

Sykepleiefaglig ledelse

- har det betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten?

Forfatter: Trine Karlstad

Innlevering: 2. Mai 2012

Antall ord: 26728

Kull: 2008

Veileder: Karin Kongsli

Sammendrag

Studiens tema tar utgangspunkt i sykepleiefaglig ledelse og dens betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten. Hensikten med studien er å undersøke om det finnes en sammenheng mellom sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet i sykepleietjenesten. Følgende problemstilling er lagt til grunn for studien:

”Sykepleiefaglig ledelse – har det betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten?”

Studien tar utgangspunkt i teori om faglig ledelse og faglig kvalitet, i tillegg til teori omkring sykepleie og sykepleiefaget. Tidligere relevant forskning som belyser temaene sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet er benyttet for å underbygge og synliggjøre relevansen av studiens tema. Undersøkelsen er gjennomført ved å utføre en spørreundersøkelse blant sykepleiere i klinisk arbeid ved 4 ulike sengeposter i et stort Helseforetak, hvor omkring 150 sykepleiere har deltatt i undersøkelsen. Spørreundersøkelsen har funnet sted i februar og mars 2012.

Undersøkelsen belyser betydningen av sykepleiefaglig ledelse for å fremme faglig kvalitet i sykepleietjenesten. Studiens funn viser at sykepleiefaglig leder har et stort ansvar i å legge til rette for målrettet arbeid, for å opprettholde og heve faglig kvalitet i sykepleietjenesten. I tillegg viser funn at opplevelse av sykepleiefaglige leder som faglig tilstedeværende ledelse, kan sies å ha stor betydning for sykepleietjenesten. På bakgrunn av funn kan det hevdes å være en positiv sammenheng mellom opplevelse av sykepleiefaglig leder og opplevd faglig kvalitet i sykepleietjenesten i utvalget. Konklusjonen gir svar på problemstilling og forskningsspørsmål som ligger til grunn for studien. Studiens begrensninger og forslag til videre forskning er presentert avslutningsvis.

Forord

Masterstudiet i verdibasert ledelse har vært utfordrende og lærerikt. Jeg har fått prøvd ut mine tanker og ideer i et fagmiljø med mye erfaring og kunnskap. Sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet har vært mitt ønske for masterprosjektet etter flere år som sykepleier og leder.

Medvirkning, relevans og mening, for de saken gjelder, står sentralt i utformingen av prosjektet. Tusen takk til seksjonsleder, avdelingssykepleiere/enhetsledere og ikke minst en stor takk til Helsefaglig rådgiver i klinikken som ga meg tillatelse til å forske ved de ulike sengepostene. Spesielt vil jeg takke alle sykepleiere som har deltatt i min undersøkelse og tatt seg tid til å besvare min spørreundersøkelse. Dere har gjort det mulig for meg å utføre mitt prosjekt og jobbe for å synliggjøre viktigheten av sykepleiefaglig ledelse og dens betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten.

En særlig takk til min Høgskolelektor og veileder Karin Kongsli ved Diakonhjemmets Høgskole, for veiledning, struktur og støtte underveis. Din kunnskap og erfaring innenfor sykepleiefaget har utfordret meg og gitt meg trygghet i prosessen. En spesiell takk til veiledningsgruppen på Høgskolen som har vært til stor støtte og inspirasjon i arbeidsprosessen. Det har vært et fruktbart og godt felleskap. Tusen takk til gruppeveileder Harald Askeland for stor inspirasjon og veiledning i veiledningsgruppen. Takk også til Beate Jelstad, som dessverre for oss, ikke fikk deltatt i vår veiledningsgruppe grunnet hyggelige omstendigheter. Takk til de øvrige lærere og ledere av Verdibasert ledelse, kull 2008, for et godt og organisert studie. Og takk til Anne Dieseth som sørger for det meste.

Tusen takk til mine flotte og gode kollegaer og en spesiell takk til min gode venn og kollega Monica Svendby, som har vært til stor støtte både privat, på jobb og i forhold til prosjektet. Du har gitt meg gode tilbakemeldinger og kommentarer til den skriftlige delen av prosjektet, og ikke minst motivasjon til å ferdigstille mitt arbeid. Øvrige kollegaer som har bidratt med innspill til spørreundersøkelsen vil jeg takke og takk til dere andre som har holdt ut med meg underveis i prosessen. Tusen takk til Øystein for tålmodighet og støtte. En øvrig takk til familie og venner som har heiet meg frem. Dere har sammen lagt til rette for det rommet jeg har trengt i hele denne perioden. Tussi og Solo, mine firbente venner, dere har gitt gode og viktige pauser underveis.

Enebakk, 2. mai 2012

Trine Karlstad

Innhold

Kapittel 1	8
1.0 Innledning	8
1.1 Bakgrunn og formål	8
1.2 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål	10
1.3 Begrepsavklaringer.....	11
<i>1.3.1 Sykepleiefaglig ledelse</i>	<i>11</i>
<i>1.3.2 Faglig kvalitet i sykepleietjenesten</i>	<i>12</i>
1.4 Oppgavens avgrensning	13
1.5 Oppgavens oppbygning	14
Kapittel 2	15
2.0 Forskningsstatus	15
2.1 Aktuell forskning.....	15
<i>2.1.1 Forskning av betydning for sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet</i>	<i>16</i>
<i>2.1.2 Forskning av betydning for organisering og faglig kvalitet</i>	<i>17</i>
2.2 Oppsummering	18
Kapittel 3	20
3.0 Teoretisk rammeverk	20
3.1 Faglig ledelse	20
3.2 Sykepleiefaget	26
3.3 Faglig kvalitet.....	28
Kapittel 4	35
4.0 Metode	35
4.1 Metodevalg.....	35
<i>4.1.1 Utvalg, variabler og enheter</i>	<i>36</i>
<i>4.1.2 Beskrivelse av og tilgang til forskningsfelt</i>	<i>37</i>

4.1.3	<i>Utvalgskriterier</i>	38
4.1.4	<i>Spørreskjema</i>	39
4.1.5	<i>Analyse</i>	41
4.1.6	<i>Validitet og reliabilitet</i>	43
4.2	Etiske overveielser	45
4.3	Metoderefleksjon	46
4.4	Metodekritikk	47
Kapittel 5		49
5.0	Analyse	49
5.1	Resultater og funn	49
5.1.1	<i>Respondentenes bakgrunn</i>	50
5.2	Sammenhenger mellom sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet	52
5.2.1	<i>Betydningen av sykepleiefaglig ledelse for faglig kvalitet i sykepleietjenesten</i>	53
5.2.2	<i>Sykepleiernes opplevelse av målrettet arbeid for å opprettholde og heve faglig kvalitet</i>	55
5.2.3	<i>Sykepleiernes opplevelse av sykepleiefaglig leder som faglig tilstedeværende ledelse</i>	57
5.3	Sengepost C og D	58
5.4	Oppsummering	59
Kapittel 6		60
6.0	Diskusjon	60
6.1	Svarprosent	60
6.2	Betydningen av sykepleiefaglig ledelse for faglig kvalitet i sykepleietjenesten	61
6.3	Målrettet arbeid for å opprettholde og heve faglige kvalitet i sykepleietjenesten	67
6.4	Sykepleiefaglig leder som faglig tilstedeværende ledelse	73
6.5	Sengepost C og D	74
6.5.1	<i>Sengepost C</i>	74
6.5.2	<i>Sengepost D</i>	76

6.6 Oppsummering	77
7.0 Konklusjon.....	81
<i>7.1 Studiens begrensninger</i>	<i>84</i>
<i>7.2 Anbefaling for videre forskning</i>	<i>84</i>
Litteraturliste	85
Vedlegg.....	87
<i>Vedlegg 1:Forespørsel om forskningsfelt</i>	<i>88</i>
<i>Vedlegg 2: Spørreskjema.....</i>	<i>90</i>

Kapittel 1

1.0 Innledning

Helsetjenestene som tilbys og utøves i sykehusvesenet er det som danner grunnlaget og setter standarden for den overordnede kvaliteten i pasientbehandlingen, hvor målet for helsetjenesten er god praksis (Orvik, 2006:71). Det er flere aktører og yrkesgrupper som er ansvarlig for pasientbehandlingen innenfor sykehusvesenet, sykepleiere og utøvelse av sykepleie er en vesentlig del av denne. Min studie omhandler sykepleiefaglig ledelse og dens betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten. Den faglige kvaliteten i pasientbehandlingen er etter min oppfatning avhengig av mange faktorer, som blant annet sykepleiefaglig ledelse av sykepleiefaget. Dette ønsker jeg å undersøke nærmere hos sykepleiere som arbeider innenfor spesialisthelsetjenesten i Norge. Jeg vil med dette se om de faktorer jeg anser ligger til grunn for sykepleiefaglig ledelse, er av betydning for å oppnå faglig kvalitet i sykepleietjenesten.

1.1 Bakgrunn og formål

Det er flere grunner til at jeg har hatt et ønske om å arbeide med tema knyttet til faglig kvalitet og ledelse innenfor sykehusavdelinger. Sykepleiefaglige ledere har ansvar for helheten i pasientbehandlingen, som består av organisatorisk kompetanse og organiserings kompetanse. Dette kan underbygges når Reppesgaard finner i sin studie at sykepleieledere ikke opplever spenningsforholdet mellom fag og drift, men at dette er to komponenter som er gjensidig forbundet av hverandre (Reppesgaard, 2007: 74). Mine egne erfaringer og opplevelse som sykepleiefaglig leder er at det kan være utfordrende å prioritere fag og faglig utvikling i det system vi jobber i, med høye krav til økonomi og effektivitet, og med de nedskjæringer og innsparinger en blir stilt overfor. Fag koster tid og penger, og det krever bevissthet om struktur og system. Jeg har som sykepleier og leder opplevd vesentlige endringer i forhold til organisering og krav til systemet, som gjør at jeg er svært engasjert i de utfordringer sykepleiefaget står overfor. Sykepleiefaglig leder har ansvar for å forvalte ressursene innenfor sitt ansvarsområde på en hensiktsmessig måte, for å fremme fokus på faglig kvalitet. Jeg finner derfor den Canadiske studien utført av Sudbury og Gnaedinger interessant. Studien beskriver en omorganisering av sykepleietjenesten for å heve kvaliteten på tjenestene, og

hvordan det løses ved å innføre endringer innenfor de rammer som allerede eksisterer (Sudbury og Gnaedinger, 2007: 16).

Sykepleiefaget omhandler flere aspekter som til sammen utgjør et helhetlig ansvar og det er sykepleiere med lederansvar som har ansvaret for at alle aspektene i pasientbehandlingen ivaretas (NSF, 2005: 7). Sykepleieres grunnutdanning danner fundamentet for utøvelsen av sykepleie på alle nivåer i helsevesenet. I følge rammeplan for sykepleierutdanning er formålet med utdanningen å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten (Rammeplan, 2008: 4). Hjeltnes og Braut skriver i artikkelen *"Helsetjenesten mangler dirigenter"*, at deres uro er fravær av et system som sikrer kvalitet i grenseflaten mellom pasient og behandler, et system med pasienten og ikke byråkraten i fokus. Hvor opplevelsen er at pasienter og pårørende møter et system med nyutdannede sykepleiere som mangler kompetanse i grunnleggende sykepleie. Det hjelper lite at de kan redegjøre for teoretiske omsorgsmodeller når de ikke er i stand til å yte omsorg til syke og døende og at dette handler om manglende faglig fokus i den daglige kliniske ledelsen (Aftenposten, 2012). Kontinuitet i pleien, observasjon, sansing og klinisk erfaring i sammenheng med teoretisk kunnskap er det som danner grunnlag for sykepleiehandlinger som pleie, omsorg, behandling og lindring. Det er de grunnleggende verdiene i sykepleien som må ligge til grunn for sykepleiefaget og utøvelse av kvalitativ god sykepleie og pasientbehandling. Noe den sykepleiefaglige ledelse er ansvarlig for og må sikre gjennom faglig ledelse av sykepleietjenesten.

Den sykepleiefaglige lederen har i sin rolle som både sykepleier og leder av sykepleiefaget et stort ansvar i å lede sykepleietjenesten. Ansvaret ligger i det å være en god rollemodell både i faglige, etiske og kommunikasjonsmessige sammenhenger (NSF: 2005: 14). Sykepleiefaglige ledere har ansvar for å skape rammer og muligheter for at sykepleiere identifiserer seg med sykepleiefaglige normer og verdier, og samtidig opprettholder og videreutvikler sin faglige kompetanse. Spicer finner i sin undersøkelse at krefter i rammeverket fra det anerkjente amerikanske magnetprogrammet er med til å heve kompetanse og effektivisere lederrollen. Kraftene i rammeverket er blant annet kvalitetsforbedring, faglig utvikling, kvalitet på pleien og profesjonelle modeller for omsorg, som er av betydning for å lykkes med kvalitet i sykepleien (Spicer, 2011: 154). Studien underbygger min oppfatning om at faglig ledelse er av vesentlig betydning for å lykkes med faglig kvalitet.

Det har engasjert meg sterkt hvordan en som leder har mulighet til å påvirke sykepleiefaget og kvaliteten i sykepleiebehandlingen. Relevansen av min studie kan derved underbygges når Naustdal gjennom sin forskning kommer frem til at sykepleiefaglig ledelse er av betydning for å lykkes med kompetanseutvikling i sykepleietjenesten (Naustdal, 2010: 287). I tillegg konkluderer Normann blant annet i sin studie med at sykepleiere må fokusere mer på fag og forskning, for å heve kvaliteten på sykepleien (Normann, 2001: 80), noe som er med til å underbygge mitt engasjement for sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet.

Sykepleiefaglig leder har et stort ansvar i det å arbeide målrettet med faglig kvalitet i sykepleietjenesten. Dette kan underbygges med funnene i Kramers studie som blant annet viste at kontroll av sykepleiepraksis og en pasientrettet kultur fremmer kvaliteten i pasientarbeidet dersom organisering og ledelse på enhets- og organisasjonsnivå er tilstedeværende (Kramer, 2009: 77). Målet med sykepleiefaglig ledelse må være å lede en klinisk virksomhet av høy kvalitet, hvor vitenskapelige, økonomiske, etiske og estetiske standarder og verdier er tatt i betraktning. Jeg har en tanke om at en som sykepleier må være seg bevisst på, og fokusere på sykepleiefaget og de normer og verdier som ligger i det å være profesjonsutdannede sykepleiere. Jeg undrer meg over hvilken oppfatning sykepleiere har av sammenhengen mellom sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet? Og i hvilken grad opplever sykepleiere at det legges til rette for fag og faglig utvikling i det daglige arbeidet?

1.2 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

En av utfordringene en i dag som sykepleiefaglig leder står overfor er den faglige kvaliteten i sykepleietjenesten. Bakgrunnen for denne studie er å sette fokus på og mulig gi større grad av kunnskap og bevissthet, i forhold til hvor viktig sykepleiefaglig ledelse er for utøvelse av kvalitativ god sykepleie. Hensikten og formålet med min studie er derfor å se på sammenhenger mellom sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet i sykepleietjenesten. Jeg har valgt følgende problemstilling for å forsøke å utdype og nyansere problemområdet:

Sykepleiefaglig ledelse – har det betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten?

For å belyse problemstilling har jeg definert 3 forskningsspørsmål, som jeg skal søke å finne svar på gjennom min studie.

1. Hvilken betydning har sykepleiefaglig ledelse for faglig kvalitet i sykepleietjenesten?
2. Hvilken opplevelse har sykepleiere av at det prioriteres og legges til rette for målrettet arbeid for å opprettholde og heve faglig kvalitet i sykepleietjenesten?
3. Hvilken opplevelse har sykepleiere av sykepleiefaglig leder som en faglig tilstedeværende ledelse?

Jeg søker å besvare problemstillingen gjennom en spørreundersøkelse, hvor jeg har valgt å rette spørreskjema til sykepleiere ansatt på ulike sengeposter ved et stort Helseforetak i Norge. Spørsmålene i spørreskjema er operasjonalisert og utformet slik at de skal kunne gi svar på problemstilling og forskningsspørsmålene i studien.

1.3 Begrepsavklaringer

Jeg har valgt å definere og operasjonalisere sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet i sykepleietjenesten, som danner fundamentet for min studie, dette for å gi leserne en forståelse av hva jeg legger i begrepene for denne studie.

1.3.1 Sykepleiefaglig ledelse

Jeg har valgt å operasjonalisere faglig ledelse som sykepleiefaglig ledelse. Faglig ledelse er i studien knyttet til ledere med sykepleiefaglig bakgrunn, som ledere av sykepleietjenesten på sengeposter. Jeg har valgt å definere faglig ledelse på følgende måte:

”Faglig ledelse i profesjonsutøvelsen handler om å sikre faglig innhold i prosesser knyttet til pasientarbeidet og om å sikre flyten i arbeidsprosesser” (Orvik, 2006: 298).

Videre omhandler faglig ledelse planlegging, fordeling av oppgaver og delegering, og i tillegg innebærer denne lederrollen å bygge relasjoner og utvikle en gruppe til team (Orvik, 2006: 298). Følgende indikatorer og avgjørende ledelsesområder anser jeg må ligge til grunn for utøvelse av sykepleiefaglig ledelse:

- ***Ledelse av sykepleiefaget***, evnen til å skape et faglig fellesskap hvor kompetanseheving og utvikling av sykepleiefaget er fokusområdet. Samtidig å inneha

evnen til å gjøre andre gode, gjennom å utnytte den enkelte sykepleiers sykepleiefaglige kompetanse.

- **Helhetsperspektiv**, å inneha evnen til å skape felles målsetting, verdigrunnlag og retning for sykepleietjenesten som etterleves i praksis. Samtidig å ha evnen til å være en god faglig rollemodell.
- **Faglig ansvar**, med konkrete planer for kvalitetsutvikling som er gjort kjent i sykepleietjenesten. Evnen til å skape faglige fora (prosedyregrupper, sykepleiefaglig veiledning, faglige og etiske refleksjoner etc.).
- **Evnen til å skape felles kultur med fokus på læring**, hvor felles normer og spilleregler er førende, og hvor det å skape et pasientrettet fokus er målet.
- **Sykepleiefaglige verdier**, evnen til å opprettholde fokus på verdiene i sykepleiefaget.
- **Evnen til å skape gode faglige prosesser og koordinasjon av pasientarbeidet**, som innebærer å inneha evnen til å skape struktur og system gjennom gode opplæringsrutiner, kvalitetsarbeid og standardiserte behandlingsforløp.

1.3.2 Faglig kvalitet i sykepleietjenesten

Sykepleiefaget er det som danner grunnlag for min studie. Jeg har derfor valgt å benytte en definisjon på sykepleie av Virginia A. Henderson:

”Sykepleiernes enestående funksjon er å hjelpe mennesker, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død) som han ville ha utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til dette. Og det er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig” (Henderson, 1998: 10).

Kvalitetsbegrepet kan defineres på mange måter og jeg har valgt å benytte definisjonen til Norsk Standard (NS – EN ISO 9000:2000):

”Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005: 11).

Faglig kvalitet er et vidt begrep som kan omhandle mange faktorer og indikatorer, jeg har valgt å operasjonalisere faglig kvalitet i sykepleietjenesten på følgende måte:

- **Faglig forsvarlighet**, hvor målet er god praksis.
- **Sykepleiefaglig kompetanse**, fagutvikling satt i system gjennom å opprettholde og heve den faglige kompetanse i sykepleietjenesten, via systematisk opplæring og konkrete planer for videreutvikling og videreutdanning.
- **Kvalitet og kvalitetsarbeid**, sørge for at faglig kvalitet opprettholder krav til faglige retningslinjer og standarder, gjennom å arbeide målrettet med kvalitetsarbeid. Samtidig å sikre målrettet kunnskapsbasert arbeid, KBP, for å fremme kvalitet i praksis.
- **Faglige og etiske refleksjoner**, som er med til å fremme kritisk tenkning over gjeldende praksis.
- **Effektivitet**, som innebærer kvalitet i pasientbehandlingen gjennom standardiserte fagprosedyrer og behandlingsforløp.

Sykepleietjenesten omfatter sykepleiere arbeidende innenfor de sengeposter jeg som forsker undersøker. Sykepleie er en treåring profesjonsutdanning som krever offentlig godkjenning og autorisasjon.

1.4 Oppgavens avgrensning

Innenfor feltet sykepleiefaglig ledelse og fokus på faglig kvalitet er det mange problemstillinger som ikke vil bli berørt i denne oppgaven. Det er flere yrkesgrupper så som omsorgsarbeidere og hjelpepleiere, som utøver sykepleiefaget, men jeg har valgt å avgrense studien til å omfatte sykepleiere. I tillegg ønsker jeg å undersøke sykepleiernes opplevelse av, om det er fokus på og legges til rette for, å opprettholde og heve, faglig kvalitet i sykepleietjenesten. Grunnleggende verdier i sykepleiefaget og omsorgsarbeidet har ikke endret seg, selv om man kan se store samfunnsmessige endringer og utvikling innenfor helsevesenet. Endringer i samfunnet og helsevesenet er ikke faktorer jeg vil komme inn på i oppgaven, selv om det spiller inn i forhold til hvordan sykepleiefaget har utviklet seg og utøves i dag. Det jeg ønsker å ha fokus på i denne studie er sammenhenger mellom sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet, som jeg anser er nødvendig uansett hvordan helsevesenet organiserer og utvikler seg. Det er mange faktorer som spiller inn i en sykehusavdeling i forhold til lederens fokusområder og praktisering av sykepleiefaglig ledelse. Jeg har valgt å se på de faglige faktorer som ligger til grunn for faglig kvalitet, det er

derfor en rekke arbeidsoppgaver og ansvarsområder en sykepleiefaglig leder har, som ikke vil bli berørt i oppgaven. Dette er et valg jeg som forsker har tatt i forhold til å begrense meg innenfor rammen og omfanget av en masteroppgave. Kvalitet er et omfattende begrep og jeg har valgt å se på faglig kvalitet som en følge av sykepleiefaglig ledelse. Jeg har valgt ikke å undersøke måleparametre og kvalitetsindikatorer, ei heller pasientenes opplevelse av kvalitet, tiltross for at dette ville vært svært spennende, men og en nødvendig avgrensning.

1.5 Oppgavens oppbygning

Foruten forord og innledningskapittel, hvor bakgrunn, begrepsavklaring og problemstilling fremstilles, kapittel 1, er oppgaven delt inn i ytterligere 6 kapitler. Kapittel 2 omhandler forskningsstatus og aktuell forskning for denne studie. Kapittel 3 omfatter det teoretiske rammeverk, hvor det redegjøres for relevant teori og empiri omkring variablene sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet, i tillegg til sykepleieteori. I kapittel 4 redegjøres for valg av forskningsmetode og design, beskrivelse av undersøkelsen og hvordan analyse av datamaterialet er gjort. Studiens analyse av funn og resultater presenteres i kapittel 5. De teoretiske diskusjoner sett opp i mot innholdet i den teoretiske referanserammen finner sted i kapittel 6. Til slutt i kapittel 7 gis en konklusjon med avsluttende kommentarer, studiens begrensning og en anbefaling for videre forskning. Jeg har i tillegg valgt å oppsummere enkelte av kapitlene der jeg har funnet dette hensiktsmessig.

Kapittel 2

2.0 Forskningsstatus

Søkmotorer som Norsk sykepleierforbunds nettsider, Google, Bibsys og Chinal er benyttet for å søke opp relevante forskningsartikler og studier, som jeg har valgt å utdype og benytte i min studie.

Jeg har benyttet Norske søkeord som kompetanseutvikling (304), ledelse (2691), fag ledelse (12), enhetlig ledelse (14), fag (1281), sykepleie (2197), sykepleie ledelse (55) og faglig kvalitet (6). Ved å kombinere søk satt jeg igjen med til sammen 41 studier og artikler. Jeg har ut i fra disse valgt å benytte 3 studier jeg finner relevante og interessante for min studie.

Engelske søkeord jeg har benyttet er; clinical competence (16881), professional competence (6765), leaders (8060), nursing leaders (5086), management styles (1641), leadership (15745), quality of nursing care and quality management (5647). Ved å kombinere søk og avgrense blant annet med forskning innenfor de siste 5 år, satt jeg igjen med 35 studier og artikler, ut av disse har valgt ut 3 studier jeg fant relevante og interessante for min studie.

Utvalgsriterier jeg har lagt til grunn for utvelgelse av forskningsartikler og studier er sykepleiefaglig ledelse og dens betydning for kompetanseheving og utvikling av sykepleiefaget, sykepleiefaglig leders rolle i forhold til organisering og forvaltning av ressurser, og i tillegg sykepleiefaglig ledelse med fokus på fag og faglig kvalitet i sykepleietjenesten.

2.1 Aktuell forskning

Etter utførte søk i ulike databaser fant jeg mange studier, artikler og undersøkelser, noen var relevante og mange var interessante for min problemstilling. De studier og undersøkelser jeg har valgt å benytte, er med til å danne grunnlag for innholdet og tråden i studien og for utformingen av oppgaven. Jeg vil nå presentere og utdype sentrale perspektiver som synes særlig relevante i forhold til min innledning, bakgrunn for valg av tema og problemstilling.

2.1.1 Forskning av betydning for sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet

Naustdal har gjennomført en kvalitativ studie med individuelle intervju, hvor hun intervjuet 8 sykepleieledere med ansvar for sykepleietjenesten på sengeposter ved sykehus.

Problemstillingen for studien var: *”Kva rolle spelar sjukepleieleiaren på sengepostnivå i arbeidet med kompetanseutvikling i sjukehus og på kva måte har sjukehusreforma, i kombinasjon med innføring av einskapleg leiing, påverka sjukepleieleiaren på sengepostnivå i arbeidet med å utvikle den sjukepleiefaglege kompetansen?”* (Naustdal, 2006). De sentrale funnene fra undersøkelsen var at sykepleielederen har ansvar for å legge til rette for et systematisk og kontinuerlig arbeid med kompetanseutvikling, som skal sikre tjenester til enhver tid, samtidig har hver enkelt sykepleier ansvar for å sikre at arbeidet en utfører er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Naustdal konkluderer i sin studie at dersom en ønsker å systematisere og målrette arbeidet med kompetanseutvikling for sykepleietjenesten, indikerer funnene i studien at helseforetakene kritisk bør vurdere det faglige innholdet i sykepleielederen sitt arbeid og rolle.

Normann har gjennomført en kvalitativ studie hvor hun intervjuet mellomledere på klinikknivå ved sykehus i Norge. Problemstillingen for studien var: *”Enhetlig todelt ledelse, kraftpotensiale eller konflikt?”* (Normann, 2001). Gjennom å intervjuer til sammen 10 lege- og sykepleieledere kommer Normann blant annet frem til at intensjonen i enhetlig todelt ledelse, med felles ansvar for avdelingens drift og et særskilt fagansvar, ikke i tilstrekkelig grad er oppfylt. Legelederne må sies å ha lyktes med å ivareta sitt faglige ansvar, mens sykepleierlederne ikke har mestret dette på tilsvarende måte. Sykepleierlederne får ikke ivaretatt fagutviklingen i den grad de ønsker. Grunnen til dette hevdes å være at de ikke har fagutviklingssykepleier i avdelingen og fordi de har for lite tid.

Spicer m.fl. har skrevet artikkelen: *”Importance of role competencies of Chinese directors of nursing based on the forces of magnetism”* (Spicer, 2011), på bakgrunn av en kvantitativ studie med en spørreundersøkelse, utført ved to ledernivåer på sykehus over hele Kina. Den omfattende studien var et samarbeidsprosjekt mellom Kina og USA, hvor Helsedepartementet i Kina ønsket å styrke og øke kvaliteten på sykepleieledelsen gjennom å heve lederkompetansen blant Kinesiske sykepleieledere. Målet med undersøkelsen var å kartlegge viktigheten av de to ledernivåers kompetanse, basert på kreftene i det anerkjente amerikanske Magnetprogrammet. 300 ledere ble tilfeldig trukket ut av Helsedepartementets databaser og

de to nivåene som deltok i undersøkelsen var Directors of nursing, DON (på norsk oversatt til oversykepleier) og vice president or chief operating officers, COO (på norsk oversatt til klinikkleder). De to ledernivåene er gjensidig avhengige av hverandre, hvor klinikkledernes oppfattelse av sin rollekompetanse kan få konsekvenser for oversykepleierens suksess. Magnetprogrammet er basert på 14 standarder: kvalitet og sykepleieledelse, organisasjonsstruktur, lederstil, personalpolitikk og personalprogrammer, profesjonelle modeller for omsorg, kvaliteten på pleien, kvalitetsforbedring, konsultasjon og ressurser, autonomi, samfunnet og sykehuset, sykepleiere som lærere, symbolet på sykepleie, tverrfaglig samarbeid og faglig utvikling. De viktigste funnene fra undersøkelsen var at begge de to ledernivåenes lederkompetanse var vesentlig for oversykepleierens effektivitet, basert på krefter fra Magnetprogrammet. Studiens funn viser at faktorene i magnetprogrammet er av vesentlig betydning for å effektivisere lederrollen, som igjen fremmer den faglige kvaliteten i sykepleietjenesten. Studiens funn støtter i tillegg overførbarhet av krefter fra det amerikanske magnetprogrammet til sykepleieledelse i sykehus internasjonalt.

2.1.2 Forskning av betydning for organisering og faglig kvalitet

Reppesgaard har utført en kvalitativ studie hvor hun intervjuet 8 sykepleieledere på akuttavdelinger ved sykehus i Norge. Problemstillingen for studien var: *"I spennet mellom fag og drift - Ledelse i lys av dagens helselovgivning og foretaksmodell, - hvordan og på hvilken måte opplever sykepleieledere på akuttavdelinger at helsereformens fokus på økonomi og administrasjon innvirker i utøvelsen av ledelse?"* (Reppesgaard, 2007). Reppesgaard finner at sykepleielederne ikke opplever et spenningsforhold mellom fag og drift, med ser derimot fag og drift som to komponenter som er gjensidig nær forbundet med hverandre. Sykepleielederne ser en klar sammenheng mellom å lede både ut i fra driftsmessige og faglige vurderinger. Hun konkluderer i sin studie med at utøvelse av sykepleiefaglig ledelse på akuttavdelinger, fordrer ledere som mestrer tilpasning til nye styringsformer, samtidig som de bevarer fagets grunnverdier i sitt virke som ledere.

Kramer m. fl har gjennomført en kvalitativ studie gjennom å intervjuet 446 ansatte ved 8 Magnet sykehus i hele USA. Artikkelen: *"Walk the talk: Promoting Control of Nursing Practice and a Patient – Centered Culture"* (Kramer, m.fl., 2009), er skrevet på bakgrunn av studien. Artikkelen beskriver at formålet med studien var å fastslå organisasjonsstrukturer og

ledelsespraksis sykepleierne identifiserte som nødvendige faktorer for å fremme et sunt arbeidsmiljø, med spesifikke, strukturerte og fastsatte rutiner. Faktorer som igjen fremmer kontroll av sykepleiepraksis og en pasientsentrert kultur. Et av funnene fra studien var at sykepleiere ikke kan kontrollere praksis eller delta i aktiviteter knyttet til en pasientfokusert kultur på enhetsnivå, dersom organisering og ledelse av disse aktiviteter ikke finnes på organisasjonsnivå. Et annet interessant funn var at kultur er det normative limet som bevarer og styrker gruppen og gir den helbredende varme, som igjen er avgjørende for god behandling.

Sudbury and Gnaedinger har skrevet artikkelen: "*Optimizing LTC nursing resources by redesigning staff mix and leadership model*" (Sudbury and Gnaedinger, 2007). Artikkelen er skrevet på bakgrunn av en kvalitativ studie utført i forhold til omorganisering av et Canadisk sykehjem for demente, med behov for sykepleie og omsorg på døgnbasis, og bemanning 24 timer i døgnet. Studien omhandler et forsøk på å optimalisere sykepleie ressursene for å heve kvaliteten på sykepleien, ved å endre sammensetning av personalressurser og innføring av ny ledermodell. Bakgrunnen for endringene var mangelen på kvalifisert personell, bekymring for kvaliteten på arbeidet og vanskeligheter med rekruttering av nytt personell. Behovet var stort for å tenke nytt og kreativt for å bevare kvalitet og kompetanse innenfor de gjeldene rammene. Fordelene og virkningene som følge av omorganiseringen var, at sykepleiekunnskap og visdom var med til å heve kvaliteten på sykepleien og i tillegg opplevdes arbeidsmiljø blant ansatte bedre.

2.2 Oppsummering

Studiene jeg har valgt å benytte, er med til å underbygge relevansen av min studie, i forhold til betydningen av sykepleiefaglig ledelse for å lykkes med faglig kvalitet. Jeg vil nå oppsummere de viktigste funn. **Naustdal** konkluderer i sin studie at sykepleiefaglig ledelse er av vesentlig betydning for å lykkes med sykepleiefaglig utvikling. **Normanns** studie sier noe om forskjellen på lege- og sykepleieledere og hvordan legelederne beskrives i forhold til å utøve faglig ledelse, hvor en kan tenke seg at sykepleiere har mye å lære. **Kramer m. fl.** kommer i sin forskning frem til at sykepleiere ikke kan kontrollere praksis eller delta i aktiviteter knyttet til en pasientfokusert kultur på enhetsnivå, dersom organisering og ledelse av disse aktiviteter ikke finnes på organisasjonsnivå. **Spicer m.fl.** har gjennom sin

undersøkelse ved sykehus, ved å benytte det anerkjente amerikanske magnetprogrammet for å styrke og øke kvaliteten på sykepleieledelsen, funnet at faktorene i magnetprogrammet er av vesentlig betydning for å effektivisere lederrollene, som igjen fremmer den faglige kvaliteten i sykepleietjenesten. **Reppesgaard** har forsket på hvordan ledere kommer i klem mellom verdier, fag, økonomi og innsparingskrav, hvor hun konkluderer at sykepleiere ser drift og fag som to avhengige komponenter. **Sudbury og Gnaedingers** artikkel skrevet på bakgrunn av en omorganisering, hvor fokuset på endringer for å heve kvaliteten på sykepleietjenestene løses, ved å innføre endringer innenfor de rammer som allerede eksisterer.

Kapittel 3

3.0 Teoretisk rammeverk

Det teoretiske rammeverk har sin bakgrunn i problemstilling og de områder jeg ønsker å undersøke i forhold til mitt temaområde og interessefelt. Faglig kvalitet må forstås innenfor de rammer sykepleie utøves i sykehusavdelinger, hvor sykepleiefaglig ledelse må sees som et viktig element for å arbeide målrettet med faglig kvalitet. Jeg har derfor valgt å benytte aktuell teori som omhandler faglig ledelse og faglig kvalitet. Sykepleie er selve fundamentet for min studie og det sees derfor svært relevant å trekke inn sykepleieteori, for å gi leseren en forståelse av hva jeg legger til grunn for kvalitet i sykepleien og sykepleiefaget i denne studie.

3.1 Faglig ledelse

Hva er faglig ledelse? Sykepleiefaglig ledelse er selve grunnlaget i min studie, og som ligger til grunn for målrettet arbeid for å lykkes med faglig kvalitet i sykepleietjenesten, hvor målet er høy kvalitet og omsorg i pasientbehandlingen. Ledelse er et ord som brukes både om personer som utøver ledelse og den virksomhet eller de aktiviteter de utøver i egenskap av å være ledere (Strand, 2007: 17). I min operasjonalisering av faglig ledelse peker jeg på viktige indikatorer, jeg mener er nødvendig for å arbeide målrettet med faglig kvalitet, som jeg nå vil se nærmere på.

Ledelse av sykepleiefaget

Sykepleiere med lederansvar har ansvaret ikke bare for å lede en gruppe, men også for å lede sykepleiefaget. I følge Norsk sykepleieforbund, NSF må sykepleier med lederansvar i en kunnskapsorganisasjon være en synlig leder for de ansatte, kunne bygge team, ha evnen til forhandlinger, ha tydelige verdier og visjoner, karisma og evne til å gi makt til de ansatte for å lykkes som leder. I tillegg er det avgjørende at leder deltar i de arenaer hvor beslutninger tas (NSF, 2005: 14). I det ligger det at sykepleiefaglig leder må holde seg oppdatert både etisk, faglig, juridisk og i forhold til nyere forskning. Det å lede sykepleiefaget innebærer at sykepleiefaglig leder innehar kunnskaper om hva som ligger i begrepet forsvarlig praksis, som igjen innebærer kunnskaper om organisasjonen, i tillegg til å kunne organisere sykepleietjenesten og sykepleiefaget. Orvik beskriver dette som organiseringskompetanse og organisatorisk kompetanse (Orvik, 2010: 16). Flere sentrale styringsdokumenter og lov om

helsepersonell for helsetjenesten, konkretiserer og vektlegger sammenhengen mellom faglig forsvarlig praksis og kompetanse (Naustdal, 2010: 287). Sykepleiefaglig ledelse handler derved ikke bare om å ta ansvar for sykepleiefaget, men i tillegg å sikre en forsvarlig praksis. Faglig forsvarlighet handler om å ta ansvar for sykepleietjenesten, hvor ansvarlighet handler om å ta ansvaret for sykepleiepraksis og i tillegg gjøre noe for å bedre organisatoriske forhold (Aase, 2010: 34). Dette kan sies å støttes av funn fra Reppesgaards studie, da hun finner at sykepleieledere ser en klar sammenheng mellom vurderinger både i forhold til drift og fag (Reppesgaard, 2007: 74). Egne erfaringer sier meg at det er utfordrende å inneha rollen som sykepleiefaglig leder, for som sykepleiefaglig leder kommer en ikke utenom de administrative ledelsesoppgaver, noe som etter min oppfatning også er av avgjørende betydning for å lede sykepleiefaget i riktig retning. For å lede sykepleiefaget må sykepleiefaglig leder inneha faglige kunnskaper, kunne arbeide målrettet, inneha bevisste verdier som menneske og i utøvelsen av lederskap, kjenne organisasjonen som skal ledes, ha evnen til å ta beslutninger og i tillegg kunne bygge kultur med fokus på læring. Erfaringsmessig har sykepleiefaglig leder alltid hatt mange administrative oppgaver, men dette må ikke bli et skalkeskjul og en sovepute i forhold til det faglige ansvaret. Derfor faglig ledelse.

Helhetlig ansvar - helhetsperspektiv

NSF skriver at sykepleiefaglig leder har et helhetlig ansvar som omfatter et administrativt ansvar, faglig ansvar, juridisk ansvar og et etisk ansvar (NSF, 2005: 7). Helhetlig ansvar innebærer å utarbeide konkrete mål. Målsettingen skal være en rettesnor for arbeidet og skal beskrive hvor organisasjonen skal befinne seg i overskuelig fremtid. Samtidig skal målsettingen legitimere organisasjonens virksomhet og adferd, og den skal tjene som vurdering av organisasjonens arbeid. Orvik skriver at mål gir retning for arbeidet, motiverer til felles innsats, gir grunnlag for evaluering og øker organisasjonens legitimitet (Orvik, 2006: 53). Helhetsperspektivet omfatter derved å inneha evnen til å skape felles målsetting, verdigrunnlag og retning for sykepleietjenesten som etterleves i praksis. Samtidig innebærer faglig ledelse å ha evnen til å være en god faglig rollemodell (NSF, 2005: 14). Faglig ledelse er knyttet til organisatoriske prosesser, det handler om å formulere faglige visjoner sammen med medarbeiderne og i tillegg utnytte alt potensialet som finnes av kunnskap og erfaringer hos medarbeiderne og samarbeidspartnerne (Just, 2000: 109). Just skriver at en forutsetning for å skape et reelt engasjement i personalgruppen er å inneha evnen til å omsette personlige visjoner til felles visjoner, som og er en forutsetning for å omsette visjoner til handlinger

(Just, 2000: 104). Den sykepleiefaglige leder har ansvar for å sikre at alle medarbeiderne får delta i å formulere visjoner og mål for fremtiden, evaluere underveis og følges opp med konkrete handlinger. Just skriver at å føle personlig eierskap for felles visjoner er viktig, og det er en realitet at sykepleiere er gode på å formulere mål, men erfaringen er dessverre at det ikke alltid anvendes aktivt i dagligdagen (Just, 2000: 105). Erfaringsmessig er det å involvere sykepleietjenesten til deltagelse i å formulere konkrete mål vesentlig for å fremme engasjement og følelsen av eierskap. Engasjement er igjen og en viktig faktor for å fremme faglig kvalitet. En annen viktig faktor er at engasjement kan sees sentralt i forhold til kvalitet i pasientbehandlingen, og gjennom faglig ledelse kan konkrete mål derved være med til at engasjementet ledes i riktig retning.

Faglig ansvar med konkrete planer for kvalitetsutvikling

Sykepleiefaglig leder har ansvar for kvalitativ omsorg til pasientene, utvikling av sykepleiefaget, den sykepleiefaglige kvaliteten, undervisning og forskning, og for å anvende forskningsresultater, gjennom hensiktsmessig prioritering av ressurser. NSF, har satt opp 4 grunnpillarer for den sykepleiefaglige ledelsen; helseperspektiv, pasientens behov, ansvar for kvaliteten på sykepleien og kultur med fokus på læring (NSF, 2005: 6). Ledelse av sykepleiefaget handler om å inneha evnen til å skape et faglig fellesskap hvor kompetanseheving og utvikling av sykepleiefaget er fokusområdet. Samtidig omhandler faglig ledelse å inneha evnen til å gjøre andre gode gjennom å utnytte den enkelte sykepleiers sykepleiefaglige kompetanse. Orvik skriver at faglig ledelse handler om ansvaret for et spesifikt fag med et avgrenset ansvarsområde. Legitimiteten er forankret i profesjonen, hvor helselovgivning og arbeidsmiljølovgivning er basis for yrkesutøvelsen. Profesjonen er i tillegg forpliktet til at fagområdet blir drevet innenfor kravet om faglig forsvarlighet (Orvik, 2006: 113). Videreutdanning i faglig ledelse for sykepleiere ved Høgskolen i Oslo og Akershus, har i sin rammeplan nedfelt at hensikten med utdannelsen er å gjøre sykepleiere med lederansvar bedre i stand til å møte de resultatkrav og forventninger som stilles fra ledelse, ansatte, pasienter og samarbeidspartnere. Målet for utdanningen er å kvalifisere sykepleiere til å lede en klinisk virksomhet av høy kvalitet med hensyn til vitenskapelige, økonomiske, etiske og estetiske standarder og verdier. Utdanningen skal i tillegg styrke ledernes fagkunnskaper med sikte på å lede en kunnskapsbasert praksis (Studieplan, 2010: 3). Naustdal finner i sin studie, at organisasjonsmessige strukturer påvirker mulighetene for å utføre arbeidet med kompetanseutvikling (Naustdal, 2010: 291). Samtidig har Markussen

skrevet at nordiske sykepleiere, har for lite, eller får for lite, eller ingen, opplæring i praktisk håndtering i å håndtere vitenskapelig kunnskap, eller å vurdere når nyere forskning og kunnskap er nødvendig (Markussen, 2011: 64). Noe som støttes av Normann sin studie, hvor hun finner at sykepleie ledere har inntatt en defensiv rolle i forhold til faglig utvikling, og at sykepleiere muligens må fokusere mer på fag og forskning og ikke så mye på de administrative oppgaver, for å utvikle sykepleiefaget (Normann, 2001: 65, 78). I artikkelen ”*Achieving Excellence in Nursing Management*” skriver Hyrkås at sykepleiefaglig leder må balansere spenningen mellom produktivitet og effektivitet. Hvor nærværende ledelse er en av de mest innflytelsesrike faktorer, ved at sykepleieleder har en nøkkelrolle i å utøve klinisk veiledning, noe som er med til å skape en bedre balanse mellom arbeidet, effektivitet og sykepleiernes profesjonelle effekt (Hyrkås, 2011: 2). Hyrkås sier at nærværende ledelse er den mest innflytelsesrike faktoren og samtidig peker Markussen på at sykepleiere får for lite eller ingen opplæring i å benytte vitenskapelig kunnskap. NSF skriver at sykepleiefaglig leder har ansvar for kvaliteten i sykepleien, i praksis betyr det at leder må delta mer i det kliniske arbeidet for å fremme målrettet arbeid med kvalitetsarbeid, for å sikre at mål for kvalitetsutvikling kan nås. Gjennom faglig ledelse har den sykepleiefaglige lederen mulighet til å støtte den individuelle kompetanseutvikling i hverdagen for eksempel i konkrete pasientsituasjoner, utviklingsprosjekter, ved etablering av sykepleiefaglig veiledning, etc.. Det sentrale er at lederen understøtter at medarbeideren tar ansvar for egen læring og skaper rammer for at det skal bli mulig. Sykepleiefaglig leder har et stort ansvar i det å lede sykepleiefaget i tillegg til å sikre utvikling og kompetanseheving hos medarbeiderne. Just skriver at dersom faglig leder arbeider bevisst og konkret for å utvikle alle medarbeideres evne til å lære i forskjellige situasjoner og grupper, vil det kunne medvirke til å styrke den faglige bevissthet og utvikling. Lederen kan skape situasjoner hvor det blir mulig å finne frem til felles læring for å sikre fremadrettede strategier som kan brukes i lignende situasjoner (Just, 2000: 109).

Kultur med fokus på læring

Just skriver at kultur og normer speiles i det faglige engasjementet i en avdeling, hvor faglig leder har ansvaret både for å skape et felles engasjement med utgangspunkt i individenes individuelle engasjement og samtidig skape et tettere og bedre samarbeide enn det som naturlig vokser frem i en gruppe (Just, 2000: 104). Det å lede sykepleietjenesten gjennom sykepleiefaglig ledelse gir nødvendige redskaper for å lede sykepleiefaget i riktig retning,

med henblikk på kultur med fokus på læring, hvor kvalitet og god pasientomsorg er målet. Innenfor faglig ledelse er kultur og kulturbygging en vesentlig faktor for å kunne oppnå faglig kvalitet og utvikling. Aadland skriver at:

”Kultur er den usynlige kunnskapen vi puster inn i hvert åndedrag. Kulturen legger føringer og rammene for erkjennning, modning og vekst, og for hva vi oppfatter av verden rundt oss og hvordan vi tolker det vi ser og hører” (Aadland, 1994: 11).

Strand beskriver også noen felles kjennetegn ved kultur; felles oppfatninger, dyptliggende antagelser, verdier og normer, identisk betydning av symboler, tolkning, identifiserbare ekspressive uttrykk, kognitive og emosjonelle forankrede elementer, den er tillært over tid, gir muligheter for å håndtere usikkerhet i kriser, gir mulighet for å identifisere andre og sette grenser mot dem, kultur er og et viktig filter å tolke omverdenen mot (Strand, 2007: 185). Faglige lederne er i følge Just ansvarlig for å skape felles normer og understøtte at alle lever opp til disse normene. For å oppnå dette må de sikre at nye medarbeidere passer inn og samtidig sikre at eksisterende medarbeideres adferd passer til de fastsatte normer (Just, 2000: 104). Aadland skriver at kultur er et uttrykk for hvordan en organisasjon styres og for normene som eksisterer i dagligdagen, han definerer normer på følgende måte:

”Normer er påbud eller regler som peker ut rett handling innenfor et avgrenset område for å fremme eller verne om verdier” (Aadland, 2005: 125).

Den faglige leders evne til å skape felles kultur med fokus på faglige verdier, samt kvalitet og omsorg i pasientbehandlingen, hvor felles normer og spilleregler er førende og med til å fremme målet om et pasientrettet fokus, innebærer at sykepleie faglig leder må være deltagende i det faglige arbeidet. Dette kan underbygges da Sigsworth skriver i artikkelen *”Its time for nursing to take charge of its own destiny”*, at sykepleiefaglige ledere har en stor jobb og utfordring i å skape en kultur som fremmer nysgjerrighet for måling gjennom standardiserte og nasjonale indikatorer (Sigsworth, 2011), noe som nettopp setter faglig kvalitet på dagsorden.

Sykepleiefaglige verdier

Sykepleie er et verdibasert yrke hvor fokus på omsorgsverdiene er av vesentlig betydning. Lederstil og utøvelse av ledelse ligger til grunn for hvordan sykepleiefaglig leder utøver ledelse i sin organisasjon, og igjen hvilket fokus og verdier, som kommer til uttrykk og

gjenspeiles i utøvelsen av pasientbehandlingen. Jeg har valgt å benytte faglig ledelse som grunnlag i denne studie, men er av den oppfatning av at en som leder vil benytte ulike ledelsesformer i utøvelse av ledelse, derimot vil ens egne verdier og holdninger uansett ligge til grunn for lederes fokus og handlinger. Oppfatningen støttes av Foss som skriver i artikkelen *"Faglige verdier som grunnlag for ledelse"* i Sykepleien, at det er av vesentlig betydning at leder har et bevisst og reflektert syn på egne verdier og de verdier lederen ønsker å formidle til personalet (Foss, 2004). Strand skriver også at ledere er symboler og rollemodeller og et uttrykk for hva som er viktig, rett og galt og hva som er uakseptabelt (Strand, 2007: 561). Aadland beskriver organisasjoner som små kulturlandskap hvor bevisste og ubevisste verdier og normer utvikler seg, endrer seg og setter seg fast. Felles for kunnskapsorganisasjoner er at de har kvalitet, kunnskapsutvikling, formidlingsevne og økonomisk balanse som overordnede verdier (Aadland, 1994: 14). Hvilke verdier som kommer til uttrykk i en organisasjon bestemmes av flere faktorer, alt fra de overordnede samfunnsmessige verdier, til organisasjonens verdier og videre ut til det enkelte menneske og den enkelte leders verdier, som fremkommer gjennom utøvelse av lederskap (Aadland, m.fl., 2006: 48). Sykepleiefaglige verdier er blant annet empati, respekt og omsorg. Faglige verdier er de verdier som er knyttet til sykepleiefaget og også grunnlaget for ledelse av sykepleietjenesten i helsevesenet. Aadland har definert verdier på følgende måte: *"Verdier er ønskelige kvaliteter ved handlinger eller formål"* (Aadland, 2004: 151). Det betyr at verdier ikke bare er hva vi synes og mener, men hva som kommer til uttrykk i våre avgjørelser og eller i våre tiltak og handlinger. Eksempel på verdier er de nasjonale verdiene kvalitet, trygghet og respekt, som også ligger til grunn i de etiske retningslinjer i det Helseforetaket jeg undersøker. Sykepleiefaglig leders ansvar er å formidle organisasjonens faglige verdier, gjennom å operasjonalisere og skape et innhold i samarbeide med de ansatte, slik at de blir førende i pasientbehandlingen.

Faglige prosesser og koordinasjon av pasientarbeidet

Benner skriver at kontinuitet og sikker pleie døgnet rundt krever koordinasjon og teaminnsats (Benner, 1995: 148). Pasientbehandling kan beskrives som en prosess hvor det er kontinuerlig kontakt mellom pasient og sykepleiere. Pasientene gjennomgår en rekke prosesser i møte med sykehuset fra innleggelse til utskrivelse. Tjenestene skapes mens prosessen pågår (Orvik, 2006: 64). NSF beskriver at det er et lederansvar å analysere, vurdere og sikre en best mulig koordinering av pasientens pleie og behandlingsforløp. Dette kan sikres gjennom faglige

diskusjoner, retningslinjer, prosedyrer og disponering av de personalmessige ressurser på best mulig måte (NSF, 2005: 14). Sykepleieprosessen er en mellommenneskelig og problemløsende prosess som har som mål å sette pasienten istedenfor diagnose i fokus for sykepleierens handlinger. Sykepleieprosessen har også fokus på samhandling, som vil si at det som skal gjøres tar utgangspunkt i kvaliteten i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Utgangspunktet er et likeverdig forhold mellom pasient og sykepleier. Helsepersonelloven pålegger at sykepleier dokumenterer prosessen i en skriftlig behandlingsplan (Kirkevold, 2008: 144). Det faglige ansvaret kan fremmes gjennom å skape gode faglige prosesser og koordinasjon av pasientarbeidet, og samtidig må sykepleiefaglig leder inneha evnen til å skape struktur og system gjennom gode opplæringsrutiner, kvalitetsarbeid og standardiserte behandlingsforløp. Kramer m.fl. finner i sin studie at spesifikke, standardiserte og fastsatte rutiner er nødvendige faktorer i ledelsespraksis som fremmer kontroll av sykepleiepraksis og en pasientsentrert kultur (Kramer, m.fl., 2009: 92).

3.2 Sykepleiefaget

Sykepleie og sykepleiefaget er det som danner fundamentet for faglig kvalitet i min studie. Hva er så sykepleie? Sykepleie er et eget definert fagområde med et spesifikt kunnskapsområde og handlekompetanse, noe som gjør at sykepleie er egen profesjon. Å være profesjonell handler om verdibasert utøvelse av yrkesrollen på en måte som vekker tillit (Orvik, 2006: 138). I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er sykepleiens grunnlag beskrevet på denne måte:

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert”(NSF, Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011: 7).

Retningslinjene utdyper hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør gjennomsyre praksis, og konkretiserer hva som anses som god praksis innen en rekke områder. Uavhengig av hvor en som sykepleier jobber og hvordan en sykehusavdeling ledes er grunnlaget for sykepleie som beskrevet i de sykepleieetiske retningslinjer gjeldende. Sykepleiefaglige ledere er også underlagt de etiske retningslinjer i kraft av det å være sykepleier og ansvarlig for sykepleietjenesten. Sykepleie er et bredt begrep som omfavner

verdier som nestekjærlighet, empati, respekt, omsorg, barmhjertighet og tilstedeværelse. Hjørnesteiner som utgjør sykepleiernes kompetanse er pleie, omsorg og behandling. Alle sykepleiere er forpliktet av lovverket, mens det er kun de organiserte medlemmer som er forpliktet av de yrkesetiske retningslinjer utarbeidet av NSF, noe som gjør at ikke medlemmer, ikke kan sies å være forpliktet. I følge Rammeplanen for grunnutdanning i Sykepleie står det at formålet med sykepleierutdanningen er å utdanne yrkesutøvere, som er kvalifisert til å arbeide sykepleiefaglig i alle ledd av helsetjenesten. Hvor systematisk arbeid med fag- og kvalitetsutvikling skal bidra til klinisk utviklingsarbeid og forskning (Rammeplan for sykepleierutdanning, 2008: 4). Sykepleiefaglig leder har et stort ansvar i å lede sykepleietjenesten ved å arbeide målrettet med faglig kvalitet gjennom systematisk forbedrings- og kvalitetsarbeid, som er med til å sikre en forsvarlig praksis.

International Council of Nurses, ICN, som er det internasjonale sykepleierforbundet, har utarbeidet sykepleiens grunnprinsipper. Prinsippene beskriver sykepleiernes grunnleggende ansvar og plikter først og fremst som det å hjelpe den syke med hans daglige livsmønster, eller med de gjøremål han ellers ville utføre uten hjelp; å puste, å spise, bevege seg, bli kvitt ekskrementer, hvile, sove og holde kroppen ren, varm og tilstrekkelig påkledd (Henderson, 2004: 13). Jeg har valgt å benytte Virginia A. Henderson definisjon på sykepleie.

Definisjonen er relevant og anvendbar i min studie, fordi den sier noe om pasienter med ulike behov for sykepleie og omsorg i forhold til aktuell tilstand. Det å arbeide med syke pasienter i en sykehusavdeling krever i høy grad sykepleie og omsorg i forhold til prinsipper om hjelp til egenomsorg. Dette på grunn av at pasienter er i en akutt forbigående sykdomsfase og befinner seg i en tilstand hvor behovet for hjelp er avvikende i forhold til normalt tilstand. I tillegg møter sykepleiere i en sykehusavdeling pasienter i palliativ og terminal fase, som krever sykepleie og omsorg i livets slutfase. Henderson er opptatt av hva en sykepleier kan som andre faggrupper ikke kan, sykepleiernes særegne funksjon. Sykepleie ansees som komplementære og delvis overlappende funksjoner, som gjør at hun allikevel advarer mot å sette opp et for sterkt skille mellom de ulike faggrupper (Kirkevold, 2008: 108). Henderson deler sykepleiefaget inn i to arbeidsområder. Det ene arbeidsområde er den selvstendige sykepleie og den andre er den delegerte sykepleie. Utgangspunktet for den selvstendige sykepleie er de allmenn menneskelige behov, mens den sykepleie som er nødvendig for å gjennomføre behandlingen er legens delegerte forordninger (Henderson, 1998).

Sykepleiefaglig leder har et ansvar i forhold til at sykepleietjenesten skal kunne arbeide

selvstendig og ansvarlig, ved å legge til rette for forsvarlig arbeid gjennom organisering av sykepleietjenesten og sykepleiefaget, hvor målet er god praksis.

Patricia Benner har utarbeidet sykepleieteorien "*Fra novise til ekspert*". Teorien deler inn sykepleie i 5 nivåer; novise, avansert nybegynner, kompetent utøver, kyndig utøver og ekspert. Teorien beskriver hvordan sykepleieren gjennom kunnskap og erfaring handler i kliniske situasjoner ut i fra hvilket nivå hun befinner seg på. Benners sykepleieteori kan benyttes ved utdanning og opplæring av nyutdannede sykepleiere og nye sykepleiere i en sykehusavdeling (Benner, 1995: 13). Teorien er anvendbar i praksis og særlig innenfor sykehusavdelinger på grunn av faktorer som blant annet effektivitet, endringer og turnover. Faktorene gjør at det er viktig at sykepleiefaglig leder innehar kunnskap og forståelse for kompetansen i sykepleietjenesten til enhver tid, for å kunne sette mål for kvalitet og utvikling av sykepleiefaget innenfor sitt ansvarsområde og gjeldende rammer. Jeg har valgt å beskrive de 3 første nivåer da de sees mest relevante i forhold til min undersøkelse. **Novisen** er nybegynner og har ingen kliniske erfaringer. Hun er lite fleksibel og utfører sykepleie ut fra regler på grunn av at hun har en lærebokstyrt adferd. Novisen konsentrerer seg så mye om det hun skal gjøre, slik at hun har vanskelig for å lytte og kommunisere med pasienten samtidig. Novisen deler opp situasjoner i enkelt deler og har vanskelig for å få den helhetlige oversikten på grunn av manglende forståelse. **Den avanserte nybegynner** kan gjenkjenne situasjoner, men er avhengig av at situasjonen rundt er kjent. Hun kjenner igjen rutinemessige oppgaver men trenger hjelp til å prioritere sykepleieoppgavene. Den avanserte nybegynner må fortsatt konsentrere seg om å huske reglene for hvordan og hvorfor ting gjøres. **Den kompetente utøver** kan klare å sette opp mål og utarbeide en langsiktig plan. Hun kan prioritere oppgaver i forhold til situasjonen. Som kompetent utøver er sykepleieren også mer involvert i pasientens helhet og kan ha god innsikt i den daglige utførelsen av sykepleie (Benner, 1995: 35 - 40).

3.3 Faglig kvalitet

Faglig kvalitet er et begrep som trenger avklaring. Jeg har lagt til grunn noen avgjørende faktorer for faglig kvalitet, som er med til å danne grunnlaget for min teoribakgrunn. Disse vil jeg utdype i dette kapittelet. Faglig kvalitet kan omfavne mange aspekter og jeg har lagt til

grunn i min studie faglig forsvarlighet, sykepleiefaglig kompetanse, kvalitetsarbeid som innebærer faglige retningslinjer og standarder, faglige og etiske refleksjoner samt effektivitet.

Faglig kvalitet

Innenfor sykepleie har man i alle tider vært opptatt av kvalitet og forbedring. Florence Nightingale var opptatt av at kvaliteten i forhold til hygiene var for dårlig, hvor hun innførte enkle tiltak som reduserte dødeligheten. Den medisinske utviklingen og utviklingen i sykepleiefaget kan sees på som en kvalitetsutviklingsprosess i seg selv (Kaasa, 2004: 34). Kaasa skriver at kvalitet er et begrep innenfor helse- og omsorgstjenestene som sier noe om hvordan vi som mennesker, pasienter, pårørende og helsearbeidere oppfatter hvordan helheten av et produkt eller en tjeneste svarer til våre forventninger. Opplevelse av kvalitet vil variere avhengig av hvilket perspektiv man ser det ut fra. Kvalitet henger nøye sammen med etikk og holdninger og en klar etisk standard er en forutsetning for kvalitet (Kaasa, 2004: 35). Kvalitetsbegrepet kan defineres på mange måter, jeg har valgt å benytte definisjonen til Norsk Standard (NS – EN ISO 9000:2000). Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring som skal bidra til at brukerne og pasientene får sosial- og helsetjenester av god kvalitet. Målet er at tjenestene skal være av god kvalitet som innebærer at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, er samordnende og kontinuerlige og involverer brukere, hvor ressurser utnyttes på en god måte og samtidig er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005:19). For å oppnå god kvalitet i sykepleien forutsettes det at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på kunnskap om effekt av tiltak, noe som forutsetter at pleie og behandling er basert på forskning, utdanning og erfaring. Kvalitet oppstår ikke av seg selv, det kreves en god sykepleiefaglig leder som kan tyde kvaliteten i avdelingen og i tillegg kjenner kompetansen i avdelingen til enhver tid, for å arbeide målrettet med å utvikle sykepleiefaget. Noe som underbygges av det Sigsworth skriver om at sykepleiere må ta kontroll over sykepleiepraksis, for vi vet at kvalitet koster mindre og at måling kan være til hjelp for en innovasjon av kunnskapsbasert praksis (Sigsworth, 2011), noe som er med til å fremme faglig kvalitet.

Faglig forsvarlighet

Faglig forsvarlighet er grunnlaget for utøvelse av sykepleie i helseinstitusjoner. Faglig forsvarlighet ligger i spennet mellom klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse, hvor målet for helseorganisasjoner er god praksis. God praksis er mer enn faglig forsvarlighet, det

innebærer også et juridisk minstekrav som en minstestandard. Faglig forsvarlighet er forankret i helsepersonelloven § 4 og i Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (Orvik, 2006: 48). Forsvarlighet omhandler både krav til den enkelte helsearbeider i forhold til nødvendig faglig kompetanse, i tillegg ligger kravet om forsvarlig organisering av virksomheten. Aase skriver at forsvarlig organisering stiller krav til eiere og ledere i forhold til at nødvendig utstyr er i orden, at personalet har tilstrekkelig kompetanse, ansvarsforhold er avklart og at det er forsvarlige vaktordninger, som gjør at det er mulig å utøve helsearbeid innenfor lovens rammer (Aase, 2010: 34). Faglig forsvarlighet må derfor alltid defineres innenfor de rammer som foreligger i den aktuelle situasjon, hvor rammene er den enkelte medarbeiders faglige kompetanse i sammenheng med det arbeidsfellesskapet vedkommende er en del av. Aase skriver at faglig forsvarlighet i rettslig standard og juridisk forstand, er noe som innebærer at det ikke kan settes opp felles normer og standarder, men at hver enkelt sak og tilfelle må vurderes ut ifra de forhold som forelå der og da (Aase, 2010: 34). Hjeltnes og Braut skriver at kjernen i ledernes ansvar er å sørge for at personalet vet hva som er god faglig praksis, i tillegg sikre at rammebetingelser og rutiner er etablert og blir fulgt opp, slik at den forventede praksis er synlig for ansatte, pasienter og pårørende (Aftenposten, 2012). Faglig forsvarlighet skal sikre at tjenester er innenfor forsvarlighetskravet, som er et minimum og ikke nødvendigvis alltid god praksis. Dersom en som sykepleiefaglig leder legger seg på ”minimumskravet” behøver ikke det si at kvalitet er et opplevd faktum. God praksis kan nettopp sikres gjennom faglig ledelse, hvor vurderinger gjøres fortløpende og må sees som en del av sykepleiefaglig leders ansvar.

Sykepleiefaglig kompetanse

Kravet om faglig kompetanse og krav til organisasjonen om forsvarlig organisering er faktorer som ligger inn under forsvarlighetskravet, noe som medfører at ledere og ansatte helsearbeidere må inneha kunnskaper om organisering av eget arbeid og samtidig inneha kompetanse om organisasjonen. Benner beskriver kompetanse som et definert område av kyndig praksis, identifisert og beskrevet gjennom formål, funksjon og forestillinger (Benner, 1995: 197). Kirkevold skriver at kompetanse omfatter kunnskap i tillegg til utøvelse av ferdigheter, både manuelle, rasjonelle, moralske og teoretiske (Kirkevold, 2008: 179). Kompetansebegrepet er komplekst og omhandler mer enn den enkelte sykepleiers faglige kompetanse, faglig kompetanse innebærer både individuelle kunnskaper og ferdigheter. Orvik sier at kompetanse i tillegg må sees som noe kollektivt, som en gruppe fagpersoner har

sammen, hvor sykepleiekompetanse er forankret i et arbeidsfellesskap. Faglig kompetanse innebærer både klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse. Klinisk kompetanse er kjernekompetansen i sykepleie og handler om å yte direkte pasientomsorg, samtidig må sykepleierne forstå og håndtere sykepleiernes rammer (Orvik, 2006: 18). Organisatorisk kompetanse sett i lys av sykepleie omhandler å organisere eget og andres arbeid. God organisering styrker kvaliteten i sykepleien og gjør utøvelsen av yrkesrollen mer profesjonell (Orvik, 2006: 16). Sykepleiefaglig ledere må i tillegg til å forstå helseorganisasjonen som system, inneha organiseringskompetanse, hvor målet er å sikre sykepleie og pasientbehandling av høy kvalitet. Dette innebærer at sykepleiefaglig leder må ha oversikt over kompetansen i avdelingen til enhver tid, for å sette i gang tiltak, som sikrer nødvendig kompetanse om denne ikke er tilstrekkelig. Sudbury og Gnaedinger gjennomførte en omorganisering av sykepleietjenesten for å heve kvalitet på sykepleien. Bakgrunnen for omorganiseringen var behovet for å tenke nytt, for å bevare kvalitet og sikre kompetanse i sykepleietjenesten (Sudbury and Gnaedinger, 2007: 16).

Kvalitetsarbeid - faglige retningslinjer og standarder

Kvalitetsarbeid omfatter hele pasientens forløp som betyr at også andre faggrupper må involveres i forløpet når det er nødvendig for pasientforløpets kvalitet. Orvik skriver at faglig kvalitet er sykepleiehandlinger sammen med god organisering av pasientomsorg og arbeidet (Orvik, 2006: 41). Samtidig omhandler faglig kvalitet gode pasientforløp, samhandling mellom ulike ledd i behandlingsskjeden og tverrfaglig samarbeid (Orvik, 2006: 119). Kaasa skriver at det faglige perspektivet er de kvalitetskrav som settes av fagfolk, hvor forskning er sentralt i dette profesjonelle perspektivet. Forskningsresultater er viktige når man skal utarbeide kvalitetsstandarder og bidrar til kvalitetsutvikning av helsetjenesten (Kaasa, 2004: 29). Markussen skriver at pasientene har krav på best mulig behandling og pleie, og det forutsetter vilje og ønske om å arbeide evidensbasert. Nøkkelkomponentene i en evidensbasert kultur er evnen til gjennomføring, benytte eksisterende ressurser samt gode evner til å finne og forstå forskningsfunn (Markussen, 2005). Kunnskapsbasert praksis, KBP er en metode for å fremme kvalitet i sykepleiefaget. KBP vil si å benytte ulike kunnskapskilder, så som forskningskunnskap, klinisk erfaringskunnskap og pasientenes preferanser og ressurser i en samlet kontekst, for å inneha et best mulig beslutningsgrunnlag. Formålet med KBP er å styrke beslutningsgrunnlaget til helsearbeidere som arbeider i helsesektoren, ved at de baserer sin praksis på best tilgjengelig kunnskap. På denne måte vil

også kvaliteten på de tjenester som tilbys innenfor helsesektoren bedres (Senter for kunnskapsbasert praksis, 2011). Sykepleiefaglige ledere har et stort ansvar i å legitimere en kritisk tenkning rundt sykepleiepraksis, på denne måte kan kunnskapsutvikling finne sted. Kunnskapsbasert praksis kan sees som et middel for å nå målet om økt kvalitet i pasientbehandlingen og gir sykepleierne mulighet til å reflektere over egen praksis og erfaringer, samtidig bringe ny kunnskap om sykepleiefaget inn i gjeldende behandling. Spicer m.fl. finner i sin studie at blant annet kvalitetsarbeid og faglig utvikling, faktorer i magnetprogrammet (Spicer, m.fl., 2011: 154), er med til å effektivisere lederrollen, som igjen fører til faglig kvalitet i sykepleietjenesten, noe som underbygger faglig leders rolle og ansvar i kvalitetsutviklingsarbeid.

Faglige og etiske refleksjoner

Faglig kvalitet innebærer faglige og etiske refleksjoner i forhold til faglig praksis og utøvelse av sykepleie. I de sykepleieetiske retningslinjer står det at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde. I tillegg skal sykepleieren bidra til verdibevisthet, fagutvikling og forskning, og til at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis (NSF, Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2007: 9). Etisk refleksjon kan foregå i tilknytning til faglig arbeid med pasienter, gjennom å integrere den etiske refleksjonsprosessen i det faglige arbeidet. Aadland skriver at veldig mange av de faglige problemene sykepleierne møter, har etiske aspekt i seg og mange etiske dilemmaer oppstår for sykepleieren, utenom den profesjonelle relasjonen i pasientarbeidet (Aadland, 2005: 199). Etisk refleksjon foregår i en prosess som er relasjonell og dialektisk, hvor fortellingene setter rammen både for problemforståelse og problemdrøftning. Den etiske refleksjonsprosessen foregår i 4 steg: forforståelse, analyse, handlingsalternativ og handling (Aadland, 2005: 184 - 188). Nyttan av etiske refleksjonsmodeller er at de systematiserer gangen fra et etisk problem til handling, samtidig setter den i gang en kommunikasjon om ulike handlingsalternativ, som kan få frem momenter, som igjen fører til større grad av kunnskap og bakgrunn for endelig handling. Faglige refleksjoner kan foregå på lignende måte som etisk refleksjon, men gjennom sykepleieprosessen. Sykepleiefaglig leder har ansvaret for å sette faglige og etiske refleksjoner på dagsorden for å reflektere over egen praksis, for derved arbeide for å fremme faglig kvalitet. Min egen opplevelse, er at en som sykepleiefaglig leder må være pådriver for å sette refleksjon i system, men at det etter hvert kan utvikles en kultur hvor faglig refleksjon blir en del av det daglige arbeidet. Samtidig har jeg som

sykepleiefaglig leder erfart at faglig og etisk refleksjon har medført at sykepleietjenesten erkjenner at det er behov for å arbeide med fagprosedyrer og behandlingsforløp, nettopp fordi refleksjon medfører et mer kritisk syn på vår egen praksis.

Effektivitet

Med fokus på sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet kommer jeg ikke utenom effektivitetsbegrepet. Effektivitet er et begrep som er blitt mer fremtredende i Helsevesenet de siste årene. Innføring av organisasjonsmodeller som New Public Management, NPM, hentet fra næringslivet setter pasientbehandling i et annet fokus enn tidligere. NPM er den nye organisasjonsformen som i større grad stadig preger den offentlige sektor og den nye offentlige ledelse. Dette innebærer målstyring og desentralisering av økonomisk ansvar til den enkelte virksomhet (Orvik, 2006: 93). Denne måte å organisere på er hentet fra næringslivet og krever økt vekt på kostnadseffektiv tjenesteproduksjon. Umiddelbart kan en si at effektivitet er en stor utfordring innenfor helsevesenet, hvor helsetjenester som pasientbehandling og omsorg er det sentrale. Effektivitet er et komplekst begrep som kan oppfattes på forskjellige måter avhengig av hvor man befinner seg i organisasjonen. For noen kan det bety produktivitet, kvalitet, evnen til å benytte ny teknologi eller evnen til å skape overskudd. Andre kan oppfatte effektivitet som fraværet av byråkrati og tilstedeværelsen av strømlinjeformede prosesser og arbeidsverktøy. Foss beskriver at økonomiske verdier er knyttet til profitt og markedsideologien er bærende for disse verdier, hvor et ønske om effektiv drift og synlige resultater står sentralt. Disse markedsverdier står i motsetning til sykepleiefagets altruistiske verdier (Foss, 2004), effektivitet og produktivitet og må derfor formidles på en måte som ikke er fremmedgjørende i forhold til omsorgsfaget, men snarere tvert imot fokuserer på effektivitet som kvalitet i pasientbehandlingen.

Orvik skriver at effektivitet i en organisasjon kan uttrykkes og måles på forskjellige måter, effektivitet kan deles inn i ytre effektivitet, som er organisasjonens evne til å dekke befolkningens behov for helsetjenester, og indre effektivitet som sier noe om i hvilken grad tjenesteproduksjonen foregår på en økonomisk rasjonell måte (Orvik, 2006: 186). Opplevd effektivitet kan erfaringsmessig gi mer fornøyde medarbeidere som har større tillit til toppledelsen, de ansatte kan oppleve større følelsesmessig tilknytning til virksomheten og sin nærmeste leder. Dette kan igjen medføre at medarbeiderne stiller opp om målsettinger og har høyere arbeidsglede, er mindre syke og ikke ser etter andre jobber. Denne måte å beskrive effektivitet kan sies å ha en kvalitativ virkning på ansatte i organisasjonen og det arbeid de

utfører. Effektivitet som kvantitet kan beskrives gjennom måleparametre som tjenesteproduksjon, pasientenes liggetid, DRG, innsatsstyrt finansiering etc. og kan dersom resultatene blir brukt kun ut i fra økonomiske motiver bli et uttrykk for negativ effekt. Grund skriver at med dette menes at økonomiske insentiver kan være uheldige ved at det ikke tar hensyn til at pasienter eller medisinske og etiske forhold bestemmer, men takstsystemet. Takster kan føre til at de friskeste pasientene får behandling, pga av at krevende pasienter prissettes lavt (Grund, 2006: 132). Sykepleiefaglig leder har ansvaret for en forsvarlig praksis ved å balansere spenningen mellom effektivitet og produksjon, gjennom å fokusere på de positive faktorer ved effektivitet, som blant annet standardiserte behandlingsforløp og kunnskapsbasert praksis, som er med til å sikre kvalitet i behandlingen.

Kapittel 4

4.0 Metode

Jeg har valgt å benytte kvantitativ metode hvor data samles inn gjennom en strukturert spørreundersøkelse. Grunnet for en undersøkelse er forskerens tanker om det fenomenet som skal studeres, basert på egne erfaringer og tidligere forskning (Hellevik, 2002: 43). Min forforståelse og egne erfaringer er derved med til å styre og påvirke meg som forsker. Utgangspunktet for mitt valg av metode ligger til grunn i min problemstilling og problemformulering. Hensikten med denne studie er å undersøke sammenhenger, mønstre og eller variasjoner og ikke så mye dybde eller årsaker til hvorfor ting er som de er. Jeg har presentert tidligere forskning og kommet til at det er gjort mye kvalitativ forskning omkring tema ledelse, fag og kompetanseutvikling. Jeg har ikke funnet at det er gjort lignende kvantitativ forskning som belyser sammenhengen mellom faglig ledelse og dens betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten, hvor sykepleiere har vært respondenter i undersøkelsene og ikke de sykepleiefaglige ledere. Jeg ser det derfor relevant og interessant å foreta denne undersøkelsen.

4.1 Metodevalg

Min egen forforståelse har preget meg hele veien gjennom oppgaven, alt fra valg av tema, litteratur, forskningsmetode og tolkning av funn. Noe jeg har forsøkt å være bevisst på gjennom hele prosessen. Forforståelse handler om at vi ikke kan forstå noe uten å ha en forståelse, nettopp fordi forforståelsen er selve utgangspunktet for forskerens forståelse. Det kan inngå mange komponenter i en aktørs forforståelse, så som; språk og begreper, trosoppfatninger og individuelle personlige erfaringer (Gilje og Grimen, 2009: 148). Forståelse bygger på en forforståelse som er iboende i ethvert menneske, og min oppfatning av verden kan være ulik andres, da den bygger på min fortolkning av fenomener i forhold til min egen oppfatning av verden. Min erfaring og bakgrunn vil være av betydning for min forståelse for det som presenteres i min studie. Noe av begrunnelsen for valg av tema er min erfaring som leder for sykepleietjenesten i en sykehusavdeling. I tillegg har jeg også helsefaglig bakgrunn som sykepleier, som gjør at jeg har en del kunnskap om dette område.

Jeg har vært nødt til å foreta noen valg i forhold til hva jeg ønsket å undersøke og de spørsmålene jeg ønsket å finne svar på, før jeg kunne bestemme meg for forskningsmetode. Var det årsaker og nyanser, eller variasjoner og sammenhenger jeg ønsket å studere? Det er flere faktorer som har vært med på å styre mitt valg av metode, og det avgjørende har vært å benytte en metode hvor jeg kunne finne svar på de spørsmålene jeg undret meg over. Problemstilling og tema for oppgaven tar sikte på å undersøke omfanget av et fenomen, som variasjoner og sammenhenger mellom sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet. Jeg har i tillegg hatt et ønske om å undersøke en større gruppe for å få bredde i svarene, noe som vil gi meg en mulighet for å se tendenser og eller mulige mønstre og avvikelser, som og har vært avgjørende for mitt metodevalg. Prosjektet er gjennomført ved å benytte en undersøkelse med datainnsamling via spørreskjema, en studie som gir meg et oversiktsbilde av hvordan situasjonen er her og nå.

4.1.1 Utvalg, variabler og enheter

Målgruppen er den gruppen som skal undersøkes, enten det er hele befolkningen eller mer avgrensede grupper betegnes de som populasjon (Johannessen, m.fl., 2010: 239). I forhold til min undersøkelse er populasjonen alle sykepleiere med sykepleiefaglig ledelse, som arbeider på sengeposter ved Helseforetak i Norge, det har derfor vært nødvendig å foreta et utvalg. Mitt utgangspunkt er en masteroppgave som gjør at jeg har måttet begrense meg for at undersøkelsen ikke skulle bli for omfattende, men samtidig slik at utvalget ble omfattende nok til at resultatet av undersøkelsen kunne belyse tema på best mulig måte. Etter at utvalget ble foretatt er enhetene i undersøkelsen 141 sykepleiere ansatt på ulike sengeposter i et stort Helseforetak.

Det vil nesten alltid være langt flere variabler som berøres av problemstillingen enn det som er hensiktsmessig å undersøke (Hellevik, 2002: 113). Variabler kan omtales som personlighetstrekk og forhold som har med samhandling og kontakt mellom individer, som kan være egenskaper, kjennetegn, karakteristikk og karaktertrekk (Mordal, 1989: 57). Enhetene i denne oppgaven betegnes som sykepleiere, mens variablene i studien er faglig ledelse og faglig kvalitet. Avhengig variabel kan beskrives som effekten av tiltaket, mens den uavhengige variabel kan beskrives som årsaken til tiltaket. Da dette i samfunnsvitenskapen ikke er snakk om lovmessighet, snakker en om større eller mindre sannsynlighet for at et

fenomen kan være en effekt av en årsak (Johannessen, 2009: 47). I denne studie er den avhengige variabel faglig kvalitet mens den uavhengige variabel er sykepleiefaglig ledelse.

Den avhengige variabelens verdier:

- Faglig forsvarlighet, hvor målet er god praksis
- Sykepleiefaglig kompetanse
- Kvalitet og kvalitetsarbeid
- Faglige og etiske refleksjoner
- Effektivitet sett i lys av kvalitet i pasientbehandling

Den uavhengige variabelens verdier:

- Å skape et faglig fellesskap gjennom struktur og system
- Å skape felles retning med klar målsetting for sykepleietjenesten
- Sykepleiefaglig leder som faglig rollemodell
- Konkrete planer for kvalitetsutvikling
- Å skape felles kultur hvor sykepleiefaglige verdier og et pasientrettet fokus er rådende

4.1.2 Beskrivelse av og tilgang til forskningsfelt

Min utvalgskrets er et stort Helseforetak i Norge med lands-, regions- og lokalsykehusfunksjon. Årsaken til at jeg har valgt å utføre min studie innenfor dette Helseforetaket er at sykehuset har om lag 20.000 ansatte, hvorav ca. 6200 årsverk er sykepleiere. Ansatte er fordelt på ulike klinikker med underliggende avdelinger, noe som gir et representativt utvalg i forhold til sykehus som forskningsfelt. Geografi har vært avgjørende for valg av Helseforetak og utvalget må derfor sies å være et bekvemmelighetsutvalg.

Jeg hadde et ønske om å utføre min undersøkelse ved å foreta et tilfeldig trekk ut ifra de ulike klinikkene innenfor helseforetaket, men det å forske og å få lov til å utføre sin studie er ikke alltid så enkelt som en forestiller seg. Ideen min om å foreta et tilfeldig trekk forble en ide og jeg endte opp med å studere i den klinikken hvor jeg fikk tillatelse. Klinikken er stor med mange underliggende avdelinger lokalisert på flere sykehus innunder samme Helseforetak.

Før innledning av spørreundersøkelsen tok jeg kontakt med Helsefaglig rådgiver i Klinikken for å søke om tillatelse til å utføre min studie. Henvendelsen ga meg adgang til å forske innenfor en avdeling i klinikken med underliggende sengeposter. Helsefaglig rådgiver foretok et utvalgt for meg, noe som ga meg tillatelse til å forske ved 4 ulike sengeposter. Sengepostene er lokalisert på de ulike sykehusene innunder samme Helseforetak.

4.1.3 Utvalgskriterier

Interessen for problemstilling og tema i prosjektet har sitt utgangspunkt i fra egen forståelse, tanker og observasjoner som leder av sykepleietjenesten ved en sykehusavdeling. Det var derfor naturlig å velge å utføre min studie ved et sykehus og blant sykepleiere i forskjellige sykehusavdelinger. Underveis i prosessen vurderte jeg om jeg skulle velge å rette mine spørsmål til sykepleiere eller sykepleiefaglige ledere, eventuelt også om det var mulig å stille spørsmål til begge grupper. Da jeg ikke har funnet tilsvarende kvantitativ forskning hvor sykepleiere har vært fokuset og enhetene i studiene, valgte jeg å rette undersøkelsen til sykepleiere. Videre har jeg valgt å avgrense undersøkelsen til å omfatte sengeposter, da det er her min erfaring stammer fra i forhold til den forståelse av utfordringer sykepleiefaglig ledelse kan ha for arbeidet med faglig kvalitet. Størrelsen på utvalget har jeg satt i forhold til at om lag 150 sykepleiere vil dekke 4 sengeposter som gjør undersøkelsen mer representativ. Nedenfor har jeg satt opp de konkrete inklusjons- og eksklusjonskriterier jeg benyttet i forhold til enhetene i undersøkelsen.

Inklusjonskriterier

- Sykepleiere som deltar i undersøkelsen må arbeide på sengepost med sykepleiefaglig ledelse
- Sykepleierne må arbeide i 50 % stilling eller mer
- Alle sykepleiere uavhengig av alder, ansiennitet, erfaring og kjønn inkluderes
- Sykepleiere som deltar i undersøkelsen må beherske norsk skriftlig og muntlig

Eksklusjonskriterier

- Sykepleiere med lavere stillings % enn 50
- Språket er en viktig faktor for forståelse og jeg ser det derfor nødvendig å ekskludere sykepleiere som ikke behersker norsk skriftlig og muntlig

- Sykepleiere som går i faste nattstillinger.

4.1.4 Spørreskjema

Jeg har i min studie valgt å benytte meg av en spørreundersøkelse med et prestrukturert spørreskjema. En spørreundersøkelse betegnes også som en survey (Johannessen, 2010: 259). Et spørreskjema kjennetegnes ved at det inneholder ferdig formulerte spørsmål og svaralternativer. Spørsmålene er presise og har som formål å gjøre det fenomenet forsker har til hensikt å belyse, målbart (Johannessen, m.fl., 2010: 260). Ved å benytte meg av denne form for undersøkelse har det som forsker gitt meg en mulighet til å registrere de kodete svarene i et dataprogram, SPSS. Dataprogrammet har gjort det mulig å bearbeide dataene i etterkant, for så å se om det fantes variasjoner og sammenhenger, som kunne sies å være relevante og interessante i forhold til problemstillingen. Ved å benytte meg av spørreskjema har det gitt meg en anledning til å undersøke en større gruppe, for mulig å gi meg et bilde av det fenomen jeg undersøker.

Utgangspunktet for utforming av spørreskjema er problemstillingen, og de spørsmål som skal stilles må formuleres slik at de kan belyse denne (Johannessen, m.fl., 2010: 260). For å kunne utforme spørsmål i spørreskjema var det vesentlig at begreper i problemstillingen og forskningsspørsmålene var operasjonalisert på forhånd. Forhåndsarbeidet ved å benytte kvantitativ metode og spørreskjema har vært et omfattende og viktig arbeid. Jeg har jeg stilt meg noen forskningsspørsmål som jeg ønsker å få svar på gjennom spørreundersøkelsen, disse er plukket fra hverandre og omformulert slik at de kan gi meg best mulige og hensiktsmessige svar. Eller sagt på en annen måte, svar på de spørsmål jeg undrer meg over. Spørreskjema er utarbeidet av meg, da jeg ikke har funnet lignende kvantitative undersøkelser, hvor jeg kunne benytte allerede eksisterende spørsmål. En masteroppgave er en prosess hvor en jobber frem og tilbake i stoffet, problemstilling og forskningsspørsmål er derfor omformulert og endret noe underveis. Kvantitativ metode befatter seg med tall og opptelling, men det betyr ikke at de innsamlede dataene ikke kan representere mening. Meningsutbytte av en spørreundersøkelse avhenger av hvordan spørsmålene stilles, eksempelvis dersom spørsmål utformes som utsagn respondentene skal si seg enig eller uenig i (Johannessen, m.fl., 2010: 268). Spørsmålene som stilles i spørreskjema bør være så

konkrete som mulig, og de må være entydige og målbare, for at de skal kunne ha noen verdi videre i undersøkelsen og prosjektet, noe jeg har forsøkt å gjennomføre i spørreskjema.

Spørreskjema inneholder til sammen 37 spørsmål som er inndelt på følgende måte: 7 bakgrunnsspørsmål, 6 spørsmål i forhold til målsetting og verdier, 16 spørsmål om sykepleiefag og faglig utvikling og 5 spørsmål i forhold til nærmeste leder, i tillegg har jeg laget egne kommentarfelt etter hvert område. Spørreskjema er bygget opp med en innledning hvor jeg stiller ulike bakgrunnsspørsmål i forhold til alder, kjønn, antall år som sykepleier etc. Deretter formulerte jeg den øvrige delen av spørreskjema med utsagn respondentene skulle si seg enig eller uenige i, på en skala fra svært uenig, uenig, litt enig til veldig enig. Jeg gjorde meg noen overveielser før jeg valgte 4 svaralternativer. Spørreskjema ble utformet i papirutgave med til sammen 10 sider, hvorav første side var en innledning med informasjon om undersøkelsen. Skjemaene ble lagt i sykepleiernes posthyller med informasjon om at ferdigutfylte skjema kunne legges i en postkasse merket undersøkelsen og mitt navn. Jeg fikk hjelp fra nærmeste leder på de ulike sengepostene, hvor de informerte om undersøkelsen muntlig og skriftlig, via personalmøter og ukenytt på e-post til de ansatte. Undersøkelsen foregikk over 14 dager i februar 2012, uten purrerunde på grunn av tidspress. Før jeg gikk i gang med spørreundersøkelsen foretok jeg en pilotundersøkelse hvor jeg ba 2 ledere og 3 sykepleiekollegaer om å besvare spørreskjema. Jeg ba om konkrete tilbakemeldinger på forståelse av spørsmål, oppbygging av spørreskjema, relevansen av spørsmålene, generelle kritiske tilbakemeldinger og hvordan det opplevdes å besvare selve spørreundersøkelsen. De to ledere i piloten er begge ledere med lederutdanning, sykepleierne er sykepleiere i klinisk arbeid på sengeposten, hvorav 2 av sykepleierne har videreutdanning. Tilbakemeldingene var med til at jeg kunne korrigere noen av spørsmålene i spørreskjema før undersøkelsen ble satt i gang. De endringene jeg foretok var i forhold til spørsmålsformuleringer, forståelse av spørsmålene, oppsett og utformingen av selve spørreskjemaet. Jeg la også til spørsmål og fjernet enkelte spørsmål etter tilbakemeldinger fra pilotundersøkelsen.

Navn på sengepostene vil ikke fremkomme i studien, slik at det ikke vil være mulig å gjenkjenne navn på ansatte, sengeposter, klinikken og eller Helseforetaket for øvrig, noe jeg innledningsvis gjorde klart for respondentene. I tillegg gjorde jeg oppmerksom på at

innsamlet materiale kun skal benyttes til denne undersøkelse, for deretter å makuleres ved innlevering av masteroppgaven i mai 2012.

4.1.5 Analyse

Før jeg gikk i gang med analysearbeidet ble spørsmålene fra spørreskjema systematisert og kategorisert i forhold til forskningsspørsmål og begrepsavklaringer. Nedenfor har jeg laget en oversikt over hvordan jeg har valgt å klassifisere spørsmålene for lettere å kunne måle de sammenhenger jeg er ute etter. I parentes har jeg skrevet spørsmålets nummerering fra spørreskjema (Se vedlegg 2).

Betydningen av sykepleiefaglig ledelse for faglig kvalitet

- Min avdelingssykepleier/enhetsleder benytter sengepostens mål aktivt i det daglige arbeidet overfor sykepleietjenesten (10).
- Avdelingssykepleier/enhetsleder har presentert sengepostens konkrete planer for kvalitetsutvikling i sykepleietjenesten som er kjent for meg som ansatt (14).
- På min sengepost har vi egen fagutviklingssykepleier eller sykepleier(e) som arbeider målrettet med sykepleiefag og faglig kvalitet (17).
- På min sengepost har vi eget kompetanseutviklingsprogram som avdelingssykepleier/enhetsleder benytter aktivt i forhold til å øke kompetanse hos sykepleietjenesten på sengeposten (18).
- På min sengepost har vi årlig systematisk gjennomføring av obligatorisk undervisning, for eksempel DHLR gjennomgang, gjennomgang av medisinsk teknisk utstyr og brannvernopplæring (21).
- På min sengepost er det klare og nedskrevne rutiner som er gjort kjent for alle ansatte på sengeposten (25).
- På min sengepost gjøres det kjent hvor prosedyrer og oppslagsverk finnes (26).
- På min sengepost finnes det et systematisk opplæringsprogram for nyansatte (28).
- På min sengepost er det tilrettelagt slik at pasientarbeidet og samhandling med pasienter for meg oppleves som faglig forsvarlig (32).

Sykepleiernes opplevelse av målrettet arbeid for å opprettholde og heve faglig kvalitet

- På min sengepost er avdelingssykepleier/enhetsleder en pådriver for å prioritere videreutdanning som et ledd for å heve kompetansenivået på sengeposten (15).
- På min sengepost benytter avdelingssykepleier/enhetsleder utviklingssamtalen i forhold til min faglige utvikling for den kommende periode (16).
- På min sengepost prioriterer avdelingssykepleier/enhetsleder tid til å arbeide med fagprosedyrer (19).
- På min sengepost prioriterer avdelingssykepleier/enhetsleder at det jobbes målrettet med pasientenes behandlingsforløp (20).
- På min sengepost prioriterer avdelingssykepleier/enhetsleder at det settes av tid til faglige refleksjoner (22).
- På min sengepost prioriterer avdelingssykepleier/enhetsleder at det settes av tid til jevnlig etisk refleksjon enten i faste grupper eller etter behov (23).
- På min sengepost sikrer avdelingssykepleier/enhetsleder at vi arbeider kunnskapsbasert i forhold til prosedyrer (24).
- På min sengepost sikrer avdelingssykepleier/enhetsleder at det arbeides målrettet for å sikre gode rutiner for sykepleiedokumentasjon (27).
- På min sengepost opplever jeg at pasientenes behov settes foran krav til økonomi (29).
- På min sengepost opplever jeg at pasientenes behov settes foran krav til effektivitet (30).
- Som sykepleier er jeg bevisst på mitt ansvar som profesjonell yrkesutøver (31).

Sykepleiernes opplevelse av sykepleiefaglig leder som faglig tilstedeværende ledelse

- Min leder er synlig og tilgjengelig (33).
- Min leder deltar på morgenrapporter og eller legevisitter (34).
- Jeg kan spørre min leder om hjelp til å løse faglige spørsmål (35).
- Min leder er en god sykepleiefaglig rollemodell (36).
- Min leder er opptatt av at den faglige kvaliteten i sykepleietjenesten er på et høyt nivå (37).

4.1.6 Validitet og reliabilitet

Hvorvidt funnene fra min undersøkelse representerer den sanne virkelighet for alle sykepleiere ansatt på norske sykehus, er et spørsmål jeg må stille meg. Kan det være at funnene kun representerer virkeligheten for sykepleierne ansatt i helseforetaket, i klinikken jeg har undersøkt, eller er det kanskje bare virkeligheten for de sykepleierne som besvarte min undersøkelse? Validitet omhandler gyldigheten av resultater og funn. Da jeg har fått svar fra 75 respondenter, som gir en svarprosent på 53,2 kan dette sies å være et lavt antall i forhold til gruppen som helhet. Jeg kan derved ikke trekke generelle slutninger i forhold til alle sykepleiere med sykepleiefaglig leder ansatt på sengeposter ved norske sykehus, ei heller i Helseforetaket forøvrig. Med en svarprosent på 53,2 % skal jeg også være forsiktig med å trekke slutninger innenfor klinikken, men jeg kan derimot med en viss sannsynlighet generalisere ut i fra mitt utvalg.

Det var noen overveielser jeg har måttet gjøre meg i forhold til populasjon, utvalg, utvalgskrets og antall enheter for undersøkelsen. Da jeg ikke hadde tid, mulighet til eller ønske om å undersøke alle sykepleiere i Norge med sykepleiefaglig leder, var det vesentlig at det utvalget jeg tok, ble omfattende nok til å gi et best mulig bilde av gruppen og det fenomen jeg undersøker. For denne studie gjelder det de funn som har fremkommet fra undersøkelsen, foretatt ved de forskjellige utvalgte sengeposter. Måten utvalget foretas kan gi konsekvenser for svarenes validitet, reliabilitet og hvor representativ undersøkelsen til slutt blir. Ved å ta feilvurderinger i forhold til utvelgelse, kan konsekvensene eksempelvis være at det blir vanskelig for meg å bearbeide materialet i etterkant, spesielt i forhold til å se sammenhenger og variasjoner jeg var ute etter før oppstart av undersøkelsen, noe jeg har forsøkt å være bevisst på. Helseforetak, antall respondenter og valg av sengeposter som forskerfelt, er de faktorer jeg har vært med til å påvirke og ikke ved hvilke sengeposter, avdelinger og eller ved hvilken klinikk jeg skulle forske ved. Representative utvalg kan nyttes ved statistisk generalisering (Johannessen, 2010: 241). Da det er ansatt sykepleiere i om lag 6200 årsverk i Helseforetaket, er 75 respondenter et lavt antall og ikke representativt i forhold til hele gruppen. I forhold til avdelingen kan det være vise seg å være noen interessante tendenser og variasjoner, men ikke engang her kan jeg generalisere. Derimot innenfor mitt utvalg, de fire sengeposter, kan jeg generalisere. Hvorvidt jeg kan hevde at utvalget i undersøkelsen er tilfeldig trukket, kan diskuteres. Jeg hadde et ønske om å foreta et tilfeldig trekk innenfor Helseforetaket, men da dette ikke lyktes fikk jeg hjelp til å komme frem til utvalget. Dette

etter at jeg foretok et bekvemmelighetsutvalg på bakgrunn av geografi, som derved gjør at utvalget ikke kan sies å være tilfeldig trukket på noen måte.

Spørreundersøkelsen er utarbeidet av meg, det kan ha sine fordeler og ulemper. Fordelene er at spørsmålene kan formuleres i forhold til de spørsmålene jeg undrer meg over. Ulemper kan sees i forhold til at jeg ikke har mulighet til å sammenligne resultater med andre undersøkelser, da jeg ikke har benyttet eksakt samme spørsmål. Eksisterende spørreskjema er ofte utprøvd og relevans og pålitelighet er vurdert, dette vil være en svakhet ved min undersøkelse. Jeg valgte å benytte 4 svaralternativer på en skala fra svært uenig til veldig enig. Det å velge 4 svaralternativer begrenser respondentene å svare på en nøytral kategori, men da jeg håpet at respondentene skulle ta et standpunkt ved hvert av spørsmålene, valgte jeg 4 og ikke 5 svaralternativer. Ved å velge 5 var det en viss risiko for at enkelte respondenter ville svare det nøytrale svaralternativet, denne problemstilling har jeg unngått ved å velge 4.

Et spørsmål jeg må stille meg er om jeg har jeg målt det jeg trodde jeg målte? Representerer de fenomenet jeg undersøker? Vil svarene fra undersøkelsen kunne gi meg svar på hvorvidt sykepleiefaglig ledelse er av betydning for faglig kvalitet? Jeg har stilt en rekke spørsmål i forhold til hva jeg anser som sykepleiefaglig ledelse og det jeg må være varsom med er om disse indikatorene og faktorene, kan sies å gi relevante svar i forhold til problemstillingen. Begrepsvaliditet er et typisk målingsfenomen, som dreier seg om det er samsvar mellom de sammenhenger som undersøkes og operasjonaliseringen (Johannessen, 2010: 71). Spørreskjema er utformet av meg, det kan derfor knyttes usikkerhet i forhold til om indikatorer og faktorer jeg faktisk måler er det jeg trodde de målte, samtidig kan manglende sammenligningsgrunnlag svekke relevans til variabelen. Faktorene i operasjonaliseringen av variablene er hentet fra tidligere forskning og relevant teori, som derved er med til å styrke indikatorene jeg har lagt til grunn for sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet.

Reliabilitet er et kriterium for kvalitet og pålitelighet i dataene, det er derfor av betydning hvordan disse samles inn og behandles (Hellevik, 2002: 52). Reliabilitet er et uttrykk for nøyaktighet, som vil si graden av samsvar mellom den operasjonelle definisjon med den teoretiske. At den operasjonelle definisjon er klar og presis, vil derfor ha stor betydning for om innsamling og behandling av data kan gjennomføres med stor grad av validitet. I tillegg

vil det ha betydning hvordan data behandles i etterkant av undersøkelsen. Jeg har selv lagt data fra undersøkelsen inn i dataprogrammet SPSS, hvor jeg dobbeltkontrollerte svarene 3 ganger for å være sikker på at korrekte svar ble lagt inn i systemet. Dersom data fra undersøkelsen er feilaktige, vil dette få store konsekvenser for resultatene og er et moment jeg må ta høyde for, til tross for at jeg brukte mye tid og dobbeltkontroll underveis. I tillegg hadde jeg på forhånd nummerert alle skjemaene, slik at jeg har hatt mulighet til å gå tilbake til hvert enkelt skjema i etterkant. Disse faktorer er vesentlige i forhold til hvorvidt jeg kan si i hvilken grad funnene i studien kan sies å ha gyldighet.

4.2 Etiske overveielser

De forskningsetiske retningslinjer og juridiske prinsipper er retningsgivende for all forskning (Johannessen, m.fl., 2010). Jeg har måttet foreta meg noen overveielser i forkant av undersøkelsen slik at de som berøres ikke skal lide noen belastning. Jeg har i forhold til undersøkelsen valgt fullstendig anonymitet, som vil si at verken navn på ansatte, avdeling og eller sykehus fremkommer. Jeg har i tillegg ikke lagret informasjon om avdelingen på data, som kan spore undersøkelsen min tilbake til sengepostene jeg har utført undersøkelsen ved.

I forkant av undersøkelsen rettet jeg en henvendelse til Helsefaglig rådgiver i klinikken. Jeg formulerte et formelt brev med en forespørsel, hvor jeg i tillegg la ved prosjektbeskrivelse og spørreskjemaet slik at hun kunne se hvilke spørsmål jeg ønsket å stille. I brevet la jeg vekt på at undersøkelsen var frivillig. I tillegg formulerte jeg et skriv i forbindelse med spørreundersøkelsen, hvor jeg skrev at jeg hadde fått tillatelse fra Klinikkleidelsen, at undersøkelsen var anonym og at den var basert på frivillig deltagelse.

Som sykepleier og sykepleiefaglig leder er det tiltross for at klinikken er stor, noen tanker jeg har gjort meg i forhold til tema, problemstilling, formuleringen i spørreskjema og hvordan jeg skal behandle funn i etterkant av undersøkelsen. Tema er betent i den forstand at spørsmålene som stilles retter seg mot de sykepleiefaglige ledere i forskningsfeltet. Jeg har anonymisert undersøkelsen og oppgaven slik at det ikke skal være mulig å spore denne tilbake verken til sengepostene, avdelingen, sykehusene og ei heller Helseforetaket.

Ved innledning av spørreundersøkelsen snakket jeg personlig med de respektive ledere. Alle 4 stilte seg positive og uttrykte klart at de er spente på resultatene fra undersøkelsen. Jeg håper at dette ikke vil hemme meg i bearbeidelsen og drøftning av funn, selv om jeg har forståelse for at jeg i etterkant kan få reaksjoner.

4.3 Metoderefleksjon

Både kvalitative og kvantitative metoder er gode i forskningsøyemed. De har begge sine sterke og svake sider, og hvilken metode som velges må sees i sammenheng med hva en skal studere (Johannessen, m.fl., 2010). Jeg har valgt å benytte kvantitativ forskningsmetode for mitt prosjekt. Kvantitativ metode har sin styrke i at de data som fremkommer av innsamlet materiale er større og kan gi et bilde av det fenomen som undersøkes. Ved å benytte denne metode har det gitt meg et større og bredere bilde av det jeg ønsket å undersøke. Samtidig har det også gitt meg en mulighet for å finne variasjoner og interessante sammenhenger jeg ikke var klar over på forhånd. Funnene fra undersøkelsen vil i tillegg kunne bidra til økt bevissthet omkring faglig kvalitet og utøvelse av kvalitativ god sykepleie sett i lys av sykepleiefaglig ledelse.

En survey undersøkelse gir meg et bilde av situasjonen på det aktuelle måletidspunktet, men gjennom forskning har jeg måttet være ytterst varsom med å trekke konklusjoner i forhold til hvordan ting har endret seg over tid. Det er nettopp et overblikk jeg har hatt interesse for å få. Samtidig å se om det eksisterer sammenhenger og faktorer som kan sies å være relevante for min problemstilling i dag, som kan sees å være en fordel ved å benytte denne forskningsmetode for prosjektet.

Ved å benytte kvantitativ metode har det derimot gitt meg mindre muligheter til å gå i dybden av det fenomen jeg forsker på. Jeg er derfor klar over at viktige og interessante nyanser ikke har vært mulig å få svar på. Kvantitativ metode er strukturert og kan anvendes til statistisk generalisering, men utfordringen er å sikre at en samler inn relevant data, da det ikke er mulig å gå tilbake å stille flere spørsmål etter at undersøkelsen er avsluttet. I tillegg har jeg måttet være sikker på at de data som ble innsamlet skulle gi et best mulig bilde av det fenomen jeg undersøkte, for at jeg skulle kunne nytte de videre i analyse, i forhold til sammenhenger, variasjoner og eventuelt for å generalisere innenfor mitt utvalg.

Pilotundersøkelsen ga meg en mulighet for å korrigere spørreskjema på forhånd av undersøkelsen, noe som har vært til stor hjelp. Survey undersøkelser kan utføres av få personer og krever lite kostnader, den er egnet til større utvalg og gir mulighet for absolutt anonymitet (Mordal, 1989: 29). Noe som har gitt meg som ”forsker” alene, en fordel i forhold til metodevalg. I forhold til anonymitet har jeg forsøkt å sikre alle respondenter, sengeposter, klinikken og Helseforetaket ved at jeg ikke har spurt etter respondentenes navn eller benyttet meg av navn på klinikk, avdeling og eller sengeposter, verken på spørreskjema eller i oppgaven for øvrig, noe som kan ha bidratt til å øke svarprosenten.

Utfordringer ved survey undersøkelser kan være svarprosent, den gir få eller ingen mulighet til å kontrollere respondentenes forståelse og tolkning av spørsmålene og egner seg som regel dårlig til åpne spørsmål (Mordal, 1989: 31). Begrensningene ved å benytte meg av kvantitativ metode er at jeg ikke har hatt mulighet for å fange opp informasjon utover det som fremkommer i svarene fra spørreskjema. Det, utover at jeg har laget egne kommentarfelt hvor respondentene har kunnet gi egne kommentarer uavhengig av svaralternativene. Jeg hadde ingen mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål, gå i dybden eller etterprøve mine fortolkninger. I tillegg kan jeg ikke med sikkerhet vite hvordan respondentene har oppfattet spørsmålene. Dette er en svakhet i forhold til hvordan ting er i den virkelige praksis og ikke hvordan det burde være. Jeg kan ikke være sikker på at respondentene har svart ut ifra hva de oppfatter som normer innenfor temaområdene og eller om de har svart ut ifra egen erfaring og praksis. Derimot er en av fordelene ved å benytte kvantitativ metode at respondenten ikke blir påvirket eller ledet til å svare, som kan være en svakhet i en relasjon og i en intervjusituasjon. Et spørreskjema er mindre tidkrevende for respondentene og de som har svart har selv kunnet velge hvor mye tid som skulle benyttes til å svare på dette. Dette kan enten ha medført en høyere svarprosent og eller motsatt, at noen har unnlatt å svare fordi de ikke har noe forhold til meg og min studie.

4.4 Metodekritikk

Kvantitativ metode har som skrevet tidligere, gitt meg svar på mange spørsmål jeg undret meg over, men det er og spørsmål jeg ikke har hatt mulighet til å få svar på. Dette avhenger av mange faktorer som; spørsmålsformulering, spørsmålene i seg selv, forskerfelt, utvalg og respondentenes svarprosent. Kvantitative data lar seg ikke alltid generalisere på grunn av at

utvalgene ikke er representative, dette er en problemstilling som er relevant i min studie på grunn av få respondenter i forhold til gruppen generelt og i tillegg i forhold til hvordan utvalget ble foretatt. Jeg må derfor være forsiktig med å generalisere i forhold til sykepleietjenesten som helhet og også innenfor Helseforetaket som helhet. Innenfor mitt utvalg kan jeg derimot generalisere. Hvorvidt det kan sies å være en kritikk av metoden om mitt utvalg er representativt eller ikke, er diskutabelt, men å kunne foreta et representativt utvalg i forhold til min undersøkelse har bydd på utfordringer, som kan sies å være et problem innenfor kvantitativ forskning.

Gjennom å benytte kvantitativ forskningsmetode har jeg kunnet studere årsakssammenhenger, men ikke så mye meningssammenhenger. Kvantitativ metode kan gi overfladisk informasjon, mulig en noe mer begrenset forståelse og avstand til utvalget og respondentene, det har en lukket tilnæringsmetode og et rigid standardisert opplegg. Hvorvidt disse faktorer har vært av positiv og eller negativ karakter, avhenger av hvilket utbytte jeg ønsket å oppnå og de resultater som fremkommer av relevans for undersøkelsen. Om funnene gir overfladisk informasjon kan diskuteres i forhold til resultatenes mening og i forhold til beskrivelse av den praksis jeg undersøker, sett i lys av relevant teori og tidligere forskning. Denne problemstilling vil belyses, når jeg nå skal presentere resultater og senere diskutere disse i de følgende kapitler.

Kapittel 5

5.0 Analyse

For å presentere funn og resultater har jeg benyttet deskriptiv statistikk, hvor jeg har valgt å kategorisere spørsmålene og presentere hovedinntrykkene fra de forskjellige områdene. Funnene fra sengepostene er i hovedsak presentert totalt, men der det er interessante variasjoner har jeg fremstilt sengepostene hver for seg. I tillegg har jeg presentert 2 av sengepostene C og D i eget underkapittel. Svaralternativene på spørsmålene var i hvilken grad sykepleierne var enige eller uenige utsagnene på en skala fra svært uenig, uenig, litt enig til veldig enig. De fire svaralternativer peker i 2 retninger, jeg har valgt å slå sammen de negativt ladede svaralternativene, svært uenig og uenig, til uenig, og motsatt de positivt ladede svaralternativene, litt enig og veldig enig, til enig. Enkelte steder i presentasjonen har jeg allikevel valgt å presentere resultater ut i fra de opprinnelige svaralternativer, da det viste seg mest hensiktsmessig. Resultater er i hovedsak presentert i prosent.

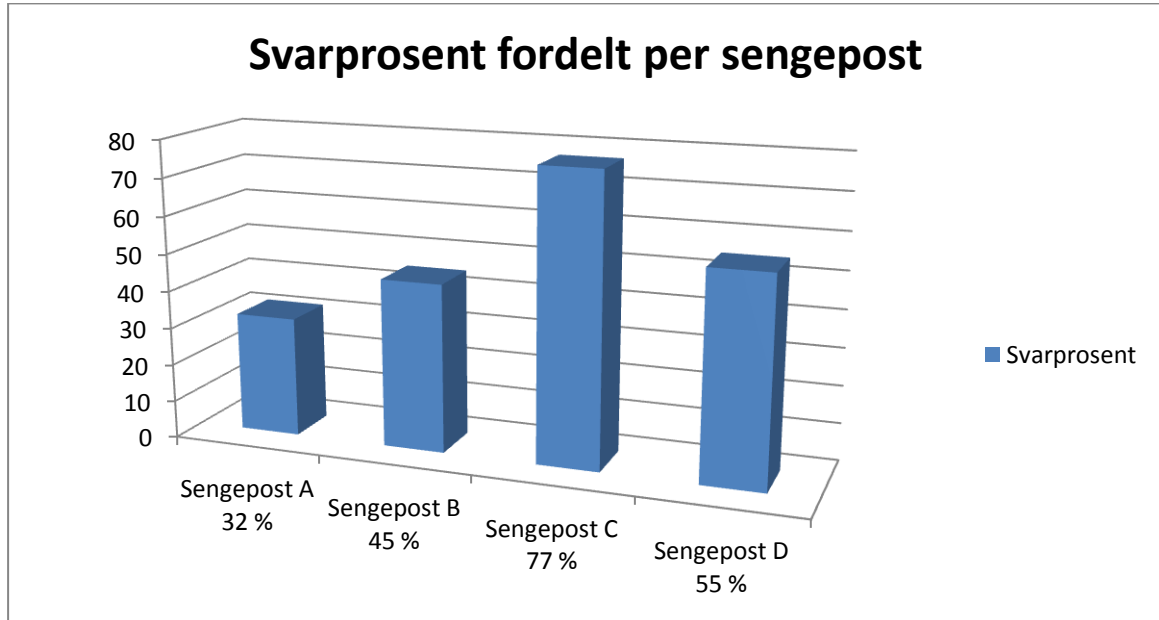
5.1 Resultater og funn

Det vil alltid være noen respondenter i et utvalg som ikke svarer på en spørreundersøkelse, eller også kalt bortfall av respondenter. Her skiller en mellom bruttoutvalg, alle respondenter som er valgt ut til å delta, og nettoutvalg, som består av de som faktisk deltar. Svarprosent er nettoutvalget i prosent av bruttoutvalget (Johannessen, 2010: 244). Antall respondenter var totalt 75 som ga en svarprosent på 53,2 %. Antall spørreskjema utlevert på 4 ulike sengeposter, svarprosent og bortfall ved hver av sengepostene var fordelt slik:

- Sengepost A: 9 svar av 28 utleverte spørreskjema. Svarprosent 32 %. Bortfall 68 %.
- Sengepost B: 18 svar av 40 utleverte spørreskjema. Svarprosent 45 %. Bortfall 55 %.
- Sengepost C: 27 svar av 35 utleverte spørreskjema. Svarprosent 77 %. Bortfall 23 %.
- Sengepost D: 21 svar av 38 utleverte spørreskjema. Svarprosent 55 %. Bortfall 45 %.

Diagrammet nedenfor viser en prosentmessig fordeling av de 75 respondentene (N = 75) i forhold til de 4 sengepostene A, B, C og D.

Figur 1: Svarprosent



5.1.1 Respondentenes bakgrunn

Resultater fra respondentenes bakgrunn presentert i tabellen nedenfor.

Figur 2: Bakgrunnsinformasjon

Bakgrunn		Prosent	Antall respondenter
Kjønn	Kvinne	93,3 %	70
	Mann	6,7 %	5
Alder	20 – 39 år	68,7 %	59
	40 – 49 år	12 %	9
	50 – 59 år	8 %	6
Stillingsprosent	100 %	88 %	66
	50 – 99 %	12 %	9
Antall år ansatt	0 – 2 år	44 %	33
	3 – 5 år	21,3 %	16
	6 – 11 år	24 %	18
Antall år utdannet 0 – 41 år	0 – 2 år	29,3 %	22
	3 – 5 år	24 %	18
	6 – 11 år	26,6 %	20
Videreutdanning	Ja	24 %	18
	Nei	76 %	57
Totalt antall respondenter		100 %	N = 75

Videre har jeg valgt å presentere bakgrunnsdata som ikke fremkommer i tabellen over.

Alder: 1 respondent har angitt alder over 60 år. Aldersmessig fordeling mellom de 4 sengepostene viser at sengepost A og D har den høyeste prosentandel mellom 20 – 29 år som ligger mellom 65 – 75 %. På sengepost B er andelen av sykepleiere i alderen 20 – 29 og 30 - 39 år ca. 50 %, mens på sengepost C er andelen over 85 % i disse alderskategorier.

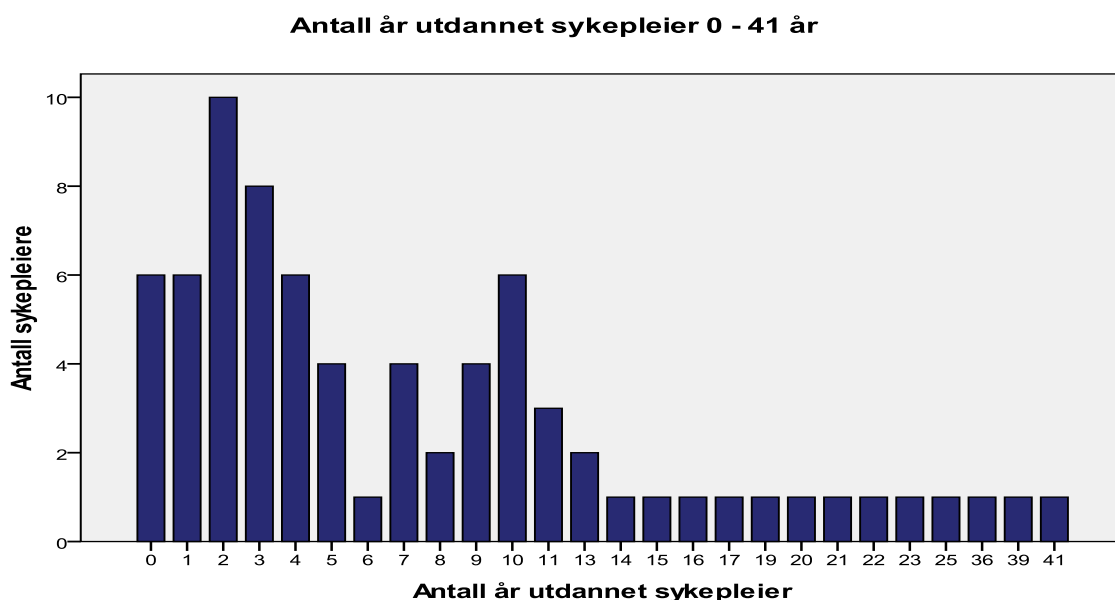
Stillingsprosent: De 9 sykepleiere i redusert stilling fordeler seg med 3 sykepleiere på sengepost A, B og C. På sengepost D er det ingen som har oppgitt lavere stillingsprosent enn 100 %.

Antall år ansatt i nåværende stilling på sengeposten: Fordeling i prosent viser at det er størst variasjon mellom sengepost B med 22 % og D med 66 % i forhold til sykepleiere ansatt i 0 – 2 år. Sykepleiere ansatt i 3 – 5 år varierer fra 18,5 % på sengepost C til 23,8 % på sengepost D, altså ikke de store variasjoner i mellom sengepostene mellom 3 – 5 år ansatt.

Videreutdanning innenfor sykepleie: Av sykepleierne (24 %) med videreutdanning innen sykepleie, svarte samtlige sykepleiere at de opplevde å kunne benytte videreutdanningen på arbeidsplassen. Sykepleierne med videreutdanning fordeler seg på de ulike sengeposter med A: 1, B: 11, C: 5 og D: 1. Samtlige respondenter har i tillegg svart at det på sengepostene er fagutviklingssykepleier eller sykepleier(e) som arbeider målrettet med sykepleiefag og kvalitetsutvikling.

Antall år utdannet sykepleier: Fordelingen blant respondentene i forhold til antall år utdannet sykepleier varierte fra 0 til 41 år, det er derfor interessant å se på gjennomsnittsverdien og sentralverdien. Gjennomsnittlig (Mean) har respondentene vært utdannet sykepleiere i 8 år, mens Sentraltendensen (Median) er 5 år blant de spurte. Fordelingen kan sies å være positivt skjev, fordi gjennomsnittet er høyere enn medianen, noe diagrammet nedenfor illustrerer. Totalt har 49,3 % av respondentene vært utdannet 5 år eller mindre. Et interessant funn var at på sengepost C har over 40 % av respondentene vært utdannet i over 10 år.

Figur 3: Antall år utdannet sykepleier



5.2 Sammenhenger mellom sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet

Min problemstilling har som utgangspunkt å se på sammenhenger mellom sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet i sykepleietjenesten. Dette vil jeg nå forsøke å se litt nærmere på. Først har jeg valgt å presentere resultater fra spørsmålet om overordnet målsetting for Helseforetaket.

Kjent med organisasjonens (Helseforetaket) overordnede målsetting

	Frekvens	Prosent	Valid prosent	Kumulative prosent
Svært uenig	32	42,7 %	42,7 %	42,7 %
Uenig	43	57,3 %	57,3 %	
Totalt (N = 75)	75	100 %	100 %	

Figur 4: Organisasjonens overordnede målsetting

Tabellen ovenfor viser at ingen av respondentene er enige i at de overordnede mål for Helseforetaket er kjent for ansatte. 42,7 % er svært uenige, mens 57,3 % er uenige.

5.2.1 Betydningen av sykepleiefaglig ledelse for faglig kvalitet i sykepleietjenesten

Figur 5 og 6 nedenfor viser samlet resultatene fra de 9 spørsmålene jeg kategoriserte innenfor sykepleiefaglig ledelse og betydningen av sykepleiefaglig ledelse for faglig kvalitet i sykepleietjenesten.



Figur 5: Betydning av sykepleiefaglig ledelse for faglig kvalitet.

Samlet sett viser diagrammet overfor (Figur 5) at 85,6 % av sykepleierne er enige i spørsmålene jeg har kategorisert i forhold til betydningen av sykepleiefaglig ledelse for faglig kvalitet i sykepleietjenesten.

Videre har jeg illustrert resultater fra de ulike spørsmål i tabellen nedenfor (Figur 6). Tabellen viser lavest skår i forhold til målsetting med 68 % respondenter som svarer at de er enige, men det er dog viktig å merke seg at 22,7 % ikke har svart på dette spørsmålet. I parentes har jeg skrevet spørsmålets nummerering fra spørreskjema da jeg har forkortet spørsmålene (Se vedlegg 2).

Betydningen av sykepleiefaglig ledelse	Prosent	Prosent	Prosent	N =
	Enig	Uenig	Bortfall	75
1. Leder benytter sengepostens målsetting aktivt i det daglige arbeid (10).	68 %	9,3 %	22,7 %	58
2. Konkrete planer for kvalitetsutvikling (14).	77,3 %	17,3 %	5,3 %	71
3. Fagutviklingssykepleier (17).	98,7 %	0,0 %	1,3 %	74
4. Kompetanseutviklingsprogram (18).	82,7 %	14,7 %	2,7 %	73
5. Systematisk obligatorisk undervisning (21).	85,3 %	13,3 %	1,3 %	74
6. Klare rutiner (25).	89,3 %	6,7 %	4,0 %	72
7. Kjent hvor prosedyrer og oppslagsverk finnes (26).	97,3 %	1,3 %	1,3 %	74
8. Systematisk opplæringsprogram (28).	84 %	13,3 %	2,7 %	73
9. Pasientarbeid oppleves som faglig forsvarlig (32).				
Totalt: Betydning av sykepleiefaglig ledelse (Mean)	85,6 %	9,6 %	4,7 %	75

Figur 6: Betydning av sykepleiefaglig ledelse for faglig kvalitet

I forhold til spørsmålet om pasientarbeid oppleves som faglig forsvarlig var det 84 % som svarte at de var enige, mens 13,3 % svarte at de var uenige (Figur 6). Jeg valgte å se på dette spørsmålet i forhold til de opprinnelige svaralternativene og sengepostene hver for seg, illustrert i tabellen nedenfor (Figur 7).

På min sengepost er det tilrettelagt slik at pasientarbeidet oppleves som faglig forsvarlig.

	Sengepost A N = 9	Sengepost B N = 18	Sengepost C N = 27	Sengepost D N = 21	Totalt N = 75	Total Prosent
Uenig	0 %	0 %	7,4 %	38 %	10	13,3 %
Litt enig	66,7 %	61,1 %	44,4 %	38 %	37	49,3 %
Veldig enig	33,3 %	38,9 %	44,4 %	19 %	26	34,7 %
Bortfall	0 %	0 %	3,7 %	4,8 %	2	2,7 %
Totalt svar	100 %	100 %	96,3 %	95,2 %	73	100 %

Figur 7: Tilrettelegging i forhold til faglig forsvarlighet

Tabellen (Figur 7) viser at ingen av respondentene svarer at de er svært uenige. Jeg fant at det var så mange som 49,3 % respondenter som svarte at de var litt enig i utsagnet, mens hele 13,3 % av respondentene har svart at de er uenige. Ved å slå de positive svaralternativene sammen fant jeg at 84 % var enige.

5.2.2 Sykepleiernes opplevelse av målrettet arbeid for å opprettholde og heve faglig kvalitet

Figur 8 nedenfor viser en oversikt over resultatene fra de 11 spørsmålene om sykepleierne opplever at det arbeides målrettet for å opprettholde og heve faglig kvalitet i sykepleietjenesten. Jeg har også her i parentes nummeret spørsmålene fra spørreskjema, da disse er forkortet i forhold til opprinnelig spørsmål (Se vedlegg 2).

Målrettet arbeid for å opprettholde og heve faglig kvalitet	Prosent Enig	Prosent Uenig	Prosent Bortfall	N = 75
1. Prioritering av videreutdanning (15).	76,0 %	24,0 %	0,0 %	75
2. Leder benytter utviklingssamtale (16).	74,7 %	22,7 %	2,7 %	73
3. Tid til arbeid med fagprosedyrer (19).	69,3 %	29,3 %	1,3 %	74
4. Behandlingsforløp (20).	84,0 %	14,7 %	1,3 %	74
5. Tid til faglige refleksjoner (22).	72,0 %	25,3 %	2,7 %	73
6. Tid til etiske refleksjoner (23).	56,0 %	40,0 %	4,0 %	72
7. Kunnskapsbasert arbeid, prosedyrer (24).	88,0 %	10,7 %	1,3 %	74
8. Sykepleiedokumentasjon (27).	90,7 %	5,3 %	4,0 %	72
9. Kravet til økonomi (29).	70,7 %	24,0 %	5,3 %	71
10. Kravet til effektivitet (30).	68,0 %	28,0 %	4,0 %	72
11. Bevisst på profesjonelt ansvar (31).	98,7 %	0,0 %	1,3 %	74
Totalt: Målrettet arbeid for faglig kvalitet (Mean)	77,1 %	20,4 %	2,5 %	74

Figur 8: Målrettet arbeid for å opprettholde faglig kvalitet.

Figur 8 viser at nærmere 100 % er bevisste på sitt ansvar som profesjonell yrkesutøver. Spørsmålet om etiske refleksjoner er det som skårer lavest med 56 %, hvor 40 % er uenige.

Kakediagrammet nedenfor (Figur 9) viser resultatene fra spørsmålene jeg kategoriserte i forhold til hvilke faktorer sykepleierne opplever at ligger til grunn for sykepleiefaglig ledelse, for å opprettholde og heve faglig kvalitet i sykepleietjenesten.



Figur 9: Sykepleiernes opplevelse av målrettet arbeid for faglig kvalitet (illustrert samlet).

Kakediagrammet (Figur 9) viser at 77,1 % opplever målrettet arbeid for å opprettholde og heve faglig kvalitet i sykepleietjenesten, mens 20,4 % er uenige.

Jeg har valgt å se på resultater i forhold til spørsmålene om pasientenes behov settes foran økonomi – og effektivitetskrav, her har jeg valgt å presentere sengepostene hver for seg da det var prosentmessige forskjeller å se spesielt i forhold til sengepost C og D.

På min sengepost opplever jeg at pasientens behov settes foran kravet til økonomi.

	Sengepost A N = 9	Sengepost B N = 18	Sengepost C N = 27	Sengepost D N = 21	Totalt N = 75
Uenig	22,2 %	33,3 %	7,4 %	38 %	24 %
Enig	77,8 %	66,7 %	88,9 %	47,6 %	70,7 %
Bortfall	0 %	0 %	3,7 %	14,3 %	5,3 %
Totalt svar	100 %	100 %	92,3 %	85,7 %	94,7 %

Figur10: Kravet til økonomi.

Tabellen over (Figur 10) viser at 24 % er uenige i at pasientenes behov settes foran kravet til økonomi, mens 70,7 % er enige. På sengepost B og D er det henholdsvis 33,3 % og 38 % av

respondentene som svarer at de er uenige i at pasientenes behov settes foran kravet til økonomi. På sengepost C er 88,9 % enige.

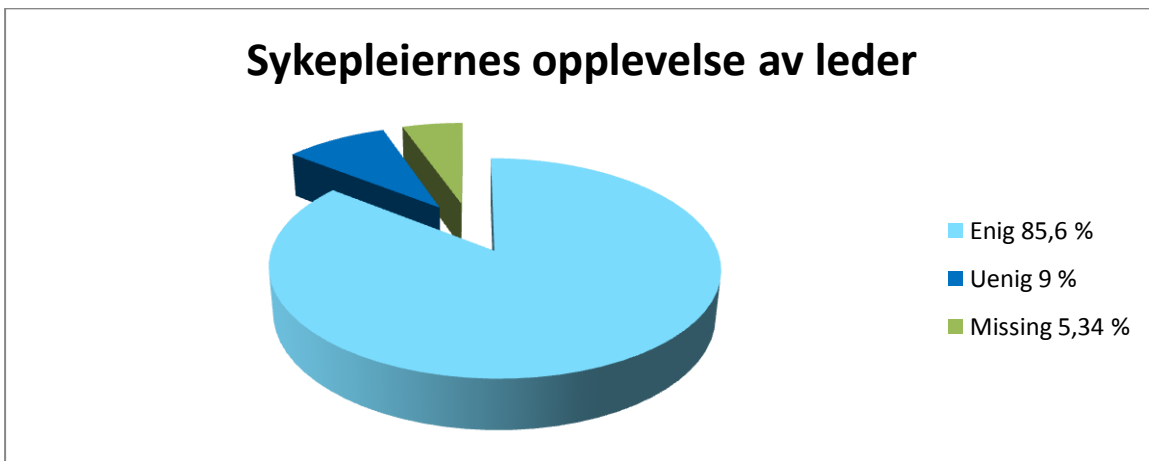
På min sengepost opplever jeg at pasientenes behov settes foran kravet til effektivitet.

	Sengepost A N = 9	Sengepost B N = 18	Sengepost C N = 27	Sengepost D N = 21	Totalt N = 75
Uenig	11,1 %	33,3 %	18,5 %	42,9 %	28 %
Enig	88,9 %	66,7 %	77,8 %	47,6 %	68 %
Bortfall	0 %	0 %	3,7 %	9,5 %	4 %
Totale svar	100 %	100 %	96,3 %	90,5 %	96 %

Figur 11: Kravet til effektivitet

Tabellen over (Figur 11) viser at totalt 68 % av respondentene er enige, mens 28 % er uenige i at pasientenes behov settes foran kravet til effektivitet. Av respondenter på sengepost B og D er det henholdsvis 33,3 % og 42,9 % som er uenige i at pasientenes behov settes foran kravet til effektivitet. På sengepost C er så mange som 77,8 % av respondentene enige.

5.2.3 Sykepleiernes opplevelse av sykepleiefaglig leder som faglig tilstedeværende ledelse



Figur12: Opplevelse av leder(illustrert samlet)

Resultatene fra de 5 spørsmålene kategorisert i forhold til opplevelse av sykepleiefaglig leder som faglig tilstedeværende ledelse, presentert totalt for sengepostene i kakediagrammet

ovenfor (Figur 12), hvor 85,6 % av sykepleierne svarer at de er enige i spørsmålene, mens 9 % svarer at de er uenige i at leder oppleves som faglig tilstedeværende leder.

Tabellen nedenfor (Figur 13) viser resultater fra de ulike spørsmålene fra spørreskjema, nummeret i parentes i forhold til spørsmålene i spørreskjema (se vedlegg 2).

Opplevelse av sykepleiefaglig ledelse	Prosent	Prosent	Prosent	N =
	Enig	Uenig	Bortfall	75
1. Leder synlig og tilgjengelig	88 %	6,7 %	5,3 %	71
2. Leder deltar på morgenrapporter	88 %	8,0 %	4,0 %	72
3. Spørres om hjelp til å løse faglig spørsmål	88 %	8,0 %	4,0 %	72
4. Sykepleiefaglig rollemodell	78,7 %	14,7 %	6,7 %	70
5. Opptatt av at faglig kvalitet er på høyt nivå	85,3 %	8,0 %	6,7 %	70
<hr/>				
Totalt: opplevelse av sykepleiefaglig leder (Mean)	85,6 %	9,0 %	5,34 %	72

Figur13: Opplevelse av sykepleiefaglig ledelse

5.3 Sengepost C og D

Ved analyse av innsamlet data fant jeg at en av sengepostene, sengepost C, utmerket seg positivt i forhold til mange av spørsmålene jeg stilte, i tillegg var svarprosent 77 %. I tillegg fant jeg at sengepost D var den sengeposten som utmerket seg mest negativ, svarprosent fra denne sengeposten var 55 %, så altså noe lavere enn ved sengepost C. Jeg har derfor valgt å presentere de resultater som ikke fremkommer tidligere i analysen fra sengepost C og D i tabellen nedenfor (Figur 14). Spørsmålene fra spørreskjema er som tidligere nummerert i parentes (Se vedlegg 2).

Figur 14: Sengepost C og D

Sengepost C og D	Uenig	Enig	Bortfall	Uenig	Enig	Bortfall
	Post C	Post C	Post C	Post D	Post D	Post D
Leder benytter sengepostens målsetting aktivt i det daglige arbeid (10).	0 %	81,5 %	18,5 %	23,8 %	38 %	38,1 %
Konkrete planer for kvalitetsutvikling (14)	11,1 %	85,2 %	3,7 %	38,1 %	52,4 %	9,5 %
Leder benytter utviklingssamtale (16).	22,2 %	74,1 %	3,7 %	23,8 %	71,4 %	4,8 %
Behandlingsforløp (20).	18,5 %	81,5 %	0 %	14,3 %	80,9 %	4,8 %
Tid til etiske refleksjoner (23).	37 %	59,3 %	3,7 %	71,4 %	19 %	9,5 %
Leder synlig og tilgjengelig (33)	0 %	96,3 %	3,7 %	23,8 %	66,7 %	4,8 %
Leder deltar på morgenrapporter (34)	0 %	96,3 %	3,7 %	19,1 %	76,2 %	4,8 %
Spørres om hjelp til å løse faglig spørsmål (35)	7,4 %	88,9 %	3,7 %	19,1 %	76,2 %	4,8 %
Sykepleiefaglig rollemodell (36)	3,7 %	88,9 %	7,4 %	38,1 %	52,4 %	9,5 %
Opptatt av at faglig kvalitet er på høyt nivå (37)	3,7 %	92,6 %	3,7 %	23,8 %	61,9 %	14,3 %
Totalt antall respondenter per sengepost		N=27			N=21	

5.4 Oppsummering

I analysen har jeg benyttet meg av deskriptiv statistikk, univariat og bivariat analyse, hvor jeg har presentert interessante funn, som jeg videre vil diskutere i forhold til den teoretiske og empiriske referanseramme sett i lys av egne erfaringer. Etter mye arbeid med innsamlet data fant jeg at det mest hensiktsmessige var å benytte enkle analyseverktøy, dette på grunn av, at jeg fant, at innsamlet data egnet seg best til dette. Jeg hadde et ønske om å benytte meg av korrelasjonsanalyse for å se om det var samvariasjon mellom mine variabler, noe jeg forsøkte, men fant det vanskelig å tyde meningsinnholdet og valgte derfor å forkaste denne analyse. Jeg har gjort noen interessante funn i forhold til betydningen av sykepleiefaglig ledelse, målrettet arbeid med kvalitetsarbeid og opplevelse av nærmeste leder. Jeg fant at sengepostene avvek fra hverandre og har valgt å beskrive sengepost C og D, da de viste seg å være to ytterpunkter, hvor sengepost D avvek i mest negativ retning og sengepost C i svært positiv retning. Noe jeg fant interessant og som videre kan føre til en spennende diskusjon.

Kapittel 6

6.0 Diskusjon

Jeg vil nå diskutere resultater og funn fra spørreundersøkelsen, gjennom analyse og drøftning med bakgrunn i tidligere forskning og den teori jeg har lagt til grunn i studien, for å besvare problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg har i diskusjonen, i parentes, referert til figurene i analysen for lettere å gi en oversikt for leser.

6.1 Svarprosent

Det vanlige i dag er at svarprosenten i survey undersøkelser ligger mellom 30 – 40 %, og som en tommelfingerregel sier man at over 50 % er en bra svarrespons, en skal allikevel være varsom med å generalisere resultatene fra utvalget til populasjonen (Johannessen, 2010). Med en svarprosent på 53,2 kan jeg si at jeg har et akseptabelt utgangspunkt. Jeg sa meg fornøyd med svarprosenten uten purring, dette på grunn av tidspress i forhold til innlevering av oppgaven. For om mulig å få en høyere svarprosent kunne jeg purret og muligens vært mer aktiv på de ulike sengepostene. Svarprosenten varierer fra høyest på sengepost C med 77 % til laveste på sengepost A med 32 % (Figur 1). Oversikten over respondentenes tilknytning til de ulike sengeposter og derved svarprosent for de ulike sengepostene, bringer meg ut i diskusjonen om hvorvidt jeg kan si noe om sengepostene hver for seg. Jeg har derfor i hovedsak valgt å slå resultatene fra de ulike sengeposter sammen, men trukket inn spennende variasjoner fra sengepostene og i tillegg diskutert resultater fra C og D i egne underkapitler. Svarprosenten fra undersøkelsen er totalt sett akseptabel i forhold til utvalget, men ser jeg derimot sengepostene hver for seg, kan det diskuteres hvorvidt resultatene for 2 av sengepostene i det hele tatt er representative. Funnene sier meg noe om tendenser innenfor hver av sengepostene, men eksempelvis var svarprosenten fra sengepost A på 32 %, noe som gjør at jeg ikke engang kan si noe om denne sengeposten isolert sett. Jeg skal være varsom med å si noe om sengepost B, da det her var en svarprosent på 45 %. Ved sengepost C og D var svarprosenten noe høyere, med henholdsvis 55 og 77 % (Figur 1). Da antall respondenter er såpass lavt, kan jeg ikke benytte resultater fra de ulike sengepostene til å generalisere innenfor mitt utvalg, men jeg kan muligens se noen tendenser og variasjoner, som kan være spennende.

Årsakene til svarprosenten kan blant annet skyldes sykefravær, travelhet i avdelingen, for lite informasjon om den pågående undersøkelsen, interesse for spørsmålene i spørreskjema og eller engasjement omkring tema. En annen problemstilling i forhold til svarprosent kan være misnøye med sykepleiefaglig leder, som gjør at noen velger ikke å besvare undersøkelsen. Den sykepleiefaglige lederen ved sengepost A kunne fortelle at de har hatt et høyt sykefravær, mens sykepleiefaglig leder ved sengepost B og D kunne fortelle at de hadde vært inne i en hektisk og travel periode i undersøkelsesperioden. Ved sengepost C har så mange som 77 % svart på undersøkelsen, noe som kan sies å være et svært godt utgangspunkt.

6.2 Betydningen av sykepleiefaglig ledelse for faglig kvalitet i sykepleietjenesten

At så mange som over 85 % av sykepleierne i undersøkelsen opplever at sykepleiefaglig ledelse er av betydning for å lykkes med faglig kvalitet i sykepleietjenesten, er i seg selv et viktig og spennende funn (Figur 5). Hva det betyr må jeg se litt nærmere på, da det var en rekke spørsmål som ble stilt i forhold til overordnet spørsmålsstilling.

Helseforetaket med de underliggende sykehusene har de senere årene vært under store endringer og organisatoriske omveltninger, både på organisasjonsnivå, men også helt ned på sengepostnivå. Kramer m.fl. fant i sin undersøkelse at sykepleiere ikke kan kontrollere praksis eller delta i aktiviteter knyttet til pasientfokusert kultur dersom organisering og ledelse av disse aktiviteter ikke finnes på organisasjonsnivå (Kramer, m.fl., 2009). Resultatene fra undersøkelsen viser at overordnet målsetting for Helseforetaket ikke er kjent for sykepleierne, nesten 60 % er uenige og over 40 % er svært uenige (Figur 4). Årsaken til at sykepleierne ikke er kjent med den overordnede målsetting kan være mange. Sykehusets toppledelse formidler målsetting og verdigrunnlag på sykehusets nettsider, men en ting er hva som formidles på en nettside, noe annet er hva som etterlevs i dagligdagen. Nyhetsoppslag om sykehuset har vært mange og hvor negativ omtale har vært rådende. I tillegg valgte tidligere toppledelse å gå av, da foreslått spareplan ikke ble god tatt av Helseregionen, med den begrunnelse av at ytterligere kutt ville være uforsvarlig overfor pasientene. Hva betyr dette i forhold til mine resultater? Overordnede verdier i Helseforetakets etiske retningslinjer er kvalitet, trygghet og respekt, men det å høre gjentatte ganger at sykehuset står overfor store økonomiske utfordringer, at bemanning skal reduseres, i tillegg at tidligere toppledelse går av på bakgrunn av at så store kutt ikke er mulig å gjøre uten at det går ut over pasientene, kan

gjøre at sykepleiere mister tiltro til toppledelse og derved til en målsetting og et verdigrunnlag med fine ord. En av respondentene har følgende kommentar til spørsmålet om organisasjonens overordnede målsetting: ”*Har aldri hørt om overordnede mål for organisasjonen bare spare penger*”. En annen kommentar var: ”*Verdien trygghet er truet på grunn av stadig redusert bemanning og mindre tid til å følge opp den enkelte pasient. Mindre tid til å kvalitetssikre*”. En tredje skrev følgende kommentar: ”*Var mye bedre da vi var egen institusjon*”. Utsagnene som uttrykkes, kan tenkes å si, at det de ansatte hører om økonomiske nedskjæringer og sparetiltak, blir det de forbinder med sykehusets målsetting. Betyr det at den overordnede målsetting ikke er av avgjørende betydning for om sykepleiefaglig leder lykkes med faglig kvalitet i sykepleietjenesten? Just skriver at målsetting erfaringsmessig ikke alltid nyttes i det daglige arbeidet (Just, 2000), noe som støttes av resultatene fra min undersøkelse. Sykehusene er hver for seg sykehus med historie, kultur og tradisjoner. Sykepleierne som arbeider på hvert av sykehusene kan hver for seg tenkes ikke å ha et forhold til den nye organisering og målsetting. Det kan også være at det i dagligdagen ikke er de overordnede mål som er av betydning for pasientarbeidet, annet enn at disse implementeres gjennom lokale tilpassede målsettinger, formidlet via nærmeste sykepleiefaglige leder. Sykepleiefaglig leders ansvar og oppgave er dog å operasjonalisere mål slik at disse etterlevs i dagligdagen. Funnene fra Kramers studie kan derved ikke sies å støttes av mine respondenters svar, dersom det ikke viser seg at resultater fra de øvrige spørsmål allikevel synes positive i forhold til målsetting på sengepostnivå. Det at ingen av respondentene svarer at overordnede mål er kjent i sykepleietjenesten, er ikke ensbetydende med at nærmeste leder ikke etterlever organisasjonens mål i det daglige arbeidet og organiseringen av sengepostene. På en annen side kan det bety at de overordnede mål ikke er godt nok operasjonalisert og implementert av sykepleiefaglig leder. Og når ingen av respondentene har svart at de er kjent med organisasjonens overordnede målsetting, kan dette ansvar ikke sies å etterlevs av de sykepleiefaglige ledere.

Reppesgaard finner i sin studie at sykepleielederne ser en klar sammenheng mellom å lede både ut i fra driftsmessige og faglige vurderinger (Reppesgaard, 2007: 94). Dette kan indikere at sykepleiefaglig leder formidler overordnet målsetting, gjennom organisering og drift av sykepleietjenesten, via faglige vurderinger som gjenspeiles i den faglige målsetting. 68 % av respondentene i studien svarer at de er enige i at nærmeste leder benytter sengepostens målsetting i det daglige arbeidet, noe som kan sies å være et relativt høyt antall (Figur 6). I

følge Norsk sykepleieforbund har sykepleier med lederansvar ansvaret for at det er definert tydelige visjoner og verdier (NSF, 2005). Hver av sengepostene har utarbeidet egen målsetting, hvor avdelingssykepleier på sengepost A og D kan fortelle at målsetting er ”gammel” og antagelig lite kjent på sengeposten. Ansvaret NSF har definert kan muligens sies ikke å etterleves av de sykepleiefaglige ledere på sengepostene, da sengepostens mål i høy grad ikke er kjent og i tillegg i ifølge lederne ved to av sengepostene, trolig ikke er kjent. Noe som må sies å være en unnskyldning og eller en bortforklaring fra lederne i forhold til et ansvar som ikke etterleves. Just skriver at forutsetninger for å føle engasjement og et eierskap i personalgruppen er at visjoner omformes til handlinger. I tillegg er det av avgjørende betydning at medarbeiderne er med til å utvikle og formulere visjoner og mål (Just, 2000). Hvorvidt målene som eksisterer er utarbeidet i samarbeid med sykepleierne har jeg ikke svar på, men resultater kan tyde på at det kan være en medvirkende årsak til at en relativt høy prosentandel av respondentene svarer at målsettingen ikke benyttes i det daglige arbeidet. Dette skal jeg imidlertid ikke hevde da jeg stilte spørsmål om de ble benyttet og ikke om de eksisterte, så det kan derfor tenkes motsatt, at målene er kjent men ikke benyttes i stor nok utstrekning. Det kan det være flere årsaker til. Patricia Benner har utarbeidet sykepleieteorien fra novise til ekspert, som deler sykepleie inn i 5 ulike nivåer (Benner, 1995). Andelen av sykepleiere i undersøkelsen som har vært ansatt i 0 – 5 år er over 65 % og i tillegg har over halvparten av respondentene vært utdannet i 0 – 5 år (Figur 2). Dersom dette sees i sammenheng med teoriens nivåer, kan en tenke seg at en stor andel av sykepleierne er på nivået novise, avansert nybegynner og eller kompetent utøver, og derved enda ikke evner å se helheten i pasientbehandlingen. Noe som kan være en medvirkende årsak til den relativt høye prosentandel, som ikke er enige i at sykepleiefaglig leder benytter sengepostens målsetting i det daglige arbeidet. En annen årsak til svarprosenten kan være tolkninger respondentene har av spørsmålet som ble stilt, hvilke mål ble det spurt etter, er sengepostens mål de faglige mål eller er det mål, som i sengepostens verdier. Her skal jeg være varsom med å trekke slutninger, da spørsmålet på grunn av uklar formulering kan ha gitt rom for tolkninger. Noe som muligens og kan forklares med at over 20 % av respondentene ikke har svart på spørsmålet (Figur 6). En annen forklaring kan være engasjement generelt og i forhold til spørsmålet og i tillegg opplevd betydning av målsetting i det daglige pasientarbeidet.

Just skriver at faglig leder er ansvarlig for å skape felles normer og understøtte at alle lever opp til normene (Just, 2000). Felles normer kan etterleves gjennom konkrete mål for

kvalitetsutvikling. Kramer finner i sin studie at en dynamisk kultur forutsetter at etablerte verdier og normer overføres til nye medarbeidere og at endring og oppdatering av gjeldende verdier og normer må gjøres når det er nødvendig (Kramer, m.fl., 2009). Mål og planer kan uttales på mange forskjellige måter, det kan være nedskrevne mål, som integreres i avdelingen gjennom diskusjoner i dagligdagen. Det kan også være at leder ikke er tydelig nok i forhold til målet, slik at dette ikke er klart for den enkelte ansatte. Eksempelvis kan det at Anna får gå på videreutdanning i regi av sengeposten, oppleves som en personlig tilbakemelding og individuelt ønske om å heve kompetanse. Mens det i tillegg er en del av tiltaket for å oppnå sengepostens mål om kvalitetsutvikling, noe Anna og de øvrige ansatte nødvendigvis ikke er klar over, fordi planene ikke er integrert og konkret nok presentert. Eller motsatt, de ansatte er klar over at kompetanse og videreutdanning er ønsket som en del av kvalitetsutviklingen i avdelingen. Erfaringsmessig kan det være utfordrende som sykepleiefaglig leder å være bevisst nok på behovet for tydelighet. Jeg stilte spørsmål om sykepleiefaglig leder har presentert konkrete planer for kvalitetsutvikling i sykepleietjenesten, hvorav nærmere 80 % svarte at de var enige, mens i overkant av 15 % var uenige (Figur 6). Strand beskriver felles kjennetegn ved kultur som blant annet felles oppfatninger, dyptliggende antagelser, verdier og normer, og identisk betydning av symboler (Strand, 2007). Kulturen i en avdeling kan være en viktig faktor for om sykepleierne er kjent med målsetting og planer, tross for at noen kan ha vanskelig ved å uttale hva som konkret er nedtegnet i målsettingen, kan leders evne til å formidle felles forståelse gjennom kultur, være avgjørende for at så mange opplever at sengeposten styres i en bestemt retning. Aadland skriver at kultur er et uttrykk for hvordan en organisasjon styres og for normene som eksisterer i dagligdagen (Aadland, 2005). I det nærmere 80 % har svart at de er kjent med konkrete planer for kvalitetsutvikling, kan dette muligens skyldes at sengepostene har en kultur hvor kompetanseutvikling er implementert og en del av kulturen. Det kan være at fagutvikling engasjerer ansatte og at det er disse målene, som derfor etterleves i det daglige arbeidet og ikke overordnet målsetting ei heller sengepostens målsetting. Kulturen på sengepostene kan derved være en medvirkende årsak til at svarprosenten derfor er høyere på dette spørsmålet enn ved de øvrige spørsmål i forhold til målsetting.

NSF skriver at sykepleiefaglig ledelse innebærer ansvaret for utvikling av sykepleiefaget og ansvaret for kvaliteten i sykepleietjenesten (NSF, 2005). Av respondentene var det 24 % (Figur 2), som svarer at de har videreutdanning som nyttes på sengeposten, i tillegg svarte alle

sykepleierne at det er fagsykepleier og eller sykepleier(e) som arbeider målrettet med sykepleiefag og fagutvikling. Normann finner i sin studie at det på avdelingsnivå ikke fantes fagutviklingssykepleier og at sykepleiefaglig leder har for liten tid til fagutvikling (Normann, 2001: 65). Det at Normann finner i sin studie at det på avdelingsnivå ikke finnes fagutviklingssykepleier, samsvarer ikke med resultater fra min studie. Normanns studie er over 10 år gammel og det kan tenkes at endringer har skjedd siden da. Samtidig må jeg være forsiktig med å generalisere mine funn, slik at jeg ikke bedyrer at dette er sannheten på enhver sengepost, ved alle sykehus i Norge i dag. Det kan tenkes at fokuset har endret seg og at et økende behov for fagutviklingssykepleier, har gjort at det er mer etablert i dag enn for 10 år siden. I rammeplan for videreutdanning i faglig ledelse står det at målet med utdannelsen er å kvalifisere sykepleiere til å lede en klinisk virksomhet av høy kvalitet (Studieplan, 2010). I følge Naustdal har sykepleiefaglig leder ansvaret for å legge til rette for systematisk og kontinuerlig arbeid med kompetanseutvikling, men hun finner i sin studie at det kan sees utfordrende å prioritere i forhold til øvrige lederoppgaver (Naustdal, 2006: 82).

Respondentene har svart seg enige i over 80 % til nærmere 100 % i at det finnes kompetanseutviklingsprogram, det er systematisk obligatorisk undervisning, det er klare nedskrevne rutiner, det er kjent hvor prosedyrer og oppslagsverk finnes og det finnes et systematisk opplæringsprogram for nyansatte (Figur 6). Resultatene viser at det på sengepostene tyder på gode systemer for fagutvikling, ved at de overfor beskrevne faktorer oppleves å være tilstedeværende. Hva de sykepleiefaglige lederne angår, har jeg ingen opplysning om deres bakgrunn, som gjør at jeg ikke kan bekrefte og eller avkrefte at formalkompetanse innen faglig ledelse, og eller annen lederutdanning er tilstedeværende. Allikevel kan resultatene peke i retning av at det er god styring med henblikk på faglig utvikling og kompetanseheving på sengepostene, noe som gjør at jeg må stille meg tvilende til at respondentene i min studie, derfor opplever at sykepleiefaglig leder ikke har tid til å sette av tid til kompetanseutvikling, som Naustdal finner i sin studie. Hvorvidt dette funn, som betviler Naustdals resultater, kan generaliseres er jeg forsiktig med å hevde, men det er interessant at mine respondenter ikke opplever det sykepleieleiderne i hennes studie hevder.

Orvik skriver at faglig forsvarlighet er selve grunnlaget for utøvelse av sykepleie i helseinstitusjoner og at faglig forsvarlighet ligger i spennet mellom klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse. Forsvarlighet omhandler både kravet til den enkelte helsearbeider i forhold til nødvendig faglig kompetanse, i tillegg til forsvarlig organisering av virksomheten

(Orvik, 2006). På spørsmålet om det på sengeposten er tilrettelagt slik at pasientarbeidet og samhandling oppleves som faglig forsvarlig, svarte i underkant av 85 % av respondentene at de er enige, hvorav ca. halvparten litt enige og omkring 35 % veldig enige, mens over 13 % svarte de var uenige (Figur 7). Forsvarlighetskravet bygger på at sykepleierne er ansvarlige for å inneha nødvendig kompetanse og samtidig at virksomheten er forsvarlig organisert. Resultatene tyder på at den allmenne oppfatning blant respondentene er at arbeidsoppgaver på sengepostene oppleves som forsvarlig. Det er allikevel en liten prosentandel som svarer at de er uenige. Det kan være forskjellige årsaker til dette, for å nevne noen kan en tenke seg at sykepleierne føler seg utrygge på grunn av egen kompetanse, den helhetlige kompetanse på sengeposten, kompliserte pasientgrupper og eller høyt pasientbelegg. En av respondentene skrev følgende kommentar: *"Travle vakter kan til tider føles uforsvarlig"*. En annen skrev kommentaren: *"Faglig forsvarlighet avhenger av trykket i avdelingen"*. Jeg har i min begrepsavklaring valgt å koble indikatoren faglig forsvarlighet i forhold til faglig kvalitet. Sykepleiefaglig leder er ansvarlig for forsvarlig drift, men utenforliggende årsaker som at sengeposten i perioder har komplekse pasientgrupper, har et høyt pasientbelegg, kan uansett organisering oppleves av den enkelte sykepleier som uforsvarlig, dersom den helhetlige kompetanse og eller egen kompetanse ikke oppleves tilstrekkelig i gitte situasjoner. Aase skriver at faglig forsvarlighet ikke alene kan bestemmes av normer og regler, men at hver enkelt sak og tilfelle må vurderes ut i fra de forhold som forelå der og da (Aase, 2004). De sykepleiefaglige lederne ved to av sengepostene kommenterte at de hadde vært inne i en travel og hektisk periode på sengepostene og en tredje leder at de hadde et enormt sykefravær i undersøkelsesperioden. Da en survey er et øyeblikksbilde av en større virkelighet (Johannessen, m.fl., 2010), må resultater betraktes i forhold til at sykepleiere svarer her og nå, og muligens i en travel periode, vil svare at nettopp pasientarbeid og samhandling med pasienter ikke oppleves faglig forsvarlig. I tillegg sier min erfaring meg at sykepleiere noen ganger kan ha vanskelig for å skjelle forskjell mellom hva som er forsvarlig praksis og hva som er god praksis. Sudbury og Gnaedinger fant i in studie at kvalitet i sykepleien kan fremmes ved hjelp av hensiktsmessig ressursforvaltning (Sudbury og Gnaedinger, 2007). Det er en stor prosentandel som svarer at de er enige, noe som kan tyde på at pasientbehandlingen som utøves på sengepostene generelt og individuelt oppleves forsvarlig. Noe som kan indikere at det for det meste oppleves forsvarlige vaktordninger, god bemanning og helhetlig god kompetanse. En kan derfor på bakgrunn av resultatene se for seg at sengepostene er forsvarlig organisert og i tillegg oppnår målet om god praksis, som derved samsvarer med

funnet fra Kramers undersøkelse. På tross av dette kan jeg ikke hevde at kvaliteten i sykepleien er god, selv om jeg på bakgrunn fra funn kan anta at forholdene ligger til rette for at faglig kvalitet kan være et faktum.

6.3 Målrettet arbeid for å opprettholde og heve faglige kvalitet i sykepleietjenesten

Sykepleier med lederansvar har ikke bare ansvaret for å lede en gruppe, men også for å lede sykepleiefaget (NSF, 2005). Just skriver at den faglige leder har ansvar for både å skape et felles engasjement med utgangspunkt i individenes individuelle engasjement, samtidig skape et tettere og bedre samarbeide enn det som naturlig vokser frem (Just, 2000). Samlet svarte nærmere 80 % av respondentene at de totalt sett opplever målrettet arbeid for å opprettholde og heve faglig kvalitet i sykepleietjenesten på sengepostene (Figur 9). Den høye prosentandelen som sier seg enige, sier meg noe om at sykepleierne opplever å yte pasientbehandling av høy kvalitet, men dette uten å kunne fastslå noe med sikkerhet. NSF skriver at sykepleiefaglig leder har ansvar for utvikling av sykepleiefaget, den sykepleiefaglige kvaliteten, undervisning og forskning. Hvor ledelse av sykepleiefaget handler om å skape faglig felleskap hvor kompetanseheving og utvikling av sykepleiefaget er fokusområder (NSF: 2005). I forhold til indikatorer jeg har lagt til grunn for spørsmålet om betydningen av målrettet arbeid for å opprettholde og heve faglig kvalitet i sykepleietjenesten, som videreutdanning, utviklingssamtale som verktøy, behandlingsforløp, kunnskapsbasert arbeid og gode rutiner for sykepleiedokumentasjon, svarer mellom 70 % til over 90 % av respondentene seg enige (Figur 8). Med en så høy prosentandel som totalt sett har svart seg enige i spørsmålene, kan jeg mer enn anta at de fleste av indikatorene, i mer eller mindre grad, er tilstedeværende på sengepostene. NSF skriver at det er et lederansvar å analysere, sikre og vurdere best mulig koordinering av pasientens pleie og behandlingsforløp, som kan sikres gjennom faglige diskusjoner, retningslinjer og prosedyrer, gjennom å disponere personalressurser på en best mulig måte (NSF, 2005). Ved å se på resultatene fra undersøkelsen som i høy grad svarer seg enige, er det nærliggende å tro at lederne arbeider målrettet for å opprettholde og heve faglig kvalitet i sykepleietjenesten. I rammeplan for utdanning i faglig ledelse står det at utdanningen skal styrke ledernes fagkunnskaper med sikte på å lede en kunnskapsbasert praksis (Studieplan, 2010). 88 % av respondentene har svart seg enige i at det arbeides kunnskapsbasert i forhold til prosedyrer. Markussen skriver at

nordiske sykepleiere får ingen, eller for lite opplæring i å håndtere vitenskapelig kunnskap og eller å vurdere nyere kunnskap (Markussen, 2011). Mitt funn harmonerer derfor ikke med denne påstand, men når i underkant av 70 % har svart at det ikke prioriteres tid til å arbeide med fagprosedyrer, kan da allikevel Markussen sin påstand sies å samsvare med mine funn (Figur 8). Spørsmålene jeg stilte ble formulert på en måte som la ansvaret over på sykepleiefaglig leder og hvordan hun prioriterer og setter av tiden, jeg stilte derimot ikke spørsmål til sykepleiernes eget engasjement og initiativ. Til tross for at sykepleiefaglig leder har det overordnede ansvaret, kan det tenkes at det på sengeposter med egne fagsykepleiere med delegert ansvar for fag, delegeres oppgaver, som for eksempel arbeide med fagprosedyrer. Noe som gjør at jeg ikke kan konkludere at sykepleiefaglig leder ikke har fokus på fagprosedyrer som en del av det faglige utviklingsarbeidet, snarere tvert i mot. Det kan være faktorer som gjør at dette arbeidet i en periode ikke har kunnet prioriteres, eksempelvis pasientbehandling fremfor arbeidet med fagprosedyrer. Det er allikevel sykepleiefaglig leder sitt ansvar å sikre at arbeid med fagprosedyrer prioriteres, som gjør at jeg må slutte at dette ansvaret ikke etterleves optimalt på sengepostene.

Orvik skriver at kvalitetsarbeid omhandler hele pasientens forløp, det handler om gode pasientforløp og samhandling mellom ulike ledd i behandlingsskjeden gjennom tverrfaglig samarbeid (Orvik, 2010). Resultater fra undersøkelsen viser at noen av indikatorene jeg operasjonaliserte i forhold til målrettet arbeid med faglig kvalitet, skårer lavere enn andre, så som arbeid med fagprosedyrer, faglige refleksjoner (70 % enige), mens etiske refleksjoner er det kun 56 % av respondentene som er enige i at prioriteres (Figur 8). I følge de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, innebærer faglige og etiske refleksjoner, refleksjoner i forhold til faglig praksis og i utøvelse av sykepleie (NSF, Yrkes etiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Og i følge Aadland kan etisk refleksjon foregå i tilknytning til faglig arbeid, da mange av de faglige problemene sykepleiere møter har etiske aspekt i seg (Aadland, 2005). Jeg stilte spørsmål om det settes av tid til faglige og etiske refleksjoner. Noe som kan være en årsak til at svarprosenten er såpass lav, spesielt i forhold til etiske refleksjoner. Av erfaring kan faglige refleksjoner i sykepleiepraksis være tilstedeværende eksempelvis på legevisitter og i rapportsituasjoner i pasientbehandlingen. Derimot handler etiske refleksjoner ofte om vanskelige pasientsituasjoner og kan uten veiledning av leder og eller utenforstående veileder, være vanskelig å igangsette uten at det er en etablert kultur for det. Faglige refleksjoner kan oppleves som mer ufarlige i den forstand at det er et dokumentert sykdomsforløp og

behandlingen det reflekteres over. Ethiske refleksjoner derimot, berører sykepleierne personlig og som gruppe og ordet etisk dilemma kan i seg selv være et vanskelig ladet ord. Funnene fra undersøkelsen viser at de sykepleiefaglige ledere kan ha litt å hente på å organisere etisk og faglig refleksjon i personalgruppen av flere grunner. Etisk og faglig refleksjon kan medvirke til å fremme et engasjement og behov for kunnskapsbasert arbeid med fagprosedyrer og derved være et ledd i å heve faglig kvalitet i sykepleietjenesten. I følge senter for kunnskapsbasert praksis er kunnskapsbasert praksis, KBP, en metode for å fremme kvalitet i sykepleiefaget, hvor formålet med KBP er å styrke beslutningsgrunnlaget gjennom å basere praksis på best tilgjengelig kunnskap (Kunnskapssenteret, 2011). Arbeide med prosedyrer og behandlingsforløp fordrer at sykepleiere reflekterer over det faglige innholdet i praksis. Resultatene viser at 88 % av respondentene er enige i at det arbeides kunnskapsbasert i forhold til fagprosedyrer, men sykepleiefaglig leder har en del å hente på å prioritere arbeid med fagprosedyrer (Figur 8). Sykepleiefaglig leder kan nytte faglig og etisk refleksjon som en metode for faglig veiledning, hvor leders faglige og etiske standarder fremkommer gjennom refleksjonene. Samtidig kan kunnskapsbasert arbeid være en kilde til kritisk refleksjon og kan derfor være med til å fremme faglig og etisk refleksjon i sykepleietjenesten. Derved må jeg igjen si at Markussens påstand om at sykepleiere får ingen eller for lite opplæring i å håndtere vitenskapelig og nyere kunnskap, harmonerer med mine resultater.

Effektivitet er et komplekst begrep som kan oppfattes på mange forskjellige måter, for noen er det et uttrykk for produktivitet og kvalitet, mens for andre kan det være et uttrykk for økonomiske verdier knyttet til profitt, med ønske om en effektiv drift og synlige resultater. Foss skriver at markedsverdiene står i sterk motsetning til sykepleiefagets verdier (Foss, 2004). På hvilken måte effektivitet oppleves på en sengepost kan ha mange forklaringer og årsaker. Dersom økonomi, nedskjæringer og antall utskrevne pasienter er målet som uttrykkes, er det muligens et uttrykk for negativ effektivitet. Innsparing og nedskjæringer kan være en realitet, og kan formidles på ulike måter, også i mer positiv forstand. Sudbury og Gnaedinger finner i sin studie behovet for å tenke nytt og kreativt, for å bevare kvalitet og kompetanse innenfor gjeldene rammer (Sudbury og Gnaedinger, 2007). Den totale opplevelse av kvalitet kan tiltross for at en ikke får tilført ressurser, totalt sett oppleves god, dersom organisering oppleves på en hensiktsmessig måte. Funn fra min studie viser at omkring 70 % av respondentene opplever at pasientenes behov settes foran kravet til effektivitet (Figur 11). Relaterer jeg dette resultatet til at organisering av sykepleietjenesten er en viktig faktor, kan

det tyde på at respondentene opplever det Orvik skriver om at god organisering styrker kvaliteten i sykepleien (Orvik, 2006). Opplevd effektivitet kan medføre mer fornøyde medarbeidere som igjen kan føre til at de ansatte opplever mer følelsesmessig tilknytning til virksomheten og sin nærmeste leder. I underkant av 30 % har svart at effektivitet kommer foran pasientenes behov (Figur 11). En respondent har skrevet følgende kommentar: ”*Under travle perioder går det ofte ut over at pasientene ikke får alt det de burde, som for eksempel ofte mobilisering*”, en annen respondent hadde denne kommentaren: ”*Ofte dårlig bemanning/for dårlig kompetanse, samt komplekse pasientgrupper*”. Lederne opplyste om at sengepostene hadde vært inne i en hektisk og travel periode, i tillegg hadde et høyt sykefravær i undersøkelsesperioden. Kommentarene kan komme på bakgrunn av disse opplysninger. Andre årsaker, som individuell og helhetlig kompetanse, kan og være medvirkende til at så mange opplever effektivitet som førende fremfor pasientens behov. Effektivitet kan, dersom det forstås av sykepleiere, at det skal jobbes fortere og gi mindre tid til pasientene, oppleves å måtte gi dårligere pasientbehandling og blir da et negativt ladet ord. Spesielt i travle perioder kan denne tanke være gjeldende. Det enorme fokuset i media i forhold til nedskjæringer og innsparinger, kan hende at sykepleiere opplever i dagligdagen, nå mer enn tidligere. Når sengepost B og D har en høyere prosentandel som svarer at de er uenige (Figur 11), kan det tenkes å ha noe med at sengepostene har ulik sammensetning av pasientkategorier, som gjør at enkelte sengeposter har mer komplekse pasienter. I tillegg kan faktorer som pasientbelegg, sykefravær, samlet kompetanse og sykepleiefaglig ledelse være svært ulikt på de 4 sengepostene. En annen viktig faktor i forhold til svarprosenten, er at spørsmålet jeg stilte kan ha blitt tolket i negativ forstand, da jeg stilte spørsmål om pasientenes behov ble satt foran kravet til effektivitet. Dette kan gjøre at respondentene ikke har tolket spørsmålet dit hen at standardiserte behandlingsforløp og fagprosedyrer er det som legges i begrepet effektivitet, men snarere det Orvik skriver at indre effektivitet sier noe om i hvilken grad tjenesteproduksjon foregår på en økonomisk rasjonell måte (Orvik, 2006). Dersom denne oppfatningen ligger til grunn for svarprosenten, kan en tenke seg at effektivitet som kvalitet ikke er det respondentene har svart i forhold til.

Orvik skriver at New Public Management innebærer desentralisering av målstyring og økonomisk ansvar til den enkelte virksomhet (Orvik, 2006). Erfaringsmessig betyr økt ansvar, at en som leder tar mer ansvar. Reppesgaard finner i sin studie at sykepleiefaglige ledere bruker mer tid på administrasjon enn fag, og at fag og drift går hånd i hånd (Reppesgaard,

2007: 74). Økonomi kan oppleves som førende politikk innenfor helseforetaket i den omorganiseringsprosessen de står overfor. Innsparing og nedbemanning kan derfor både av ledere og ansatte oppleves sterkere nå enn tidligere. I de yrkes etiske retningslinjer for sykepleiere står det blant annet at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv, videre at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt (NSF, Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2007). Dette er sterke ord. Nær 70 % av respondentene har i forhold til økonomi, svart at de er enige i at pasientenes behov settes foran kravet til økonomi (Figur 10). Noe som tilsier at respondentene i stor grad opplever å kunne utøve grunnleggende sykepleie hvor respekt, omsorg og barmhjertighet er tilstedeværende. En av respondentene har kommentert følgende:

”Det har alltid vært god kvalitet på pleien ved vår avdeling på grunn av nok bemanning og høy kompetanse. Vi kan nå se en foruroliggende utvikling med stadig mer ”kniven på strupen” og økonomisk hovedfokus”.

Dette kan være en bekymring på bakgrunn av de store endringer som foregår, som igjen kan gjøre at nesten 25 % har svart at de er uenige i at pasientenes behov settes foran kravet til økonomi (Figur 10). En annen respondent har skrevet følgende kommentar:

”Økt fokus på økonomi gjør at det blir mindre tid til fag. Dette er ikke avdelingsleders skyld, det er bare selve foretaket”.

Kommentaren sier meg at dersom vedvarende fokus på økonomi er gjeldende, kan dette få konsekvenser for faglig kvalitet i sykepleietjenesten, og igjen komme til å gå utover pasientbehandling og de grunnleggende verdier som ligger i yrkesrollen. Selv om de grunnleggende verdier i sykepleiefaget er førende på sengepostnivå, kommer vi ikke utenom at sykehuset er styrt på et høyere plan og at New Public Management, NPM, tankegangen fører til at ledere blir stilt ansvarlig overfor et budsjett, hvor det skal spares penger. Foss beskriver de styrende prinsipper innenfor NPM tankegangen som økonomiske verdier knyttet til profitt, hvor effektivitet og synlige resultater står sentralt (Foss, 2004). Argumentene til sykepleiefaglig leder skal være gode og holde hardt for at dette ikke skal gå utover noe og noen. Resultatene viser en høyere prosentandel som har sagt seg uenige på de samme 2 sengepostene, sengepost B og D (Figur 10). Det kan tenkes at det er ved disse sengepostene de største endringene og innsparingene har foregått. Ser jeg de økonomiske kravene i et større perspektiv, kan det tenkes at mine resultater ikke ville være så ulikt resultater i en større

undersøkelse, dette uten at jeg generaliserer eller trekker slutninger. Dette utsagnet på bakgrunn av at Helsevesenet generelt står overfor omorganisering og innsparinger, og ikke bare ved det helseforetaket jeg har foretatt min undersøkelse.

Sykepleiernes grunnprinsipper beskriver sykepleiernes grunnleggende ansvar og plikter som det å hjelpe den syke med det daglige livsmønster og hjelp til å dekke det grunnleggende behov, så lenge den syke selv ikke er i stand til det (Hendersson, 2004). Det å oppleve at en som sykepleier er bevisst på ansvaret som profesjonell yrkesutøver kan ha flere årsaker. Orvik beskriver at det å være profesjonell handler om verdibasert utøvelse av yrkesrollen på en måte som vekker tillit (Orvik, 2006). Virginia Hendersson beskriver at sykepleiernes særegne rolle og den selvstendige sykepleie, har utgangspunkt i de allmenne menneskelige behov (Kirkevold, 2008). Nærmere 100 % av respondentene har svart at de er bevisst på sitt ansvar som profesjonell yrkesutøver (Figur 8). Hva betyr så dette? Det å være bevisst på sitt ansvar som profesjonell yrkesutøver, behøver ikke nødvendigvis si at sykepleien som utøves er av god kvalitet. På en annen side kan det nettopp bety dette. En kan anta at respondentene har svart i forhold til egen arbeidssituasjon og derved relaterer svaret i forhold til det arbeidet som utøves både av seg selv som sykepleier, men også av sykepleietjenesten samlet sett. I forhold til betydningen av sykepleiefaglig ledelse for faglig kvalitet, kan jeg på bakgrunn av resultatene fra respondentene tro, med henblikk på de indikatorer jeg har lagt inn under sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet, at sykepleierne opplever både sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet som tilstedeværende på sengepostene. Jeg kan derimot ikke påstå at det å være bevisst på sitt profesjonelle ansvar som sykepleier nødvendigvis har en direkte sammenheng, verken med sykepleiefaglig ledelse og eller faglig kvalitet. Ei heller kan jeg trekke slutninger om at er man bevisst sitt profesjonelle ansvar, har en og en god sykepleiefaglig leder og eller at det er kvalitet i tjenestene som utøves. Enhver sykepleier kan selvstendig, med eller uten sykepleiefaglig ledelse, oppleve å forstå sitt profesjonelle ansvar som yrkesutøver. Uansett må et profesjonelt ansvar og sees i forhold til de rammer sykepleie utøves innenfor, som vil si at dersom forsvarlige rammer ikke foreligger, kan sykepleiere som fortsetter å arbeide under slike forhold, ikke sies å ta og eller forstå sitt profesjonelle ansvar.

6.4 Sykepleiefaglig leder som faglig tilstedeværende ledelse

NSF skriver at sykepleiefaglig leder må være en synlig leder for de ansatte, ha evnen til å bygge team og i tillegg ha karisma (NSF: 2005). Hyrkås skriver at den mest effektive ledelse er nærværende ledelse som utøver klinisk veiledning (Hyrkås, 2011). Respondentene i studien opplever nærmeste leder som tilstedeværende faglig ledelse, det har over 85 % av respondentene svart (Figur 12). Sykepleierne i studien opplever derved totalt sett sine ledere som faglige tilstedeværende. En av respondentene har i tillegg skrevet følgende kommentar om sin leder: *"Beste sjef jeg har hatt"*. Hva betyr dette i praksis? Jeg har undersøkt 4 sengeposter som er organisert inn under samme avdeling med felles overordnet ledelse. Det er nærmeste leder som er evaluert og kun få funn peker i retning av at det er "misnøye" med den nærmeste lederen, dog finnes det noen forskjeller. Totalt sier resultatene meg at sykepleiere opplever å ha en faglig tilstedeværende leder. På spørsmålet om leder er opptatt av at den faglige kvaliteten på sykepleietjenesten er på et høyt faglig nivå, om leder er synlig og tilgjengelig, om leder deltar på morgenrapporten og eller legevisitten og om leder kan spørres om hjelp til å løse faglige spørsmål, har over 85 % av respondentene svart seg enige på alle spørsmålene (Figur 13). Dette er bra. Hva respondentene legger i at nærmeste leder er tilgjengelig og synlig, deltar på morgenrapporter og eller legevisitter, kan spørres om hjelp til å løse faglige spørsmål og er opptatt av at faglig kvalitet er på et høyt nivå i sykepleietjenesten, behøver ikke å bety at lederen utøver sykepleiefaglig ledelse. Opplevelse er subjektivt og av egne erfaringer kan dette for noen handle om å bli sett, hørt og eller få ønsker oppfylt. For andre kan det handle om en å støtte seg på i vanskelige pasientsituasjoner, på en legevisitt eller bare å være tilstede dersom det skulle dukke opp spørsmål av faglig karakter. Allikevel kan jeg relatere opplevelse til verdier i utøvelse av ledelse, som Aadland definerer som ønskelige kvaliteter ved handlinger eller formål (Aadland, 2004). Opplevelsen er en subjektiv og personlig følelse hos den enkelte, men da resultatene fra min undersøkelse peker i så positiv retning, må jeg kunne slutte, at de verdier de sykepleiefaglige lederne utøver gjennom sin lederstil, oppleves som positiv i retning av gode motiver, holdninger og intensjoner hos den enkelte, noe Aadland beskriver som utøvelse av verdier (Aadland m.fl., 2006). Ser jeg resultatene fra opplevelse av sykepleiefaglig leder i sammenheng med resultater fra betydningen av sykepleiefaglig ledelse, kan jeg anta at motivene og verdiene peker i retning av et ønske om faglig kvalitet, da mine indikatorer for sykepleiefaglig ledelse i stor grad ser ut til å være tilstedeværende.

NSF skriver at sykepleiere med lederansvar er forpliktet til, og må ta den utfordring som ligger i å være en god rollemodell både i faglig, etisk og kommunikasjonsmessige sammenhenger (NSF, 2005). Strand skriver at ledere er rollemodeller, og at de er et uttrykk for hva som er viktig, rett og galt og hva som er utilbøyelig (Strand, 2007: 561). Resultatene fra undersøkelsen viser at det er en lavere prosentandel som er enige i at leder oppleves som god faglig rollemodell, enn ved de øvrige spørsmål, men i underkant av 80 %, mens 85 % svare at min leder er opptatt av faglig kvalitet (Figur 13). Allikevel viser resultatene at det ikke er mange som mener det motsatte, da det i tillegg var et høyere frafall på disse spørsmålene. Det å oppfattes som en rollemodell kan linkes til adferd og handlinger hos lederen. Hva det er som gjør at så mange opplever lederen som en god faglig rollemodell, men at det er en prosentandel som opplever motsatt, kan ha mange ulike forklaringer. Hvordan leder handler, beslutter og kommuniserer med de ansatte evalueres til enhver tid, som leder er man "på" hele tiden. Foss skriver at det er av vesentlig betydning at leder har et reflektert syn på egne verdier og de verdier som ønskes formidlet til personalet (Foss, 2004). Sykepleiefaglige ledere har personalansvar som en av sine viktigste oppgaver ved siden av fag, organisering og drift. Bestemmelser som kommer ovenifra må iverksettes og gjennomføres av nærmeste leder. Dette kan være upopulære bestemmelser som nedskjæringer og sparetiltak, som direkte berører ansatte og pasientbehandlingen. Som igjen kan få konsekvenser for hvordan leder oppfattes. Andre årsaker til opplevelse av nærmeste leder som rollemodell, kan være personlighet, tydelighet, rettferdighet og handlinger. Just skriver at det er faglig leders ansvar å sikre at alle medarbeidere passer inn og samtidig sikre at adferden til de etablerte ansatte passer til fastsatte normer (Just, 2000). Hvordan ansatte opplever nærmeste leder kan være et uttrykk for egne ønsker, eget engasjement og til krav som stilles til den enkelte. Sykepleiefaglig leder har et stort ansvar som rollemodell, og på hvilken måte og hva leder uttrykker og utstråler, vil få konsekvenser for kulturen og normene i sykepleietjenesten.

6.5 Sengepost C og D

6.5.1 Sengepost C

Sengepost C har en svarprosent på 77 % (Figur 1) noe som må sies å være meget bra, det er derfor interessant å trekke frem funn fra denne sengeposten. Sengeposten har en høy andel av ansatte mellom 20 – 39 år med over 85 %, 3 av sykepleierne har svart at de går i redusert stilling, omkring 20 % har vært ansatt mellom 0 – 2 år, 18,5 % har vært ansatt mellom 3 – 5 år

og 5 har svart at de har videreutdanning som benyttes på sengeposten. Foreløpig viser funnene at denne sengeposten ikke avviker mye fra de øvrige sengeposter i undersøkelsen, men ser jeg videre, har over 40 % av sykepleierne vært utdannede sykepleiere i over 10 år. Her er den første viktige avvikelse, og funnet kan si noe om at det på sengeposten er en høyere sykepleiefaglig kompetanse enn ved de øvrige sengeposter. Kirkevold skriver at kompetanse omfatter manuelle, rasjonelle, moralske og teoretiske kunnskaper og ferdigheter (Kirkevold, 2008). Det Kirkevold skriver kan gjenspeiles i funn fra undersøkelsen, når i tillegg omkring 90 % (Figur 7) har svart at pasientarbeidet oppleves som faglig forsvarlig, over 80 % (Figur 10) har svart at pasientenes behov settes foran kravet til effektivitet og over 90 % (Figur 11) svarte at pasientenes behov settes foran kravet til økonomi, er det rimelig å relatere dette til at respondentene samlet har en høy kompetanse, hvor effektivitet kan være forstått som et uttrykk for kvalitet i pasientbehandlingen. I forhold til total opplevelse av nærmeste leder er over 90 % (Figur 13) enige i spørsmålsstillingene. Hva sier disse funnene meg? Funnene peker i retning av at sengeposten som NSF skriver, har en sykepleiefaglig leder med karisma, som evner å skape et faglig fellesskap og retning for sykepleietjenesten (NSF, 2005), hvor sykepleiefaglige verdier er rådende. Samtlige indikatorer for betydningen av sykepleiefaglig ledelse skårer høyt, det samme gjør de fleste indikatorer for målrettet arbeid for å opprettholde og heve faglig kvalitet. Ser jeg dette sammen med opplevelse av sykepleiefaglig leder, sier det meg at det er en sengepost med en sterk sykepleiefaglig ledelse, hvor faglig kvalitet uten at det er en påstand, er tilstede. Utviklingssamtale og behandlingsforløp skårer noe lavere enn de øvrige spørsmålene, men allikevel med henholdsvis 75 % og 80 % (figur 16). Etiske refleksjoner skårer dårligst med ca. 60 % og tilsvarer funnene fra undersøkelsen totalt sett, som gjør at sykepleiefaglig leder også her har litt å hente på å prioritere etiske refleksjoner. På bakgrunn av min tidligere diskusjon, må jeg anta at denne sengeposten er veldrevet og at sykepleiefaglig ledelse på bakgrunn av funn, kan sies å ha betydning for faglig kvalitet i sykepleietjeneste. Ser jeg svarprosenten i forhold til de øvrige sengeposter er denne høy, som også kan tyde på et engasjement i sykepleietjenesten, som gjør at så mange sykepleierne svarer på undersøkelsen. Kultur og kulturbygging er en vesentlig faktor for å oppnå faglig kvalitet, hvor Aadland skriver at det er den usynlige kunnskapen vi puster inn i hvert åndedrag, og samtidig legger kulturen føringer for erkjennning, modning og vekst (Aadland, 1994). Sykepleiefaglig leder kan sies å være en kulturbygger og som Just skriver er faglig leder ansvarlig for å skape felles normer og

understøtte at alle lever opp til disse normer (Just, 2000), noe funnene indikerer at sykepleiefaglig leder på denne sengeposten gjør gjennom sin faglige ledelse.

6.5.2 Sengepost D

Ved analyse av funn fra undersøkelsen, fant jeg at det var en av sengepostene som skåret lavere ved at respondentene var uenige i flere av spørsmålsstillingene. Svarprosenten var 55 % på denne sengeposten, noe som kan sies å være en akseptabel svarprosent (Figur 1), men allikevel verdt å diskutere i forhold til de øvrige funn fra sengeposten. Det var en relativ stor andel av respondentene som svarte at de var uenige i at sengepostens målsetting og konkrete planer for kvalitetsutvikling er gjort kjent for ansatte, om lag 20 % og 38 %. I tillegg skal det sies at det var et høyt frafall i svar i forhold til sengepostens målsetting på 38 % (Figur 14). Hva sier disse opplysningene? Sykepleiefaglig leder kan ikke sies å etterleve sitt ansvar i å formidle målsetting og mål for kvalitetsutvikling i sykepleietjenesten på denne sengeposten. Noe som kan underbygges i forhold til det Just skriver om at faglig ledelse handler om å formulere faglige visjoner i samarbeid med medarbeiderne. Hun skriver også at disse ikke alltid anvendes i dagligdagen (Just, 2000), noe funn fra min undersøkelse underbygger. Var det andre interessante funn i forhold til denne sengeposten? Jeg fant at sengeposten hadde en høy prosentandel av de ansatte i alderen 20 – 29 år, alle jobber i 100 %, 66 % av sykepleierne har vært ansatt mellom 0 – 2 år og kun en av respondentene har videreutdanning. På spørsmålet om det på sengeposten er tilrettelagt slik at pasientarbeidet og samhandling med pasientene oppleves som faglig forsvarlig, svarte i underkant av 40 % at de var uenige. Videre svarte nærmere 40 % av respondentene at kravet til effektivitet (Figur 10) settes foran pasientenes behov og i tillegg over 40 % at økonomikrav settes foran pasientenes behov (Figur 11). Informasjonen om respondentene sier meg at det er en høy andel av sykepleierne som kan tenkes å være på nivåene Benner beskriver som novise og eller avansert nybegynner (Benner, 1995) på denne sengeposten. Ser jeg disse resultater fra sengeposten i forhold til undersøkelsen for øvrig, kan mulige forklaringer ligge i den totale opplevelse av kompetanse. Orvik beskriver at kompetanse må sees som noe kollektivt, som en gruppe har sammen forankret i et arbeidsfellesskap, i tillegg til individuelle kunnskaper og ferdigheter (Orvik, 2006). Utrygghet kan føre til at behovet for en klar og tydelig leder er mer fremtredende på sengeposter med lav kompetanse, enn ved sengeposter der kompetanse er høy. Min erfaring som mangeårig leder av sykepleietjeneste på sengepost sier meg, at

kompetansesammensetning i sykepleietjenesten er av betydning for kvaliteten i pasientbehandlingen. Samtidig kreves det mer av sykepleiefaglig leder på en sengepost hvor det er en uttalt lavere kompetanse. Dette på grunn av at mer tid må nyttes til systematisk opplæring av nyansatte og obligatorisk undervisning, slik at utvikling innenfor fagfeltet og øvrig faglig utvikling av sykepleietjenesten, må tilsettes inntil samlet kompetanse når et høyere nivå. Resultatene fra denne sengeposten viser at sammensetningen i personalgruppen har en høy andel av nyutdannede sykepleiere, hvor jeg kan slutte at kollektiv kompetanse er på et lavere nivå enn ved for eksempel sengepost C. Når jeg videre fant at sykepleierne skåret lavere på denne sengeposten i forhold til opplevelse av nærmeste leder som faglig tilstedeværende ledelse, måtte jeg og se nærmere på dette. I underkant av 20 % til omkring 25 % sa seg uenige (Figur 14) på spørsmålene om leder er synlig og tilgjengelig, deltar på morgenrapporter, kan spørres om hjelp til å løse faglig spørsmål og om sykepleiefaglig ledere er opptatt av faglig kvalitet i sykepleietjenesten. I tillegg var i underkant 40 % av respondentene uenige i spørsmålet i forhold til leder som sykepleiefaglig rollemodell (Figur 14). Hjeltnes og Braut stiller spørsmål om hvor den kliniske lederen er, som skal følge opp og rettlede nyutdannede? (Aftenposten, 2012). Og Hyrkås skriver at nærværende ledelse er den mest innflytelsesrike faktor som kan sikre klinisk veiledning (Hyrkås, 2011). Noe funn fra min undersøkelse sier meg at ikke er tilfelle i forhold til sykepleiefaglig leder på denne sengeposten. Så som Hjeltnes og Braut må jeg også stille meg spørrende til hvor denne lederen er? Da i tillegg resultater viser at 71,4 % er uenige i at etiske refleksjoner og 23,8 % i at utviklingssamtale prioriteres (Figur 14), er jeg tilbøyelig til, på bakgrunn av helhetlig funn, å hevde at sykepleiefaglig ledelse er av betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten, og at den sykepleiefaglige ledelse derved ikke ser ut til å være optimal på denne sengeposten.

6.6 Oppsummering

Forskningsspørsmål 1: *Hvilken betydning har sykepleiefaglig ledelse for faglig kvalitet i sykepleietjenesten?*

Jeg har sammenstilt 9 spørsmål i forhold til sykepleiefaglig ledelse, sett i forhold til de indikatorer jeg anser er av betydning for faglig kvalitet. Indikatorene oppleves i stor grad å være tilstede, noe som gjør at jeg med bakgrunn i min teori kan slutte at sykepleiefaglig ledelse er tilstedeværende på sengepostene. Overordnet målsetting er ikke kjent for respondentene, mens 68 % var enige i at sengeposten målsetting var kjent, derimot svarer

nærmere 80 % at de er kjent med konkrete planer for kvalitetsutvikling. Det er 24 % av sykepleierne som har videreutdanning som nyttes på sengepostene og mellom 80 – 100 % av respondentene har svart at det finnes kompetanseutviklingsprogram, systematisk obligatorisk undervisning, klare og nedskrevne rutiner, kjent hvor prosedyrer og oppslagsverk finnes og at det er et opplæringsprogram for nyansatte. Nærmere 85 % av respondentene svarer i tillegg at de er enige i at pasientarbeidet og samhandling med pasientene oppleves som faglig forsvarlig. Jeg kan på bakgrunn av disse resultater slutte at sykepleiefaglig ledelse er av betydning for sykepleietjenesten i min studie, om faglig kvalitet er et faktum, har jeg på bakgrunn av mine data derimot ikke funnet belegg for å kunne si.

Forskningsspørsmål 2: Hvilken opplevelse har sykepleiere av at det prioriteres og legges til rette for målrettet arbeid for å opprettholde og heve faglig kvalitet i sykepleietjenesten?

Jeg sammenstilte 11 spørsmål om opplevelse i forhold til målrettet arbeid for å opprettholde og heve faglig kvalitet i sykepleietjenesten. Totalt sett svarer nærmere 80 % av respondentene at de er enige, dette må sees som et svært godt funn. Jeg fant av resultatene i forhold til prioritering av videreutdanning, utviklingssamtale, behandlingsforløp, kunnskapsbasert arbeid i forhold til fagprosedyrer, sykepleiedokumentasjon og bevissthet i forhold til profesjonelt ansvar, at mellom 70 % og 90 % av respondentene var enige. Mens det var en noe lavere andel som var enig i at arbeid med fagprosedyrer, faglige refleksjoner og etiske refleksjoner, mellom 55 % og 70 %, var prioritert på sengepostene. Sykepleiefaglige ledere på sengepostene har derfor en del å hente på å prioritere refleksjoner og arbeid med fagprosedyrer. Spørsmålene som ble stilt i forhold til effektivitets- og økonomikrav skåret noe lavere, men også omkring 70 % var enige i at pasientenes behov settes foran kravene. Resultatene gjør allikevel at jeg kan anta at målrettet arbeid for å opprettholde og heve kvalitet, kan medføre faglig kvalitet i sykepleietjenesten, da forankring i teori og empiri, støttes av mine funn i forhold til at det tilrettelegges og prioriteres målrettet arbeid for å opprettholde og heve kvalitet i sykepleietjenesten. Det jeg ikke har målt og ei heller stilt spørsmål i forhold til, er om det kan dokumenteres kvalitet i den sykepleie og behandling som utøves, dette kan jeg derfor verken bekrefte og eller avkrefte på bakgrunn av mine funn.

Forskningsspørsmål 3: *Hvilken opplevelse har sykepleiere av sykepleiefaglig leder som faglig tilstedeværende ledelse?*

På spørsmålene om opplevelse av nærmeste leder som faglig tilstedeværende leder sammenstilte jeg 5 spørsmål. Det totale resultat viser at over 85 % er enige og derfor kan jeg si at respondentene i stor grad har en positiv oppfattelse av sin nærmeste leder som faglig tilstedeværende ledelse. Spørsmålet som skåret lavest var i forhold til opplevelse av leder som faglig rollemodell, hvor resultatet var i underkant av 80 %. Resultatene sier meg at respondentene i stor grad opplever sine ledere positivt og faglig tilstedeværende, dette kan selvsagt ha en sammenheng med de andre faktorer jeg har funnet tilstedeværende for sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet. Og i den forstand totalt sett ha stor betydning for kulturen og det engasjement, som gjenspeiles i sykepleietjenesten, som igjen kan være faktorer som er med til å påvirke og fremme faglig kvalitet i sykepleietjenesten.

Sengepost C:

Jeg valgte å benytte funn fra denne sengeposten da de var de mest positive i forhold til min undersøkelse, i tillegg var svarprosenten høy med 77 % og derfor den mest representative innenfor mitt utvalg. Resultatene peker i retning av at det er en gruppe sykepleiere med høy faglig kompetanse, med en godt organisert sengepost, hvor det er systemer og gode rutiner for fagutvikling og kvalitetsutvikling. I tillegg tyder funnene på at det er en god sykepleiefaglig leder, som og oppleves å være faglig tilstedeværende. Funnene samlet sett indikerer en sterk faglig ledelse på denne sengeposten, hvor jeg uten å påstå, men slutter, på bakgrunn av funn, teori og empiri, at sykepleiefaglig ledelse er av betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten og at faglig kvalitet kan være et faktum på denne sengeposten.

Sengepost D:

Jeg valgte og å beskrive denne posten for seg på bakgrunn av at resultatene avvek mest i negativ retning i forhold til de øvrige sengeposter. Svarprosent fra denne sengeposten var 55 %. Funn peker i retning av at det er en gruppe ansatte, med en sammensetning av relativt nyutdannede sykepleiere, som gjør at den totale kompetanse i sykepleietjenesten kan sies å være på et lavere nivå på denne sengeposten. Eksempelvis viste resultater lavere skår i forhold til konkrete planer for kvalitetsutvikling, om pasientarbeidet opplevdes som faglig forsvarlig, effektivitets- og økonomikrav med omkring 40 % uenighet. I tillegg viste resultater i forhold til opplevelse av nærmeste leder som faglig tilstedeværende ledelse at om lag 20 %

var uenige. Funnene sier meg at dette har noe å gjøre med sykepleiefaglig leder og den faglige ledelse som utøves på sengeposten. Tendenser som peker i retning av min problemstilling, sykepleiefaglig ledelse er av betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten, kan derfor også ut ifra disse resultater og funn bekreftes, som i tillegg underbygger mine oppsummerte resultater i forrige avsnitt.

Kapittel 7

7.0 Konklusjon

Jeg har svart på forskningsspørsmålene og problemstilling gjennom relevant forskning, teori, resultater fra undersøkelsen og til slutt ved å diskutere resultatene i forhold til referanserammen for oppgaven. Resultater og funn fra undersøkelsen sier meg at jeg har undersøkt et lite område innenfor sykepleiefaglig ledelse og dens betydning for faglig kvalitet i sykeleietjenesten, hvor jeg derfor ikke har kunnet generalisere funn utover mitt utvalg. Jeg har derimot sett tendenser og variasjoner i resultatene, som jeg har relatert til tidligere forskning og teori, ved å bekrefte og eller avkrefte om mine funn støttes.

Hvilken betydning har sykepleiefaglig ledelse for faglig kvalitet i sykeleietjenesten?

Det jeg har kommet frem til gjennom min undersøkelse, er at indikatorene jeg stilte spørsmål til, i forhold til sykepleiefaglig ledelse, med bakgrunn i tidligere forskning og teori, i stor grad er tilstedeværende på sengepostene. På bakgrunn av disse funn kan jeg slutte at sykepleiefaglig ledelse er av betydning for faglig kvalitet i sykeleietjenesten og utøves på sengepostene. Et resultat jeg kunne være fristet til å generalisere og konkludere i forhold til populasjonen generelt, da min teori- og empiribakgrunn peker på de samme indikatorer for faglig ledelse, som jeg har benyttet og funnet tilstedeværende i min undersøkelse.

Hvilken opplevelse har sykepleierne av at det prioriteres og legges til rette for målrettet arbeid for å opprettholde og heve faglig kvalitet i sykeleietjenesten?

Mine indikatorer for opplevelse av målrettet arbeid med å opprettholde og heve faglig kvalitet i sykeleietjenesten, er i stor grad tilstedeværende på sengepostene. Jeg kan allikevel ikke konkludere med at faglig kvalitet er høy eller lav. Dette da spørsmålene jeg stilte var i forhold til opplevelse av tilstedeværelse av indikatorer og ikke direkte i forhold til graden av faglig kvalitet. Indikatorer ligger til rette for at faglig kvalitet kan være eller bli et faktum, men at det kan sees forbedringsområder i den sykepleiefaglige ledelse, spesielt i forhold til arbeid med fagprosedyrer og faglig og etisk refleksjon. Allikevel sier funn noe om at en stor prosentandel opplever at målrettet arbeid for å heve faglig kvalitet prioriteres og jeg kan med bakgrunn i teori og empiri si, at indikatorene jeg har benyttet i stor grad er tilstede og derved anta at det medfører faglig kvalitet i sykeleietjenesten.

Hvilken opplevelse har sykepleierne av sykepleiefaglig leder som faglig tilstedeværende ledelse?

Resultatene viser at det blant respondentene er stor enighet om sykepleiefaglig leder som faglig tilstedeværende ledelse. I overordnet forstand og på bakgrunn av teori og empiri, sier det meg at sykepleiefaglig ledelse, sett i sammenheng med opplevelse av leder som faglig tilstedeværende ledelse, er av betydning for å lykkes med faglig kvalitet i sykepleietjenesten. Jeg kan ikke konkludere at faglig tilstedeværelse medfører faglig kvalitet, men at det selvsagt sett i sammenheng med de øvrige resultater, nok vil være av betydning i en avdeling, både for kulturen og engasjement i sykepleietjenesten, som igjen er med til å heve faglig kvalitet i sykepleietjenesten.

Sengepost C

Sengepost C var den sengeposten med høyest svarprosent og derved den sengeposten, som kan sies å være mest representativ innenfor mitt utvalg. Sengeposten er preget av en stor andel av sykepleiere med lang erfaring og kompetanse, hvor funnene fra spørreundersøkelsen peker i positiv retning, både i forhold til betydning av sykepleiefaglig ledelse, målrettet arbeid for å heve og opprettholde faglig kvalitet i sykepleietjenesten og i tillegg opplever sykepleierne sykepleiefaglig leder som faglig tilstedeværende ledelse. I forhold til svarprosent, tilstedeværende indikatorer for sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet, kan jeg innenfor mitt utvalg si at sykepleiefaglig ledelse er av betydning, men jeg kan heller ikke her slutte at faglig kvalitet er en realitet, selv om jeg og antar at det er en sannhet. Jeg konkluderer allikevel innenfor mitt utvalg, med bakgrunn i funn, at sykepleiefaglig ledelse er av betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten.

Sengepost D

Funn viser at sengepost D er en sengepost med en høy andel av nyutdannede sykepleiere og derved sannsynlig har en noe lavere samlet kompetanse, som kan sees som en del av årsaken til at resultater herfra fortøner seg i mer negativ retning. Funnene peker dog i retning av at den sykepleiefaglige ledelse på denne sengeposten har en del å hente i forhold til å utøve sykepleiefaglig ledelse. Eksempelvis tilstedeværelse, som igjen kan ha betydning for faglig kvalitet. Opplevelsen av lederen på denne sengeposten skåret og noe lavere enn sengepost C og resultatene samlet, som gjør at jeg i mitt lille utvalg kan se tendenser, som igjen

underbygger min konklusjon på bakgrunn av undersøkelsen, at sykepleiefaglig ledelse er av betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten.

”Sykepleiefaglig ledelse – har det betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten?”.

Etter at jeg nå har analysert, diskutert og oppsummert mine resultater fra undersøkelsen, må jeg slutte min studie med, at jeg antyder at sykepleiefaglig ledelse har betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten. Dette, da de indikatorer jeg har undersøkt for sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet i stor grad ses tilstedeværende i min studie.

Det jeg ut i fra undersøkelsen kan konkludere, er at sykepleiefaglig ledelse er av betydning for sykepleietjenesten og sannsynligvis også for faglig kvalitet. Men da jeg ut ifra min undersøkelse ikke har belegg for å si at faglig kvalitet er et faktum, kan jeg ikke konkludere at dette er en realitet.

7.1 Studiens begrensninger

Studien har et begrenset utvalg med 75 respondenter, og undersøkelsen er foretatt kun ved 4 sengeposter under samme avdeling. Kvantitativ metode sier noe om sammenhenger og samsvar, men ikke hva som påvirker hva. Mitt utvalg kan sies å være et bekvemmelighetsutvalg og ikke et sannsynlighetsutvalg, noe som har gitt meg begrensninger i forhold til generaliserbarhet.

7.2 Anbefaling for videre forskning

Omfanget av en Masteroppgave gjør det nødvendig å foreta mange veivalg underveis i den prosessen det er å utforme og skrive en slik oppgave. Fra å ha et ønske om å studere et område som viser seg å være for omfattende, til å studere en liten del av et område, har vært utfordrende og til tider vanskelig. Det er mange tema som ikke er berørt og det er derfor mange områder som kunne være interessant å studere videre.

- Studien kan sees på som en pilotstudie.
- Kvantitativ analyse sier ingenting om retningen av sammenhengene eller hva som påvirker hva. Det gir implikasjoner for videre kvalitativ forskning for hva som gjør at det blir positive sammenhenger mellom sykepleiefaglig ledelse og faglig kvalitet, men i denne studie ikke svar på om faglig kvalitet er et faktum.
- Det kunne vært interessant å undersøke flere sammenhenger for å få et bredere bilde og grunnlag for å kunne generalisere resultater fra undersøkelsen. Eksempelvis ved å se på kvalitetsmålinger og brukerundersøkelser i sammenheng med resultater fra undersøkelsen, noe som kunne gitt et bredere grunnlag og mulig svar på om faglig ledelse er av betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten.
- Kvalitativ undersøkelse kunne og vært interessant, da det ville gitt en helt annen forståelse av hva som evt. hemmer og eller fremmer sykepleiefaglig leder i arbeidet med faglig kvalitet i sykepleietjenesten.

Litteraturliste

Aadland, Einar (1994) *Kultur i Helse, sosial- og utdanningsorganisasjonar*. Oslo: Det Norske Samlaget.

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

Aadland, Einar (2005) *Etikk for Helse- og sosialarbeidarar*. 3. utgave. Oslo: Det Norske Samlaget.

Aadland, Einar m. fl. (2006) *Verdibasert ledelse i praksis. En studie av 8 mellommenneskelige i HSH*. Oslo: HSH / Diakohjemmets Høgskole. Side 1 – 92.

Aase, Karina (2010) *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Benner, Patricia (1995) *Fra novise til ekspert – dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oversatt av Gerd Have. 1. utgave, 1. opplag. Oslo: Tano i samarbeid med Munksgaard.

Just, Eva (2000) *En lærende organisation – læreprosesser og faglig ledelse*. I: Milter Fly og Lise Hounsgaard (red). *Faglig ledelse i sundhedsvæsenet*. Copenhagen: Gyldendal Uddannelse. Side 99 – 109.

Foss, Berit (2004) *Faglige verdier som grunnlag for ledelse*. *Sykepleien* 2004 92(05). Oslo: NSF. Side 54 – 58.

Gilje, Nils og Harald Grimen (2009) *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget. 13. opplag.

Grund, Jan (2006) *Sykehusledelse og helsepolitikk - dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hellevik, Ottar (2002) *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. 7 utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Henderson, Virginia (1998) *Sykepleiens natur. En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning. Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: universitetsforlagets sykepleieklassikere. Oversatt av Sidsel Melbye.

Henderson, Virginia (2004) *ICN's Basic Principles of Nursing Care*. USA: Yale University School of Nursing.

Hjeltnes, Bjarne og Geir Sverre Braut (2012) *Helsetjenesten mangler dirigenter*. *Aftenposten kronikk* 20/4 - 2012. URL: <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Helsetjenesten-mangler-dirigenter-6810038.html#.T5123LNOijs> (Lest 23. april 2012).

- Hyrkås, Kristina (2011) Editorial: *Achieving Excellence in Nursing Management*. Journal of Nursing Management. Volum 19. Side 1 – 4.
- Johannessen, Asbjørn (2009) *Introduksjon til SPSS*. 4. utgave. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johannessen, Asbjørn, Per Arne Tufte og Line Christoffersen (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utgave. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kaasa, Karen (2004) *Kvalitet i helse- og sosialtjenesten: det er menneskene det kommer an på*. 1. utgave, 1. opplag. Oslo Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, Marit (2008) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. 2. utgave, 6. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kramer, Marlene, m.fl. (2009) *Walk the talk: Promoting Control of Nursing Practice and a Patient - Centered Culture*. American Association of Critical – Care Nurses. Critical Care Nurse. Volum 29. No. 3. Side 77 – 93.
- Markussen, Kristin (2005) *Kvalitet krever endring*. Sykepleien 2005 93(05). Oslo: NSF. Side 64 – 65.
- Mordal, Tone L. (1989) *Som man spør får man svar. Arbeid med survey – opplegg*. Oslo: Tano.
- Naustdal, Anne – Grethe (2006) *Sjuepleielederen sitt arbeid med kompetanseutvikling i sjukehus – sett i lys av erfaringar med innføring av sjukehusreforma*. Høgskulen i Sogn- og Fjordane. Mastergradsoppgave i organisasjon og leing.
- Naustdal, Anne – Grethe (2010). *Kompetanseutvikling under press – erfaringer til sjukepleieledere etter omorganisering av sjukehusa*. Sykepleien forskning, nr 4. 2010: 5:286 – 292.
- Normann, Lisbeth (2001) *Enhetlig ledelse, kraftpotensiale eller konflikt?* Universitetet i Oslo. Institutt for sykepleievitenskap. Hovedfagsoppgave: Institutt for sykepleievitenskap.
- Norsk sykepleierforbund (2005) *Sykepleier med lederansvar – god på fag og ledelse*. Oslo: NSF. Side 1 – 19.
- Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkes etiske retningslinjer for sykepleiere*. Revidert 2011. Side 1 – 12.
- Orvik, Arne (2006) *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. 3. opplag. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Rammeplan (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Fastsatt av Kunnskapsdepartementet. Side 1 – 15.

Reppesgaard, Berit (2007) *I spennet mellom fag og drift. Ledelse i lys av dagens helselovgivning og foretaksmodell*. Universitetet i Oslo. Teologisk Fakultet: Hovedfagsoppgave.

Senter for kunnskapsbasert praksis (2011) *Kunnskapsbasert praksis*. Mediesenteret, Høgskolen i Bergen. URL: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>. (Lest 6. November 2011).

Sigsworth, Janice (2009) *It`s time for nursing to take charge of its own destiny*. Nursing times. URL: www.nursingtimes.net (Lest 23/11 – 2011).

Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Strategi... og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver*. (2005 - 2015)

Spicer, Joan Gyax, m.fl. (2011) *Importance of role competencies of Chinese directors of nursing based on the forces of magnetism*. USA: San Francisco. Journal of nursing Management. Volum 19. Side 153 – 159.

Strand, Torodd (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2. utgave. Oslo: Fagbokforlaget.

Studieplan (2010) *Studieplan videreutdanning faglig ledelse for sykepleiere 60 sp oppdrag*. Høgskolen i Oslo og Akershus.

Sudbury, Fiona and Nancy Gnaedinger (2007) *Optimizing LTC nursing resources by redesigning staff mix and leadership model*. Canada: Toronto. Health Media, Volum 18. Side 16 – 19.

Vedlegg

Vedlegg 1: Forespørsel om forskningsfelt

Vedlegg 2: Spørreskjema

Vedlegg 1:Forespørsel om forskningsfelt

Til

Helsefaglig rådgiver [REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED] 26. januar 2012

Forespørsel om å få gjennomføre en spørreundersøkelse blant sykepleiere i [REDACTED]

Jeg er i ferd med å fullføre Master i Verdibasert ledelse på Diakonhjemmets Høgskole dette året. Masteroppgaven skrives under veiledning av veileder og Høgskolelektor Karin Kongsli. I den anledning ønsker jeg å se på sammenhenger mellom faglig ledelse og faglig kvalitet. Faglig kvalitet og faglig bevissthet i sykepleietjenesten er et tema som det tidligere er utført flere studier omkring. Jeg har funnet flere kvantitative og kvalitative studier som har utgangspunkt i lederfokus, men har ikke funnet eksisterende studier som omhandler sykepleiefokus omkring gjeldende tema. Det er et spennende tema som opptar mange og meg inkludert. Jeg interesserer meg for om det eksisterer sammenhenger og variasjoner mellom sykepleieledelse og faglig kvalitet. Jeg planlegger derfor å utføre en kvantitativ studie og en spørreundersøkelse hvor jeg ønsker å stille spørsmål til sykepleiere som arbeider i klinisk virksomhet. I den forbindelse retter jeg denne henvendelse til deg som Helsefaglig rådgiver i [REDACTED]

Bakgrunnen for at jeg retter denne henvendelse til klinikken er fordi jeg ønsker å foreta undersøkelsen hos sykepleietjenesten ved ulike sengeposter. Jeg ønsker å rette spørreskjema til 150 sykepleiere og trenger derfor tillatelse til å gjennomføre studien i 4 – 5 sengeposter. På hvilken måte de aktuelle sengeposter utvelges er opp til deg, dersom du ikke ønsker at jeg selv skal foreta et utvalg. [REDACTED]
[REDACTED]

Undersøkelsen vil finne sted i februar 2012 og vil ta ca 10 – 15 minutter for de som svarer. Jeg ønsker i den forbindelse å be om tillatelse til at respondentene får benytte denne tiden på arbeid til å besvare skjema. Dersom jeg får tillatelse ønsker jeg å komme i kontakt med

enhetsledere/avdelingssykepleiere på de respektive sengeposter og håper du kan være behjelpelig med dette.

Spørreskjema er utarbeidet av meg i samarbeidet med min veileder og Høgskolelektor. Spørreskjema vil deles ut i papirform og jeg tar meg av alt det praktiske i forhold til undersøkelsen. Jeg vil selvfølgelig også stå for alle eventuelle kostnader som måtte oppstå i forbindelse med prosjektet. Undersøkelsen er selvfølgelig frivillig, men jeg har et ønske om at flest mulig skal svare for at resultatet av undersøkelsen skal belyse tema på best mulig måte. Jeg har lagt ved prosjektbeskrivelse og spørreundersøkelsen slik at du kan se hvilke spørsmål jeg ønsker å stille til sykepleierne.

Opplysningene jeg mottar vil behandles strengt konfidensielt og kun i denne studie. Eventuelle opplysninger som navn på ansatte, sengeposter og eller opplysninger om hvilken klinikk undersøkelsen har funnet sted, vil ikke fremkomme i min oppgave og derved ikke kunne spores tilbake til [REDACTED], avdelingene og ei heller de respektive sengeposter. Ved innlevering av oppgaven mai 2012 makuleres alt materialet.

Etter at oppgaven er sensurert vil oppgaven kunne brukes internt i Klinikken dersom ønskelig.

Jeg håper med denne forespørsel å få tillatelse til å utføre min studie.

På forhånd takk for hjelpen.

Mvh Trine Karlstad

Mastergradsstudent ved Diakonhjemmets Høgskole

E-post [REDACTED]

Telefon: [REDACTED]

Diakonhjemmets Høgskole
Mastergrad i Verdibasert ledelse

Sykepleiefaglig ledelse - har det betydning for faglig kvalitet og bevissthet i sykepleietjenesten?

Hvilken betydning har leder for utøvelse av sykepleie med høy faglig kvalitet?

Masterstudent: Trine Karlstad
Veileder: Høgskolelektor Karin Kongsli
Februar 2012

Kjære sykepleier

I forbindelse med en masterstudie i verdibasert ledelse forespørres du om å delta i en spørreundersøkelse om faglig ledelse og faglig kvalitet. Hensikten er å lære mer om faglig ledelse og de sammenhenger det kan ha for faglig kvalitet og bevissthet i sykepleietjenesten.

Spørreundersøkelsen retter seg mot sykepleiere på ulike sengeposter i [REDACTED] ved [REDACTED]. Studien er veiledet av Høgskolelektor Karin Kongsli ved Diakonhjemmets Høgskole.

Data samles inn med vedlagt spørreskjema, som jeg ber deg fylle ut. Din deltagelse er frivillig. For at resultatet skal bli mest mulig representativt håper jeg at du vil besvare undersøkelsen. Spørreskjema er utarbeidet av meg og er laget som en kombinasjon av avkryssningsspørsmål og påstander du skal si deg svært uenig, uenig, litt enig eller veldig enig i. Svar det som virker umiddelbart passende for deg. Noen av spørsmålene kan virke overlappende, dette er for å fange opp ulike dimensjoner av samme spørsmål.

For å besvare undersøkelsen må du være sykepleier i 50 % stilling eller mer, din nærmeste leder har sykepleiefaglig bakgrunn og du er ansatt og arbeider på en sengepost. Jeg har valgt å ekskludere sykepleiere i faste nattstillinger fra undersøkelsen.

Undersøkelsen er godkjent av din Klinikkledelse. Gjennomføringen er anonym som vil si at ditt navn ikke finnes noe sted. Alle opplysninger vil behandles konfidensielt og kan ikke spores tilbake til deg eller din avdeling.

Studien avsluttes i mai 2012 og resultatene fra undersøkelsen vil bli presentert i oppgaven. Materialet fra undersøkelsen makuleres ved innlevering av oppgaven. Etter at oppgaven er sensurert vil klinikken få tilbud om et eksemplar av oppgaven og dersom ønskelig stiller jeg meg tilgjengelig til å legge frem studien.

Frist for å besvare undersøkelsen er 28. februar 2012.

Har du spørsmål om spørreskjemaet eller undersøkelsen generelt kan du kontakte meg:

På e-post: [REDACTED] eller på telefon: [REDACTED]

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare.

Med vennlig hilsen

Trine Karlstad

Spørreundersøkelse - spørreskjema

Undersøkelsen vil ta ca 10 – 15 minutter å besvare. Det er viktig at du besvarer alle spørsmål, da det danner grunnlaget for at det resultat jeg kommer frem til vil bli mest mulig riktig og gi et mest mulig korrekt bilde av virkeligheten. Igjen takk for at du tok deg tid!

Bakgrunnsinformasjon:

Spørsmålene nedenunder er kategorisert med svaralternativer og jeg ønsker at du krysser av i boksen for det alternativet som passer best for deg:

1. Hva er din alder?

- 20 – 29
- 30 – 39
- 40 – 49
- 50 – 59
- Over 60

2. Er du mann eller kvinne?

- Mann
- Kvinne

3. Hvor stor stillingsprosent arbeider du i?

- 100 %
- Mellom 50 – 99 %

4. Hvor lenge har du vært ansatt i din nåværende stilling?

- 0 – 2 år
- 3 – 5 år
- 6 – 8 år
- 9 – 11 år
- 12 – 14 år
- Over 15 år

5. Hvor lenge har du vært utdannet sykepleier? Skriv antall hele år uten desimaler:

_____ år.

6. Har du videreutdanning innenfor sykepleie?

- Ja
- Nei

Dersom du har videreutdanning innenfor sykepleie, besvar spørsmål 7, hvis ikke gå videre til spørsmål 8.

7. Hvis ja, opplever du å kunne benytte din videreutdanning på din arbeidsplass?

- Ja
- Nei

Påstander:

Nå vil jeg at du skal svare ut fra i hvilken grad du er enig eller uenig i utsagnene. Jeg har valgt å benytte 4 svaralternativer på en skala fra 1 til 4, kryss av i rubrikken under det alternativet som passer best for deg. De 4 alternativer er som følger:

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig
-----------------------	-----------------	---------------------	-----------------------

Målsetting og verdier:

8. Jeg er kjent med organisasjonens XXXXXXXXXX overordnede målsetting.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

9. Jeg er kjent med sengepostens målsetting.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

Dersom sengepostens målsetting er kjent for deg besvar spørsmål 10, hvis ikke gå videre til spørsmål 11.

10. Min avdelingssykepleier/enhetsleder benytter sengepostens mål aktivt i det daglige arbeidet overfor sykepleietjenesten.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

11. Sengeposten har ikke egne mål.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

12. Jeg er kjent med organisasjonens [REDACTED]
overordnede verdier.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

13. Organisasjonens overordnede verdier etterlevs i pasientbehandlingen og i det øvrige daglige arbeidet på sengeposten. *Eksempler på verdier er åpenhet, respekt og trygghet.*

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

Kommentarer _____

Sykepleiefag og faglig utvikling:

14. Avdelingssykepleier/enhetsleder har presentert sengepostens konkrete planer for kvalitetsutvikling i sykepleietjenesten som er kjent for meg som ansatt. *Med kvalitetsutvikling menes videreutvikling og kompetanseheving.*

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

15. På min sengepost er avdelingssykepleier/enhetsleder en pådriver for å prioritere videreutdanning som et ledd for å heve kompetansenivået på sengeposten.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

16. På min sengepost benytter avdelingssykepleier/enhetsleder utviklingssamtalen i forhold til min faglige utvikling for den kommende periode. *Den kommende periode er definert som det kommende år.*

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

17. På min sengepost har vi egen fagutviklingssykepleier eller sykepleier(e) som arbeider målrettet med sykepleiefag og kvalitetsutvikling.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

18. På min sengepost har vi eget kompetanseutviklingsprogram som avdelingssykepleier/enhetsleder benytter aktivt i forhold til å øke kompetanse hos sykepleietjenesten på sengeposten. *Kompetanseutviklingsprogram kan være klinisk stige og eller eget utviklet program for avdelingen.*

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

19. På min sengepost prioriterer avdelingssykepleier/enhetsleder tid til å arbeide med fagprosedyrer

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

20. På min sengepost prioriterer avdelingssykepleier/enhetsleder at det jobbes målrettet med pasientenes behandlingsforløp. *Behandlingsforløp defineres som en standardisert behandlingsprosess, og skal fungere som et verktøy for å heve kvaliteten på behandlingen av pasienter med samme type lidelse.*

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

21. På min sengepost har vi årlig systematisk gjennomføring av obligatorisk undervisning, for eksempel DHLR gjennomgang, gjennomgang av medisinsk teknisk utstyr og brannvernopplæring.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

22. På min sengepost prioriterer avdelingssykepleier/enhetsleder at det settes av tid til faglige refleksjoner.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

23. På min sengepost prioriterer avdelingssykepleier/enhetsleder at det settes av tid til jevnlig etisk refleksjon enten i faste grupper eller etter behov.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

24. På min sengepost sikrer avdelingssykepleier/enhetsleder at vi arbeider kunnskapsbasert i forhold til prosedyrer.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

25. På min sengepost er det klare og nedskrevne rutiner som er gjort kjent for alle ansatte på sengeposten.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

26. På min sengepost gjøres det kjent hvor prosedyrer og oppslagsverk finnes.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

27. På min sengepost sikrer avdelingssykepleier/enhetsleder at det arbeides målrettet for å sikre gode rutiner for sykepleiedokumentasjon.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

28. På min sengepost finnes det et systematisk opplæringsprogram for nyansatte.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

29. På min sengepost opplever jeg at pasientenes behov settes foran krav til økonomi.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

30. På min sengepost opplever jeg at pasientenes behov settes foran krav til effektivitet.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

31. Som sykepleier er jeg bevisst på mitt ansvar som profesjonell yrkesutøver.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

32. På min sengepost er det tilrettelagt slik at pasientarbeidet og samhandling med pasienter for meg oppleves som faglig forsvarlig.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

Kommentarer: _____

Ledelse

På spørsmålene i forhold til ledelse ønsker jeg at du svarer i forhold til din opplevelse av nærmeste sykepleiefaglige leder (din avdelingssykepleier/enhetsleder).

33. Min leder er tilgjengelig og synlig på sengeposten.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

34. Min leder deltar på morgenrapporter og eller legevisitter

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

35. Jeg kan spørre min leder om hjelp til å løse faglige spørsmål.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

36. Min leder er en god sykepleiefaglig rollemodell.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

37. Min leder er opptatt av at den faglige kvaliteten i sykepleietjenesten er på et høyt faglig nivå.

1. Svært uenig	2. Uenig	3. Litt enig	4. Veldig enig

Kommentarer: _____

Takk for din deltagelse!

Ferdig utfylt skjema legges i konvolutt som forsegles og legges i postkassen merket:
”Sykepleiefaglig ledelse – har det betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten” av
Masterstudent Trine Karlstad ved Diakonhjemmets Høgskole. Eventuelt kan du levere den
forseglede konvolutten til din nærmeste leder.