjonelt vore knytt til eit praksisfellesskap beståande av erfarne sjukepleiarar og hjelpepleiarar, og har i stor grad sjølv utvikla faget gjennom godt og nært samarbeid med kvarandre og i nærheit av pasienten (Hamran, 1992). I dette perspektivet er det lagt mindre vekt på den formelle organisasjonen og leiarskapet sin innverknad i høve arbeidet med kompetanseutviklinga.

I kapittel 3.3 syntetegn også til at sjukepleiarane før hadde eit felles sjukepleiefagleg råd, beståande av sjefsjukepleiar, oversjukepleiarar og avdelingssjukepleiarar. Dette kan tolkast som eit praksisfellesskap for sjukepleieleiarane ved sjukehuset. Funna i studien syner at praksisfellesskapet for sjukepleieleiarane er kraftig utfordra i den nye organisasjonsmodellen. Eg har vist til funn som tyder på at sjukepleieleiarane står mykje aleine i arbeidet med kompetanseutvikling. Ein kan sjå ei utvikling av ein sjukehusorganisasjon med færre sjukepleiefaglege leiarstillingar og manglande felles

fagleg fora for sjukepleietenesta. Sjukepleieleiarar på sengepostnivå deltar i liten grad på leiarmøte og sjukepleietenesta har mista talerøret som sjefsjukepleiar hadde direkte til administrerande direktør. Det kan sjå ut som det tradisjonelle sjukepleiefaglege leiarfellesskapet er blitt undergrave av sjukehusreforma, utan at det er blitt erstatta av eit organisasjonsfellesskap på tvers av profesjonane slik det bl.a. er anbefalt i offisielle reformdokument.

Det kan vere interessant å trekke inn omgrepene ”communities of practice” som ein alternativ teori om korleis ein kan få auka samarbeid mellom sjukepleieleiarane på sengepostnivå og den øvre leiinga i sjukehusorganisasjonen. Nygren (2004) trekk i si bok om handlingskompetanse fram at eit slikt praksisfellesskap kan vere med å knytte leiarane sine individuelle handlingar til kvarandre, slik at dei til dels blir avhengig av kvarandre og at ein gjennom samarbeid utviklar forventningar om gjensidige forpliktingar. Auka samarbeid mellom leiarane både på same nivå og mellom leiarnivåa, kan vere eit tiltak som på sikt kan vere positivt for å sikre ei god og fagleg forsvarleg sjukepleieteneste. Eit slik samarbeid kan bl.a. vere med å sjå til at kompetanseutviklinga blir i samsvar med sjukehuset sine mål og strategiske planar. Nærare samarbeid kan føre til betre flyt av informasjon i organisasjonen, noko som igjen kan føre til at ein t.d. unngår ein situasjon der organisasjonsendringar blir gjennomført før nødvendig kompetanse er tilstades. Auka samarbeid kan også styrke føresetnadane for at både ansvar og mynde vert med når oppgåver vert delegert.

I ein sjukehusorganisasjon der sjukepleieleiarane på sengepostnivå ofte ikkje har ein overordna leiar med sjukepleiefagleg bakgrunn, kan nettopp auka samarbeid vere ein måte å møte utfordringane på. På grunn av den nærleik og innsikt sjukepleieleiarene har til pasientane sin situasjon og pleiepersonale sin kompetanse, kan det ut i frå mi vurdering vere vel verdt å inkludere sjukepleieleiarane meir inn eit praksisfellesskapet med sjukehuset sine øvrige leiarar.

## **7.0 Konklusjon og vidare forsking**

### **7.1 Konklusjon**

Sjukepleieleiarane ser på seg sjølv som sentrale i arbeidet med kompetanseutvikling for sjukepleieprofesjonen. Sjukepleieleiarane sin nærleik til pleiepersonale og pasientane gjev eit godt grunnlag for å vurdere eksisterande kompetanse opp mot behovet for utvikling av kompetanse. Tid og fokus sjukepleieleiarane brukar på dette arbeidet har likevel stor variasjon. Organisasjonsmessige strukturar ser ut til å ha stor påverknad på mulighetene for å utføre arbeidet med kompetanseutvikling. Sjukepleieleiarane ser ut til å ha dagane oppfylt med administrativt arbeid og fleire av sjukepleieleiarane gjev uttrykk for å ha rammevilkår som gjer det vanskeleg å arbeide systematisk med kompetanseutvikling.

Sjukepleietenesta sine rammevilkår for å kunne drive ei fagleg forsvarleg og kvalitativ god sjukepleieteneste, synes utfordra i den nye organisasjonsmodellen. Einskapleg leiing skulle klargjere ansvarstilhøva i norske sjukehus. Den einskaplege leiaren skal etter dei føringar som ligg til denne bestemminga, ha både eit administrativt og fagleg overordna ansvar for det arbeidet som blir utført. Funna i studien tyder likevel på at sjukepleieprofesjonen tar seg av det sjukepleiefaglege som før, men dei har mista det formelle mynde. Utfordringa kan synes å vere at mange av dei institusjonelle tilhøva som var tilstades før og som var med å sikra arbeidet med kompetanseutvikling, ikkje ser ut til å vere tilstades på same måte no. Innføring av sjukehusreforma, med einskapleg leiing spesielt, har ført til færre sjukepleiefaglege leiarstillingar. Sjukepleietenesta har ikkje lenger eit felles fagleg fora for sjukepleietenesta. Dei fleste sjukepleieleiarane er ikkje deltararar på leiarmøte avdelingane/klinikkane har. Sjefsjukepleiarstillinga er fjerna og sjukepleietenesta har såleis mista talerøret som sjefsjukepleiar hadde direkte til administrerande direktør. Den einskilde sjukepleieleiar synes meir overlagt til seg sjølv. Organisasjonsansvaret i høve kompetanseutviklingsarbeidet ser slik sett ikkje ut til å vere oppfylt etter intensjonen med innføring av sjukehusreforma.

### **7.2 Vidare forsking om sjukepleieleiing og kompetanseutvikling**

Med utgangspunkt i dei funn som er vist i oppgåva synes tre hovudfokus å skilje seg ut for vidare forsking.

- For å få meir kunnskap om kva som påverkar sjukepleieleiarane sitt arbeid med kompetanseutvikling, kunne det vore interessant å gjennomført ei større spørjeundersøking i fleire helseforetak. Dette vil kunne gje eit breiare bilde av sjukepleieprofesjonen sitt arbeid med kompetanseutvikling. Ved å i tillegg studere einskaplege leiarar og sjukehusdirektørar sitt syn og arbeid med kompetanseutvikling, vil ein få leiarar på ulike nivå sitt syn på kompetanseutviklingsarbeidet for sjukepleieprofesjonen. I ein slik samanheng kunne det vore interessant å sett vidare på korleis organisasjonsfellesskapet på tvers av profesjonane utviklar seg (jf. communities of practice) i dei nye sjukehusa og korleis det eventuelt påverkar kompetanseutviklingsarbeidet for sjukepleie-profesjonen.
- Eit anna studie som peikar seg ut er å sjå nærrare på funnet i denne studien som syner variasjonar i den tid sjukepleieleiarane brukar og det fokus dei har på arbeidet med kompetanseutvikling. For å søke svar på dette kan feltstudie med deltagande observasjon i kombinasjon med uformell intervjuing vore nytta som metode. Direkte observasjon av korleis sjukpleieleiarane organiserer arbeidsdagen sin kan tenkast å gje ei heilskapleg forståing og innsikt i høve faktorar som gjer at nokre sjukepleieleiarar ser ut til å lykkast i arbeidet med kompetanseutvikling, medan andre ikkje får det så godt til.
- Eit siste forskingsprosjekt som kunne vore interessant er ein studie som ser på korleis sjukepleieleiare handterar kravet om at sjukepleiarane sine handlingar skal vere kunnskapsbasert (evidensbasert sjukepleie). Statlege føringar og lovverket krev at helsepersonell skal basere sine handlingar på ein kombinasjon av klinisk erfaring og ekspertise med best tilgjengeleg kunnskap frå forsking. Evidensbaserte tilnærmingar blir i fleire samanhengar kopla opp mot ei marknadsøkonomisk tenkemåte der pleie og omsorgsverdiar lett kan kome til kort. I denne samanheng kan det vere aktuelt å intervju sjukepleieleiarar og den øvre leiinga ved sjukehusa om korleis dei møter utfordringa med å sikre ei god og fagleg forsvarleg sjukepleieteneste basert på den beste og siste kunnskapen frå forsking. Eit eksempel kan vere å sjå på korleis leiarane ser på behovet for forskingskompetanse blant sine tilsette sjukepleiarar.

### **7.3 Avslutning**

Dagens helseteneste er i kontinuerleg utvikling. For å sikre pasientane ei kvalitativ god og fagleg forsvarleg sjukepleieteneste må pleiepersonale få utvikle kompetansen sin. Sjukepleieleieren ser ut til å ha ei nøkkelrolle når det gjeld å sette kompetanseutvikling på dagsorden, men å klare arbeidet med kompetanseutvikling aleine med dei rammevilkåra som tenesta har i dag verkar vanskeleg. For å styrke den faglege profilen til sjukepleieleieren kan det sjå ut til å vere nødvendig å sjå nærmere på sjukepleieleieren sitt arbeid og rolle i dagens sjukehusorganisasjon.

## Litteraturliste

Abbot, Andrew (1988): *The system of professions. An Essay on the Division of Expert Labour.* Chicago. The University of Chicago Press.

Agenda og Muusmann (2005): *Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer.* Rapport i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet

Benner, Patricia (1995): *Fra novise til ekspert, -dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis.* Otta: Munksgaard og Tano A.S.

Bjørk, Ida Torunn (2001): Sykehusavdelingen – et miljø for læring. I *Vård i Norden* 4/2001.

Busch, T og Vanebo, J (2000): *Organisasjon, ledelse og motivasjon.* Oslo: Universitetsforlaget

Busch, T., Johnsen, E. Klausen, K. og Vanebo, J.(red.) (2001): *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis,* Oslo: Universitetsforlaget

Byrkjeflot, Haldor (1999): *Modernisering og ledelse – om samfunnsmessige betingelser for demokratisk lederskap.* Bergen. LOS senteret rapport nr. 5

Byrkjeflot, Haldor (2002): Ledelse på norsk: Motstridende tradisjoner og idelaer? I Skogstad, Anders og Einaren, Ståle (red.) (2002): *Ledelse på godt og vondt. Effektivitet og trivsel.* Bergen. Fagbokforlaget.

Byrkjeflot,H, Neby, S (2005): Noreg i Norden: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren? I Opedal, S og Stigen, IM (red.)(2005) *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen.* Bergen: Fagbokforlaget

Christensen, Tom, Egeberg, Morten, Larsen, Helge, Lægreid, Per og Roness, Paul. (2002) *Forvaltning og politikk,* Oslo: Universitetsforlaget

Christensen, Tom og Lægreid, Per(2002): *Reformer og lederskap.* Oslo: Universitetsforlaget.

Christiansen, B, Heggen K, Karseth, B (2004): *Klinikk og akademia. Reformer, rammer og roller i sykepleierutdanningen.* Oslo: Universitetsforlaget

Ekeli B-V. (2002): *Evidensbasert praksis: snublestein i arbeidet for å bedre kvalitet i helsetjenesten?* Tromsø: Høgskolen i Tromsø: Eureka forlag

Erichsen, Vibeke (1996): “*Profesjonsmakt – På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*”. Oslo: Tano Aschehoug

Etzioni, A (1969): *The Semi-professions and their organization : teachers, nurses, social workers.* New York: The Free Press

Fagermoen, May Solveig (1993): *Sykepleie i teori og praksis- et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo. Universitetsforlaget.

Faugstad, A (2005): *Sykepleieleaderen*. Organ for Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Sykepleielededere nr. 3/4

Fause, Å, Michaelsen, A (2001): *Et fag i kamp for livet : sykepleiefagets historie i Noreg*. Bergen:Fagbokforlaget.

Førland, Oddvar (2005): *Fra student til sykepleier*. Dokumentasjonsrapport fra fase 1 og 2 av prosjektet ”Sykepleieres yrkesløp og yrkesverdier”. FOU-rapport Diakonissehjemmets høgskole 1/2005

Gilje, N og Grimen, H (1993): *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grimsmo, A og Sørensen, BA (2004): *Nullpunktundersøkelsen i sykehус. God vakt. Arbeidsmiljø i sykehус*. Arbeidsforskningsinstituttet . Notat 8/04.

Grønmo, Sigmund (2004): *Samfunnsvitskaplege metoder*. Bergen: Fagbokforlaget

Halvorsen, Knut (2005): *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Hamran, Torunn (1992): *Pleiekulturen*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Hamran, Torunn (1995): *Et kvinnefag i modernisering. Sykepleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Havn, V. (1996): Avdelingssykepleiers arbeidsområde og funksjon. *SINTEF IFIM Rapport*, Trondheim: SINTEF Teknologiledelse

Helsedepartementet: Helseministeren sitt foredrag 27.03.03: *Helse-Norge – Status og veien vidare* <http://www.dep.no/odinarkiv/norsk/dep/hd/p30001355/taler/042071-9901887dok-bn.html>. henta 18.01.05

Helsedepartementet (2003): Notat - "Lederroller og ledelsesutfordringer i helseforetaksmodellen" 29.06.03

Helsedepartementet (2002): *Ledelse i sykehус*. Rundskriv I-9/2002. Oslo

Henderson, V (1998): *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis. forskning og utdanning: refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.

Holter, I.M (1995): *Ledelse og ledere i sykehус*. Oslo. Tano

Høibraaten, G.H og Grenager, L.N (2004): Hvordan kan fagdager stimulere til et godt fagleg og sosialt arbeidsmiljø? I *Sykepleien* nr 17.

Intorg (2004): *De somatiske sykehusenes interne organisering. En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003.* Lars Erik Kjekshus. SINTEF Helse, Økonomi, kvalitet og tilgjengelighet.

Jespersen, Kragh Peter (2005): *Mellom profession og management.* København: Handelshøjskolens forlag

Johannessen Folgerø, Birte (2005): *Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering.* Paper, ved The 18th Scandinavian Academy of Management at Aarhus School of Business in Denmark.

Johannessen, JA og Olaisen, J (1995): *Prosjekt. Hvordan planlegge, gjennomføre og presentere prosjektoppgaver, utredninger og forskning.* Bergen: Fagbokforlaget

Johansen, Skjøld Monica (2005): "Det er ikke et pleiehjem vi driver her...." En studie av profesjonskonflikter i sjukehus etter innføring av enhetlig ledelse. Paper, ved The 18th Scandinavian Academy of Management at Aarhus School of Business in Denmark.

Kirchhoff, Jørg (2005): Tilstedig oppdatering. I *Sykepleien* nr. 3 fra 2005

Krøll, Vibeke & Hansen, Hanne (2000): Den nyuddannede sygeplejerskes kompetence nu og om fem år – sett fra et empirisk og fagprofessionelt perspektiv. I *Vård i Norden*, No.4.

Kvale, Steinar (1997): *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal Akademiske

Kvamme, Eli (2004): Fagutvikling og forskning: Gir økt kompetanse anerkjennelse? I *Sykepleien* nr 5. fra 2004

Kvangarsnes, Marit (2005): *Sjukepleiarutdanning i endring. Nasjonalt rammeplanarbeid 1992-2004 med fokus på styring, profesjoner, diskursar og tekst.* Doktorgradsavhandling ved NTNU, Pedagogisk institutt 2005:76. Trondheim

Lai, Linda (2004): *Strategisk kompetansestyring.* Oslo: Fagbokforlaget

Lave, J og Wenger E (1991): *Situated Learning. Legitimate peripheral participation.* New York: Cambridge University Press

Lian, Olaug, S (2003): *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten.* Kristiansand : Høyskoleforlaget.

*Lov om helseforetak m.m.:* (2001, sist endra 2004)

*Lov om helsepersonell m.v :* (1999, sist endra 2003)

*Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.:* (1999, sist endra 2003)

*Lov om universiteter og høyskoler* (1995, sist endra 2005)

Melander, Preben (1999): Økonomistyring og organisatorisk skizofreni – om fattige sprog, løse koblinger og onde cirkler. I Bentsen, Eva Zeuthen m.fl. (1999): *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøiskolen Forlag.

Melby, Kari (1990): *Kall og kamp*. Cappelen forlag

Mintzberg, Henry (1993): *Structure in Five: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall

Nerheim Torvestad, Siri (2005): *Hvem skal lede? Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfringer ved innførng av enhetlig ledelse i helseforetak*. Hovudfagsoppgave. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen.

Nordhaug, Odd (1998): *Kompetansestyring i arbeidslivet*. Utvalgte emner. Oslo. Tano Aschehoug.

Nordtvedt MW, Hanssen TA (2001): Evidensbasert sykepleie – fordeler og begrensninger. I *Sykepleien* nr. 18, 42 og 45

Nordtvedt MW, Hanssen TA, Lygren H (2004): Metodisk mangfold. I *Sykepleien* nr.15

Normann, Lisbeth M (2001): *Enhetlig todelt ledelse kraftpotensiale eller konflikt?* Hovudoppgave. Institutt for sykepleievitenskap, Universitet i Oslo.

Norsk Sykepleierforbund (1994): *Funksjonsbeskrivelser for sykepleietjenesten*, Fagserie 1/94. Oslo: NSF.

Norsk Sykepleierforbund (2001): *Faglig forsvarlighet i sykepleietjenesten*. Hefte. 610.730 69 Fag

Norsk sykepleierforbund (2002c): *Kvalitetsutvikling og omorganisering* Delhefte 3: Nye helselover og nye utfordringer for sykepleietjenesten

Norsk sykepleierforbund (2005): *Sykepleier med lederansvar – god på fag og ledelse*

NOU 1997:2: *Pasienten først!* Ledelse og organisering i sykehus. Oslo: Sosial- og helsedepartementet

NOU 1997:25: *Ny Kompetanse*. Grunnlaget for en helhetlig etter- og videreutdanningspolitikk.

Nygren, Per (2004): *Handlingskompetanse. –Om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal akademiske

Næss, Sturle (2003): *I tøffeste laget?* Dokumentasjonsrapport om arbeidssituasjonen til ansatte i pleie og omsorgstjenesten. Universitetsforskning i Bergen: Rokkansenteret.

Ohnstad, Bente (2002): *Rettigheter og plikter etter ny helselovgivning*. Bergen: Fagbokforlaget

Opedal, Ståle og Stigen, Inger-Marie (red) (2005): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget

Opstad, Leiv (2003): *Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren*. - 2. utg. Oslo : Gyldendal Akademisk

Orvik, Arne (2004): *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Forlag a.s.

Ose, S.O. og Magnussen J. (2004): Effektivitetsutviklinga. I Huseby, B (red) (2004) Samdata og somatikk 2003. *Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2003*. SINTEF Helse Rapport 1/04. Trondheim.

Ot.prp.nr 66 (2000-2001) 2001: *Om lov om helseforetak m.m.* Oslo: Det Kongelige Sosial og helsedepartementet. <http://www.lovdata.no/all/nl-20010615-093.html>

*Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning*. Godkjent av kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 2004.

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. (1996): Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.

Schei, Aud (2003): *Avdelingssykepleiers lederskap sett i lys av sykepleietjenestens utfordringer knyttet til kvalitet, effektivitet og økte omsorgsoppgaver*. Hovudoppgave ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.

Shorten A & Wallace M.(1996): Evidence-based practise: The future is clear. *Australian Nursing Journal*, Vol.4, No 6;1996:22-26

Skau, Greta Marie (2005): *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelens Akademiske Forlag

Sommervold, Wenche (1997): Ledelse i sykepleien – en strategi for profesjonalisering. I Byrkjeflot, Haldor (red). *Fra styring til ledelse* (s.243-266) Bergen:Fagbokforlaget

Sosial og helsedirektoratet (2005):.....og bedre skal det bli! *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetenesten*. 15-1162. Veileder

Sosial- og helsedepartementet, (2001): *Sykehusreformen – noen eierperspektiv*: Rapport 14.09.2001. (<http://www.odin.dep.no/hod/norsk/helse/sykehus/organisering/042031-990048/dok.bn.html>)

Stortingsmelding 39 (1999): *Forskning ved et tidsskifte*.

Strand, Torodd (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen. Fagbokforlaget

Sveiby, Karl Erik & Anders Risling (1987): *Kunnskapsbedriften – århundrets største lederutfordring?* Oslo: Cappelen

Sveri, Torgeir (2004): *Strukturer og reformer - En kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. Hovedoppgave, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.

Sæther, Margrethe (1999): Ulike ledelsesstrukturer gir ulike muligheter. Sykepleien nr. 15

Torgersen, Ulf (1972): *Profesjonssosiologi*, Oslo: Universitetsforlaget

Torjesen, Dag Olaf (2005): *Er sykehus suverene individ eller flerhodede troll? Statleg eierskap og foretaksmodell og nye rammebetingelser for ledelse i norske sykehus*. Paper ved The 18th Scandinavian Academy of Management at Aarhus School of Business in Denmark

Vareide, Per kristian, Christina Hofseth, Reidun Norvoll & Kjerstina Røhme. (2001): *Stykkevis og helt – sykepleieres arbeidsoppganver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Oslo: SINTEF Unimed helsetjenesteforskning.

Vareide, Per Kristian (2004): *Lederrollen i helsetjenesten under endring: Hva skjer med helsetjenesten?* Foredrag på det nasjonale leiingsutviklingsprogrammet for helseføretak 02.06.04. <http://www.helseuniversitetet.no/6presentasjoner1.htm> henta 12.01.05

Vareide, Per Kristian (2002): *Statleg overtaking av sykehusene: Nytt innhold eller ny innpakning?* Notat 09.04.02.

[http://www.rokkansenteret.uib.no/vr/rokkan/ATM/Paper/Vareide\\_sykehusreformen.pdf](http://www.rokkansenteret.uib.no/vr/rokkan/ATM/Paper/Vareide_sykehusreformen.pdf)  
henta 10.12.04

Vike H, Bakken R, Brinchmann A, Haukelien H, Kroken R (2002): *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademiske

Vrenne, Å (2000): *Avdelingssykepleiers ansvar og arbeid med kompetanseutvikling i et somatisk sykehus*. Hovedoppgave, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo

Wenger, E (1998): *Communities of practice. Learning, meaning and identity.* New York:Cambridge University Press

Øgar, Petter og Hovland, Tove (2004): *Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Aase, E.L (1999): *Fag og ledelse*. Hovedoppgave, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo

## **Vedlegg 1 Informasjon om studiet til informantane**

Mitt namn er Anne-Grethe Naustdal og eg er student ved Masterstudie i administrasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for økonomi og språk. Dette er eit deltidsstudie over fire år og eg jobbar i tillegg som studieleiar ved Bachelorstudie i sjukepleie ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Eg er i gang med masteroppgåva og det høve inviterar eg deg til å delta i mitt studie der tema er "*Sjukepleieleiing i dei "reformerte" sjukehusa – i spenning mellom fag og marknad ??*" og problemstillinga er: "*Kva påverkar sjukepleieleiarar si prioritering i arbeidet med å utvikle den sjukepleiefaglege kompetansen i dei "reformerte" sjukehusa??*".

Formålet med studie er å få auka kunnskap og innsikt i forhold som har betydning for sjukepleieleiarens sitt arbeid i høve utvikling av sjukepleiefagleg kompetanse. Ynskjer å få belyst forhold som påverkar sjukepleieleiarar sitt arbeid med kompetanseutvikling, kva ansvar og tiltak ein set i verk for å ivareta behovet for kompetanseutvikling og kva ein som leiar gjer for å fremme kompetanseutviklinga i ei avdeling.

Deltaking i studien inneber å delta i eit individuelt intervju som vil vare i ein til ein og ein halv time. Intervjuet vil bli gjennomført på din arbeidsplass i eit dertil eigna rom. Intervjuet vil bli tatt opp på lydband. Alt datamateriell vil bli oppbevart forsvarleg og innelåst utan tilgang for andre. Ved offentleggjering av oppgåva vil deltakarar og alt datamateriell bli behandla anonymt. Alle data vil bli oppbevart i eit låst skap og alt datamateriell makulerast eit år etter at studien er ferdig.

Masteroppgåva mi vil bli gjennomført i samarbeid med eit pågåande ATM- prosjektet ved Stein Rokkan senter for fleirfaglege samfunnsstudiar. ATM står for Autonomy, Transparency and Management og representerar dei tre hovudfokusa i prosjektet. Denne masteroppgåva vil vere eit bidrag til Mangement forskinga og eg fylgjer forskingsseminaret POLIS der forsking og masteroppgåver omkring politikk, leiing og organisasjon i spesialiserte kunnskapsorganisasjonar, med spesiell vekt på helsevesenet, vert diskutert.

Dersom du aksepterar å delta i studien vil du bli bedt om å signere ei skriftleg samtykke erklæring før intervjuet startar.

Ta gjerne kontakt om det er spørsmål:

Anne-Grethe Naustdal, mobil 99 26 55 74, arbeid 57 72 25 17 E-mail:  
[anne.naustdal@hisf.no](mailto:anne.naustdal@hisf.no)

Rettleiar på masteroppgåva er Dr.Polit Haldor Byrkjeflot ved Stein Rokkan senter. Han kan kontaktast om det er ytterlegare spørsmål knytt til prosjektet.  
E-mail: [haldor.byrkjeflot@rokkan.uib.no](mailto:haldor.byrkjeflot@rokkan.uib.no). Tlf.nr 555 83868.

## **Vedlegg 2 Demografiske data**

Namn: .....

Stilling: .....

### **1. År**

- |         |                          |        |                          |
|---------|--------------------------|--------|--------------------------|
| < 40    | <input type="checkbox"/> | 41- 50 | <input type="checkbox"/> |
| 51 – 60 | <input type="checkbox"/> | > 60   | <input type="checkbox"/> |

### **2. Kjønn**

- |        |                          |      |                          |
|--------|--------------------------|------|--------------------------|
| Kvinne | <input type="checkbox"/> | Mann | <input type="checkbox"/> |
|--------|--------------------------|------|--------------------------|

### **3. Ansvarsområde**

Kor mange sjukepleiarstillingar har du ansvaret for? .....

Kva andre yrkesgrupper har du ansvaret for? Eventuelt kor mange?

.....

Ansvar for kor stor sengepost/sengepostar (tal pasientar/senger) .....

### **4. Vidareutdanning**

Har du vidareutdanning i administrasjon og leiing eller liknande? Eventuell kva type utdanning?

.....

.....

Har du vidareutdanning/spesialisering innan sjukepleiefaget. Eventuell kva type utdanning?

.....

.....

## **5. Leiingserfaring**

Kor mange år har du vore sjukepleieleiar?

1-3 år

3- 5 år

5-10 år

> 10 år

Kor mange år har du vore sjukepleieleiar ved dette sjukehuset?.....

Har du erfaring frå andre institusjonar/avdelingar i Helse-Førde eller andre føretak?

.....  
.....

### **Vedlegg 3 Informert samtykke**

Eg gjev med dette mitt samtykke til å delta i eit studie om sjukepleieleiing utført av Anne-Grethe Naustdal.

Eg har lest ei kort beskriving av prosjektet og er innforstått med at formålet med studien er å få auka kunnskap og innsikt i forhold som har betydning for sjukepleieleiarens sitt arbeid i høve utvikling av sjukepleiefagleg kompetanse.

Deltaking i denne studien inneberer å delta i eit individuelt intervju som vil vare i ein til ein og ein halv time. Intervjuet vil bli gjennomført på min arbeidsplass i eit dertil eigna rom. Intervjuet vil bli tatt opp ved hjelp av diktafon. Alle data vil bli oppbevart i eit låst skap.

Å delta i masterprosjektet er heilt frivillig, og eg kan når som helst trekke meg frå prosjektet.

**Eg godkjenner at:**

1. Eg har fått informasjon og forklaring om mål, metode, forventa nytte av studien og eventuelle risiko ved å delta.
2. Eg gjev med dette heilt frivillig mitt samtykke til å delta i denne studien.
3. Eg forstår og aksepterar at dei samla resultata vil bli nytta som ledd i eit forskingsarbeid og kan offentleggjerast gjennom konferansar, i vitskaplege og akademiske tidsskrift og gjennom publikasjon av masteroppgåva.
4. Eg er informert om at individuelle resultat ikkje kan førast vidare utan min godkjenning.
5. Eg kan trekke mitt samtykke til å delta i studie tilbake. I så fall vil min deltaking i prosjektet opphøyre og informasjonar eg har gjeve vil ikkje bli nytta.

Signatur..... Stad/dato:.....

## **Vedlegg 4 Intervjuguide**

1. Kan du fortelje meg om ditt ansvar/arbeid som leiar og di rolle som sjukepleieleiar?  
Beskriv for eksempel korleis ein vanleg arbeidsdag er for deg i den stillinga du no har.
  - Kva meinar du er dine viktigaste arbeidsoppgåver som leiar?
2. Kan du seie noko om arbeidsdagen har endra seg etter innføring av helsereforma, eventuelt kvifor?
3. Kva forventningar trur du dei tilsette har til deg som leiar? Kva forventningar trur du dine overordna har til deg? Merkar du noko endring i forholdet til dei tilsette og dei overordna etter ny organisering?
4. Kva tenker du om den sjukepleiefaglege kompetansen på din avdeling?
5. Ta utgangspunkt i ein sjukepleiar som du vurderar som fagleg dyktig. Kva eigenskapar er det ved denne sjukepleiaeren som gjer at du vurderar ho/han som fagleg dyktig?
6. Kva gjer du som leiar i høve det å jobbe med kompetanseutvikling hjå sjukepleiarane?
  - Kva legg du i det med å jobbe med kompetanseutvikling?
  - Kan du komme med konkrete eksempel på tiltak som er sett i verk i høve kompetanseutvikling på di avdeling? Kva gjer de for eksempel når det blir innført nye behandlingsformer, sjeldne diagnosar dukkar opp, nye medikament, de får ansvar for nye pasientgrupper ved samanslåing av avdelingar etc.?
  - Korleis ser du på di eiga rolle i høve det å jobbe med kompetanseutvikling? Blir ditt arbeid med fokus på kompetanseutvikling etterspurd av din leiar eller den øvste

leiinga ved sjukehuset? Kor mykje tid brukar du på å jobbe med kompetanseutvikling?

- Hvis ikkje du jobbar så mykje med dette, kan du seie noko om kven som gjer det?

7. Er det andre ting du ville ha gjort i høve arbeidet med kompetanseutvikling og kva hindrar deg eventuelt i å gjere det?

Dersom du var leiar før innføring av sjukehusreforma: Kan du seie noko om arbeidet med kompetanseutvikling før og no?

8. Etter innføringa av einskapleg leiingsstruktur er intensjonen at ein ansvarleg leiar skal ha det heilskaplege ansvaret. Syns du det fungerar slik?

9. Kva tilhøve meinar du må vere tilstades for at ein skal kunne jobbe med kompetanseutvikling? Kva tankar har du om framtidas kompetansebehov og leiarar si rolle i høve dette?