



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Kompetanse på sykehjem: Strategisk planlegging eller ad-hoc praksis?

En kvalitativ casestudie om strategisk kompetanseplanlegging i sykehjem

Competence in nursing homes: Strategic planning or ad-hoc practice?

A qualitative case study on strategic competence planning in nursing homes

Silje Bergliot Eikemo

Masterstudium i organisasjon og leiing, helse og velferdsleiing

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap. Institutt for
samfunnsvitenskap

09.06.2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Denne oppgaven er et resultat av masterstudie i organisasjon og ledelse ved Høgskulen på Vestlandet. Gjennom studieperioden har jeg tilegnet meg ny kunnskap takket være engasjerende og faglig sterke forelesere og reflekterte medstudenter. En spesiell takk går til min veileder Reidar Øygard som har fulgt meg gjennom utskrivning av masteroppgaven. Takk for kyndig veiledning, og for at du har utfordret meg. Det har vært en lærerik prosess, og jeg er takknemlig for at du har hatt tro på meg og forskningsprosjektet mitt.

En stor takk rettes også til enhetslederne som har deltatt i studien. Samtalene med dere er blant de minner jeg vil huske best fra arbeidet. Jeg er takknemlig og ydmyk for at dere tok dere tid til delta i studien min.

Jeg vil også uttrykke min oppriktige takknemlighet til min ledergruppe og mine kolleger for deres oppmuntrende støtte gjennom hele denne prosessen. En spesiell takk går også til arbeidsgiver som anerkjenner verdien av kompetanseheving, og har lagt til rette for at dette har vært mulig.

En kjærlig takk til min tålmodige og støttende mann og mine tre fantastiske barn, som har holdt ut med mine lange skriveøkter og heiet på meg. Jeg vil alltid være takknemlig for de ofrene dere har gjort mens jeg har vært student, og nå ser jeg frem til å være sammen med dere. Jeg vil også rette en siste takk til mine foreldre, som alltid har oppmuntret meg og hatt tro på meg.

Aldri har jeg lengtet til sommerferie slik som nå. Nå pakkes alle fagbøker og notater vekk, og med en blanding av glede, lettelse, men fremfor alt stolthet, leverer jeg masteroppgaven min.

Sammendrag

Bakgrunn og formål: Samhandlingsreformen har resultert i et forsterket behov for kompetent personale på sykehjemmene, men rekruttering av tilstrekkelig fagutdannet personell, spesielt sykepleiere, er en utfordring. Helsedirektoratet og Kommunesektorens organisasjon oppfordrer kommunene til å arbeide strategisk med kompetanseplanlegging. Formålet med forskningen er å få økt innsikt i hvordan enhetsledere på sykehjem arbeider med strategisk kompetanseplanlegging.

Metode: Det empiriske grunnlaget for studien består av intervju med syv enhetsledere på kommunale sykehjem fra ulike deler av landet. Et multippelt teoretisk rammeverk om det instrumentelle perspektivet og det kulturelle perspektivet er anvendt som et analytisk verktøy.

Resultat og konklusjon: Funn i fra studien viser at intervjupersonene anser kompetansekartlegging som nødvendig for å få oversikt over ansattes kompetanse, identifisering av kompetansekrav og kompetansegap. En betydelig medvirkning fra de ansatte blir vektlagt for sikre et pålitelig kunnskapsfundament. Funn knyttet til kommunale kompetanseplaner viser viktigheten av både toppledelsens involvering og lokal tilpasning i utviklingen av kompetanseplanene. Sterk involvering av avdelingsledere og fagsykepleiere blir fremhevet som vesentlig i arbeidet med sykehjemmets kompetanseplan, og begrunnes med at de har inngående kjennskap til både avdelingsinterne og kontekstuelle forhold. Det er tilsynelatende begrenset med involvering av de ansatte i utviklingen av kompetanseplanene. Utformingen av kompetanseplanene tyder på at de primært tar sikte på å håndtere nåværende utfordringer og ikke fremtidige. Enhetslederne viser til ulik praksis når det gjelder stillingsbeskrivelser for sine ansatte, men til tross for fravær av stillingsbeskrivelser er de ansatte likevel klar over hva som forventes av dem. Det er et behov for å avlaste sykepleierne og la ansatte med lavere utdanning ta over oppgaver som tidligere tilhørte dem. I tillegg viser funnene at kunnskapsdeling i det daglige arbeidet på sykehjemmet skjer gjennom læring fra kollegaer og ved at ressurspersoner underviser personalet. Det er en utfordring å motivere personalet til å videreformidle kunnskapen de har fått gjennom kurs eller videreutdanning til sine kollegaer. Rekrutteringstiltakene for å sikre kvalifisert bemanning fremstår som ad-hoc pregede og begrenset av økonomiske faktorer og det presserende behovet for kompetanse. Enhetslederne opplever konkurransen om sykepleierne som utfordrende, og etterspør en nasjonal strategi for å håndtere situasjonen.

Summary

Background and Purpose: The Coordination Reform has resulted in an increased need for competent personnel in nursing homes, but the recruitment of sufficient professionally trained staff, especially nurses, is a challenge. The Directorate of Health and the Association of Municipalities encourage municipalities to work strategically on competence planning. The purpose of this research is to gain insight into how unit managers in nursing homes engage in strategic competence planning.

Method: The empirical basis of the study consists of interviews with seven unit leaders from different parts of the country. A multiple theoretical framework incorporating instrumental and cultural perspectives is used as an analytical tool.

Results and Conclusion: Findings from the study indicate that the interviewees consider competence mapping necessary to gain an overview of employees' skills, identify competence requirements, and address competence gaps. Significant involvement of the employees is emphasized to ensure a reliable knowledge foundation. Findings related to municipal competence plans highlight the importance of both top management involvement and local adaptation in the development of these plans. Strong involvement of departmental leaders and nurse supervisors is emphasized as crucial in the work of creating the nursing home's competence plan, as they possess in-depth knowledge of both internal and contextual factors. There appears to be limited involvement of employees in the development of competence plans. The design of competence plans suggests they are formulated to address current challenges rather than future ones. Unit managers report varying practices regarding job descriptions for their employees, but despite the absence of such descriptions, employees are still aware of what is expected of them. There is a need to relieve nurses and delegate tasks previously assigned to them to employees with lower education levels. Furthermore, the findings indicate that knowledge sharing in the daily work at the nursing home occurs through learning from colleagues and resource persons providing training to the staff. Motivating the staff to disseminate the knowledge they acquire through courses or further education to their colleagues poses a challenge. Recruitment measures to ensure qualified staffing appear to be ad hoc in nature and limited by economic factors and the pressing need for competence. Unit managers perceive the competition for nurses as challenging and call for a national strategy to address the situation.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	II
Sammendrag.....	I
Summary	I
Innholdsfortegnelse	III
1 Innledning.....	1
1.1 Tema og problemstilling	1
1.2 Min motivasjon og betydning for samfunn og fagfelt	3
1.3 Oppgavens struktur	4
2 Sykehjemmet og kompetanse i en historisk kontekst.....	5
2.1 Helsetjenesten i Norge	5
2.1.1 Utviklingstrekk: tidligere tider og fram til år 2000	5
2.1.2 Framveksten av velferdsstaten og profesjonalisering av hjelpeyrkene	8
2.1.3 Fordeling av ansvar i helsetjenestene	10
2.2 Kompetanse på sykehjem.....	13
2.2.1 Samhandlingsreformen: Endringer i helsetjenesten og behovet for kompetent helsepersonell	15
2.3 Kompetanseplaner.....	17
3 Kunnskapsstatus og tidligere forskning	19
3.1 Kompetansebehov.....	19
3.2 Bemanning og rekruttering	22
3.3 Kompetanseplanlegging.....	26
3.4 Oppsummering forskning og rapport fra feltet	30
4 Teori	32
4.1 Instrumentelt perspektiv.....	33

4.2 Kulturelt perspektiv	35
5 Metode.....	37
5.1 Forskningsdesign	37
5.1.1 Case-studie.....	37
5.2 Delvis strukturert intervju	38
5.3 Utvalg.....	39
5.4 Gjennomføring av intervjuene	40
5.5 Transkribering.....	41
5.6 Analyse	42
5.7 Kvalitetsvurderinger i prosjektet.....	43
5.7.1 Forforståelse	43
5.7.2 Reliabilitet, validitet og overførbarhet.....	43
5.8 Etske hensyn	45
6 Strategisk kompetanseplanlegging	46
6.1 Kompetansesituasjonen på sykehjem.....	46
6.1.1 Kompetanse som begrep.....	47
6.1.2 Kompetansekartlegging og kompetansebehov	48
6.2 Kompetanseplan.....	51
6.2.1 Kommunale kompetanseplaner	51
6.2.2 Kompetanseløft.....	53
6.2.3 Sykehjemmene sine kompetanseplaner	54
6.3 Tolkning av data i lys av teori.....	57
7 Administrering av personellressurser: praksis, utfordringer og løsninger	63
7.1 Administrering av tilgjengelige personellressurser.....	63
7.1.1 Stillingsbeskrivelse	64

7.1.2 Oppgavedeling og ansvar	65
7.1.3 Kompetanseoverføring	68
7.2 Bemanning	69
7.2.1 Å holde på og rekruttere personell.....	69
7.3 Tolkning av data i lys av teori.....	71
8 Drøfting	77
8.1 Oppsummerende analyse av enhetsledernes arbeid med strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem.....	77
8.1.1 Oppsummering av funn	77
8.1.2 Strategisk planlegging for kompetanse.....	80
8.2 Sammenligning med tidligere studier og diskusjon av funn.....	81
8.2.1 Kompetansebehov og kompetansekartlegging	81
8.2.2 Kompetanseplaner	83
8.2.3 Oppgavedeling, stillingsbeskrivelser og ansvar	86
8.2.4 Kompetanseoverføring og ledelse	89
8.2.5 Å holde på og rekruttere personell.....	91
9 Konklusjon	93
9.1 Oppsummering av hovedfunn.....	93
9.2 Forslag til videre forskning	98
Litteraturliste	100
Vedlegg 1 Informasjonsskriv til deltakerne	106
Vedlegg 2 Samtykkeerklæring	109
Vedlegg 3 Intervjuguide.....	110
Vedlegg 4: Vurdering fra Norsk senter for forskingsdata (NSD)	115

1 Innledning

1.1 Tema og problemstilling

«Hva er en sykepleieoppgave?»

Dette spørsmålet ble fremsatt av en enhetsleder ved et sykehjem under et intervju i denne studien, og det reiser et fundamentalt spørsmål som adresserer oppgavedeling og organisering av personellressurser både nå og i fremtiden. Spørsmålet er av essensiell betydning innenfor rammen av dette forskningsprosjektet som tar for seg temaet strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem.

Formålet med masteroppgaven er å få økt innsikt i hvordan enhetsledere på kommunale sykehjem arbeider med strategisk kompetanseplanlegging for sine ansatte. Temaet kan utforskes fra ulike innfallsvinkler, og jeg har valgt å anvende multiple teoretiske rammer om det instrumentelle perspektivet og det kulturelle perspektivet som et analytisk verktøy i studien. Det empiriske grunnlaget for studien består av intervju med syv enhetsledere på sykehjem fra ulike deler av landet. Før jeg presenterer problemstillingen for denne studien, vil jeg gi en kort beskrivelse av kontekst av mitt forskningsområde.

Eldreomsorgen står overfor store utfordringer. Fremtidsberegninger viser en kraftig økning i antall eldre fram mot 2035, samtidig som det forventes en alvorlig mangel på helsepersonell (Meld. St. 14 (2020–2021); Roksvaag & Texmon, 2014). En økning i den aldrende befolkning vil føre til flere friske seniorer, men med stigende alder øker også forekomsten av kroniske og multimorbide sykdomstilstander, og som resulterer i at det blir flere eldre som får behov for helsehjelp (Bruvik et al., 2017; Husebø & Flo, 2015). Samhandlingsreformen ble innført i 2012, og har hatt store konsekvenser for organisering av helsetjenestene. Formålet med reformen var at flere pasienter, og spesielt eldre, skulle få helsehjelp på hjemstedet av primærhelsetjenesten (St.meld. nr. 47 (2008–2009); Torjesen & Vabo, 2014). Dette har ført til at en økende andel eldre med omfattende helseproblemer har blitt utskrevet fra sykehusene tidligere enn før, og forsterket behovet for kompetent personale på sykehjemmene (Bruvik et al., 2017; Gautun & Syse, 2017; Tyrholm et al., 2016). Forskning viser at det er krevende å rekruttere tilstrekkelig med fagutdannet helsepersonell til eldreomsorgen, og at dette var en kjent utfordring også før Samhandlingsreformen ble innført (Rasmussen & Kjevik-

Wycherley, 2019). Det er spesielt krevende å rekruttere sykepleiere, og studier viser at sykehjem ikke er det favoriserte arbeidsstedet for sykepleierstudenter (Bergland & Laerum, 2002; Kloster et al., 2007).

Nylig fremla Helsepersonellkommissjonen sin rapport "Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste" (NOU 2023: 4) til regjeringen. Rapporten var ikke publisert da jeg gjennomførte datainnsamlingen til studien. Kommisjonens arbeid har således ikke hatt betydning for sektoren i den perioden min studie har blitt gjennomført, og dermed heller ikke for mitt prosjekt. Kommisjonen har imidlertid pekt på en rekke forhold som er relevant å trekke fram i innledningen her, i den hensikt å presentere sentrale utviklingstrekk som jeg anser som relevant for å forstå dagens situasjon innen mitt forskningsområde.

Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023: 4) legger i sin rapport til grunn at personellbehovet i kommunene vil øke ytterligere de kommende år, og begrunner det med det økende antall eldre. Kommisjonen vurderer at arbeidsstyrken ikke kan økes vesentlig, da personell allerede er et knapphetsgode til tross for at antall sysselsatte er mer enn tredoblet siden 1970-tallet. Det vil dermed bli færre ansatte per pasient, og krav til bedre bruk av tilgjengelig kompetanse vil være nødvendig. Dette krever at lederne har oversikt over personellets kompetanse, og gjennomfører systematisk kartlegging av ansattes kompetanse (ibid).

Studien til Berge og Eilertsen (2020) avdekket ulik praksis blant avdelingslederne når det gjaldt langsiktig kompetanseplanlegging på sykehjem. Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023: 4) understreker at leders ansvar for kompetanseplanlegging bør vektlegges tydeligere fremover, da det er avgjørende for at helse- og omsorgstjenestene skal lykkes med å oppfylle sitt samfunnsoppdrag. Kommisjonen foreslår derfor at kompetanseplanene forankres i ledelsen gjennom hele styringslinjen, fra enhetsleder på sykehjem til helse- og omsorgssjefen i kommunen. Oppgavedeling og god organisering beskrives som en forutsetning for å kunne opprettholde og utvikle helse- og omsorgstjenestene. Ved vurdering av hvilke oppgaver som kan overføres til annet helsepersonell, anbefaler kommisjonen at leder tar utgangspunkt i pasientens behov for helsehjelp og ser det i sammenheng med forsvarlighetskravet. Kommisjonen foreslår en tilnærming hvor kompetanse bygges nedenfra, og starter med fagarbeiderkompetanse (ibid).

Med dette som bakteppe står enhetsledere på sykehjem overfor en kompleks oppgave når de skal sørge for at pasientene på sykehjemmet skal få forsvarlig pleie, omsorg og behandling.

Denne studien har til hensikt å gi innsikt i enhetsledernes arbeid med strategisk kompetanseplanlegging. Problemstillingen for oppgaven er:

Hva kjennetegner enhetsledernes arbeid med strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem?

For å undersøke og belyse den omfattende kompleksiteten i dette arbeidet, har jeg formulert fire forskningsspørsmål som lyder som følger:

- *Hva ligger til grunn for enhetsledernes oppfattelse av kompetansebehov på sykehjemmet?*
- *Hvilke erfaringer har enhetsledere med kompetanseplaner på sykehjemmet?*
- *Hvordan arbeider enhetslederne for å utnytte den tilgjengelige kompetansen?*
- *Hva fremhever enhetslederne som vesentlige faktorer for å sikre kvalifisert bemanning?*

Jeg vil nå videre i innledningen gi en kort redegjørelse for min motivasjon for dette forskningsområdet og belyse samfunnsmessig og faglig relevans av studien.

1.2 Min motivasjon og betydning for samfunn og fagfelt

Med unntak av min tid som sykepleierstudent har jeg ikke arbeidet på sykehjem. Min kliniske erfaring er fra intensivavdeling på sykehus, hvor jeg har arbeidet som intensivsykepleier. Selv om jeg har omfattende klinisk erfaring, har jeg ikke fungert som leder for helsepersonell som arbeider klinisk. Som et resultat av dette, har jeg begrenset erfaring med strategisk kompetanseplanlegging i denne spesifikke sammenhengen, som er sentralt for mitt forskningsområde.

I de senere år har jeg arbeidet som leder for et nasjonalt kompetansesenter som tilbyr kompetanseheving til helsepersonell som arbeider i eldreomsorgen. Denne stillingen har vekket en særlig interesse for temaet, og det er denne interessen som har motivert meg til å utforske hvordan enhetsledere arbeider med strategisk kompetanseplanlegging for å sikre pasientene på sykehjem forsvarlige og gode helsetjenester både nå og i fremtiden.

Jeg håper at resultatene fra forskningsprosjektet kan bidra til å berike kunnskapen og innsikten i forskningsområdet knyttet til strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem. Studien har potensial til å være av interesse for flere målgrupper, inkludert forskere og akademikere innen hele- og omsorgsfag, helseledere, kommunale helsemyndigheter,

helsepersonell, beslutningstakere og politikere. I tillegg vil også personer med en generell interesse for emnet kunne dra nytte av forskningens funn og bidrag.

1.3 Oppgavens struktur

I første kapittel gir jeg en grundig redegjørelse for valget av tema og bakgrunnen for min interesse innenfor forskningsområdet. Videre presenteres problemstillingen og forskningsspørsmålene som oppgaven bygger på. I andre kapittel beskrives den historiske utviklingen av helsetjenestene og fremveksten av sykehjem og hjelpeyrker. Her gir jeg også en oversikt over relevante politiske planer og strategier innen feltet, med spesielt fokus på samhandlingsreformen. Videre presenteres relevante lover og regler som er aktuelle for temaet. Kapittel 3 belyser tidligere studier og funn som har relevans for mitt forskningsområde. I kapittel 4 redegjør jeg for oppgavens teoretiske rammeverk som består av det instrumentelle perspektivet og det kulturelle perspektivet. Kapittel 5 gir en detaljert beskrivelse av valg av forskningsmetode og design i forskningsprosjektet. Utvalg av informanter, forskningsprosessen og kvalitetsvurderinger i prosjektet vil også bli redegjort for. I kapittel 6 og 7 vil jeg presentere og analysere det empiriske materialet. Avslutningsvis i kapitlene vil jeg foreta en tolkning av dataene med utgangspunkt i valgte teorier og presentere hovedfunnene. I kapittel 8 vil jeg oppsummere forskningsspørsmål og hovedfunnene med den hensikt å besvare problemstillingen. Videre vil jeg diskutere mine funn mot tidligere forskning på feltet. I kapittel 9 vil jeg oppsummere hovedfunn i studien og peke på områder som gir grunnlag for å forske videre på.

2 Sykehjemmet og kompetanse i en historisk kontekst

Mindre deler i kapittel 2.2 og 2.3 er omarbeidet tekst fra min prosjektoppgave i kurs ME6-501 Forskningsdesign og metode vår 2021.

Den største offentlige sektoren i Norge er helsetjenesten, og beslaglegger en tidel av bruttonasjonalproduktet. Helsetjenestene slik de fremstår i dag, er et resultat av målrettet politisk arbeid med bred oppslutning i befolkningen gjennom om lag 150 år. Få, og kanskje ingen, samfunnsområder kan vise til tilsvarende vekst og utvikling som helsetjenesten. Dagens helsetjeneste kjennetegnes av et mangfold av oppgaver med en kompleks organisering. Helsetjenesten endres stadig som følge av politiske beslutninger, og ikke minst som et resultat av den rivende medisinske utviklingen (Nylenna, 2020).

2.1 Helsetjenesten i Norge

For å forstå dagens norske helsetjeneste er det nyttig å se de lange linjene. Jeg vil derfor i følgende avsnitt redegjøre for den historiske utviklingen på feltet, og fremveksten av sykehjem slik vi kjenner det i dag.

2.1.1 Utviklingstrekk: tidligere tider og fram til år 2000

Til alle tider har familien hatt en sentral rolle når det gjelder ivaretagelse og hjelp av trengende. Foreldre har passet på barna sine, og når deres foreldre igjen har blitt skrøpelige og gamle, har de tatt ansvar for dem også. I de eldste lovtekstene for nærmere 1000 år siden kan en se spor av at naboer og lokalsamfunn tar ansvar for folk som ikke klarer seg selv. På slutten av 1200-tallet ble dette systematisert i en ordning kalt legd. Ordningen innebar at gårdsbruk ble pålagt å gi mat og rom til fattige. For å dele på pliktene måtte de som var på legd flytte fra gård til gård etter enn viss periode. Ordningen ble avvirket ved fattigloven av 1900 (Braut & Aarheim, 2020).

I byene spilte kirken en sentral rolle. Fra 1750 og utover ble det bygd opp en ordning med fattigkommisjoner i hver stift (bispedømme) som skulle fastsette hvilken hjelp de trengende skulle få. Hjelpen kunne komme både fra kirken og lokalsamfunnet, og kunne bestå av alt fra økonomisk støtte til mat og husrom (ibid).

Gjennom formannskapslovene av 1837 fikk kommunene en klart definert rolle i det norske styringssystemet. Lovene ga tydelige rammer for hvilken makt og hvilket ansvar de lokale styringsorganene skulle ha, og ledet dermed til at en fikk en nasjonal standard for drift av det lokale selvstyret. Lovene skapte et grunnlag for at ordningen med embetsmenn (prester og lensmenn) som styrte lokalt ble gradvis avvirket, og erstattet med folkevalgte personer. Kommunene overtok etter hvert også oppgaver knyttet til ivaretagelse av fattigfolk - med andre ord oppgaver som tidligere nevnt var lagt til gårdsbruk og kirke (ibid).

Gjennom 1800-tallet herjet epidemier over hele verden. Stort utbrudd av kolera feide over hele Europa. Interessen for å arbeide systematisk for å bekjempe ulike epidemier ble dermed vekket i Europa. I Norge ledet dette til at Sunnhetsloven ble vedtatt i 1860. Loven har blitt omtalt som helsetjenestenes grunnlov da den var den første loven som ledet til en nasjonal plan for håndtering av hyppige forekommende folkesykdommer (Nylenna, 2020). Loven var retningsgivende for forebyggende helsearbeid, og organisering av helsetjenesten de påfølgende hundre år. Sentralt element i loven var opprettelse av kommunale sunnhetskommisjoner som var folkevalgte organer. Offentlige leger fikk i oppgave å lede organene, og fikk vide fullmakter til å utøve faglig skjønn når epidemier truet eller rammet. Legedekningen var imidlertid mangelfull, og én lege kunne ha ansvar for flere kommuner (ibid).

På 1800-tallet hadde ikke Norge sykehus slik vi kjenner de i dag. Det vanlige var at den syke lå i eget hjem. De få sykehusene som eksisterte ivaretok pasienter som ikke kunne ta vare på seg selv. Sentrale oppgaver var pleie, isolasjon og i begrenset grad behandling av sykdom (ibid). Sykehusene var med andre ord mer oppbevaring enn behandlingssted, og pleierne som ivaretok pasientene var ufaglærte, såkalte gangkoner. Gangkonene blir beskrevet som ukyndige, ulydige, skitne og drikkfeldige. De ble rekruttert fra underklassen, og sto nederst på rangstigen både i samfunnet ellers, men også i sykehuset, i klar motsetning til legen som sto øverst. De hadde krevende og lange arbeidsdager, og arbeidet ble ikke verdsatt (Moseng, 2012; Schøitz, 2017). Koneens posisjon var mellom legen og pasienten, og kan således minne om nåtidens sykepleier (Moseng, 2012).

Fra 1850-1900 var det en betydelig befolkningsvekst i Norge, og Norge og deler av Europa opplevde en formidabel utvikling innen industrien. Industrialiseringen påvirket økonomien og samfunnslivet sterkt, og primærnæring som jordbruk, fangst, fiske og skogbruk var ikke like avgjørende som tidligere. Befolkningsveksten og industrialiseringen resulterte i at folk flyttet

fra landsbygdene til byene for å få seg arbeid. Dette medførte at de tradisjonelle storfamiliene og lokalsamfunnet som struktur for omsorg og økonomisk trygghet forvitret. Ved sykdom var en dermed i større grad overlatt til seg selv (Braut & Aarheim, 2020). I byene bodde en trangt og levekårene var dårlige. Dette medførte at smitte spredte seg raskt, og prognosene for de som ble rammet var dårligere (Nylenna, 2020). Tuberkulose fikk sin oppblomstring, og økte fram mot 1880-årene. Fra 1870-årene ble det opprettet en rekke sanatorier for lungesyke. Anstaltene ble opprettet fra lokalt initiativ. I 1887 ble Ullevål sykehus åpnet som et epidemisykehus. Norske Kvinners Sanitetsforening ble stiftet i 1896, og fikk raskt i hovedoppgave å arbeide mot tuberkulose. Helsetjenestene i denne perioden var bygget opp etter et europeisk mønster, og bar preg av mangfold, svak felles planlegging og manglende ledelse. Finansieringen kunne være svært forskjellig, og var tilpasset datidens struktur hvor de velstående kunne benytte seg av private tilbud (ibid).

Etter hvert som flere sykehus ble etablert meldte også behovet seg for å ha pleiere som kunne ivareta de syke. Medisinske fremskritt fra midten av 1800-tallet medførte at sykehusene kunne tilby mer avansert undersøkelse og behandling enn allmennlegene. Sentralt her var røntgenundersøkelser og effektive kirurgiske behandlingsformer, og krav til kompetanse både til legen og pleieren økte (Braut & Aarheim, 2020). Gangkonenes kvalifikasjoner var ikke lenger tilstrekkelig, og legene hadde behov for assistenter med utdanning og som kunne skrive (Moseng, 2012). Både legene og Indremisjonen så behovet for fagutdannede sykepleiere.

Grunnlaget for det profesjonelle innholdet i sykepleien ble lagt av Florence Nightingale. I 1860 fikk hun etablert verdens første sekulære sykepleieskolen ved St. Thomas' Hospital i London. Det ble stilt en rekke krav til søkerne til skolen. Elvene måtte være renlige, velstelte, rolige, verdige, edruelige og trofaste. En indre «selvdanning» skulle utvikles gjennom utdanningen (Schøitz, 2017, s.327). Den første norske sykepleieutdanningen ble etablert ved Diakonisseanstalten i Christiania i 1868 (Braut & Aarheim, 2020). Det ble viktig for sykepleierne å heve statusen, og skape en markant avstand til gangkonene. Den diakonale sykepleieskolen var et kollektiv bestående utelukkende av kvinner, og elevene bodde på skolen. De levde under streng disiplin ledet av forstanderinnen. De måtte være ugifte og barnløse, og dersom de giftet seg var de tvunget til å slutte. Arbeidsdagen var lang, og lønnen lav. Likevel var det et ettertraktet yrke. Det kan forklares med den sterke befolkningsveksten som ledet til et betydelig kvinneoverskudd i byene. For å livnære seg var de ugifte kvinnene avhengig av å få seg et arbeid, og sykepleie ble ansatt for å være en akseptabel leveveg

(Schøitz, 2017).

Etter 1900 ble en rekke sykepleieutdanninger grunnlagt i regi av ulike frivillige organisasjoner som Røde Kors, Norske Kvinners Sanitetsforening og Nasjonalforeningen mot tuberkulose (Braut & Aarheim, 2020). Sykepleierske var imidlertid ikke en beskyttet tittel. De ulike organisasjonene og Diakonisseanstalten gav utdanning av ulik varighet og innhold, og det var fritt fram å kalle seg sykepleierske. I 1912 ble Norsk Sykepleieforbund (NSF) stiftet, og en sentral kampsak var en treårig og samordnet utdanning. Videre ønsket forbundet å vise en avstand til de ufaglærte, og til de som ikke var skikket til gjerningen. Kun sykepleiere med treårig utdanning på sykehus fikk fra tidlig i 1920-årene medlemskap i NSF. I 1915 ble det nedsatt en komité i regi av Legeforeningen, som skulle se nærmere på sykepleierordningen. Komiteen anbefalte at det skulle utdannes sykepleiere med ulik utdanningslengde fra halvannet til tre år. NSF var urokkelig, og striden varte i flere år. Flere sykepleieskoler fulgte NSF sine anbefalinger, og i 1930 endret legene mening. De kom da at satsing på fagkompetanse var nødvendig. Først i 1948 ble «lov om utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere» vedtatt (Schøitz, 2017). Sentrale momenter i loven var at kun sykepleiere med tre års utdanning kunne få offentlig autorisasjon som sykepleier. Videre fikk de offentlige sykehusene ansvar for å utdanne pleiepersonell. Et annet vesentlig poeng var at den kvinnespesifikke yrkestittelen «sykepleierske» ble erstattet med den kjønnsnøytrale betegnelsen «sykepleier». Dermed kunne også menn bli sykepleiere (ibid). I 1960 kom en ny lov; «lov om utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere». Strengere krav til kunnskapsnivå og kvalifikasjoner ble vektlagt samt krav om taushetsplikt. De påfølgende tiår preges av en profesjonalisering av sykepleieryrket (ibid), og vil bli belyst i neste avsnitt.

2.1.2 Framveksten av velferdsstaten og profesjonalisering av hjelpeyrkene

Utviklingen av helsetjenesten har ledet til en modell for organisering og finansiering som betegnes som *velferdsstaten*. Ordet velferdsstat beskriver en stat som ivaretar innbyggernes grunnleggende behov for utdanning, helsetjenester og sosiale ordninger (Nylenna, 2020, s. 28). Finansieringen er hovedsakelig inntekter fra skatt, supplert med brukerbetaling og forsikringer. Grunnleggende for organiseringen er idealene om likhet og rettferdighet. Innenfor de offentlige helsetjenestene kommer dette til uttrykk ved at pasienter og brukere møtes som likeverdige individer, uavhengig av bosted og sosial status (ibid). Etablering av velferdsstaten ved inngangen til 1960-årene innebar at staten tok et større ansvar for befolkningens helse og sykdom enn tidligere. Helsevesenet ekspanderte dermed betydelig, og

etterspørselen etter sykepleiere økte tilsvarende. De fleste sykepleierne var ugifte, men i løpet av 1960-årene endret dette seg. Den tidligere kallsideologien forvitret, og stadig flere sykepleiere ble gift. Den rådende ideologien på den tiden var at gifte kvinner skulle være fulltidsmødre. Dette gjaldt også sykepleiere, og ledet til at flere sykepleiere ble husmødre. Dette var datidens norm og rådende og ønsket politikk, og i 1965 var kun halvparten av sykepleierne yrkesaktive. Den store lekkasjen av sykepleiere kombinert med vekst i helsesektoren og økt behov for pleiere, medførte at det ble betydelig mangel på sykepleiere (Lund, 2012).

Hjelpepersonalet hadde i starten av 1960-tallet ulik grad av kvalifikasjoner, og betegnet som søsterhjelp, krisehjelp eller samaritter. Hushjelper og stuehjelper var ikke i klinisk pleie, men utførte husarbeidet som støvtørring, rengjøring, oppvask og lignende. Majoriteten av sykehusene benyttet ufaglært arbeidskraft. De ufaglærte fikk opplæring på institusjonen. Opplæringen kunne variere fra strukturerte og målrettede undervisningsprogrammer til opplæring gjennom arbeid. Myndighetene forsøkte å løse sykepleiemangelen ved å innføre lengre skolegang til én assistentgruppe, og gi de egen tittel. Norsk Sykepleierforbund var lenge motstandere av en organisert og formell opplæring av én hjelpepleiergruppe. Forbundet fryktet at gruppen ville overta pleieoppgavene som de selv ønsket å utføre og ha kontroll over. Etter flere års forhandlinger fravek forbundet sitt prinsipielle standpunkt, og i 1963 ble det første kullet av hjelpepleiere utdannet ved de ledende sykehusene, samt ved utvalgte store sykehjem som ble drevet av Røde Kors og Sanitetsforeningen. uproblematisk (Høst, 2010; Lund, 2012; Schøitz, 2017). Utdanningen var åtte måneder lang og besto av undervisning og praksis. Sykepleierne hadde ansvar for undervisning og veiledning, og var representert i styrene ved hjelpepleierskolene. Sykepleierne fikk dermed en egen assistentgruppe som de styrte, men fordeling av oppgaver mellom yrkesgruppene har ikke vært uproblematisk (Lund, 2012; Schøitz, 2017). Myndighetene ønsket at hjelpepleierne skulle få dele ut medisiner i private hjem. Dette arbeidet forbundet hardt for å forhindre, og klarte å stoppe at legemiddeladministrering ble en del av hjelpepleiernes arbeidsoppgaver. Hjelpepleiernes oppgaver ble primært å sørge for pleie av pasientene og husarbeid (Lund, 2012). Hjelpepleierne ble raskt en stor og viktig yrkesgruppe i det norske helsevesenet (Lund, 2012; Schøitz, 2017). Den medisinske og teknologiske utviklingen medførte at sykepleierne fikk nye arbeidsområder som krevde høyere teoretisk kunnskapsnivå enn hjelpepleierne besittet. Pasientnære oppgaver ble overlatt til hjelpepleierne, og sykepleiernes oppgaver innebar mer ledelse, administrasjon og legeorienterte oppgaver. Utviklingen førte til at det ble behov for å

styrke hjelpepleierutdanningen. Utdanningen ble dermed forlenget fra åtte til 12 måneder. Norsk Sykepleierforbund valgte å ikke protestere på forlengelsen, men fryktet at hjelpepleierne skulle overta sykepleieroppgaver (Lund, 2012).

Trass i innføringen av den formelle hjelpepleierutdanningen og en ekspansiv vekst av helsepersonell totalt sett, manglet det helsepersonell. Husmoridologien og datidens husmopolitikk harmonerte dårlig med velferdsstaten videre vekst. Helsesektoren hadde betydelig behov for arbeidskraft, og det var politisk enighet om at tiltak måtte iverksettes for å få gifte kvinner tilbake i yrkeslivet. Et sentralt tiltak var å sikre tilsyn av barn som ikke var kommet i skolealder. Barnehager ble bygget ut, men utbyggingen gikk sent. Det var lange ventelister til barnehagene, og dette indikerer at sykepleiere med små barn ønsket å arbeide (Lund, 2012). Utfallet ble at flere sykepleiere ble yrkesaktive, men valgte å arbeide deltid. Det ble etablert en deltidsnorm på 70-tallet. Normen ble forsterket fram til 1985, og eksisterer fremdeles i dag. Deltidsarbeid har vært vanlig blant kvinnelige arbeidstakere, men andelen av sykepleiere og helsefagarbeidere som har arbeidet deltid har vært høyere enn for kvinner i andre yrkesgrupper. Dette forklares med turnusarbeid som gjorde det vanskelig å kombinere med familieliv. Deltidsarbeid kombinert med private dagmammaer ble en vanlig strategi for kvinner som ønsket å arbeid (ibid).

Mangelen på sykepleiere parallelt med utviklingen som medførte at sykepleiernes oppgaver ble mer teknisk og medisinsk avanserte, ledet til at hjelpepleierne overtok flere oppgaver som tidligere var tillagt sykepleierne, og som lå utenfor deres «kompetansenivå» (Schøitz, 2017, s.237). Også ufaglærte overtok en god del sykepleiefaglige oppgaver (Lund, 2012). Uenighet om oppgavedeling mellom de ulike yrkesgrupper har til tider ført til konflikter, og sykepleierne sørget på slutten av 80-tallet for at hjelpepleierne ble presset ut fra sykehusene over til de mindre prestisjefylte sykehjemmene (Lund, 2012; Schøitz, 2017).

2.1.3 Fordeling av ansvar i helsetjenestene

Gjennom en rekke offentlige planer og reformer gjennom flere tiår har myndigheten forsøkt å endre den norske helse- og velferdstjenesten. Målet er spesialiserte helsetjenester med en tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og delvis også private aktører som er rustet til å møte innbyggernes behov.

Kommunene fikk formelt ansvar for eldreomsorgen i 1970- og 1980- årene. Før 1970 ble ikke

eldreomsorgen ansett som en helsetjeneste, men heller som en sosialtjeneste til dem som ikke hadde ressurser til å klare seg selv, eller hadde en familie som kunne ivareta dem (Braut & Aarheim, 2020). Norske Kvinners Sanitetsforening, diakonale ordninger eller lokale misjonslag var sentrale drivere i hjemmesykepleien. Foreningene fikk ofte tilskudd til driften fra kommunene, men helt sentralt var også inntjeningen fra en rekke basarer, gaver og innsamlinger. Før andre verdenskrig var det dessuten få institusjonsplasser innen eldreomsorgen (ibid). Terminologien «pleiehjem» ble brukt for å beskrive institusjonene, og fokuset var på pleie og stell av eldre mennesker. I 1955 ble termen «pleiehjem» - det som på folkemunne ble omtalt som «gamlehjem» - erstattet med «sykehjem» (Tingvold & Magnussen, 2018).

På slutten av 1960-tallet ble det økt oppmerksomhet rundt eldreomsorgen. Den første «eldrebølgen» var på vei, og det ble utarbeidet flere politiske utredninger og tiltak ble satt i system (Hatland et al., 2018). Hjemmehjelpsordning ble bygd opp der hjemmesykepleiere, hjemmeassistenter og husmorvikarer var en koordinert tjeneste. Formålet med ordningen var å avlaste institusjonene som var preget av mangel på sykepleiefaglig arbeidskraft.

Hjemmehjelpsordningen var spesielt knyttet til den aldrende befolkningen som var i vekst (Lund, 2012). Sykehjemssektoren ble bygget kraftig ut, og har siden 1970 økt fra om lag 15 000 til 40 000 pasienter/beboere fordelt på 1000 institusjoner (Braut & Aarheim, 2020). I 1982 vedtok Stortinget en lov som regulerer kommunenes ansvar for primærhelsetjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Loven ga kommunene det samlede ansvaret for behandlings- og omsorgstjenester i lokalsamfunnet. I tillegg fikk de ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid samt å sikre legedekning og døgkontinuerlig legevaksordning. Kommunehelsetjenestens lovpålagte oppgaver var i tråd med LEON-prinsippet som innebærer at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå derav forkortelsen LEON (Nylenna, 2020). Kommunen skulle med andre ord være første instans til å ivareta lokalbefolkningens helseproblemer, og i tillegg fungere som bindeledd mellom lokalbefolkningen og spesialisthelsetjenesten (Nylenna, 2020).

Fram til 1970 var ikke drift av sykehus systematisk planlagt, og utbyggingen bar tydelig preg av å være tilfeldig. Sykehusene kunne være drevet av kommune, fylkeskommune eller staten. I tillegg var det en rekke private sykehus som gjerne var drevet av ulike kirkesamfunn eller organisasjoner. I 1970 ble sykehusloven vedtatt og fylkeskommunen fikk ansvar for drift av sykehus (Braut & Aarheim, 2020). Det første offentlige dokumentet som beskriver en helhetsplanlegging er Stortingsmelding nr. 9 (1974-1975) I Stortingsmeldingen ble LEON-

prinsippet lansert, og har vært avgjørende for den videre organiseringen av helsetjenestene (Nylenna, 2020).

Staten overtok i 2002 eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og spesialisthelsetjenesten for øvrig. Formålet var å dempe de lokalpolitiske konfliktene relatert til drift av sykehusene. Virksomheten ble organisert i foretak, og staten fastslo overordnede helsepolitiske mål og rammer som dannet grunnlag for styring av foretakene (Nylenna, 2020).

Dagens sykehjem er i all hovedsak kommunalt drevet og kun 9,5% er driftet privat. Av de private sykehjemmene er 50% driftet av ideelle aktører og den resterende halvparten er driftet av kommersielle aktører. Finansieringen er hovedsakelig av offentlige midler (Jacobsen et al., 2021). Fra 1986 ble eldreomsorgen hovedsakelig finansiert via statlige bidrag, såkalte rammetilskudd. De statlige overføringene er ikke øremerket til eldreomsorgen, men skal dekke ulike kommunale tjenester (Hatland et al., 2018). Norge er inndelt i 356 kommuner, og gjennomsnittlig innbyggertall per kommune var i 2020 i underkant av 15 000 (Statistisk Sentralbyrå, 2020). Det er imidlertid et stort spenn når det gjelder både kommunestørrelse og antall innbyggere. Til tross for ulikhetene er kommunene pålagt å gjennomføre de samme nasjonale vedtatte mål og oppgaver. Hver kommune har imidlertid sitt selvstyre, og kan dermed selv bestemme hvordan de nasjonale målene skal nås og således hvordan eldreomsorgen organiseres (Tingvold & Magnussen, 2018).

Sykehjemmets funksjon har endret seg markant fra pleie og omsorg til økt fokus på behandling, rehabilitering, opptrening, korttidsopphold og pleie ved livets slutt (Braut & Aarheim, 2020). På slutten av 1990-tallet utga Sosial- og helsedepartementet (1999b) veilederen «Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste». Her ble det på nytt fremhevet sykehjemmets funksjon som et aktivt behandlingssted som skulle tilby korttidspleie. Differensiering av sykehjemsdriften medførte at tidligere store enheter på 20-30 beboere ble delt inn i mindre enheter på åtte til ti beboere. Flermannsrom ble sanert til fordel for enmannsrom, og andelen enerom økte til 95% av plassene. De enkelte enhetene har ulike tilbud som opptrening etter sykehusopphold, såkalt rehabilitering, avlastning, spesialisert enhet for ulike sykdommer som for eksempel demens, og en generell enhet for beboere med store funksjonstap med behov for langtidspleie (Hatland et al., 2018). Majoriteten av dagens sykehjemsplasser er rettet mot langtidsopphold, og sykehjemmet har dermed en dobbeltrolle både som «hjem» og behandlingsinstitusjon (Tingvold & Magnussen, 2018, s.155). Andelen av kapasiteten på sykehjem som anvendes til tidsbegrenset opphold er

imidlertid økende. En medvirkende årsak til dette er at terskelen for å få langtidsopphold er hevet, og pasientene blir gjerne innlagt etter lengre tid med hjemmesykepleie (ibid). Nesten alle beboere på sykehjem er over 67 år, og majoriteten har et sammensatt sykdomsbilde med sterkt nedsatt funksjonsevne, og 80% har kognitiv svikt (Braut & Aarheim, 2020). Den gjennomsnittlige botiden på sykehjem for pasienter med vedtak om langtidsplass er to år før dødsfall (Kjelvik & Jønsberg, 2017). Bak tallene skjuler det seg et stort spenn med dødstidspunkt allerede ved innleggelse til død etter 26 års botid. I 2016 var gjennomsnittlig alder for pasienter som døde i sykehjem 87,5 år (ibid). Sykehjemspasientene er dermed en mangfoldig gruppe med økt sykdomsbyrde og hjelpebehov sammenlignet med tidligere. Utviklingen relatert til sykehjemets rolle og funksjon i samfunnet har hatt store konsekvenser for ansattes kompetanse på sykehjem. Dette vil bli belyst i påfølgende kapittel.

2.2 Kompetanse på sykehjem

Ivaretagelse, pleie og behandling av sykehjemspasienter med komplekse og sammensatte behov krever en bred tverrfaglig tilnærming. Kommunen må derfor ha ansatte på sykehjem med ulik kompetanse for å kunne sørge for et forsvarlig og ansvarlig tjenestetilbud. Forsvarlighetskravet er regulert i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 4 -1, og innebærer blant annet at kommunen skal sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Dette fremkommer i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 bokstav b (Ledelse- og kvalitetsforbedringsforskrift, 2016). I følge Helsepersonelloven (1999) § 3 defineres helsepersonell som personell både med og uten autorisasjon og som gir helsehjelp i helsetjenesten. Loven regulerer i liten grad hva som ligger innenfor de enkelte helsefag utover forsvarlighetsplikten. At loven skal gjelde alle er bevisst. I helsepersonellovens forarbeider (Ot.prp. nr. 13, 1998-99) presiseres det at oppgaver i minst mulig grad skal legges til bestemteyrkesgrupper. Det begrunnes med at kompetanse utvikles også etter endt utdanning, og de ulike virksomhetene får dermed handlingsrom til å gjøre lokale tilpasninger for å sikre kompetansebehovet. Dermed kan utfordringer lokalt løses slik at det blir hensiktsmessig basert på ressursituasjonen.

Sykehjem har døgkontinuerlig bemanning med pleiepersonalet bestående av sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere og assistenter. I tillegg jobber også leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, aktivitører, renholdsarbeidere, kontoransatte og vaktmestere på sykehjem. Noen sykehjem har dessuten egne kokker, fotpleier og/eller frisør. Utdanningene til de ulike

yrkesgruppene varierer i lengde og foregår på ulikt nivå. Sykepleierutdanningen er underlagt universitet og høyskoler rundt om i landet (Braut & Aarheim, 2020). Tilsvarende organisering gjelder for vernepleie, ergo- og fysioterapi. Profesjonsutdanningene er over tre år, og kvalifiserer til en bachelorgrad. Bachelorgraden kan bygges på med ulike etter- og videreutdanninger og masterløp. Siden 2008 har helsefagarbeiderutdanningen erstattet hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene (Meld. St. 26 (2014-2015)). Helsefagarbeidere har utdanning fra videregående skole. Assistentene er ufaglærte, hvilket innebærer at de ikke har formell utdanning innen helse- og sosialfag (Helsedirektoratet, 2020a). De er imidlertid ingen ensartet gruppe. Utdanningsnivået er gjennomgående lavt, og over 40% har utdanning på ungdomsskolenivå eller lavere. Kun en mindre andel har høyere utdanning. Mange kan ha opparbeidet en betydelig realkompetanse, og utgjør dermed en viktig ressurs i tjenesten. Arbeidsoppgavene kan variere fra sykehjem til sykehjem da det i omsorgstjenestene ikke alltid skilles på oppgaver etter utdanningsnivå. Det vanlige er at de deltar i stell og pleie etter opplæring på arbeidsplassen, og personell med lav kompetanse kan etter opplæring pleie multisyke pasienter med stort hjelpebehov (ibid). En lege har seks års universitetsutdannelse, og vil være den medisinske ansvarlige på sykehjemmet. Ofte kommer legen på ukentlige tilsyn, og dersom pasientene har behov for tilsyn om kveld og natt, må personalet ta kontakt med legevakten.

På sykehjem er det ikke satt grenser for antall pasienter per ansatt, og vurderinger knyttet til hensiktsmessig bemanning for å kunne sikre pasientene faglig forsvarlig helsehjelp er tillagt lederne (Andfossen et al., 2021). Det optimale er at bemanningen samsvarer med pasientenes behov, og sikre at pasientene får god pleie, omsorg og riktig behandling på sykehjemmet (Flodgren et al., 2017). Hovedtyngden på personalet på sykehjem er sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter. Statistiske beregninger over personellsituasjonen over tid er mangelfulle, men ifølge beregninger utgjør andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdanning om lag en fjerdedel av ressursene i kommunale helse- og omsorgstjenester. Andelen av ufaglært arbeidskraft i omsorgstjenestene er høyest i fylkene Troms og Finnmark og Oslo (Helsedirektoratet, 2020a).

Sykefraværet for helsepersonell på sykehjem og i hjemmesykepleien har vært stabilt høyt og over 11% i perioden 2007 – 2019 (Helsedirektoratet, 2018b). Andelen ubesatte sykepleie-, spesialsykepleie- og helsefagarbeiderstillinger hadde økt i omfang, og flere ufaglærte jobbet i tjenestene. Rekruttering av spesielt nyutdannede har vært problematisk, og nærmere 50% opplyste at de ønsket å slutte å jobbe på sykehjem eller i hjemmetjenesten. Avgangsalder var

også betydelig lavere enn for andre yrkesgrupper, der gjennomsnittlig avgangsalder for sykepleiere er 57 år (Gautun, 2020).

Fremtidsberegninger utført av Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at den aldrende befolkningen på 80 år og eldre vil nesten dobles fram mot 2035 (Roksvaag & Texmon, 2014). Dette gir grunn til bekymring da risikoen for å utvikle kroniske og sammensatte sykdomstilstander stiger med økende alder (Husebø & Flo, 2015). Flere eldre vil dermed få behov for helsehjelp fra det offentlige. I tillegg til den økende andelen eldre i befolkningen viser framskrivninger en kraftig underbemanning i tilsvarende periode. Det vil mangle over 80 000 årsverk innen sykepleie, helsefagarbeider og jordmor. For å dekke hullene må hvert tredje årsverk arbeide innenfor helse- og omsorgssektorene (Meld. St. 14 (2020 –2021)). Fremtidens eldreomsorg har vært et gjentagende tema i den offentlige debatt, og det har over lengre tid vært bred politisk enighet om å satse på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Etter årtusenskiftet er det innført en rekke helsereformer, og én reform har vært spesielt inngripende og medført store konsekvenser for de ulike nivåene i helse – og omsorgssektoren. I 2023 er det 14 år siden Stortinget vedtok Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Reformen beskrives som en «retningsreform» fordi hensikten med reformen var å dreie retningen i helsepolitikken fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten (Alvsvåg, 2013, s. 348). Reformens betydning for sykehjem og kompetanse vil bli nærmere beskrevet i neste hovedavsnitt.

2.2.1 Samhandlingsreformen: Endringer i helsetjenesten og behovet for kompetent helsepersonell

Målsettingen med Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) var hovedsakelig å gjøre sykehusene mer spesialiserte og effektive. Kommunene fikk gjennom reformen ansvar for flere og sykere pasienter, og det skulle også satses på forebygging av sykdom og helsesvikt. Det helhetlige pasientforløpet skulle styrkes, og da med særlig fokus på den aldrende befolkningen. Flere pasienter skulle få behandling og hjelp fra kommunehelsetjenesten som for eksempel fra hjemmesykepleien eller i sykehjem (Torjesen & Vabo, 2014). Samhandlingsreformen bygget videre på prinsippet om at pasientene skulle ivaretas innenfor det mest effektive omsorgsnivå samtidig som gode og kostnadseffektive pasienttilbud sikres.

For å lykkes med reformen ble det også vedtatt lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

(Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) og lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven, 2011). I folkehelselovens §1 ble det forebyggende aspektet presisert, og kommunens ansvar definert. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 1-1 omhandler lovens formål innenfor forebygging, behandling og tilrettelegging av sykdom, skade, lidelse og sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud. Lovens §1-2 viser lovens virkeområde som hovedsakelig omfatter helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i kommunen eller private som har avtale med kommunen. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §3-4 omhandler kommunens plikt til samhandling og samarbeid. Lovens kapittel 11 pålegger kommunene et finansieringsansvar for utskrivningsklare sykehuspasienter. De økonomiske incentivene for å styre helsetjenestene viser hvordan markedsmekanismer skulle brukes for å nå reformålene.

Det fremheves i Samhandlingsreformen at en forutsetning for at reformen innføres med hell er kompetent helsepersonell i alle deler av helsetjenesten. Å rekruttere og beholde helsepersonell er avgjørende for god kvalitet i kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Videre presiseres det at behovet for personellkapasitet vil øke parallelt med den aldrende befolkningen fram mot 2030 (St.meld. nr. 47 (2008–2009)).

Samhandlingsreformen har medført en varig endring i strukturen når det gjelder oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunal helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2020b, s. 8). Den medisinske kompetansen i sykehjem har blitt styrket, og antall legeårsverk i sykehjem har økt med 31% i perioden 2009 – 2017 (Melby et al., 2019). Det føres ikke tilsvarende statistikk over antall sykepleierårsverk i sykehjem. Beregninger utført av SSB indikerer imidlertid en økning på 17% i antall sykepleierårsverk på sykehjem for perioden 2010-2016 (ibid). Når det gjelder legeårsverk på sykehjem har det vært en utvikling fra tidligere privatpraktiserende fastleger som fungerte som tilsynsleger på sykehjem, til en overvekt av kommunalt ansatte leger (74%). Sykehjemslegene har fått økt stillingsstørrelse, men tjenestetilbudet preges av lite kontinuitet som følge av høyt gjennomtrekk (turnover) (ibid). Høy turnover opptre også innen personellkategorier som helsefagarbeidere, sykepleiere, ledere og personell uten helse- og sosialfaglig utdanning (Helsedirektoratet, 2020a). Helsedirektoratet frykter at høy turnover blant lederne kan lede til negative konsekvenser for strategiske prosesser og videreutvikling av tjenesten. Bekymringen rettes også mot lederens arbeidsoppgaver som bindes opp til rekruttering, opplæring og ivaretagelse av nyansatte (ibid). For å sikre forsvarlig kompetanse i fremtidens omsorgstjeneste fremhever Helsedirektoratet (2020a) kompetanseplaner som et sentralt tiltak. Kompetanseplaner vil bli nærmere redegjort for i påfølgende avsnitt.

2.3 Kompetanseplaner

Gjennom en rekke nasjonale strategier og vedtatte planer over flere tiår har myndighetene forsøkt å sikre et faglig sterkt helsevesen med tilstrekkelig og kompetent personell. På slutten av 90-tallet kom den første planen for helse- og sosialpersonell «Rett person på rett plass» (Sosial- og helsedepartementet, 1999a). Planen omfattet hele helse- og omsorgssektoren, og ble etterfulgt av planen «Rekruttering for bedre kvalitet» (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Sistnevnte var en rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell for perioden 2003-2006. Den kommunale omsorgstjenesten var her særskilt vektlagt. I 2006 utarbeidet Stoltenberg II regjeringen en plan for å løse kompetanseutfordringene i omsorgssektoren (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Planen bygde på erfaringer fra forutgående planer. Tidsperspektivet strakk seg til 2050, men hovedfokuset var perioden fram til 2015 da behovet for økt tjenestetilbud og kompetanse ble beskrevet som størst. En sentral målsetting i meldingen var å heve utdanningsnivået, slik at kommunene kunne utvikle nødvendig kompetanse for å møte fremtidige utfordringer i omsorgssektoren. Planen fikk navnet Kompetanseløft 2015, og var både en kompetanse- og rekrutteringsplan som i sin helhet retter seg mot den kommunale omsorgstjenesten. Kompetanseløft 2015 ble videreført til Kompetanseløft 2020, og i statsbudsjettet for 2021 vedtok myndighetene å videreføre og styrke Kompetanseløft 2020 til 2025 (Finansdepartementet, 2020). Helse- og omsorgsdepartementet utarbeider både strategi og tiltak i kompetanseløftet, og tiltakene består i det vesentlige av økonomiske insentiver slik som tilskuddsordninger. Tilskuddsordningene forvaltes av Helsedirektoratet og statsforvaltere, og kommunene kan søke om tilskudd til kompetanseheving, fagutvikling og innovasjon via tilskuddsordningen Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd (Grut et al., 2020). Tilskuddsordningen er et godt eksempel på hvordan staten blander seg inn i fordeling av goder for å bidra til at offentlige strategier og planer blir nådd. Denne form for økonomisk system beskrives som planøkonomi, og staten inntar dermed en mer aktiv rolle enn ved markedsøkonomi der markedet er styrt av tilbud og etterspørsel. Det norske økonomiske systemet er en hybrid av plan- og markedsøkonomi og beskrives som blandingsøkonomi (Opstad, 2018).

Kommunene har plikt til å planlegge virksomheten sin, og Helsedirektoratet oppfordrer kommunene til å arbeide strategisk med kompetanseplanlegging (Helsedirektoratet, 2018a). Direktoratet argumenterer derfor for at politisk vedtatte kompetanseplaner bør inngå i det kommunale planverket, og anbefaler at kommunene tar i bruk Kommunesektorens organisasjon (KS) sitt verktøy for strategisk kompetansekartlegging (Helsedirektoratet,

2020b; KS, 2018). Det sentrale er at den enkelte kommune kartlegger systematisk pasient- og brukergrunnlaget, arbeidsoppgaver i tjenesten og personellet sine kvalifikasjoner. Data herfra danner grunnlag for vurderinger av personell- og kompetansebehov både på kort og lang sikt. Statsforvalterne og KS kan bistå kommunene med opplæring i kompetanseplanlegging (ibid).

Innretningen i masteroppgaven er mot strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem, og datagrunnlaget består hovedsakelig av intervju med enhetsledere. Enhetsleder er øverste leder på sykehjem, og i henhold til Ledelse- og kvalitetsforbedringsforskrift (2016) §3 er det vedkommende som har det overordnede ansvaret for virksomheten som er ansvarlig for at det etableres og gjennomføres styring av virksomheten. Enhetsleder plikter dermed etter forskriftens §6 bokstav f å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) regulerer kommunens ansvar, og i henhold til lovens §4-1 bokstav d skal kommunene tilrettelegge tjenestene slik at fagkompetansen sikres og helsehjelpen blir forsvarlig. Kommunen har en plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell samt sørge for at egne ansatte skal få påkrevd videre- og etterutdanning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011§ 8-1 og 2 første ledd).

Kompetanseplaner som inngår i kommunenes planarbeid, kan gi verdifull tilleggsdokumentasjon for å skaffe innsikt i kommunenes utfordringsbilde og satsingsområder innen helse- og omsorgstjenestene. Videre vil det være interessant å undersøke i hvilken grad intervjupersonene er involvert i prosessen med utarbeidelse av kompetanseplanene, og om de overordnede kompetanseplanene gir retningslinjer og er relevante for sykehjemmets egen kompetanseplan, hvis en slik finnes.

I neste kapittel vil jeg presentere forskning som jeg har funnet relevant for å beskrive forskningsstatus knyttet til mitt forskningsfelt.

3 Kunnskapsstatus og tidligere forskning

Kompetanse hos helsepersonell har vært et gjennomgående tema i mitt arbeid i løpet av masterstudiet. Jeg har i studieperioden gjort jevnlig litteratursøk relatert til ansattes kompetanse i eldreomsorgen, og jeg har funnet relevant forskning og aktuelle rapporter som har gitt verdifulle bidrag i utforming av problemstilling og forskningsspørsmål. Deler av denne teksten er en omarbeidet versjon av tekst hentet fra en presentasjon av kunnskapsstatus i min prosjektoppgave i kurs ME6-501 Forskningsdesign og metode vår 2021.

Det er forsket mye på samhandlingsreformens ulike konsekvenser. Jeg har primært fokusert på forskningsområder relatert til kompetanseplanlegging på sykehjem. For å sikre god kvalitet på søkene har jeg også gjennomført litteratursøk med bibliotekar. Søkene har blitt utført i ulike databaser som Oria, Cinahl, Academic Search Elite, Eric, SveMed+ og Google Scholar. Jeg har anvendt både engelske og norske søkeord. Engelske søkeord har blant annet vært: Competence, professional competence, clinical competence, health personnel, nursing home personnel, health personnel, strategic planning, management, leadership og coordination reform. Tilsvarende søkeord har jeg brukt på norsk. I tillegg til søk i databaser har jeg funnet relevante studier og litteratur via litteraturlister i forskningsartikler, rapporter og bøker.

I dette kapittelet vil jeg presentere utvalgt forskning for å belyse den nåværende forskningsstatusen knyttet til temaet strategisk kompetanseplanlegging. Studiene er organisert tematisk for å gi innsikt i de ulike temaene som er relevante for problemstillingen i oppgaven. Gjennomgangen av tidligere forskning er ikke bare hensiktsmessig for å skape et bilde av forskningsstatusen på feltet, men vil også være relevant senere i masteroppgaven der egne funn vil bli diskutert, blant annet i lys av denne forskningen.

3.1 Kompetansebehov

Både nasjonale og internasjonale studier peker på at ivaretagelse av eldre utenfor sykehus blir stadig mer kompleks. En rekke norske studier viser til at kortere liggetid på sykehus er en direkte konsekvens av samhandlingsreformen, og har medført at mange av pasienter som får behandling og oppfølging i kommunene er eldre, sykere og har økt hjelpebehov sammenlignet med tidligere (Bruvik et al., 2017; Gautun & Syse, 2017; Tyrholm et al., 2016). Det konkluderes derfor med at samhandlingsreformen har ført til økt behov for kvalifisert

personalet som innehar den nødvendige kompetansen (ibid). I litteraturstudien *The competence gap in community care; imbalance between expected and actual nursing staff competence* (Bing-Jonsson, Foss, et al., 2016) vises det til en kvantitativ studie fra USA (Wolff, 2003) som konkluderte med at økt eldrepopulasjon fører til flere syke og skrøpelige eldre med komorbide tilstander, og at risikoen for sykehusinnleggelse øker med antall kroniske sykdommer. Det stilles derfor høyere krav til de ansatte i eldreomsorgen sin kompetanse. Utfordring med tilstrekkelig kvalifisert personell sees også i Europa (Genet et al., 2012), og det trekkes paralleller mellom sykepleietetthet og kvalitet i tjenestene. Spesielt på sykehjem blir sammenhengen mellom forekomsten av sykepleiekompetanse og kvalitet i pasientomsorgen fremhevet. Økt sykepleiedekning assosieres med bedre kvalitet i tjenestene med forbedring i pasienters tilstand, mindre trykksår og vekttap (Bostick et al., 2006). Studiene som Bing-Jonsson, Foss, et al. (2016) referer til er baserte på et kvantitativt forskningsdesign og måler kvalitet på pleien basert på bemanning og antall sykepleiere. I litteraturstudien hevder forskerne at designet bare er delvis egnet til å gi et bilde av kvaliteten i tjenesten, da den ikke belyser hvilken kompetanse de ansatte faktisk besitter. Forskerne argumenter derfor for at det må forskes på de ulike yrkesgruppene som utgjør pleiepersonalet, for å få økt kunnskap om kompetansebeholdningen. I litteraturstudien ble nasjonale planer og strategier samt nordisk forskning relatert til pleiepersonalets kompetanse analysert. Forskerne fant en betydelig ubalanse mellom det som de beskrev som *ambisiøs* statlig kompetanseforventning og pleiepersonalets faktiske kompetanse (ibid, s. 34).

I 2013 gjennomførte Bing-Jonsson, Hofoss, et al. (2016) en studie hvor de målte kompetansen til 1016 helsepersonell ansatt på sykehjem og i hjemmetjenesten i ulike kommuner i Norge. Det konseptuelle rammeverket i studien bygger på Eraut (1994) og Edwards (2010) sine perspektiver om kompetanse. Eraut fremhever betydningen av å inkludere «capability into a conceptualization of competence, as capability provides a basis for future competence» (Bing-Jonsson, Hofoss, et al., 2016, s. 2). Edwards forståelse bygger på et sosiokulturelt perspektiv, og konsentrerer seg om de relasjonelle aspektene ved kompetanse. Den individuelle kompetansen står her i et gjensidig avhengighetsforhold til kollegaers kompetanse, og legger til grunn at målet på en arbeidsplass er at medarbeiderne gjensidig styrker hverandres kompetanse slik at den samlede kompetansen er større enn summen av hver enkelt. Verktøyet som forskerne har utviklet for å måle kompetansen, har derfor bestått av en blanding av tilnærminger for å få innsikt i individuell kompetanse når det gjelder kunnskap, ferdigheter og personlige evner samt sosiokulturelle aspekter.

Av deltakerne i studien var 30% assistenter, 60% var helsefagarbeidere og 10% var sykepleiere. Funnene viste at sykepleierne skåret noe høyere enn det øvrige pleiepersonalet på målt kompetanse. Helsefagarbeiderne skåret høyere på kompetansebarometrene enn assistentene. Funnene i studien var likevel alarmerende og fikk mye oppmerksomhet i media da den avdekket at forskjellen i målt kompetanse mellom yrkesgruppene var relativt liten, og samsvarte ikke med myndighetens forventning til pleiepersonalets kompetanse. De ansatte manglet sentrale ferdigheter innen observasjonskompetanse, gjenkjennelse av sykdomsforverring, igangsetting av riktige tiltak til rett tid og håndtering av prosedyrer. Dette er sentrale sykepleieferdigheter, og det er avgjørende at helsepersonell har kunnskap om at de vanligste årsakene til innleggelse fra sykehjem til sykehus er symptomer fra hjertekarsystemet og luftveiene (Graverholt et al., 2011). Dette er livsnødvendige organer, og svikt i organene kan være livstruende om de ikke blir oppdaget i tide. Manglende vurderingskompetanse hos helsepersonell på sykehjem ble også avdekket i en studie som ble gjennomført i 2018 (Hopøy et al., 2020). Sykepleierne hadde også her det høyeste kompetansenivået, etterfulgt av helsefagarbeidere og deretter assistenter. Resultatene indikerer et behov for kompetanseheving for alle yrkesgrupper. 62% av informantene rapporterte at de hadde behov for høyere klinisk vurderingskompetanse. Forskerne understreket nødvendigheten av et godt og avklart samspill mellom yrkesgruppene. Uklar rollefordeling pekes på som én av årsakene til den forholdsvis lave forskjellen i målt kompetanse mellom yrkesgruppene (Bing-Jonsson, Hofoss, et al., 2016). Det forklares med at pleiepersonalet på sykehjem har like oppgaver, og viser til doktorgraden til Haukelien (2013). Hun beskriver i sin avhandling en holdning blant pleiepersonalet som preges av dugnadsånd med manglende struktur for oppgavedeling. Dette medfører at sykepleierne som har den høyeste utdanningen ikke får anvendt sin kompetanse mest hensiktsmessig. Bing-Jonsson, Hofoss, et al. (2016) argumenter for en tydeliggjøring av fordeling av arbeidsoppgaver mellom yrkesutøverne, og begrunner det med den økte belastning i tjenestene med flere eldre med et komplekst sykdomsbilde, som krever sykepleiefaglig kompetanse. Forskerne foreslår derfor at ansatte bør ha stillingsbeskrivelse med en presisering av hvilken kompetanse som forventes av den enkelte.

Et annet interessant funn var at eldre medarbeidere skåret lavere på kompetansemålingene enn de yngre. Dette begrunnes med at kunnskapsutviklingen har vært enorm de senere år. Forskerne fremhever derfor betydningen av kompetanseheving gjennom hele yrkeslivet, slik at helsepersonell klarer å holde seg oppdatert på fagfeltet. Forskerne mener at funnene om målt kompetanse blant ulike yrkesgrupper gir et viktig bidrag til ledere i deres arbeid med

systematisk kompetanseplanlegging på sykehjem (ibid).

3.2 Bemanning og rekruttering

Som allerede påpekt, viser framskrivninger en tydelig underdekning av fagutdannet helsepersonell (Meld. St. 14 (2020–2021)). Dette gir grunn til bekymring da det over flere tiår har vært et problem å rekruttere tilstrekkelig fagutdannet helsepersonell til eldreomsorgen (Rasmussen & Kjevik-Wycherley, 2019). Det har vært spesielt krevende å rekruttere sykepleiere, og studier viser at sykehjem ikke er det foretrukne arbeidsstedet for sykepleierstudenter (Bergland & Laerum, 2002; Kloster et al., 2007). Studentene begrunner dette med forhold i eldreomsorgen, og peker på knappe ressurser, begrenset mulighet til å yte faglig forsvarlig pleie og begrenset mulighet for fagutvikling. Bergland og Laerum (2002) viser også til i studien at arbeid med eldre har lav status blant sykepleiere, og at det å heve lønnen kan være et tiltak for å gjøre det mer attraktivt. Kloster et al. (2007) avdekket at sykepleierne ønsker relatert til fremtidig arbeidssted endret seg gjennom studietiden. Unntaket var innen eldreomsorgen, som forble det det minst attraktive arbeidsstedet blant sykepleierstudenter gjennom hele studieperioden. En masterstudie om sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjemspraksis avdekket at studentenes erfaring fra praksis er relevant i forhold til valg av sykehjem som fremtidig arbeidsplass (Jakobsen, 2015). Studentene som oppga at de hadde gode opplevelser fra praksis ønsket ikke nødvendigvis å arbeide i sykehjem som nyutdannet, mens de som hadde negative opplevelser kategorisk utelukket sykehjem som fremtidig arbeidsplass. Forbedringsarbeid knyttet til arbeidsmiljø og holdningsskapende arbeid ble derfor foreslått som aktuelle tiltak for å heve kvaliteten på sykepleierstudenters praksisperiode.

I artikkelen *Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing* (Bratt & Gautun, 2018) gjennomførte forskerne en landsomfattende nettbasert undersøkelse med nærmere 5000 sykepleiere fra sykehjem og hjemmetjenesten i Norge. Resultatene viste at 25% av sykepleierne oppga at de ønsket å slutte å arbeide i eldreomsorgen. En tilsvarende andel oppga at de var usikre på om de ville fortsette i stillingen. Ønsket om å forlate eldreomsorgen var hyppigere blant yngre sykepleiere, og høyest blant sykepleiere på sykehjem. Rapporterte arbeidsforhold var oppgitt som en sterk medvirkende årsak. Gautun og Syse (2017) fant i sin studie at sykepleierne arbeidsforhold i eldreomsorgen er spesielt krevende sammenlignet med arbeidsforholdene til sykepleiere på

sykehus. Dette begrunnes med få tilgjengelige leger, mangel på erfarne sykepleiekollegaer, høy andel ufaglærte og pleiere med lav formalkompetanse. Bratt og Gautun (2018) viser til funn fra tidligere forskning om til sykepleiere på sykehus som har vist at yngre og mindre erfarne sykepleiere har nytte av støtte fra kollegaer for å håndtere stressfylte arbeidsforhold. Forskerne hevder at støtte og veiledning fra erfarne kollegaer er enda mer presserende på sykehjem da sykepleiernes arbeid er mer selvstendig enn på sykehus.

I artikkelen *Eldreomsorgens bemanningskrise* undersøker forskerne hvordan sykehjem håndterer utfordringer med mangel på sykepleiere i sin daglige praksis (Rasmussen & Kjevik-Wycherley, 2019). I artikkelen beskriver distriktslederne og avdelingslederne bemanningssituasjonene som frustrerende og mangelen på sykepleiefaglig kompetanse som et kronisk problem. Erfaringer viste at det var utfordrende å sørge for at det alltid var en sykepleier til stede på sykehjemmet. Dette gjaldt spesielt på nattskiftet, og da ble problemet løst ved at sykepleier på et annet sykehjem ble tillagt en bakvaks funksjon og måtte bistå ved behov. En slik løsning blir i studien til Søreide et al. (2019) beskrevet som «not a solution for the future». Avdelingslederne fryktet at enkelte sykepleiere fikk for mye ansvar, og at det igjen ville påvirke rekrutteringen negativt.

For å kompensere for sykepleiemangelen ble strategien til sykehjemmene å utvikle kompetansen til helsefagarbeiderne slik at de kunne overta sykepleiefaglige oppgaver (Rasmussen & Kjevik-Wycherley, 2019). Helsefagarbeiderne deltok på kurs og fikk tildelt ansvar for medisindeling. I tillegg tok de del i interne og eksterne opplæringsprogrammer for å ruste dem til å håndtere pasienter med mer komplekse behov. Ifølge en avdelingsleder medførte tiltaket redusert press på sykepleierne. Et interessant funn i studien var at eldre helsefagarbeidere var skeptiske til å overta sykepleiefaglige oppgaver og ansvaret som fulgte med. Yngre helsefagarbeidere var derimot ivrige etter å overta sykepleiefaglige oppgaver, og ønsket å avlaste sykepleierne. Studien avdekket videre at yngre helsefagarbeidere ikke betraktet sykehjemmet som en fremtidig arbeidsplass, og planla å slutte. Dette ble begrunnet med at de bare fikk små deltidsstillinger uten utsikt til heltidsstilling. Artikkelen konkluderer med at dersom helsefagarbeiderne behandles som en utgift og ikke som en ressurs som investeres i, vil det medføre ytterligere utfordringer med å rekruttere og beholde tilstrekkelig fagutdannet helsepersonell i tjenesten.

Berge og Eilertsen (2020) gjennomførte en kvalitativ studie med mål om å utforske hvilke erfaringer avdelingssykepleiere har med å beholde og rekruttere sykepleiere i norske

sykehjem. Et kvalitativt, utforskende design ble valgt, og forskerne begrunnet dette med at det er sparsomt med kunnskap om tema. Ni avdelingssykepleiere fra ulike kommunale sykehjem deltok i studien. Funnene i studien ble inndelt i hovedtemaene *å beholde sykepleiere* og *rekruttering av sykepleiere*. Fagutvikling, kompetanseheving og karrierestiger ble ansett som viktige faktorer for å beholde sykepleiere, og begrunnet det med at kompetanseutvikling ledet til økt motivasjon. Flere av intervjupersonene oppga at de oppmuntret sykepleierne sine til å ta videreutdanning, og tilrettela turnus slik at det lot seg gjennomføre. Samtidig pekte de på utfordringer relatert til stramme budsjetter og sikring av forsvarlig bemanning, og presiserte at det var en balansegang. Godt arbeidsmiljø ble fremhevet som et viktig tiltak, og ble beskrevet som «inkluderende og åpent med takhøyde for faglige diskusjoner» (ibid, s. 11). Kollegastøtte og «fadderordning» ved nyansettelser ble fremhevet som viktige tiltak for å beholde sykepleiere. Lederne mente at de hadde en sentral rolle i å skape et godt arbeidsmiljø, og fremhevet betydningen av å være gode rollemodeller, tilgjengelige for sykepleierne og en tydelige tilstedeværende leder i avdelingen. Samtidig presiserte de at det var en utfordring å balansere ledelse og administrasjon. Denne utfordringen blir også påpekt av avdelingsledere i kommunal eldreomsorg i studien til Søreide et al. (2019). Samtlige avdelingsledere beskrev omdømme som den viktigste faktoren når det gjaldt å rekruttere dyktige sykepleiere (Berge & Eilertsen, 2020). Flere viste til positive erfaringer der avdelingens omdømme hadde vært utslagsgivende når sykepleierne søkte seg til avdelingen. Sykepleiestudenter i praksis var en viktig rekrutteringsarena, og de var derfor opptatt av at de skulle ha en god praksisperiode og bli inkludert i arbeidsmiljøet med tett og god oppfølging.

I studien til Berge og Eilertsen (2020) beskrev avdelingslederne sykehjemmenes omdømme som relativt bra, men at tidligere oppfatninger om at geriatri som et uinteressant fagfelt med få utfordrende oppgaver og høyt arbeidspress, fremdeles gjaldt hos enkelte. De argumenterte derfor for at omdømmebygging var et kontinuerlig arbeid som krevde oppmerksomhet. Utviklingsmuligheter i avdelingen, karrierestiger, og individuelle avtaler med valgfri stillingsstørrelse med fleksibel turnus var tiltak som avdelingslederne foreslo som goder som kunne bidra til økt rekruttering av sykepleierne. Flere mente at økt lønn ikke var avgjørende for økt tilfang. Enhetslederne så et tydelig behov for å endre organisering av sykepleiere i sykehjem, og understreket at det vil kreve både økonomi og ressurser. De foreslo egne sykepleiergrupper som var ansatt på sykehjemmet, og ikke en del av bemanningen på avdelingen. Dette mente de ville gjøre arbeidsoppgavene mer interessante for sykepleierne, og bidra positivt i rekrutteringsøyemed.

I masteroppgaven *Sykehjem, profesjon og organisasjon* ble denne tematikken utforsket (Magnussen, 2021). Studien rettet søkelyset mot hvordan ansvar og oppgaver fordeles mellom ulike yrkesgrupper i sykehjem, og særlig i lys av endrede oppgaver og økt ansvar etter innføring av samhandlingsreformen. Studien ble gjennomført som en komparativ casestudie med intervju av sykepleiere, helsefagarbeidere og ledere ved to ulike sykehjem. Sykehjemmene ble valgt ut på bakgrunn av ulik organisering, og forskeren beskriver organisasjonsmodellene som «tradisjonell modell» og «teamorganisert sykepleietjeneste». Funnene viste at ved den tradisjonelle organisasjonsmodellen, var profesjonsgrensene uklare på grunn av utydelig ansvars- og oppgavedeling. Endringer etter samhandlingsreformen forsterket den egalitære organisasjonskulturen i sykehjemmet, og medførte mer utstrakt oppgaveglidning mellom yrkesgruppene. Sykepleierne oppga tidspress og krevende prioriteringer som kom i konflikt med deres yrkesetiske standarder. I sykehjemmet med teamorganisert sykepleie hadde Samhandlingsreformen medført en sterkere spesialisering av sykepleiernes ansvars- og arbeidsområde, og arbeidsoppgavene var tydelig differensiert mellom de ulike yrkesgruppene. Sykepleierne rapporterte om forbedret tjenestekvalitet, og de begrunner dette med at organiseringen har gitt dem tilstrekkelig tid til å utføre oppgavene i samsvar med yrkesetiske standarder. Videre identifiserte studien en positiv sammenheng mellom organisasjonsstrukturen og rekrutteringen av sykepleiere. Imidlertid avdekket forskningen at det var mindre vekt på tverrfaglig samarbeid enn intern samhandling innenfor de ulike yrkesgruppene. Dette bidro til en sektorisert tankegang og begrenset samarbeid. Sykepleierne var primært opptatt av egne oppgaver, selv om pasientenes grunnleggende behov ikke ble fullstendig ivaretatt. Organisasjonsstrukturen kunne dermed lede til uheldige konsekvenser for pasientene. Dette skyldtes at den helhetlige sykepleien ble svekket når pasientens behov ble fragmentert, og pasienten fikk også flere behandlere å forholde seg til. Et interessant funn var at stillingsbeskrivelsene knyttet til de forskjellige yrkesgruppene var generelt uklare når det gjaldt de spesifikke arbeidsoppgavene og aktivitetene som tilhørte hver yrkesgruppe. Dette var på tross av at organisasjonskartet tydelig viste en hierarkisk struktur. Ansvarsområder ble formulert tydeligere enn de oppgavene som var knyttet til hver stilling, og det ble i denne konteksten påpekt at sykepleieren hadde det overordnede ansvar for sykepleieoppgaver (ibid).

Avdelingsledere i studien til Berge og Eilertsen (2020) uttrykte bekymring for fremtiden, og etterlyste en tydelig rekrutteringsstrategi fra overordnet ledelsesnivå med fokus på nye tiltak for å tiltrekke de beste sykepleierne. En plan fra overordnet nivå relatert til organisering av

helsetjenestene ble også etterspurt av avdelingslederne i studien til Søreide et al. (2019).

3.3 Kompetanseplanlegging

Gitt forventet behov for både økt bemanning og økt kompetanse på sykehjem, er det interessant å belyse forskning som kan bidra til bedre forståelse av kompetanseplanlegging på sykehjem. Nedenfor presenteres forskning som på ulikt vis bidrar til økt kunnskap på dette området, og som er relevant for oppgavens problemstilling. Jeg vil også vise til aktuelle rapporter, selv om det ikke er å betrakte som forskning i tradisjonell forstand, men fordi jeg mener at de vil gi verdifull informasjon og kan bidra til innsikt til de ulike fenomenene.

Artikkelen *Kompetanseutvikling i norske kommuner: fra ufaglært til faglært* utforsker hvordan norske kommuner kan lykkes med kompetanseutvikling for ansatte i pleie- og omsorgstjenestene (Døving & Tobiassen, 2009). Det empiriske materialet i artikkelen består av datamateriale fra syv kommuner, og forskerne har anvendt både kvantitative og kvalitative metoder med blant annet intervju med ansatte fra ulike nivå i kommunen, fra rådmann til ufaglærte. Studien viser at kompetanseutvikling som er forankret på toppnivå i kommunen, både politisk og administrativt, samtidig som den er forankret hos enhetslederne, er viktige faktorer for å lykkes. Disse faktorene ble også påpekt i rapporten *Evalueringsrapport Kompetanseløft 2020*¹ (Grut et al., 2020) som viser at kommunaldirektører og enhetsledere er de vesentligste beslutningstakerne i arbeidet med strategisk kompetanseplanlegging. Ferdige planer og strategier blir deretter lagt fram for politiske organer, som orienteringssak. Videre fant forskerne i studien til Døving og Tobiassen (2009) at enhetsleder er nøkkelperson når det gjelder gjennomføring av systematisk arbeid med kompetanseutvikling. Enhetsledere som selv har erfart utfordringer med å skaffe kvalifisert arbeidskraft viste seg å være spesielt motiverte til å gjennomføre kompetanseutviklingstiltak. En annen suksessfaktor som forskerne viser til, er betydningen av å ha en person med spesialisert personalfunksjon i kommunens sentraladministrasjon som har det overordnede ansvaret for kompetanseutviklingen i kommunen. Personalstaben vil da ha kapasitet, og kan dermed sikre at kommunen har oversikt over aktuelle ordninger, tilbud og regler. Dette er nyttig støtteressurs for enhetslederne, og vil avlaste dem ved at de slipper å sette seg inn i ulike

¹ Evalueringsrapport Kompetanseløft 2020 Delrapport II, som refereres til i denne fotnote, er ikke ansett som forskning i tradisjonell forstand. Rapporten gir likevel verdifull innsikt om den hierarkiske strukturen og arbeidsprosessen med kompetanseplanlegging i kommunen, og er derfor inkludert som en relevant kilde i denne oppgaven.

ordninger og regelverk. Personalstaben har viktig funksjon med å sikre samordning, standardisert opplegg og likebehandling av personaltiltak på tvers av de ulike sykehjemmene. Forskerne presiserer at standardisering kan gå på bekostning av lokal tilpasning og behov for fleksibilitet. De argumenterer for at kommunens sentraladministrasjon bør ha ansvar for finansiering og kompetanseutvikling. Dette begrunnes med at dersom den enkelte driftsenhet får ansvar for finansieringen, vil budsjettene til kompetanseheving bli det første som kuttes når driftsbudsjettet må strammes inn. I en studie om sykepleierkompetanse i kommunehelsetjenesten, oppgir sykepleierne at svak kommuneøkonomi påvirker kompetanseutviklingen negativt (Kyrkjebø et al., 2017). Døving og Tobiassen (2009) fraråder i sin studie at kompetanseheving anses som en kostnad, og foreslår en alternativ innfallsvinkel hvor kompetanseheving blir oppfattet som en investering som vil gi gevinst i fremtiden.

Å planlegge for fremtidig kompetanse innebærer både å sikre tilstrekkelig bemanning i tjenesten og at de ansatte har den nødvendige kompetansen. Rekrutteringsplaner og kompetanseplaner henger derfor tett sammen. I studien til Berge og Eilertsen (2020) utforsket de hvordan avdelingslederne arbeidet med langsiktig planlegging ved ulike sykehjem. Studien avdekket ulik praksis blant avdelingslederne på dette området. Enkelte planla bevisst for fremtiden, mens andre ikke gjorde det. Sistnevnte begrunnet det med at de ikke hadde utfordringer med rekruttering på nåværende tidspunkt, og derfor ble det ikke prioritert. Kartlegging av hvorfor de ansatte sluttet viste også ulikt resultat, fra full oversikt til manglende oversikt. Kun et fåtall avdelingsledere brukte innsikten om hvorfor ansatte sluttet på en aktiv måte i rekrutteringsarbeidet. De fleste avdelingslederne hadde erfart perioder hvor det var krevende å rekruttere sykepleiere, og hvor det var foretatt «ad-hoc-ansettelser» med mindre hell. De var derfor selektive i utvelgelsen av nyansatte. Dette innebar at de var tydelig på krav og forventninger, og vektla også om vedkommende passet inn i miljøet ved utvelgelsen.

Avdelingsledere sine betraktninger over utfordringer i kommunale eldreomsorg ble utforsket i studien «Challenges in municipality healthcare services—The nurse leaders' perspective» (Søreide et al., 2019). Forskerne gjennomførte en kvalitativ studie med avdelingsledere fra kommunale sykehjem og hjemmetjeneste. Kompetanseplan var et av hovedtemaene som ble utforsket. Studien avdekket at avdelingslederne hadde ulik praksis når det gjaldt hvorvidt de hadde en kompetanseplan for sine ansatte. Samtlige ledere mente at ansattes kompetanse kunne anvendes mer hensiktsmessig. Avdelingslederne hadde oversikt over medarbeidernes kompetanse, men manglet en plan for fremtidige kompetansebehov. Kompetanseplan ble

ansett som et bidrag til at avdelingen arbeidet mer systematisk, og som igjen ville komme pasientene til gode. De manglet imidlertid en plan for hvordan de kunne nyttiggjøre seg av den ansattes nyanskaffede kompetanse (ibid). Sykepleiere med videreutdanning eller relevant og viktig spisskompetanse formidler dette som viktig, da de erfarer at kompetansen deres ikke alltid blir brukt (Kyrkjebø et al., 2017). Sykepleiere og helsefagarbeider etterlyser rutiner eller prosedyrer fra ledelsen som sikrer at kunnskap fra kurs blir videreformidlet til kollegaer (Brenden et al., 2011; Kyrkjebø et al., 2017). Sykepleierne forteller at ansatte som skal undervise for kollegaer ikke får avsatt tid hverken til planlegging eller til selve gjennomføringen av undervisningen (Kyrkjebø et al., 2017).

Andre avdelingsledere fortalte at selv om de ikke hadde skriftlige kompetanseplaner, arbeidet de mer eller mindre kontinuerlig med tematikken (Søreide et al., 2019). Studier viser imidlertid at de ansatte ikke er kjent med om arbeidsgiver har overordnede kompetanseplaner for tjenesten (Brenden et al., 2011; Kyrkjebø et al., 2017). I studien til Kyrkjebø et al. (2017) fremkom det at sykepleierne ikke var kjent med om kommunen hadde en overordnet strategisk plan for kompetanseutviklingen ved deres arbeidsplass. Usikkerheten medførte at sykepleierne var engstelige for om de kunne få støtte til kurs og utdanning, og ledet til manglende motivasjon. De savnet en tydelig kompetanseplan i avdelingen hvor det kom fram hvilken kompetanse arbeidsplassen ønsket at de skulle ha.

Et tankevekkende funn i studien til Søreide et al. (2019) var at nasjonale satsingsområder for kompetanseheving i de kommunale helsetjenestene, ikke nødvendigvis sammenfalt med behovet i tjenestene i kommunene. Avdelingslederne viste i denne sammenhengen til ernæring og rus som prioriterte nasjonale fagområder med finansiering fra den statlige tilskuddsordningen Kompetanseløftet. Behovet for kompetanseheving, var slik lederne erfarte det, innen akuttmedisin og palliasjon. Dette sammenfaller med ansattes erfaringer som viser at de får flere tilbud om kurs, men temaene samsvarer ikke med de ansattes og sykehjemmets behov (Brenden et al., 2011). Sykepleierne opplyser at de har behov for å styrke sin kompetanse innen psykisk helse, rus og sammensatte lidelser, og begrunner det med manglende erfaring som skyldes at det ikke har vært et prioritert område i kommunehelsetjenesten (Kyrkjebø et al., 2017). Første delrapporten av Evaluering av Kompetanseløft 2020² (Nesje et al., 2018) viser at mange kommuner søker midler fra den statlige

² Evaluering av Kompetanseløft 2020. Delrapport I, som refereres til i denne fotnote, er ikke er ansett som forskning i tradisjonell forstand. Rapporten gir likevel sentral informasjon om tilskuddsordningens relevans for kommunene, og er derfor inkludert som en relevant kilde i denne oppgaven.

tilskuddsordningen. Det hevdes derfor at Kompetanseløft 2020 er relevant for kommunenes behov for kompetanse. Delrapport II³ (Grut et al., 2020) dokumenterer at informasjon fra kommunene og Statsforvalteren indikerer at satsingsområdene i Kompetanseløft 2020 er retningsgivende for hvilke kompetansehevingstiltak kommunene søker om. Videre viser rapporten at Statsforvalter ofte imøtekommer andre kompetansehevingstiltak dersom kommunen rapporterer om andre behov.

Sykepleiere ønsker å bli involvert i diskusjoner om kompetanseheving slik at ledelsen blir kjent med ansattes kompetansebehov. Involvering av medarbeidere blir fremhevet som et vesentlig moment for at ledere skal lykkes med innovasjon på sykehjem (Totcheva et al., 2019). Totcheva et al. (2019) viser til tidligere studier som har argumentert for at medarbeidernes eksklusive kunnskap om praksisen på arbeidsplassen som vesentlig kunnskap. For at sykehjemmet får unyttet den tilgjengelige kompetansen må lederne legge til rette og skape en kultur for at de ansatte får komme med forslag og blir hørt. Sykehjemsledere viser til egne erfaringer hvor involvering av ansatte ledet til økt engasjement, eierskap og ønske om å bidra (ibid). Funn i studien til Brenden et al. (2011) tyder på at ledelsen ikke har formelle systemer for å få oversikt over ansattes behov for kompetanse. Ledelsen har hverken spurt, kartlagt eller mottatt ønsker fra pleiepersonalet om tematikken. Brenden et al. (2011) foreslår derfor at ledelsen vier større oppmerksomhet til pleiepersonalets kompetansebehov på sykehjemmet. Denne oversikten vil være avgjørende da Søreide et al. (2019) argumenterer for at ledere bør inkluderes i utformingen av nasjonale faglige satsingsområder for kommunehelsetjenesten.

I studien til Søreide et al. (2019) fremhevet avdelingslederne betydningen av sin rolle som ledere for å sikre at kompetansen ble spredt. De anså det som betydningsfullt at de var oppmerksomme og oppmuntret dyktige sykepleiere til å dele sin kompetanse med kollegaer, slik at kompetansen i teamet som helhet ble styrket (ibid). Sykepleiere fremhever også at arbeidsfellesskap er en vesentlig for å tilegne seg ny kunnskap, og anser det å lære fra kollegaer som den viktigste kilden til kunnskapsdeling på arbeidsplassen (Kyrkjebø et al., 2017). Sykepleierne tar gjerne med seg mindre erfarne kollegaer i læresituasjoner med pasienter og pårørende, men savner at ledelsen legger til rette for det. Hjelpepleierne

³ Se fotnote 1. Rapporten er inkludert som aktuell kilde i oppgaven, da den gir relevant informasjon om betydningen av satsingsområdene i Kompetanseløft 2020 og kommunenes mulighet for å velge andre kompetansehevingstiltak.

fremhever at dette er verdifullt, og at de benytter erfarne sykepleiere som kilde for oppdatering (Brenden et al., 2011).

Vatnøy et al. (2022) gjennomførte en tverrsnittundersøkelse med 182 avdelingsledere ved kommunale akutte døgneheter (KAD) i Norge. Selv om studien ikke omhandlet avdelingsledere på sykehjem, er det klare likhetstrekk mellom institusjonene, og funnene kan dermed ha overføringsverdi til sykehjem. Hensikten med studien var å undersøke sammenhengen mellom lederstil, teamkultur og dokumentert kompetanseplanlegging. Forskerne fant ikke signifikante sammenhenger mellom lederatferd og dokumentert kompetanseplanlegging. Forskerne argumenter i artikkelen for at avdelingslederne må anerkjenne kompetanseplanlegging som en sentral del av effektiv ledelse. Organisatoriske faktorer som andel sykepleiere i staben og det å ha en stilling for fagsykepleier, var positivt knyttet til kompetanseplanlegging. Fagsykepleier hadde betydning når det gjaldt å utfylle, støtte og dele lederens ansvar for kompetanseheving i avdelingen.

3.4 Oppsummering forskning og rapport fra feltet

Forskningen presentert over viser at ivaretagelse av eldre utenfor sykehus har blitt stadig mer kompleks som følge av økt alder, sykdomsbyrde og hjelpebehov. Utviklingen er en konsekvens av samhandlingsreformen, og har resultert i et forsterket behov for kvalifisert personell med nødvendig kompetanse. Dette er et uttalt problem, da det er vanskelig å rekruttere tilstrekkelig fagutdannet helsepersonell til eldreomsorgen. Forskningen viser at det er spesielt krevende å rekruttere sykepleiere, og lav sykepleietetthet oppfattes å ha negativ effekt på kvaliteten i tjenestene som tilbys. Tydelig fordeling av arbeidsoppgaver er vesentlig for best mulig utnyttelse av sykepleiefaglig kompetanse. Samtidig kan organiseringen resultere i sektorisert tankegang og begrenset samarbeid mellom yrkesgruppene, og dette kan få uheldige konsekvenser for en helhetlig ivaretagelse av pasienten. Forskningen viser også at det er behov for kompetanseheving for alle yrkesgrupper i eldreomsorgen, og kontinuerlig kompetanseutvikling bør tilbys gjennom hele yrkeslivet, for å kunne møte pasientenes komplekse behov.

Kompetanseutvikling som er forankret på toppnivå i kommunene er viktig for å lykkes, og i tillegg er det vesentlig at kommunen har en øremerket personalfunksjonstilling i sentraladministrasjon som er ansvarlig for kompetanseutviklingen. Enhetslederne har en nøkkelrolle i gjennomføringen av systematisk arbeid med kompetanseutvikling. Studier viser

varierende praksis blant avdelingssykepleierne hvorvidt de arbeider med kompetanseplanlegging på sykehjem, og at de mangler formelle systemer for å få oversikt over ansattes kompetansebehov. Det fremkommer også at avdelingsledere bør anerkjenne kompetanseplanlegging som en viktig del av effektiv ledelse, og involvering av ansatte kan ha positiv effekt i denne sammenhengen. I tillegg viser forskning at nasjonale satsingsområder for kompetanseheving ikke alltid samsvarer med behovet i kommunale helsetjenester. I rapportene som er referert til i dette kapitlet viser at utvalgte satsingsområder fra statlig hold er førende for hva kommunene søker om, og at kommunene opplever fleksibilitet i ordningen, og får støtte om de har andre behov. Videre vises det til at mange kommuner søker midler over Kompetanseløft 2020, og det konkluderes dermed med at Kompetanseløft 2020 er relevant for kommunenes behov for kompetanse.

Etter denne gjennomgangen av relevant forskningsbasert kunnskap knyttet til problemstillingen i oppgaven, vil det i neste kapittel redegjøres for oppgavens teoretiske rammeverk som skal belegge det videre arbeidet.

4 Teori

I denne studien av kompetanseplanlegging i norske sykehjem skal jeg anvende teorier om det instrumentelle perspektivet og det kulturelle perspektivet. Disse teoriene vil utgjøre det teoretiske rammeverket for oppgaven. I det følgende vil jeg gi en grundig redegjørelse for hver av de ulike teoriene. I kapittel 6 og 7 vil jeg deretter presentere mine forventninger til empirien basert på disse teoriene, og tolke datamaterialet i lys av dem.

Det eksisterer flere ulike retninger innen organisasjonsteori. Tradisjonell organisasjonsteori har internasjonalt vært fokusert på private organisasjoner og da spesielt private bedrifter. I Norge har organisasjonsteori gjennom flere år hatt en sentral plass i utviklingen av statsvitenskap. Forskingen har ifølge Christensen et al. (2017) gitt vesentlige bidrag til teoretisk og empirisk forståelse av hvordan offentlige organisasjoner virker. Jacobsen og Thorsvik (2013, s. 18) definerer organisasjoner som «et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål.» Christensen et al. (2017) tar utgangspunkt i at offentlige organisasjoner skiller seg fra private organisasjoner på grunnleggende områder. De viser til at offentlige organisasjoner, som kommunale sykehjem, er en del av samfunnets politiske organisasjon, og har vanligvis en demokratisk valgt ledelse, eller en ledelse som har støtte i et folkevalgt organ. Dessuten er de multifunksjonelle, og skal ivareta hensyn som kan være motstridende. I motsetning til private bedrifter hvor overordnede hensyn består av inntjening og økonomisk overskudd, vil politisk styring, medbestemmelse fra ansatte, lydhørhet overfor pasienter og pårørende, forutsigbarhet, likebehandling og kostnadseffektivitet gjøre seg gjeldende. Den multifunksjonelle organisasjonsmodellen muliggjør skjønnsutøvelse og frihet til å vurdere hvilke hensyn som skal vektlegges. Å balansere de ulike hensynene mot hverandre kan være utfordrende, og gjør offentlige organisasjoner spesielt utsatte for kritikk.

I tråd med Christensen et al. (2017) sin forståelse av sykehjem som komplekse offentlige organisasjoner, vil den teoretiske tilnærmingen i studien være knyttet både til det instrumentelle og til det institusjonelle perspektivet. Innenfor det institusjonelle perspektivet skiller det mellom kulturperspektiv og myteperspektiv. I denne oppgaven velger jeg å fokusere på det kulturelle perspektivet, og vil i det følgende starte med å redegjøre for det instrumentelle og deretter det kulturelle perspektivet.

4.1 Instrumentelt perspektiv

Et grunnleggende skille mellom de institusjonelle og det instrumentelle perspektivet er at det instrumentelle perspektivet har sitt utspring i en modernistisk organisasjonsforståelse.

Forståelsen bygger på en tolkning av at organisasjoner har store systemlikheter, og bygger på de samme komponentene. De møter dermed like utfordringer og problemer. De organisatoriske likhetene gjør at ulike organisasjoner, uavhengig av størrelse og sektor, kan ta i bruk de samme verktøyene for å løse oppgavene (Røvik, 2007, s. 48-49).

Med denne forståelsen blir organisasjoner oppfattet som redskaper for å realisere konkrete mål (Christensen et al., 2017). For offentlige organisasjoner vil dette være mål som regnes som viktige i samfunnet og som ivaretar politiske føringer. En sentral oppgave for offentlige sektor, slik som kommunale sykehjem, er å sikre effektiv ressursbruk og kostnadseffektivitet i tjenesteproduksjonen. Reformideer fra New Public Management (NPM) har betonet offentlige organisasjoner i Norge siden 1980-tallet, og styringsfilosofien er hentet fra privat sektor (Christensen et al., 2017; Røvik, 2007). Sentralt i NPM-tankegangen er at politikerne fastsetter overordnede mål, og de enkelte offentlige organisasjonene er ansvarlige for måloppnåelse innen gitte rammer. Idealet var at offentlige organisasjoner skulle få større handlingsrom ved mindre detaljstyring og økt autonomi relatert til forvaltning av tilordnet budsjett (Christensen et al., 2017). I sykehjem har dette ledet til at enhetsleder får tildelt midler, og forvalter midlene innenfor vedtatt budsjett. Enhetsledernes økonomiske handlingsrom blir begrenset av høye krav nasjonalt og kommunalt, som skal balanseres med gitte midler og tilgjengelige ressurser.

Et sentralt aspekt ved det instrumentelle perspektivet er at organisasjoner handler formålsrasjonelt for å oppnå ønsket fremtidig effekt. I praksis innebærer dette at offentlige organisasjoner vurderer ulike alternativer når oppgaver skal løses, og setter inn tiltak med de virkemidlene de har til rådighet, slik at resultatet gir ønsket effekt. Dette betegnes som fullstendig rasjonalitet (Christensen et al., 2017, s. 37). Komplekse offentlige organisasjoner har mange ulike hensyn som må vektlegges, og målene kan være både uklare og konkurrerende. De kan mangle innsikt om mål-middel-sammenhenger, og fenomenet betegnes som begrenset rasjonalitet (ibid). Dette kan resultere i at organisasjonen velger et alternativ som gir tilfredsstillende grad av måloppnåelse. Også handlinger basert på begrenset rasjonalitet bygger på elementer fra konsekvenslogikk, selv om løsningen ikke er den mest effektive for måloppnåelse.

Innenfor det instrumentelle perspektivet skilles det mellom to varianter. I en hierarkisk variant har lederne kontroll på mål-middel-sammenhenger og rasjonelle kalkulasjoner står sentralt. I en forhandlingsvariant åpnes det for interessehevding, forhandlinger og kompromisser. Det forklares her med at den enkelte organisasjon er sammensatt av ulike underenheter og posisjoner som kan ha ulike interesser og mål. Aktørene kan ikke selv sørge for måloppnåelse, men er avhengige av kompromisser og forhandlinger mellom de ulike aktørene (Christensen et al., 2017). Den formelle organisasjonsstrukturen, og den rollen og posisjonen aktøren i organisasjonen har, er avgjørende for hvilke beslutninger vedkommende har myndighet til å fatte. Rollen er upersonlig, og forventingene er til enhver tid knyttet til de som innehar posisjonen. Forventninger består av etterlevelse av normene for hva som skal gjøres, og kan komme til uttrykk gjennom stillingsinstrukser, organisasjonskart, regler og lover. Den formelle organisasjonsstrukturen kjennetegnes av et hierarkisk mønster med en tydelig over- og underordning mellom de vertikale nivåer i organisasjonen. Hierarki i en byråkratisk organisasjon er koblet til et karrieresystem der kvalifikasjoner og prestasjoner belønnes med opprykk. Både mellom nivåene og innad i samme nivå eksisterer ulike former for arbeids- og ansvarsfordeling. Dette innebærer at det foreligger både regler og prosedyrer for oppgavefordeling og utførelse. Rutinene vil være nedfelt i skriftlige dokumenter.

Sykehjem i Norge kjennetegnes av ulike organisasjonsmodeller. Dette skyldes at kommunene har fått delegert ansvar og myndighet til å avgjøre hvilken organisering som er mest hensiktsmessig. Alle sykehjem har imidlertid en øverste leder. I praksis varierer tittelen fra styrer, virksomhetsleder og enhetsleder, men jeg har valgt i studien å omtale lederen for enhetsleder. Enhetsleder har gjerne et lederteam knyttet til seg bestående av fagleder, økonom, avdelingsledere, fysioterapeut og aktivitetsleder. Avdelingslederne er ansvarlige for sine respektive avdelinger, og det kan være store variasjoner når det gjelder antall pasienter på hver avdeling. Hvordan rollen utøves kan også variere fra en ren administrativ stilling til en kombinasjon av administrasjon og klinisk arbeid. I løpet av de siste 10 årene har en ny modell for ansvars- og oppgavedeling blitt introdusert og innført i enkelte sykehjem. Modellen er et resultat av rekrutteringsutfordringer relatert til kvalifisert helsepersonell, og spesielt sykepleiere. Modellen kalles teambasert sykepleie og innebærer at sykepleiere ved sykehjemmet arbeider i team, og inngår dermed ikke i sykehjemsavdelingens øvrige arbeid. De har en ambulerende funksjon, og tilkalles ved behov for sykepleiefaglig kompetanse. Modellen skiller seg fra tradisjonell organisering hvor sykepleiere arbeider side om side med helsefagarbeidere og ufaglærte, og utfører en rekke gjøremål, som for eksempel

kjøkkentjeneste og skylleromsarbeid, med andre ord oppgaver som ikke krever sykepleiekompetanse.

4.2 Kulturelt perspektiv

Organisasjonskultur knyttes til uformelle normer og verdier som vokser fram over tid og preger virksomheten til formelle organisasjoner (Christensen et al., 2017).

Begrepet institusjonaliserte organisasjoner beskriver organisasjoner som innehar elementer av uformelle normer og verdier parallelt med formelle normer. Det kulturelle perspektivet fokuserer dermed på betydningen av å ta vare på en organisasjons historie, kjennskap til hvilke symboler som er viktige, og kulturens betydning for styrket fellesskapsfølelse. For nye medarbeidere kan organisasjonskultur være vanskelig å identifisere, og forklares gjerne med noe som «sitter i veggene». Etter en viss tid vil nyansatte internalisere de uformelle normene og verdiene, og kulturen fungerer som limet som holder organisasjonen samlet. I denne sammenhengen vil det være en styrke ved at det utvikles et sterkt sosialt fellesskap, og som igjen kan lede til at virksomheten løser oppgaver mer smidig. Kulturen åpner opp for at ansatte kan tenke og handle relativt likt innenfor en gitt regel, og dermed kan virksomheten bruke mindre ressurser på administrative systemer. Effektivitet kan også oppnås, fordi ansatte er i stand til å handle raskt ut fra frihetsgraden de har. I tillegg til nevnte interne effekter kan institusjonelle trekk øke det offentlige legitimitet. Når offentlige organisasjoner har kulturelle normer og verdier som er ønskelig og akseptert av samfunnet, vil det virke positivt.

Institusjonelle trekk kan bidra til at borgerne får økt tillit til offentlige systemer, ved at de får en bedre forståelse av hendelser rundt seg, og hva som kreves av den enkelte i et demokrati. Virksomhetene mangler ikke nødvendigvis fleksibilitet, men endring vil ta tid og må skje gradvis. Fornyelse krever institusjonelle ledere som klarer å balansere nåtidens krav og samtidig tar vare på organisasjonens historie og tradisjoner. March og Olsen betegner fenomenet som *historisk ineffektivitet* (Christensen et al., 2017, s. 62).

Institusjonaliserte organisasjoner kan bli komplekse og lite opptatt av å tilpasse seg sine omgivelser. Ved raske endringer i omgivelsene vil dette være problematisk, og det oppstår et språk mellom eksterne behov og problemer og den indre kulturen i organisasjonen. Det vises i denne sammenhengen til at sterke og autoritære ledere kan resultere i at organisasjonen får betydelige institusjonelle trekk som kan virke negativt, enten internt eller eksternt for samfunnet (ibid). Den kulturelle utviklingen i offentlige organisasjoner betegnes som

stivhengighet, og kan altså ha både fordeler og ulemper. Christensen et al. (2017, s. 61-62) presiserer at de kulturelle verdiene som preger organisasjonen i starten hvor organisasjonen er mest formativ, vil ha betydning for den videre utviklingen. Dette kan forstås med at dersom organisasjonene etableres i en tid der det er mye fokus på dugnadsånd og at «alle skal gjøre alt», vil dette gjenspeiles i organisasjonen i mange år fremover.

Temaet i oppgaven er strategisk kompetanseplanlegging, og det vil derfor være interessant å få innsikt i hva som er bakgrunnen for at sykehjemmet har strategiske kompetanseplaner og hvilken form de har. De amerikanske organisasjonsforskerne DiMaggio og Powell, gjengitt i Christensen et al. (2017, s. 91), skiller mellom tre grunner til at organisasjoner implementerer ulike organisasjonsoppskrifter. Den første omtales som tvangsmessig adoptering hvor organisasjoner pålegges å innføre konkrete oppskrifter, for eksempel gjennom lov. Den andre beskrives som en normativ basert adoptering og viser til spredning og adoptering som en konsekvens av faggruppers og profesjoners felles kunnskaper, verdier og normer. Den tredje grunnen kalles mimetisk adoptering. Teorien referer til at organisasjoner som er preget av usikkerhet vil gjøre forsøk på å etterligne det man ser at andre har lykkes med.

Handlingslogikken i kulturperspektivet bygger på hva som oppfattes som «passende atferd». Når lederne skal fatte beslutninger, vil de med bakgrunn i logikken legge vekt på hva som anses som rimelig basert på gjeldende og aksepterte normer og verdier. Den individuelle atferden styres av kulturen i organisasjonen, og ansatte med lang ansiennitet i organisasjonen har dermed lettere for å handle intuitivt enn nyansatte. Ved en instrumentell tilnærming vil ledelsen benytte normene og den formelle organisasjonsstrukturen som virkemidler for å nå fastsatte mål. Mål i en kulturell logikk vokser derimot gradvis frem, og over tid vil det utvikles uformelle normer, verdier og identitet. Påvirkning av prosessen skjer gjennom normer, holdningsskapende tiltak og ved bruk av organisasjonens verdier (Christensen et al., 2017).

5 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere valg av forskningsmetode samt redegjøre for forskningsprosessen og begrunne valg jeg har foretatt underveis. Deler av dette kapitlet er en omarbeidet versjon av metodekapitlet i Forskningsdesign og Metode ME6-501 innlevert våren 2021.

5.1 Forskningsdesign

I dette prosjektet har jeg valgt å gå i dybden i et tema gjennom enhetsledernes fortellinger. Problemstillingen tar sikte på å utforske erfaringer og opplevelser enhetsledere på kommunale sykehjem har med strategisk kompetanseplanlegging for sine ansatte. Generelt tar kvalitative forskningsstudier sikte på å oppnå en dypere forståelse av sosiale fenomen og hvordan enkeltpersoner reflekterer og opplever sin situasjon. Dette oppnås gjennom tolkning av informasjon og direkte kontakt med deltakerne i det aktuelle feltet (Thagaard, 2018, s. 11). I lys av dette anser jeg kvalitative metoder som den mest hensiktsmessige tilnærmingen for å undersøke og oppnå innsikt på et komplekst felt som dette. Den vitenskapsteoretiske tilnærmingen i prosjektet har vært hermeneutisk. Fortolkning er sentralt innen hermeneutikken, og vektlegger betydningen av at vi må forstå det vi studerer som en del av helheten (Thagaard, 2018, s. 37). Individuer handler ut ifra bestemte forståelsesrammer, og for å få en forståelse av hvorfor aktører handler på en bestemt måte, må handlingene ses i lys av konteksten de operer i.

Intervjuer med enhetsledere på sykehjem utgjorde den primære datainnsamlingsmetoden I tillegg til intervjuene gjennomgikk jeg kompetanseplaner fra helse- og omsorgstjenesten som var tilgjengelige på kommunenes offisielle nettsider. Disse kompetanseplanene spilte en viktig rolle i å ytterligere styrke min forståelse av temaet.

5.1.1 Case-studie

Caseorienterte studier kjennetegnes av at fenomenet eller fenomenene som skal studeres blir betraktet som deler av en helhet (Bukve, 2016, s.94-95). Thagaard (2018) beskriver case-studier som intensive undersøkelser av et begrenset antall analyseenheter hvor hensikten er å oppnå fylldig informasjon om de enheter eller caser som studeres. Forskningsprosjektet ble

gjennomført som en enkeltcasestudie. I prosjektet er caset strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem, og sub-enheten som jeg studerte bestod av enhetsledere på sykehjem. Jeg har valgt å inkludere enhetsledere fra kommunale sykehjem i ulike deler av landet. Kommunene varierte fra små til store kommuner, og tilsvarende varierte størrelsen på de ulike sykehjemmene. Dette vil bli nærmere presisert i neste avsnitt. Hensikten med studien var ikke å sammenligne, men å få økt innsikt i enhetsledernes arbeid med strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem. Variasjonen mellom dem var dermed av sekundær betydning.

5.2 Delvis strukturert intervju

Et forskningsintervju kan utformes på ulikt vis fra den ene ytterligheten som preges av et lite strukturert opplegg i motsetning til en relativt strukturert form (Thagaard, 2018). I den første ytterligheten vil tilnærmingen være uformell og kan sammenlignes med en åpen samtale mellom intervjupersonen og forskeren om hovedtemaene i prosjektet. Ved en strukturert form vil hovedspørsmål og rekkefølgen av spørsmålene være fastlagt på forhånd. Det kvalitative aspektet innebærer at intervjupersonen bestemmer selv hvordan vedkommende vil artikulere svarene sine, og dermed presentere sin egen forståelse av fenomenet som belyses. Den strukturelle tilnærmingen sikrer at intervjupersonene svarer på de samme spørsmålene, og formen egner seg derfor godt om hensikten er å sammenligne svarene. Det typiske kvalitative intervjuet kjennetegnes imidlertid av en hybrid mellom de ulike tilnærmingene nevnt over, og baserer seg på en delvis strukturert tilnærming (ibid). Det er denne tilnærmingen som ligger til grunn i mitt prosjekt. Temaene er hovedsakelig fastsatt på forhånd, men strukturen er mer fleksibel og muliggjør at forskeren kan følge med på intervjupersonens fortelling og samtidig forsikre seg om at tema som er vesentlige for problemstillingen blir belyst i løpet av samtalen (ibid).

Spørsmålene i guiden ble formulert med utgangspunkt i kombinasjonen av teori, forskningsspørsmål og kunnskap om kontekst. Hovedspørsmålene ble utformet med sikte på å få fram intervjupersonens erfaringer og synspunkter på de sentrale temaene i prosjektet. De fleste spørsmålene i intervjuguiden var derfor åpne. Jeg unngikk å stille «hvorfor» spørsmål da Thagaard (2018) understreker at slike spørsmålsformuleringer kan ha negative konsekvenser da intervjupersoner vanligvis ikke vil være komfortable med å vurdere sammenhenger mellom opplevelser som de har hatt. Formuleringen som jeg brukte var derfor

«hva, hvordan, kan du beskrive» og lignende. Jeg hadde også formulert flere oppfølgings spørsmål som jeg kunne stille dersom jeg fikk behov for å få utdypet tema ytterligere (jamfør vedlegg 3). I utformingen av guiden var jeg bevisst på organiseringen av rekkefølgen av temaene. Thagaard (2018) beskriver dette som nødvendige dramaturgiske grep, hvor en starter med nøytrale emner for så å bygge opp intensiteten, og at en mot slutten «går inn for landing» med nøytrale temaer. Dette vil jeg illustrere nærmere i neste avsnitt.

Under arbeidet med intervjuguiden gjennomførte jeg et prøve-intervju med en tidligere enhetsleder på et kommunalt sykehjem. Dette var svært nyttig og ledet til at jeg foretok noen justeringer i guiden da det viste seg at noen av spørsmålene var overlappende. Jeg endret også noen formuleringer slik at de ble tydeligere.

5.3 Utvalg

Jeg valgte å inkludere enhetsledere som har innehatt stilling i mer enn to år. Dette for å sikre at de har oppnådd en viss erfaring på feltet som jeg ønsker å fordype meg i. Videre inklusjonskriterium var at de var øverste leder på et kommunalt sykehjem. Jeg anså disse utvelgelseskriteriene som hensiktsmessige for å besvare prosjektets problemstilling. Ifølge Thagaard (2018, s. 54-56) defineres et slikt utvalg som et strategisk da deltagerne er selektert ut i fra deres kvalifikasjoner og egenskaper.

I og med at jeg ønsket å rekruttere enhetsledere fra ulike deler av landet og fra både store og små kommuner, startet jeg med å søke i Statistiske sentralbyrå sin database. Her fikk jeg fram en tilnærmet oppdatert oversikt over antall innbyggere i de ulike kommunene i Norge. Etter å ha gjennomgått oversikten, valgte jeg å inkludere kommuner fra ulike deler av landet med varierende innbyggertall, fra under 10 000 til over 100 000. Deretter tok jeg i bruk kommunenes offisielle nettsider for å finne fram til deres kompetanseplaner for pleie- og omsorgstjenestene. Videre søkte jeg etter helsetjenester i institusjoner innenfor hver kommune og basert på oversikten valgte jeg sykehjem av forskjellig størrelse, fra under 40 pasienter til over 100 pasienter.

Etter å ha besluttet hvilke sykehjem som skulle inkluderes i studien, identifiserte jeg kontaktinformasjonen til enhetslederne ved hvert sykehjem. Jeg sendte en e-post til hver av enhetslederne, hvor jeg presenterte det overordnede formålet med undersøkelsen og beskrev hovedtrekkene i forskningsdesignet, se vedlegg 1. Påfølgende dag tok jeg kontakt med dem

via telefon for å presentere prosjektet muntlig. Samtlige enhetsledere reagerte positivt på henvendelsen og uttrykte interesse for å delta i prosjektet. I løpet av samtalen avtalte vi tidspunkter for intervju.

I motsetning til kvantitativ forskning er ikke størrelsen på utvalget basert på representativitet. Det avgjørende innen kvalitativ forskning er at utvalget er egnet til å utforske problemstillingen. Jeg ønsket i utgangspunktet å intervju mellom seks til åtte enhetsledere, og ut ifra masteroppgavens omfang antok jeg at det ville være gjennomførbart med tanke på transkribering og analyse. Jeg valgte derfor å kontakte syv enhetsledere, og gjennomføre intervju med dem. Hvert intervju tok omtrent én time, og etter det sjette intervjuet merket jeg at det ikke bidro til ytterligere forståelse for å besvare oppgavens problemstilling. Bukve (2016) karakteriserer fenomenet som «teoretisk metning» og forklarer det med at økt representativitet som oppnås ved å inkludere flere caser, ikke nødvendigvis fører til en økning i relevant informasjon og dypere innsikt. Jeg valgte likevel å gjennomføre det syvende intervjuet som jeg hadde avtalt, og fikk bekreftet at metningspunktet var nådd.

Enhetslederne som jeg intervjuet hadde en gjennomsnittlig erfaringstid på ti år stillingen, med et spenn fra tre til tjueto år. Én av enhetslederne hadde vært i nåværende stilling i fem måneder, men jeg valgte likevel å inkludere henne i studien da hun hadde over tjue års ledererfaring fra sykehjem og nærmere ti år som enhetsleder. Samtlige ledere hadde grunnutdanning som sykepleiere med relevant videreutdanning. Alle hadde tilleggsutdanning innen ledelse, og to av enhetslederne hadde master i ledelse.

5.4 Gjennomføring av intervjuene

Med tanke på å sikre deltakelse fra ulike geografiske områder, tok jeg tidlig i prosessen beslutningen om å gjennomføre intervjuene på en passende digital plattform. Jeg opplevde at samtlige intervjupersoner var kjent med og komfortable med digitale møter. Thagaard (2018) beskriver denne intervjuformen for synkrone digitale intervjuer, da den muliggjør spontan og direkte interaksjon mellom partene. Jeg var bevisst at denne intervjuformen likevel hadde sine begrensninger i form av at jeg fikk lite tilgang til intervjupersonens kroppsspråk. Jeg valgte derfor å ikke ta notater underveis i intervjuet, og i stedet tilstrebe oppmerksom tilstedeværelse. Umiddelbart etter hvert intervju dedikerte jeg tid til å gjøre notater om observasjoner og viktige poeng som kom fram under samtalen. Hensikten med disse notatene var å kunne benytte dem som en mulig ressurs ved tolkning av resultatene.

Under intervjuene tok jeg hensyn til betydningen av en god oppbygging, slik Thagaard (2018) understreker. Jeg la vekt på å skape en trygg og komfortabel atmosfære for intervjupersonene.

I tråd med min hermeneutiske tilnærming, som beskrevet i kapittel 5.1, var det et mål å utvikle meningsinnholdet i samtalene gjennom et samspill mellom intervjupersonen og meg som forsker. Det er delte meninger innen litteraturen om hvorvidt forskeren bør presentere sin tolkning av intervjupersonens uttalelser. For å respektere intervjupersonenes autonomi og unngå overkjøring, valgte jeg å være forsiktig. Jeg stilte hovedsakelig oppfølgingsspørsmål når jeg var usikker på meningsinnholdet, men jeg oppsummerte også og presenterte min tolkning av det som ble delt. Dette bidro til en god fremdrift i intervjuet og tydeliggjorde meningsinnholdet.

Intervjuguiden var et nyttig verktøy for å opprettholde strukturen gjennom intervjuene. Etter hvert som jeg fikk mer erfaring, klarte jeg å løsne litt fra guiden samtidig som jeg sikret at hovedtemaene ble dekket. Jeg ble positivt overrasket over den åpne og ærlige responsen jeg fikk på mine spørsmål. Det ble tydelig for meg at intervjupersonene verdsatte muligheten til å dele sine erfaringer med kompetanseplanlegging på sine sykehjem. Jeg oppfattet det som et relevant og viktig tema for dem.

Intervjuene varierte i lengde, fra 50 minutter til én time og ti minutter. Jeg var oppmerksom på å holde meg innenfor den avtalte tiden. Ved en spesifikk anledning ble intervjuet utvidet utover den avtalte tidsrammen. Dette ble imidlertid klargjort tidligere i intervjuet, og intervjupersonen ga uttrykk for ønsket om å fortsette samtalen og hadde tilgjengelig tid til å gjøre det.

5.5 Transkribering

I dette avsnittet vil jeg kort redegjøre for transkriberingsprosessen, som er nødvendig for å gjøre intervjuene tilgjengelige for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015). Transkribering innebærer imidlertid tap av kontekstuell informasjon, inkludert ikke-verbal kommunikasjon, intonasjon og ironi (Kvale & Brinkmann, 2015, s.205).

Etter å ha gjennomført intervjuene, overførte jeg lydfilene til et digitalt transkriberingsprogram. Transkriberingen ble gjennomført innen én uke etter intervjuene for å bevare samtaleinnholdet friskt i minnet. Før transkriberingen lyttet jeg også gjennom

lydfilene. Transkriberingen ble utført med hensikt om å sikre en mer sammenhengende tekst og bevare intervjupersonenes anonymitet. Som et ledd i dette ble transkriberingen gjort på bokmål for å unngå bruk av dialektord, og fyllord som "mmm" og "eh" ble utelatt. Dette bidro til en mer formell tekst enn originalen. For å kompensere for dette, markerte jeg pauser, latter og nølende formuleringer ved å bruke klammeparenteser i teksten.

5.6 Analyse

Jeg valgte å anvende en abduktiv tilnærming i analysen av forskningsdata. En abduktiv tilnærming innebærer å utvikle teori basert på systematiske og grundige analyser, og tolker data i lys av eksisterende teori (Thagaard, 2018, s. 184). De instrumentelle- og kulturelle perspektivene har utgjort de multiple analyserammene i prosjektet, og bidratt til å besvare forskningsspørsmålene. Teoriene er anvendt som konkurrerende. Ifølge Bukve (2016, s. 137) blir spørsmålet da å finne teorien som best kan forklare fenomenet slik det utspiller seg. Jeg har derfor i analysen presentert hvilke funn jeg forventer å finne med utgangspunkt i hver av teoriene, for deretter å se om det samsvarer med datamaterialet mitt.

I kvalitativ analyse er det vanlig å bruke kodning som en fremgangsmåte (Thagaard, 2018). Jeg strukturerte dataene ved å bruke kodning og systematisering av teksten. Thagaard (2018) påpeker at kategorisering kan føre til at andre perspektiver som ikke passer inn i kategoriene, blir oversett. Derfor tok jeg i bruk ulike tilnærminger for å få en helhetlig forståelse av meningsinnholdet i datamaterialet. Jeg gjennomgikk de transkriberte intervjuene flere ganger og lyttet på lydfilene igjen. Bearbeiding og analyse av dataene var en krevende prosess, men jeg fant det svært verdifullt da jeg ble godt kjent med det empiriske materialet.

I presentasjonen av dataene har jeg fokusert på å gi økt innsikt og forståelse for caset. Metodikken i kvalitative studier er ikke basert på en forskningslogikk med fokus på kvantitet i presentasjon av data (Thagaard, 2018). Likevel har jeg i presentasjonen ved enkelte tilfeller nevnt at flere enhetsledere har rapportert det samme, eller motsatt, hvis kun én av dem har påpekt et spesifikt fenomen. For å få fram nyansene og meningsinnholdet i det som blir formidlet, har jeg valgt å inkludere noen sitater i presentasjonen.

5.7 Kvalitetsvurderinger i prosjektet

Innenfor kvalitativ forskning er troverdighet et vesentlig kriterium. En pålitelig og tillitvekkende tilnærming er avgjørende for å oppnå resultater som er anerkjent som troverdige. Troverdighet handler om at både deltakere og andre forskere kan evaluere metoden og resultatene i prosjektet, og at disse evalueringene gjenspeiler prosjektets kvalitet (Thagaard, 2018). I denne sammenhengen er reliabilitet, validitet og overførbarhet sentrale begreper som vil bli redegjort for i avslutningen av dette kapitlet.

5.7.1 Forforståelse

Min faglige bakgrunn er intensivsykepleie, og jeg har lang klinisk erfaring fra intensivavdeling på sykehus. Jeg har arbeidet på intensivavdeling både før og etter at samhandlingsformen ble innført. Etter at reformen ble iverksatt erfarte jeg at pasienter med et komplekst sykdomsbilde og hjelpebehov ble skrevet raskere ut fra sykehus enn tidligere, og ansvaret for pasienten ble ført over til kommunene og gjerne sykehjemmene. Jeg opplevde også at pasienter ble innlagt fra sykehjem til sykehus for helsehjelp som etter samhandlingsreformens intensjon skulle håndteres lokalt.

De senere år har jeg arbeidet som leder for et kompetansesenter som tilbyr etterutdanninger for helsepersonell ansatt i kommunal eldreomsorg. Virksomhetens mandat inngår som ett av tiltakene i den nasjonale strategien Kompetanseløft 2025. Kommuner kan dermed sende helsepersonell på senterets etterutdanninger og få det finansiert via det statlige tilskuddordningen. Mitt inntrykk er at det er store variasjoner hvorvidt kommuner og sykehjem arbeider strategisk med kompetanseplanlegging for helsepersonell.

Foruten studietid i grunnutdanning i sykepleie har jeg ikke arbeidet på sykehjem. Hvordan og i hvilken grad enhetsledere arbeide med strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem var dermed ukjent for meg. Jeg har heller ikke arbeidet som leder på sykehus, og har dermed ingen erfaring med strategisk kompetanseplanlegging for helsepersonell som arbeider klinisk.

5.7.2 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

I forskning er reliabilitet en vesentlig kvalitetsindikator, og et kriterium som er nødvendig for å sikre at prosjektet er utført på en tillitsvekkende og troverdig måte (Thagaard, 2018).

Reliabilitet refererer til hvor pålitelige og konsistente resultatene er, og om de kan

reproduseres av andre forskere under tilsvarende betingelser (ibid). For å sikre studiens reliabilitet har jeg fra utforming av intervjuguiden til transkribering av datamaterialet vært oppmerksom på min rolle som forsker. Jeg har benyttet åpne spørsmål for ikke påvirke utfallet, og ved transkribering har jeg forsøkt å være forsiktig med å tillegge min egen forforståelse til intervjupersonenes fortellinger. Innledningsvis i intervjuene med enhetslederne presenterte jeg min faglige bakgrunn og nåværende stilling som leder for et kompetansesenter. Min posisjon kan anses som en mulig svakhet i studien, og det er mulig at intervjupersonene kan ha følt en forventning om at de burde arbeide mer med kompetanseplanlegging enn de faktisk gjør. Dette kan ha påvirket deres framstilling av arbeidet på feltet. Jeg har vært bevisst på denne problemstillingen både før og under intervjuene. Før intervjuene klargjorde jeg tydelig min rolle som student overfor informantene og forsikret dem om at jeg verken har erfaring som leder på sykehjem eller arbeidet med kompetanseplanlegging for klinisk personale. En annen eventuell svakhet kan være min egen forforståelse av variasjoner i praksis når det gjelder kompetanseplanlegging på sykehjem. For å øke reliabiliteten i forskningen, er jeg bevisst på å ha åpenhet i hele forskningsprosessen, slik at lesere kan vurdere alle aspekter ved prosessen. Dette muliggjør også at studien kan kopieres av andre forskere.

Validitet innebærer å vurdere grunnlaget for tolkninger av datamaterialet (Thagaard, 2018). For å sikre validitet, eller gyldighet av resultatene, har jeg presentert mitt teoretiske fundament som fungerer som tolkningsgrunnlag og viser hvordan analysen legger grunnlaget for de konklusjoner og tolkninger jeg har kommet fram til. I tillegg har jeg søkt i å ivareta validiteten ved å sammenligne resultatene mine med resultater fra andre studier. En mulig svakhet når det gjelder validiteten er i hvilken grad Covid-19-pandemien har påvirket feltet jeg har studert. Jeg har derfor stilt meg selv kritiske spørsmål om det er den faktiske virkeligheten som er forsket på i studien.

Tolkning av data i kvalitative studier legger grunnlaget for å vurdere overførbarheten av funnene, med andre ord om resultatene kan være relevante i andre sammenhenger (Thagaard, 2018). I samfunnsvitenskap handler mye av forskning om fenomener som leseren ikke alltid kan gjenkjenne fra egne erfaringer, og dermed har leseren ikke grunnlag for å vurdere tolkninger basert på sin erfaring. Likevel kan leseren gjennom grundige og prinsipielle teoretiske perspektiver oppdage felles trekk som kan ha overføringsverdi til andre områder av leserens liv. Å avdekke sentrale mønstre legger grunnlaget for gjenkjennelse, noe som igjen danner basisen for overførbarhet (ibid).

5.8 Etiske hensyn

Ifølge Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) er lydopptak av personers stemme å regne som personopplysning, og vil medføre at prosjektet må meldes inn til NSD for godkjenning (Bukve, 2016). Dette prosjektet samt plan for datahåndtering og skjema for informert samtykke er godkjent av NSD. Informasjon om studien og samtykkeskjema ble sendt til mulige intervjupersoner, og i forkant av intervjuet sørget jeg for at jeg hadde fått tilsendt signert samtykkeskjema fra samtlige. I tillegg til informert samtykke er det vesentlige å ta hensyn til etiske retningslinjer som konfidensialitet og vurdering av konsekvenser for deltakerne ved å delta i studien (Thagaard, 2018). Som forsker har jeg derfor vært bevisst mitt etiske ansvar gjennom hele prosessen. Data har jeg lagret på en privat server som er passordbeskyttet. Jeg har benyttet pseudonymer når jeg har lagret data, og utviklet kodeliste med navn på deltakerne og sykehjemmet som bare jeg har tilgang til. Jeg har valgt å omtale øverste leder på sykehjemmet som enhetsleder. I praksis har jeg erfart at de har ulike titler som virksomhetsleder, styrer og enhetsleder. I studien har jeg brukt enhetsleder og kodet og nummerert de fra E1-E7. Intervjupersonene har jeg valgt å omtale som «hen». Jeg har som nevnt transkribert materialet på bokmål, og samlet vil virkemidlene som jeg har beskrevet styrke konfidensialiteten til deltagerne. I mine analyser har jeg konkludert med at deltakelse i studien ikke medfører særlige negative konsekvenser for deltakerne.

Jeg har nå framstilt og begrunnet valget av kvalitative intervjuer som min primære datainnsamlingsmetode. I det følgende presenteres og analyseres forskningsdata som er kommet fram gjennom disse intervjuene. Gjennom systematisk koding og kategorisering av intervjuene har jeg identifisert viktige mønstre og perspektiver som vil gi innsikt i forskningsspørsmålene og bidra til å besvare oppgavens problemstilling.

6 Strategisk kompetanseplanlegging

Tidligere i oppgaven har jeg presentert en oversikt over den historiske utviklingen av helsetjenestene i Norge, og fremvekst av hjelpeyrkene og sykehjemmene slik de eksisterer i dag. Jeg har redegjort for relevant forskning innenfor dette fagfeltet for å kontekstualisere studien. Videre har jeg beskrevet det instrumentelle og det kulturelle perspektivet som utgjør oppgavens teoretiske rammeverk. I tillegg har jeg gjort rede for metodiske valg knyttet til innsamling av empirisk materiale og den påfølgende analysen.

I dette og påfølgende kapittelet vil jeg presentere og analysere det empiriske materiale som er basert på intervjuer med enhetsledere på sykehjem. For å sikre en strukturert fremstilling av datamaterialet, har jeg utarbeidet fire forskningsspørsmål. Disse spørsmålene vil bli introdusert innledningsvis i hvert underkapittel, og bidra til en systematisk fremstilling av datamaterialet. Hvert underkapittel er organisert med overskrifter som er basert på temaene i intervjuguiden, samt gjentakende temaer som ble fremhevet av intervjupersonene.

Avslutningsvis i kapittelet vil jeg foreta en tolkning av dataene med utgangspunkt i det instrumentelle og det kulturelle perspektivet. Jeg vil presentere mine forventinger til empirien ut ifra de ulike teoretiske perspektivene, og tolke dataene i lys av disse forventningene. Videre vil jeg undersøke og analysere hvert forskningsspørsmål individuelt. Gjennom en grundig analyse av det empiriske materialet, vil jeg presentere funn som vil bidra til å besvare problemstillingen i kapittel 8 av oppgaven.

6.1 Kompetansesituasjonen på sykehjem

For å kunne få en forståelse av intervjupersonenes arbeid med kompetanseplanlegging vil det være hensiktsmessig å belyse datamateriale vedrørende deres refleksjoner omkring kompetansesituasjonen på sykehjemmet. Forskningsspørsmålet knyttet til dette delkapittelet er:

Hva ligger til grunn for enhetsledernes oppfattelse av kompetansebehov på sykehjemmet?

Jeg vil i det følgende presentere forskningsdata tilknyttet begrepet kompetanse. Her er det interessant å finne ut hvordan intervjupersonene forklarer begrepet og hva som vektlegges. Videre vil jeg belyse data om hvordan sykehjemmet skaffer seg oversikt over ansattes

kompetanse og hva kartleggingen innebærer. Dette har jeg valgt å omtale som kompetansekartlegging. Jeg vil også presentere data knyttet til intervjupersonenes vurdering av kompetansebehovet ved de ulike sykehjemmene, og hva som ligger til grunn for deres betraktninger. Avslutningsvis i kapittelet vil jeg sammenfatte datamaterialet i lys av teoretisk rammeverk i den hensikt å besvare forskningsspørsmålet stilt her og i oppgavens kapittel 6.2.

6.1.1 Kompetanse som begrep

Flere av intervjupersonene bruker noe tid når de blir spurt om å forklare begrepet kompetanse. De gir uttrykk for at kompetanse er et ord som de bruker daglig på sykehjemmet, men likevel noe krevende å forklare. Betydningen av å ha ansatte med formalkompetanse blir spesielt vektlagt hos intervjupersonene. Én av intervjupersonene beskriver det slik: *«Ja, først og fremst i vår virksomhet så handler det om formalkompetanse, altså utdanning, og vi ser jo det i henhold til Samhandlingsreformen at det er behov for mer og mer formalkompetanse når vi lyser ut stilling.» (D7)*

Intervjupersonene beskriver videre kompetanse som et sammensatt begrep. En sier: *«Kunnskap er en viktig bit av det og erfaring, altså det man lære seg gjennom erfaring. Og så er det dette med personlighet og hvordan bruker du kunnskapen og erfaringen som du har. Så det er flere ting.» (D4)*

I hvilken grad en medarbeider er å anse som kompetent avhenger dermed av flere forhold. Ansatte skal utføre pleie- og omsorgsoppgaver, og formalkompetanse i seg selv er ikke nødvendigvis tilstrekkelig for å fylle rollen. En av intervjupersonene uttrykker det slik: *«En helsefagarbeider er ikke nødvendigvis en helsefagarbeider. Det er jo veldig individuelle forskjeller på kompetanse og styrker og svakheter» (D4)*

Evne til å samarbeide, skape et godt arbeidsmiljø og kommunikasjonsferdigheter blir av flere fremhevet som vesentlige kvaliteter. Disse kvaliteten utgjør en vesentlige komponenter i intervjupersonenes forståelse av kompetansebegrepet. En av intervjupersonene understreker hvor opptatt hen er av kompetansen som ikke kommer til syne i jobbsøkere sin CV. Hen oppfordrer derfor avdelingsledere til å utforske hva som er særegent for den enkelte i intervjuet, og ikke kun velge ansatte basert på formalkompetanse. Enhetslederen beskriver en hverdag som innebærer mye samhandling med ulike yrkesgrupper, mange fremmedspråklige ansatte og i tillegg må en samhandle med andre instanser som for eksempel dagsenter. Å

ansette medarbeidere som evner å samarbeide med andre blir derfor vesentlig «for å slippe all uroen når de kommer her». Hen presiserer hvor viktig det er at de ansatte utfyller hverandre, og at de har behov for ansatte med ulik kompetanse for dekke behovene i det daglige. IKT-kunnskaper og evne til å kommunisere med personer med demens blir i denne sammenhengen også fremhevet som vesentlig. Mye av den faglige kompetansen kan de lære når de har begynt i stilling, påpeker hen.

Intervjupersonene knytter kompetanse til å drive forsvarlig, og forklarer det med at ansatte må være i stand til å utføre arbeidsoppgaver som er tillagt den enkelte. Samtlige enhetsledere mener at de driver forsvarlig, men opplever at kvaliteten kunne vært bedre. Intervjupersonene trekker paralleller mellom kvalitet og høy faglig kompetanse og mer spesifikt andel sykepleiestillinger.

Intervjupersonene beskriver dermed kompetanse som et komplekst begrep.

Formalkompetanse vektlegges, men det erkjennes at andre faktorer som kunnskap, erfaring og personlige egenskaper også er viktige. Evnen til samarbeid, skape et godt arbeidsmiljø og kommunikasjonsferdigheter blir fremhevet som verdifulle kvaliteter. Forsvarlig praksis og kvalitet knyttes til kompetanse, spesielt innen sykepleie.

6.1.2 Kompetansekartlegging og kompetansebehov

Enhetsledere forteller at de kartlegger ansatte sin formalkompetanse, og viser til digitale systemer som oppdateres når ansatte har vært på kurs eller har fullført utdanning.

En av enhetslederne viser til at de nå har skaffet seg god oversikt over ansattes formalkompetanse, men at slik var det ikke tidligere. Hen forteller at:

Det fremgår ikke av planen at det ligger en god oversikt over hvilken kompetanse som ligger til grunn for de strategiske tiltakene, og det vi har sett det er at i KOSTRA⁴ tallene så ligger vi ganske likt over året i forhold til andel personell med helsefaglig bakgrunn til tross for at vi de siste årene merker jo et større og større behov for å ha personell med en god formalkompetanse i tjenestene. (E7)

Intervjupersonene viser til Samhandlingsreformen som avgjørende for behovet for økt

⁴ KOSTRA er en forkortelse for kommune-stat-rapportering. Gjennom KOSTRA sender alle norske kommuner og fylkeskommuner inn tall fra sine tjenesteområder til Statistisk sentralbyrå, <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/statistikk/kostra-kommune-stat-rapportering>

formalkompetanse i tjenesten, og beskriver en endring de senere år: «*Det stilles mye større krav til faglig kompetanse nå enn for bare få år siden*». (E5)

Intervjupersonene beskriver pasienter med et komplekst sykdomsbilde og som er svært pleietrengende. Samhandling med sykehusene blir påpekt som utfordrende ved at sykehjemmet må ta imot pasienter som de mener ikke er utskrivningsklare. «*De er så syke. De er intensivpasienter, og da skal de ut. Jeg synes det blir verre og verre. Det kommer alt, og mer og mer skal ut til kommunen. Folk får jo ikke dø på sykehuset mer.*» (E2)

Å kartlegge formalkompetansen blir av intervjupersonene beskrevet som et viktig verktøy for å få omgjort stillingshjerner til høyere utdanning. Intervjupersonene beskriver pasientgrunnlaget som avgjørende for å definere kompetansekravet. I tillegg formuleres normative kompetansekrav ut ifra relevante lover og regler, nasjonale føringer, eventuelle tilbakemelding fra tilsyn, registrering av avvik og etter dialog med arbeidstakerorganisasjoner. Én av intervjupersonene beskriver her en prosess som kan by på utfordringer ved at ledelsen og arbeidstakerorganisasjoner kan ha ulik oppfatning av hva som skal prioriteres. Norsk Sykepleieforbund er opptatt av at sykepleierne skal ta master, mens ledelsen er mer opptatt av å styrke den generelle kompetansen til arbeidsstokken ved sykehjemmet framfor å «løfte» en spesifikk yrkesgruppe. Enkelte av intervjupersonene beskriver et tett og godt samarbeid mellom ledelsen og tillitsvalgt hvor de i fellesskap enes om kompetansekravet basert på pasientbehovet. Intervjupersonene viser til lovpålagt krav om å drive forsvarlig som styrende for organiseringen og definering av behov for kompetanse.

Ensidig kartleggingen av formalkompetanse kan gi et begrenset eller misvisende bilde av kompetansen. Intervjupersonene forklarer dette med at ansatte ikke fyller stillingene sine, og viser til et utbredt problem med deltidsstillinger. Sykepleiere kan for eksempel ha en fast 50% stilling, men være fraværende på grunn av et større vikariat eller engasjement på sykehjemmet. Dette skaper et uriktig bilde. «*På kortet ser det veldig bra ut, og i praksis mangler vi ofte folk da*». (E5)

En annen utfordring som intervjupersonene trekker frem, er sykefravær.

Kompetansekartleggingen kan dermed gi et øyeblikksbilde som ikke samsvarer med den reelle situasjonen. Enhetslederne forteller om sykefravær på 12%, og under Covid-19 pandemien var sykefraværet opp imot 30%. Fraværet ble dekket inn med medarbeidere med lavere kompetanse, og intervjupersonene beskriver at dette medfører en ytterligere belastning

på «kompetansebærerne». Utfordringsbildet med høyt sykefravær blir beskrevet som «større enn størst» (E6).

En begrensning i IKT verktøy er at de er lite nyanserte. En av informantene viser til at de kan hente ut data om hvor mange spesialsykepleiere de har, men det fremkommer ikke hvilken videreutdanning de har. Informantene presiserer at de har det øverste ansvaret for å kartlegge ansattes kompetanse, men at de gjør det i tett samarbeid med avdelingslederne og fagsykepleierne. Avdelingslederne er sentrale da de har kjennskap til sine medarbeideres kompetanse. Det vises i denne sammenheng til regelmessige og planlagte samtaler mellom den ansatte og deres leder. Samtalene refereres her til som medarbeidersamtaler eller forventningssamtaler. Samtalene beskrives i denne sammenhengen som et verktøy i arbeidet med å identifisere kompetansekrav og kartlegge ansattes totale kompetanse. Én av intervjupersonene sier: *«Det er jo veldig individuelle forskjeller på kompetanse og styrker og svakheter, ja. Og det er jo det de snakker om i forventningssamtalen».* (E4)

Intervjupersonene signaliserer at medarbeiderne representerer verdifulle kilder til informasjon om krav til kompetanse da de er i direkte pasientkontakt og befinner seg i praksisfeltet. Én av intervjupersonene beskriver dette slik: *«Medarbeidersamtaler er kjempeviktig redskap for å se og høre».* (E6)

I slike samtaler får avdelingslederne kartlagt hvor utfordringene ligger og forbedringsmulighetene. I tillegg får de kartlagt medarbeiderens forventninger og ambisjonsnivå. Det er ikke selvsagt at alle medarbeidere ønsker å styrke kompetansen sin, og én av intervjupersonene uttrykker det slik: *«Så er det jo veldig mange som har tatt helsefagutdanning, og så sier de det at nå er vi ferdig. Nå orker vi ikke noe mer, og det må vi gi folk tid på da».* (E6)

Én av intervjupersonene beskriver at de mangler rutine for videre oppfølging: *«Kompetanse- og kompetanseutvikling er alltid et tema i medarbeidersamtale, men det blir liksom ikke systematisert i etterkant har vi sett».* (E7)

På spørsmål om de er kjent med om kommunen har oversikt og kartlagt kompetansen til ansatte på sykehjemmet, spriker svarene. Flere av informantene er usikre på dette, mens andre opplyser at kommunen har digitale system som sikrer at de har oversikt over ansatte sin faglige utdanning og eventuelle kurs. Én informant opplyser lattermildt at kommunen hadde utført dette noen år tidligere, men at arbeidet ikke ble videreført: *«Det var jo som en del av*

lønnsforhandling det det at kommunene skulle utføre kompetansekartlegging på ansatte, og det ble jo gjort, men det ble ikke brukt til noe». E5

Enhetslederne forteller at de kartlegger ansattes formalkompetanse ved hjelp av digitale systemer, og samtidig kommer det fram at IKT-verktøyene er lite nyanserte og kan gi et begrenset og misvisende bilde av kompetansesituasjonen. Avdelingsledere og fagsykepleiere er sentrale i arbeidet med å kartlegge ansattes kompetanse, og gjennomfører medarbeidersamtaler med sine ansatte for å identifisere kompetansekrav, kartlegge ansattes totale kompetanse, ambisjoner og forbedringsmuligheter. Intervjupersonene viser til at behovet for økt formalkompetanse i tjenestene har økt i tråd med Samhandlingsreformen, og pasientene beskrives som svært pleietrengende og med et komplekst sykdomsbilde. Kommunens oversikt og kartlegging av ansattes kompetanse varierer.

6.2 Kompetanseplan

Denne delen tar sikte på å belyse ulike aspekter knyttet til kompetanseplaner på sykehjem.

Følgende forskningsspørsmål er utarbeidet for å gi innsikt på feltet:

Hvilke erfaringer har enhetsledere med kompetanseplaner på sykehjemmet?

Jeg vil starte med å presentere intervjupersonenes beskrivelser av kjennetegn ved strukturen i kommunen og hvordan overordnede kompetanseplaner for helse- og omsorgstjeneste er retningsgivende for sykehjemmenes kompetanseplaner. Videre vil jeg belyse datamateriale knyttet til innholdet i de kommunale kompetanseplanene, deres relevans og nytteverdi for sykehjemmenes arbeid med kompetanseplanlegging. Deretter vil jeg se nærmere på hvordan intervjupersonene erfarer og opplever søknadsprosessen og tiltakene i Kompetanseløft 2025, og hvilken betydning tilskuddsordningen har for sikre kvalifisert bemanning på sykehjemmet. Til slutt vil jeg presentere data knyttet til kompetanseplaner på sykehjemmet. Herunder hva som kjennetegner planene, og i hvilken grad de anvendes som et styringsverktøy i det daglige.

6.2.1 Kommunale kompetanseplaner

Intervjupersonene beskriver en hierarkisk struktur der overordnede kompetanseplaner for kommunens helse- og omsorgstjeneste er retningsgivende for sykehjemmets kompetanseplaner. Arbeidet ledes av kommunen og intervjupersonene viser her til

kommunalsjef, rådmann og personalavdeling som ansvarlige for prosessen. Én av intervjupersonene forklarer det slik: «Jeg sitter i ledergruppen med kommunalsjef og alle andre enhetsledere som jobber med den overordnede». E2

Seks av syv kommuner som inngår i studien har en strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgssektoren liggende åpent tilgjengelig på kommunens nettside. Til tross for at de ulike kommunene varierer i størrelse har planene mange fellestrekk. Kompetanseplanene er forankret i lovverk, nasjonale planer og strategier på feltet og inngår i kommunens overordnede planverktøy. Lai⁵ sin helhetlige definisjon av kompetanse bestående av *de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål* ligger til grunn for forståelse av kompetansebegrepet (Lai, 2013, s. 46). Videre vises det til modell for strategisk kompetanseledelse som anbefales av KS og som Lai har medvirket til (KS, 2018). Planene består av ulike steg som innebærer å planlegge, gjennomføre, evaluere og fornye tiltak for å sikre at tjenesten og den enkelte medarbeider har nødvendig kompetanse for å nå definerte mål (ibid). De ulike kompetanseplanene strekker seg typisk over en treårs periode, men planene varierer i størrelse fra forholdsvis enkle Power Point presentasjoner til større plandokumenter. Dette gjenspeiles også i hvor detaljerte de er. Et eksempel på dette er ved kartlegging av eksisterende kompetanse. Her kan det fremkomme en detaljert prosentoversikt som viser andel ansatte i pleie og omsorg i kommunen som har høyere utdanning fra høyskole/universitet, andel fagarbeidere og assistenter/ufaglærte. I enklere planer henvises det til handlingsplaner i den enkelte enhet. I samtlige planer understrekes det at hver virksomhet må ut fra sitt fagområdets mål utarbeide en lokal plan for sitt kompetansearbeid og at enhetsleder har ansvar for dette.

Å ha en felles overordnet kompetanseplan blir av intervjupersonene beskrevet som hensiktsmessig da mange av utfordringene er like. Det vises i denne sammenhengen til en satsing på heltidskultur, identifisering av kompetansebehov og rekrutteringstiltak. Intervjupersonene beskriver de kommunale planene som førende for sykehjemmets arbeid med kompetanseplanlegging, men understreker samtidig behovet for lokal tilpasning. De kommunale planene blir av enkelte også beskrevet som «lite detaljerte» og utdaterte.

To av intervjupersonene oppgir at de ikke er kjent med om kommunen har en overordnet

⁵ Linda Lai er en norsk professor i ledelse og organisasjonspsykologi og har skrevet fagbok om strategisk kompetanseledelse.

kompetanseplan for sektoren. Dette til tross for at kommunen har en slik plan, og intervjupersonene har innehatt stillingen sin i perioden hvor planene ble utarbeidet. I det ene tilfellet kan det forklares med sykehjemmet tidligere var privat, men var nå overtatt av kommunen.

Én av kommunene har ikke en egen kompetanseplan for pleie- og omsorgssektoren, men en «overordnet planstrategi for kommunens virke», som intervjupersonen kalte det.

Intervjupersonen forteller om et tett og godt samarbeid med rådmann i kommunen, og at rådmann og ordfører er godt kjent med kompetansen og behovet på sykehjemmet. Selv om kommunene er liten presiserer hen at de samme nasjonale kravene gjelder for dem: *«Ja, vi er små, men vi må være med. Vi må integrere alt. Store kommuner har mange å dele på, men vi er få, men vi må bare dra lasset»*. D3

I tillegg til nasjonale føringer og strategier viser hen til økte utfordringene med komplekse pleietrengende pasienter og mangel på arbeidskraft. Dette resulterer i at kommunen skal utarbeide en overordnet strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgssektoren.

Intervjupersonene beskriver en hierarkisk struktur der overordnede kompetanseplaner for kommunens helse- og omsorgstjeneste er retningsgivende for sykehjemmets kompetanseplaner. De ulike kompetanseplanene har ulik form og varierer når det kommer til hvor detaljerte de er. De har likevel noen likhetstrekk når det gjelder forankring, struktur og i samtlige planer fremkommer det at enhetsleder har ansvar for å utvikle kompetanseplaner i egen virksomhet. Enhetslederne oppfatter det som hensiktsmessig å ha en overordnet kompetanseplan. To av intervjupersonene opplyser imidlertid at de ikke er kjent med om kommunen har en overordnet kompetanseplan for tjenesten, og dette til tross for at de var ansatt som enhetsledere i perioden da planene ble utarbeidet.

6.2.2 Kompetanseløft

Som nevnt er Kompetanseløft 2025 (Finansdepartementet, 2020) en statlig initiert tilskuddsordning som har til hensikt å sikre tilstrekkelig og kompetent bemanning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Blant intervjupersonene oppgir bare en at ordningen er ukjent for vedkommende. Sykehjemmet der denne har sin stilling var imidlertid tidligere privat, og hen forklarer at det er kanskje derfor det er fremmed. Øvrige intervjupersoner er kjent med tilskuddsordningen, og søker årlig om midler. Intervjupersonene beskriver ulike

praksis når det gjelder søknadsprosessen. Det synes som om enhetslederne i små kommuner er tettere på prosessen og søker selv til statsforvalteren som er ansvarlig for å forvalte tilskuddet. Andre viser til fagavdeling i kommunen eller seksjonsleder for helse og omsorg som administrerer arbeidet og søker om midler. «Det søkes ikke ett og ett sykehjem. Det er seksjonsleder som er veldig driftig på å hente opp slike ting og søke. Der lener vi oss tilbake og tar imot». (E4)

Intervjupersonene oppgir at tiltakene i tilskuddsordningen er relevante for kommunene og deres behov, og at de får «mye drahjelp» derfra. Samtidig fremkommer det at de er noe usikre på satsingsområdene. «Nå husker jeg dem ikke helt utenat, men det jeg opplever, jeg har jo søkt sånne midler i mange år da. Jeg synes de er veldig lydhøre i forhold til de behovene vi har i kommunen, så jeg har ikke opplevd at det har vært vanskelig å få midler til det vi opplever og har behov for». E7

Lokal tilpassing og medvirkning blir fremhevet som vesentlig. Intervjupersonene beskriver at statsforvalteren kan lyse ut midler til for eksempel masterutdanning, mens behovet kan være for videreutdanning. Selv om intervjupersonene viser til at strategiene og føringene i tilskuddsordningen er styrende for kompetanseutviklingen, erfarer de at det er en fleksibilitet i ordningen som gjør den ekstra attraktiv og aktuell.

Enhetslederne viser til at de er kjent med tilskuddsordningen og søker årlig om midler. Søknadsprosessen varierer, der enhetsledere i små kommuner er mer involvert og søker direkte til statsforvalteren, mens andre viser til fagavdeling eller seksjonsleder som ansvarlig for søknadsprosessen. Intervjupersonene oppgir at tiltakene i tilskuddsordningen er relevante og gir betydelig støtte, men samtidig opplyser de at de er noe usikre på satsingsområdene. Lokal tilpasning og medvirkning vektlegges. Blant intervjupersonene er det kun én person som ikke er kjent med ordningen, og vedkommende begrunner det med at sykehjemmet tidligere var privat.

6.2.3 Sykehjemmene sine kompetanseplaner

Intervjupersonene forteller at de har utarbeidet kompetanseplaner for sykehjemmet, og de opplyser i denne sammenhengen at bakgrunnene planene er fordi de selv anser det som viktig. De tror ikke kommuneledelsen registrerer om de har planer, og de har heller aldri blitt bedt om å dokumentere eller vise til at de har slike planer.

Kompetanseplanene refereres til som tiltaksplan, årshjul og fagutviklingsplan, og følger gjerne som vedlegg til kommunens overordnede kompetanseplan.

De beskriver en arbeidsfordeling som inkluderer avdelingsledere og fagsykepleier.

«Avdelingsledere er også tungt inne i det, men ansvarlig for at det faktisk blir gjennomført er fagsykepleier. I ytterste konsekvens er det meg da, men det er de som gjennomfører det praktisk». E5

Sterk involvering av avdelingslederne blir fremhevet som vesentlig. Dette fordi de er tett på sine ansatte og har oversikt over kompetansen de besitter og behovet på avdelingen. Det blir også fremhevet at sterk involvering av avdelingslederne resulterer i at planene blir mer brukt og at målformulering og tiltak blir tydeligere formulert. I tillegg vektlegges betydningen av å fordele ansvar og evaluere planen. Ofte er ansvaret lagt til ledelsen eller fagsykepleier, men også andre ansatte kan få tildelt ansvar for tiltak i planen. Dette kan for eksempel være at de ansatte selv får ansvar for å registrere sin kompetanse i databasen som sykehjemmet bruker.

Planene skal ifølge intervjupersonene oppdateres årlig av ledelsen, og da tar de stilling til *«hva har vi fått gjort, hva må vi utsette, ny dato, må vi ta dette her til neste år?»* (E5).

Kompetanseplanen beskrives som et «levende dokument», og det vises til at ansatte slutter og nye kommer til. Kompetansekapitalen vil dermed endre seg. Dette gjelder også pasientene, og pasientens behov påvirker således til enhver tid sykehjemmets kompetansebehov.

Enkelte forteller at planene ikke er oppdaterte og må revideres da mål, strategi og tiltak er upresist formulert. «Planen som foreligger, er ikke så enkel å gjøre om til gode tiltak og den er for svevende på en måte». E7

Til tross for nevnte beskrivelse anser enhetslederne kompetanseplanen som et nyttig styringsverktøy i det daglige. De viser i denne sammenhengen at den er retningsgivende for prioritering av utdanning og kursing av ansatte, men også ved at ansatte får et bevisst bilde av hva arbeidsgiver forventer av dem. De forteller at ansattes kompetanseønsker ikke nødvendigvis samsvarer med behovet på sykehjemmet. I slike tilfeller er det nyttig å kunne vise til planen. En av intervjupersonene beskriver det slik: *«Så kan jo alle komme å si at jeg ønsker å gå på den skolen eller kurset. Ja, men det er jo ikke relevant i forhold til jobben her. Du er jo ansatt her, så det er ikke slik at du skal gå på et heklekurs hvis du ikke skal sitte og hekle med pasientene»*. (E6)

En annen utfordring som blir påpekt er at ansatte på eget initiativ gjennomfører en

videreutdanning uten å informere arbeidsgiver. Ved fullført utdanning kommer de med krav om lønnsforhøyelse. I slike tilfeller vises det kompetanseplanen, og én av intervjupersonene uttrykker det slik:

Så jeg har sagt til lederne at dere må huske på at dere følger kompetanseplaner. Hva er det vi har sagt at vi trenger? Og det som vi har kartlagt at vi trenger står der, og det støtter vi nå i denne perioden Ja, du kan jo ta videreutdanning og utdanne deg til jordmor, men vi på sykehjemmet kan ikke støtte det. (E2)

I tillegg vektlegger intervjupersonene betydningen av at kompetanseplanen også innbefatter en plan for hvordan den ansattes nyervervede kompetanse skal anvendes ved fullført utdanning. Dette blir ansett som vesentlig for å beholde kompetente medarbeidere.

Intervjupersonene beskriver en generell utfordring å nå ut med informasjon til de ansatte, og forklarer det med turnus, mange deltidsstillinger og høyt sykefraværet. Kompetanseplanen ligger tilgjengelig digitalt for de ansatte, men det i seg selv er ikke en garanti for at de ansatte er kjent med planen: «*Spørsmålet er heller: 1 finner de fram i det, og 2 prioriterer de å gå inn og lete i det*». (E1)

Personalmøter blir i denne sammenhengen vist til som en viktig informasjonskanal, men samtidig når ledelsen bare et begrenset antall ansatte. I tillegg henges det derfor opp oppslag på vaktrom, og trykkes opp og laminerer en oversikt over aktuelle kompetansehevingstiltak. De tror likevel det er tilfeldig om ansatte er kjent med kompetanseplanen. Kurs kan være kjent, men kompetansemål og begrunnelsen bak tiltakene beskrives som mer usikkert.

Intervjupersonen fra kommunen som ikke har overordnet kompetanseplan forteller at de ikke har kompetanseplan for sykehjemmet, men viser til andre løsrevne planer som rekrutteringsplan og beredskapsplan. Bakgrunnen for at de ikke har utarbeidet kompetanseplan forklares med manglede administrativ kapasitet. De har hatt store utfordringer med å sikre tilstrekkelig kompetent bemanning, og enhetsleder og avdelingsledelsen har vært nødt til å bidra i pleien for å sikre forsvarlig drift. Rekrutteringsplan har derfor vært høyt prioritert, og har resultert i økt bemanning slik at ledelsen nå har kapasitet og ønske om å utarbeide kompetanseplan for sykehjemmet.

Intervjupersonene forteller at de har utarbeidet kompetanseplaner for sykehjemmet, da de selv anser det som viktig. Enhetslederne har det øverste ansvaret for planen, men beskriver en arbeidsdeling med sterk involvering av fagsykepleiere og avdelingsledere. Sterk involvering

av avdelingsledere vektlegges særskilt, og forklares med at de har oversikt over kompetansen og behovet på avdelingen. Dette resulterer i at målformulering og tiltak blir tydeligere formulert, og som igjen fører i at planen blir mer brukt. Kompetanseplanene refereres til som tiltaksplan, årshjul og fagutviklingsplan. Den oppdateres årlig av ledelsen og anses som et «levende dokument». Det påpekes at ansatte på eget initiativ kan ta videreutdanning uten å informere arbeidsgiver, og da kan kompetanseplanen brukes som referanse for å vurdere relevansen av slik utdanning. Til tross for utfordringer med å nå ut til de ansatte, anses kompetanseplanen som et nyttig styringsverktøy i det daglige og bidrar til prioritering av utdanning og forventningsavklaring for ansatte.

6.3 Tolkning av data i lys av teori

Her skal jeg sammenfatte datamaterialet som ble presentert tidligere i kapittelet, og tolke mønstrene i materialet i lys av det instrumentelle og det kulturelle perspektivet. Perspektivene vil bli presentert hver for seg. Først vil jeg beskrive mine forventninger til empirien basert på det instrumentelle perspektivet, etterfulgt av mine antakelser i henhold til det kulturelle perspektivet. Samtidig vil jeg tolke dataene med utgangspunkt i disse forventningene, noe som vil bidra til identifisering av funn.

Jeg anser det som hensiktsmessig å gjenta forskningsspørsmålet som vil bli besvart gjennom en analytisk tilnærming til det empiriske materialet:

Hva ligger til grunn for enhetsledernes oppfattelse av kompetansebehov på sykehjemmet?

I lys av det *instrumentelle perspektivet* forventer jeg å finne at enhetslederne ensidig fokuserer på formalkompetanse når de beskriver kompetansebegrepet. Videre forventer jeg å finne at de betrakter høy andel sykepleiere i staben som en indikator for effektiv måloppnåelse i virksomheten. Effektiv måloppnåelse kan i denne konteksten forstås som lovpålagt krav om forsvarlig drift, og i tillegg kan det være en indikator for kvalitet på behandling, pleie og omsorg som gis. Intervjupersonene knytter kompetanse til å drive forsvarlig, men forklarer det med at ansatte må være i stand til å utføre arbeidsoppgaver som er tillagt den enkelte. De vektlegger formalkompetanse, og trekker paralleller mellom god kvalitet og høy andel sykepleiere. Samtidig beskriver de kompetanse som et komplekst begrep som ikke lar seg forklare utelukkende med bakgrunn i formalkompetanse.

Basert på en instrumentell forståelse, forutsetter jeg at ledelsen systematisk gjennomfører kompetansekartlegging, og at de har egnede verktøy tilpasset formålet. Ledelsen har full kontroll på mål-middel-sammenhenger og benytter verktøyene til å identifisere kompetansekapitalen. Intervjupersonene bekrefter at kompetansekartlegging er nødvendig for å få oversikt over ansattes kompetanse, og viser til digitale verktøy. Disse beskrives av intervjupersonene som lite nyanserte, da de kan gi et misvisende bilde av kompetansebeholdningen. På papiret kan det se ut som om den faglige kompetansen dekker behovet, men i praksis er det ikke tilfelle. Kompetansekartlegging kan dermed fungere som ferniss eller hykleri som beskrevet av Brunsson (Christensen et al., 2017, s. 76) ved at det ikke leder til instrumentell effekt. Basert på verktøyets begrensninger forventer jeg at enhetslederne forteller at de har flere virkemidler som de anvender for å få et dekkende bilde av ansattes kompetanse. Enhetslederne viser til medarbeidersamtaler som et supplerende verktøy, og medarbeidersamtaler og digitale kartleggingsverktøy kan dermed forstås som instrumentelle verktøy for å kartlegge den ansattes samlede kompetansekapital.

Jeg forventer videre at ledelsen har etablert systemer for å skaffe seg en oversikt over kompetansekravet. Enhetslederne beskriver at de har innarbeidede rutiner på dette feltet. De viser til at pasientgrunnlaget er avgjørende for å definere kompetansekravet, og medarbeidersamtale er ifølge intervjupersonene en viktig kilde til informasjon da de personalet har direkte kontakt med praksisfeltet. I tillegg vektlegges normative kompetansekrav som lover og regler, tilbakemeldinger fra tilsyn, registrering av avvik og dialog med arbeidstakerorganisasjoner. Enhetslederne viser til Samhandlingsreformen som en forklaring på det økte behovet for formalkompetanse i tjenesten, og beskriver pasientene som svært pleietrengende med et komplekst sykdomsbilde.

Videre antar jeg at enhetslederne beskriver en arbeidsprosess der de gjør rasjonelle vurderinger av kompetansekravet og sammenkobler det med kompetansekapitalen i organisasjonen for å kartlegge eventuelle kompetansegap. Ledelsen har full kontroll på mål-middel-sammenhenger og basert på identifisering av kompetansegap iverksetter de tiltak som dekker dette gapet. Enhetslederne beskriver kan vitne om en kompleks prosess. Det kommer fram at det ikke er en automatikk i at økt kompetansekrav leder til forsterkning i personalstaben, men enhetslederne er likevel tydelige på at det er vesentlig at de gjennomfører dette arbeidet da det er en forutsetning for at de kan få omgjort stillinger slik at det blir satt krav om høyere utdanning. Arbeidsformen som enhetslederne beskriver illustrerer en prosess der behovet blir formulert før løsningen blir introdusert, og tilnærmingen til problemet blir

dermed instrumentell (Christensen et al., 2017, s. 76).

Med referanse til det *kulturelle perspektivet*, antar jeg at enhetslederne vil legge vekt på individene som arbeider i institusjonene, samt deres kvalifikasjoner og egenskaper, når de beskriver begrepet kompetanse. Denne forventningen er i tråd med intervjupersonenes fortellinger, der de beskriver kompetanse som en sammenveving av den ansattes unike kvaliteter. Som tidligere nevnt, vektlegges formalkompetanse som nødvendig, men like og kanskje vel så viktig, er kvalitetene som er forankret hos den enkelte medarbeider.

Enhetslederens beskrivelser av kompetansebegrepet må dermed forstås som et komplekst og dynamisk begrep fokusert på formalkompetanse, personlige egenskaper og erfaring.

I tråd med det kulturelle perspektivet forventer jeg at kompetansekartlegging og vurdering av kompetansebehov setter søkelys på en «bottom-up» tilnærming der ansattes erfaringer og vurderinger står sentralt. Enhetslederne viser til medarbeidersamtaler som en betydningsfull informasjonskanal både når det gjelder å innhente kunnskap om kompetansekrav, men også for å kartlegge ansattes totale kompetansekapital og ambisjonsnivå.

Enhetsledernes oppfatning av kompetansebegrepet kan best forklares gjennom en kulturell tilnærming, der kompetanse betraktes som et komplekst og dynamisk begrep som inkluderer ulike kvaliteter. Kartleggingsprosessen og identifiseringen av kompetansekrav og kompetansegap kan ikke utelukkende forklares og løses gjennom en instrumentell tilnærming. Selv om instrumentelle verktøy er viktige i arbeidet, er kulturperspektivets "bottom-up" tilnærming med betydelig medvirkning fra de ansatte nødvendig for å sikre gode prosesser og et solid kunnskapsgrunnlag.

Jeg vil nå gå videre ved å analysere det empiriske materialet knyttet til forskningsspørsmål nummer to, som formuleres som følger:

Hvilke erfaringer har enhetsledere med kompetanseplaner på sykehjemmet?

Ut ifra et *instrumentelt perspektiv* forventer jeg at kompetanseplaner for kommunale helse- og omsorgstjenestene er initiert av toppledelsen i kommunen. Den hierarkiske strukturen vil være sentral, og arbeidet vil foregå «top down». Intervjupersonene beskriver en struktur der kommunale kompetanseplaner initieres og ledes av toppledelsen i kommunen. I tillegg forventer jeg å finne eksempler som illustrerer tillit til at leder har kontroll på mål-middel-sammenhenger og foretar rasjonelle kalkulasjoner. Intervjupersonene betegner kommunens

overordnede kompetanseplan som hensiktsmessig, og viser til nødvendig drahjelp når det gjelder for eksempel satsing på heltidskultur. Denne forståelsen viser at de oppfatter planene som redskap for ønsket måloppnåelse. Utsagnet «*Der lener vi oss tilbake og tar imot*», viser til en av intervjupersons utsagn knyttet til arbeidet og søknadsprosessen til Kompetanseløft 2025. Satsingsområdene i tilskuddsordningen blir førende for kompetansetiltakene og indikerer tillit til at ledelse og nasjonale myndigheter «vet best».

Jeg antar videre i lys av det instrumentelle perspektivet at de kommunale kompetanseplanene er styrende for sykehjemmets egne kompetanseplaner. Enhetslederne bekrefter dette. I tillegg forventer jeg at enhetslederne arbeider systematisk og strategisk med kompetanseplanlegging på sykehjemmene, og at de anser planene som et viktig styringsverktøy. Enhetslederne gir uttrykk for at de anser sykehjemmets kompetanseplaner som et verdifullt styringsverktøy i deres daglige arbeid. De viser til at planene oppdateres årlig og at det er «et levende dokument», men det er likevel uklart i hvilken grad de arbeider systematisk og strategisk med planene i praksis. Intervjupersonene viser imidlertid til positiv effekt både når det gjelder hvilken kompetanse det skal satses på, men også når det gjelder å beholde kompetente medarbeidere. Dermed kan kompetanseplaner også i denne sammenhengen betraktes som et instrumentelt styringsverktøy for måloppnåelse. Mine siste antakelse i lys av det instrumentelle perspektivet er at sykehjemmets kompetanseplan er skriftlig og kjent for de ansatte, og at kommunikasjon rundt målsettingene og strategiene er hierarkisk og enveisrettet. Enhetslederne refererer til kompetanseplanene som tiltaksplan, årshjul og fagutviklingsplan, som er digitalt tilgjengelige for de ansatte. De er likevel usikre på om ansatte er kjent med planene. Kommunikasjonen angående målsettinger og strategier i kompetanseplanene synes å være hierarkisk og ensrettet, da enhetslederne påpeker at de ansatte ikke har full frihet til å velge sin egen utdanning. For å motta støtte og eventuell lønnsøkning etter fullført utdanning, kreves det at utdanningen er i samsvar med prioriteringsområdene i kompetanseplanen.

Med utgangspunkt i det *kulturelle perspektivet* regner jeg med at det formelle lederskapet på sykehjemmet har en sentral rolle i utarbeidelsen av de kommunale kompetanseplanene. Flere av intervjupersonene bekrefter dette. Lokal tilpassing og medvirkning blir av intervjupersonene fremhevet som vesentlig, og eksempel på dette er intervjupersonenes erfaring med fleksibiliteten i tilskuddsordningen Kompetanseløft 2025 som bidrar til at de får midler til kompetansetiltak som de «opplever at de har behov for».

Når det gjelder utarbeidelse av sykehjemmets kompetanseplaner forventer jeg i lys av det

kulturelle perspektivet at ansvaret for planene ligger hos enhetslederne, men at de delegerer myndighet til å utarbeide planene til ledere på et lavere nivå. Intervjupersonene er tydelige på at ansvaret for å utarbeide kompetanseplaner for sykehjemmet ligger hos dem. De beskriver videre en arbeidsdeling som inkluderer både fagsykepleiere og avdelingsledere. Sterk involvering av avdelingsledere blir fremhevet som vesentlig, og begrunnes med at de har inngående kjennskap til interne og kontekstuelle forhold på avdelingen. Jeg antar videre at enhetslederne forteller at bakgrunnen for at de har kompetanseplaner er fordi de selv anser det som viktig. Enhetslederne verifiserer dette, og det kan således tolkes som en normativ basert adopsjon av organisatoriske oppskrifter, i tråd med én av de tre forklaringene presentert av DiMaggio og Powell gjengitt i Christensen et al. (2017). Videre forventer jeg med utgangspunkt i det kulturelle perspektivet at ansatte blir inkludert i alle ledd av strategiprosessen. Ledelsen legger til rette for en «bottom-up» tilnærming, og samlet resulterer tilnærmingen i at kompetanseplanene blir tilpasset behovene på sykehjemmet. Enhetslederne viser ikke til at ansatte er involvert i selve strategiprosessen, foruten kartleggingsprosessen hvor ansatte har en vesentlig medvirkende rolle og som vil danne grunnlaget for utarbeidelse av kompetanseplanen. Jeg forventer videre at kompetanseplanene ikke er ajourførte og at målene og tiltakene er upresist formulert. Enkelte av intervjupersonene beskriver dette fenomenet.

Funn fra analysen indikerer at forventninger både ut fra det instrumentelle og kulturelle perspektivet stemmer overens med intervjupersonenes rapporter når det gjelder kompetanseplanlegging, men at ingen av perspektivene gir fullgod beskrivelse av dette arbeidet. Dette viser viktigheten av både toppledelsens involvering og lokal tilpasning i utviklingen av planene.

Ut ifra et instrumentelt perspektiv viser det seg at kommunale kompetanseplaner for helse- og omsorgstjenestene vanligvis blir initiert og ledet av toppledelsen i kommunen.

Intervjupersonene uttrykker tillit til at ledelsen har kontroll over mål-middel-sammenhenger og tar rasjonelle beslutninger knyttet til kompetanseplanene. De anser kommunens overordnede kompetanseplan som hensiktsmessig og et verktøy for å oppnå ønskede mål. Enhetslederne bekrefter at de kommunale kompetanseplanene er styrende for sykehjemmets egne kompetanseplaner, og de anser kompetanseplanene som verdifulle styringsverktøy i sitt daglige arbeid. Kommunikasjonen angående målsettinger og strategier i kompetanseplanene til sykehjemmene synes å være hierarkisk og ensrettet.

Det kulturelle perspektivet vektlegger lokal tilpasning og medvirkning, og enhetslederne viser til at de spiller en sentral rolle i utarbeidelsen av de kommunale kompetanseplanene, og har mulighet for å påvirke valg av kompetansetiltak. Ansvar for å utarbeide kompetanseplaner for sykehjemmet ligger hos enhetslederne, og fagsykepleiere og avdelingsledere er sterkt involvert i arbeidet og står for den praktiske gjennomføringen av planene. Sterk involvering av avdelingsledere blir fremhevet som vesentlig, og begrunnes med at de har dyptgående forståelse av interne og kontekstuelle faktorer på avdelingen. Det er ikke tydelige indikasjoner på at de ansatte er involvert i selve strategiprosessen. Kartleggingsprosessen derimot, hvor ansatte har en betydelig medvirkende rolle, legger grunnlaget for utarbeidelsen av kompetanseplanen. Sykehjemmets kompetanseplan oppdateres årlig og betraktes som "levende dokumenter". Enhetslederne rapporterer positiv effekt av planene både når det gjelder kompetansesatsing og å beholde kompetente medarbeidere. Det fremkommer usikkerhet om hvor godt de ansatte er kjent med kompetanseplanene, til tross for at de er tilgjengelige digitalt for alle ansatte på sykehjemmet. Enkelte av intervjupersonene beskriver mangler ved kompetanseplanene, inkludert manglende oppdatering, upresise mål og tiltak.

I sin helhet gir disse funnene innsikt i utfordringer og muligheter basert på enhetsledernes erfaringer med kompetanseplanlegging i sykehjem. For å oppnå en dypere forståelse av kompleksiteten, vil neste kapittel presentere og analysere empiriske data som belyser enhetsledernes arbeid med administrering av personalet og tiltak for å sikre forsvarlig og kompetent bemanning.

7 Administrering av personellressurser: praksis, utfordringer og løsninger

For å oppnå en dypere forståelse av enhetsledernes arbeid med strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem, er det nødvendig å få innsikt i deres praksis med administrering av personellressurser og tiltak for å sikre kvalifisert bemanning. I dette kapitlet vil jeg presentere empiri som illustrerer disse aspektene. Søkelyset vil være rettet mot enhetsledernes praksis knyttet til stillingsbeskrivelser og oppgavedeling mellom forskjellige yrkesgrupper, samt betydningen av kompetanseoverføring for å styrke den samlede kompetansen på sykehjemmet. Andre del av kapitlet konsentreres om intervjupersonenes beskrivelser av tiltak og løsninger for sikre kvalifisert bemanning.

I likhet med det forrige kapitlet, er kapitlet delt inn i og organisert basert på to forskningsspørsmål. Avslutningsvis i kapitlet vil jeg presentere mine forventinger til empirien ut ifra de ulike teoretiske perspektivene. Samtidig vil jeg tolke dataene i forhold til disse forventningene. Gjennom denne tilnærmingen vil jeg kunne besvare forskningsspørsmålene i kapitlet på en grundig og sammenhengende måte.

7.1 Administrering av tilgjengelige personellressurser

I dette kapitlet vil jeg presentere empiri relatert til enhetsledernes praksis med administrering av personellressurser. Forskningsspørsmålet som er knyttet opp til dette punktet er følgende:

Hvordan arbeider enhetslederne for å utnytte den tilgjengelige kompetansen?

Dette spørsmålet setter søkelys på enhetsledernes tiltak og strategier for å maksimere bruken av den kompetansen som er tilgjengelig blant personalet. Ved å undersøke deres praksis og beslutningsprosesser knyttet til kompetanseutnyttelse, er formålet å få innsikt i hvordan de tar i bruk ressursene mest hensiktsmessig for å sikre forsvarlig drift og kunne gi best mulig pleie, behandling og omsorg til pasientene på sykehjemmet. Empiri vil bli fremstilt under kapitlene stillingsinstruks, oppgavedeling og ansvar samt kompetanseoverføring.

7.1.1 Stillingsbeskrivelse

Intervjupersonene beskriver en sprikende praksis når det gjelder hvorvidt de har stillingsbeskrivelse for de ulike yrkesgruppene på sykehjemmet. De forklarer at de ulike yrkesutøverne gjennom sin profesjonsutdanning blir bevisst på hva som forventes i rollen, men arbeidsgivers forventning til hvordan rollen skal fylles kan variere fra institusjon til institusjon, og også innad på sykehjem fra avdeling til avdeling.

Enkelte forteller at de har stillingsbeskrivelser, men at de ikke er oppdaterte og er modne for revisjon, eller de beskrives som overordnede uten særlig stillingsspesifikke forventninger og krav, utarbeidet av kommuneadministrasjonen.

Flere av intervjupersonene opplyser at de ikke har stillingsbeskrivelser til sine ansatte. I stedet har de tydelige nedfelte beskrivelser på oppgaver som er knyttet til tildeling av funksjoner som primærkontakt og ansvarsvakt. I tillegg vises det til rutiner som bidrar til forutsigbar arbeidsdeling, og forventningssamtale med nyansatte. Det kommer fram at selv om intervjupersonene opplyser at de har stillingsbeskrivelser, så gjelder det ikke for alle stillinger. Stillingsbeskrivelser kan være forbeholdt spesialiserte funksjoner som sykehjemslege og kreftkoordinator. Enhetslederne oppgir at de selv ikke har stillingsbeskrivelse for sin egen stilling, og gir uttrykk for at det er et savn: *«Jeg vet jo omtrent også hva som forventes av meg, og jeg har et delegasjonsreglement og den biten der, men jeg tenkte at dersom jeg hadde vært helt fersk i rollen her så hadde det vært vanskeligere ikke sant?»* (D7)

Stillingsbeskrivelser blir beskrevet som hensiktsmessig for å tydeliggjøre hva som forventes av den enkelte på det sykehjemmet. Manglende stillingsbeskrivelse kan resultere i at de ansatte arbeider forskjellig og vektlegger ulikt. Uenighet om prioritering kan dermed bli et tilbakevendende tema, som kunne vært «enklere å håndtere» om de hadde hatt stillingsbeskrivelser, blir det sagt i intervjuene. Det påpekes også at det kan være utfordrende å innføre stillingsbeskrivelser når praksis er etablert hvor de ansatte ikke har det. Fravær av føringer fra kommunen blir også trekket fram som noe negativt.

Enhetslederne rapporterer om varierende praksis når det gjelder hvorvidt de har stillingsbeskrivelser for sine ansatte på sykehjemmet. Noen forteller at de har stillingsbeskrivelser, men at de er utdaterte og trenger revisjon. Andre beskriver stillingsbeskrivelsene som generelle og lite spesifikke, utarbeidet av kommunens administrasjon. Flere av intervjupersonene opplyser at de ikke har stillingsbeskrivelser for

sine ansatte, men i stedet har tydelige beskrivelser av oppgaver knyttet til tildeling av funksjoner som primærkontakt og ansvarsvakt. Det blir også henvist til rutiner som bidrar til forutsigbar arbeidsfordeling og forventningssamtaler med nye ansatte. Selv om enkelte oppgir at de har stillingsbeskrivelser, gjelder det ikke for alle stillinger, men forbeholdt spesialiserte funksjoner. Stillingsbeskrivelser anses som nyttige for å klargjøre forventningene til hver enkelt ansatt på sykehjemmet. Manglende stillingsbeskrivelser kan føre til at ansatte arbeider og vurderer ulikt, og uenighet om prioritering kan være et tilbakevendende tema som kunne vært enklere å håndtere med stillingsbeskrivelser. Det påpekes også at det kan være vanskelig å innføre stillingsbeskrivelser når praksisen allerede er etablert uten dem, og fravær av føringer fra kommunen blir sett på som negativt i denne sammenhengen.

7.1.2 Oppgavedeling og ansvar

Intervjupersonene rapporterer at de erfarer at de har autonomi når det gjelder hvordan de organiserer disponible personalressurser. En av intervjupersonene uttrykker det slik: *«Altså kommunedirektøren har delegert drift og sykehjem til meg, og da er det opp til meg hvordan det organiseres. Absolutt».* (E5)

Til tross for deres påstand om autonomi, beskriver de ulike faktorer som åpenbart begrenser deres reelle handlingsrom. Eksempler på slike faktorer inkluderer lovbestemte krav om forsvarlig drift, økonomiske begrensninger og krav til kompetansesammensetning. Disse faktorene, både individuelt og i kombinasjon, fører til en betydelig innskrenkning av deres handlefrihet. Enhetslederne refererer til en omfattende og tidkrevende dokumentasjonsprosess for å sikre økte bevilgninger. Et eksempel på dette er avviksregistrering hvor det over tid har blitt dokumentert utilstrekkelig bemanning, og som har gitt resultater i form av ekstra tilskudd øremerket til formålet. De fremhever at dialogen med kommuneledelsen er konstruktiv, samtidig som det stilles strenge krav til dokumentasjon: *«En skal ikke komme og synse, nei. Kommunesjefen skal få dokumentasjon, og det synes jeg er helt greit».* (E5)

Enhetslederne knytter formalkompetanse til økt ansvar, og viser til at sykepleierne har det fagadministrative ansvaret på vekten. De uttrykker bekymring for at sykepleierne har for mange arbeidsoppgaver. Den hierarkiske strukturen beskrives som «flat» eller lite utviklet, og det er en forventning blant det øvrige pleiepersonalet om at sykepleierne skal utføre det direkte pasientrettede arbeidet slik som det øvrige personalet. Sykepleierne får ikke anerkjennelse for det fagadministrative arbeidet, og helsefagarbeiderne klager over at

sykepleierne sitter for mye foran pc'en eller er på medisinerrommet. Dette resulterer ifølge intervjupersonene at sykepleierne blir dobbeltarbeidende ved at de tar det fagadministrative arbeidet mens helsefagarbeiderne kan ta pause. Slike situasjoner blir beskrevet som *«relativt godlynt, men jeg hører den er der»*. (E7) I tillegg viser enhetslederne til at mangel på formalkompetanse resulterer i økt press på sykepleierne. Det vil derfor, ifølge intervjupersonene, være nødvendig å spisse sykepleieoppgavene slik at sykepleierne ikke blir utslitte, og at de får anvendt kompetansen sin mest hensiktsmessig.

Stell av pasienter blir beskrevet som en oppgave som i sin helhet kan overtas av helsefagarbeidere og assistenter. Det viser seg å ikke være uproblematisk da enkelte av sykepleierne er motvillige til å gi fra seg denne oppgaven, siden stell av pasienter blir ansett som en grunnleggende sykepleieoppgave. I løpet av stellet får sykepleieren god oversikt over pasienten sin totale helsetilstand, som er vesentlig for å kunne yte god pleie og behandling. Intervjupersonene er derfor opptatt av hvilke andre oppgaver som kan delegeres til helsefagarbeidere og assistenter. Intervjupersonene viser til administrering av medikamenter som en typisk sykepleieoppgave som krever autorisasjon. Sykepleierne doserer, kontrollerer og administrerer medisin etter forordning av lege. Delegasjon av ansvar for medisintildeling til helsefagarbeidere blir fremhevet som vanlig. Bemyndigelse til ufaglærte blir kun gjort unntaksvis, som i forbindelse med ferieavvikling, og innebærer at de må gjennomføre standardiserte kurs for å bli godkjent. Den ansattes erfaring og egnethet sammen med behovet på avdelingen fremheves som vesentlige faktorer for å få økt ansvar. Det er enhetsleder som har det øverste ansvaret for forsvarlig drift, og sykehjemets størrelse synes å være vesentlig for hvor tett enhetslederne er på selve prosessen. Ved små sykehjem forteller intervjupersonene at de avgjør hvilke oppgaver som skal delegeres og til hvem, og de beskriver at de kjenner sine ansatte godt og har god oversikt over pasientbehovene og ansattes kompetanse. Dette vil ikke være mulig ved større sykehjem, og intervjupersonene forklarer at de delegerer beslutningen om hvilke arbeidsoppgaver som skal tildeles personalet videre til avdelingsledere og fagsykepleiere som kjenner sine ansatte og behovet på avdelingen best. En av intervjupersonene beskriver det slik: *«Men det er klart at disse oppgavefordelingene gjør jo ikke jeg ned på et avdelingsnivå. Jeg er enhetsleder for hele greien. Jeg går ikke ned på detaljnivå. Jeg legger ut føringer»*. (E6)

Foruten administrering av medikamenter fremstår det uklart hva informantene definerer som sykepleieoppgaver: *«Hva er en sykepleieoppgave? Sykepleieoppgave er nesten alt omkring pasienten - det er sykepleie. Så da må man se på hva som er en sykepleieoppgave»*. (E6)

Omfang av oppgaver og tilgang på sykepleiere er ofte styrende for «hvor grensen går» når det gjelder hvilke oppgaver som delegeres fra sykepleiere til ansatte med lavere utdanning. Enhetslederne forteller at det kan være store variasjoner når det gjelder oppgavedeling mellom de ulike avdelingene, og viser til at helsefagarbeidere på korttidsavdeling kan få utføre flere prosedyrer og undersøkelser enn helsefagarbeidere på langtidsavdeling. Slike prosedyrer kan være blodtrykksmåling, innleggelse av urinkateter, måling av blodsukker og CRP som helsefagarbeiderne kan få delegert myndighet til å utføre etter opplæring. På langtidsavdeling er dette oppgaver som blir gjennomført sjeldnere, og da utføres de av sykepleiere som ikke ønsker å gi de fra seg. Dette kan resultere i at det for helsefagarbeiderne blir mer attraktivt å jobbe på korttidsavdeling da de får økt ansvar, men samtidig understreker intervjupersonene at ansatte er forskjellige og at ikke alle ønsker dette. Dette respekteres, uttrykker enhetslederne. Et annet viktig moment i denne sammenhengen er forsvarlighetskravet, og intervjupersonene fastholder at det er nødvendig at ansvar ikke fordeles på for mange. Pulverisering av ansvar kan lede til at den ansatte utfører prosedyren sjelden, og dermed blir det økt risiko for å gjøre feil.

Enhetslederne hevder å ha autonomi i organiseringen av tilgjengelige personalressurser, samtidig som de beskriver faktorer som påviselig begrenser deres handlefrihet. De knytter formalkompetanse til økt ansvar, og mangel på sykepleiefaglig kompetanse resulterer i økt press på sykepleierne. Intervjupersonene ser derfor behovet for å spisse sykepleiernes oppgaver slik at kompetansen deres blir anvendt mest hensiktsmessig. Foruten administrering av medikamenter fremstår det som uklart hva som kan defineres som en sykepleieoppgave. Omfang av oppgaver og tilgang på sykepleiere synes å være avgjørende i beslutninger knyttet til hvilke oppgaver som delegeres fra sykepleiere til ansatte med lavere utdanning, og i vurdering av hvem som får tildelt økt ansvar vektlegges kvaliteter som erfaring og egnethet. Enhetslederne viser til at de har det øverste ansvaret for å sikre forsvarlig drift, og sykehjemmets størrelse synes å være vesentlig for hvor tett de er på selve prosessen med oppgavedeling. Ved større sykehjem viser intervjupersonene til at de delegerer myndighet til å fatte beslutning om hvilke arbeidsoppgaver som kan tildeles personell med lavere utdanning til avdelingsledere og fagsykepleiere, da de kjenner sine ansatte og behovet på avdelingen best.

7.1.3 Kompetanseoverføring

Intervjupersonene beskriver den samlede kompetansen på sykehjemmet som varierende. For å heve kompetansen totalt sett fremheves betydningen av ressurspersoner som holder kurs for de ansatte. Dette kan være fagsykepleier, sykehjemslege, sykepleiere eller ansatte som nylig har vært på kurs eller tatt utdanning. En slik undervisningsform beskrives som populær blant de ansatte, og oppmøte er bedre enn om det leies inn eksterne forelesere. Dette forklares med at de er lojale mot sine kollegaer. Det er en forventning fra ledelsen at ansatte som har vært på kurs skal formidle ny kunnskap til sine kollegaer. Dette gjøres gjerne i et seinere personalmøte. I praksis kan dette by på utfordringer da ansatte er ulike: *«Så vil du ha personer som synes dette er veldig spennende og ser utfordringen i det, så har du andre som synes det er veldig ukomfortabelt»*. (E1)

I verste fall deltar ikke ansatte på kurs, i frykt for å undervise i etterkant. En tydelig forventning om å lære videre til kolleger var korrelert med redusert påmelding til kurs. Betydningen av å motivere de ansatte og ufarliggjøre videreformidlingen ble i denne sammenhengen fremhevet som betydningsfullt. Dersom det var flere som deltok sammen, kunne de undervise i fellesskap, og de fikk avsatt tid til forberedelse. Det ble også påpekt at dersom det ble en etablert kultur for å videreformidle, så ble terskelen lavere, og flere våget. Det avgjørende ble likevel til syvende og sist at den ansatte gjennomførte kurset, og fikk økt sin kompetanse. Ledelsen presset ikke, og begrunnet det med at det ikke står i stillingsbeskrivelsen at de skal undervise.

Den viktigste kompetansebyggingen skjedde, ifølge intervjupersonene, i avdelingen. Å lære fra kollegaer i praksis ble ansett som verdifullt. En hektisk arbeidshverdag ble betraktet som en trussel for spredning av kompetanse. Intervjupersonene uttrykte en bekymring for at belastningen på erfarne og dyktige medarbeidere kan bli stor: *«De som har kompetanse og skal veilede andre blir slitne, og så det gjør jo litt tyngre å veilede hele tiden»*. (E4)

Tydelig ledelse, organisering og tilrettelegging av kunnskapsdeling ble fremhevet som nødvendig. Innføring av tavlemøter ble nevnt som et tiltak for å stimulere til tverrfaglig dialog og vekst. Sykepleiere, fagarbeidere og assistenter samles tre ganger for dagen i 15 minutter hvor fokus er på pågående forbedringsarbeid og kartlegging av pasientenes risiko.

Intervjupersonene beskriver den samlede kompetansen på sykehjemmet som varierende. Interne ressurspersoner som holder kurs, blir sett på som en effektiv måte å heve kompetansen på. Undervisning fra kolleger er populært, og oppmøtet er bedre enn om det leies inn eksterne forelesere. Ledelsen forventer at ansatte som har deltatt på kurs, formidler den nye kunnskapen videre til sine kollegaer. I praksis kan det vise seg å være utfordrende, da ansatte kan være motvillige til å undervise for andre. Kompetansebyggingen skjer i stor grad i avdelingene, der ansatte lærer av hverandre. En hektisk arbeidshverdag kan hindre spredning av kompetanse, og enhetslederne uttrykker bekymring for at belastningen på erfarne og dyktige medarbeidere blir for stor. Tydelig ledelse og organisering av kunnskapsdeling fremheves som viktige forutsetninger når det gjelder tverrfaglig kunnskapsdeling

7.2 Bemanning

I denne delen presenterer jeg empirisk materiale knyttet til intervjupersonenes oppfatninger og refleksjoner om deres, sykehjemmets og kommunens virksomhet med å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft. Formålet er å besvare og gi innsikt til følgende forskningsspørsmål: *Hva fremhever enhetslederne som vesentlige faktorer for å sikre kvalifisert bemanning?*

7.2.1 Å holde på og rekruttere personell

Intervjupersonene beskriver rekruttering av helsepersonell som den største utfordringen knyttet til daglig drift. Spesielt krevende er det å rekruttere sykepleiere, men også rekruttering av helsefagarbeidere har blitt vanskeligere. Utfordringene beskrives som økende, og de nevner ulike tiltak som er iverksatt for å få rekruttert nye og kompetente medarbeidere. Heltidskultur blir fremhevet som et viktig tiltak siden flere av medarbeiderne arbeider deltid. Arbeid knyttet til heltidskultur blir beskrevet som forankret i kommuneadministrasjonen hvor HR har egne prosjekter knyttet til dette. Andre forteller at de har fått midler fra statsforvalteren via Kompetanseløft, og ansatt en prosjektleder på sykehjemmet som skal arbeide med problematikken.

Intervjupersonene beskriver også organisatoriske tiltak som har blitt innført med delvis hell. Dette kan være å spesialisere avdelinger som demensavdelinger, palliativ avdeling og avdeling for personer med nevrologiske sykdommer som MS og ALS. Da har de søkt etter ansatte med spesifikk kompetanse på ulikt nivå, og fått god respons på det. På avdeling for personer med MS og ALS var det ønskelig å få intensivsykepleiere, men det hadde de ikke

lykkes med. Egne sykepleieteam hvor sykepleierne ikke er tilknyttet en spesifikk avdeling, men går på toppen og rullerer mellom de ulike avdelingene har også vist positiv effekt på rekruttering av sykepleiere. Dette forklares med at sykepleierne får brukt sin kompetanse hensiktsmessig, og det oppleves derfor som mer attraktivt av sykepleierne selv.

Øvrige tiltak som intervjupersonene viser til er stipend, økt ansiennitet, tilrettelagt turnus, bostøtte, nedbetaling av studielån, overnattingsmuligheter på langvakter, fagdager og gratis parkering. Hvilke tiltak de har avhenger av kommunens økonomi og hvor prekært kompetansebehovet er. Arbeidstakerorganisasjonene og særlig Norsk Sykepleieforbund er opptatt av tematikken, og er uenig i at nyutdannede skal få høyere lønn enn sine sykepleiekolleger som har flere års ansiennitet. Det skaper uro blant de ansatte, og de opplever det som urettferdig, forteller intervjupersonene. Én av kommunene har derfor økt lønningene til samtlige sykepleiere. Ulike rammebetingelser blir beskrevet som uheldig: *«Det er en utfordring det der med kannibalisme mellom kommuner, for når kommuner tilbyr høyere lønn, nabokommuner, så går de dit. Det skremmer meg. Hele strukturen der er ikke helt god».* (E5)

Det vises til at det er et behov for å løfte problematikken på et nasjonalt plan slik at sykepleiere får økte lønninger, og at kommunene tilbyr like vilkår. Dette er problemer som blir oppfattet å ligge utenfor kommunenes rekkevidde å gjøre noe med, men som oppleves å være svært sentrale for sykehjemmets vilkår får å rekruttere og holde på den kvalifiserte arbeidskraften.

Ikke alle sykehjemmene har sykepleierstudenter i praksis. De sykehjemmene som har studenter understreker at det er et gode, og de anser studentene som potensielt nye medarbeidere. Fokus på å ta vel imot dem, og å gi dem god oppfølging, blir derfor understreket som viktige kriterier for at de får lyst til å arbeide på sykehjemmet når de er ferdig med utdannelsen.

Godt omdømme blir av informantene fremhevet som vesentlig. At ansatte fremsnakker arbeidsplassen blir betraktet som viktig for å rekruttere nye medarbeidere, og dette minner de også sine ansatte på. Rekruttering handler ikke utelukkende om å tiltrekke seg ny arbeidskraft. Det handler også om å beholde dyktige medarbeidere, hevder intervjupersonene. Søkelys på livslang læring og utvikling samt oppmerksomhet på arbeidsmiljø, blir i denne sammenhengen fremhevet som betydningsfullt.

Intervjupersonene beskriver rekruttering av helsepersonell som den største utfordringen på sykehjemmet. Spesielt å rekruttere sykepleiere, men også rekruttering av helsefagarbeidere har blitt vanskeligere. Forskjellige tiltak er iverksatt for å få nye og kompetente medarbeider slik som spesialiserte avdelinger, sykepleieteam, satsing på heltidskultur og ulike økonomiske fordeler. Norsk Sykepleieforbund er opptatt av lik lønn for nyutdannede og erfarne sykepleiere. Problemer med konkurransen mellom kommuner og behovet for nasjonale tiltak blir påpekt. Et godt omdømme og oppmerksomhet på livslang læring og arbeidsmiljø er også viktig for rekruttering og for å beholde dyktige medarbeidere.

7.3 Tolkning av data i lys av teori

Med oppgavens teoretiske rammeverk som utgangspunkt, vil jeg i denne seksjonen tolke og analysere datamaterialet som er presentert tidligere i kapittelet. Jeg vil følge fremstillingen i kapittel 6.3.

I det kommende vil jeg analysere det innsamlede empiriske materialet knyttet til forskningsspørsmål nummer tre, som lyder som følger:

Hvordan arbeider enhetslederne for å utnytte tilgjengelig kompetanse?

I lys av det *instrumentelle perspektivet* forventer jeg at den formelle organisasjonsstrukturen preger sykehjemmet og at enhetslederne beskriver et hierarkisk mønster med en tydelig over- og underordning mellom de vertikale nivåer i organisasjonen. Både mellom nivåene og innad i samme nivå forventer jeg å finne ulike former for arbeids- og ansvarsfordeling med tydelige stillingsbeskrivelser og nedfelte rutiner for oppgavedeling. Disse forventingene samsvarer lite med enhetsledernes beskrivelser av de ulike fenomenene. Jeg forventer videre å finne tydelige, nedfelte rutiner for kunnskapsdeling etter at ansatte har vært på kurs. Dette for å sikre at kunnskapen ikke blir værende hos den enkelte, men at den blir spredd på sykehjemmet for å gi optimal effekt av den ansattes nyervervede kompetanse.

Intervjupersonene sine fortellinger på dette feltet samsvarer heller ikke med mine antakelser. Tvert imot beskriver de en praksis hvor det ikke er et krav at ansatte skal undervise kollegaer etter kurs, og de har heller ikke nedfelte rutiner som beskriver dette.

Med utgangspunkt i *kulturperspektivet* vil jeg forvente at uformelle normer og verdier har vokst fram på sykehjemmet over tid, og skapt en verdimesig profil. Kulturen som er etablert legger føringer for hvordan de ansatte jobber. Sykehjemmet har ikke nedfelt skriftlige prosedyrer, rutiner eller stillingsinstrukser, men forventingen til de ansatte «sitter i veggene».

Intervjupersonene forteller om ulik tradisjon når det gjelder praksis med stillingsbeskrivelse til sine ansatte. Flere opplyser at de ikke har det, mens andre meddeler å ha stillingsbeskrivelser, men at de er utdaterte og i tillegg er overordnede og lite informative. Til tross for denne praksisen forteller enhetslederne at de ansatte er innforstått med hva som forventes av dem, som indikerer en etablert kultur hvor forventningene til dem «sitter i veggene». Enhetslederne beskriver den hierarkiske strukturen som «flat» eller lite utviklet, og at det eksisterer en forventning i personalgruppen om at «alle skal gjøre alt». Fravær av stillingsbeskrivelser eller en formalisert struktur, som beskrevet av intervjupersonene, kan bidra til at skottene mellom de ulike yrkesgruppene blir redusert, og medvirke til å opprettholde den lite hierarkiske strukturen preget av dugnadskultur der «alle skal gjøre alt».

Enhetslederne ser behovet for å spisse sykepleiernes oppgaver, og for å få til dette vil de avlaste sykepleierne ved at ansatte med lavere utdanning overtar enkelte oppgaver. Innenfor det kulturelle perspektivet trenger ikke ledelse å bli utført av personer som innehar formelle posisjoner eller roller. Jeg vil derfor anta at lederskapet utøves av også annet personell på et underordnet nivå. Med unntak for enhetsledere på små sykehjem, blir ansvaret delegert til avdelingsledere og fagsykepleiere. Dette begrunnes med at de kjenner sine ansatte best har dermed bedre forutsetninger for å fordele oppgavene mest hensiktsmessig. Jeg forventer, basert på dette perspektivet, at enhetslederne vil trekke fram de personlige egenskapene til hver enkelt når ledelsen foretar vurderinger om hvem av de ansatte som skal få økt ansvar. Intervjupersonene bekrefter dette, og forteller at de vektlegger både kvaliteter som erfaring og egnethet. Videre forventer jeg at de ikke pålegger og presser ansatte til å overta nye oppgaver som tidligere har lagt til sykepleierne, men at de er lydhøre og respekterer den ansattes ønske på dette feltet. Enhetslederne validerer dette. I tillegg anslår jeg at det eksisterer en motvilje til å endre en etablert kultur, og at slike prosesser vil være langvarige, tidkrevende og evolusjonsdrevet. Intervjupersonene påpeker at fravær av stillingsbeskrivelser kan resultere i at de ansatte arbeider forskjellig og vektlegger ulikt. For å forebygge dette, foreslås innføring av stillingsbeskrivelse som en løsning, men samtidig uttrykker enhetslederne en skepsis til å få endret en etablert praksis. Dette er klassiske trekk ved institusjonelle virksomheter som kjennetegnes av at endring vil ta tid og må skje gradvis. March og Olsen betegner fenomenet som historisk ineffektivitet (Christensen et.al., s. 62), der endring krever ledere som klarer å balansere fornyelse med ivaretagelse av etablerte praksiser.

Med utgangspunkt i det kulturelle perspektivet, kan det videre antas at uformelle regler kombinert med en forventning til de ansatte «som sitter i veggene», har bidratt til etablert

praksis for kunnskapsdeling i det daglige arbeidet og et sterkt sosialt fellesskap.

Intervjupersonene forteller at den viktigste kompetansebygginger skjer i avdelingen. Å lære fra kollegaer i praksis ble ansett som verdifullt. Ressurspersoner, som for eksempel fagsykepleiere og sykehjemslege, beskrives som vesentlige for kursing av ansatte.

Intervjupersonene forteller at undervisningsformen er populær, og beskriver et sterkt sosialt fellesskap. Enhetslederne viser til en forventning fra leder om at ansatte som har vært på kurs skal formidle ny kunnskap til sine kollegaer. Intervjupersonene beskriver en praksis der leder og ansatt kan ha ulike interesser og mål, og der ansatte vegrer seg for å undervise sine kollegaer. Enhetslederne viser til en rekke tilretteleggingstiltak, men dersom den ansatte absolutt ikke vil videreformidle kunnskapen, blir det respektert. Innen det instrumentelle perspektivet forklares forstås dette som begrenset rasjonalitet da løsningen ikke er mest effektiv for spredning av kunnskap, men den bygger likevel på konsekvenslogikk da den ansatte får hevet sin kompetanse. Intervjupersonene uttrykker imidlertid et ønske om å få etablert en kultur i den hensikt at barrieren for å videreformidle kunnskap blir lavere.

Funnene indikerer at forventningene basert på det instrumentelle perspektivet stemmer lite overens med enhetsledernes beskrivelser av den formelle organisasjonsstrukturen på sykehjemmet. Mens jeg forventet en hierarkisk struktur med klare ansvarsfordelinger og nedfelte rutiner, beskriver enhetslederne en mer flat og lite utviklet struktur preget av dugnadskultur. Forventninger om nedfelte rutiner for kunnskapsdeling etter kurs ble heller ikke bekreftet, da ansatte ikke blir pålagt å undervise kollegaer, og det eksisterer ikke klare rutiner for dette formålet.

Fra det kulturelle perspektivet ble det forventet at uformelle normer og verdier ville prege sykehjemmet og skape en verdimeessig profil. Mens det ikke finnes nedfelte skriftlige rutiner, viser funnene at forventningene til de ansatte likevel er forankret i kulturen på sykehjemmet. Enhetslederne rapporterer ulik praksis når det gjelder stillingsbeskrivelser, men alle er enige om at ansatte er klar over hva som forventes av dem. Enhetslederne ser behov for å avlaste sykepleierne og at ansatte med lavere utdanning overtar enkelte oppgaver som tidligere har tilhørt dem. I tråd med forventningene til det kulturelle perspektivet delegerer enhetslederne oppgaven til avdelingsledere og fagsykepleiere, med den begrunnelse at de kjenner sine ansatte best, og kan foreta kvalitative vurderinger om hvilke oppgaver som skal delegeres og til hvem. Personlige egenskaper og erfaring hos personalet blir vektlagt i vurdering av hvem

som får tildelt økt ansvar, og den ansatte blir hørt og ledelsen respekterer om den ansatte ikke ønsker å påta seg nye oppgaver som leder til økt ansvar. For å sikre at ansatte jobber i henhold til forventinger til rollen foreslår enhetslederne å innføre stillingsbeskrivelser som et tiltak, men uttrykker en skepsis til å endre etablert praksis. Dette er et klassisk fenomen innen det kulturelle perspektivet og resulterer i en endringsprosess som tar tid og må skje gradvis.

I tillegg viser funnene at kunnskapsdeling i det daglige arbeidet på sykehjemmet skjer gjennom læring fra kollegaer og undervisning av ressurspersoner som fagsykepleiere og sykehjemsleger. Et sterkt sosialt fellesskap preger kulturen, men det er en utfordring å få ansatte til å videreformidle kunnskapen etter de har vært på kurs eller tatt utdanning videre til kollegaer på sykehjemmet. Enhetslederne uttrykker et ønske om å etablere en kultur som letter barrieren for denne formen for kunnskapsdeling.

Samlet sett viser funnene at det er diskrepans mellom forventningene som følger av de to teoretiske perspektivene på den ene siden, og på den andre siden enhetsledernes beskrivelser av organisasjonsstrukturen og rutiner for kunnskapsdeling. Dette indikerer kompleksiteten i praksis på sykehjemmet, og understreker viktigheten av å ta hensyn til både instrumentelle og kulturelle faktorer ved kompetanseplanlegging.

Avslutningsvis i kapittelet vil jeg analysere det innsamlede empiriske materialet knyttet til forskningsspørsmål nummer fire, formulert på følgende måte:

Hva fremhever enhetslederne som vesentlige faktorer for å sikre kvalifisert bemanning?

I lys av et *instrumentelt perspektiv* forventer jeg å finne at enhetslederne beskriver en strategi hvor de har full kontroll på mål-middel-sammenhenger og foretar rasjonelle kalkulasjoner som sikrer kvalifisert bemanning. Enhetslederne viser til ulike rekrutteringstiltak og ut ifra dette perspektivet kan tiltakene forstås som instrumentelle verktøy med en forventning om at det vil gi ønsket effekt. Enhetslederne beskriver imidlertid en praksis som ikke vitner om full kontroll når det gjelder sammenhengen mellom tiltak og effekt, men kan i stedet minne om «prøve- og feilemetoden». Hvilke tiltak som velges kan virke noe ad-hoc preget, og enhetsleders handlingsfrihet til å velge rekrutteringstiltak blir begrenset av tilgjengelige økonomiske ressurser. Jo mer presserende behovet for kompetanse er, desto mer ser det ut til å påvirke tiltakene for rekruttering, da et stort behov er assosiert med mer kostnadskrevenende rekrutteringsmetoder som kan øke driftskostnadene. Intervjupersonene viser også til rekrutteringstiltak som er forankret i kommuneadministrasjonen og hos statsforvalteren.

Arbeidet foregår her «top down», med en tydelig forventning om at tiltaket som omfatter heltidskultur vil få positiv effekt på bemanningen. Dette er et arbeid som de skal i gang med, og om det i praksis vil få ønsket instrumentell effekt er dermed for tidlig å si. Å sikre kvalifisert bemanning handler ikke utelukkende om å rekruttere kvalifiserte medarbeidere, men like viktig er det å beholde kompetente medarbeidere, hevder intervjupersonene. Enhetslederne betrakter kompetanseplaner som avgjørende verktøy for å sikre at ansatte som har styrket sin kompetanse gjennom utdanning, får muligheten til å anvende denne kompetansen i praksis. Videre viser de til stillingsinstruks og tydelig oppgavedeling som hensiktsmessig for å sikre at sykepleiekompetansen bli anvendt mest hensiktsmessig og for å forebygge at de blir utslitte. I tillegg kan helsefagarbeidere oppleve det som lukrativt å få økt ansvar ved å få tildelt flere arbeidsoppgaver, påpeker enhetslederne. Kompetanseplaner, stillingsinstruks og tydelig oppgavedeling kan dermed forstås som instrumentelle tiltak for å bevare medarbeidere.

Med tanke på å rekruttere og beholde ansatte vil jeg, i lys av det kulturelle perspektivet, forvente at enhetslederne vektlegger kvaliteter som godt arbeidsmiljø, sykehjemmets omdømme og ansattes mulighet for kompetanseutvikling gjennom hele yrkeslivet. Enhetslederne trekker fram dette som vesentlige kvaliteter og tiltak. Selv om de vektlegger dette, er det ikke nødvendigvis slik at det gjenspeiles i handling som gir ønsket effekt. Et eksempel på dette er sykehjemmets omdømme, der enhetslederne understreker at det er viktig at ansatte snakker positivt om arbeidsplassen sin. Arbeidsgiver kan selvsagt oppfordre til det, men har ingen garanti for at de ansatte følger opp i praksis. Det samme gjelder kompetanseutvikling. Her kan økonomien begrense leders handlefrihet, og resultere i at kompetanseutviklingen ikke blir i tråd med hverken den ansattes eller leders ambisjoner. Basert på det kulturelle perspektivet vil jeg også forvente at enhetslederne påpeker at de ulike rekrutteringstiltakene kan påvirke arbeidsmiljøet. Enhetslederne viser til at ulike rammebetingelser for nyutdannede og ansatte sykepleiere kan få uheldige konsekvenser for den etablerte kulturen. Både arbeidstakerorganisasjoner og ansatte har uttrykt sin bekymring til ledelsen over rekrutteringstiltak som oppleves som urettferdig, og ledelsen deler bekymringen. Dette kan for eksempel omfatte stipendordninger eller nedbetaling av studielån, og hvor erfarne medarbeidere er ansatt på dårligere vilkår enn nyutdannede. Enhetslederne beskriver en krevende situasjon hvor ulike arbeidsgivere og kommuner konkurrerer om de samme medarbeiderne, og etterlyser en nasjonal strategi på feltet.

Samlet sett viser funnene også her en diskrepans mellom forventning basert på det

instrumentelle og kulturelle perspektivet og enhetsledernes praksis på sykehjemmene. Det instrumentelle perspektivet om full kontroll og rasjonelle kalkulasjoner stemmer ikke overens med beskrivelsene fra enhetslederne. Foruten rekrutteringstiltak for å fremme heltidskultur som er initiert fra kommuneadministrasjonen og statsforvalteren, framstår valgene av rekrutteringstiltakene ad-hoc pregede og begrenset av økonomi og prekært kompetansebehov. Å beholde kompetente medarbeidere anses som viktig. Kompetanseplaner, stillingsinstrukser og tydelig oppgavedeling oppfattes som instrumentelle tiltak her. Enhetslederne vektlegger kvaliteter som godt arbeidsmiljø, sykehjemmets omdømme og muligheter for kompetanseutvikling. Likevel er det ingen sikkerhet for at disse prioriteringene følges opp i praksis eller gir ønsket effekt når det gjelder økt rekruttering eller garanti for å beholde medarbeidere. Rekrutteringstiltak kan ha uheldig effekt på arbeidsmiljøet da de favoriserer nytilsatte, og enhetslederne opplever konkurransen om medarbeidere som krevende og etterlyser derfor en nasjonal strategi som i mindre grad vil sette kommuner og sykehjem opp mot hverandre i konkurransen om kompetent arbeidskraft.

I sin helhet illustrerer funnene kompleksiteten og utfordringene knyttet til ledelse og organisasjonspraksis på sykehjemmet, og gir grunnlag for videre diskusjon og forbedring av praksis på dette området.

Etter en omfattende analyse av det empiriske materialet, vil neste kapittel inneholde en oppsummering og diskusjon av funnene i lys av annen aktuell forskning på feltet.

8 Drøfting

I forrige kapittel ble datamaterialet analysert i relasjon til forskningsspørsmålene. I dette kapitlet vil jeg fortsette og utforske enhetsledernes praksis med strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem, og hvordan funnene fra analysen kan forstås i en bredere sammenheng av tidligere forskning. Problemstillingen som vil bli drøftet er:

Hva kjennetegner enhetsledernes arbeid med strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem?

Kapittel er strukturert i to hoveddeler. Først vil jeg oppsummere funnene med utgangspunkt i forskningsspørsmålene, og se dem i sammenheng med problemstillingen. Jeg vil følge den kronologiske strukturen fra kapittel 6 og 7 og oppsummere funnene i samme rekkefølge. Videre vil jeg reflektere over funnene som er knyttet til problemstillingen og fokusere spesifikt på strategisk kompetanseplanlegging.

Deretter vil hoveddelen av drøftingen fokusere på hvordan mine funn kan bidra med nye perspektiver, samt identifisere likheter eller forskjeller i forhold til eksisterende forskning på feltet.

8.1 Oppsummerende analyse av enhetsledernes arbeid med strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem

Den anvendte analysemetoden i studien gir innsikt i både instrumentelle og kulturelle perspektiver på enhetsledernes arbeid med strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem. Ved å gjennomføre en grundig framstilling og analyse av empirien, basert på de utviklede forskningsspørsmålene, ble ulike aspekter ved problemstillingen utforsket og ledet til identifisering av funn. Nå vil jeg oppsummere disse funnene fra analysen med mål om å gi en dypere og samlet forståelse av problemstillingen.

8.1.1 Oppsummering av funn

Første forskningsspørsmål tok sikte på å utforske hva som ligger til grunn for enhetsledernes oppfattelse av kompetansebehov i egen virksomhet. For å kunne besvare forskningsspørsmålet har jeg ansett det som hensiktsmessig å presentere og analysere forskningsdata knyttet til enhetsledernes oppfattelse av kompetansebegrepet. Funnene indikerer at enhetslederne betrakter kompetanse som sammenveving av den ansattes unike

kvaliteter. Intervjupersonene vektlegger formalkompetanse, men like viktig, om ikke enda viktigere, er de kvalitetene som er forankret hos den enkelte medarbeider. Kompetanse blir dermed beskrevet som et komplekst og dynamisk begrep fokusert på formalkompetanse, personlige egenskaper og erfaring, som er vesentlige kvaliteter innen det kulturelle perspektivet. Dette funnet har stor betydning da den må sees i sammenheng med kompetansekartlegging og om enhetslederne har en helhetlig tilnærming til prosessen slik at de får kartlagt kompleksiteten i kompetansebegrepet. I tillegg har intervjupersonene sine beskrivelser betydning for det videre strategiarbeidet med definering av kompetansekrav og kompetansebehov.

Studien viser at intervjupersonene anser kompetansekartlegging som nødvendig for å få oversikt over ansattes kompetanse, og en forutsetning for at de kan få omgjort stillinger slik at det blir stilt krav om høyere utdanning ved ansettelse. Kartleggingsprosessen og identifiseringen av kompetansekrav og kompetansegap kan ikke utelukkende forklares og løses gjennom en instrumentell tilnærming. Selv om instrumentelle verktøy er viktige, er det nødvendig med en kulturperspektivets "bottom-up" tilnærming med betydelig medvirkning fra de ansatte for å sikre adekvate prosesser og et pålitelig kunnskapsfundament.

Forskningsspørsmål to hadde til hensikt å utforske hvilke erfaringer enhetsledere har med kompetanseplaner på sykehjem. Funnene viser viktigheten av både toppledelsens involvering og lokal tilpasning i utviklingen av kompetanseplanene. Fra et instrumentelt perspektiv viser det seg at kommunale kompetanseplaner for helse- og omsorgstjenestene vanligvis blir initiert og ledet fra toppen av det kommunale hierarkiet. Intervjupersonene uttrykker tillit til at ledelsen har kontroll over mål-middel-sammenhenger og tar rasjonelle beslutninger knyttet til kompetanseplanene. Det formelle lederskapet på sykehjemmet har en sentral rolle i utarbeidelsen av kommunale kompetanseplaner, og medvirkning er sentralt innen det kulturelle perspektivet. Enhetslederne understreker at de kommunale kompetanseplanene er styrende for sykehjemmenes egne kompetanseplaner, og ved utarbeidelse av disse planene er lokal tilpasning og medvirkning avgjørende faktorer. Sterk involvering av avdelingsledere blir fremhevet som vesentlig, og begrunnes med at de har inngående kjennskap så vel til avdelingsinterne som kontekstuelle forhold. Foruten kartleggingsprosessen er det tilsynelatende begrenset med involvering av de ansatte i utviklingen av kompetanseplanene. Kommunikasjon til personalet angående målsettinger og strategier i kompetanseplanene synes også å være hierarkisk og ensrettet.

Forsknings spørsmål tre søker å undersøke hvordan enhetslederne arbeider for å utnytte tilgjengelig kompetanse. Funnene indikerer at det er en diskrepans mellom forventningene som følger av de to teoretiske perspektivene på den ene siden, og på den andre siden enhetsledernes beskrivelser av organisasjonsstrukturen og rutiner for kunnskapsdeling. Enhetslederne beskriver en flat og lite utviklet struktur preget av dugnadskultur. Det rapporteres ulik praksis blant enhetslederne når det gjelder stillingsbeskrivelser, men det er enighet om at ansatte er klar over hva som forventes av dem i utøvelsene av stillingene. Det er et behov for å avlaste sykepleierne og la ansatte med lavere utdanning ta over oppgaver som tidligere tilhørte dem. I samsvar med det kulturelle perspektivet delegerer enhetslederne oppgaver til avdelingsledere og fagsykepleiere, basert på deres kjennskap til de ansatte og kvalitative vurderinger om hvilke oppgaver som skal tildeles og til hvem. Personlige egenskaper og erfaring hos personalet blir vektlagt i vurderingen av hvem som får økt ansvar, og ledelsen respekterer når ansatte ikke ønsker å påta seg nye oppgaver som fører til økt ansvar. Som et tiltak for å sikre ansatte jobber i henhold til forventninger knyttet til stillingen, foreslår enhetslederne innføring av stillingsbeskrivelser, men de uttrykker skepsis til å endre etablert praksis. Dette er typisk ut fra forventninger knyttet til det kulturelle perspektivet og resulterer i en gradvis endringsprosess som tar tid.

I tillegg viser funnene at kunnskapsdeling i det daglige arbeidet på sykehjemmet skjer gjennom læring fra kollegaer og ved at ressurspersoner som fagsykepleiere og sykehjemsleger underviser personalet. Det er et sterkt sosialt fellesskap som preger kulturen, men det er en utfordring å motivere personalet til å videreformidle kunnskapen de har fått gjennom kurs eller videreutdanning til sine kollegaer. Det er ingen pålegg om at ansatte skal ta på seg undervisningsansvar for kollegaer, og det eksisterer ingen klare prosedyrer eller rutiner for dette formålet. Til tross for mangel på nedfelte skriftlige retningslinjer, viser enhetslederne til en rekke tilretteleggingstiltak for å få ansatte til å videreformidle den nyervervede kunnskapen, men respekterer om den ansatte motsetter seg dette. Enhetslederne gir uttrykk for et ønske om å etablere en kultur som fjerner hindringer for kunnskapsdeling.

Det fjerde forsknings spørsmålet tar sikte på å studere hva enhetslederne fremhever som vesentlige faktorer for å sikre kvalifisert bemanning. Enhetslederne understreker at sikring av kvalifisert bemanning ikke bare handler om å rekruttere kvalifiserte medarbeidere, men like viktig er det å beholde kompetente medarbeidere. Funnene avdekker en diskrepans mellom forventninger basert på det instrumentelle og kulturelle perspektivet og den faktiske praksisen på sykehjemmene. Det instrumentelle perspektivet om fullstendig kontroll og rasjonelle

beregninger stemmer ikke overens med enhetsledernes beskrivelser. Foruten rekrutteringstiltak for å fremme heltidskultur som er initiert fra kommuneadministrasjonen og statsforvalteren, fremstår rekrutteringstiltakene som ad-hoc pregede og begrenset av økonomiske faktorer og det presserende behovet for kompetanse. Kompetanseplaner, stillingsinstrukser og tydelig oppgavedeling oppfattes som instrumentelle tiltak for å beholde medarbeidere. Enhetslederne vektlegger kvaliteter som et godt arbeidsmiljø, sykehjemmets omdømme og muligheter for kompetanseutvikling. Imidlertid er det ingen sikkerhet for at disse prioriteringene følges opp i praksis eller oppnår ønsket effekt når det gjelder økt rekruttering eller garanti for å beholde medarbeidere. Rekrutteringstiltak som ulike rammebetingelser til nyansatte i forhold til øvrig personale, som for eksempel stipendordninger eller studielånsnedbetaling, kan ha negativ innvirkning på arbeidsmiljøet. Enhetslederne opplever konkurransen om medarbeidere som utfordrende og etterspør en nasjonal strategi for å håndtere situasjonen.

Samlet sett gir funnene innsikt i kompleksiteten og utfordringene knyttet til kompetanseplanlegging og bemanning på sykehjemmene.

8.1.2 Strategisk planlegging for kompetanse

I dette avsnittet vil jeg reflektere over funnene i studien knyttet til problemstilling som setter søkelys på den strategiske planleggingen for kompetanse på sykehjemmene. Enhetsledernes beskrivelser av planene som tiltaksplan, årshjul og som et «levende dokument» som kontinuerlig må oppdateres for å være i tråd med kompetansekravene og kompetansekapitalen på sykehjemmet, indikerer at planene primært tar sikte på å løse nåværende utfordringer, er ad-hoc preget og mangler et fremtidsperspektiv. Videre beskrivelser av fravær av oppdatering og behov for revisjon på grunn av upresise målformuleringer, strategier og tiltak, tyder på at kompetanseplanene ikke fungerer som en målrettet plan for å imøtekomme fremtidige utfordringer, slik man kunne forvente av en strategisk kompetanseplan.

Enhetslederne refererer til både kompetanseplaner på kommunalt nivå og egne planer for sykehjemmet. Selv om de anerkjenner betydningen av disse planene, etterlyser de en nasjonal strategi for å håndtere de komplekse utfordringene. Med 356 kommuner i Norge, og til tross for variasjoner i størrelse og innbyggertall, er kommunene pålagt å gjennomføre de samme nasjonalt vedtatte målene og oppgavene. Dette betyr at kommuner og sykehjem konkurrerer med hverandre om helsepersonell, som allerede er mangelvare. Med andre ord: Sentrale

faktorer som inngår i kompetanseplanleggingen, er utenfor kommunene (for ikke si sykehjemmenes) kontroll å påvirke i nevneverdig grad. Uansett hvor mye innsats kommuner og sykehjem legger ned i planleggingen, vil de likevel stå overfor utfordringer som de ikke klarer å løse.

Basert på de identifiserte funnene presentert i kapittel 8.1.1. og innsikten som er oppnådd gjennom denne studien, vil jeg i neste kapittel diskutere og sammenligne resultatene med tidligere forskning på området.

8.2 Sammenligning med tidligere studier og diskusjon av funn

I det kommende avsnittet vil jeg gjennomføre en drøfting av funnene fra studien i sammenheng med relevant forskning som er presentert i kapittel 3 av denne oppgaven. Målet med drøftingen er å oppnå en dypere og mer omfattende forståelse av temaet og identifisere eventuelle sammenfallende trekk eller avvik mellom studiens funn og tidligere forskning. Ved å plassere funnene innenfor en bredere forskningskontekst, søker jeg å styrke validiteten og generaliserbarheten av resultatene, som beskrevet i kapittel 5.7.2, samt bidra til en mer nyansert og helhetlig betraktning av enhetsledernes arbeid med strategisk kompetanseplanlegging i sykehjem.

Kapittelet er inndelt i utvalgte tema som bygger på strukturen i framstilling av empiri.

8.2.1 Kompetansebehov og kompetansekartlegging

Som jeg tidligere har påpekt viser en rekke studier (Bruvik et al., 2017; Gautun & Syse, 2017; Tyrholm et al., 2016) at samhandlingsreformen har ført til at kommunene har fått flere oppgaver. Pasientene som får behandling og oppfølging i kommunene er eldre, sykere og har økt hjelpebehov sammenlignet med tidligere, og dette har resultert i økt etterspørsel etter kvalifisert personell som besitter nødvendig kompetansen (ibid). Dette sammenfaller med intervjupersonenes fortellinger, der de beskriver samhandling med sykehusene som utfordrende. Sykehjemmene må ta imot pasienter, som etter deres vurdering, ikke er utskrivningsklare.

Studien viser at intervjupersonene erkjenner at de har det øverste ansvaret for kompetansekartleggingen, og at de delegerer ansvaret til avdelingsledere eller fagsykepleiere. Med en instrumentell tolkning av fenomenet legges det til grunn at delegering av ansvar er

gunstig for å sikre organisatorisk måloppnåelse. Avdelingsledere og fagsykepleiere kjenner sine underordnede best, og har dermed en bedre forutsetning til å gjennomføre en presis kartlegging av de ansattes kompetanse. Intervjupersonene beskriver kompetansekartlegging som et nødvendig verktøy for å finne differansen mellom tilgjengelig kompetanse (på sykehjemmet) på den ene siden, og krav og behov på den andre siden. Studien til Brenden et al. (2011) avdekket at ledelsen ikke har formelle systemer for å få oversikt over ansattes behov for kompetanse. Forskningen er fra 2011, og det er rimelig å anta at det har vært en utvikling på feltet siden da. Intervjupersonene i min studie forteller at de har digitale kartleggingsverktøy, men beskriver de som lite nyanserte og kan dermed resultere i at de viser et feilaktig bilde. Verktøyenes ensidige kartlegging av formalkompetanse dekker ikke mangfoldet i kompetansebegrepet, som intervjupersonene betrakter som vesentlig. Studien viser at intervjupersonene fremhever betydningen av å ha ansatte med formalkompetanse, og de trekker paralleller mellom kvalitet i tjenesten og andel sykepleiere. Dette er ikke en nyoppdaget sammenheng, da den også er blitt påvist i internasjonale studier (Bostick et al., 2006). Videre fant en norsk studie utført av Bing-Jonsson, Hofoss, et al. (2016) at sykepleiere på sykehjem og i hjemmetjenesten har noe høyere kompetansepoengscore enn øvrig personale. Disse funnene understreker betydningen av å kartlegge ansattes formalkompetanse.

Samtidig avdekket studien (Bing-Jonsson, Hofoss, et al., 2016) at det er nødvendig å forske videre på de ulike yrkesgruppene som utgjør pleiepersonalet da de avdekket en ubalanse mellom statlig forventning til ansattes kompetanse og pleiepersonalets faktiske kompetanse. Manglende kompetanse hos helsepersonell på sykehjem ble også påvist i forskningsprosjektet til (Hopøy et al., 2020). Intervjupersonene i min studie beskriver kompetanse som et komplekst og dynamisk begrep som i tillegg til formalkompetanse omfatter personlige egenskaper og erfaringer. Denne kompetansen får de kartlagt gjennom medarbeidersamtaler, hevder intervjupersonene. Medarbeidersamtaler og digitale kartleggingsverktøy kan forstås som instrumentelle verktøy for å kartlegge den ansattes samlede kompetansekapital, krav og behov. Enkelte av intervjupersonene i studien viser også til et tett og godt samarbeid mellom ledelsen og tillitsvalgt hvor de enes om kompetansekrav basert på pasientgrunnet. Én av intervjupersonene i studien fortalte om manglende rutiner for oppfølging av medarbeidersamtaler. Dette ble beskrevet som en utfordring som kan føre til uoverensstemmelse mellom forventning og resultat, og derfor oppnås ikke en instrumentell effekt. Det skal bemerkes at dette avviket kun ble rapportert av én av intervjupersonene, og dermed har det begrenset representativitet. En svakhet ved studien er at intervjupersonene

ikke ble spurt om hvilken praksis de har for oppfølging av medarbeidersamtale, men den manglende oppfølgingen ble altså uttrykt spontant av én av dem.

Totcheva et al. (2019) understreker i sin studie at lederne må legge til rette og skape en kultur for at de ansatte får komme med forslag til kompetansehevingstiltak og at medvirkning kan lede til økt engasjement og bedre utnyttelse av den tilgjengelige kompetansen på sykehjemmet. Sykepleierne selv understreker betydningen av medvirkning og ønsker å delta i diskusjoner om kompetanseheving, slik at ledelsen kan få innsikt i personalets behov for kompetanse (Kyrkjebø et al., 2017).

Samlet sett viser funnene at kompetansekartlegging er viktig, og spesielt i lys av de høye kompetansekravene som følger av samhandlingsreformen. Enhetslederne erkjenner sitt ansvar for kompetansekartlegging, og delegerer selve utførelsen av kartleggingen til avdelingsledere og fagsykepleiere. Det anvendes både digitale kartleggingsverktøy og medarbeidersamtale til dette formålet. Medvirkning og deltakelse blant de ansatte er sentralt for å fremme økt engasjement og resultere i en forbedret anvendelse av den tilgjengelige kompetansen på sykehjemmet.

8.2.2 Kompetanseplaner

Intervjupersonene sine beskrivelser av kompetanseplanlegging på sykehjem fremstår som en kompleks prosess. For å skape mening til dette arbeidet, valgte jeg både i fremstilling av datamaterialet og i analysen en tematisk inndeling med utgangspunkt i kommunale kompetanseplaner og statlige tilskuddsordninger for deretter å belyse hva som kjennetegner arbeidet på sykehjemmet. Jeg vil følge tilsvarende inndeling videre.

Intervjupersonene beskriver en hierarkisk struktur der kommunale kompetanseplaner initieres og ledes av toppledelsen i kommunen. Arbeidet foregår dermed «top-down», som er et sentralt trekk innenfor det instrumentelle perspektivet. Dette funnet stemmer også overens med resultatene fra studien til Døving og Tobiassen (2009), hvor forankring på toppnivå i kommunen, både politisk og administrativt, samt hos enhetslederne, ble identifisert som viktige faktorer for å lykkes. Enhetslederne ble beskrevet som nøkkelpersoner i dette arbeidet. Flere av intervjupersonene opplyser at de medvirker i arbeidet med å utarbeide den overordnede kommunale kompetanseplanen, og de beskriver dette arbeidet som vesentlig for kompetanseplanleggingen på sykehjemmet. Medvirkning kan forstås som en

forhandlingsvariant innen det instrumentelle perspektivet, og enhetslederne viser i denne konteksten til tilskuddsordningen Kompetanseløft 2025. De forteller at satsingsområdene i tilskuddsordningen har en retningsgivende effekt på valg av kompetansetiltak, men samtidig opplever de at dersom de har behov for alternative kompetansetiltak, blir deres behov imøtekommet. Dette samsvarer med funn i evalueringsrapporten av Kompetanseløft 2020 utført av Grut et al. (2020).

I sin forskning fremhevet Døving og Tobiassen (2009) betydningen av at kommunen har en dedikert personalfunksjonær i sentraladministrasjonen med det overordnede ansvaret for kompetanseutviklingen i kommunen. En spesialisert personalfunksjonær på dette nivået vil bidra til at kommunen har nødvendig kapasitet til å holde oversikt over relevante ordninger, tilbud og regler. Dette er en verdifull støtteressurs for enhetslederne. Enhetsledere i min studie bekrefter dette, og viser til fagavdeling i kommunen eller seksjonsleder for helse og omsorg som administrerer arbeidet og søker om midler. «Det søkes ikke ett og ett sykehjem. Det er seksjonsleder som er veldig driftig på å hente opp slike ting og søke. Der lener vi oss tilbake og tar imot». (E4) I små kommuner derimot er enhetslederne tettere på prosessen og søker selv til statsforvalteren.

I de kommunale kompetanseplanene som inngår i studien fremkommer det at virksomhetene selv må utarbeide lokale kompetanseplaner, og at enhetsleder er ansvarlig for dette. Intervjupersonene opplyser at bakgrunnen for at de utarbeider kompetanseplaner for sykehjemmet er fordi de selv anser det som viktig. I denne sammenhengen fremhever de at kompetanseplanene har en positiv effekt når det gjelder å identifisere hvilken kompetanse det skal satses på. Videre påpeker de at planene er gunstige for å beholde kompetente medarbeidere. Med denne beskrivelsen er kompetanseplanene å betrakte som instrumentelt styringsverktøy for måloppnåelse. Intervjupersonene refererer til kompetanseplanene deres som tiltaksplan, årshjul og fagutviklingsplan, og sykehjemmet som ikke har en egen kompetanseplan, viser til rekrutteringsplan og beredskapsplan. Jeg ba samtlige intervjupersoner om å sende meg planene deres, slik at jeg kunne få innsikt i hvordan de var utformet. Dessverre var tilbakemeldingene fra de fleste at jeg ikke kunne få de tilsendt, da de var kun tilgjengelig i deres interne datasystem. I de tilfellene hvor jeg faktisk fikk tilsendt planer, var det den overordnede kompetanseplanen for kommunens helse- og omsorgstjeneste, som jeg allerede hadde lest og lastet ned fra kommunens nettside.

Studien til Berge og Eilertsen (2020) avdekket ulik praksis blant avdelingslederne når det

gjaldt langsiktig kompetanseplanlegging på sykehjem. Resultatene i min forskning antyder at kompetanseplanene på sykehjemmene ikke er utformet med et langsiktig perspektiv, men heller planlegges for ett år av gangen. Dette skiller seg fra kommunene, som inngikk i studien, sin overordnede kompetanseplan, som typisk har en tidsramme på tre år. Enhetslederne forteller at sykehjemmene sine kompetanseplanene må oppdateres årlig, og at det er et «levende dokument» da ansatte slutter og nye kommer til. Tilsvarende gjelder pasientgrunnlaget og dermed kompetansekravet. Jeg ble overrasket over at sykehjemmenes kompetanseplaner ikke var mer omfattende, og at intervjupersonene refererte til dem som årshjul og tiltaksplan. De beskrev planen som viktige, men hva betyr det egentlig? Det hadde vært interessant å utforske dette nærmere, og fått innsikt i hvor mye tid de bruker på planene i det daglige, og hvordan de er utformet. En svakhet ved studien er at den ikke belyser dette temaet nærmere. Basert på intervjupersonenes ulike beskrivelser av planene, virker det som om det mangler en standardisert mal for utforming av planene, og at det er variasjon i praksis på dette feltet i de ulike sykehjemmene.

Til tross for at intervjupersonene presiserer at ansvaret for å utvikle kompetanseplaner på sykehjemmet ligger hos dem, beskriver de en arbeidsfordeling som inkluderer fagsykepleiere og avdelingsledere. I studien til Vatnøy et al. (2022) fant de en positiv sammenheng mellom tilstedeværelse av fagsykepleier og kompetanseplanlegging, og at fagsykepleier kan ha en gunstig effekt i denne prosessen ved å støtte og dele leders ansvar for kompetanseheving i avdelingen. Sterk involvering av avdelingsledere blir av intervjupersonene i min studie, fremhevet som vesentlig, da de har inngående kjennskap til avdelingsinterne og kontekstuelle forhold. Delegering av myndighet og tilpassede kompetanseplaner kjennetegner det kulturelle perspektivet. Studien viser imidlertid at ikke alle planer er oppdaterte, og at mål og strategier beskrives vagt - som er et typisk trekk ved dette perspektivet. Manglende ajourførte planer og upresise formuleringer taler imot at kompetanseplanene fungerer som viktige styringsverktøy i det daglige.

Tidligere studier har vist at ansatte har begrenset kunnskap om arbeidsgivers kompetanseplaner og overordnede planer for tjenesten i kommunen (Brenden et al., 2011; Kyrkjebø et al., 2017). Dette har resultert i manglende motivasjon og usikkerhet blant ansatte når det gjelder å få økonomisk støtte til kurs og utdanning (Kyrkjebø et al., 2017). På den annen side viser forskning at ansattes involvering fører til økt engasjement, eierskap og ønske om å bidra (Totcheva et al., 2019). I denne studien ble det observert at enhetslederne var usikre på om deres ansatte har kjennskap til sykehjemmets kompetanseplan. De understreket

at planene var tilgjengelige digitalt for de ansatte, og kommunikasjonen om mål og strategier i planene virket hierarkisk og ensrettet. Dette funnet er i strid med det instrumentelle perspektivet, hvor lederen har klare mål og innsikt i virkemidler og effekter. Det samsvarer heller ikke med intervjupersonenes beskrivelser av kompetanseplanene som et «nyttig styringsverktøy i det daglige». Sykepleierne etterlyste i forskningen til Kyrkjebø et al. (2017) en klar og tydelig kompetanseplan i avdelingen som ville spesifisere hvilke kompetanser arbeidsplassen ønsket at de skulle inneha. I lys av det institusjonelle perspektivet kan funnet i min forskning forklares med at det er skapt en overbevisning om at kompetanseplaner er effektive verktøy for måloppnåelse, men at utfallet i praksis ikke nødvendigvis blir som forventet. Basert på disse funnene antyder resultatene behovet for ytterligere tiltak på dette området, hvor enhetslederne kan intensivere sin innsats for å engasjere ansatte og deres arbeidstakerorganisasjoner i prosessen med å utvikle kompetanseplanene, samtidig som de øker deres kjennskap til planenes innhold. Dermed kan planene lede til økt engasjement, eierskap og deltakelse, som beskrevet av Totcheva et al. (2019).

Foruten behovet for bedre kommunikasjon og medvirkning i utforming og evaluering av kompetanseplanene på sykehjemmet, viser funnene at planene spiller en viktig rolle i styringen av sykehjemmene, men at de mangler klare formuleringer og oppdatert informasjon om mål og tiltak.

8.2.3 Oppgavedeling, stillingsbeskrivelser og ansvar

Intervjupersonene opplyser at manglende tilgang på personell med formalkompetanse som sykepleie, medfører at det er behov for å delegerer oppgaver til ansatte med lavere utdanning. For å sikre at sykepleiernes kompetanse blir anvendt hensiktsmessig, og for å forbygge at de blir utslitte, ser intervjupersonene nødvendigheten av å spisse oppgavene deres.

Intervjupersonene opplever at de har autonomi når det gjelder hvordan de organiserer disponible personalressurser. De viser til at de har blitt tildelt driftsmyndighet fra kommuneledelsen, og forventninger til rollen deres uttrykkes gjennom lovpålagte krav om forsvarlig drift. Siden forventningene er knyttet til stillingen, er de upersonlige og kjennetegner den hierarkiske varianten av det instrumentelle perspektivet. Ifølge intervjupersonene er erfaring og egnethet, i tillegg til pasientgrunnet på avdelingen, vesentlige faktorer når leder vurderer hvilke oppgaver som kan overføres fra sykepleiere til ansatte med lavere utdanning. Samtlige enhetsledere understreker at ansvaret for

oppgavedeling ligger hos dem. Med unntak av små sykehjem, blir ansvaret delegert fra enhetsleder til avdelingsleder eller fagsykepleier. Dette begrunnes med at de kjenner behovene på avdelingen og ansattes kompetanse best, og kan dermed gjøre mer kvalifiserte vurderinger når det kommer til oppgavedeling. Delegering av ansvar og inkludering av ansatte i arbeidet utpekes som sentralt i det kulturelle perspektivet. Intervjupersonene forteller om en prosess som beskriver dette. Det er ikke selvsagt at sykepleiere ønsker å gi fra seg oppgaver, og det kan heller ikke tas for gitt at helsefagarbeidere ønsker å ta på seg nye arbeidsoppgaver og få økt ansvar. I studien til Rasmussen og Kjevik-Wyherley (2019) fant de en forskjell mellom eldre helsefagarbeidere og yngre, der de yngre var mer villige til å få nye oppgaver og økt ansvar enn de eldre. Jeg fant ikke tilsvarende funn i min studie. Derimot fortalte intervjupersonene om en praksis der differansen mellom omfang på oppgaver og tilgang på sykepleiere var styrende for hvilke oppgaver som ble delegert til helsefagarbeiderne. En annen interessant betraktning som intervjupersonene trakk fram, var usikkerhet om hva som kan betegnes som en sykepleieoppgave. Intervjupersonene viste til en praksis der det varierte fra avdeling til avdeling hvilke arbeidsoppgaver som var tillagt de ulike yrkesgruppene, og samtidig varierte ansvaret som de var tillagt ut ifra en vurdering av erfaring og egnethet som beskrevet tidligere. Et annet vesentlig aspekt i denne sammenheng er kravet om forsvarlighet, og intervjupersonene understreket betydningen av at ansvar ikke fordeles på for mange. En oppsplitting av ansvar kan lede til at den ansatte utfører gitte prosedyrer sjelden, og dermed øker risikoen for feil, påpekte de.

Flere av intervjupersonene forteller at de ikke har stillingsbeskrivelser til sine ansatte. I stedet viser de til forventningssamtale med nyansatte og funksjonsbeskrivelser for ansvarsvakt. Dette funnet kom overraskende på meg, da det skiller seg sterkt fra min erfaring fra arbeid på intensivavdeling på sykehus, hvor alle ansatte hadde klare stillingsinstruksjoner og den hierarkiske strukturen var sentral når det gjaldt arbeidsoppgaver og ansvar. Intervjupersonene beskriver en lav hierarkisk struktur, og en kultur hvor de ansatte hjelper hverandre for å komme i mål med de ulike gjøremålene. Innen det kulturelle perspektivet kan dette være positive egenskaper som resulterer i et godt samhold og at oppgaver løses mer effektivt og fleksibelt. Dette fenomenet samsvarer med Edwards (2010) sin forståelse av kompetansebegrepet, som legger til grunn at den individuelle kompetansen står i et gjensidig avhengighetsforhold til kollegaers kompetanse (Bing-Jonsson, Hofoss, et al., 2016). Målet på en arbeidsplass er å gjensidig styrke hverandres kompetanse, slik at den samlede kompetansen blir større enn summen av hver enkelt. Haukelien (2013) karakteriserer dette fenomenet som

dugnadsånd. Magnussen (2021) fant i sin forskning at i sykehjem med såkalt tradisjonell organisasjonsmodell ble det observert en relativt svak kobling mellom ansattes formelle kvalifikasjoner og arbeidsoppgaver. Profesjongrensene er dermed uklare som følge av utydelig ansvars- og oppgavedeling. Forskeren viser til at endringer etter Samhandlingsreformen har forsterket den egalitære organisasjonskulturen og medført utstrakt oppgaveglidning mellom yrkesgruppene. Sykepleierne som arbeidet på sykehjem med tradisjonell organisering uttrykte bekymring over utfordringer knyttet til tidspress og krevende prioriteringer, som var i strid med deres yrkesetiske standarder (ibid). I studien utført av Søreide et al. (2019) fremgår det at avdelingsledere innen eldreomsorgen uttrykker bekymring for at personalets kompetanse ikke blir optimalt utnyttet, og at det er behov for en mer effektiv anvendelse av deres kompetanse. Bing-Jonsson, Hofoss, et al. (2016) argumenterer i sin forskning for betydningen av klare stillingsbeskrivelse som tydeliggjør de forventningene som stilles til den enkelte. Slik vil sykepleierne, som har den høyeste utdanningen blant pleiepersonalet, få anvendt sin kompetanse mest hensiktsmessig, hevder forskerne. I sykehjem med såkalt teamorganisert sykepleie ble det observert en økning i sykepleiernes spesialisering av ansvars- og arbeidsområder som følge av Samhandlingsreformen (Magnussen, 2021). Arbeidsoppgavene var tydelig differensiert mellom de forskjellige yrkesgruppene. Sykepleierne rapporterte om en forbedret tjenestekvalitet, og de begrunnet dette med at den nye organiseringen ga dem tilstrekkelig tid til å utføre oppgavene i tråd med yrkesetiske standarder. Et annet interessant funn var at stillingsbeskrivelser knyttet til de ulike yrkesgruppene ga en vag beskrivelse av hvilke arbeidsoppgaver som tilhører de ulike yrkesgruppene. Dette til tross for at organisasjonskartet viser en klar hierarkisk struktur. Ansvar ble tydeligere formulert enn hvilke oppgaver som var tillagt stillingen, og det ble i denne sammenhengen vist til sykepleierens overordnede faglige ansvar for sykepleieoppgaver (ibid). Til tross for at intervjupersonene i min studie rapporterer om fravær av stillingsbeskrivelser eller beskriver dem som foreldet, overordnede og lite informative, viser de til en praksis der de ansatte har en felles forståelse av hva som forventes av dem. Dette gir indikasjoner på at det er etablert en kultur der forventingen til de ansatte er internalisert og gjennomsyrrer sykehjemmet, noe som er karakteristisk for det kulturelle perspektivet. Likevel viser forskningen at intervjupersonene uttrykker en bekymring fordi fravær av stillingsinstrukser kan føre til at ansatte utfører oppgaver på ulike måter og vektlegger ulikt. Som en løsning foreslår de innføring av stillingsbeskrivelser, men frykter samtidig for å forstyrre den etablerte praksisen. Endringsskepsis er vanlig i institusjonelle organisasjoner, og ifølge Christensen et al. (2017) krever det innovative ledere som kan

balansere mellom å ivareta virksomhetens historie og gradvis gjøre endringer over tid.

Denne drøftingen avdekker kompleksiteten når det kommer til organisering av personellressurser og fordeling av ansvar og oppgaver i sykehjem. Gjennomgangen av forskningen indikerer at det ikke eksisterer en universell oppskrift på organiseringen av sykehjem. I stedet må løsninger og tiltak tilpasses og utvikles i tråd med den unike konteksten og kulturen. Dersom enhetsleder ønsker å endre en etablert praksis, er det sentralt innen det kulturelle perspektivet at personalet får medvirke i prosessen slik at eventuelle endringene medfører best mulig utnyttelse av ansattes kompetanse. Fagsykepleier eller avdelingsleder kan være nøkkelpersoner i denne sammenhengen, men det øverste ansvaret ligger hos enhetsleder.

Endring av praksis krever dyktige ledere som evner å balansere behovet for fornyelse samtidig som de ivaretar organisasjonens unike historie og kultur, i tråd med det kulturelle perspektivet.

8.2.4 Kompetanseoverføring og ledelse

Intervjupersonene beskriver kompetansen på sykehjemmet som varierende, og overføring av kunnskap fra en ansatt til en annen blir fremhevet som nødvendig for å heve den totale kompetansen. Enhetslederne forteller at den vesentligste kompetansebyggingen skjer i avdelingen. Tilsvarende funn er beskrevet i andre studier (Brenden et al., 2011; Kyrkjebø et al., 2017). Intervjupersonene gjengir en etablert kultur for kunnskapsdeling i det daglige, hvor det å lære fra kollegaer i praksis blir beskrevet som verdifullt. De beskriver videre ressurspersoner som fagsykepleier, ressurspsykepleier og sykehjemslege som vesentlige for kursing av ansatte. Intervjupersonene forteller videre at en hektisk arbeidshverdag er til hinder for kunnskapsdeling. Forskningen til Magnussen (2021) avdekket at en konsekvens av teamorganisert sykepleie i sykehjem resulterte i mindre oppmerksomhet på tverrfaglig samarbeid, og forsterket en sektorisert praksis med fokus på oppgaver som var tillagt de ulike yrkesgruppene.

I studiene til Brenden et al. (2011) og Kyrkjebø et al. (2017) etterlyser sykepleiere og helsefagarbeidere klare rutiner fra ledelsen som sikrer at kunnskapen som blir tilegnet på kurs, blir formidlet videre til kollegene. Intervjupersonene anerkjenner betydningen av tydelig ledelse, organisering og tilrettelegging av kunnskapsdeling. Leders betydningsfulle rolle i denne sammenhengen har også blitt påvist i studien til Søreide et al. (2019). Forskningen til

Kyrkjebø et al. (2017) avdekket at sykepleierne etterlyste at ledelsen la til rette for kunnskapsdeling, og viste til at de ikke fikk tildelt tilstrekkelig tid verken til forberedelse eller gjennomføring av undervisningen. Intervjupersonene i min studie beskriver en praksis med å videreformidle kunnskap til kollegaer etter at ansatte har deltatt på kurs, som utfordrende, og hvor resultatene ikke alltid er som forventet. De uttrykker et ønske om å få etablert en kultur i den hensikt at barrieren for å undervise kollegaer blir lavere. Basert på en helhetlig kontekstuell forståelse av intervjupersonenes utsagn kan *forventning* betraktes som et instrumentelt styringsverktøy for kunnskapsdeling. Intervjupersonene beskriver en prosess der ledelsen alene ikke kan sørge for at kunnskapen blir delt, men er avhengig av sine ansatte som kan ha ulike ambisjoner. Det åpnes dermed opp for forhandlinger, og det inngås kompromisser. Intervjupersonene viser til en rekke tiltak for å ufarliggjøre videreformidlingen, men dersom den ansatte absolutt ikke vil undervise sine kollegaer, blir dette respektert. Det endelige utfallet får likevel virkning da den ansatte får hevet sin kompetanse. Dette fenomenet betegnes som begrenset rasjonalitet, og resulterer i at ledelsen velger et alternativ som gir tilfredsstillende grad av måloppnåelse. Selv om ledelsen anser løsningen som ikke den mest effektive for måloppnåelse, bygger handlingen likevel på elementer fra konsekvenslogikk innenfor det instrumentelle perspektivet.

Drøftelsen illustrerer behovet for å integrere forståelsen fra både det instrumentelle og det kulturelle perspektivet i arbeidet med kunnskapsdeling i sykehjem. Fra det instrumentelle perspektivet fremheves behovet for tydelig ledelse, klare rutiner, tilrettelegging og organisering for å sikre effektiv kunnskapsdeling. Studier viser at sykepleiere og helsefagarbeidere etterlyser klare retningslinjer og tiltak fra ledelsen som sikrer at kunnskap som tilegnes gjennom kurs blir formidlet videre til kollegaer. Lederens rolle som tilrettelegger og støttespiller er avgjørende for å skape en kultur der kunnskapsdeling blir prioritert og implementert.

Fra det kulturelle perspektivet fremheves betydningen av en etablert kultur for kunnskapsdeling i det daglige arbeidet. Intervjupersonene beskriver verdien av læring fra kollegaer i praksis og identifiserer ressurspersoner som fagsykepleier, ressurspsykepleier og sykehjemslege som sentrale for å kurse ansatte. Det blir vektlagt at kunnskapsdeling i sykehjemmet er en sosial og kollektiv prosess, der ansatte gjensidig bidrar til å øke den samlede kompetansen.

8.2.5 Å holde på og rekruttere personell

Utvalget i studien består av enhetsledere fra store og små kommuner og fra ulike deler av landet, og samtlige viser til at mangel på helsepersonell er den største utfordringen de står overfor i forbindelse med den daglige driften. De viser til at dette er et økende problem og at det er spesielt krevende å rekruttere sykepleiere, men også rekruttering av helsefagarbeidere har blitt vanskeligere. Dette fenomenet er kjent og beskrevet i en rekke studier (Bergland & Laerum, 2002; Kloster et al., 2007; Rasmussen & Kjevik-Wycherley, 2019).

Intervjupersonene beskriver tilgang på sykepleierstudenter som et gode, og som kan bidra til rekruttering av arbeidskraft. Studentenes opplevelser fra praksisperioden blir derfor vesentlig for at de ser på sykehjemmet som en fremtidig arbeidsplass. Dette fremheves også i andres studier (Berge & Eilertsen, 2020; Jakobsen, 2015). Godt omdømme, arbeidsmiljø og mulighet for kompetanseutvikling blir av intervjupersonene også vektlagt som vesentlig for å rekruttere personell. Disse rekrutteringstiltakene har også blitt påpekt i tidligere studier (Berge & Eilertsen, 2020). I tillegg viser de til organisatoriske tiltak som spesialiserte avdelinger og sykepleieteam, og viser til at det har gitt positiv effekt på rekruttering. Magnussen (2021) fant i sin forskning en positiv korrelasjon mellom bruk av teamorganisert sykepleietjeneste som organisasjonsmodell og rekruttering av sykepleiere. Enhetslederne fortalte at helsefagarbeidere generelt opplever det som en positiv å få tildelt nye oppgaver og økt ansvar, under forutsetning av at de får delta i beslutningsprosessen. De viste til at helsefagarbeidere på korttidsavdeling har muligheten til å utføre flere prosedyrer sammenlignet med sine helsefagarbeiderkollegaer på langtidsavdeling, og dette resulterte i at det var lettere å rekruttere helsefagarbeider til slike avdelinger. De ulike rekrutteringstiltakene kan forstås som instrumentelle verktøy for måloppnåelse. I lys av det instrumentelle perspektivet ventet jeg å finne at enhetslederne arbeid på feltet vitnet om full kontroll på mål-middel-sammenhenger, og valgte treffsikre rekrutteringstiltak som sikret kvalifisert og tilstrekkelig bemanning. Dette ble ikke verifisert, men forskningen vitnet om en praksis der valg av rekrutteringstiltak virket mer vilkårlig, og enhetsleders handlingsfrihet til å velge tiltak ble begrenset av økonomi. I tillegg synes alvorlighetsgraden av bemanningssituasjonen å være av betydning. Det fremkommer også at rekrutteringstiltak kan oppleves urettferdig for erfarne ansatte da nyansatte får bedre vilkår enn dem, og at det er uheldig at kommuner seg mellom kjemper om de samme medarbeiderne og overbyr hverandre i denne konkurransen. Intervjupersonene foreslår derfor at temaet løftes på et nasjonalt nivå slik at kommunene konkurrerer med like vilkår. En overordnet strategi på feltet har blitt etterlyst også i tidligere studier (Berge &

Eilertsen, 2020; Søreide et al., 2019).

Rekruttering handler ikke bare om å tiltrekke seg ny arbeidskraft, men like viktig er det å beholde dyktige medarbeidere, hevder intervjupersonene. Enhetslederne anser kompetanseplaner som essensielle verktøy i denne sammenhengen og understreker at planene spiller en viktig rolle for å sikre at ansatte som har styrket sin kompetanse gjennom utdanning, får muligheten til å praktisere og anvende kompetansen i praksis. I studien til Søreide et al. (2019) framkom det at avdelingslederne manglet en plan for hvordan de kunne nyttiggjøre seg av ansattes nyanskaffede kompetanse. Flere studier peker på ulike tiltak for å beholde medarbeidere, og viser blant annet til mulighet for fagutvikling, kompetanseheving og godt arbeidsmiljø som viktige kriterier i denne sammenhengen (Bratt & Gautun, 2018; Gautun & Syse, 2017). Jeg har tilsvarende funn i min forskning, men selv om enhetslederne trekker fram dette som vesentlige tiltak så er det ingen garanti for at det gjenspeiles i handling. Økonomi kan for eksempel begrense leders handlefrihet slik at ikke ansatte kan få ønsket og tiltrengt kompetanseheving.

Rekruttering og bemanning av helsepersonell utgjør en kompleks utfordring som krever en helhetlig tilnærming og koordinerte tiltak. Det er nødvendig å ta hensyn til både instrumentelle og kulturelle faktorer i arbeide med å sikre tilstrekkelig og kvalifisert arbeidskraft på sykehjemmene.

Jeg har nå vist hvordan funn fra studien kan forsås i bredere sammenheng av forskning på feltet. I neste kapittel vil oppsummere hovedfunnene i min forskning, samt fremme forslag til videre forskning.

9 Konklusjon

Jeg har gjennomført en kvalitativ studie med fokus på enhetsledernes arbeid med strategisk kompetanseplanlegging i sykehjem. Gjennom syv intervju med enhetsledere på sykehjem har jeg innhentet data som omhandler deres erfaring og opplevelser knyttet til tema. Jeg har analysert forskningsdata i lys av multippelt teoretisk rammeverk, og drøftet funn opp mot tidligere forskning på feltet. I dette kapitlet vil jeg presentere hovedfunnene fra studien min. Deretter vil jeg reflektere over hvorvidt mitt teoretiske rammeverk har vært hensiktsmessig for å analysere empirien, og sammenligne mine funn med funn fra tidligere forskning. Til slutt vil jeg identifisere områder som ikke er tilstrekkelig belyst i forskningen, og som etter min vurdering krever ytterligere oppmerksomhet.

9.1 Oppsummering av hovedfunn

Formålet med studien var å få innsikt i enhetsledernes arbeid med strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem. For å få kunnskap om feltet formulerte jeg en problemstilling, som jeg finner hensiktsmessig å repetere:

Hva kjennetegner enhetsledernes arbeid med strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem?

Jeg utarbeidet fire forskningsspørsmål i den hensikt å få undersøkt og belyst relevante sider ved enhetsledernes arbeid på feltet. Jeg vil i det følgende gjenta forskningsspørsmålene i den rekkefølgen de ble presenterte tidligere i oppgaven, og oppsummere hovedfunnene som ble identifisert gjennom en omfattende analyse av det empiriske materialet med utgangspunkt i både det instrumentelle og det kulturelle perspektivet.

Forskningsspørsmål én lyder som følger:

Hva ligger til grunn for enhetsledernes oppfattelse av kompetansebehov på sykehjemmet?

For å besvare forskningsspørsmålet har det vært hensiktsmessig å analysere forskningsdata knyttet til enhetsledernes oppfatning av kompetansebegrepet. En klargjøring av begrepet vil ha betydning når det kommer til forståelse av enhetsledernes arbeid med kompetansekartlegging og det påfølgende strategiarbeidet med definering av kompetansekrav og kompetansebehov. I tråd med det instrumentelle perspektivet, forventet jeg at enhetslederne ville legge ensidig vekt på formalkompetanse når de beskrev

kompetansebegrepet. Enhetslederne trakk frem formalkompetanse som viktig, og viste til at høy andel sykepleiere korrelerte med kvalitet i tjenestetilbudet. Samtidig erkjente de kompleksiteten i kompetansebegrepet og betydningen av ikke bare formalkompetanse, men også personlige egenskaper og erfaring. Dette ble betraktet som like, om ikke mer, viktig enn formalkompetanse. Det kulturelle perspektivet vektlegger den enkelte medarbeiders unike kvaliteter, og er dermed mest egnet for å beskrive enhetsledernes forståelse av begrepet.

Studien viser at intervjupersonene anser kompetansekartlegging som nødvendig for å få oversikt over de ansattes kompetanse og som en forutsetning for å kunne omgjøre stillinger slik at det stilles krav om høyere utdanning ved ansettelse. Kartleggingsprosessen og identifiseringen av kompetansekrav og kompetansegap kan imidlertid ikke utelukkende forklares og løses gjennom en instrumentell tilnærming. Selv om instrumentelle verktøy spiller en viktig rolle, er det avgjørende å benytte kulturperspektivets "bottom-up" tilnærming med betydelig medvirkning fra de ansatte. Dette stimulerer til gode prosesser og gir grunnlag for et pålitelig kunnskapsgrunnlag som et fundament for det videre arbeidet.

Neste forskningsspørsmål er som følger:

Hvilke erfaringer har enhetsledere med kompetanseplaner på sykehjemmet?

Funn fra analysen indikerer at både det instrumentelle og kulturelle perspektivet stemmer overens med intervjupersonenes rapporter om kompetanseplanlegging på sykehjem. Imidlertid viser det seg at ingen av perspektivene gir en fullstendig beskrivelse av dette arbeidet. Dette understreker betydningen av både toppledelsens involvering og lokal tilpasning i utviklingen av kompetanseplanene.

Fra et instrumentelt perspektiv blir det tydelig at kommunale kompetanseplaner for helse- og omsorgstjenester vanligvis blir initiert og ledet av toppledelsen i kommunen.

Intervjupersonene uttrykker tillit til ledelsen og evne til å ta rasjonelle beslutninger knyttet til kompetanseplanene. De anser kommunens overordnede kompetanseplan som hensiktsmessig og et verktøy for å oppnå ønskede mål. Enhetslederne viser til at de kommunale kompetanseplanene er retningsgivende for sykehjemmenes egne kompetanseplaner, og at de verdsetter kompetanseplanene som viktige styringsverktøy i sitt daglige arbeid.

Kommunikasjonen om målsettinger og strategier i sykehjemmenes kompetanseplaner synes imidlertid å være hierarkisk og ensrettet.

Det kulturelle perspektivet legger vekt på lokal tilpasning og medvirkning, og enhetslederne fremhever sin sentrale rolle i utarbeidelsen av de kommunale kompetanseplanene. De har også muligheten til å påvirke valg av kompetansetiltak. Ansvaret for utarbeidelse av kompetanseplaner for sykehjemmet ligger hos enhetslederne, og fagsykepleiere og avdelingsledere er sterkt involvert i arbeidet og står for den praktiske gjennomføringen av planene. Sterk involvering av avdelingsledere betones som vesentlig, da de har en dyp forståelse av interne og kontekstuelle forhold på avdelingen. Det er imidlertid ikke tydelige indikasjoner på at de ansatte er involvert i selve strategiprosessen. Kartleggingsprosessen, derimot, der de ansatte spiller en betydelig medvirkende rolle, legger grunnlaget for utarbeidelsen av kompetanseplanen. Sykehjemmenes kompetanseplaner oppdateres årlig og beskrives som "levende dokumenter". Enhetslederne rapporterer om positiv effekt av planene når det gjelder kompetansesatsing, men også når det kommer til å holde på kompetente medarbeidere. Det fremkommer imidlertid usikkerhet om hvor godt de ansatte er kjent med kompetanseplanene, til tross for at de er tilgjengelige digitalt for alle ansatte på sykehjemmet. Noen av intervjupersonene påpeker også mangler ved kompetanseplanene som at de ikke er ajourførte og at mål og tiltak er formulert upresist.

Forskningsspørsmål tre lyder slik:

Hvordan arbeider enhetslederne for å utnytte den tilgjengelige kompetansen?

Resultatene antyder at det instrumentelle perspektivets forventninger har begrenset samsvar med enhetsledernes beskrivelser av den formelle organisasjonsstrukturen på sykehjemmet. Mine forventninger om en hierarkisk struktur med tydelig ansvarsfordeling og nedfelte rutiner ble ikke bekreftet, da enhetslederne beskriver en mer flat og lite utviklet struktur preget av dugnadskultur. Forventningene om nedfelte rutiner for kunnskapsdeling etter kurs ble heller ikke bekreftet, ettersom ansatte ikke blir pålagt å undervise kollegaer, og det mangler klare rutiner for dette formålet.

Fra det kulturelle perspektivet ble det forventet at uformelle normer og verdier ville prege sykehjemmet og bidra til en verdimessig profil. Selv om det ikke eksisterer nedfelte skriftlige rutiner, viser funnene at forventningene til de ansatte likevel er forankret i sykehjemmets kultur. Enhetslederne viser til ulik praksis når det gjelder stillingsbeskrivelser, men alle er enige om at ansatte er klar over forventningene til dem. Enhetslederne ser behov for å avlaste sykepleierne, og de anser det som hensiktsmessig at ansatte med lavere utdanning overtar

visse oppgaver som tidligere var sykepleiernes ansvar. I tråd med forventningene i det kulturelle perspektivet delegerer enhetslederne denne oppgaven til avdelingsledere og fagsykepleiere. De begrunner dette med at disse lederne har best kjennskap til de ansatte og kan foreta kvalitative vurderinger av hvilke oppgaver som bør delegeres og til hvem. Personlige egenskaper og erfaring vektlegges i vurderingen av hvem som får økt ansvar, og den ansatte blir hørt og ledelsen respekterer hvis vedkommende ikke ønsker å påta seg nye oppgaver som fører til økt ansvar. For å sikre at ansatte utfører oppgavene i tråd med forventningene til stillingen, foreslår enhetslederne innføring av stillingsbeskrivelser som et tiltak, men de uttrykker også skepsis til å endre etablert praksis. Dette er et kjent fenomen innen det kulturelle perspektivet og resulterer i en endringsprosess som tar tid og må skje gradvis.

Videre funn viser at kunnskapsdeling i det daglige arbeidet på sykehjemmet primært skjer gjennom kollegial læring og undervisning fra ressurspersoner som fagsykepleiere og sykehjemsleger. Kulturen på sykehjemmet er preget av et sterkt sosialt fellesskap, men det er en utfordring å motivere personalet til å dele kunnskapen de har oppnådd gjennom kurs eller videreutdanning til sine kollegaer. Det finnes ingen obligatoriske krav om at ansatte skal påta seg undervisningsansvar for kollegaer, og det eksisterer heller ingen klare prosedyrer eller rutiner for å støtte dette formålet. Til tross for mangelen på nedfelte skriftlige retningslinjer, påpeker enhetslederne en rekke tiltak som er blitt forsøkt for å fremme kunnskapsdeling blant de ansatte. Samtidig respekteres det om en ansatt ikke ønsker å ta på seg dette ansvaret. Enhetslederne uttrykker et ønske om å skape en kultur som fjerner barrierer for kunnskapsdeling.

Siste forskningsspørsmål er lyder som følger:

Hva fremhever enhetslederne som vesentlige faktorer for å sikre kvalifisert bemanning?

Funn i studien avdekker uoverensstemmelse mellom forventningene som oppstår ut fra det instrumentelle og kulturelle perspektivet, og praksisen til enhetslederne ved sykehjemmene. Det instrumentelle perspektivet, som innebærer fullstendig kontroll og rasjonell beregning, harmonerer ikke med beskrivelsene som gis av enhetslederne. Til tross for tiltak for å fremme heltidskultur som er initiert av kommuneadministrasjonen og statsforvalteren, fremstår valgene av rekrutteringstiltakene som ad-hoc pregede og begrenset av økonomiske og presserende kompetansebehov. Det anses som viktig å beholde dyktige ansatte, og tiltak som

kompetanseplaner, stillingsinstrukser og tydelig oppgavedeling betraktes som instrumentelle virkemidler i denne sammenhengen. Enhetslederne vektlegger kvaliteter som et godt arbeidsmiljø, sykehjemmets omdømme og muligheter for kompetanseutvikling. Imidlertid er det ingen garanti for at disse prioriteringene følges opp i praksis eller oppnår ønsket effekt når det gjelder økt rekruttering eller sikring av å holde på medarbeidere. Rekrutteringstiltak kan også ha negative konsekvenser for arbeidsmiljøet da de oppleves som urettferdig og favoriserer nytilsatte. Enhetslederne opplever konkurransen om ansatte som krevende. Derfor etterlyser de en nasjonal strategi som i mindre grad vil skape konkurranse mellom kommuner og sykehjem når det gjelder å sikre kompetent arbeidskraft.

Det multiple teoretiske rammeverket har bidratt til en helhetlig og dyptgående forståelse av enhetsledernes arbeid med strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem. Det instrumentelle perspektivet har bidratt med innsikt i analysen av empirien ved å identifisere og forklare organisasjonsstruktur og tiltak for å nå organisatoriske mål. Samtidig har det kulturelle perspektivet hjulpet med å avdekke og forstå organisasjonskulturen og hvordan sosiale faktorer påvirker dette arbeidet. Samlet viser funnene i studien kompleksiteten i arbeidet med strategisk kompetanseplanlegging i sykehjem, og understreker betydningen av at ledelsen tar hensyn til både instrumentelle og kulturelle faktorer i dette arbeidet.

Referanser til annen forskning har bidratt til en kontekstuell forståelse av bakgrunn og relevans av mitt forskningsarbeid. Tidligere forskning (Bruvik et al., 2017; Gautun & Syse, 2017; Tyrholm et al., 2016) viser at ivaretagelse av eldre i primærhelsetjenesten har blitt stadig mer kompleks og resultert i forsterket behov for kvalifisert personell. Dette sammenfaller med funn fra min studie og intervjupersonenes beskrivelse av pasientene som «intensivpasienter». Både min og tidligere forskning (Bergland & Laerum, 2002; Kloster et al., 2007; Rasmussen & Kjevik-Wycherley, 2019) viser at det er et uttalt problem å rekruttere fagutdannet helsepersonell, og særlig sykepleiere. For å avlaste sykepleierne blir det derfor nødvendig å delegerer oppgaver som tidligere lå til sykepleierne, til personell med lavere utdanning (Bing-Jonsson, Hofoss, et al., 2016; Magnussen, 2021; Søreide et al., 2019). Studien til Berge og Eilertsen (2020) viser varierende praksis blant avdelingssykepleierne hvorvidt de arbeider med kompetanseplanlegging på sykehjem, og at de mangler formelle systemer for å få oversikt over ansattes kompetansebehov (Brenden et al., 2011). I min forskning opplyste intervjupersonene at de hadde kompetanseplaner på sykehjemmet, men at

de ikke nødvendigvis var oppdaterte og at formulering av mål og tiltak var upresise. Videre fant jeg at de beskrev planene som tiltaksplan, årshjul og som et «levende dokument», hvilket indikerer at planene er utarbeidet for å sikre nåværende utfordringer og dermed ikke fremtidige. Sykehjemmene hadde digitale kartleggingsverktøy for å kartlegge ansattes kompetanse, men verktøyene var mangelfulle og kunne gi et misvisende bilde av kompetansebeholdningen. For å kartlegge ansattes kompetanse anvende de derfor digitale kartleggingsverktøy i kombinasjon med medarbeidersamtale. Videre synes det å være begrenset involvering av de ansatte i utviklingen av kompetanseplanene, foruten selve kartleggingsprosessen. Totcheva et al. (2019) fant i forskning at involvering av ansatte fører til økt engasjement, eierskap og ønske om å bidra. Funn fra Totcheva et al. (2019) og min forskning antyder behovet for økt medvirkning av ansatte i dette arbeidet.

9.2 Forslag til videre forskning

Forskningen har bidratt til at jeg har fått økt innsikt i kompleksiteten knyttet til enhetsledernes arbeid med strategisk kompetanseplanlegging på sykehjem. Det er likevel slik at en studie som dette gir flere nye spørsmål enn svar. Gjennom arbeidet har det dukket opp en rekke nye spørsmål som studien ikke gir svar på, men som kan være interessant å få satt søkelys på i en annen studie. Eksempel på dette er læring på arbeidsplassen. Her kan det vært interessant å utforske nærmere hemmere og fremmere knyttet til både formell og uformell læring. I tillegg vil det være interessant å få en dypere forståelse av delegering av oppgaver fra personell med høyere utdanning til lavere utdanning. Hva kjennetegner prosessene, hvilke oppgaver delegeres og hvilke erfaringer har ledelse, ansatte og pasienter og pårørende med dette.

Siste forslag til videre forskning vil jeg knytte til betingelsene for strategisk kompetanseplanlegging. KS, Helsedirektoratet og Helsepersonellkommissjonen (Helsedirektoratet; KS, 2018; NOU 2023: 4) oppfordrer kommunene og enhetsledere ved sykehjem til å arbeide strategisk med kompetanseplanlegging. Samtidig mangler det retningslinjer for hvilke begrensninger som gjelder for dette arbeidet. Gitt enhetsledernes beskrivelser av betydelige utfordringer knyttet til bemanning, en økende andel eldre og planenes struktur som tyder på at de hovedsakelig er utviklet for å håndtere nåværende problemer i stedet for fremtidige, er det interessant å utforske hva som er betingelsene for å utarbeide fremtidsrettede planer som er oppnåelige. Hva vil grensene for meningsfull strategisk kompetanseplanlegging være i denne sammenhengen? En slik studie bør også

undersøke kompetanseplanlegging i en kontekst som tar hensyn til at flere av de mest avgjørende faktorene for tilgangen på arbeidskraft ligger utenfor kommunenes og spesielt sykehjemmenes kontroll. Gjennom en grundig analyse av denne konteksten kan en bedre forståelse utvikles for hvorfor dagens kompetanseplaner fremstår som ad-hoc preget, samt identifisere tiltak som kan styrke planleggingen på en mer fremtidsrettet og bærekraftig måte. Resultatene vil være av betydning både for kommunene og sykehjemmene i deres mål om å sikre forsvarlige og gode tjenestetilbud for eldre.

Litteraturliste

- Alvsvåg, H. (2013). Hva er det nye i samhandlingsreformen, og hvilke konsekvenser kan det få for helse- og omsorgstjenesten? Gammel vin på nye flasker? I H. Alvsvåg, Å. Bergland & O. Førland (Red.), *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag* (s. 347-366). Cappelen Damm.
- Andfossen, N. B., Devik, S. A., Obstfelder, A. & Olsen, R. M. (2021). *Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helseog omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt* (Oppsummering nr 26). S. f. omsorgsforskning. <https://www.researchgate.net/publication/356361145> Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester oppgaver som blir satt pa vent oversett glemt eller utelatt En hurtigoversikt over forskningslitteratur
- Berge, H. & Eilertsen, G. (2020). Beholde og rekruttere sykepleiere til sykehjem, en kvalitativ studie av avdelingssykepleieres erfaringer. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 16(1), 21. <https://doi.org/10.7557/14.4648>
- Bergland, A. & Laerum, H. (2002). Norske sykepleiestudenters syn på eldreomsorgen som arbeidsplass etter endt utdanning. *Nordic Journal of Nursing Research*, 22(2), 21-26. <https://doi.org/10.1177/010740830202200204>
- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C. & Bjørk, I. T. (2016). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 27-37. <https://doi.org/10.1177/0107408315601814>
- Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I. T. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nurs*, 15(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Bostick, J. E., Rantz, M. J., Flesner, M. K. & Riggs, C. J. (2006). Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*, 7(6), 366-376. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2006.01.024>
- Bratt, C. & Gautun, H. (2018). Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 1074-1082. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12639>
- Braut, G. S. & Aarheim, K. A. (2020). *Det norske helsesystemet. Ei innføring i organisering, styring og politikk*. Det Norske Samlaget.
- Brenden, T. K., Storheil, A. J., Grov, E. K. & Ytrehus, S. (2011). Kompetanseutvikling i sykehjem; ansattes perspektiv. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 7(1), 61. <https://doi.org/10.7557/14.1827>
- Bruvik, F., Drageset, J. & Abrahamsen, J. F. (2017). Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleie forskning*. <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/fra-sykehus-til-sykehjem>

- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre. Om design av samfunnsvitenskapelige forskningsprosjekt*. Universitetsforlaget.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2017). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Døving, E. & Tobiassen, A. E. (2009). Kompetanseutvikling i norske kommuner: fra ufaglært til faglært. *Magma*, (7). <https://old.magma.no/kompetanseutvikling-i-norske-kommuner-fra-ufaglaert-til-faglaert>
- Edwards, A. (2010). *Being an expert professional practitioner: The relational turn in expertise* (Bd. 3). Dordrecht: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-3969-9>
- Eraut, M. (1994). *Developing professional knowledge and competence*. Falmer Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780203486016>
- Finansdepartementet. (2020). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) FOR BUDSJETTÅRET 2021 Statsbudsjettet* (Prop. 1 S (2020–2021)). <https://www.regjeringen.no/contentassets/3a26510c180f4657ae1d1892ef96e6d8/no/pdfs/prp202020210001guldddpdfs.pdf>
- Flodgren, G. M., Bidonde Torre, M. J. & Berg, R. (2017). *Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en systematisk oversikt*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/konsekvenser-av-en-hoy-andel-ufaglarte-pa-kvalitet-og-sikkerhet-i-helse-og-omsorgssektoren-rapport-2017-v2.pdf>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. (14/20). Velferdsforskningsinstituttet NOVA. https://www.nsf.no/sites/default/files/2020-12/nova-rapport-14-20_en-utvikling-som-ma-snus.pdf
- Gautun, H. & Syse, A. (2017). Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. *Nordic Journal of Social Research*, 8. <https://doi.org/10.7577/njsr.2204>
- Genet, N., European Observatory on Health, S. & Policies. (2012). *Home care across Europe : current structure and future challenges* (Bd. 27). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327948>
- Graverholt, B., Riise, T., Jamtvedt, G., Ranhoff, A. H., Krüger, K. & Nortvedt, M. W. (2011). Acute hospital admissions among nursing home residents: a population-based observational study. *BMC Health Services Research* 11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-126>
- Grut, L., Lippestad, J.-W., Monkerud, L. C., Zeiner, H. H., Nesje, K., Olsen, D. S. & Aamodt, P. O. (2020). *Evaluering av Kompetanseløft 2020 Delrapport II* (SINTEF Rapport 2020:00383). <https://hdl.handle.net/20.500.12199/3092>
- Hatland, A., Kuhnle, S. & Romøren, T. I. (2018). *Den Norske velferdsstaten*. Gyldendal Akademisk.

- Haukelien, H. (2013). *Omsorg og styring : kjønn, arbeid, og makt i velferdskommunen* [Universitetet i Bergen Institutt for, sosialantropologi, University of Bergen].
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=hol>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Strategisk kompetanseplanlegging bør benyttes for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene.* <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/kompetansebehov-og-kompetanseplanlegging/strategisk-kompetanseplanlegging-bor-benytted-for-a-sikre-tilstrekkelig-fagkompetanse-i-tjenestene#null-praktisk>
- Helsedirektoratet. (2018b, 25.06.2020). *Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.* Helsedirektoratet. Hentet 02.06.2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/sykefrav%C3%A6r-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene#referere>
- Helsedirektoratet. (2020a). *Kompetanseløft 2020 - Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.* Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utfordringsbildet-og-mulighetsrommet-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/pdf-versjon-av-rapporten/Utfordringsbildet%20og%20mulighetsrommet.pdf/_attachment/inline/7402c802-a602-4ef0-897e-8e8f64ce915e:2c393b2e00709281cfd606f5713b3aa4d03c394a/Utfordringsbildet%20og%20mulighetsrommet.pdf
- Helsedirektoratet. (2020b). *Årsrapport for Kompetanseløft 2020 for 2020 - Avsluttende oppsummering for planperioden* Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arsrapport-for-kompetanseloft-2020-for-2020-avsluttende-oppsummering-for-planperioden/pdf-versjon-av-rapporten/%C3%85rsrapport%20for%20Kompetansel%C3%B8ft%202020%20for%202020%20Avsluttende%20oppsummering%20for%20planperioden.pdf/_attachment/inline/203c00f3-5c53-40b2-9a18-2230e769f632:09a2f37229fef3992b844fe9db0bd4c0152a0f6c/%C3%85rsrapport%20for%20Kompetansel%C3%B8ft%202020%20for%202020%20Avsluttende%20oppsummering%20for%20planperioden.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=hpl>
- Hopøy, A.-C., Bakken, L. N. & Bing-Jonsson, P. C. (2020). En kartlegging av klinisk vurderingskompetanse hos helsepersonell i sykehjem: en pilotstudie. *Sykepleien Forskning*, 15. <https://sykepleien.no/forskning/2020/12/en-kartlegging-av-klinisk-vurderingskompetanse-hos-helsepersonell-i-sykehjem-en>
- Husebø, B. & Flo, E. (2015). Leder - Alders og sykehjemsmedisin. *Omsorg*, 1, 3-4.
- Høst, H. (2010). *Helsefagarbeiderutdanning for voksne* (8272186926). N. STEP. <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/handle/11250/279211>
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Fagbokforl.

- Jacobsen, F. F., Arntzen, C., Devik, S. A., Førland, O., Krane, M. S., Madsen, L., Moholt, J.-M., Olsen, R. M., Tingvold, L., Tranvåg, O., Ågotnes, G. & Aasmul, I. (2021). *Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem* (Senter for omsorgsforskning rapportserie nr 1/2021). S. f. omsorgsforskning. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2737650/Underlagsrapport%20for%20Koronakommisjonen%20fra%20Senter%20for%20omsorgsforskning.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jakobsen, E. (2015). *Sykepleierstudenter i sykehjem: En kvalitativ studie om sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjemspraksis* [Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet]. BRAGE. <http://hdl.handle.net/11250/299942>
- Kjelvik, J. & Jønsberg, E. (2017). *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende* (02/2017). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/botid-i-sykehjem-og-varighet-av-tjenester-til-hjemmeboende/2017-02%20Botid%20i%20sykehjem%20og%20varighet%20av%20tjenester%20til%20hjemmeboende.pdf/_attachment/inline/9f8fa68c-5969-4147-95d1-2177464084de:8a6b1b6e741b917894778a5ef81610764635ea4c/2017-02%20Botid%20i%20sykehjem%20og%20varighet%20av%20tjenester%20til%20hjemmeboende.pdf
- Kloster, T., Høie, M. & Skår, R. (2007). Nursing students' career preferences: a Norwegian study. *J Adv Nurs*, 59(2), 155-162. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04276.x>
- KS. (2018). *Verktøy - strategisk kompetanseplanlegging*. <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/verktoy---strategisk-kompetanseplanlegging/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kyrkjebø, D., Søvde, B. E. & Råholm, M.-B. (2017). Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64027>
- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Ledelse- og kvalitetsforbedringsforskrift. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring>
- Lund, E. C. (2012). *Virke og profesjon. Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012). Bind 2*. Akribbe AS.
- Magnussen, K. F. (2021). *Sykehjem, profesjon og organisasjon: En komparativ casestudie av ansvars- og oppgavedeling i sykehjem* [Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet]. BRAGE. <https://hdl.handle.net/11250/2771069>
- Melby, L., Ågotnes, G., Ambugo, E. A. & Førland, O. (2019). *Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger* (3). v. Senter for omsorgsforskning. https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2596428/Rapport%2003_19_web-Final.pdf?sequence=1

- Meld. St. 14 (2020 –2021). *Perspektivmeldingen 2021*. Finansdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/91bdfca9231d45408e8107a703fee790/no/pdfs/stm202020210014000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Moseng, O. G. (2012). *Framvekst og profesjonalisering. Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. Akribe AS.
- Nesje, K., Aamodt, P. O., Monkerud, L. C., Helgesen, M. K., Lippestad, J. W. & Grut, L. (2018). *Evaluering av Kompetanseløft 2020. Første delrapport 2018 (2018:00595)*. SINTEF.
<http://hdl.handle.net/11250/2501194>
- NOU 2023: 4. (2023). *"Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste"*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Nylenna, M. (2020). *Helsetjenesten i Norge. Et overblikk (2. utg.)*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Opstad, L. (2018). *Økonomistyring i offentlig sektor (2. utg.)*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ot.prp. nr. 13. (1998-99). *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-13-1998-99/id159428/?ch=1>
- Rasmussen, B. & Kjevik-Wycherley, I. (2019). Eldreomsorgens bemanningskrise. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(4), 313-324. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-04-04>
- Roksvaag, K. & Texmon, I. (2014). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012 (14/2012)*.
https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201214/rapp_201214.pdf
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner : ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Universitetsforl.
- Schøitz, A. (2017). *Viljen til liv. Medisn og helsehistorie fra antikken til vår tid*. Det Norske Samlaget.
- Sosial- og helsedepartementet. (1999a). *Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001: Rett person på rett plass*. Departementet. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008102900045
- Sosial- og helsedepartementet. (1999b). *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste (I-0971 B)*. Regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-I/andre-dokumenter/hod/1999/i-0971-b/id87485/>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003–2006 (IS-1411)*. S.-o. helsedirektoratet. https://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/2073/is-1411_13130a.pdf

- St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Statistisk Sentralbyrå. (2020, 3. januar 2020). *Store endringer i kommunekartet – og statistikken*. <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/store-endringer-i-kommunekartet-og-statistikken>
- Stortingsmelding nr. 9 (1974-1975). *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen* Sosialdepartementet. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117>
- Søreide, H., Kyrkjebø, D. & Råholm, M.-B. (2019). Challenges in municipality healthcare services—The nurse leaders' perspective. *Nursing Open*, 6(3), 889-896. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nop2.270>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. (5. utg.).
- Tingvold, L. & Magnussen, S. (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 153-164. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-11>
- Torjesen, D. O. & Vabo, S. I. (2014). Samhandlingsreformen - virkemidler for koordinering. I D. O. Torjesen & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (s. 138-157). Universitetsforlaget.
- Totcheva, C. Ø., Vedeler, J. S. & Slettebø, Å. (2019). Forutsetninger for vellykket sosial innovasjon i sykehjem: lederens perspektiv – en kvalitativ intervjustudie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 15(1). <https://doi.org/10.7557/14.4645>
- Tyrholm, B. V., Kvangarsnes, M. & Bergem, R. (2016). Mellomleders vurdering av kompetansebehov i sykepleie etter samhandlingsreformen. I *Innovasjon og entreprenørskap* (s. 174-187). <https://doi.org/10.18261/9788215027623-2016-09>
- Vatnøy, T. K., Dale, B., Sundlisæter Skinner, M. & Karlsen, T.-I. (2022). Associations between nurse managers' leadership styles, team culture and competence planning in Norwegian municipal in-patient acute care services: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(2), 482-492. <https://doi.org/10.1111/scs.13064>
- Wolff, J. L. (2003). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly.(Archives of Internal Medicine). *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 289(7), 824. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.20.2269>

Vedlegg 1 Informasjonsskriv til deltakerne



Vil du delta i forskningsprosjektet

”Kompetanse på sykehjem – strategisk kompetanseplanlegging eller tilfeldigheter”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få økt innsikt i hvordan enhetsledere på kommunale sykehjem arbeider med strategisk kompetanseplanlegging for sine ansatte. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjekter er å finne ut mer om hvordan enhetsledere på sykehjem arbeider med strategisk kompetanseplanlegging, og hvilke faktorer som fremmer og eventuelt hemmer dette arbeidet. Jeg vil intervjuv åtte enhetsledere fra åtte sykehjem i like mange kommuner fra ulike deler av landet. Jeg er student ved masterprogrammet i Organisasjon og ledelse ved Høgskulen på Vestlandet og forskningsprosjektet er knyttet til min masteroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Førsteamanuensis Laila Nordstrand Berg fra Høgskulen på Vestlandet, Institutt for samfunnsvitenskap, ansvarlig for prosjektet. Høgskolelektor Reidar Øygard er veileder.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervjuv enhetsledere fra ulike sykehjem og har foretatt en strategisk utvelgelse av deltakere som kan ha informasjon som kan belyse temaet for min studie. Ett av kriteriene er at du er øverste leder på sykehjemmet, og at du har innehatt stillingen i mer enn to år. Dersom du ikke oppfyller disse kriteriene, er jeg takknemlig om du kontakter meg slik at vi kan få det avklart.

Hva innebærer det for deg å delta?

Du blir herved invitert til å delta i et intervju som vil ta om lag 1 time. Intervjuet vil bli gjennomført med bilde på den digitale plattformen Zoom. Det blir tatt lydopptak under intervjuet ved bruk av lydopptaker. Jeg vil også be om å få tilgang til aktuelle planar og styringsdokument for din institusjon. I tillegg vil jeg innhente aktuelle kommunale plandokumenter.

I intervjuene vil det ikke bli innhentet sensitive opplysninger.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De som har tilgang til data, vil være prosjektansvarlig/veileder og student.
- Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som blir lagret på en egen navneliste atskilt fra øvrige data. Datamaterialet blir lagret på HVL sin forskningsserver/ eller på studentens private enhet som er passord beskyttet.
- I den publiserte masteroppgaven vil deltakerne bli omtalt anonymisert og personopplysninger vil ikke være sporbare.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 31.07.2022. Kodelisten med ditt navn og nummer blir da destruert og data vil bli oppbevart i anonymisert form i passordbeskyttet enhet som bare jeg har tilgang til.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Student: Silje B. Eikemo, silje.eikemo@gmail.com, telefon: 980 08 209
- Veileder: Reidar Øygard, reidaroygard@hotmail.com, telefon 92038940
- Ansvarlig: Laila Nordstrand Berg, Laila.Nordstrand.Berg@hvl.no, telefon: 480 64 094
- Personvernombud ved Høgskulen på Vestlandet; Trine Anikken Larsen,

Trine.Anniken.Larsen@hvl.no telefon: 55 58 76 82

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Førsteamanuensis

Silje B. Eikemo

Laila Norstrand Berg

Student

Prosjektansvarlig

Vedlegg 2 Samtykkeerklæring



Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ” *Kompetanse på sykehjem – strategisk kompetanseplanlegging eller tilfeldigheter*”?, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at intervjuet blir tatt opp på den digitale plattformen Zoom.
- at funnene fra studien kan publiseres i anonymisert form i min masteroppgave*
- at data fra intervjuet kan brukes etter prosjektslutt i anonymisert form*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles framtil prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 Intervjuguide

Intervjuguide

Rammesetting

Presentere meg

Før vi begynner intervjuet har jeg litt informasjon som jeg vil å dele med deg.

Jeg forholder meg til vanlig prosedyre for anonymisering. Dette gjelder på oppbevaring av data, og fremstilling av data. Jeg vil navngi sykehjemmet med nummer som for eksempel sykehjem nummer 1, og tilsvarende nummerering av din stillingstittel. Jeg vil intervju øverste leder på sykehjem, og i praksis kan titlene være ulike. Jeg har valgt å omtale dere som enhetsledere, og vil gi dere ulike numre. Jeg anser dette som metodiske grep som sikrer at du ikke kan gjenkjennes.

Som tidligere nevnt ønsker jeg å ta lydopptak av intervjuet for å kunne transkribere og bearbeide data i etterkant. Er det i orden for deg?

Du kan trekke deg fra intervjuet når du eventuelt måtte ønske det. Dersom det er noen spørsmål du ikke kan svare på er det selvsagt helt i orden. Du trenger ikke å ha fokus på hvordan du formulerer deg, og det viktigste for meg er at du deler dine umiddelbare tanker. Jeg ønsker i intervjuet å få fram dine erfaringer og synspunkter.

Formålet med forskningsprosjektet er å få økt innsikt i hvordan enhetsledere på kommunale sykehjem arbeider med strategisk kompetanseplanlegging for sine ansatte. Jeg ønsker også å få økt kunnskap om hvilke faktorer som eventuelt fremmer eller hemmer dette arbeidet.

Intervjuguiden som jeg har utarbeidet er inndelt i fem ulike kategorier. Jeg starter først med generelle introduksjonsspørsmål, for videre å bevege oss over til:

- begrepsavklaring
- kommunale planer
- interne forhold på sykehjemmet relatert til kompetanse
- nasjonale tilskuddsordning til kompetansehevende tiltak
- fremtidig kompetanseutfordring.

Jeg har beregnet at intervjuet vil ta om lag 1 time.

Jeg vil sørge for at jeg har innhentet skriftlig samtykke før jeg starter opptaket. Peilepunktene i intervjuguiden er tenkt som mulige oppfølgingsspørsmål.

Introduksjonsspørsmål

1. Hva er din nåværende stilling?
2. Hvor lenge har du arbeidet i din nåværende stilling?
3. Kan du fortelle kort hvilken utdanning og arbeidserfaring du har?
4. Kan du fortelle litt om sykehjemmet som du leder?

Peilepunkt:

- Lokalisasjon: Avstand til nærmeste sykehus og utdanningsinstitusjon
- Antall beboere og ansatte
- Er det noe du vil trekke fram som preger dette sykehjemmet? – Gjerne på en god måte.
- Hva vil du si er den eller de største utfordringene relatert til daglig drift?

Begrepsavklaring

5. Hva legger du i begrepet strategi?
6. Hva legger du i begrepet kompetanse?
7. Hva legger i begrepet strategisk kompetanseplanlegging?

Kommunale planer

8. Kjenner du til om din kommune har gjennomført kompetansekartlegging og utarbeidet kompetanseplaner for sykehjemsetaten, og om planene er oppdaterte?

Sykehjemmet

9. Har dere en strategi for kompetansearbeidet på sykehjemmet?

Gitt at sykehjemmet har en kompetansestrategi, kan du da si litt om følgende:

- Hva var den konkrete bakgrunnen for utformingen av kompetansestrategien? Var det for eksempel:
 - Konkrete problemer/utfordringer i forkant som var grunnen?
 - En imitasjon av andre og av at man bare «må ha» slike dokumenter?
 - Muligheter til å få statlige midler til kompetanseheving.
- Kjenner du til målsettingen og tiltak i kompetanseplanen? (husk å få tak i hvordan målsettingene nøyaktig er formulert).
- Vet du for hvilket tidsrom kompetanseplanen gjelder? (eventuelt hvor lang tid i fremtiden)
- Hvem på sykehjemmet har det overordnede ansvaret for utarbeidelsen av strategien og planene, og til å drive dette arbeidet fremover?
- Vet du om det har vært gjennomført kartlegging av de ansatte (sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter) sin kompetanse og behov for opplæring?
Peilepunkt:
 - Herunder også kartlegging av uformell kompetanse.
 - Beskrivelse av kartleggingsprosessen.

- Tema i medarbeidersamtale?
- I hvilken grad er den strategiske kompetanseplanen et verktøy i det praktiske kompetansearbeidet?

Peilepunkt:

- systematisk kompetansekartlegging som innbefatter hva slags kompetanse de ansatte har fått og når de gjennomgikk opplæringen
- kompetanseheving som samtale under medarbeidersamtalen
- stillingsbeskrivelser
- årshjul med plan for fremtidig kompetanseheving
- plan for å søke om kompetansemidler
- om de ansatte er kjent med sykehjemmets kompetanseplan
- systematisk oppfølging/evaluering av tiltakene for å finne ut hvilke effekter de gir. Hvem har ansvar for dette?

Hvis sykehjemmet ikke har en kompetansestrategi:

- Hva tror du kan være årsaker til dette?

Peilepunkt:

- at man ikke er kjent med slike strategiske planer
- at man oppfatter at man ikke har utfordringer knyttet til kompetanse
- at man ikke har administrativ kapasitet til å lage en slik strategi
- at man foreløpig ikke har prioritert å lage en kompetansestrategi
- at lederne er usikre på hvordan de skal nyttiggjøre seg av den ansattes nyervervede kompetanse
- at kompetanseheving ikke har ønsket effekt da medarbeidere som får økt kompetanse bruker ny ervervet kompetanse til å søke på andre jobber
- at kompetansestrategier ikke er noe for perifere sykehjem
- Hvordan løses kompetansearbeidet på sykehjemmet uten strategi? Finnes det løsrevne planer?

Kompetansebehov, kompetansesammensetning og ressursutnyttelse

10. Opplever du i dagens situasjon at det er samsvar mellom sykehjemmets krav og behov og den kompetansen medarbeiderne besitter? Fortell/begrunn.

Peilepunkt:

- mangel på fagutdannet helsepersonell
- mangel på ansatte med oppdatert og relevant kompetanse
- høy andel ufaglærte
- mellomledere med manglende kompetanse
- dårlig ressursanvendelse
- manglende oppgavedeling
- høyt sykefravær
- lav pensjonsalder

11. Kan du beskrive hvilke vurderinger som ligger bak kompetansesammensetningen på hver vakt for å sikre forsvarlige helsehjelp for sykehjemsbeboerne?

12. Hvordan vil du beskrive ditt handlingsrom som enhetsleder, og i hvilken grad har du anledning til å legge til rette for bedre ressursutnyttelse av kompetanse?

Peilepunkt:

- grad av oppgavedeling mellom de ulike profesjonene
- overføring av arbeidsoppgaver fra for eksempel sykepleiere til helsefagarbeidere
- fokus på opplæring og livslang læring
- internundervisning
- hvordan de legger til rette for kunnskapsdeling på arbeidsplassen
- virkemidler relatert til rekruttering – økt lønn og/eller andre goder.

13. I hvilken grad vil du si at økt kompetanse muliggjør overføring av arbeidsoppgaver mellom profesjoner?

Nasjonal tilskuddsordning for kompetanseheving

14. Har sykehjemmet søkt og fått midler til kompetanseheving via den statlige finansieringsordningen Kompetanseløftet?

Hvis ja:

- Var satsingsområdene i Kompetanseløftet i tråd med kompetansebehovet på sykehjemmet?
- Var de statlige satsingsområdene førende for valg av kompetanseheving, eller fikk de tilskudd til andre egendefinerte satsingsområder?
- I hvilken grad tenker du at dere kan påvirke valg av satsingsområder i Kompetanseløftet?

Hvis nei:

- Kjenner du til tilskuddsordningen?
- Dersom de kjenner til tilskuddsordningen:
Hvorfor har de ikke søkt om midler? Er du kjent med satsingsområdene i Kompetanseløftet, og er de relevant for behovet på sykehjemmet? I hvilken grad tenker du at dere kan påvirke valg av satsingsområder i Kompetanseløftet?

Fremtidig kompetanseutfordring

15. Med bakgrunn i dette intervjuet og de tanker/refleksjoner du har gjort underveis – Hvis du tenker 10-20 år fram i tiden – hva tror du vil være sykehjemmets største kompetanseutfordring? Har du forslag til hvordan dette kan møtes? Begrunn.

Tilbakeblikk, oppsummeringer og avslutning:

- Oppsummering fra meg, evt. avklaringer– har jeg forstått deg rett når?
- Er det tema vi ikke har vært inne på i intervjuet du vurderer er relevant for tematikken?
- Har du noen avsluttende kommentarer? Noe du vil poengtere før vi avslutter?
- Kan jeg bruke informasjonen fra intervjuet til oppfølgingsprosjekt senere? I anonymisert form selvsagt.
- Er det greit at jeg tar kontakt med deg dersom jeg trenger supplerende informasjon? Du må gjerne kontakte meg dersom du kommer på noe du vil supplere med.

Vedlegg 4: Vurdering fra Norsk senter for forskingsdata (NSD)

Vurdering av behandling av personopplysninger

05.12.2022

Referansenummer

913843

Vurderingstype

Standard

Dato

05.12.2022

Prosjekttittel

”Kompetanse på sykehjem – strategisk kompetanseplanlegging eller tilfeldigheter”?

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for velferd og deltaking

Prosjektansvarlig

Laila Nordstrand Berg

Student

Silje Bergliot Eikemo

Prosjektperiode

22.11.2021 - 09.06.2023

Kategorier personopplysninger

- Alminnelige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 09.06.2023.

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektslutt dato. Vi har nå registrert 09.06.2023 som ny slutt dato for behandling av personopplysninger. Dersom prosjektet må behandle personopplysninger enda lengre, kan det bli nødvendig å informere prosjektdeltakerne. Vi vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til videre med prosjektet!