Ingen dans på roser

Avdelingssykepleieres mestring av utfordringer knyttet til samhandlingsreformen

Frøydis Hauge

MAVERD 599

Masteroppgave i verdibasert ledelse

VID Vitenskapelige Høgskole

2. mai 2017

Antall ord: 22302

Veileder: Gry Bruland Vråle

Sammendrag

Hensikt: Med denne oppgaven har jeg ønsket å bidra til økt innsikt i hvordan avdelingssykepleiere på sykehjem/helsehus mestrer sin rolle. Hvilke utfordringer de står overfor og hva som gjør at de føler mestring i sin lederhverdag.

Problemstilling: Hvordan mestrer avdelingssykepleiere på sykehjem/helsehus utfordringer knyttet til samhandlingsreformen?

Teori og metodevalg: Studien tar utgangspunkt i teori om mestring, verdibasert og mestringsorientert ledelse. For innsamling av data ble det brukt individuelle dybdeintervjuer av seks avdelingssykepleiere i et hermeneutisk fenomenologisk perspektiv.

Funn: Det er beskrevet følgende hovedfunn: manglende delaktighet i planleggingsfasen av samhandlingsreformen, flere oppgaver og krav, trangere økonomi, mangel på kompetente ansatte, kommunikasjonsproblemer/-svikt, systemsvakheter og verdikollisjoner.

Konklusjon: Med denne oppgaven retter jeg søkelyset mot avdelingssykepleiere på sykehjem/helsehus og deres opplevelse av mestring i lederrollen. Denne studien indikerer at avdelingssykepleierne mestrer utfordringer til tross for stor kompleksitet. Personlige egenskaper, kunnskaper, ferdigheter og ved å ta i bruk ulike strategier og lederverktøy er medvirkende årsaker til mestringsfølelsen, for å kunne opprettholde en lovpålagt faglig forsvarlighet og samtidig ha et godt relasjonelt forhold til sine ansatte.

Nøkkelord: Mestring, avdelingssykepleier, sykehjem/helsehus, utfordringer, samhandlingsreformen

Forord

Uttrykket *Ingen dans på roser* på oppgavens forside er et sitat fra en av deltakerne i denne masteroppgaven. Uttrykket kan beskrives gjennom det motsatte: en dans på roser som er et gammelt dansk uttrykk som beskriver et sorgløst og behagelig liv.
Ifølge Store Norske Leksikon kommer utrykket fra en senromersk og middelalders skikk å strø rosenblader på for eksempel et dansegulv.

Da var tiden kommet til å sette strek for tre års skolegang på VID vitenskapelige høgskole, Diakonhjemmet, og master i verdibasert ledelse. Det har vært en lang og stri tørn, men det føles helt fantastisk å endelig være ved veis ende.
Jeg vil rette en stor takk for uvurderlig hjelp til min veileder Gry Bruland Vråle, som har støttet meg gjennom dette drøye halvåret.
Tusen takk til dere som stilte opp til intervju og ga meg så flott materiale å arbeide med.
Takk til gode kollegaer som har vært tålmodige når jeg har vært stressa foran eksamener.
Takk til venner og bekjente som har lest, korrigert og gitt meg supre tilbakemeldinger når jeg har sett svart på det hele.
Jeg må også få takke min gode, gamle sjef Berit som fikk meg til å sende av gårde søknaden, jeg er uendelig takknemlig for at du hadde tro på meg.
Til slutt tusen takk til mine to søte små som endelig skal få mammaen sin «tilbake».

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning 7

1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema 7

1.2 Problemstilling 8

2.0 Teori 9

2.1 Forskningsstatus 9

2.2 Definisjoner/avgrensninger av nøkkelbegreper 12

Samhandlingsreformen 12

Sykehjem/helsehus 13

Avdelingssykepleierens rollefunksjoner og ansvarsområde 13

Faglig forsvarlighet 14

Mestringsteori 15

Den salutogene modellen 16

2.3 Ledelse 17

Verdier 18

Verdibasert ledelse (VBL) 19

Mestringsorientert ledelse 21

3.0 Metode 22

3.1 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme 22

Forforståelse 23

3.2 Valg av tilnærming 23

3.3 Utvalg 23

3.4 Intervjuene 24

3.5 Forskningsetikk 25

Informert samtykke 25

Anonymisering/konfidensialitet 26

3.6 Hermeneutisk fenomenologisk analyse 26

3.7 Metoderefleksjon 27

Reliabilitet ... 27
Validitet ... 28
Styrker og svakheter ved metoden ... 28
4.0 Presentasjon av funn ... 30
4.1 Utfordringer i direkte tilknytning til samhandlingsreformen ... 30
Manglende delaktighet i planleggingsfasen av samhandlingsreformen ... 30
Flere oppgaver og krav ... 31
Trangere økonomi ... 32
Mangel på kompetente ansatte ... 32
Kommunikasjonsproblemer/-svikt ... 33
Systemsvakheter ... 33
4.2 Andre ledelsesutfordringer som påvirker mestringsfølelsen ... 34
Mellomlederrollen ... 34
Verdikollisjoner ... 34
Pårørende ... 35
Kvalitet og forsvarlighet ... 35
4.3 Hva gir mestringsfølelse? ... 35
Egenskaper som bidrag til mestringsfølelse ... 36
4.4 Ledelse som balansekunst og behov for lagspill ... 36
5.0 Drøfting av hovedfunn ... 39
5.1 Innledning ... 39
Forskningsspørsmål 1: Hvordan beskrives utfordringene knyttet til samhandlingsreformen? ... 39
Forskningsspørsmål 2: Hva bidrar til mestringsfølelse knyttet til utfordringene ved innføringen av samhandlingsreformen? ... 44
Personlighetens betydning for mestringsfølelse ... 47
Betydningen av mening ... 52
Betydningen av å ha handlingsrom ... 53

Forskningsspørsmål 3: Hvilken betydning kan verdibasert og mestringsorientert ledelse ha for mestringsfølelsen? 55

Oppsummering 62

6.0 Konklusjon 64

Litteraturliste 66

Vedlegg nr. 1 Brev til informanter 71

Vedlegg nr. 2 Intervjuguide 72

1.0 Innledning

1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema

Å være avdelingssykepleier, leder, for en sykehjemsavdeling er kompleks, preget av forventninger fra flere hold og kan til tider oppleves ganske uutholdelig.

Med snart 17 års sykepleier-erfaring både fra sykehus og sykehjem har jeg erfart ulike ledere i praksis. Da jeg startet på dette studiet jobbet jeg som assisterende avdelingssykepleier og hadde også vikariert som avdelingssykepleier. Å sitte i en mellomleder - posisjon føltes meget krevende på mange måter. Derfor har mitt ønske med denne masteroppgaven vært å få dypere innsikt i arbeidshverdagen til seks avdelingssykepleiere og deres måte å lede på og hvordan de mestrer hverdagen sin på sykehjem/helsehus anno 2016.

Temaet for min masteroppgave er mestring og ledelse. Fra politisk hold har Regjeringen utarbeidet «Omsorg 2020» for å møte dagens og morgendagens utfordringer. Den omfatter blant annet:

- Forslag til nye og framtidsrettede løsninger for å styrke kvalitet og kompetanse i omsorgstjenestene.
- Forsterkede økonomiske virkemidler til kompetanseheving jf. «Kompetanseløftet 2020» og utbygging av sykehjem.
- Kommunal handlefrihet som en forutsetning.
- Regjeringen vil skape trygghet for at tjenestene er der når behovet oppstår.
- Økt likebehandling på tvers av kommunegrenser for å sikre at brukernes behov dekkes på en bedre måte enn i dag (regjeringen.no).

Jeg har alltid vært opptatt av kvalitet og å møte de svake i samfunnet med gode holdninger. Mitt ønske var å få innsikt i hvordan avdelingssykepleiere fokuserer på lovverket som spesielt er knyttet opp mot ledelse og drift av sykehjem. Et annet viktig aspekt innenfor helsevesenet og kommunal sektor er det økende fokuset på økonomi og innsparinger. Det økonomiske perspektivet preger oss mer enn noen gang og fremover blir det enda viktigere å tenke nytt. De økonomiske rammene er begrep som ofte brukes.

Da samhandlingsreformen ble innført i 2012 erfarte jeg selv som utøvende sykepleier på sykehjem, de mange uforutsette utfordringene knyttet til planlegging, ansvar, arbeidsmengde og kvalitetskrav. Jeg husker vi var veldig spente på hva slags pasienter vi skulle få og det var delte meninger på vaktrommet om å skulle bli «mini-sykehus».

Mitt utgangspunkt og mitt syn på ledelse er at en god leder spiller på lag med sine ansatte og som er opptatt av å fokusere på gode verdier som respekt, verdighet og omsorg i sitt lederskap. En leder bør verdsette og anerkjenne arbeidet den enkelte ansatte gjør. Men hvordan er det mulig rent praktisk når man har ansvar for kanskje over 30 fast ansatte og i tillegg alle ekstravakter?

Avdelingssykepleiere på sykehjem/helsehus leder i stor grad profesjonsutøvere; sykepleiere og helsefagarbeidere, noe som må tas i betraktning da de fleste er mer selvgående enn ikke-profesjonelle og nok et viktig moment jeg ønsker å fokusere på. Samtidig skal man også ta seg av en stor andel ufaglærte arbeidstakere, dermed må lederne kunne sjonglere i måten å lede på. Jeg har en klar formening om at beboerne på sykehjemmet/helsehus legger merke til om de ansatte trives på jobb. Lederen har av den grunn en viktig oppgave med å skape rom for trivsel på arbeidsplassen, noe som krever samarbeidsevne. En ansatt som trives, skaper glede og denne gleden vil smitte over på de eldre og pleietrengende som får et godt sted å være. De endringene som samhandlingsreformen medførte kan muligens påvirke og utfordre noen av de verdiene avdelingssykepleierne støtter seg til. Det er ingen overdrivelse å hevde at å være avdelingssykepleier innebærer en stressende arbeidssituasjon. I en til tider kaotisk hverdag vil det oppleves godt å kjenne på følelsen av at «dette klarte jeg fint», «nå følte jeg at jeg gjorde noe bra» (egne sitater). Den psykologiske kraften og styrken av dette medvirker til å fortsette å jobbe hardt og strekke seg enda lengre. Jeg skal analysere og diskutere funnene mine i lys av teori om mestring, mestringsorientert og verdibasert ledelse. På bakgrunn av dette har jeg valgt følgende problemstilling:

1.2 Problemstilling

Hvordan mestrer avdelingssykepleiere på sykehjem/helsehus utfordringer knyttet til samhandlingsreformen?

Jeg utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan beskrives utfordringene knyttet til samhandlingsreformen?

2. Hva bidrar til mestringsfølelse knyttet til utfordringene ved innføringen av samhandlingsreformen?

3. Hvilken betydning kan verdibasert og mestringsorientert ledelse ha for mestringsfølelsen?

2.0 Teori

I dette kapitlet redegjør jeg for tidligere forskning jeg har funnet i forhold til problemstillingen og temaet. Jeg vil også forklare nærmere nøkkelbegrep og hvilket teoretisk grunnlag jeg vektlegger i oppgaven.

2.1 Forskningsstatus

Når jeg foretok litteratursøk brukte jeg ordene samhandlingsreformen (interaction reform), samhandling, sykepleier, avdelingssykepleier (nurse leader), mestring (coping) og sykehjem (nursing home). Jeg søkte i Oria, Google, Google Scholar, Idunn og academic search elite. Jeg avgrenset søket fra år 2006. Det er kort tid siden samhandlingsreformen ble implementert og det er kanskje grunnen til at det ikke er gjort så mye forskning om temaet ennå. Det jeg fant omhandlet brukere, helsepersonell og dessverre svært lite om lederen. Min oppgave kan dermed være med på å tette hull og belyse et mindre omtalt, men ikke mindre viktig område da det fins mange sykehjem og desto flere avdelingssykepleiere. Det mest relevante jeg fant var en forskningsrapport fra Telemarksforsking (2015), hvor det bl.a. tas opp på hvilken måte ansvarsmengden blir målt og om dokumentasjonen på det faktiske helse- og omsorgsbehovet som pasientene har blir tatt med i regningen.

I rapporten fra Telemarksforskning (2015), tre år etter at samhandlingsreformen ble igangsatt, er hovedfunnene:

- Kommunene var ikke forberedt med bemanningen, hverken i forhold til antall ansatte eller ansatte med nødvendig kompetanse.
- Kompetansebygging er omfattende og et langsiktig prosjekt som ikke er gjort i en håndvending. Kommunene ble av den grunn hengende etter i forhold til de økte kravene.
- Arbeidsmengden økte i form av flere og sykere pasienter og en større gjennomstrømning av pasienter som igjen førte til økt dokumentasjonsplikt, noe som er tidkrevende.
- Kompetanseheving skjer ad hoc, noe som fører til økt sårbarhet og svikt i kvalitetssikringen.
- Sykepleierne som ble intervjuet svarte at kvaliteten var god, men påpekte samtidig store mangler i kvalitet og kompetanse noe som forfatterne av rapporten mener henger sammen med sykepleiernes personlige ansvar for kvalitet i sitt arbeid.
- Et særlig interessant funn var at lederne vurderte situasjonen langt mindre problematisk enn de ansatte.

Videre viser rapporten fra Telemarksforskning (2015) at det er utilsiktede konsekvenser av ansvarsoverføringen som er lite erkjent og lite gjort kjent. Terskelen for å få innvilget tjenester er høyere pga. knappe ressurser i forhold til behovet. Samhandlingsreformen kom også brått på, det var ingen gradvis opptrapping i forhold til bemanning og kompetanseheving. Det interessante er at det kan tyde på at oppfatningen av hva som er «godt nok» er ulik. «Vår konklusjon er at reformen har ført til bedre samarbeid og trolig bedre utnyttelse av ressursene, men innebærer en massiv ansvarsoverføring fra helseforetakene til kommunene» (Haukelien, Vike og Vardheim 2015:2).

I sammendraget til sin masteroppgave om verdiarbeid, organisasjonsendringer på sykehjem i Oslo kommune og om samarbeid mellom den sentrale ledelsen og mellomlederne sier Harriet Nilsen (2015) følgende: «Funnene viser også at lederne har problemer med å mestre hverdagen sin». Det som også er interessant er at hun fant ut at lederne er blitt pålagt nye oppgaver som følge av omorganiseringer og at de i utstrakt grad bruker mestringsstrategier. Andre funn er at lederne hun intervjuet sa de var i verdikonflikt med den sentrale ledelsen og at den største, men ikke uttrykte verdien er økonomi.

I boken Livet som leder konkluderer Rønning, Brochs-Haukedal, Glasø og Matthiesen (2013) blant annet med at det ikke stemmer at å være leder er spesielt stressende og at flertallet av de som svarte på spørreskjemaundersøkelsen som denne boken er et resultat av, opplever jobben sin som verdt strevet og at de verken er mer stresset, ensomme eller arbeider mer enn andre de kan sammenlignes med.

I en rapport fra Helsedirektoratet: Status for samhandlingsreformen, Forvaltningsmessig følge med-rapport (2015) påpekes det bl.a. at etter fire år med forventninger om økt samarbeid og effektivisering, har ført til tiltak som ikke var en del av reformen fra starten av, noe som tyder på at tjenester kunne vært organisert bedre. Det står at det skal legges vekt på en god og tett dialog med bred involvering av alle aktører som blir berørt av ordningen. «Helsedirektoratet har erfart at kvaliteten på samarbeidet i de forberedende fasene har vært varierende» (ibid:6). Kontakten har i hovedsak vært på administrativt nivå, selv om det anbefales at det opprettes nettverk både på ledelses- og utførernivå, for å kunne arbeide med kvalitetsforbedring, kompetanse og god samordning av tjenesten. Andre ting denne rapporten påpeker er at pasientene som meldes til kommunene er sykere enn før og det er en klar økning av reinnleggelser som er tatt imot av kommunen, som kan være et uttrykk for redusert kvalitet i

behandlingen. Et interessant poeng som hevdes er at kunnskapsgrunnlaget om hva som skjer med pasientene når de kommer til kommunen er dårligere enn for spesialisthelsetjenesten. Det står også at det er behov for økt kunnskap om tjenestetilbudet.

Både det norske samfunnet og helsesektoren preges av endringer, omstillinger og nye rammevilkår eller betingelser. I rapporten verdibasert ledelse i praksis (Aadland, Askeland, Flatebø, Haugen, Kaasa og Stapnes 2006) blir åtte virksomheter studert. Det konkluderes med at verdibasert ledelse helt klart er betydningsfullt for å bevisstgjøre og motivere til nytenkning og endringsvilje. Det viktige er at ledelsen følger opp og motvirker forvitring av verdistyringen, også for å skape et godt omdømme: «Dersom etikk og verdier blir offer for rutinearbeid, kan dette underminere evnen til fornyelse og omstilling» (Aadland m.fl. 2006:63). Forholdet mellom kvalitet og verdi blir belyst og diskutert. Å satse på kvalitet blir sett på som eller sier noe om å forsøke å være god, mens verdiene sier noe om hva man ønsker å være god til.

Sintef gjorde i 2009 en spørreskjemaundersøkelse om mestring og trivsel blant nesten 10000 hjelpepleiere i norske kommuner. De fant blant annet at arbeidsmiljøet har svært stor betydning og tre viktige faktorer i den sammenhengen er støtte fra lederen i form av ros og verdsettelse, å ha en rimelig arbeidsbelastning (stress) og å ha en viss fleksibilitet som at man får bestemme pauser, arbeidsmengde og -tempo. Hver sjette hjelpepleier mente at lederen ikke gjorde noen god jobb, i denne gruppen var det høyest sykefravær, lavest tilfredshet med jobben/stillingsandel/arbeidstid/arbeidsevne i forhold til fysiske krav og de var også mest utslitt når de kom fra jobb. Dette viser hvor viktig det er med en leder som oppleves god. Rapporten fastslår også, slik jeg også fant ut, at det er gjort lite forskning på sykehjem til forskjell fra spesialisthelsetjenesten. Rapporten nevner også avslutningsvis at i årene som kommer vil den største utfordringen være å rekruttere og beholde kompetent arbeidskraft. Helse- og omsorgssektoren er derfor avhengig av at de ansatte trives og mestrer jobben sin (Ose, Haus, Pettersen, Jensberg og Paulsen 2009).

I en Fafo-rapport blir det undersøkt hva som ligger bak avvik mellom planlagt og faktisk bemanning for sykepleiere og helsefagarbeidere på sykehjem og i hjemmesykepleien i fem kommuner. Både toppledere i administrasjonen og tjenesteledere ble intervjuet. Hovedårsakene var problemer med å få utdannede vikarer ved sykefravær, stramme økonomiske rammer og vanskeligheter med å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere. I

tillegg nevnte tjenestelederne manglende fleksibilitet spesielt i forhold til arbeidstid og dårlig utviklede rapporteringssystemer. Tjenestelederne inviteres med i budsjettmøter, men det varier når og hvor mye de involveres. Både topp- og mellomledelsen er enige om at en stram kommuneøkonomi begrenser handlingsrommet og gjenspeiler ikke de faktiske behovene for bemanning, men at de likevel ikke bryter myndighetskrav og at det gis «en god nok tjeneste». Den stramme økonomien har konsekvenser for de ansatte. Sammenlignet med andre sektorer er sykefraværet høyere og det er større grad av uføre- og tidligpensjon. Tjenestelederne har ikke innflytelse på hvor mye midler de blir tilført. Til slutt påpekes det at samhandlingsreformen kan forsterke avvikene ytterligere pga. økende oppgaveoverføring til kommunene. Det ble også uttrykt at det mye var uklart med reformen som gjør det vanskelig å planlegge, til tross for at de hadde brukt mange administrative ressurser på å prøve å forstå og forberede reformen (Gautun 2012).

I en artikkel skriver Brask (2006) om hvordan vernepleierstudenter opplever mestring ved hjelp av refleksjonsgrupper. Han refererer til psykologen Csikszentmihalyi som fant at mennesker opplever kjedsomhet ved utfordringer som ligger lavere enn ferdighetene, og uro eller angst omvendt. Området mellom disse ytterpunktene kaller han *flyt-sonen* («flow») hvor man opplever optimal motivasjon, konsentrasjon og læring. Spesielt i øvre sjikt av denne sonen, når et menneske presser egne grenser og bryner seg på utfordringer som er litt i overkant av egne ferdigheter, føler man seg oppslukt av oppgavene og opplever mestring og handlekraft.

2.2 Definisjoner/avgrensninger av nøkkelbegreper

Samhandlingsreformen

Denne omfattende reformen ble iverksatt i januar 2012 (St.meld. nr. 47 (2008-2009). Hensikten med den var å styrke samhandlingen mellom helseforetakene og kommunene, koordinere tjenestene bedre og kunne ta imot den økte andelen eldre og syke som var forventet blant befolkningen. Kommunene fikk større ansvar ved at helse- og omsorgstjenester ble desentralisert. Det ble opprettet lovpålagte samarbeidsavtaler og kommunal medfinansiering med bøter hvis utskrivningsklare pasienter ikke ble tatt imot og det ble opprettet kommunale akutte døgnplasser, KAD. Målet er at pasientene skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og

omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker. Det trekkes fram som særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner (helsedirektoratet.no).

Sykehjem/helsehus

Et sykehjem er et tilbud til eldre som har et stort behov for omsorg og pleie hele døgnet, men som ikke trenger behandling på sykehus (oslo.kommune.no).

Helsehus er ifølge «Strategisk boligplan for eldre med hjelpebehov» et korttidstilbud, 2-12 uker, for personer hvor målet er å komme tilbake til eget hjem eller få tilbud om langtidsplass på sykehjem. Pasientene kommer direkte fra sykehus med behov for videre behandling, vurdering og/eller avlastning. Grunnen til at jeg tar med helsehusene i studien min er at de er et direkte resultat av samhandlingsreformen (politikerporten.oslobystyre.no).

Helsetjenestene i kommunene kalles primærhelsetjenesten eller førstelinjetjenesten. Kommunene får inntekter fra staten gjennom såkalt rammefinansiering. En ulempe med slik finansiering er at kommunene blir pålagt nye oppgaver uten at finansieringen øker (Stamsø 2014).

Avdelingssykepleierens rollefunksjoner og ansvarsområde

Avdelingssykepleier kan defineres som en mellomleder. Ansvarsområdet strekker seg fra det faglige overordnede til personalhåndtering, økonomi og budsjettansvar. Det viser at det er en bred og kompleks rolle. Definisjon av mellomleder: «En leder som befinner seg under toppsjef og ett nivå over arbeidere, som binder sammen virksomhetens strategiske og operative nivå» (Hope 2015:22). Avdelingssykepleierne har en eller flere ledere over seg som stiller krav og setter de økonomiske rammene man må forholde seg til. De skal få sykepleierne, hjelpepleierne og resten av staben til å gjennomføre oppgavene på best mulig måte innenfor de gitte rammene. Ordet mellomleder viser til at man befinner seg i midten av noe og samtidig er leder. Man rapporterer til den eller de over og man er heller ikke fysisk med på gulvet, i hvert fall ikke primært. Rollen binder sammen virksomhetens strategiske nivå; *langsiktig* utvikling, inntjening og overlevelsesevne, og operasjonelle nivå; *kortsiktig*, får virksomheten til å fungere fra dag til dag. Videre vektlegger Hope betydningen av kommunikasjon, både å forstå og kunne videreformidle begge veier. Han er også opptatt av å

bidra til at mellomledere involveres mer i iverksetting av strategier og ved endringer som f.eks. samhandlingsreformen (Hope 2015).

Faglig forsvarlighet

Faglig forsvarlighet handler om pasientsikkerhet og -kvalitet. Forsvarlighetskravet er ikke noen fast målbar standard, men en rettslig minstestandard for hva som godtas, en rettesnor for god praksis og er lovregulert i flere lover; helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og helsetilsynsloven (lovdata.no). Det finnes også forskrifter som regulerer faglig forsvarlighet; internkontrollforskriften, kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene og verdighetsgarantiforskriften (lovdata.no). Pasientene skal sikres at de mottar helsehjelp som er over den faglige standarden og at de samtidig ikke påføres skade, unødig lidelse og smerte.

> Et hovedelement i kravet er at det enkelte helsepersonell (inkludert studenter) i utgangspunktet ikke skal gå inn i situasjoner man ikke er kvalifisert til å håndtere (Norsk Sykepleierforbund (nsf.no), faglig forsvarlighet 2013:6).

Statens helsetilsyn fører tilsyn med helse- og sosialtjenestene, for at befolkningen skal få dekket sitt behov for helse- og omsorgstjenester og de påser at lover og forskrifter blir fulgt (Stamsø 2014). Helsetilsynet understreker at «det må foreligge et kvalifisert avvik fra det som er god praksis før det kan karakteriseres som uforsvarlig» (ibid:6) Helsetilsynet peker også på at virksomheter må planlegge for god praksis slik at det ikke utøves en tjeneste med høy risiko for svikt på grensen til det faglig uforsvarlige. Sykepleiere er forpliktet til å holde seg faglig a jour. Lederne, f.eks. avdelingssykepleierne, skal legge til rette for at det er mulig å drive forsvarlig, de har ansvar for sikring av rutiner, dokumentasjon og tilstrekkelig bemanning. Oppsummert skal arbeidsgiver/leder ha ansvar for følgende:

- sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse
- sikre tilfredsstillende teknisk utstyr
- sikre tilfredsstillende prosedyrer, rutiner og internkontroll
- organisere arbeidet på en måte som ivaretar effektiv og forsvarlig bruk av personellressurser (nsf.no).

Våren 2012, samme år som samhandlingsreformen kom, ble «Prinsipper for gode omsorgstjenester» (regjeringen.no) sendt ut til alle kommuner. Disse prinsippene gikk bl. a. ut på at man skulle fokusere på en styrket tverrfaglighet på tvers av tjenestene, styrke den etiske

kompetansen, vise respekt og omsorg for pårørende, ha kompetente ledere og ansatte, satse på fleksibilitet, forutsigbarhet, effektivitet og gode og helhetlige pasientforløp (nsf.no).
Kvalitet er noe annet enn «god» og som Aadland (2004) hevder kanskje kan sammenlignes med «dygd».

Mestringsteori

Lazarus og Folkman (2006) definerer mestring på følgende måte:

> Kognitive og adfærdsmessige bestræbelser, som er under konstant forandring og søger at håndtere specifikke ydre og /eller indre krav, der vurderes at være plagsomme eller at overskride personens ressourcer (Lazarus og Folkman 2006:139).

Det å oppleve mestring avhenger av mange faktorer. Å mestre noe er både individorientert; evnen til å tåle fysisk og psykisk stress, og situasjonsorientert; mestringen endrer seg fra situasjon til situasjon. Mestringsevnen, evnen til å tilpasse seg, varierer fra menneske til menneske. Man påvirkes bl.a. av tidligere erfaringer, behov, verdier, kunnskaper og ferdigheter knyttet til utfordringen, hvor robust man er og om man føler seg kompetent (Kristoffersen 1996).
Lazarus og Folkman vektlegger emosjonene av et jobbkrav eller en utfordring. Når et menneske står overfor en utfordring foretar man først en subjektiv bedømmelse, *primærvurderingen*; vurderer om utfordringen skal oppfattes som positiv i betydningen relevant, negativ i betydningen truende og om den kan tilføre vinning eller tap. Deretter gjør man en *sekundærvurdering*; som innebærer hva man kan gjøre, hvordan og så må hvilke ressurser man har tas i betraktning for å oppleve mestring. Siste fase er en *revurdering* basert på evt. ny informasjon fra omgivelsene eller egne vurderinger, og handler om man velger å se på utfordringen som en trussel eller en spennende utfordring. Å mestre kan også ses på som en følelse av å ha makt over noe og det motsatte at man føler seg hjelpeløs. Lazarus var i tillegg opptatt av hvilke personlighetstrekk som har innflytelse på mestringsstilen, bl.a. hvilke mål man har, hvordan man ser på seg selv og omverdenen, og selvsagt personlige ressurser som bl.a. intelligens, sosiale ferdigheter, støtte fra familie og et lyst sinn. Videre sier han at virkningsfull mestring avhenger av fleksibilitet. Hans forskning tar altså utgangspunkt i både konteksten og den enkeltes personlighet (Lazarus og Folkman 2006).
«Begreberne stress, følelser og mestring hører sammen» (Lazarus og Folkman 2006:55).
Mestringsstrategier handler om hvordan vi reagerer på og håndterer stressende situasjoner. Både egenskaper, ressurser hos den enkelte og relasjonene til andre spiller inn. Valget av

strategi er nært knyttet til personlighet, noen mennesker er direkte og utadvendte, andre mer tilbakeholdne og innadvendte. Problemorientert mestring er en aktiv strategi. Emosjonelt orientert mestring tar utgangspunkt i å endre opplevelsen snarere enn selve situasjonen ved at ubehaget man opplever dempes (Kristoffersen 1996).

Den salutogene modellen

Antonovsky var opptatt av å finne helsefremmende faktorer for mestring. Utgangspunktet for forskningen hans var å finne årsaken til hvordan mennesker som hadde vært utsatt for sterke påkjenninger, han forsket på mennesker som ble satt i konsentrasjonsleir, kunne være i stand til å opprettholde helse (Antonovsky 2012). På bakgrunn av dette utviklet han den salutogene modellen. Salus betyr helse og velferd, genesis betyr fødsel eller utspring. Denne modellen ser på kriser og nederlag som utfordringer til videre vekst (Kristoffersen 1996).

> Den sentrale antakelsen i den salutogene modellen er at en sterk OAS (opplevelse av sammenheng) er avgjørende for å kunne håndtere tilværelsens mange stressfaktorer på en god måte, og dermed for å bevare helsen (Antonovsky 2012:172).

Begrepet *utfordring* handler om noe som krever hardt arbeid eller kamp (ordbok.uib.no). Å kalle jobbkrav utfordringer og ikke problemer viser at man har en positiv innstilling til begrepet. Utfordringer eller stressfaktorer er en del av livet og hvis man ikke har utfordringer eller noe å bryne seg på, vil den menneskelige utvikling stoppe opp. Når man stilles overfor en stressfaktor fører det til en anspent tilstand som man må håndtere. Det salutogene perspektivet forsøker å avdekke om utfallet av disse faktorene blir patologisk; at man blir syk av det, nøytralt; uberørt, eller helsebringende. Dette avhenger av om spenningen håndteres på en adekvat måte. Denne tilnærmingen til mestringsbegrepet går ut på at stressfaktorene blir satt inn i en sammenheng. Ved å bli utsatt for stressfaktorer opparbeider man seg en erfaring, som blir avgjørende for å kunne reagere konstruktivt på en stressende situasjon. Man opparbeider seg en gjennomgripende, varig og dynamisk tillit til at det indre og ytre miljøet er forutsigbart og at det sannsynligvis vil gå så bra som man forventer seg. OAS er knyttet til identitet og er et resultat av samlet livserfaring. Det et menneske opplever fra barndommen og frem til tidlig i voksenlivet er med på å forme hvordan man oppfatter sammenheng og forutsigbarhet i tilværelsen. Når OAS først er formet og fastlagt er det lite sannsynlig at den vil endres radikalt. OAS består av tre uløselig tilknyttede komponenter: *Forståelig*; innebærer en kognitiv klarhet i hva som skjer i en aktuell situasjon og hvorfor noe skjer, som gir en følelse av trygghet og kontroll. *Meningsfull*: den følelsesmessige delen som innebærer en

motivasjon til innsats for å anstrenge seg og holde ut, eller med andre ord om utfordringen er verdt å bruke krefter på. *Håndterbar*: en opplevelse av å ha en viss innflytelse og mulighet til å påvirke en situasjon. Personer med sterk OAS har lettere for å definere stimuli som ikke-stressfaktorer og tilpasser seg automatisk kravet eller utfordringen, men dette forutsetter handlingsfrihet. Slike personer ser på utfordringer med håp og begeistring i stedet for håpløshet og apati. En truende stressfaktor vil hos en med sterk OAS motivere til handling, mens en med svak kanskje allerede i utgangspunktet vil være tilbøyelig til å gi opp. Personer med sterk OAS har en indre opplevelse av styrke, trygghet og stabilitet uavhengig av livets omskifteligheter. De velger aktive og hensiktsmessige strategier selv i vanskelige og belastende situasjoner. Personer med svak OAS retter stort sett oppmerksomheten mot hvordan den følelsesmessige delen av problemet skal håndteres (Antonovsky 2012).

«Personligheten har mye å si for evnen til å møte utfordringer og påkjenninger i livet» (Kristoffersen 1996:57). Om en person er lett sårbar i sin oppfattelse av egenverd og identitet vil han i større grad ha problemer med å mestre en stressfylt og vanskelig situasjon (Kristoffersen 1996).

Antonovsky var også i likhet med Lazarus opptatt av følelser og personlighetens rolle for mestring. Bakgrunnen for at jeg har tatt med disse to teoretikerne er at de utfyller hverandre. Mens Lazarus har en patogen tilnærming til mestringsbegrepet har Antonovsky en salutogen tilnærming. Altså to motpoler; det handler om å bli syk eller klare seg, eller å oppleve sammenheng.

2.3 Ledelse

«Ledelse er noe du kan ha, noe du kan være en del av, eller noe du kan utøve» (Hope 2015:40). En posisjon, en rolle og en funksjon, noe som igjen betyr at det ikke nødvendigvis er den som utøver ledelse som innehar rollen. Dette er ikke noe jeg vil gå nærmere inn på, men er ment som en innledning til hvor komplekst og vanskelig ledelse kan være. *Leadership* er det engelske ordet for den relasjonsbaserte dimensjonen og handler først og fremst om å ha innflytelse til å få de ansatte til å innfri målene i tråd med Yukl: (…) «påvirke andre til å forstå og bli enige om oppgavene som skal løses og hvordan de skal løses, og prosessen med å legge til rette for individuell og kollektiv innsats for å oppnå felles delte mål» (Hope

2015:44). Den relasjonelle dimensjonen er følelsesstyrt derfor blir kommunikasjonsferdigheter en avgjørende faktor og man må kunne influere, som krever en interaksjon mellom leder og de ansatte (Hope 2015). Videre mener han at lederspennene; antall direkte rapporterende en leder forholder seg til, ikke må bli for store. Ut over 10-12 medarbeidere reduserer lederens mulighet til å utvikle gode relasjoner med den enkelte. *Management* har med styring, måling og kontroll å gjøre, administrasjon (...) «som er bærende elementer i enhver organisasjons drift» (Hope 2015:44). Management-delen av lederskapet er en viktig og omfattende del av mellomlederrollen. Det handler om å levere forventede resultater, om tilfredsstillende kvalitet og om ressursbruken er i tråd med rammene (Hope 2015). «God ledelse handler om å håndtere endringer, og det å mestre dette er noe av det som gjør det så spennende – og krevende- å være leder» (Hope 2015:74).

Organisasjonsendringer er en del av dagens arbeidsliv. Det skjer stadig nye endringer som man må forholde seg til og derfor blir det viktig å utvikle evner, holdninger og muligheter for å kunne håndtere endringer slik at de blir gode opplevelser for alle parter. Endringer er vanskelige å gjennomføre og det er viktig å ta innover seg at alle endringer ikke kan ivaretas fullstendig, men at god informasjon, medvirkning og å føle at man mestrer kan bidra til en opplevelse av å være i stand til å gjennomføre endringene på en tilfredsstillende måte (Einarsen og Skogstad 2011).

Samhandlingsreformen en stor endringsprosess og det krever kompetanse om endringer. «Ansatte og ledere sitter ikke lenger i samme stilling i lange perioder» (Meyer og Stensaker 2011:11). Kan det rett og slett bli for mange endringer? Det motsatte til endring er stabilitet. Å stå i en endringsprosess på helseinstitusjoner krever evne til å både endre rutiner og samtidig motivere de ansatte og kunne holde fokuset på den daglige driften. Meyer og Stensaker (2011) kaller dette endringskapasitet. Endringsvilje betyr å være i samspill med omgivelsene sine. Ved endrede rammevilkår både fra politisk hold, i forhold til brukernes behov og ved offentlige lovendringer må organisasjonene tilpasse deg og rette seg etter disse.

Verdier

Verdier uttrykker hva som er riktig og galt og handler om hvordan man bør opptre i ulike situasjoner. Verdier er noe som verdsettes, foretrekkes og settes pris på. Respekt, omsorg, verdighet sier noe om mellommenneskelige kvaliteter, gode intensjoner og motiver. Altså kjennetegn og egenskaper ved mennesker og deres handlinger. Verdier brukes for å kunne

navngi hva som er viktig. Kjerneverdier begrunnes gjennom etikk og moral, emosjonelt inni oss; hva vi føler er riktig, f.eks. integritet, ærlighet, respekt, mangfold, åpenhet og rettferdighet. (…) «viktige og sentrale størrelser i utformingen av en organisasjons selvforståelse og kjernevirksomhet» (Aadland m.fl. 2006:18).
De verdiene man ønsker å forplikte seg til må praktiseres, for å skape en retning, ikke bare «henge til pynt» eller stå i en brosjyre. Pasientene og pårørende blir verdienes voktere; det er de som får føle på kroppen om verdiene følges eller etterleves.

> Når mange nok av de ansatte har integrert de institusjonelle verdiene, og handler på bakgrunn av disse som sine egne, personlige intensjoner, har man tilsynelatende oppfylt målsetningen om den verdibaserte ledelsen av organisasjonen (ibid:22).

Verdier kan også tolkes ut fra prioriteringer og hvordan rutiner og prosedyrer blir anlagt. Respekt for brukernes verdighet er ofte et tankekors.
(…) «ledere illustrerer ved små og store avgjørelser ønskede holdninger og prioriteringer» (ibid:58).

Verdibasert ledelse (VBL)

VBL er en ledelsestradisjon som i Skandinavia har blitt knyttet til hvordan man gjør moralske verdier om til styringsredskap, som et supplement og erstatning for regel- og målstyring. Definisjon:

> Verdibasert ledelse er å motivere og mobilisere organisatoriske handlinger og beslutninger på basis av ønskede verdier, og å avdekke og avgrense innslaget av handlinger og beslutninger som uttrykker ikke-bevisste eller uønskede verdier (Aadland m.fl. 2006:9).

Denne tilnærmingen til ledelse handler om å implementere kjerneverdier i praksis som et virkemiddel for virksomhetsstyring. Den er orientert mot det overordnede grunnlaget som er nedfelt i visjoner og verdier. «Tanken er at verdier er mindre omskiftelige enn regler og mål» (Aadland m.fl. 2006:25). Verdistyring betyr mindre instrukser, regler og målformuleringer. Verdiene styrer retningen man jobber mot. Målet er å handle i overensstemmelse med ønskede verdier (Aadland m.fl. 2006).

På bakgrunn av problemstillingen og forskningsspørsmålene mine støtter jeg meg også til Rudi Kirkhaug og hans teori om verdibasert ledelse. Grunnen til at jeg bruker verdibasert ledelse som overordnet teoretisk grunnlag er at denne tilnærmingen inkluderer to dimensjoner av lederskapet; den *relasjonelle* som går ut på å ivareta de ansattes sosiale og psykologiske

behov, og *oppgaveorienterte* som betyr å sette mål, fordele ressurser, koordinere og kontrollere. En annen viktig årsak for mitt valg av Kirkhaug er hans fokus på betydningen av å kunne være tilpasningsdyktig og fleksibel, det blir da sentralt å bruke verdier som kan være samlende og for at man skal ha klare mål å forholde seg til. Ikke minst skriver han om å lede profesjonelle, som betyr at de har en sertifisert utdanning og en beskyttet tittel, f.eks. sykepleiere. Profesjonelle er verdibevisste fordi det i utdanningen fokuseres på hvordan man skal opptre og hvilke verdier som er vesentlige å praktisere yrket sitt ut ifra. Ved å ha fokus på verdier generelt når man skal lede dem kan bli vesentlig. Fra et lederperspektiv blir det viktig å kunne samle sine ansatte og fremstå enhetlig med overordnede verdier, for å nå mål og samtidig ivareta identitet og omdømme. «Jo mer profesjonalisert en organisasjon er, desto større krav stilles det til den og jo mer makt den kan utøve, desto mer verdistyrt må den være» (Kirkhaug 2013:217). Profesjonalisering nødvendiggjør bruk av verdier, både for at ansatte skal kunne oppleve autonomi og motivasjon, for å oppnå koordinering og gjensidig støtte, samtidig som ledelsen skal oppnå tilstrekkelig kontroll over organisasjonen. Et annet viktig argument for å benytte verdier som et overordnet styringsverktøy er at det åpner for et større perspektiv og flere handlingsalternativer enn det regler og rutiner legger opp til. Spesielt kan dette være hensiktsmessig når det oppstår disharmoni mellom regler og hendelser (Kirkhaug 2013). Konteksten for ledelse på sykehjem/helsehus preges i stor grad av endringer og krav om fleksibilitet. Sykehjemssektoren kjennetegnes også av en struktur preget av både rutiner og regler, samlet er dette årsaker til at verdistyring kan være et godt verktøy for ledelse.

En annen teoretiker jeg vil støtte meg til er Tor Busch. Han fokuserer også på det spesielle med å være leder for profesjonelle. Han legger i likhet med Kirkhaug vekt på at sykepleiere i stor grad styrer yrkesutøvelsen sin ved hjelp av profesjonsverdier og yrkesetiske retningslinjer. Han mener også at dette krever en form for ledelse hvor de får mulighet til å utøve sin autonomi. Profesjonelle kan styre seg selv uten altfor stor innflytelse. Men her gjelder prinsippet om i hvor stor grad de er selvgående og Busch mener derfor lederen må sjonglere sin atferd ut i fra dette, fra styrende til støttende. Han legger også vekt på å finne de indre drivkreftene hos de ansatte. Hovedoppgaven for sykehjemmet/helsehuset er å gjøre det til et forsvarlig sted å være for pasientene, verdibasert tilnærming i denne sammenhengen handler da f.eks. om å snu tankesettet og verdiene til de ansatte. Et verdifokus som er forankret i ledelsen vil ha positiv effekt på ledelsesprosessene. Busch hevder at verdibasert ledelse i liten grad har en ledelsesteoretisk forankring, men at det er sterkere knyttet til lederen som person enn til selve prosessen. Hans teori sier også noe om mestring. Han

beskriver subjektiv mestringsevne som en form for faglig selvtillit, som en tro på at vi er i stand til å mestre en bestemt oppgave og i hvor stor grad man er i stand til å omsette kunnskaper til praktisk handling (Busch 2012).

Mestringsorientert ledelse

Linda Lai er organisasjonspsykolog og professor og skriver om hvor viktig det er for ledere å ha retning med hensyn til mål og roller, mening; å være motivert og gi individuell oppmerksomhet, f.eks. konkret støtte i fokus. Mestringsorientert ledelse handler om å motivere fremfor å dominere (Lai 2013). Under et ledelsesfaglig motivasjonsforedrag høsten 2016 la hun frem helt ny forskning der hun viste at «*høy mestringsledelse og høyt mestringsklima*» gir høyere kompetansemobilisering gjennom høyere indre motivasjon og størst effekt ved høy autonomi (Lai 2016). Hun mener at støttende atferd er en viktig del av lederrollen og vektlegger læring, utvikling og motivasjon ut fra medarbeidernes individuelle forutsetninger, som igjen har en avgjørende betydning for mestringsklima. Et godt mestringsklima kjennetegnes av å gjøre hverandre gode og dele kompetanse. Mestringstro er avgjørende for bruk av kompetanse, innsats og ytelse. Andres forventninger og tillit er også viktig for resultatet. Fleksibilitetsvilje, rolleklarhet og autonomi er andre faktorer som er relevante i hennes ledelsestilnærming. Hun har gjennom sin forskning kommet frem til følgende råd for ledere:

- *«Gi konkrete tilbakemeldinger på ytelse.*
- *Gi konkrete råd og støtte til å forbedre ytelse.*
- *Tilby videreutvikling og utfordringer som gir læring.*
- *Gi æren til den som fortjener det.*
- *Bruke et inspirerende og positivt språk.*
- *Gi anerkjennelse som bygger mestringstro og selvfølelse.*
- *Være tilgjengelig både fysisk og psykisk og involvere medarbeidere».*

Hun er også opptatt av egenskaper som kjennetegner en god påvirker:

1. *«Høy selvbevissthet; hvordan fremstår jeg overfor deg?*
2. *Høy sensitivitet overfor hva andre forsøker å uttrykke; hva tenker/føler du egentlig?*
3. *Høy fleksibilitet i atferd; inklusiv verbal og nonverbal kommunikasjon».*

Videre hevder hun at personer med høy mestringstro vanligvis vil sette seg høyere mål og gjøre en større innsats for å lære enn personer med lav mestringstro Lai (2016).

3.0 Metode

I dette kapitlet gjør jeg rede for min vitenskapsteoretiske forståelsesramme, valg av tilnærming og utvalg av informanter. Videre presenterer jeg gjennomføringen av intervjuene, etiske overveielser jeg har gjort i forkant og underveis i forbindelse med innhenting og bruk av datamaterialet og hvordan jeg gjorde analysen. Til slutt reflekterer jeg over reliabilitet og validitet og betydningen av egen forforståelse, samt kontekstuelle forutsetninger som har hatt betydning for tolkningen min.

Malterud (2011) legger til grunn refleksivitet; forskerens forutsetninger og fortolkningsramme for vitenskapelighet. Jeg har derfor prøvd å gå inn i studien med åpent sinn og lett aktivt etter data som evt. kan rokke ved forutinntatte meninger og erfaringer. Jeg har forsøkt å klargjøre min forforståelse og hypoteser med disse spørsmålene i hodet: Hvorfor anser jeg min konklusjon som det beste alternativet? Hvilke briller har jeg på meg når jeg leser mine data? Og hva betyr den kulturelle og teoretiske tradisjonen jeg står for i de spørsmålene jeg har stilt?

3.1 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme

«De kvalitative metodene hører hjemme i en hermeneutisk erkjennelsestradisjon, som handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk» (Malterud 2011:44). Målet med kvalitativ forskning er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener (Malterud 2011). Hermeneutikk betyr forklaringskunst på gresk og går ut på å fortolke og skape forståelse for det man undersøker. Muntlige ytringer og tekster er meningsfulle fenomener. Mennesker tilegner fenomener mening og vi forstår noe på grunnlag av visse forutsetninger. Jeg forstår det mine informanter uttrykker ut ifra min bakgrunn og fortolker det de sier med min forforståelse (Gilje og Grimen 1993). Hermeneutikken kjennetegnes av at man får tak i helheten ved å gå ned i detaljene. Fenomenologi handler om menneskelig erfaring og ser på den enkeltes erfaringer som gyldig kunnskap (Malterud 2011).

Forforståelse

«Når aktørene i forskningsprosessen er mennesker blir det mellommenneskelige spillet som foregår i en sosial og kulturell kontekst, en organisk del av materialet» (Malterud 2011:38). «Forforståelsen er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter» (Malterud 2011:40). I denne ryggsekken bærer vi med oss erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme. Både min erfaring som sykepleier og mine verdier som f.eks. omsorg for mennesker kan påvirke min måte å fortolke det jeg får høre av informantene.

3.2 Valg av tilnærming

Problemstillingen min er av en slik art, at jeg finner en kvalitativ tilnærming å være mest hensiktsmessig og jeg har brukt følgende sitat for å begrunne valget mitt:

> Kvalitativ metode er særlig hensiktsmessig hvis vi skal undersøke fenomener som vi ikke kjenner særlig godt, og som det er forsket lite på, og når vi undersøker fenomener vi ønsker å forstå mer grundig (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2015:32).

Jeg samlet informasjon i form av ord og ikke tall siden jeg var ute etter meningene til informantene (Jacobsen 2015). Ordet kvalitativ viser til kvalitetene eller egenskapene/karaktertrekkene ved sosiale fenomener (Thagaard 2013). Hva kjennetegner hverdagen til avdelingssykepleiere på sykehjem/helsehus? «Vi kan bruke kvalitative metoder til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker og forventninger, motiver og holdninger» (Malterud 2011:27).

3.3 Utvalg

Avgjørende for antall, valg av kriterier og rekrutteringsmåte er hva som er mest hensiktsmessig i forhold til problemstillingen. Problemstillingen min avgrenser tydelig hvem jeg skal innhente data fra. Siden det er mennesker det handler om må informasjonsmengden jeg får ut av intervjuene avgjøre hvor mange jeg skal intervjue. Jeg ønsket å intervjue seks avdelingssykepleiere, både fra langtidsavdelinger og korttidsavdelinger, og gjerne noen med erfaring både fra før og etter implementeringen av samhandlingsreformen, dette for å få bredde i data. Antallet informanter hadde med tidsperspektivet å gjøre da transkribering i etterkant av intervjuene er tidkrevende. Jeg valgte å ikke intervjue noen fra mitt eget

arbeidssted. Hovedgrunnen til det er mine forutinntatte holdninger som kanskje ville overskygge og medføre at jeg registrerte det jeg forventet å se. Andre grunner er vanskeligheter med å holde avstand til fakta, jeg kunne muligens blitt møtt med mistenksomhet og kunne stått i fare for å automatisk legge bånd på meg f. eks i forhold til kritikk. Jeg tenkte først å bruke snøballmetoden for å rekruttere og spurte engasjerte kollegaer om de kjente noen aktuelle, men fikk liten respons. Deretter sendte jeg ut mail til diverse sykehjem/helsehus og fikk raskt kontakt med mange interesserte. Jeg måtte ut fra en vurdering av hva jeg vurderte som hensiktsmessig antall takke nei til to interesserte (Johannessen m.fl. 2015). I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en delvis strukturert intervjuguide (vedlegg nr. 2) for å opprettholde en viss struktur under intervjuet og som huskeliste til å få samtalen i gang igjen hvis det skulle skje at informantene ikke hadde så mye på hjertet eller stod fast. Jeg fikk to personer med god kjennskap til og interesse for faget og problemstillingen til å lese intervjuguiden og gi meg tilbakemelding. De ga meg gode tilbakemeldinger på at spørsmålene var gode før jeg sendte intervjuguiden til informantene. Informantene fikk den tilsendt på mail i forkant slik at de hadde mulighet til å forberede seg. Jeg forespeilet informantene at intervjuet kom til å ta ca. en time, noe vi fikk til. Jeg valgte dette tidsperspektivet for å få tak i informanter, da jeg vet at de har stort arbeidspress. Utvalget ble slik jeg ønsket, totalt seks avdelingssykepleiere; to fra langtidsavdelinger og fire fra korttidsavdelinger/helsehus. De er alle kvinner, helt tilfeldig, jeg tok kontakt med dem etterhvert som de meldte sin interesse for å bli med. Fire av dem innenfor Oslo, to utenfor. De har vært avdelingssykepleiere fra 1,5 til opp mot 20 år, men ikke på samme sted hele tiden. Alle har grunnutdanning som sykepleiere, to manglet lederutdanning. Med andre ord har informantene et bredt erfaringsgrunnlag til å kunne belyse problemstillingen. Aldersspennet på informantene er fra 30 til 58 år.

3.4 Intervjuene

Et intervju blir av Kvale og Brinkmann (2009:22) definert slik: «en utveksling av synspunkter mellom to personer i samtale om et tema som opptar dem begge». Selv om tall også kan gi mening valgte jeg å foreta semistrukturerte intervju, altså åpne spørsmål, som intervjuguiden strukturerte (Jacobsen 2015). «Intervjuer er den mest brukte måte å samle inn kvalitative data på» (Johannessen m.fl. 2015:135). Grunnen til at jeg valgte å intervjue var fordi jeg ønsket å gå i dybden og få frem nyansene rundt temaet (Johannessen m.fl. 2015). Ved hjelp av denne

metoden får jeg frem informantenes subjektive oppfatninger omkring denne masteroppgavens problemstilling. Samtlige intervjuer ble gjennomført i løpet av november – desember 2016. Etter at intervjuene var avholdt vurderte jeg det slik at de ga et godt grunnlag for å skrive oppgaven. Jeg startet med å spørre dem om det var noe de lurte på før jeg slo på båndopptakeren, kjønn og alder ble skrevet ned for hånd. Jeg oppfattet at de syntes det var et spennende tema, de var engasjerte og hadde mye på hjertet. Jeg brukte intervjuguiden som en mal, men lot informantene starte. Dette for å øke gyldigheten av dataene. Jeg forsøkte også å stille så åpne spørsmål som mulig, men å få til en god dialog er vanskelig når man ikke kjenner hverandre fra før og det er varierende hvor raskt man tør opp.

3.5 Forskningsetikk

Det finnes egne forskningsetiske retningslinjer som man som forsker må forholde seg til. «All virksomhet som får konsekvenser for andre mennesker, må bedømmes ut fra etiske standarder» (Johannessen m.fl. 2015:89). Jeg har vurdert forskningsprosjektet mitt dithen at det ikke bryter med regler i forhold til etiske hensyn. Jeg har brukt forskningsetisk sjekkliste (etikkom.no). Som intervjuer kan jeg komme til å være i en maktposisjon og informantenes integritet må respekteres. Det er en kunst å få til å skape rom for en fri og trygg samtale. I utgangspunktet skal all forskning være åpen og resultatene kan bli overraskende. Forholdet mellom forsker og informanter i denne studien er ikke skadelig slik som f.eks. i medisinsk forskning. Etiske dilemmaer har sjelden klare svar, men med en konsekvensetisk synsvinkel må man hele tiden veie gevinstene man kan oppnå opp mot ulempene informantene kan oppleve. Informantene mine har krav på å bli gjengitt korrekt. Jeg har valgt mange sitater og har på den måten prøvd å få frem informantenes stemme i beskrivelsen av funn mens drøftingen er min fortolkning. Krav om konfidensialitet betyr at personopplysninger ikke blir spredt og at man hindrer at andre kan identifisere enkeltpersoner. Det er viktig å etterstrebe slik diskresjon for å kunne opprettholde tillit (Jacobsen 2015).

Informert samtykke

Informert samtykke betyr frivillig deltakelse og at informantene vet hvilke farer/gevinster deltakelsen vil medføre. Jeg sendte ut informasjonsbrevet (vedlegg nr.1) sammen med forespørselen om å delta på mail. De som var interessert tok selv kontakt slik at det ikke på noen måte ble tvang. I og med at jeg sendte ut intervjuguiden med spørsmålene jeg skulle

stille på forhånd så visste de hva de kom til å bli spurt om og ingenting ble overlatt til tilfeldighetene.

Anonymisering/konfidensialitet

Jeg reflekterte over temaene jeg snakket med informantene om slik at de ikke skulle bli for nærgående/intime. Jeg forsøkte å vise respekt og være obs på eventuelle reaksjoner slik at de skulle føle seg ivaretatt og ikke dummet ut. Personopplysningene dvs. opplysninger som gjør informanten gjenkjennbar er meldepliktige. Disse opplysningene ble anonymisert og alle data jeg samlet inn slettes ved ferdig sensurert oppgave medio juni 2017. Ingen skal kunne bli gjenkjent og jeg forsikret informantene om at jeg etter beste evne skulle prøve å verne om deres liv, helse og rykte. En av informantene måtte jeg forsikre en ekstra gang om at jeg skulle anonymisere slik at hun ikke kunne bli gjenkjent før hun fortsatte å fortelle om noe hun oppfattet som ømtålig. Sensitive opplysninger er i tillegg konsesjonspliktige. Min undersøkelse utløste ikke meldeplikt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) ifølge testen på nettsiden deres (nsd.uib.no). Svaret jeg fikk var at jeg ikke trengte å melde inn prosjektet mitt fordi jeg oppbevarte lydopptakene fra intervjuene i et låst skap og jeg slettet de etter transkriberingen. Kjønn, alder, navn og kontaktinformasjon skrev jeg ned for hånd og låste ned sammen med lydopptakene. Jeg slettet mail jeg fikk fra informantene med en gang. Informantene stod under hele prosessen fritt til å velge selv om de ville svare på spørsmålene mine og evt. avbryte intervjuet. Oppgaven ble til slutt lagret elektronisk på låst pc (Johannessen m.fl. 2015).

3.6 Hermeneutisk fenomenologisk analyse

Jeg skal i dette avsnittet gjøre rede for hvordan jeg foretok analysen av datamaterialet mitt. Formålet med fenomenologisk analyse er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden. Jeg støtter meg til Malterud (2011) sin systematiske tekstkondensering, en tverrgående analyse hvor jeg sammenfatter data fra informantene mine. Denne analysemåten består av fire trinn: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannende enheter: skille relevant tekst fra irrelevant, linje for linje, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannede enhetene og 4) å sammenfatte betydningen i dette: lage en analytisk tekst for hver kodegruppe. Koding er når de meningsbærende enhetene systematiseres Malterud (2011).

«I kvalitative studier krever idealene om helhetstenkning at forskeren viser lojalitet til informantenes opprinnelige utsagn og meninger» (Malterud 2011:93). Intervjuene ble transkribert ordrett, jeg gjorde dette selv for ikke å gå glipp av å få med meg helheten, muligheten for å se mønstre og ha en viss nærhet til stoffet. Malterud (2011) kaller dette for rådata. Når alle intervjuene var ferdig nedskrevet leste jeg igjennom hvert intervju og skrev samlebetegnelser i margen, min måte å filtrere på, for å redusere mengden og streket under det jeg oppfattet som viktige hovedpunkter på bakgrunn av problemstillingen og forskningsspørsmålene mine. «Det er altså ikke noe mål å holde fast ved den opprinnelige formuleringen» (Malterud 2011:92). Jeg prøvde også å ha i bakhodet at min forforståelse og sykepleierbakgrunn ikke skulle stå i veien for materialet, samtidig som det er viktig for meg å gjøre leseren oppmerksom på mitt perspektiv på funnene. Rent praktisk brukte jeg pc og skrev gjentatte utkast for meg selv for å få klarhet i funnene. Videre bruker Malterud (2011) begrepet dekontekstualisering, som betyr å trekke ut deler av stoffet og se nærmere på det sammen med andre deler som sier noe om det samme. Rekontekstualisering innebærer å sørge for at det man har lest ut av det dekontekstualiserte stoffet fortsatt stemmer overens med den sammenhengen det ble hentet ut av. Mine kategorier ble: manglende delaktighet i planleggingsfasen av samhandlingsreformen, flere oppgaver og krav, trangere økonomi, mangel på kompetente ansatte, kommunikasjonsproblemer/-svikt, systemsvakheter og verdikollisjoner.

3.7 Metoderefleksjon

Å intervjue er en personlig setting og det er viktig å tenke over at man i en slik situasjon påvirkes av hverandre ved ens tilstedeværelse. Jeg prøvde å sitte tilbakelent og lytte og skrev ikke mens informantene snakket siden jeg hadde digital båndopptaker, det hjalp meg til å lytte konsentrert og jeg hadde mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål ved uklarheter. «Med gyldighet og relevans mener vi at den empirien vi samler inn, faktisk gir svar på det eller de spørsmålene vi har stilt» (Jacobsen 2015:17).

Reliabilitet

«Empirien må være pålitelig og troverdig» (Jacobsen 2015:16). Målet er at kildene er så pålitelige som mulig, at de er til å stole på (Everett og Furseth 2012). Kunne en annen forsker fått de samme resultatene som meg ved å bruke samme opplegg? Jeg stilte de samme

spørsmålene til alle informantene og intervjuguiden (vedlegg nr. 2) min kunne en annen forsker benyttet. Jeg har forsøkt å gjengi informantene mest mulig korrekt og gitt en klar beskrivelse av metoden jeg har brukt. En annen forsker ville tolket ut ifra sin bakgrunn, uten at det nødvendigvis hadde medført et annet resultat. Det er dette som kjennetegner den kvalitative metoden. «Ingen andre har samme erfaringsbakgrunn som forskeren, og ingen andre kan derfor tolke på samme måte» (Johannessen m.fl. 2010:229). Troverdigheten styrkes ved å presisere og tydeliggjøre prosessene underveis fra datainnsamling til analyse og hvordan jeg har tolket resultatene (Thagaard 2013). Jeg har beskrevet valgene jeg har tatt i forhold til fremgangsmåte og funn, og gjort rede for konteksten (Johannessen m.fl. 2015). Jeg bruker meg selv som instrument med min erfaringsbakgrunn og ingen andre kan tolke på akkurat samme måte som meg. Jeg oppfattet informantene som ærlige og åpne og jeg ble godt tatt imot. At det var jeg selv som transkriberte intervjuene er en styrke i tråd med Malterud (2011) som ser det som en fordel. Å formidle resultatene til informantene er styrkende for troverdigheten. Under intervjuene ble jeg automatisk en observatør og hadde mulighet til å notere f.eks. ansiktsuttrykk eller at informanten vred på seg, noe som kan være både nyttig, men også utleverende.

Validitet

«Empirien må være gyldig og relevant (valid)» (Jacobsen 2015:16). «Intern gyldighet går på hvorvidt vi har dekning for våre data (empiri) for de konklusjoner vi trekker» (Jacobsen 2015:17). Informantene skal kunne kjenne seg igjen i beskrivelsene. «Ekstern gyldighet og relevans går på om resultater fra et avgrenset område -f.eks. en organisasjon på ett gitt tidspunkt- er gyldige også i andre sammenhenger (f.eks. i andre organisasjoner)» (ibid). Hensikten med min studie var å belyse hvorvidt avdelingssykepleierne mestrer lederhverdagen på sykehjem/helsehus. Siden jeg bruker en kvalitativ metode og jeg gjør en liten studie med bare seks informanter innenfor et avgrenset område, kan jeg ikke generalisere funnene, men de gir en pekepinn på hva som evt. kan studeres videre, muligens i en kvantitativ undersøkelse.

Styrker og svakheter ved metoden

Kvalitativ metode gir fleksibilitet og åpenhet til å endre problemstillingen underveis (Johannessen m.fl. 2015). Relasjonen mellom meg og informantene er avgjørende for kvaliteten på materialet (Thaagaard 2013). I og med at det var første gang jeg har gjort en slik

intervjuundersøkelse regner jeg meg selv som en novise i den sammenhengen. Utover i intervjurekken ble jeg mer sikker på spørsmålene og slappet mer av og var f.eks. ikke så opptatt av hvor vi var i intervjuguiden, men mot slutten sjekket jeg opp om vi hadde vært innom alle spørsmålene. Det samme gjaldt transkripsjonsprosessen, som gikk lettere for hvert intervju. Fordelen med lydopptak er at tonefall og pauser blir registrert (Johannessen m.fl. 2015). Jeg valgte å ikke studere egen organisasjon for pga. nærheten til stoffet og konteksten fordi man kan man lett bli «blind» som vanskeliggjør en kritisk refleksjon (Malterud 2011). Hvis jeg likevel hadde valgt å intervjue noen fra eget arbeidssted hadde jeg kunnet spisse spørsmålene siden jeg kjenner til kulturen og hvilke områder som kanskje er spesielt svake. Men det er ikke sikkert jeg hadde fått de svarene jeg ønsket likevel fordi det kan bli *for* nært. Jeg kunne kanskje også blitt oppfattet som brysom og det kunne vært «vanskelig å se skogen for bare trær». Det å tolke dataene fra eget arbeidssted i etterkant kunne bydd på problemer fordi man er så forutinntatt og det kunne ha blitt vanskelig å skrive sannheten i frykt for konflikter i ettertid. Alt i alt tror jeg det for meg ville vært mer ødeleggende enn nyttig å intervjue kollegaer. Jeg tror jeg personlig også slappet mer av ved å prate med «ukjente» informanter (Nielsen og Repstad 2004).

Kvalitative eller bløte data er lite presise og kan tolkes på mange måter, noe som kan svekke reliabiliteten (Winter 1988). Intervjuer og analysen av dataene var tidkrevende og det er kun tid til et fåtall informanter som gjør det vanskelig å generalisere. Nærheten i intervjusituasjonen kan føre til at man lett mister evnen til kritisk refleksjon og man kan se og høre det man er ute etter, ofte ubevisst. Hvor dypt man kommer avhenger også av om informantens grad av åpenhet og opplevelse av trygghet (Jacobsen 2015). I og med at jeg sendte ut intervjuguiden på forhånd kunne det være en fare for at informantene tilpasset svarene sine som igjen kanskje kan gi falske resultater. Når det gjelder utvalg av informanter valgte jeg de som stilte frivillig opp, det kan tolkes dithen at jeg fikk frem stemmen til de med overskudd og det kan være en svakhet ved at stemmen til avdelingssykepleierne som stresser mest mangler. Det er også en svakhet med studien min at jeg ikke har benyttet engelsk litteratur.

4.0 Presentasjon av funn

Jeg skal i dette kapitlet fremstille hvilke utfordringer avdelingssykepleierne så på som de største i forhold til samhandlingsreformen. I den videre fremstillingen viser jeg hva som driver avdelingssykepleierne til å føle mestring i sin rolle. Alle la vekt på sin sykepleierbakgrunn og da spesielt hensynet til kvalitet og kompetanse. Det var enstemmig enighet om at utfordringene har økt som følge av innføringen av samhandlingsreformen. De uttrykte alle også å ha et godt forhold til sin nærmeste overordnede. Det var klare forskjeller på de ulike stedene hvor forberedt de var. Jeg starter derfor med å legge frem utfordringer knyttet til samhandlingsreformen.

4.1 Utfordringer i direkte tilknytning til samhandlingsreformen

Informantene ga uttrykk for ulike utfordringer de opplevde da samhandlingsreformen ble innført. Utfordringene var knyttet til opplevelse av delaktighet i planleggingen, endrede og flere oppgaver og derav økende ansvarsbelastninger, trangere økonomi pga. manglende finansiering, mangel på kompetente ansatte og kommunikasjonssvikt/-problemer i ulike retninger.

Manglende delaktighet i planleggingsfasen av samhandlingsreformen

Informantene ga på ulike måter uttrykk for at de i liten grad var med på planene ved innføring av samhandlingsreformen. Ett utsagn som illustrerer dette er: «Vi var ikke klar over hva vi skulle få, over natta så vi at pasientgruppen endret seg drastisk». Deltakerne uttrykte også at det var utfordrende å skulle ta imot dårlige kreftpasienter og nyopererte bruddpasienter som det verken var kompetanse eller utstyr til å ta seg av. De var heller ikke med i planene når det gjaldt økonomi. Kun ett sted var de forberedt. Noen utsagn som beskriver dette er:

> Samhandlingsreformen var ikke godt nok planlagt og gjennomtenkt og en *for* stor prosess og jeg tenker at vi skulle vært mer involvert, vi var så uforberedt, vi fikk bare et skriv om at nå i 2012 kommer samhandlingsreformen.
>
> Hvis man bare kunne fått mer tid til å forberede seg, bl.a. gjøre om stillinger *før* pasienten kom og bli litt mer mentalt forberedt på hvilke pasienter man kunne forvente og lagd noen rutiner i forkant.

Flere oppgaver og krav

Avdelingssykepleierne har det faglige, overordnede ansvaret for pasientene og informantene påpeker at kravene til dokumentasjon og kompetanse har økt: «De ansatte klager på at de har for liten tid, særlig til dokumentasjon» og «De sykepleiefaglige arbeidsoppgavene økte betraktelig». Det som utmerker seg er hvor stort ansvarsområde informantene har, med personalansvar for opp mot 76 ansatte og det faglige overordnede ansvaret for i overkant av 20 pasienter. I tillegg er det økonomiske mye i fokus. På helsehus har avdelingssykepleierne en assisterende som de kan delegere oppgaver til. Et utsagn som understøtter dette er: «Etter at samhandlingsreformen kom har det blitt kanskje tredobbelt med arbeidsoppgaver og altfor mange krav». Dette viser at samhandlingsreformen har ført til *flere* oppgaver. En annen informant nevnte også at det er *andre* oppgaver nå enn tidligere: «Der jeg var før hadde vi mye mer støtte i forhold til kontorarbeid». Kanskje fokuset blir mer på den administrative delen og mindre tid til ledelse noe dette sitatet sier noe om. Altså blir det viktig med endringsvillighet/vilje, man må like at ting endrer seg. Endringene ble sett på som lite gjennomtenkte før igangsettelsen og måten de ble håndtert på ovenfra ble påpekt. Endringer ble på mange måter tredd ned over hodet på dem. Økte krav ovenfra fører også til større ansvar slik følgende utsagn viser: «Kravene i forhold til korttidsavdeling har blitt flere, høyere krav til kvalitet og faglig oppfølging hvor min oppgave har vært å endre de ansattes holdning». Dette er utsagn fra en leder for en tidligere langtidsavdeling som ble gjort om til korttidsavdeling. Videre sier hun: «Ansatte har mistet motivasjon oppi dette fordi de har blitt slitt ut og ikke følt seg ivaretatt, det har vært sprik mellom ledelsen og de ansatte». Å ikke bli ivaretatt sier noe om det verdimessige i endringsprosessen og dette viser også hvor involvert avdelingssykepleieren blir og hvor nært de ansatte de jobber og at personalledelse blir nedprioritert til fordel for økte krav.

«Det å få med seg de ansatte hele veien i endringsprosesser og samtidig ivareta dem er en tung prosess, men jeg har lært veldig mye av det». Informantene føler denne belastningen/tyngden på kroppen i og med at det er menneskers ve og vel som er hovedoppgaven i lederhverdag deres: «Hvis pasientene ikke får det de har krav på er det tyngste ved jobben». Hun som nevnte dette bar tydelig preg av at dette var noe som berørte henne stort. Hun viser med dette utsagnet at hun følte på ansvaret for pasientene. «Balanse mellom faglig ansvar for drifta pluss personalansvar, må gå hånd i hånd». Mens en annen sier: «Jeg jobber ikke mye overtid». Dette sier også noe om at det er variasjoner i hva de oppfatter som tungt/belastende. «Jeg får ikke sove godt om natta om en pasient ikke har blitt behandlet riktig». En informant brukte ryggsekk som metafor arbeidstyngde og at hun kan gjenvinne

energi med å ikke ta med seg jobben hjem: «Jeg tar av meg ryggsekken når jeg går og så tar jeg den på igjen når jeg kommer tilbake».

Trangere økonomi

«Midlene gikk til kommunen, men sykehjemmene fikk ingenting, det var Bestiller-kontorene som fikk pengene». Flere av informantene snakker om rammene så det er tydelig at økonomi er styrende. To sitater som sier veldig mye om hvor stort fokuset på økonomi er: «Det er alltid et spørsmål om hvordan vi bruker penger, vi blir målt på resultat» og «Vi blir pesa på å holde budsjettene våre». Flere påpeker at de får direktiver om at det må spares penger: «Det er jo innsparinger hele tiden». «Man kutter der som det er minst å ta av, f.eks. er aktivitøren borte noe som går på bekostning av det sosiale for pasientene». Muligheten for å kunne leie inn ekstra personell ser ut til å variere fra sted til sted, men man skal ha gode argumenter og må svare for pengebruken sin: «Vi leier inn ekstra folk og deler kostnaden med bydelen» (helsehus). En av informantene sier noe om at kuttene faktisk går utover kvaliteten: «Vi har mye kurs, men det er ikke lagt inn penger til det, så de dagene det er kurs går det ut over kvaliteten, men på lang sikt vil det bli bra».

Mangel på kompetente ansatte

«Avdelingen har blitt tyngre, noe som øker behovet for kompetanse. «Ikke hadde vi nok bemanning eller sykepleierdekning». «Det som er et problem er at pleiefaktoren, det antall pasienter hver pleier har ansvar for, ikke har blitt oppdatert etter at samhandlingsreformen kom». «Måtte skynde oss å bygge kompetanse». «Sykehjemmene var ikke klare, kompetansen var ikke på plass». En av informantene kom med et konkret eksempel på et kriterium etter at samhandlingsreformen ble innført om at det skulle være en (1) sykepleier på vakt: «En sykepleier er ikke nok når du f.eks. skal ta imot en pasient som er hofteoperert samme dag». Dette ble sagt på en oppgitt og hoderystende måte og viser at sammenhengen og kommunikasjonen mellom de med beslutningsmakt og utførere er lite tilfredsstillende. «Det var først når vi nærmet oss 2014 at vi begynte å få litt stabilitet og orden på avdelingen, med bl.a. sykepleier på alle vaktene». Følgende utsagn forteller noe om at kompetansekravene muligens skulle vært høyere og at det skulle vært mer attraktivt å jobbe på sykehjem/helsehus: «Selv om man er lege eller sykepleier så skal man ha litt akuttmedisinsk innsikt for å jobbe her (helsehus)». «Som sykepleier her så har du ganske mye ansvar, du står alene». Det ble bemerket at mange av deres ansatte sykepleiere føler seg alene på vakt. At kompetansen ikke

var på plass ble spesielt påpekt: «Jeg tror ikke jeg kan svare ja på at vi har nok kompetanse, jeg tror det er et faresignal hvis vi setter oss tilbake og sier at nei, vi har det bra». På helsehus blir alle hjelpepleierstillinger omgjort til sykepleierstillinger og de bruker ikke ufaglærte. Ekstravaktene må også være faglærte eller være i et utdanningsløp, f.eks. sykepleierstudenter.

Kommunikasjonsproblemer/-svikt

Det kom også fram at kommunikasjonsproblemer/-svikt var utfordrende. Noen sitater som viser dette er: «Endringer plager meg ikke, det som plager meg er at det ikke er *bedre* endringer, at man ikke tar seg tid til å planlegge og sette seg ned og rådføre seg med folk som kan». «Vi sitter jo ikke med så mye makt i posisjonen som førstelinjeleder, vi må jo på en måte bringe alt videre og så er det jo noe med å få forståelsen fra ledelsen». «Ingen sa noe for de var redde for å miste stillingen sin og dette gikk ut over pasientene og pasientsikkerheten».

Systemsvakheter

Flere av informantene hadde mye å si om hvordan de hadde opplevd innføringen av samhandlingsreformen, men hadde også gode forslag til hvordan de mente håndteringen burde vært gjennomført.

> Det at Bestillerkontoret bestemmer plassene, det er de som skriver vedtakene til pasientene, fører svært ofte til at pårørende klager til oss, vi blir syndebukkene for det er vi som «kaster dem ut» av helsehuset.

«Samhandlingsreformen er for meg en ugjennomtenkt reform, for det skjer aldri noen evaluering på det man har hatt tidligere». «Opprettelsen av helsehus var en pålagt, svær omorganisering, men prosessen var kjempedårlig, med store økonomiske tap». «Avdelingen er tilfeldig dannet med ansatte fra flere sykehjem og jeg var ikke med på ansettelser. Jeg måtte jobbe et helt år for at vi skulle bli ett» (helsehus). Den ene informanten går så langt som å si at *ingen* var forberedt på samhandlingsreformen.

> Jeg har en liten anelse om at hjelpepleierne føler at ting er blitt mer komplisert for de er også oppi veldig kompliserte situasjoner og det er synd at de kursene som arrangeres i stor grad er for sykepleierne.

4.2 Andre ledelsesutfordringer som påvirker mestringsfølelsen

Informantene fortalte om utfordringer knyttet til selve mellomlederrollen, pårørendearbeid, verdikollisjoner og kvalitet/forsvarlighet som ble forsterket pga. de direkte utfordringene av samhandlingsreformen og derfor påvirket følelsen av mestring.

Mellomlederrollen

«Jeg må ha med meg selv inn i lederrollen, men jeg kan ikke ta for stor del av den, jeg må ikle meg en rolle». Rollen som avdelingssykepleier er en fargerik, men viktig rolle på avdelingen. En av informantene brukte metaforen blekksprut om sin rolle. «Scenariet er så stort og utflytende» sa en annen. «Det er lett å bli pressa som mellomleder, men vi må være modige og sette foten ned». Utsagnene gir et bilde av virkeligheten som viser at man må være robust. Dette sitatet sier mye både om mellomlederens skvis-situasjon og at rollen er viktig for kvaliteten: «Hvis du ikke er en leder som brenner for faget ditt og som legger sjela di for å gjøre en bra jobb, så er jeg ganske sikker på at pasientene ikke får det de har krav på». Innimellom hender det at avdelingssykepleierne selv må ut å jobbe blant pasientene pga. tidspress. De ansattes behov for feedback opplevdes ulikt: «Noen syns dem får for lite positiv tilbakemelding mens andre har en sånn indre drivkraft som gjør at dem kan gå et halvt år med en klapp på skuldra» og «Jeg har måttet lært meg å til å gi tilbakemelding oftere enn det som kanskje er naturlig for meg».

Følgende sitat viser at rollen kan føles vanskelig og sier mye om lojalitet og andre verdikollisjoner:

> Vi har ukentlig etisk møte hvor vi tar opp ulike ting og da kommer ofte verdier opp, problemet er at de ansatte kommer med spørsmål om hvilke verdier ledelsen har og da blir jeg litt satt ut og føler meg mellom, for man skal jo være lojal samtidig som jeg innerst inne er litt enig med dem noen ganger, men det kan jeg jo ikke si for jeg skal jo motivere dem, så det å være førstelinjeleder er ikke lett.

Verdikollisjoner

Det påvirker avdelingssykepleierne at de ansatte står oppi vanskelige, verdimessige utfordringer. Følgende sitat sier noe om dette: «Vi hadde terminale, i livets sluttfase, kreftpasienter som vi ikke hadde kapasitet til å følge opp tilstrekkelig».

Pårørende

Vanskelige saker som personalet står i, særlig i forhold til pårørende, er det flere av informantene som nevnte at de må gå inn i, noe de syns er utfordrende. «Det er en trend i tida at pårørende stiller større krav og forventninger, men vi bruker mye tid på å se pårørende som en ressurs og ikke som en klamp om foten». «Vi har fått klager som vi virkelig har måttet ta fatt i». For å forebygge «problemer» med pårørende som kanskje har høyere forventninger enn hva som er mulig å få til sa en informant følgende: «Viktig at vi er flinke til å være tydelige på hva vi kan levere innenfor de rammene vi har». Mens en annen sa følgende: «Pårørende stiller altfor lite krav, det er sånn vi kan bli bedre».

Kvalitet og forsvarlighet

Avdelingssykepleierne har som nevnt det faglige overordnede ansvaret på sin avdeling. Det er bl.a. et omfattende lovverk knyttet til dette ansvaret. På spørsmål om hva informantene betegner som god kvalitet fikk jeg bl.a. følgende svar: «Vi skal jobbe så bra her at vi kan ha enten mor eller far her». «Kvalitet er tilfredsstilte pasienter, som har fått den hjelpen de har krav på». Informantene pekte på, var opptatt av og meget klare over sitt faglige ansvar for forsvarligheten på sine respektive avdelinger. De fortalte at det sjelden var tid til å dekke mer enn det mest nødvendige og pasientenes sosiale behov ble ofte skadelidende. Ett sted hadde de startet opp med risikotavle for å synliggjøre arbeidsoppgavene og forhindre at viktige ting ble glemt.

> I startfasen av samhandlingsreformen var det en veldig, veldig svak faglig forsvarlighet, det så vi i form av de mange klagene vi fikk, stort sett fra pårørende som klagde på vegne av pasientene.

Forskjell på ukedager og helger: «Jeg ser jo at helgene er veldig, veldig svake fordi det er minimal bemanning og mange ekstravakter som ofte ikke er kjente, så det er sårbart».

4.3 Hva gir mestringsfølelse?

Informantene har ulike grunner til sin mestringsfølelse. En hadde erfaring fra et mer mannsdominert yrke. En av deltakerne sa: «Jeg tror jeg har en av-og-på-bryter og så må man forsømme i riktig rekkefølge». «Å få hele avdelingen til å gå rundt, det er veldig mye som

skal til, det er en mestringsfølelse å få en korttidsavdeling til å fungere optimalt». En mente at tidligere arbeidserfaring/utdanning virket inn:

> Jeg tror det har hjulpet meg som leder at jeg startet innen psykiatrien, der lærte jeg meg å ha gode rutiner, rammer, ble god til å planlegge og lærte om gruppedynamikk, tverrfaglighet og om meg selv.

«Det å ha lederutdannelse har gitt meg mer innsikt og arbeidsrepertoar til å finne andre løsninger på ting og gjøre ting annerledes».

Egenskaper som bidrag til mestringsfølelse

Etterhvert som jeg gjennomførte intervjuene fikk jeg et større og større innblikk i hvilke egenskaper informantene hadde for å kunne trives i den komplekse rollen som avdelingssykepleier. Følgende sitat sier ganske mye om kompleksiteten: «Jeg er knallgod til å konsentrere meg i alt mulig bråk». *Å løfte blikket* ble poengtert og som handler om å kunne se helheten. *Stor arbeidskapasitet og endringsvilje* utmerket seg også noe dette sitatet bekrefter: «Jeg elsker endring, når det blåser som mest er jeg på mitt beste, da kan jeg finne løsninger, så lenge du finner *mening* i det». Informantene viste egeninnsikt: og «Jeg har en sånn *indre drivkraft*, jeg har *lett for å nullstille meg* og så er jeg nok *sta*» sa en annen. De fortalte også at de er *nøye, systematiske, rettferdige, trygge og tydelige*. Man må *like uforutsigbarhet*: «Det er jo det som er gøy da at du aldri vet hva du kommer til». Følgende sitater sier indirekte at å føle mestring kan være vanskelig: «Jeg brukte veldig lang tid på å trives, det tok nesten to år før jeg gikk meg til i lederrollen». Mens en annen sa: «Jeg er ikke så streng mot dem som jeg er mot meg selv» som betyr at hun stiller store krav til seg selv. «Jeg er mer ydmyk nå ettersom jeg har blitt mer erfaren», dette viser at erfaring gir styrke til å føle mestring.

4.4 Ledelse som balansekunst og behov for lagspill

Informantene beskriver hvordan de må balansere mellom mange hensyn. Det handler om å kunne ha flere baller i lufta og samtidig erkjenne at man ikke kan trylle. Et hensyn var balansen mellom tillit og kontroll. Tillit tar tid å opparbeide seg og man har selvsagt ikke like god kjemi med alle. Følgende sitat er ganske dekkende: «Vi har veldig stor tillit til hverandre, men noen må kontrollere oss og sånn må det være i alle ledd og det må vi akseptere». Noen har større kontrollbehov enn andre: «Jeg må ha oversikten over hva som skjer på avdelingen»

og en annen sa: «Som leder her må jeg være overalt hele tiden». Tillit handler i bunn og grunn om å stole på hverandre slik denne informanten beskrev. «Jeg er så trygg på at beboerne blir ivaretatt selv om jeg ikke er her». Et annet hensyn var balansen mellom forsvarlighet og ønsker fra personalet: «De ansatte får alltid det de ønsker seg av ting som ikke går ut over pasientene». Avdelingssykepleierne står overfor mange forventninger som skal ivaretas og hensyn som skal tas derfor blir det vesentlig å kunne disponere tiden sin: «Noen dager er mer hektiske enn andre, men når jeg har tid og ro og prøver å utøve ledelse så går det veldig greit». Informantene tydeliggjorde for meg at for å få jobben gjort handler det om å jobbe *gjennom* og *sammen med* de ansatte:

> Vi skal nå mål, ta vare på pasientene våre, sammen som et team. Ha klare retningslinjer og klare visjoner på hvordan vi skal gjøre dette, samtidig er det viktig for meg å ta vare på de ansatte oppi dette her og motivere dem.

«For å få folk på jobb så må de trives» sa en informant. Arbeidsmiljø og trivsel kan være avgjørende for å få folk med seg, og for at de skal trives nevnte informantene bl.a. at de ansatte skal føle seg trygge og det skal være rom for å feile. En annen la vekt på styrke og profesjonalitet: «Vi må tåle de dagene som er pyton. Vi må ha så mye profesjonalitet at vi tåler å stå i det. Det er tungt for kvinner, vi vil være ultraflinke, det er min påstand». Følgende sitater viser at det er viktig både for de ansatte og lederen å få *handlingsrom* i arbeidshverdagen sin: «Jeg har fått rom for å utvikle min egen lederrolle» og

> Jeg er ikke med på alle morgenrapporter fordi jeg ikke vil at de skal føle seg styrt av meg, jeg vil gi dem handlingsrom. Jeg vil at de skal være selvstendige og ta egne vurderinger og beslutninger.

Flere av deltakerne påpekte betydningen av *tilstedeværelse*, både for å få tak i ting som ikke alltid blir kommunisert direkte og for å dempe uroligheter f.eks. etter en tøff helg. De mente at det var viktig at de fikk med seg hva som rørte seg i avdelingen siden de er ansvarlige for driften. De la også vekt på *involvering* og *åpenhet* i form av at de ansatte skal kunne komme og snakke med dem. Følgende utsagn støtter opp omkring dette: «Hvis ikke lederen er tilstede så ulmer det i avdelingen i lang, lang tid».

> Jeg prøver å være på tilbudssiden også med faglig bistand, være til støtte innimellom, det tror jeg er nødvendig så jeg ikke bare blir sett på som en som sitter og flytter papirer på kontoret.

Betydningen av *støtte* både fra kollegaer og nærmeste overordnede var også noe som kom frem. Informantene fortalte at de hadde en lydhør leder som holdt dem orientert og krevde mye, men kravene ble oppfattet som overkommelige ut ifra rammene. En annen nevnte at de snakket samme språk i overført betydning innad i ledergruppa; at de har de samme tankene rundt ting. «Å ha et støtteapparat rundt seg og etter hvert få en forståelse fra ledelsen gjorde at vi gradvis jobbet oss oppover». Å få aksept for å ha en kritisk røst i ledergruppa var det også en som sa. En klar rollefordeling mellom avdelingssykepleieren og deres nærmeste overordnede så ut til å være viktig: «Bestemt på hva som er hennes ansvar og hva som er mitt ansvar» og «Hun er der hvis jeg trenger hjelp i vanskelige situasjoner og for å stille de kritiske spørsmålene». En av deltakerne fikk følelsen av at klagesakene som kom i starten av samhandlingsreformen var avdelingens skyld: «Det tok ganske lang tid før min leder forstod situasjonen i avdelingen og det var litt frustrerende». En annen nølte på spørsmålet om forholdet til nærmeste overordnede: «Jeg vet jeg er en pest og en plage for jeg setter så mye kritisk blikk på ting». Gode kommunikasjonsferdigheter ser ut til å være viktig: «Det handler veldig mye om å snakke sammen, men vi skal si ifra på riktig måte».

> Noen ganger ser vi at det vi anser som god kvalitet syns kanskje pårørende ikke er det og da må vi sette oss ned og snakke om det og da viser de aller, aller fleste forståelse for at ikke alle krav kan innfris.

En av informantene var svært opptatt av at medarbeidersamtaler måtte gjennomføres og hun sa noe fint i den forbindelse: «Alle vet at der er det stor takhøyde for å gi og motta kritikk og vi er like gode venner når vi går ut døra etterpå. Jeg syns det er viktig at vi tør å være ærlige med hverandre». *Lojalitet* var et tema. To utsagn om lojalitet er: «Jeg er veldig lojal mot ting som er bestemt selv om jeg ikke liker det» og «Du er nødt til å være lojal og følge med på det som kommer».

5.0 Drøfting av hovedfunn

5.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg drøfte hvert av de tre forskningsspørsmålene jeg har stilt før jeg gir en oppsummerende drøfting.

Forskningsspørsmål 1: Hvordan beskrives utfordringene knyttet til samhandlingsreformen?

Utfordringene i avdelingssykepleiernes arbeidssituasjon etter innføringen av samhandlingsreformen er mange og komplekse. De beskriver følgende til dels uforenelige utfordringer; manglende delaktighet i planleggingsfasen, flere oppgaver og krav, trangere økonomi, mangel på kompetente ansatte, kommunikasjonsproblemer/-svikt, systemsvakheter og verdikollisjoner. Kompleksiteten i rollen betyr at den er mangesidig, samtidig henger utfordringene sammen. Jeg vil drøfte dem i lys av mestringsteori og teori om verdibasert og mestringsorientert ledelse.

Informantene opplevde innføringen av samhandlingsreformen som krevende fordi de ansatte ble demotiverte av blant annet å ikke vite hvilke pasienter som skulle komme. Dette viser at avdelingssykepleierne påvirkes av de ansatte som igjen påvirker mestringsfølelsen. Mine funn viste at de hadde liten påvirkningskraft når det gjaldt nye direktiver, de savnet evaluering i etterkant av igangsatte prosjekter og muligheter for å få si sin mening, særlig omkring hvilken praktisk betydning ulike prosjekter hadde medført på de enkelte stedene.

Delaktighet kan knyttes opp mot opplevelse av sammenheng (OAS) og mening. Hvis man får bestemme oppgaver, tempo og rekkefølge på arbeidsoppgavene vil det sannsynligvis medføre at det oppleves meningsfylt, fordi innflytelse bidrar til at man ønsker å bruke krefter på noe. «Når man gang på gang opplever at det er sammenheng og system på ting man ikke forstår, bidrar det til å styrke opplevelsen av begripelighet» (Antonovsky 2012:126). «Det er avgjørende for opplevelsen av håndterbarhet at erfaringene man gjør seg, er preget av en passende belastningsbalanse» (Antonovsky 2012:124). Innledningsvis beskrev jeg funnene mine som til dels uforenelige, mens Antonovsky mener man kan håndtere utfordringer når de er preget av passende belastningsbalanse. Hva som oppfattes som passende er individuelt.

Videre mener han at personer med sterk OAS har lettere for å tilpasse seg utfordringer, men tilpasningen forutsetter handlingsfrihet (Antonovsky 2012). I likhet med Antonovsky hevder Skogstad (2011) også at høye jobbkrav/utfordringer har mange positive konsekvenser så lenge arbeidstakerne opplever å kunne *påvirke* beslutninger og jobbinnhold.

I følge-med rapporten (2015) finner forskerne at tjenestene kunne vært organisert bedre, med bl.a. god, tett dialog og bred involvering og de bekrefter også, i likhet med mine funn, at samarbeidet har båret preg av varierende kvalitet. Den manglende delaktigheten mine informanter opplevde i planleggingsfasen kan da bidra til at mestringsfølelsen svekkes. Som mellomleder er man mellom barken og veden; har noe blitt besluttet må man følge opp for ikke å komme i en lojalitetsknipe. Avdelingssykepleierne skal både være tro mot ledergruppa samtidig som de ansatte stiller krav og forventninger. Rollen forutsetter dermed robusthet som jeg kommer tilbake til under personlighetens betydning for mestringsfølelsen.

Flere oppgaver og krav er en annen utfordring. En konsekvens av denne utfordringen var endring i tidsbruken; mindre tid til ledelse og mer tid til administrasjon. Informantene uttrykte at de gjerne skulle hatt tid til f.eks. medarbeidersamtaler og bruke mindre tid på kontoret. Tidligere ble kontraktskriving ivaretatt av andre, støttefunksjoner som informanten kalte det, men disse støttefunksjonene ble et offer for sparekniven. Det er et paradoks at med større utfordringer på administrasjonsfronten så tas hjelpefunksjoner bort når behovet for å bruke tiden på kvalitet blir større.

Ifølge mine informanter fra helsehus er det stort fokus på *innsparinger*. På den ene siden så kan verdier kan ses på som kroner og øre og på den andre siden som hva man står for og mener er rett eller galt og godt eller vondt. Informantene påpekte at de ikke fikk mer penger, til tross for at sykehjemmene ble pålagt å ta imot sykere og mer ressurskrevende pasienter. Dette opplevdes svært belastende for avdelingssykepleierne både fordi de manglet utstyr, men også personale til å kunne ta imot pasientene på en forsvarlig og kvalitativ god måte. I rapporten fra (Gautun 2012) står det også at tjenestelederne ikke hadde innflytelse på hvor mye de blir tilført. Informantene mine måtte på budsjettmøter svare for tallene sine, men om tallene var «røde» ble de stort sett godtatt fordi forsvarlighetsargumentet ble tatt i bruk. Dette viser at avdelingssykepleiere må ha gode kommunikasjonsferdigheter. «Noe av begrunnelsen for samhandlingsreformen finner man i slagordet: «Mer helse for hver krone»

(nettressurser.no). En slik betraktning av menneskers pleie- og omsorgsbehov viser lite respekt, og perspektivet er økonomisk med fokus på innsparinger og effektivitet. På en annen siden er det vel kanskje ikke bare økte bevilgninger som skal til for en «perfekt» hverdag for avdelingssykepleierne.

Avdelingssykepleiernes kompetanse er bare den ene siden av den totale *kompetansen* som trengs for å få en avdeling på sykehjem/helsehus til å fungere optimalt. Ingen av informantene mente de hadde nok ansatte eller god nok kompetanse, særlig var sykepleiere en for stor mangelvare til å kunne gi den forsvarlige kvaliteten på omsorg og pleie pasientene har krav på. Kompetansebegrepet i denne sammenheng på en helseinstitusjon er tosidig, på den ene siden må avdelingssykepleierne ha de kunnskapene og ferdighetene som trengs for å utføre jobben sin tilfredsstillende og for å føle mestring. På den andre siden må de ansatte som avdelingssykepleieren er satt til å lede ha de rette kvalifikasjonene. Lai (2013:11) ser på kompetanse som potensial; å være i stand til å mestre oppgaver, møte krav og oppnå definerte mål. I tillegg til kvalifikasjoner må man ha et ønske og vilje om å lære, utvikle seg og møte utfordringer. Man må ha riktige holdninger og være personlig egnet noe som særlig er viktig innenfor helse- og omsorgsyrket (Lai 2013). Et potensial betyr at kompetansen *er* der, men den må benyttes og reflekteres over. «Bare den som reflekterer over sine erfaringer utvikler kompetanse, det vil si evne til å hanskes med situasjoner lik dem han allerede har erfart» (Sällstrøm 1989:48). En måte å reflektere på er veiledning, hvor man i felleskap kan sitte sammen og diskutere saker man syns er utfordrende. Veiledningsgruppen blir da en møteplass for erfaringsutveksling sammen med andre i tilsvarende situasjon. For avdelingssykepleiere kan det å få lufte tankene sine og bli mer bevisste i en slik gruppe før beslutninger tas gi trygghet, men også være personlig og faglig utviklende. Aktuelle tema for slik verdibevisst veiledning er personlige, faglige og juridiske ansvarsspenninger, når man står i skvis mellom profesjonsverdier og verdier knyttet til bl.a. økonomi og også når man står overfor handlingsvalg om plikt og lojalitet (Vråle 2017). Kanskje særlig nyttig vil slik refleksjon være om man står i verdikollisjoner. «Verdibevissthet kan utvikles ved å sette ord på verdier, forstå sammenhenger der verdier aktualiseres og finne frem til gode og riktige løsninger» og «Verdibevissthet kan lede til og bygge opp under valg av handlingsalternativer i praksis» (Vråle 2017:15).

Sykehjem er et tilbud til eldre med *stort* behov for pleie og omsorg (oslo.kommune.no), dette krever like stort behov for kompetente ansatte. De fleste kan trolig lett forstå hvor frustrerende

det må være for avdelingssykepleiere at det i dokumenter fra sentralt hold blir beskrevet en annen virkelighet enn sånn det *egentlig* er. I Fafo-rapporten (Gautun 2012) var hovedårsakene til kompetansemangel problemer med å skaffe kvalifiserte vikarer ved sykefravær, stram økonomi og vansker med å rekruttere, altså noe som tyder på at å jobbe på bl.a. sykehjem er lite attraktivt. Sykefravær er også svært kostbart, særlig korttidsfravær. Kompetansemangel eller stadig nye ansatte å skulle forholde seg til kan være et stressmoment og henger sammen med kvalitet, dette understøttes i: «Lav bemanning, manglende kompetanse og svikt i rutiner og retningslinjer kan ha stor betydning for forsvarlig sykepleie» (nsf.no/faglig forvarlighet 2013:24) og bekreftes også i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 (lovdata.no) hvor det står: «Kommunen skal tilrettelegge tjenesten slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene». En av informantene nevnte at det tyngste med jobben var hvis pasientene ikke fikk det de hadde krav på. Altså indirekte at hun ikke hadde gjort jobben sin siden avdelingssykepleierne er faglig ansvarlige for pasientene på sin avdeling. For å ivareta den faglige forsvarligheten trengs det derfor kompetent personale. Men kompetansebygging er tidkrevende og er ikke gjort i en håndvending. Kompetanse og mestring henger også sammen slik Lai definerer begrepet; for å mestre trengs kompetanse fordi det kan bidra til å øke selvtilliten i tråd med hennes nye forskning omkring mestringsorientert ledelse. Kompetansebegrepet inneholder kunnskaper, ferdigheter og personlige ressurser Lai (2013). Kun to av mine informanter hadde formell lederutdannelse, men utdannelse alene behøver trolig heller ikke være det eneste som trengs for å føle mestring. En av informantene la vekt på lederutdannelsen sin, hun mente den var viktig for henne fordi det ga henne innsikt og repertoar til å finne løsninger, og for å kunne ta i bruk ulike strategier til de forskjellige utfordringene hun kom borti. Ifølge informantenes stillingsbeskrivelser var det krav om at den som hadde stillingen avdelingssykepleier skulle være utdannet sykepleier.

I rapporten av Gautun (2012) uttrykkes det at mye var uklart med reformen til tross for at det var brukt mange administrative ressurser på å prøve å forstå og forberede seg, noe mine funn også tilsier. Stor fysisk avstand mellom avdelingssykepleierne til det nivået der overordnede bestemmelser blir fattet, kan være en medvirkende årsak til *systemsvikt og kommunikasjonsproblemer* og bidrar til *verdimessige utfordringer.* Avstanden gjør at det de fra sentralt hold ser på som «småting», har stor praktisk betydning lokalt. Informantene hadde ingen medbestemmelse på pasientinntakene fordi det er Bestiller-kontorene som lager vedtakene for plass på helsehusene, men opplever likevel å få klagene fra pårørende. Det kan

se ut som om forvaltningskulturens språk og verdier er motstridende til sykepleiernes og profesjonskulturens. Det er heller ikke noen lett situasjon når pasientenes «skjebne» skal avgjøres på et møte med ansatte som i verste fall ikke har fått tid til å sette seg ordentlig inn i den enkelte pasient. Fra en etisk synsvinkel er det et utfordrende dilemma for avdelingssykepleiere som på den ene side må veie relasjonsetikken; hvordan de møter mennesker med etisk varsomhet og «riktig» moralsk sett, opp mot plikt – og konsekvensetikken med bl.a. lovverket som forteller hva man er pliktig til og at konsekvensene av avgjørelser vurderes ut fra hva de fører til.

Alle informantene mine var opptatt av kvalitet og pasientsikkerhet. Å ha det hengende over seg at pasientene ikke får det de har krav på kan føre til dårlig samvittighet som er hemmende for mestringsfølelsen. Emosjoner kan både tappe eller fylle energi (Skrøvset og Tiller 2011). Utfordringer i forhold til tid og kvalitet ble nevnt som et dilemma. Begrepet faglig forsvarlighet omfatter et verdigrunnlag om at man som profesjonell yrkesutøver skal gi omsorgsfull hjelp og sykepleiere må forholde seg til yrkesetiske retningslinjer (nsf.no/yrkesetiske retningslinjer).
Avdelingssykepleierne blir tvunget til å se på hva de ansatte sliter med, bl.a. det økte dokumentasjonskravet som de mente gikk ut over den direkte pasientkontakten. Ringvirkningen av dette igjen var klager både fra pasienter og pårørende som har forventninger man ikke klarer å innfri. Spesielt på helsehusene hvor det er mye inn- og utskriving av pasienter gikk dette merkbart utover mestringsfølelsen. Dilemmaet mellom å følge kommunens verdigrunnlag og personlige og profesjonsetiske verdier kan oppleves belastende. Å gå på akkord med egne verdier og det å ikke nå sine egne målsettinger kan oppleves truende og man kan miste motet og troen på egen mestring. Det er ikke sikkert at økonomene eller personer/ansatte høyere opp i systemet, klarer å sette seg inn i og forstå at det er vanskelig å skulle si til *gamle fru Hansen* på snart 90 at du må skynde deg. Å forholde seg til uverdige forhold er et annet dilemma avdelingssykepleierne kom oppi og måtte ta stilling til. Dette kan sammenlignes med hvordan Aadland (2004) beskriver verdier. På den ene siden har man de åpne verdiene og på den andre siden de løynde (skjulte). Det kan oppstå sprik mellom ord og handling. De åpne verdiene er de som står nedskrevet i verdidokumenter for organisasjonen, mens de skjulte vises i handling og holdning f.eks. skjønnsutøvelse i sykepleiefaget. Skjønnet tar utgangspunkt i en konkret situasjon og bærer ofte preg av taus kunnskap. Skjulte verdier er basert på følelser. Et eks. er at hvis avdelingssykepleieren kommer opp i en vanskelig situasjon med en pårørende som klager, bør verdigrunnlaget

stemme overens med hennes personlige og faglige verdier. Dette er i tråd med Busch (2012) som hevder at det må være mulig å utøve en atferd som er i tråd med egne verdier ellers blir både motivasjonen og tilhørigheten til arbeidsstedet svekket, som igjen fører til nedsatt mestringsfølelse. Videre sier Busch at for å kunne gjennomføre og sette ut i live overordnede beslutninger må man selv ha tro på at det er mulig, gjennomførbart og ikke gå på kompromiss med eget verdigrunnlag og ståsted, ellers blir det vanskelig å være leder. Men på en annen side er verdikonflikter er en del av hverdagen og noe man må akseptere. Motstridende verdier kan også være positivt ved at ansatte må argumentere for sin mening av ulike verdier, som fremmer læring og større verdibevissthet. For å unngå konflikt må lederen sette av tid til diskusjon omkring verdier og gå foran og argumentere for at man skal vise respekt for hverandres synspunkter (Busch 2012). I dilemmaer slår profesjonsverdiene gjennom som viktigere enn de overordnede lederverdiene. For at man skal kunne respektere og ha toleranse for hverandres meninger mener Busch at det er en fordel at man kjenner hverandre godt. Et lederverktøy blir da å tilrettelegge for å bygge sterke relasjoner i ansattgruppa for å skape det helhetlige samholdet mellom leder og personalet.

Mine informanter beskrev både kompetansemangel og at avdelingen de skulle lede var tilfeldig satt sammen av personale fra andre steder. Dette kan medføre at mestring i lederrollen kan oppleves enda mer krevende.
Utfordringene mine informanter står i sammenfaller i stor grad med forskningen til Telemarksforskning (2015), det eneste som er forskjellig er at i min studie vurderte avdelingssykepleierne situasjonen på lik linje med de ansatte. Derfor lurer jeg på hvilke ledere Telemarksforskning sikter til. Om de mener den administrative ledelsen som befinner seg over avdelingssykepleierne stemmer dette punktet også med mine informanters utsagn.

Forskningsspørsmål 2: Hva bidrar til mestringsfølelse knyttet til utfordringene ved innføringen av samhandlingsreformen?

Jeg lagde en modell (Fig.1) med hva som gir mestringsfølelse på bakgrunn av de svarene jeg fikk fra informantene:

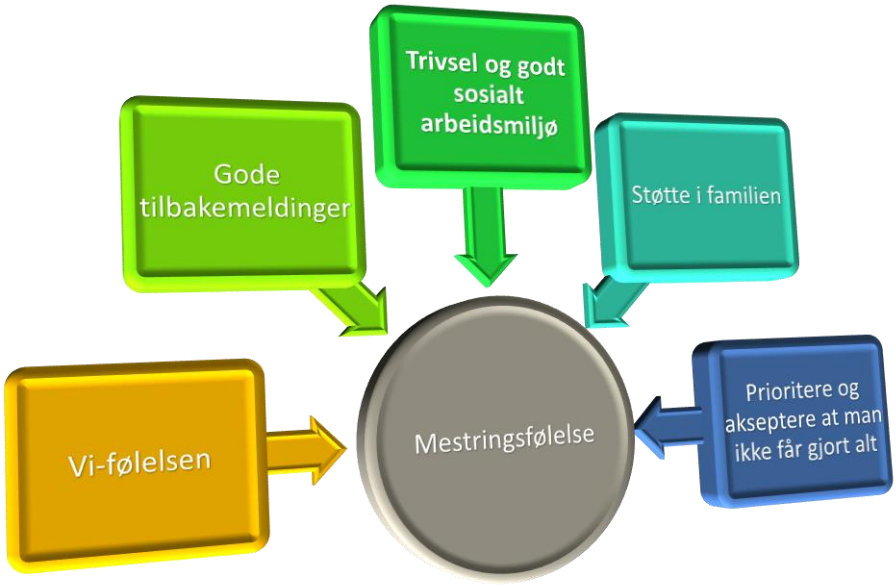

Fig.1

Slik jeg har synliggjort i modellen (Fig.1) er det flere ting informantene mine trekker frem som er med på å gi dem mestringsfølelse. Det handler i hovedsak om å finne mening med arbeidet og endringene, og ha selvtillit til at man skal klare det i tråd med Antonovsky's teori om forståelighet, meningsfullhet og håndterbarhet. Å se sammenheng og mening er med på å gi retning og handlingsgrunnlag (Brask 2006).

Vi-følelsen, *trivsel* og *godt sosialt arbeidsmiljø* henger sammen og er viktige forutsetninger for at avdelingssykepleieren skal kunne utøve ledelse. Ansattgruppa må stå samlet og utfordringene må håndteres i felleskap, men den må heller ikke bli for avhengighetsskapende slik at lederen mister troverdighet som selvstendig leder. Det å ikke ta med seg jobben hjem og søke *støtte i familien* sin kan være en viktig kanal for å få pusterom slik at man ikke blir utbrent. Fordelene og ulempene må veies opp mot hverandre og satse på den gylne middelveien, slik at man klarer å finne balansen i en tøff hverdag. Selvsagt er det en boost for selvtilliten å få *gode tilbakemeldinger* og mulighetene for det kan avdelingssykepleieren få fra f.eks. pasienter, pårørende, ansatte, andre i ledergruppa eller sin nærmeste overordnede. Til sist så nevnte informantene at det er viktig å kunne *prioritere*; hva er viktigst akkurat nå, hva kan vente og er det mulig å delegere bort enkelte oppgaver? Det *å akseptere at man ikke får gjort alt* er også svært viktig å ta med i helheten. Mestringsfølelsen kan knyttes til hva Busch (2012) sier om mestringsevne; lav mestringsevne kan være blokkerende for motivasjonen til å handle og resultatet kan bli at man gir opp. I likhet med mestringsteoretikerne hevder Busch

at høy mestringsevne henger sammen med at man ikke gir så lett opp når man står i utfordrende situasjoner, men det forutsetter at utfordringene står i stil til kompetansenivået. En annen årsak til mestringsfølelse kan være erfaringsnivå. Erfaringen som avdelingssykepleier varierte hos mine informanter, fra 1,5 til nærmere 20 år, forskjellen er stor og for å bruke begrep fra sykepleielitteratur; det som kjennetegner en novise er lærebokstyrende atferd, mens eksperten handler ut ifra en dyp forståelse av totalsituasjonen (Benner 1995). Vi velger også ofte handlinger vi føler oss trygge på å mestre. Forskerne fra Sintef (Ose m.fl. 2009) fant at arbeidsmiljøet har svært stor betydning for trivsel og mestring, men også støtte fra nærmeste leder i form av ros og verdsettelse, en rimelig arbeidsbelastning og til slutt fleksibilitet som kan ses på som handlingsrom. Dette støtter mine funn, til tross for at mine informanter fikk flere oppgaver som følge av samhandlingsreformen. En av informantene mine nevnte at å få en korttidsavdeling til å fungere er en mestringsfølelse i seg selv. Avdelingssykepleierne befinner seg i flyt-sonen (Brask 2006), de er handlekraftige og føler mestring. De har gjort jobben sin med å lede de ansatte. Verdier kan gi støtte. Likhet f.eks. samme språk i overført betydning. Aksept og åpenhet er andre verdier som blir viktige i et samarbeidsforhold på en liten avdeling som er avhengig av tett samhandling mellom mange mennesker.

Skogstad (2011) redegjør for ulike *belastningsfaktorer*: krav i jobben/oppgavene man skal utføre, rollekrav, grad av egenkontroll, medbestemmelse og forutsigbarhet og destruktive sosiale relasjoner. Rolleklarhet og konstruktiv tilbakemelding er også eksempler på buffere som kan veie opp for utfordringene (Skogstad 2011), i tillegg til å kunne påvirke som jeg tidligere påpekte. Konstruktiv tilbakemelding er også noe Lai (2016) mener er viktig for mestring. For å føle mestring trengs altså ressurser. Jobbressurser kan ses på som motsats til utfordringer. Noen eksempler på slike er beslutningsfrihet, kontroll over viktige arbeidsprosesser, muligheter til utvikling og støtte fra leder og medarbeidere. Forskning viser at forutsigbare arbeidssituasjoner og lite støtte fra toppledelsen fører til at ledere blir stresset, men siden ledere har høyere grad av autonomi i arbeidssituasjonen enn vanlige ansatte, opplever de seg mindre stresset selv om de føler høyere press. Den viktigste forebyggende faktoren er gode relasjoner til medarbeiderne. Negative følelser hos lederne forsterker utfordringene til å føles uoverkommelige (Rønning m.fl. 2013). Jeg kommer tilbake til støtte senere i drøftingen. Først vil jeg vise hvor viktig det er å ta personligheten i betraktning.

Personlighetens betydning for mestringsfølelse

Mennesker har behov for innhold, en viss variasjon, læring for å kunne treffe beslutninger, anseelse i form av støtte og respekt, sammenheng mellom arbeidet og omverdenen, at det man gjør er nyttig og verdifullt og for å se jobben sin som en ønsket fremtid (Antonovsky 2012).

«Å lede er et personlig prosjekt, og det å bli leder har en rekke personlige implikasjoner» (Strand 2007:549). En av informantene sa: «Vi mennesker er ulike, noen liker utfordringer og vokser på det, mens andre hater det og blir syke». Dette finner vi igjen i Lazarus' teori; om jobbkravene overstiger de personlige ressursene fører det til stress, men et annet viktig poeng han hadde var: «Arbeidstress figurerer faktisk altid på baggrund af personens samlede livskontekst» (Lazarus og Folkman 2006:165). Det vil altså si at hvis man f.eks. har problemer på hjemmebane vil man bli mer sårbar på jobb. Mennesker har også ulikt behov for balanse i livet sitt. Noen tåler mer enn andre. Ekstroverte får energi av det sosiale kontra introverte som blir tappet for energi. Det blir derfor rimelig å si at personlighet alene er ikke det som har størst betydning, men i hvilken kontekst det er snakk om. Konteksten for avdelingssykepleierens arbeidsområde er et komplekst sosialt samspill med mange ulike meninger og her gjør erfaringsgrunnlaget seg også gjeldende. Jo mer erfaren man er, jo flere holdepunkter har man for å kunne tolke og finne mening i egne reaksjoner og opplevelser. Uerfarne har kanskje større behov for å ha et sted for refleksjon og bearbeiding av opplevelser, og kunne sette disse inn i en sammenheng jf. Antonovsky. Dette taler for at avdelingssykepleiere som jevnlig reflekterer over sine erfaringer muligens kan opparbeide seg større mestringskapasitet og mestringstro, samtidig som de med mindre erfaring kan lære noe både faglig og om seg selv. «Personlighet brukes som beskrivelse av typiske og stabile egenskaper over tid» (Rønning m.fl. 2013:49).

Personligheten beskriver tilbøyeligheten til atferd, men atferden påvirkes også av erfaring, kunnskap og selve utfordringen. Personligheten må ses i sammenheng med f.eks. rammer, regler og hva som kjennetegner både medarbeiderne og arbeidssituasjonen, altså konteksten for ledelse. AFF-undersøkelsen viste at kvinnelige ledere gjennomgående er noe mer utadvendte, omgjengelige, samvittighetsfulle, åpne for erfaring, men følelsesmessig ustabile. Et annet interessant funn var at ledere i offentlig sektor var mer orientert mot nytenkning enn ledere i privat sektor, som bryter myten om tungrodd byråkrati i det offentlige (Rønning 2013).

Mine informanter ga meg mange eksempler på personlige egenskaper de så på som relevante i jobbsammenheng: åpenhet, tilstedeværelse, tilgjengelighet, ydmykhet, indre drivkraft, ha lett for å nullstille seg, være sta, involvere og støtte de ansatte, være nøye og systematiske, god konsentrasjonsevne, være trygg, tydelighet, rettferdighet, like uforutsigbarhet. Dette bekreftes av Strand (2007) som mener at for å holde ut en krevende hverdag må ledere ta i bruk personlige ressurser og evner utover sin formelle rolle for å få de ansatte med seg. De bør ha evne til å fri seg fra prestasjonsangst og perfeksjonisme som kan være energitappende, slippe kontrollen, som var ett av informantenes bidrag til mestringsfølelse også. Vise modenhet ved å se etter løsninger og forbedringspunkter og på den måten unngå konflikter. Videre vektlegger han sosial kompetanse, f.eks. tilstedeværelse, og ha relasjonell kompetanse som for en verdibasert leder er grunnleggende. Til slutt nevner han tidlig erfaring med mestring som har gitt en bekreftelse på at man er god nok i tråd med mestringsteoretikerne (Strand 2007). God mestring betyr som regel at man presser seg selv hardt, som fører til et stresspotensiale også om man er god til å håndtere utfordringer, derfor er det viktig at man stopper opp og kjenner etter før man brenner ut. Det blir viktig å finne en *balansegang* for å forhindre sykdom (Lazarus og Folkman 2006).

«Den subjektive opplevelsen av egne ferdigheter, og tilliten til egen mestring, kan ha betydelig innvirkning på hvor godt en lykkes (Bandura, 1986)» (Brask 2006:5). Ros alene er ikke det som skal til for å ha tro på egne ferdigheter, det må komme fra eget sanseapparat og man må være realistisk ved å lage seg delmål. Det man føler inni seg er avgjørende for flyt-opplevelsen som er motivasjonsfremmende og så må det man driver med gi mening (Brask 2006).

«En rekke studier viser at robusthet har positive effekter på stress og helse» (Skogstad 2011:37). Robusthet er et personlighetsbegrep med tre dimensjoner:

- Kontroll: om man oppfatter å kunne *påvirke* det som skjer.
- Engasjement: å ha *tro* på at ens bidrag er viktig og at man bryr seg om og involverer seg i det som skjer.
- Utfordring: i betydningen *fleksibilitet* med hensyn til å tilpasse seg endringer og ha tro på at disse endringer fører til personlig vekst og utvikling (Skogstad 2011).

Ved å være robust så tåler man påkjenninger og det det motsatte av sårbarhet (snl.no).
Jeg vil igjen påpeke at personligheten kun gir en pekepinn på hvordan helheten henger sammen og må alltid ses i sammenheng med konteksten. Evne til fleksibilitet er et

personlighetstrekk som kan være med på å gi mestringsfølelse, jeg går dermed videre og drøfter betydningen av det. Lederhverdagen er hektisk, fragmentert, uregjerlig og de mange aktivitetene kan være uoversiktlige. Ingen dag er lik (Kirkhaug 2013). Å lede helseinstitusjoner er som jeg tidligere har vist komplisert. Kompleksiteten består både i at sykehjemmene/helsehusene er en del av et større helhetlig system, men også på det innvendige planet på selve avdelingene er det mye som skal til for å få samarbeidet til å fungere optimalt. En fleksibel rolleorientering uttrykker vilje til fleksibilitet (Lai 2013).

> I organisasjoner som sikter mot kontinuerlig utvikling og forbedring, er det helt avgjørende at medarbeiderne har en fleksibel rolleorientering med fokus på mål, resultater og kunder og brukere (Lai 2013:160).

Vi mennesker er ulike, noen kan strekke seg langt mens andre raskere blir stresset. For å nå målet om harmoni må det gis rom for kreativitet og nytenkning. Fra et verdibasert ledelsesperspektiv kan fleksibilitet virke samlende. Avdelingssykepleieren kan sammen med de ansatte oppleve et samhold med klare formål og hvor verdiene styrer retningen. Lederen må gå foran som en god rollemodell slik som en av informantene sa: «Jeg vil ikke ha flexitid, jeg går foran som et godt eksempel, kommer ikke og går som jeg vil *fordi jeg er leder*». For at mestringen skal være virkningsfull må man være fleksibel i forhold til endrede relasjonelle krav, og det er avgjørende at man forstår sammenhengen mellom *prosess* som fokuserer på en konstant utvikling og endring, og *struktur* som er menneskets stabile trekk; mestringsmønstre og personlighetstrekk. En svakhet ved prosesstilnærmingen er at man kan bli *for* opptatt av konteksten slik at det kan gå på bekostningen av helheten (Lazarus og Folkman 2006). Antonovsky mener også at den avgjørende faktoren ved mobilisering av ressurser er en sterk opplevelse av meningsfullhet. Håndterbarhet er knyttet til belastningsbalanse fordi utfordringene må oppleves overkommelige. Derfor blir erfaringer vesentlig her, både det å være robust og fleksibel er egenskaper man opparbeider seg med årene. En av de yngste informantene mine fortalte meg at i starten ble hun oppfattet som streng, men at hun etter hvert hadde blitt mer ydmyk i sin ledelsesform. Det tar tid å finne sin plass, men hun søkte støtte i ledergruppa og nærmeste overordnede som hun kalte «fantastisk». Det handler om hvordan man blir møtt både av de over seg og de under seg (Antonovsky 2012).

Studien til Nilsen (2015) viste at lederne hadde problemer med å mestre hverdagen sin i motsetning til mine funn som indikerer det motsatte. Det kan tyde på at mine deltakere opplever sterk OAS fordi de har lettere for å tilpasse seg utfordringer, de får muligens mer

støtte fra nærmeste leder, de har kanskje større handlingsrom og personlige egenskaper som gjør at de tåler mer.

Mestring og mestringsopplevelse er avhengig av klare mål og tilbakemeldinger, som skapes i dialog med det fellesskapet man opererer innenfor (Brask 2006). Jeg skal videre drøfte betydningen av sosial støtte. Vi-følelsen er en form for sosial støtte. Mangel på støtte fra nærmeste leder har en negativ innvirkning på jobbtilfredshet, forpliktelse og intensjon for å bli i organisasjonen. Støtte fra leder har en positiv virkning når lederen er tilgjengelig og synlig, tar helse, miljø og sikkerhet på alvor, gir positiv feedback og viser hensyn og omtanke (Rønning m.fl. 2013). Slik støtte gjør oss motstandsdyktige, men et viktig poeng Lazarus har er at støtten må oppleves positivt av mottakeren (Lazarus og Folkman 2006). Det må være et ønske og ikke noe man blir påtvunget. Forskning viser at å søke emosjonell støtte er forbundet med færre helseproblemer. Sosial støtte kan være å lytte, men også at man får være seg selv, får tilbakemeldinger og kan diskutere fritt (Rønning m.fl. 2013). Skogstad (2011) skiller mellom fire typer sosial støtte:

- «emosjonell; å bli verdsatt, akseptert og vist omsorg
- vurderingsstøtte; å bli gitt realistisk tilbakemelding på opplevelser og atferd
- informasjonsstøtte; å få formidlet relevant og nødvendig informasjon
- instrumentell støtte; å få praktisk hjelp i form av tid, penger, materiell o.l.» (Skogstad 2011: 34).

Mine informanter så på slik støtte som noe positivt selv om det også i noen situasjoner faktisk kan ha motsatt effekt, slik Lazarus poengterte (Skogstad 2011). Informantene mine uttrykte at de har en ledergruppe som er god å søke støtte i, hvor man kan puste ut og diskutere saker. Slik støtte kan også bidra til å skape en helhet på arbeidsplassen, ved at ledergruppa står sammen om viktige avgjørelser og dermed hindre at det oppstår vesentlige forskjeller på de ulike avdelingene. Hope (2015) kaller de som har samme rolle og funksjon som mellomledere for sideordnede.

Å sammenligne avdelingssykepleierrollen med Antonovsky's forskning om folk som ble satt i konsentrasjonsleir er muligens ekstrem og jeg setter det litt på spissen, men jeg mener selve bakgrunnen for hans måte å tenke på er dekkende for min problemstilling. Man skal være ganske tøff og ha stort pågangsmot og virkelig brenne for jobben sin for å mestre en slik rolle. Informantene mine nølte ikke når jeg spurte dem om hva de så på som utfordringer, noe som

bekrefter at det er en utfordrende rolle. Til dels sterke påkjenninger vil jeg si for a) man jobber tett på andre menneskers lidelse og død, b) man har et stort ansvar og et omfattende lovverk å forholde seg til, c) man skal tenke økonomisk siden man jevnlig får direktiver om innsparinger. Det er rett og slett en rolle som kan oppleves ganske ekstrem til tider. Opplevelse av sammenheng (OAS) knyttet opp mot delaktighet drøftet jeg under første forskningsspørsmål også, men det er like aktuelt her. Mellomlederrollen kjennetegnes av at man er i en skvis-situasjon og deltagelse i avgjørelser ble flere ganger påpekt som et svakt punkt: «Det er på mitt nivå og lenger opp hvor ting stopper» sa en av informantene mine. Hvordan mennesker takler tilværelsen varierer og avhenger av motstandskraft. Evnen den enkelte har til å håndtere stress og utfordringer på en adekvat måte er med å bestemme om utfordringen fører til helse eller sykdom. Fra et salutogent perspektiv handler det om tilværelsen oppfattes som forståelig, meningsfull og håndterbar med utgangspunkt i den positive enden av helsebegrepet. Utfordringene vi omgir oss med hele tiden må settes inn i en meningsfylt sammenheng. Når man erfarer denne meningsfylte sammenhengen blir den forutsigbar og man opparbeider seg tillit til at det vil gå bra. Antonovsky var opptatt av sosial støtte for å kunne oppleve mestring og opprettholde god helse. Han mente at når man blir utsatt for tøffe, utfordrende situasjoner skaper sosial støtte en motstandsdyktighet for stress. Personer med sterk opplevelse av sammenheng (OAS) har lettere for å tilpasse seg automatisk til utfordringen fordi de har større tillit til at ting stort sett ordner seg. De er også mer bevisste på følelsene sine; de har lettere for å beskrive dem og opplever følelsene som mindre truende og reagerer dermed adekvat. De blir altså ikke handlingslammet snarere motivert for handling (Antonovsky 2012). «En person med en sterk OAS er overbevist om at problemer kan struktureres og forstås, og går straks i gang med å omdanne kaos og orden, forvirring til klarhet» (Antonovsky 2012:150). «Mestring forutsetter at man har et klart bilde av situasjonen og har gitt situasjonen en følelsesmessig mening» (Antonovsky 2012: 147). Den ene informanten brukte to år på å trives og en annen ble satt til å lede ansatte som var satt sammen av andre enn henne selv som brukte lang tid på å bli ett som hun sa. I slike situasjoner blir det hensiktsmessig å søke støtte. «Hvis gruppen har felles verdier, utpreget gruppeidentifikasjon og klare normative forventninger, vil atmosfæren være preget av indre sammenheng» (Antonovsky 2012:128). Dette er viktig for å oppleve å bli forstått og noe som igjen kan relateres til ledergruppa som flere av informantene så på som en positiv plass å være.

Betydningen av mening

Lazarus og Folkman (2006) sin måte å definere mestring på beskriver menneskers atferd og indre mekanismer for å balansere de krav man blir utsatt for. Ifølge Lazarus finnes det ingen universelt effektive eller ineffektive mestringsstrategier. Han mener mestring må måles adskilt fra sitt resultat og effekten avhenger av personen, trusseltypen, den subjektive følelsen av selve utfordringen, sosiale ferdigheter og fysisk helse. Videre vektlegger han selvkontroll, å oppsøke sosial støtte og aksept av ansvar som viktige mestringsfaktorer (Lazarus og Folkman 2006). Jeg drøftet robusthet som en faktor for mestring, og selvkontroll kan i denne sammenheng sidestilles.

Ifølge Lazarus har mestring to hovedfunksjoner. En *problemfokuser*t hvor personen tilegner seg informasjon om hva som må gjøres og foretar handlinger som endrer den problematiske relasjonen mellom person og miljø, og en *følelsesfokusert* som innebærer en regulering av de følelsene som er knyttet til den stressende sitasjonen. Enten så prøver man f.eks. å ikke tenke på trusselen eller så revurderer man den f.eks. ved å distansere seg følelsesmessig fra eller overbeviser seg selv om at situasjonen ikke er spesielt vanskelig eller truende. En slik revurdering vil være med på å redusere angst fordi man endrer følelsen om til en ny mening. Et eks. på en lik revurdering er å sette seg inn i motpartens sted og tilgi i stedet for å uttrykke sinne. Lazarus mente at en slik revurdering er en av de mest effektive mestringsstrategiene, selv om han mente slik jeg skrev innledningsvis, at det ikke finnes noen universelt effektiv mestringsstrategi. Begge mestringsstrategiene opptrer nesten alltid sammen, men det er *balansen* mellom tanke, handling og miljøet som avgjør om den virker eller ikke (Lazarus og Folkman 2006). Det er mindre fare for at en person med sterk OAS velger uhensiktsmessige mestringsstrategier (Antonovsky 2012). Overført til ledelse og som jeg har vist så står avdelingssykepleiere i mange tøffe situasjoner derfor er det viktig at man iblant svelger noen kameler. Problemfokusert mestring innebærer at lederen «tar» tak i situasjonen ut ifra rasjonelle og objektive kriterier, å delegere en oppgave er et eksempel (Rønning m.fl. 2013).

Strategier dreier seg om å ta valg og for å kunne ta et valg må man tenke igjennom hvilke utfordringer man står overfor og ha klart for seg hva som er målet. Deretter må man tenke over hvordan man skal nå målet. Det kan da være hensiktsmessig å lage en handlingsplan for å kunne følge med på hvor i prosessen man er, for å vite at man er på riktig vei og for å sjekke om man er kommet i mål. Underveis kan det skje flere uforutsette hendelser som må tas i betraktning og derfor må man være var for slike ting. «Forutsetningene for å utvikle gode

strategier er angivelig at de bygger på felles forståelse og felles verdibaserte holdninger, og at hele systemet er i samklang» (…) (Strand 2007:515). Hvis mestringen skal være virkningsfull gjelder det å være fleksible i forhold til endrede rasjonelle krav. Både prosess og struktur er avgjørende for å forstå mestring. På den ene siden fokuserer prosess på konstant utvikling og endring mens på den andre siden har struktur fokus på stabile trekk ved mennesket. Lazarus var også opptatt av hvilke personlighetstrekk som hadde innvirkning på mestringsstilen. «En optimal mestring vil med andre ord kunne respondere på de krav, der ligger i den enkeltes stressende situation- den er altså procesorienteret (Lazarus og Folkman 2006:137).

«Mestring forutsetter at man har et klart bilde av situasjonen og har gitt situasjonen en følelsesmessig mening» (Antonovsky 2012:147). Dette er også en side som kommer med erfaring og siden mine informanter har vært sykepleiere en stund så kjenner de godt til konteksten for ledelse på helseinstitusjoner. Hvordan hver enkelt oppfatter en situasjon knyttes både til tidligere erfaringer og personlighetsfaktorer. Gode erfaringer kan sammenlignes med høy mestringsevne (Einarsen og Skogstad 2011).

Både handlingsrom og betydningen av å bli involvert ble av informantene sett på som viktige for å føle mestring. Man kan føle seg liten i avdelingssykepleierrollen, og jeg drøfter videre betydningen av å ha handlingsrom.

Betydningen av å ha handlingsrom

Handlingsrom er en subjektiv opplevelse av å kunne påvirke og kan virke motiverende for mestringsfølelsen. Denne opplevelsen påvirkes av lederes måte å tenke på, motivasjon og kompetanse. Derfor kan man si at en erfaren leder definerer handlingsrom på en annen måte enn en med mindre erfaring. En erfaren leder har lært seg å mestre og tåle usikkerhet og tvetydighet gjennom læring av åpenhet, refleksjon, tillit og kompetanse. Erfaringen blir en viktig ressurs for mestringsfølelsen og troen på egen mestring (Rønning m.fl. 2013). Handlingsrom forutsetter en viss frihet og kunnskaper og handler om å ha muligheter til å kunne ta egne valg og utføre arbeidsoppgavene sine på sin egen måte, altså at man får mulighet til å være kreativ (Busch 2012). «For at ledere skal kunne fatte gode og passende beslutninger, trenger de valid *kunnskap*» (Rønning m.fl. 2013:109). Dyktige sykepleiere utfører arbeidet sitt med faglig skjønn og på mange måter så har de opparbeidet seg ferdigheter til å tenke praktisk og alternativt. Handlingsrom er viktig både i forhold til

politiske beslutninger sentralt og fra sin nærmeste leder. Handlingsrom er spesielt viktig i ledelseskontekster som er komplekse og skiftende for at man skal kunne tilpasse seg nye krav. Det er flere årsaker til hvorfor handlingsrom kan ha positive konsekvenser, bl.a. kan leder få autoritet og legitimitet til å definere passende normer og lederen kan vise de ansatte tillit gjennom gjensidig kunnskapsdeling (Rønning m.fl. 2013). En slik gjensidig kunnskapsdeling skaper samhold i avdelingen som igjen kan gi mestringsfølelse både hos leder og ansattgruppa. Politiske føringer blir i mange tilfeller besluttet sentralt og overlatt til i mitt tilfelle kommunene. På den ene siden kan det være positivt fordi man da får rom for å implementere endringene på best mulig måte. I «Livet som leder» påpekes viktigheten av å bli hørt og tatt hensyn til lokalt (Rønning m.fl. 2013). Altså det motsatte av det mine informanter opplevde. Hope er også opptatt av at man ikke skal ta lett på endringsprosesser:

> Toppledelsen *må* bruke mye tid og ressurser for å legge til rette for at mellomlederne faktisk får med seg intensjonen i de strategiske initiativene, og at de handler i tråd med disse (Hope 2015:86).

På den andre siden kan det være problematisk fordi beslutningene skjer uten at de som tar beslutningen tar seg tid til å gjøre research der endringen skal skje. Flere av informantene var svært oppgitt over hvordan implementeringen av samhandlingsreformen ble håndtert. En av mine mest erfarne informanter fortalte at man virkelig må brenne for jobben for å takle den.

> Læring og kunnskapsdeling, assosiert med endring, er en svært kompleks oppgave, og motivasjon for en slik oppgave forutsetter indre motivasjon – knyttet til frihet og gleden ved ledelsesprosessen (Rønning m.fl. 2013:112).

«Kontroll over egen arbeidssituasjon ble sett på som en forutsetning for å skape en positiv innstilling til arbeidet» (Skogstad 2011:19). I endringsprosesser som samhandlingsreformen er, spiller mellomlederen en viktig rolle. Både ved implementering i kraft av sin lederrolle og de blir også direkte berørt ved at oppgaver og ansvar endres. Mellomlederne har en «hands-on»-holdning til detaljene i virksomheten og blir på den måten en vital aktør når direktiver og pålegg skal settes ut i live på avdelingen (Hope 2015). «Når beslutningsprosessene konsentreres på de øverste ledernivåer, fratas mellomledere troen på at de kan ta beslutninger som betyr noe» (Hope 2015:24). Kunnskapssamfunnet genererer flere og mer ambisiøse og selvstendige arbeidstakere og pårørende med høye krav og forventninger. «Det er en trend i tida» som en informant sa. Mellomledere blir satt til å lede endringsprosesser på bakgrunn av at de er så sentralt plassert i hierarkiet og dermed best egnet til å gjøre om visjoner og strategier til konkrete handlinger og få de til å bli varige. Nærheten til pasientene bidrar til at

de lett kan få tak i tilbakemeldinger og innspill til forbedringer enn toppledelsen som sitter lengre unna (Hope 2015). Mye av kjernen ligger her; å få til en felles forståelse for hver og en sine oppgaver. Noe informantene mine også påpekte. En sykehjemsavdeling preges av tverrfaglig samarbeid. Handlingsrom er viktig både for avdelingssykepleierne og de ansatte for å få til et bra samarbeid og for å ikke få følelsen av å være kontrollert. Denne balansegangen er hårfin, for å kunne vokse og utvikle seg som er en forutsetning for mestring og trivsel må man bli møtt med tillit, men som en informant sa: «noen må kontrollere oss» for at man skal ledes på riktig vei. Avslutningsvis vil man da kunne si at handlingsrommet man får i rollen sin vil være et frihetsrom til å kunne utføre arbeidet sitt på sin egen måte. Jeg vil avslutte med følgende sitat før jeg går videre til siste forskningsspørsmål:

> Det er nærliggende å tenke seg at følgende forhold kan fremme tilbaketrekking og la-det-skure-ledelse: organisasjonsendringer med mye usikkerhet, uklare stillingsbeskrivelser, uforutsigbare og urettferdige overordnede, personalansvar for et stort antall ansatte og meget høy arbeidsbelastning (Rønning m.fl. 2011:249).

Dette kan sammenlignes med arbeidsforholdene i tilknytning til innføringen samhandlingsreformen og jeg går nå videre for å drøfte hva et verdibasert ledelsesfokus har å si i stedet for «la-det-skure-ledelse».

Forskningsspørsmål 3: Hvilken betydning kan verdibasert og mestringsorientert ledelse ha for mestringsfølelsen?

At informantene ikke har sittet lenge i stillingene på nåværende arbeidssted kan være et uttrykk for at arbeidshverdagen er for tøff og stressende. Jeg skal nå drøfte hvordan avdelingssykepleiere kan bruke verdibasert og mestringsorientert ledelsesteori i praksis for å oppleve mestring.

«Ledere er avhengig av andre for å gjøre sin gjerning» (Strand 2007:419). En stor avdeling på et sykehjem/helsehus består av en gruppe sammensatt av mennesker, både unge og eldre med ulikt kunnskapsgrunnlag som er avhengige av hverandre og jobber tett på hverandre. «Folk bør behandles forskjellig, etter forutsetninger om modenhet og oppgavens karakter» (Strand 2007: 429). Dette krever samarbeid og handler om å kunne jobbe i team, *med* hverandre, et *lagspill*, for å skape et helhetlig og godt arbeidsmiljø. «Et lag kan kun prestere godt over tid dersom lagets medlemmer opplever en gjensidig følelse av trygghet, tillit, åpenhet og respekt»

(Rønning m.fl. 2013:345). Det store personalansvaret var en utfordring, det å skulle ha tid til både å se og prate med dem alle. Det anbefales ikke flere enn 10-12 stk. ifølge Hope (2015) for å kunne ha et godt relasjonelt forhold til sine ansatte. Mine informanter hadde nesten tredobbelt så mange å ta seg av.

Sykehjem/helsehus er i stor grad kvinnedominert. I Norge er det lav maktdistanse og det kan være en årsak til at de ansatte har høyere forventninger til at lederen er tilstede, følger opp og involverer seg. I tillegg preges norsk arbeidsliv av sterke omsorgsverdier. Det vil si at på helseinstitusjoner i Norge blir dette forsterket ytterligere på bakgrunn av kvinnedominansen. De sterke omsorgsverdiene legger opp til at lederen skal bry seg om de ansatte. Dette skaper muligens en mindre toleranse av lederen før han blir kalt «passiv» (Rønning m.fl. 2013). At mine informanter var sykepleiere styrker at de opplever mestring fordi de vet og har forståelse for hva jobben til de ansatte går ut på. En annen side er at sykepleiere i sin arbeidshverdag må være flinke til å prioritere og de er flinke til å lede seg selv. Andre «kjennetegn» er at de er vant til å ha mange baller i lufta, blir stadig avbrutt, må hoppe fra en ting til en annen og ta kjappe avgjørelser. Det kan kanskje være årsaker til at de føler mestring i krevende situasjoner. I noen tilfeller kan lederen ha mindre faglig forståelse for arbeidsoppgavene enn de ansatte og det kan også ha innvirkning på og si noe om maktnivået på arbeidsplassen (Kirkhaug 2013).

«Kunnskapsarbeidere har velutviklede profesjonsverdier og profesjonsnormer, og ledelse i strid med disse verdiene og normene vil kunne gi verdiforringelse som nettoresultat» (Rønning m.fl. 2013:326). Verdiene gir retning og former holdninger, men de må verbaliseres for å være tydelige. Hvis verdiene det styres etter er godt implementert på avdelingen kan avdelingssykepleierne bruke disse verdiene i medarbeidersamtaler, men også som et konfliktforebyggende redskap ved å minne de ansatte på dem og på den måten vise vei mot målet.

Mye av den kunnskapen som utføres av sykepleierne er taus og kan ikke måles og verdiskapningen; pasientbehandling, er vanskelig å evaluere (Rønning m.fl. 2013). Taus kunnskap betyr at den er vanskelig å sette ord på og reflektere direkte over, man bare utfører uten å tenke så mye. Slik kunnskap overføres best når den som skal lære jobber tett på den som har den tause kunnskapen (Lai 2013). Dette er en god kilde for avdelingssykepleierne til å oppleve mestring for da blir kompetansen utnyttet og jobben blir gjort. Lederundersøkelsen

har vist at forskjellen mellom kunnskapsarbeidere og andre arbeidstakere øker lederes *avhengighet av samarbeidsorientering* for å nå målene, dette er også med på å styrke min antakelse om at VBL kan være en virkningsfull tilnærming (Rønning m.fl. 2013). «I kunnskapssektoren blir den interne orienteringen mot ansattes verdier, ønsker og behov av større betydning» (Rønning m.fl. 2013:239). For å skape et godt samarbeid må beslutninger begrunnes godt, åpent og ærlig overfor de ansatte slik at de skal føle seg sett og hørt. Dette forutsetter en selvsikker leder som ikke frykter tap av ansikt og innflytelse om de viser de ansatte begrensninger i eget handlingsrom (Rønning m.fl. 2013).

Kirkhaug (2013) hevder at VBL er «hard management» og med det mener han at det ikke bare er en ledelsesform hvor man leser dikt og tenner lys, men en tilnærming som kompletterer regel- og målstyring hvor verdiene brukes som et overordnet mål for arbeidet. For en avdelingssykepleier kan det være aktuelt å fokusere på medmenneskelighet, respekt og verdighet som er tett knyttet opp mot sykepleiens verdigrunnlag. Samtidig blir det å skape trygghet og at det skal være rom for å feile vesentlig fordi vi er tross alt bare mennesker. Kanskje er det slik at sykepleiere fokuserer mer på myke verdier som f.eks. omsorg eller er mer omsorgsfulle, og har større respekt for medmennesket i lys av sin utdanning?

Mennesker har sterke behov for omsorg, forutsigbarhet og tilhørighet, og oppleves meget belønnende når de blir ivaretatt. Mennesket er aktivt og handlende som vil og kan sitt eget beste *hvis forholdene legges til rette for det* (Rønning m.fl. 2013). Avdelingssykepleiere må like mennesker og helst ha et positivt menneskesyn fordi de skal skape tillit og opptre troverdig. Andre egenskaper som så ut til å komme godt med var stor arbeidskapasitet og endringsvilje. En god leder innenfor verdibasert ledelsesfilosofi inkluderer og engasjerer. Andre oppgaver er å kunne legge til rette for at de ansatte skal kunne utføre arbeidet sitt, men også bidra med støtte når det trengs og at de ansatte får frihet til å utføre arbeidet sitt er også sentralt.

Ledere bør jevnlig risikovurdere tjenestetilbudet de er ansvarlige for. Når man har lovpålagte krav å forholde seg til, er man pliktig til å handle i tråd med disse og det tærer på mestringsfølelsen hvis man ikke strekker til. Jeg har valgt ut to lovparagrafer som er vesentlige for mitt tema. I Arbeidsmiljøloven §1-1 om lovens formål a) står det: «å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en *helsefremmende* og *meningsfylt* arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger» (…). Arbeidsgiver/leder skal også

legge til rette for kunnskapsbasert praksis, og helse- og omsorgstjenesteloven §8-2 pålegger arbeidsgiver, altså de er pliktig til, å gi de ansatte mulighet til å gå på kurs eller oppdatere seg på andre måter (lovdata.no). En av informantene kunne fortelle at jo de hadde kurs, særlig for sykepleiere, men det var ikke lagt inn penger i budsjettet for å erstatte den som ble borte fra avdelingene med en vikar, dvs. at det gikk ut over kvaliteten og pasientsikkerheten.

Informantene mine vektla følgende lederegenskaper slik modellen (Fig.2) viser:

Fig.2

Selv om ingen av informantene mine bevisst brukte verdibasert ledelse ble det likevel uttalt ulike vinklinger på ledelse som kan knyttes til denne tilnærmingen, og som da taler for at en slik ledelse er nyttig på sykehjem/helsehus. Kirkhaug ser på VBL og bruk av verdier som et verktøy for å påvirke de ansattes holdninger, atferd og ambisjoner for å nå mål og mener ledere må være åpne, responsive og inkluderende (Kirkhaug 2013). I planleggingsfasen og implementeringen av samhandlingsreformen ble dette problematisk for avdelingssykepleierne fordi de selv ikke ble involvert av den sentrale ledelsen.

Det må fra ledelsens side være et oppriktig ønske om å starte verdiarbeid og samtidig være en kontinuerlig oppmerksomhet rundt dette. Troverdigheten må være tilstede; gå helhjertet foran og entusiastisk vise eksempel på ønsket praksis (Aadland m.fl. 2006). I den forbindelse er det

viktig å være klar over at følelsesmessige uttrykk og kroppsspråk hos lederen blir tillagt større betydning enn det verbale budskapet når troverdighet blir vurdert. Å rose kan være viktig for å få folk med seg (Rønning m.fl. 2013). Dette betyr at gode kommunikasjonsferdigheter er sentralt for en avdelingssykepleier. Lederen må ha klart for seg hva som er kjernen for virksomheten og hvordan verdiene kommer til uttrykk på arbeidsplassen (Aadland m.fl. 2006). «Dersom ledelsen ikke selv går foran og viser hvordan verdier bør praktiseres gjennom egen atferd, vil ethvert forsøk på verdistyring falle i fisk» (Aadland m.fl. 2006:67) og videre:

> Imidlertid vil verdienes status og funksjon også være avhengig av institusjonens «kall», eller misjon. Har man et viktig «oppdrag i verden», vil dette begrunne virksomhetens verdier på en langt vektigere måte enn tilfeldig valgte verdiformuleringer uten dypere begrunnelse (ibid.).

Pleie- og omsorgsarbeid kan likestilles med et slikt «oppdrag» som beskrevet her. Lederen må delta på nivå med sine ansatte og verdiene må uttrykkes i det daglige arbeidet og ikke bare være nedskrevet i et dokument. Pasienter og pårørende kan være viktige kommentatorer på om verdiene faktisk etterfølges i praksis. Lederen må gi rom for innspill ved å la de ansatte få komme til orde og etterspørre meningen deres omkring ulike temaer. For å motivere ansatte kan de sendes på kurs og de må gis både ansvar og passende utfordringer ut ifra evner ønsker og ferdigheter. Styre dem i «riktig» retning rett og slett er å arbeide verdibasert (Aadland m.fl. 2006).

> De ansattes evne til å uttrykke organisasjonens verdier i praksis gjennom sin atferd, holdninger og valg er en av de mest avgjørende faktorene ved verdibasert ledelse (Aadland m.fl. 2006:88).

For å oppsummere handler verdistyring om å involvere de ansatte slik at alle tar ansvar for helheten. Dette krever at lederen har kunnskaper, mot, gode kommunikasjonsevner, en god dose integritet, har evne til å ta avgjørelser og sist men ikke minst være tro mot det man har besluttet. Derimot er det viktig å igjen poengtere at det tar tid å opparbeide seg tillit og integritet.

Økte krav medfører økte fleksibilitetsevner og avdelingssykepleierne må både ha evne til nytenkning og kunne tenke annerledes. Det blir da viktig å ha en klar rollefordeling med hvem som har ansvar for hva. En forutsetning for ikke å bli utslitt og kanskje syk er at kravene må være overkommelige. Når kravene øker blir også kommunikasjonsferdigheter en avgjørende ferdighet som avdelingssykepleierne må kunne beherske; man må kunne

presentere overbevisende med klar og sikker argumentasjon. Gode kommunikasjonsferdigheter er viktig både for å føle mestring og for å kunne få andre med seg, men «man skal si ifra på riktig måte» som en av informantene la vekt på. En ærlig og realistisk måte å prate til de ansatte på kan være med å øke troverdigheten som Kirkhaug (2013) mener er forutsetning for å være en verdibasert leder. Brask (2006) påpeker også at uttrykksevne er nødvendig både for å kunne formidle og handle i et sosialt felleskap.

«Trivsel på jobb er en av tre viktige faktorer som er med på å bestemme et individs samlede velvære (well- being), i tillegg til partnerforhold og familieforhold (Argyle, 1989)» (Ose m.fl.2009:20). En ansatt som trives vil kunne være kostnadsbesparende for arbeidsgiver, fordi økt trivsel kan føre til økt effektivitet og en høyere motivasjon til å utføre jobben på en god måte (Ose m.fl. 2009). Trivsel og mestring forutsetter både indre og ytre faktorer som inngår i et komplekst samspill. Arbeidsmiljøet og ulike faktorer assosiert med selve arbeidet vil påvirke om en ansatt trives. Dette inkluderer hvordan man blir behandlet, innholdet i arbeidet, forholdet til kollegaer og belønning. Betydningen av å bli sett, forstått og verdsatt kan være det lille men store som gjør at man får energi til å stå i jobben og essensielt for trivsel. For det andre vil personlighet og forventninger innvirke. «Tilpasningen mellom personlige faktorer og jobb er funnet å ha en stor påvirkning på arbeidstakers trivsel i sin arbeidssituasjon (Kristof, 1996)» (Ose m.fl. 2009:24).

Å være leder i endring er ingen spøk og kommer helt an på hvilke holdninger man har til forandring. Den menneskelige kraften er en bedrifts viktigste kapital, man føler glede, trygghet og varme når man blir møtt med ros og oppmuntring. Anerkjennelse og verdsetting handler om å bli gitt et varmt blikk eller en oppmuntrende skulderklapp, men også godt samarbeid, gjensidig respekt og tillit (Einarsen og Skogstad 2011). Behovet for verdsetting øker i tider med endringer og kan gi positive konsekvenser i form av økt arbeidslyst og læringsenergi» (Skrøvset og Tiller 2011). «Uten at lederne kommer godt ut av det med sine folk, klarer man ikke det nye trykket» (ibid:16).

Både innenfor VBL og mestringsorient ledelse er man opptatt av retningen, derfor kan en kombinasjon disse to tilnærmingene være det ideelle. I mestringsorientert ledelse legges det vekt på både tilgjengelighet og involvering av ansatte. Lai peker på at det bør gis konkrete tilbakemeldinger (Lai 2016). Paralleller kan i denne sammenhengen trekkes til ledergruppa

som mine informanter søkte støtte i, der hadde de muligheter til å «snakke hverandre opp». En mestringsstrategi er, som en av informantene mine nevnte, å kunne løfte blikket og på den måten se helheten og få et bredt perspektiv på arbeidsoppgavene sine. «Når vi utvikler oss føler jeg mestring» sa en annen deltaker.

For det første var kompetansemangelen tydelig noe som gikk ut over mestringsfølelsen. Dreiningen mot mer administrasjon og mindre tid til ledelse taler for at man må bruke den kompetansen og den menneskelige kapital som allerede er på avdelingen, altså de ansatte man har, og utnytte kunnskapene de sitter med. La oss si at man har et par drivende gode ansatte i arbeidsstokken sin som er energiske, har lyst til å lære videre og som kan ses på som gode forbilder for å nå målene for avdelingen. Ved at de nå får brukt kunnskapene sine bidrar til opplevelse av trivsel og mestringstro samtidig som de er med på å skape et aktivt læringsmiljø på arbeidsplassen. Den gode energien spres til de som er mindre engasjert. Avdelingslederen nyter så godt av at avdelingen fungerer tilfredsstillende og kan bruke energien sin på disse administrative oppgavene som ser ut til å være kommet for å bli. Med den sykepleiermangelen som preger eldreomsorgen nå for tiden så kan dette være en gylden mulighet for kanskje klare å beholde noen av de som brenner for at de gamle skal ha det godt den siste delen av livet sitt.

For det andre var det stort fokus på innsparinger, særlig på helsehusene, men økonomiske innstramminger kan føre til at verdiene kommer ut av fokus. Et sterkt verdifokus kan på den måten hjelpe på samholdet i avdelingene og holde retningen mot det de skal drive med.
En av mine informanter nevnte: «Mine ansatte kan komme til meg og jeg strekker meg så langt jeg klarer innenfor de rammene jeg har for å hjelpe dem». Ledelse dreier seg ofte om å finne gode balanser. «Å finne middelvegen mellom tillit og kontroll er kanskje den mest utfordrande balanseøvinga som leiarar blir utsette for» (Aadland 2004:29). Når man klarer å balansere mellom de ulike utfordringene som f.eks. tillit og kontroll og disponere tiden sin samtidig med å skulle holde kvaliteten oppe på et tilfredsstillende, altså lovlig og faglig forsvarlig nivå, skape en vi-kultur på avdelingen sin, få gode tilbakemeldinger, men også det å skape trivsel er gunstig for å føle at man mestrer. Å ikke ta med seg jobben sin hjem ser ut til å være en faktor. Betydningen av å få handlingsrom fra lederen sin, men også skape rom for de ansatte til å ta selvstendige avgjørelser. Å gi fra seg litt av kontrollen ved f.eks. å delegere,

som viser at man stoler på at dem kan gjøre jobben like bra. Dette uttrykker overfor de ansatte at man har utviklet et tillitsforhold til dem.

Utfordringene fikk meg til å se på avdelingssykepleiere som *balansekunstnere*. Det er en kunst å skulle få alle delene i lederhverdagen til å bli en helhet. Ved endring har mellomlederen en ekstraordinær og eksepsjonell utfordring med å drifte uten at kvalitet og effektivitet faller under akseptable standarder (Hope 2015). «Tids- og oppmerksomhetsklemmen for mellomlederen er formidabel og setter henne under et voldsomt press» (Hope 2015:105). Med andre ord en balansekunst å få til. På en annen side så går Hope (2015) så langt som å påstå at endringer aldri vil lykkes med mindre man får mobilisert og aktivert mellomlederne. Det sier ganske mye om hvor viktig rolle de har. Både positivt og negativt, noen vil i enkelte tilfeller være helt med på at endringen er til det beste, andre ganger vil noen kanskje føle at endringen blir tredd ned over hodet på dem.

I «Råd for vegen videre» en sluttrapport fra nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (regjeringen.no), står det blant annet at ledere på alle nivå bevisst må arbeide med kultur, holdninger, kompetansebygging og rekruttering for å sikre oppfølging av målene i samhandlingsreformen. Når det gjelder finansiering hevdes det at denne må være i tråd med oppgaveoverføringen. I rapporten hevdes det at forløpet for pasientene er mer oppstykket enn før. At mennesker blir behandlet som pakker er ikke verdig omsorg.

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg drøftet hovedfunnene mine opp mot opplevelsen av mestring. Jeg har vist hva avdelingssykepleierne så på som viktige lederegenskaper for å håndtere utfordringene knyttet til samhandlingsreformen med målet om å føle mestring.
God samhandling var også ett av målene med samhandlingsreformen. Reformen førte til flere, nye og andre utfordringer for avdelingssykepleierne. Disse utfordringene påvirker opplevelsen av mestring, som igjen kan gå ut over kvaliteten på behandlingen og pleien pasientene får, noe som er belastende for dyktige sykepleiere som vil det beste for pasientene. Jobbsituasjonen til avdelingssykepleiere består i å forholde seg til stadige endringer med samtidige knappe økonomiske rammer. Jeg kom frem til at de mestrer denne rollen både ved at de har personlige egenskaper, de bruker ervervede kunnskaper og ferdigheter og ved å ta i bruk ulike strategier. Videre har jeg pekt på ulike lederverktøy avdelingssykepleierne kan ta i bruk for å kunne håndtere disse utfordringene. Målet er at arbeidshverdagen skal oppleves

meningsfull, forståelig og håndterbar og føle mestring i rollen for å kunne opprettholde en lovpålagt faglig forsvarlighet og samtidig ha et godt relasjonelt forhold til sine ansatte.

6.0 Konklusjon

I arbeidet med denne oppgaven har jeg kommet frem til at for å føle mestring i avdelingssykepleierrollen på sykehjem/helsehus har jeg vist at følgende må være tilstede:

Avdelingssykepleierne *trenger*:

- kompetente ansatte som jobber tett og har et godt samarbeid
- handlingsrom
- støtte
- en mening med arbeidet sitt

Avdelingssykepleierne *må være*:

- fleksible
- endringsvillige
- robuste

En avdelingssykepleier på et sykehjem/helsehus er nødt til å ha ansatte som kan utføre, det vil si at når de ansatte trives og gjør jobben sin etter gjeldende lover og forskrifter er det med på å gi mestringsfølelse hos lederen. Å mestre vil i det store og det hele si at man lærer seg å leve med utfordringer. Å være bevisst på at det er krevende og at man har selvinnsikt nok til å kjenne på om man har kapasitet til å håndtere de utfordringene en lederrolle krever. Man kan med så få informanter ikke generalisere, men det gir et innblikk i hvor tøff man egentlig må være for å stå under et slikt sterkt press. «Samhandlingsreformen kom for to år siden og nå er noe nytt på trappene: hverdagsrehabilitering, «igjen en lite gjennomtenkt og dårlig gjennomtenkt omorganisering og bare satt ut i livet uten ressurser», fortalte en av informantene meg. Dette motarbeider helsehusene for begrunnelsen for hverdagsrehabilitering er at man skal unngå innleggelse på helsehus. Det har altså pågått to parallelle omorganiseringer, med bygging av fire helsehus pga. samhandlingsreformen. Ut ifra intervjuene med informanter fra helsehus kan det virke som om det nå begynner å bli en viss struktur og orden der. Nå er en ny omorganisering på trappene, som kanskje fører til at man nok en gang skal starte på nytt med nye implementeringer av reformer og nytenkning som kommer fra sentralt hold.

«Du kunne ikke hatt den stillingen her hvis du ikke var sykepleier» sa en av informantene. For å få et større og mer helhetlig perspektiv på avdelingssykepleierens rolle så hadde det vært interessant å intervjue deres ansatte for å se hva de hadde å si om lederen sin og for å se om

det var likheter og ulikheter mellom svarene. Men både tid, ressurser og omfang til denne oppgaven gjorde at det for min del ikke var mulig.

Siden jeg også kom frem til at det kunne vært hensiktsmessig å la avdelingssykepleiere komme sammen i grupper og reflektere over opplevelser hadde det vært interessant at noen forsket videre på det.

Før jeg gikk i gang med denne undersøkelsen var jeg spent på hva jeg kom til å finne. Er det virkelig så tøft å ha denne rollen som jeg trodde? Jeg fant seks flotte utgaver av typen, de ga meg masse flotte synspunkter og råd på min fremtidige vei i form av sine svar. Og jo de så ut til å mestre rollen meget bra.

Jeg vil avslutte med å komme tilbake til utgangspunktet. *Ingen dans på roser* har jeg kalt denne masteroppgaven, og med rette som jeg har gjort et forsøk på å beskrive. Rosebladene kan også ses på som alle delene avdelingssykepleier-rollen består av. Det er mye som skal klaffe for at en nyutsprungen knopp skal bevares før den visner. Rosen trenger gjødsel og omtanke akkurat som avdelingssykepleieren trenger omtanke og støtte for å mestre.

Litteraturliste

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis.* København: I samarbeid med Munksgaard

Brask, O. (2006). Selvregulert læring i praksisfelleskap. *Tidsskrift for Norsk psykologforening,* Vol 43, nummer 1 side 3-11

Busch, T. (2012). *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner.* Bergen: Fagbokforlaget

Einarsen, S. og Skogstad, A. (2011). *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer.* Bergen: Fagbokforlaget

Everett, E.L. & Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre.* Oslo: Universitetsforlaget

Gautun, H. (2012). *Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien.* Fafo-rapport 2012:05

Gilje, N. og Grimen, H. (2013): *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger.* Oslo: Universitetsforlaget

Haukelien, H., Vike, H. og Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleiernes erfaringer.* Bø i Telemark: Telemarksforskning

Hope, O. (2015). *Mellomlederen*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode.* 3. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS

Johannessen, A., P. A. Tufte og Christoffersen L. (2015). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* Oslo: Abstrakt forlag

Kirkhaug, R. (2013). *Verdibasert ledelse. Betingelser for utøvelse av moderne lederskap.* Oslo: Universitetsforlaget

Kristoffersen, N. J. (red.) (1996). *Generell sykepleie 1. Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap.* Oslo: Universitetsforlaget

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse.* 3.utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Lai, L. (2016). *Fokus på mestring: Mestringsledelse, mestringstro og mestringsklima.* Kolbotn: Kolben kulturhus. PowerPoint-presentasjon 20.10.16 Gjengitt med tillatelse fra forfatteren.

Lazarus, R. og Folkman, S. (2006). *Stress og følelser -en ny syntese.* København: Akademisk Forlag

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.* Oslo: Universitetsforlaget

Meyer, C. B. og Stensaker, I. G. (2011): *Endringskapasitet.* Bergen: Fagbokforlaget

Nielsen, J.C.R. & Repstad, P. (2004): *Fra nærhet til distanse og tilbake igjen: Om å analysere sin egen organisasjon.* I: P. Repstad (red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretatlig samarbeid i teori og praksis* (2.utg.). Oslo: Tano

Nilsen, H. (2015). *#sykehjemsetaten#avdelingssykepleiere#vbl#NPM#verdikonflikter#mestring#skjulteverdier#målstyring#balansekunst.* Oslo: Diakonhjemmet høgskole. (Masteroppgave i verdibasert ledelse). Hentet 27. oktober 2016 fra:

https://brage.bibsys.no/xmlui//handle/11250/295857

Ose, S. O., Haus, S. R., Pettersen, I., Jensberg, H. og Paulsen B. (2009). *Mestring og trivsel blant hjelpepleiere i norske kommuner.* SINTEF. Helsetjenesteforskning, Gruppe for arbeid og helse

Rønning, R., Brochs-Haukedal, W., Glasø, L., Mathisen, S. B. (2013). *Livet som leder. Lederundersøkelsen 3.0.* Bergen: Fagbokforlaget

Skogstad, A. (2011). *Psykososiale faktorer i arbeidet.* I: Einarsen, S. og Skogstad, A. (red.). Det gode arbeidsmiljø; Krav og utfordringer. Bergen: Fagbokforlaget

Stamsø, M. A. (red.) (2014). *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre.* 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Skrøvset, S. og Tiller, T. (2011). Verdsettende ledelse. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Sällstrøm, P. (1989). *Funderingar og ettertanke kring dialogbegrepet.* I: *Dialoger 1.* (Sitert i Strømquist og Strømquist G. Samtal som arbetsform. Lund: Studentlitteratur

Thaagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En kvalitativ innføring i kvalitativ metode.* 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Vråle, G. B. (2017). *Veiledning – en vei til lederes verdibevissthet?* I: E. Aadland og H. Askeland (red.). *Verdibevisst ledelse.* Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Winter, J. (1988). *Undersøgelsesmetodik og rapportskriving: en vejledning.* 2. utgave. København: Munksgaard.

Aadland, E. (2004). *Den truverdige leiaren.* Oslo: Det Norske Samlaget

Aadland, E., Askeland, H., Flatebø, E., Haugen, H., Kaasa, A. og Stapnes, L.M. (2006). *Verdibasert ledelse i praksis:* en studie av 8 medlemsvirksomheter i HSH. Diakonhjemmet Høgskole, seksjon for verdibasert ledelse

Fra lovdata.no:
Arbeidsmiljøloven. *Lov av 17. juni 2005 nr 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.*

Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov av 24.juni 2011 nr 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

Helsepersonelloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.*

Helsetilsynsloven. *Lov av 30. mars 1984 nr 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.*

Internkontrollforskriften. *Forskrift av 6. desember 1996 nr 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter*

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. *Forskrift av 27. juni 2003 nr 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting*

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter*

Verdighetsgarantiforskriften. *Forskrift av 12. november 2010 nr 1426 om en verdig eldreomsorg*

Nettsider:
https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekkliste/ (hentet 30.09.16)

https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen (hentet 09.10.16)

https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1198/Status%20for%20samhandlingsreformen%20F%C3%B8lge%20med%20rapporten%202015.pdf (hentet 09.10.16)

http://www.nettressurser.no/helserett/Oppdateringer/Samhandlingsreformen-noen-rettslige-aspekter (hentet 15.12.16)

http://nsd.uib.no (hentet 18.09.16)

https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf (hentet 08.10.16)

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (hentet 08.10.16)

http://ordbok.uib.no/ hentet 11.10.16

https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/eldreomsorg/sykehjem-og-dagsenter/sok-sykehjemsplass/ (hentet 15.12.16)

https://politikerporten.oslobystyre.no/documents/10165/0/Strategisk+boligplan+for+eldre+2016-2026+-+etter+intern+h%C3%B8ring.pdf/e7183014-62b5-4601-8f1e-76fa097bf734 (hentet 15.12.16)

https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/omsorgsplan-2015-og-2020/id737786/ (hentet 11.10.16)

https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/ (hentet 27.10.16)

https://www.regjeringen.no/contentassets/9438b1625f8148faa427c526da67268e/prinsipper_gode_omsorgstjenester_200412.pdf?id=2306942 (hentet 21.04.17)

https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rad-for-vegen-videre/id2470588/ (hentet 10.04.17)

https://www.regjeringen.no/contentassets/83a1403c437249409e4fe3fcfe3f9ab4/sluttrapport_nasjonaltnettverk_samhandlingsreformen.pdf (hentet 28.04.17)

https://snl.no (hentet 02.04.17)

Vedlegg nr. 1 Brev til informanter

Oslo 18.09.16

Jeg er for tiden student ved VID vitenskapelig høgskole Diakonhjemmet og i forbindelse med masteroppgaven i verdibasert ledelse ønsker jeg å intervjue seks avdelingssykepleiere.

Min problemstilling er foreløpig denne: **Hvordan mestrer avdelingssykepleiere på sykehjem utfordringer knyttet til samhandlingsreformen?**

Jeg ønsker med undersøkelsen å få tak i hva som rører seg blant mellomledere på sykehjem. Etter at samhandlingsreformen ble satt i verk i 2012 er jeg ute etter å få svar på om denne har bidratt til endringer i arbeidshverdagen.

Jeg kommer til å sende spørsmålene mine i forkant i form av en intervjuguide, slik at du kan forberede deg.

Jeg ønsker å få en kopi av stillingsbeskrivelsen din for å kunne se om det er ulikheter blant intervjuobjektene. Jeg må definere avdelingssykepleierens rolle i oppgaven.

Intervjuene er beregnet til ca. 1 time og vil foretas på arbeidsplassen din innenfor arbeidstiden. Deltakelsen er frivillig og du kan når som helst trekke deg. Intervjuet blir tatt opp på bånd. Jeg skal foreta intervjuene alene og skrive ned kommentarer for hånd ved siden av. Det er bare jeg som skal lytte til båndopptakene og det er jeg som skal skrive ned (transkribere) det som er sagt ordrett i etterkant av intervjuet. Alle lydbåndene vil bli oppbevart på et låsbart sted som bare jeg har adgang til. Alle data anonymiseres. Undersøkelsen er ut ifra meldetesten på NSD sine nettsider ikke meldepliktig. Etter at oppgaven er ferdig sensurert ca. medio juni 2017 vil lydbåndene og transkripsjonene bli slettet og du får anledning til å lese oppgaven.

Mvh

Frøydis Hauge, tlf. 41904470, epost: fshauge@frisurf.no.

Min veileder Gry Bruland Vråle kan nås på tlf. 90787015 eller epost: gry.bruland.vrale@vid.no

Vedlegg nr. 2 Intervjuguide

Intervjuguide

Generelt

1: Hvor lenge har du jobbet som leder her? (Kjønn, alder)

2: Hva slags utdanning har du? Annen arbeidserfaring?

3: Har arbeidsoppgavene vært like siden du begynte i denne stillingen? Har det skjedd endringer?

4: Hva legger du vekt på i ledelse?

Samhandlingsreformen og mestring

5: Hvilke positive og negative erfaringer kan du peke på etter at samhandlingsreformen ble igangsatt? Har de utfordringene du står overfor ført til mer, annen eller ny kompetanse?

6: Har verdigrunnlaget ditt blitt påvirket av utfordringene? Hva betyr god kvalitet for deg? Hvordan har dette tilsammen påvirket din opplevelse av mestring i lederrollen?

7. Er det gjort noen endringer i forhold til fagkompetansen etter at samhandlingsreformen ble innført? Hvordan er bemanningen i forhold til behovet hos pasientgruppen?

8: Hvordan blir kravet om faglig forsvarlighet ivaretatt hos dere? Hvordan påvirker det deg dersom beboerne ikke får det de har krav på? Har innsparinger/kutt i tilbud bidratt til endringer i noen spesiell retning?

9: Hvordan vil du beskrive forholdet mellom deg og dine ansatte? Preget av tillit og åpenhet? Har ansvarsmengden økt? På hvilken måte? Hvordan samsvarer ansvarsmengden i forhold til personell, tid og kompetanse? Forskjell på helg og ukedager? Skrives det mye avvik? Hva går de evt. ut på? Hva påpeker/klager dine ansatte over? Hvordan takles kompliserte «nye» sykepleieoppgaver (som før ble gjort på sykehus), arbeidsoppgaver/fordeling? Er legedekningen tilfredsstillende?

10: Har du merket noe til at pårørende stiller større krav og har større forventninger enn før?

11: Har du noen eksempler på positive endringer du som leder har gjort på avdelingen som du vil dele? Hva gir deg mestringsfølelse? Hvordan er forholdet ditt til din nærmeste leder? Hva krever din leder av deg? Er kravene overkommelige?

Er det noe du har lyst til å tilføye?
Husk eksempler på alt!