

Hvordan fungerer sykehusavdelinger som kontekst for kontinuerlig læring for sykepleiere?

Mette Tøien



Mastergradsoppgave

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

26.01.2009



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Mette Tøien	Dato: Januar 2009
Tittel og undertittel: Hvordan fungerer sykehusavdelinger som kontekst for kontinuerlig læring for sykepleiere?	
Sammendrag: <p><u>Formål:</u> Studiens hensikt er å utforske hvordan sykehusavdelinger fungerer som kontekst for kontinuerlig læring for sykepleiere. Denne kunnskapen vil kunne bidra til å utvikle arbeidsforhold som fremmer kontinuerlig læring.</p> <p><u>Litteraturgjennomgang:</u> Kontinuerlig læring er nødvendig for å opprettholde og styrke kvalitet på sykepleiepraksis, og forutsetter mulighet og motivasjon for læring. Samtidig stilles det store krav om effektivisering og innsparinger i sykehus, noe som kan påvirke sykepleiernes læringsvilkår. På tross av betydningen av kontinuerlig læring for sykepleiere, mangler forskning på dette området.</p> <p><u>Metode:</u> I studien anvendes utforskende casestudie-design. To sengeposter på samme avdeling i et stort sykehus utgjør hvert sitt case. Det benyttes intrametodisk triangulering med kvalitativ tilnærming med tekstdata fra tre ulike utvalg: tilretteleggere for læring, sykepleiere i postene og dokumenter vedrørende læring.</p> <p><u>Funn:</u> Hver post sin unike læringskontekst formes av et komplekst og dynamisk samspill av faktorer knyttet til ledelse, til personalgruppa og til strukturelle faktorer. Overordnede mål og føringer har liten innvirkning på utforming av postenes læringskontekst. Avdelingssykepleiers betydning står i en særstilling fordi hun påvirker både strukturelle faktorer og faktorer i personalgruppa. Ulike faktorer i konteksten påvirker imidlertid leders valg av kunnskapsledelsesstrategier og virkemidler.</p> <p>Sykepleiere liker å lære, og uformell læring knyttet til det daglige arbeidet regnes som viktigst. Individuell tilrettelegging og støtte fremmer motivasjon for læring. Travelhet reduserer sykepleiernes muligheter for både formell og uformell læring, og slitenhet og mangel på overskudd reduserer sykepleiernes engasjement i læringsaktiviteter.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Avdelingssykepleiers valg av kunnskapsledelsesstrategi har konsekvenser for sykepleiernes motivasjon og mulighet for læring. Dersom læringskonteksten skal støtte opp om krav om læring i kunnskapsorganisasjoner og i sykepleieprofesjonen må mulighetene både for formell og uformell læring være en integrert del av arbeidet. Det avdekkes behov for nærmere utforskning av kulturelle aspekter ved læring, og for forskning på sammenheng mellom arbeidsbelastning og motivasjon for læring.</p>	
Nøkkelord: Sykepleiere, kontinuerlig læring, kompetanseutvikling, læringskontekst, klinisk kompetanse, læringsmiljø, kultur, motivasjon, selvbestemmelsesteori, kunnskapsledelsesstrategi, sykehusavdeling, case studie, triangulering, kvalitative data	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Mette Tøien	Date: January, 2009
Title and subtitle: How do hospital wards function as context for continuous learning for nurses?	
Abstract: <p>The purpose of this study was to explore how hospital wards function as context for continuous learning for nurses. This knowledge may contribute to develop working conditions beneficial to continuous learning.</p> <p><u>Literature review:</u> Continuous learning is necessary to maintain and strengthen quality of clinical nursing, which presuppose both learning opportunities and motivation. At the same time hospitals are under strict economical demands, which may influence nurses' learning conditions. Despite the impact of continuous learning on nursing, this area is not fully explored.</p> <p><u>Method:</u> An explorative case study design is applied in this study. Two hospital wards in the same department in a large hospital form each case. Intramethodical triangulation, where qualitative approach with text data from three different sources: learning organisers, ward nurses and documents related to learning, are used.</p> <p><u>Results:</u> Each hospital ward has its own, unique learning context which is formed in a complex and dynamic interaction between factors connected to leadership, the nursing population and structure. Higher organisational goals and regulations have minor impact on the development of the local learning context. The impact of the ward sister holds a unique position because she can influence structural factors as well as factors connected to the nursing population. Several factors in the context do however affect the leaders' choice of knowledge strategies and means. Nurses enjoy learning, and informal learning in the daily work is considered most important. Individualised organisation and support enhance learning motivation. Heavy workload decrease nurses possibilities for both formal and informal learning, and weariness and fatigue reduce nurses' engagement in learning activities.</p> <p><u>Conclusion:</u> Ward sisters' choices of knowledge strategies have consequences for nurses' motivation and possibilities for learning. If the learning context is supposed to support demands of learning in knowledge organizations and in the nursing profession, possibilities for both formal and informal learning have to be an integrated part of work. Need for further research of nurses' cultural aspects of learning, and for the connection between nurses' workload and motivation for learning is revealed.</p>	
Key words: Nurses, continuous learning, competence development, clinical competence, professional development, culture, learning environment, motivation, self determination theory, hospital units, case study, triangulation, qualitative data	

Forord

Det hadde ikke vært mulig for meg å gjennomføre denne oppgaven uten støtte og hjelp fra andre, og som derfor fortjerner stor takk. For det første vil jeg få takke alle de flotte sykepleierne jeg møtte på de to sykehuspostene, som velvillig delte sine tanker og erfaringer og muliggjorde denne studien.

Videre ønsker jeg å rette en stor takk til min arbeidsgiver, Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning, Rikshospitalet HF, ved forskningssjef Cornelia Ruland, som har støttet gjennomføringen av masterstudiet ved å gi meg 20 % lønnet studiepermisjon. Dessuten har alle mine dyktige og hyggelige kollegaer på senteret bidratt med støtte og oppmuntring på mange vis. Spesiell takk til informasjonsspesialist Bente Schjødt-Osmo for bistand i forhold til litteratursøk, og til stipendiatene Hilde Wøien, Ann Kristin Rotegård og Cecilie Varsi for gjennomlesing og kvalifiserte tilbakemeldinger. Ikke minst vil jeg få takke mine medstudenter og kollegaer Heidi Sandbæk, Vivi Lycke Christensen og Lena Heyn for faglige innspill, støtte og oppmuntring gjennom hele studiet.

Framfor alt vil jeg rette en stor og varm takk til min tidligere leder, Dr. polit. Ida Torunn Bjørk som inspirerte og støttet meg til å ta opp igjen studiene, og som siden også ble min veileder ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag på Universitetet i Oslo. Din dyktige veiledning der høye faglige krav balanseres av støtte, oppmuntring, raushet og tålmodighet har bidratt til min faglige utvikling og til at jeg har klart å gjennomføre dette arbeidet.

Solbergmoen, januar 2009

Mette Tøien

Innhold

1.	INNLEDNING	1
1.1	<i>Presentasjon av studiens problemstilling og hensikt</i>	1
1.2	Avgrensninger	3
1.3	Oppgavens disposisjon	3
2.	Litteraturgjennomgang	4
2.1	<i>Litteratursøk</i>	4
2.2	<i>Kjennetegn på et godt læringsmiljø</i>	4
2.3	<i>Sykepleieres opplevelse av mulighet for læring i sykehus</i>	5
2.4	<i>Motivasjon for læring</i>	6
2.5	<i>Oppsummering</i>	7
3.	Teori	8
3.1	<i>Sykehus som kunnskapsorganisasjoner</i>	9
3.2	<i>Kunnskapsledelse</i>	10
3.2.1	Kunnskapsledelse med hovedvekt på kunnskap som ressurs: konsekvenser for sykepleieres kompetanseutvikling.	12
3.2.2	Kunnskapsledelse med hovedvekt på kunnskap som prosess: konsekvenser for sykepleieres kompetanseutvikling.	14
3.3	<i>Motivasjon</i>	18
3.3.1	Selvbestemmelsesteori	19
4.	Metode	22

4.1	<i>Design</i>	22
4.2	<i>Utvalg og setting</i>	22
4.3	<i>Metode for datainnsamling</i>	27
4.3.1	Begrunnelse for valg av metoder for datainnsamling	27
4.3.2	Gjennomføring av datainnsamling.....	29
4.4	<i>Analyse av data.</i>	32
4.4.1	Intervjuer	33
4.4.2	Dokumenter.....	35
4.4.3	Convergence of evidence	35
4.4.4	Videre analyse.....	36
4.5	<i>Kvalitet</i>	36
4.5.1	I hvilken grad studien er tillitvekkende.....	36
4.5.2	Studiens troverdighet	37
4.5.3	Bekreftbarhet.....	38
4.5.4	Datas pålitelighet.....	39
4.5.5	Funnenes overførbarhet.....	39
4.5.6	Begrensninger ved metoden.....	40
4.6	<i>Etiske betraktninger</i>	40
5.	Presentasjon av funn	42
5.1	<i>Felles overordnede mål og rammeverk for postene</i>	42

5.2	<i>Sentrale temaer Post 1</i>	43
5.3	<i>Sentrale temaer Post 2</i>	56
6.	Diskusjon.....	74
6.1	<i>Hvordan formes læringskonteksten?</i>	74
6.2	<i>Avdelingssykepleier velger postens kunnskapsledelsesstrategi</i>	76
6.2.1	Hva slags kunnskapsledelsesstrategier er det da de to postene har?.....	79
6.3	<i>Hvilke konsekvenser har leders valg av kunnskapsledelsestrategi for hvordan postene fungerer som kontekst for kontinuerlig læring?</i>	81
6.3.1	Spiller det noen rolle hvem som bestemmer angående læring?.....	81
6.3.2	Hvilke konsekvenser har ulikhet i tilrettelegging for uformell læring?..	84
6.3.3	Hvilke konsekvenser har ulikheter i leders støtte for læring?.....	94
7.	Konklusjon	101
	REFERANSELISTE	102

Liste over vedlegg

1. Forhåndsinformasjon om studien til avdelingsledelsen og avdelingssykepleierne
2. Formell forespørsel til avdelingsledelsen
3. Godkjenning fra avdelingsledelsen post 1
4. Godkjenning fra avdelingsledelsen post 2
5. Informasjon til tilretteleggere
6. Forespørsel om deltagelse / informasjon tilknyttet samtykke til tilretteleggerne
7. Informert samtykke-skjema
8. Forhåndsinfo til alle sykepleierne på postene før personalmøter
9. Informasjon til potensielle fokusgruppedeltagere
10. Forespørsel om deltagelse / informasjon tilknyttet samtykke til deltagerne i fokusgrupper
11. Intervjuguide tilretteleggere
12. Spørsmålsrute fokusgrupper
13. Godkjenning NSD

Liste over figurer

- | | |
|--|-------|
| 1. Modell Kunnskapsledelsesstrategi | s. 11 |
| 2. Kunnskapsledelsesstrategi i lærende organisasjoner | s. 13 |
| 3. Kunnskapsledelsesstrategi i New Public Management-organisasjoner | s. 16 |
| 4. Oversikt over studiens data – og metodetriangulering | s. 27 |
| 5. Forenklet modell av samspillet mellom faktorer i læringskontekstens | s. 74 |

1. INNLEDNING

1.1 Presentasjon av studiens problemstilling og hensikt

Sykehus er komplekse kunnskapsbedrifter der personalet er organisasjonens viktigste ressurs. Kontinuerlig kompetanseutvikling inngår i rollen som kunnskapsarbeidere og er ikke bare nødvendig ut fra økt spesialisering, medisinsk /teknologisk utvikling og endrede forventninger, men er del av selve verdiskapningen i organisasjonen (Jacobsen, 2004). Sykepleiere inngår i kjernevirksomheten i sykehus, og har dermed stor innvirkning på og ansvar for tjenestens kvalitet. Politiske signaler om kontinuerlig, systematisk og målrettet kompetanseutvikling hos medarbeidere i helsetjenesten kommer til uttrykk i ”Ny kompetanse” (NOU 1997:25), ”Pasienten først” (NOU 1997:2) og ”Kompetansereformen” (St.meld. nr. 42, 1997-98).

Økt fokus på livslang læring og kompetanseutvikling faller sammen med gjennomgripende endringer i helsevesenet. Endringer i finansiering og fritt sykehusvalg medfører kamp om pasientene, der høy kompetanse hos personalet utgjør et konkurransefortrinn. Lovverket stadfester at helsearbeidere selv har ansvar for faglig forsvarlig yrkesutøvelse (Helsepersonelloven 2001), mens arbeidsgiver plikter å legge til rette for at nødvendig opplæring og utdanning gis (Lov om spesialisthelsetjenesten, 2001). Dette indikerer dermed et krav om kontinuerlig læring for sykepleiere i arbeidslivet.

Sykepleieres funksjon i sykehus er knyttet til direkte pleie og omsorg for pasienter, ivaretagelse av pårørende, veiledning og undervisning av pasienter, pårørende, studenter og andre med opplæringsbehov og koordinering av de samlede tjenestene til pasientene. Kravene til sykepleieres profesjonelle handlingskompetanse er sammensatt og bygger på både tause og eksplisitte aspekter. Kompetansen ansees delvis å være knyttet til personen, men også situert i de sosiale aktiviteter og arbeidsprosesser som foregår i praksisfellesskapet (Dysthe, 2001; Lave og Wenger, 1991). Et krav om kontinuerlig læring fordrer læring som en integrert del av daglig arbeid så vel som i mer strukturerte og formaliserte læringssituasjoner. Sykepleiernes engasjement i

læringsaktiviteter avhenger av deres motivasjon. Muligheter for læring og faglig utvikling oppfattes av mange sykepleiere som viktig for jobbtilfredshet, trivsel, valg av arbeidsplass og ønske om å bli værende (Bjørk, Hansen, Samdal, Tørstad & Hamilton, 2007a; Judy & Leanne, 2005; Thiedemann, 2005).

Det har imidlertid vært relativt lite forskning på hvordan læring foregår blant sykepleiere i klinisk praksis. Læring i arbeidslivet har for det meste blitt studert innenfor næringsliv og produksjonsbedrifter (Brown og Duguid, 1991; Nonaka, 1994; Tacheuchi, 2001). I den grad sykehusavdelinger er studert som læringsarena, er dette knyttet til studenters og i noen grad nyutdannede sykepleieres læring og sosialisering. (Bjørk, 2001; Eraut et al., 2003; Thiedemann, 2005). Studentenes rammer og vilkår for læring er annerledes enn for sykepleiere i arbeidstagerrollen. Studentene skal primært lære å bli kompetente utøvere, mens sykepleiere skal kontinuerlig videreutvikle sin kompetanse.

En kartlegging av kompetanseheving i norske sykehus konkluderte med at det var store variasjoner mellom sykehusene generelt, og mellom gruppene store og små sykehus (Statens helsetilsyn, 2001). Fokus i kartleggingen var hovedsaklig på formaliserte læringsaktiviteter men også på hvilke ressurser de brukte til kompetansetiltak. På alle felt vektla store sykehus kompetansetiltak mer enn mindre sykehus. Undersøkelsen sier imidlertid ikke noe om hvor mange som fikk tilbud om eller faktisk deltok i ulike kompetansetiltak. I kartleggingen inngikk en vurdering av fremtidig kompetansebehov. Viktigst var det ansett å øke eget personales kliniske kompetanse. Dette burde indikere høyere satsning på læringsaktiviteter i dag enn i 2001.

Reformene i helsetjenesten har imidlertid medført at en økonomisk rasjonalitet er blitt fremtredende. Krav om effektivisering, innsparinger og budsjettbalanse fører til nedbemanning samtidig som krav til kvalitet og produksjon av helsetjenester opprettholdes eller økes. Dette fører til et økt press på alle helsearbeidere, ikke minst sykepleiere, som møter fordringen om å dekke pasientenes behov også når strammere økonomi og effektivisering gir mindre tid til hver pasient (Hertting, Nilsson, Theorell

& Sätterlund, 2002; Koivula, Paunonen & Laippala, 1998; Statistisk Sentral Byrå, 2002). Dette kan vanskeliggjøre vilkårene for læring i avdelingene (Bjørk, 2001; Kirchoff, 2005; Thiedemann, 2005).

Hensikten med denne studien er å utforske hvordan sykehusavdelinger fungerer som kontekst for kontinuerlig læring for sykepleiere. Kunnskap om sykepleieres læring er interessant i seg selv fordi vi vet relativt lite om den. Slik kunnskap vil også være et innspill i utvikling av miljøer som fremmer kontinuerlig læring, noe både sykehusene, sykepleiefaget og pasientene er avhengige av.

Studiens forskningsspørsmål er:

- 1) Hvordan tilrettelegger avdelingen for læring?
- 2) Hvilke muligheter for læring oppfatter sykepleierne at de har i avdelingen?

Det er et ønske at denne studien kan bidra med kunnskap som belyser kompleksiteten av faktorer som former læringskonteksten. Det er også et ønske at den bidrar med kunnskap om leders utfordringer og muligheter i å utvikle læringskonteksten slik at vilkårene for kontinuerlig læring hos sykepleiere fremmes.

1.2 Avgrensninger

Av hensyn til oppgavens omfang vil studien ikke redegjøre for læringsteori og teori om sykepleieres kunnskapsformer.

1.3 Oppgavens disposisjon

I kapittel 2 presenteres eksisterende kunnskap om området studien omhandler. I kapittel 3 presenteres relevant teori, der kunnskapsledelsesteori og motivasjonsteori vektlegges. Kapittel 4 redegjør for metode og i kapittel 5 presenteres funn i studien som tykke beskrivelser av begge poster. Diskusjon av funnene opp mot teori presenteres i kapittel 6, og konklusjon presenteres i kapittel 7.

2. Litteraturgjennomgang

2.1 Litteratursøk

Systematiske litteratursøk i databasene Cinahl, Medline, Embase og Eric er gjort på kombinasjoner av følgende begreper: Nurses, nursing staff, learning, competence development, clinical competence, situated learning, professional competence, professional development, clinical education, competency based education, professional practice, organizational culture, learning environment, learning arenas, learning culture, learning climate, communities of practice, motivation, achievement, aspirations, intentions, perceptions, thinking, reflection, workplace, hospital units, ward, nursing, nursing practice. Søkene er gjort både som nøkkelord og frisøk. Hovedsøket ble gjort i juni 2006 med oppdatering i april 2008.

2.2 Kjennetegn på et godt læringsmiljø

Tilrettelegging for læring omfatter mer enn at det finnes tilbud om formaliserte læringsaktiviteter. Det handler om å skape et godt læringsmiljø der både muligheter og motivasjon for læring fremmes. Når sykepleiere ble spurt, mente de autonomi og anerkjennelse, jobbtilfredshet, rolleklarhet, kvalitet på veiledning, støtte fra kollegaer og tid og mulighet for å lære var viktig for profesjonell utvikling (Hart & Rotem, 1995; White et al., 1998). Disse funnene samsvarte i stor grad med hva forskning forøvrig viste om sammenhenger mellom arbeidsmiljø, læring og profesjonell utvikling (Brown & Duguid, 1991; Deci, Connell & Ryan, 1989; Eraut et al., 2004; Humphrey, Nahrgang & Morgeson, 2007; Kramer & Schmalenberg 2004). Selv om både overordnede organisatoriske rammer og samspillet mellom alle aktørene i avdelingen virker inn på formingen av avdelingens kultur og læringsmiljø, understrekes den sentrale betydningen av avdelingssykepleiers rolle gjennomgående i litteraturen (Bjørk et al, 2007a; Deci et al., 1989; Fullam, Lando, Johansen, Reyes & Szaloczy, 1998; Hart & Rotem, 1995; Kane-Urrabazo, 2006; Koivula et al., 1998; Mantzoukas &

Jasper, 2004; Spouse, 2001). Denne betydningen undervurderes ofte av lederen selv (Bjørk et al., 2007a; Kane-Urrabazo, 2006; Koivula et al., 1998).

2.3 Sykepleieres opplevelse av mulighet for læring i sykehus

Det er generelt gjort få studier av sykepleieres opplevelse av mulighet for å delta i ulike kompetanseutviklingstiltak eller av faktisk læring i avdelingene. En norsk studie viste at sykepleierne i kommunehelsetjenesten følte de hadde liten kontroll over deltagelse fordi det ofte ikke forelå tilgjengelige planer for systematisk kompetanseutvikling, og at leder fordelte ressursene uten de ansattes medvirkning. Dette førte til at faglig oppdatering ble oppfattet som tilfeldig og mangelfull. Samtidig oppga ca 40 % at de ikke opplevde arbeidet som faglig stimulerende og utfordrende, og dermed lite lærerikt (Kirchhoff, 2005, 2006). Tilsvarende studier fra norske sykehus er ikke funnet, og internasjonale studier fra sykehus er svært få. Hart og Rotems studie fra Australia (1995) gjelder sykepleiere i universitetssykehus. Studien rapporterte om sykepleiere som var overveiende fornøyde med sine muligheter for læring både av formell og uformell karakter. Andre studier knyttet til læring i sykehus beskrev indirekte at læringsmulighetene begrenses av at sykepleierne opplevde konflikt mellom egne ønsker og behov for å lære og ansvarsfølelse og forpliktelse knyttet til pasientomsorg, forårsaket av stort arbeidspress (Dealey & Bass, 1995; Hertting et al., 2004; Koivula et al., 1998; White et al., 1998).

Studier av nyansatte sykepleiere i Norge (Bjørk, 2001; Thiedemann, 2005) konkluderte med at deres opplevelse av mulighet for uformell læring i avdelingene varierte, men var mange steder svært begrenset da det verken var legitimt eller tilrettelagt for å spørre andre, reflektere sammen over utfordringer i praksis eller søke kunnskap i litteratur. Arbeidets organisering, avdelingskulturen og ikke minst stor arbeidsbyrde gjorde at avdelingene ikke fungerte som gode læringsarener. Dette var i overensstemmelse med funn fra nyere studier i offentlige sykehus i Storbritannia, Australia og Canada (Eraut et al. 2003; Husband, Burkitt, Mackenzie, Torn & Crow,

2001; Judy & Leanne, 2004; White et al., 1998). Selv om overgangen fra student til sykepleier er en spesielt sårbar periode i forhold til læring, er det rimelig å tro at de beskrevne forhold også må påvirke læringsmulighetene for alle sykepleierne i avdelingene.

2.4 Motivasjon for læring

Det er funnet en del studier på motivasjon for kontinuerlig læring generelt og for sykepleieres deltagelse i ulike kompetanseprogram og læringsaktiviteter. Kunnskap om motivasjon for læring hos sykepleiere som ikke deltar i slike formaliserte kompetanseprogram er imidlertid mangelfull.

Deltagere i Kliniske stiger i Norge hadde stor grad av indre motivasjon som drivkraft for deltagelse i programmene, og viktigst var ønske om økt kompetanse knyttet til egen praksis. Dersom tilgjengelige læringsaktiviteter ble opplevd som i tråd med egne verdier og mål, så de læring som positive byggesteiner for faglig og personlig vekst (Bjørk et al., 2007a). Studier fra utlandet viste at dersom tilbudet av læringsaktiviteter ikke passet med opplevde ønsker eller behov, gikk dette ut over læringen (Dealey & Bass, 1995; White et al., 1998). Motivasjonen ble da oppfattet som ytre press, f.eks. knyttet til formell godkjenning eller sertifisering, for å beholde jobben eller oppnå avansement.

Forskning på motivasjon og arbeidsliv viste at selv om det var individuelle, stabile komponenter i motivasjon, var det også sammenheng mellom faktorer i arbeidsmiljøet og motivasjon for kontinuerlig læring, kreative prosesser og arbeidsinnsats forøvrig (Deci et al., 1989; Gagnè, & Deci, 2005; Humphrey et al., 2007; Jelstad, 2007). Dersom de ansatte fikk oppfylt sine behov for kompetanse, sosiale relasjoner og autonomi, styrket dette både de ansattes selvopplevde kompetanse og indre motivasjon for å lære. Empowerment – tenkning ligger nær denne teorien, og forskning på dette feltet blant sykepleiere viste at arbeidsmiljøer som ga de ansatte anerkjennelse, mulighet og støtte i forhold til autonomi, læring og for trygge og gode sosiale relasjoner på jobb resulterte i fremragende sykepleiepraksis (Cimiotti, Quinlan,

Larson, Pastor, Lin & Stone, 2005; Kramer & Schmalenberg, 2004; Havens & Aiken, 1999).

Flere studier fra andre land der effektivisering og innsparingstiltak har kommet tidligere enn i Norge, rapporterte at selv om sykepleiere anså kontinuerlig faglig oppdatering som nødvendig og viktig, opplevde de dette som et et press, en ekstra byrde som kunne hindre engasjement i læringsaktiviteter (Hertting et al., 2004; White et al., 1998). En finsk studie konkluderte med at den største hindringen for kvalitetsutvikling i sykepleietjenesten der var at sykepleierne var for slitne (Koivula et al., 1998). Det er derfor bekymringsfullt når ferske rapporter fra statistisk sentralbyrå konkluderer både med at arbeidspresset blant personalet i helsesektoren i Norge øker, og at sykefraværet i samme sektor øker mer enn i andre yrker (Rønning, 2006; Statistisk sentralbyrå, 2006).

2.5 Oppsummering

Gjennomgang av litteraturen viser at kontinuerlig læring er nødvendig for å opprettholde og bedre kvaliteten på sykepleietjenesten i sykehus. Dette er av betydning for den enkelte pasient og sykepleier, for sykepleiefaget, helseforetakene og samfunnet. For å oppnå dette må sykehusavdelingene fungere som gode læringsarenaer. Læringsmiljøet er både organisatorisk og sosialt konstruert, og krever aktiv innsats både fra den enkelte sykepleier og fra avdelingens ledelse. Et godt læringsmiljø fremmer både motivasjon og muligheter for læring. Det er indikasjoner på at vilkårene for kontinuerlig læring i sykehusavdelinger er under press forårsaket av økende arbeidsbelastning og fokus på økonomi.

På tross av den kritiske betydningen kontinuerlig læring har, er forskning på området svært mangelfull. For å legge til rette for gode læringsmiljøer kreves kunnskaper om hvordan sykehusavdelinger fungerer som læringskontekster. Denne studien som utforsker sykepleieres læringsmuligheter i to sykehusavdelinger vil kunne være et bidrag i så måte.

3. Teori

Teoretiske perspektiver for drøfting av studiens funn skal være fruktbare i forhold til studiens hensikt. Hensikten med studien er å skaffe kunnskap om hvordan sykehusavdelinger fungerer som læringskontekst, for å gi innspill til hvordan man kan utvikle miljøer som fremmer kontinuerlig læring.

På bakgrunn avdelingssykepleiers store betydning for læringsvilkårene for sykepleiere har jeg valgt å legge hovedvekt på ledelsesperspektivet (mellomledernivå) i den teoretiske referanserammen. Det er forskjellige strategier for hvordan ledelse i kunnskapsorganisasjoner kan og bør utformes. Disse er uttrykk for ulike syn på menneske, ledelse, kunnskap og læring (Newell, Robertson, Scarbrough & Swan, 2002; Kuvaas, 2008). Jeg har valgt New public management-ledelse som eksempel på strategi som ser kunnskap som ressurs, og ledelse i lærende organisasjoner som ser kunnskap som prosess (Dimmen, 2005). Begge disse strategiene anvendes i sykehus (Jacobsen, 2006), og er således relevante for studien.

Motivasjon er nødvendig for at sykepleiere skal benytte seg av mulighetene for å lære. Ulike ledelsesstrategier påvirker lederes prioriterer av motivasjonsarbeid og hvilke virkemidler som anvendes for å skape motivasjon for læring. Jeg har derfor også valgt å presentere motivasjonsteori som jeg mener er relevant for læring i organisasjoner. Hovedvekt legges på Selvbestemmelsesteori (Deci & Ryan, 1989), som forklarer sammenhenger mellom faktorer i arbeidsmiljøet og motivasjon for en rekke områder som assosieres med positiv organisasjonsadferd, deriblant læring og utvikling. Fordi selvbestemmelsesteori gir direkte retningslinjer for hvordan ledere kan fremme et godt motivasjonelt klima, kan den være et nyttig ledelsesverktøy.

Før jeg presenterer teori om kunnskapsledelse og motivasjon vil jeg først kort redegjøre for sentrale trekk ved sykehus som kunnskapsorganisasjoner og sykepleieres rolle som kunnskapsmedarbeider fordi dette er utgangspunkt for å forstå tenkningen i kunnskapsledelsesteoriene.

3.1 Sykehus som kunnskapsorganisasjoner

Sykehus er kunnskapsintensive organisasjoner (Jacobsen, 2004) som produserer tjenester og løsninger for pasienter og pårørende, hovedsaklig basert på immaterielle ressurser. Kunnskapsledelse er et sentralt karakteristikum ved kunnskapsorganisasjoner, det vil si at ledelse fokuserer på utvikling og samordning av de immaterielle ressursene for å fremme verdiskapning i lys av virksomhetens mål (Sveiby, 2001). Kvaliteten på sykehusets tjenester som helhet avhenger av det dynamiske samspillet mellom de enkelte medarbeideres kompetanse i møte med pasienten, av hvordan samarbeid, rutiner og systemer fungerer og i hvilken grad pasienter og pårørendes behov og forventninger fremmes (Sveiby, 2001). I sykehus har fagpersonalet avgjørende betydning fordi tjenestene utvikles og leveres i direkte samspill med pasientene. Kompetanseutvikling for medarbeidere i kunnskapsbedrifter er derfor ikke bare et middel til å nå mål, det er en del av selve verdiskapningen i organisasjonen (Sveiby, 2001; Newell et al., 2002).

Sykepleiere er en av yrkesgruppene som inngår i kjernevirksomheten i sykehus. Gjennom sitt arbeid på sykehusavdelingen står de i direkte relasjon til pasientene og har dermed stor innvirkning på og ansvar for verdiskapningen i sykehus. Utførelsen og kvaliteten på tjenesten er avhengig av sykepleiernes sammensatte kompetanse (Nilsen, 2005).

Kompetanse kan defineres som ” de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål” (Lai, 1997). Kompetanse er dermed knyttet til handling eller handlingsberedskap, og ligger nær opp til Sveibys definisjon av kunnskap som ”evne-til-handling” (Sveiby, 2001).

Sykepleiere er å betrakte som kunnskapsmedarbeidere (Nilsen, 2005; NSF, 2005), definert som høyt utdannede mennesker som utfører komplekse, sammensatte og selvstendige arbeidsoppgaver som vanskelig kan standardiseres (Kuvaas, 2006). Sykepleieres kompetanse bygger på et sammensatt kunnskapsgrunnlag med både tause

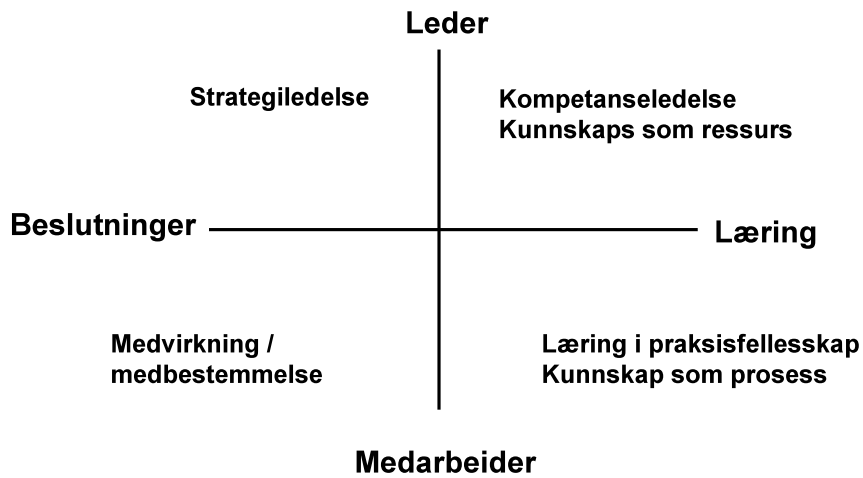
og eksplisitte aspekter, der teoretisk kunnskap, erfaringskunnskap, etisk kunnskap og praktisk kunnskap inngår i en helhet (Kirkevold, 2002). Ulike kunnskapsformer fremmes og videreutvikles gjennom forskjellige læringsmetoder, både formelle og uformelle, individuelle og kollektive. Utvikling av ekspertkompetanse i sykepleie krever aktive læreprosesser knyttet til klinisk erfaring over tid, altså til arbeid i praksis (Benner, 1993). Ekspertkompetanse innebærer blant annet å være kritisk til eksisterende praksis, åpen for ny kunnskap og å medvirke til å utvikle ny kunnskap (Durgahee, 2002).

3.2 Kunnskapsledelse

Sykehus er organisert i avdelinger / klinikker med enhetlig ledelse og felles overordnede strategier og mål. Det forventes at avdelingssykepleiere er lojale mot sentrale prioriteringer og arbeider for å realisere organisasjonens mål innenfor de økonomiske rammer som bevilges. Fordi sykehus har relativt løse koblinger mellom de ulike enhetene (Jacobsen, 2004) er hver sengepost en relativt selvstendig del av organisasjonen der stor grad av ansvar og myndighet er delegert til avdelingssykepleier. Hun har dermed mulighet for å utforme den lokale ledelsesstrategien etter andre styringslogikker enn de som gjelder for sykehuset sentralt dersom hun oppfatter det som hensiktsmessig (Jacobsen, 2004).

Avdelingssykepleiers ledelsessyn vil påvirke hvor stor plass kompetanse, læring og kunnskapsutvikling får og hvordan hun utformer sin lederrolle (Kuvaas, 2008; Newell et al., 2002), mens kunnskapssynet er avgjørende for hvilke typer kunnskap som verdsettes, prioriteres og tilrettelegges for (Mantzoukas & Jasper, 2004; Newell et al., 2002).

Det kan være hensiktsmessig å bruke en modell for å illustrere ulike kunnskapsledelsesstrategier (Figur 1). Dimmen (2005) hevder at kunnskapsledelse



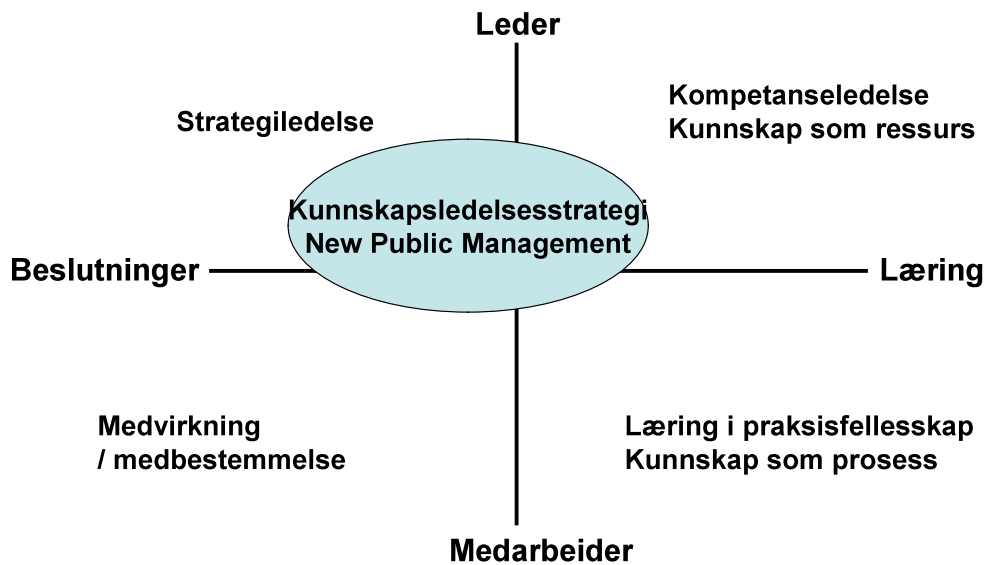
Figur 1: Kunnskapsledelse (Dimmen, 2005).

inkluderer læreprosesser og beslutningsprosesser, og forholdet mellom leder og medarbeidere. Modellen har to akser, der den ene akse gjelder relasjonen mellom leder og medarbeider, om hovedvekt ligger på leders oppfatninger / betydning eller på medarbeiderens. Den andre akse gjelder strategiens fokus i forhold til beslutninger og læring. Er det beslutninger eller ledelse av læreprosesser som er mest vektlagt? Og i hvilken grad er beslutningene lederbestemte (strategiledelse) eller preget av medvirkning og medbestemmelse? Og tilsvarende angående læring: i hvilken grad er læring vektlagt i strategien? Og er fokus på lederbestemte læringstiltak (kompetanseledelse) eller på dialog og samspill om medarbeidernes utvikling i det faglige praksisfellesskap? Og i tråd med dette: oppfattes kunnskap som en ressurs eller som prosess?

3.2.1 Kunnskapsledelse med hovedvekt på kunnskap som ressurs: konsekvenser for sykepleieres kompetanseutvikling.

Tradisjonelt i Europeisk og vestlig organisasjonsteori har kunnskap blitt sett på som en ressurs (Newell et al., 2002). I tråd med dette har eksplisitt kunnskap vært den dominerende kunnskapsform, noe som henger sammen med den naturvitenskaplige dominans i vitenskap og forskning. Kunnskap betraktes som noe individene ”har” i form av formell kompetanse. Denne er objektiv, eksplisitt og direkte overførbart, og kan lagres, hentes fram og utforskes. IT-verktøy er nyttig for spredning av slik kunnskap, som også kan betegnes som informasjon (Newell et al., 2002).

Både i hierarkiske ledelsesmodeller og i New Public Management-modellen (NPM) blir kunnskap sett på som ressurs (Adler, 2002). Spesielt varianter av NPM, som baserer seg på markedslogikk, har blitt fremtredende i ledelse av sykehus (Jacobsen, 2006; Kuvaas, 2008). Dette dreier fokus mot konkurranse, effektivitet og produksjon, på å øke pasientgjennomstrømmingen med lavest mulig utgifter. Gjøre mål prioriteres, og bruk av tid og ressurser på læringstiltak vil måtte legitimeres som nødvendig i forhold til å opprettholde eller øke produksjon, for å oppfylle lovens (minste-)krav eller for å få høy nok kvalitet på målbare kriterier til å være konkurransedyktige. Endringsbehov defineres av toppledelsen og implementeres nedover i organisasjonen i tråd med ledelsens strategier. Økt økonomisk verdi er det drivende målet, som for sykehusene sin del vil si effektivisering og innsparinger for å få ”mer helse for hver krone” (Stortingsproposisjon nr 1, 2003-2004). Siden avdelingssykepleiere delegeres ansvaret for å nå disse kravene, vil dette lett medføre prioritering av kortsiktig økonomisk ”gevinst” fremfor mer langsiktige og diffuse mål som trivsel, kompetanse, kvalitet og personalets helse. (Bjork, 2001; Hertting et al., 2004; Koivula et al., 1998; Thidemann, 2005). Å stimulere til og legge til rette for læring er dermed ikke en sentral del av lederrollen i denne modellen.



Figur 2: Kunnskapsledelse i New Public Management-organisasjoner (Dimmen, 2005).

Figur 2 viser hvordan kunnskapsledelse basert på NPM- strategi vil se ut i modellen som ble presentert i kapittel 3.2 (Figur 1, Dimmen, 2005). Hovedtyngden vil ligge opp til venstre, langs en linje over og parallell med midtaksen. Dette viser at læringstiltakene i stor grad styres av leders beslutninger, og at fokus er på kunnskap som ressurs. Kunnskapsledelse vil i denne styringslogikken ha som mål å utnytte medarbeidernes kunnskapsressurser for å nå strategiske mål. Leder bestemmer hva slags kompetanse de ansatte må ha for å nå målene, det er derfor viktig å rekruttere medarbeidere med riktig kompetanse eller tilføre nødvendig eksplisitt kunnskap (Newell et al., 2005). Kunnskapsutvikling betyr i denne sammenheng å systematisere og kombinere allerede eksisterende eksplisitt kunnskap (Adler, 2002; Newell et al., 2002; Jacobsen, 2004), for eksempel til å lage prosedyrer og rutiner i avdelingen.

For sykepleieres kompetanseutvikling vil dette innebære hovedvekt på tilrettelegging for individuell, kognitiv læring og eksplisitt kunnskap. Opplæring i bruk av data vil være relevant, for å kunne søke i kunnskapsbaser og for å gjøre tilgjengelig de

prosedyrer og rutiner som utvikles i avdelingen. Tid til å studere faglitteratur burde være mulig, men begrenses av at det tar mye tid vekk fra gjøremål. Slik sett er interne og eksterne kurs og forelesninger, der mange ”får” samme faktaorienterte kunnskap / informasjon samtidig derfor mer rasjonelt. Incentiver brukes for å motivere de ansatte til ønsket adferd (Adler, 2002; Kuvaas, 2008), og det å få delta på kurs kan brukes som belønning. Den enkeltes kompetanse ses på som privat, og siden den bidrar til å øke egen markedsverdi i avdelingen er det ingen selvfølge at den deles.

3.2.2 Kunnskapsledelse med hovedvekt på kunnskap som prosess: konsekvenser for sykepleieres kompetanseutvikling.

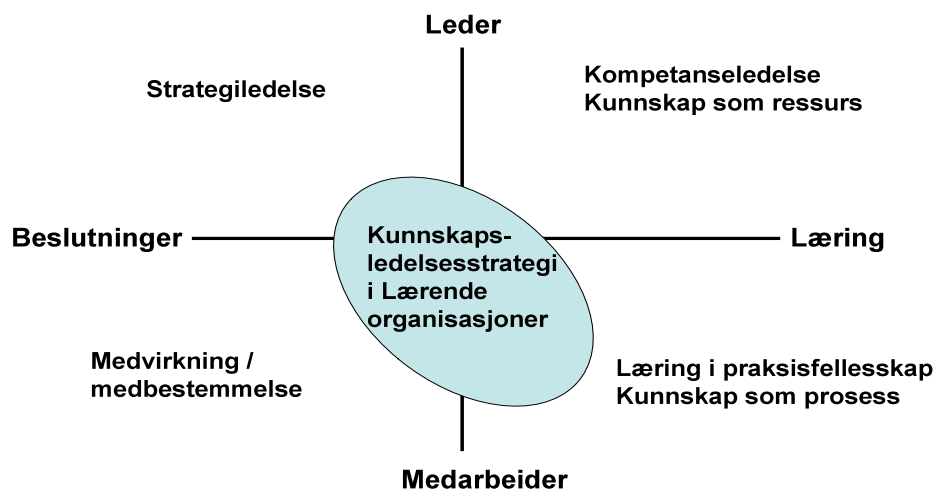
Kunnskapstradisjoner fra Østen, spesielt Japan, ser kunnskap som prosess og kunnskapsutvikling som noe som skapes i sosial kontekst (knowledge creation) (Nonaka, 1994). Denne tenkningen har i de senere år fått økende oppmerksomhet og innpass også i vesten. Også Lave og Wengers teori om situert læring baserer seg på et sosiokulturelt læringssyn, der fokus er på deling og utvikling av kunnskap i arbeidsfellesskap (Lave & Wenger, 2003). I disse teoriene forutsettes det riktignok at det finns kunnskap som ressurs i organisasjonen, men det at kunnskapen bearbeides aktivt, at kontekstuelle, subjektive og tause aspekter dras inn fører til utvikling av ny kunnskap. Disse prosessene skjer når man arbeider sammen og deler erfaringer, diskuterer og setter ord på (taus) kunnskap (Lave & Wenger, 2003; Nonaka, 1994). Et slikt dynamisk syn fremmer satsing på undersøkning og eksperimentering med tanke på å utvikle ny praksis. Nonaka (1994) definerer kunnskapsutvikling som evnen hele virksomheten har til å skape kunnskap, spre den gjennom organisasjonen og innlemme den i produksjon, tjenester og systemer. I et slikt perspektiv knyttes læring til organisasjonsutvikling, forstått som å sette organisasjonen i stand til å foreta kontinuerlige endringer for å tilpasse seg skiftende krav (Jacobsen, 2004). Organisasjonsendringer oppfattes dermed som kontinuerlige lærings og utviklingsprosesser med hovedfokus på menneskene i organisasjonen.

Dette grunnsynet preger visjonen om ”Den lærende organisasjon” som ble introdusert av Senge i 1991 (Jacobsen, 2004). Lærende organisasjoner defineres som organisasjoner som utvikler, forvalter og tar i bruk sine kunnskapsressurser slik at virksomheten totalt blir i stand til å mestre daglige utfordringer og etablere ny praksis når det er nødvendig (Jacobsen, 2004). Lærende organisasjoner vektlegger kontinuerlig kunnskapsutvikling i arbeidsfellesskap gjennom dynamiske sosiokulturelle læringsprosesser knyttet til kjernevirksomheten (Dahlin, 1999). Dette forutsetter en kritisk holdning til eksisterende praksis og stor grad av kunnskapsutvikling (Jacobsen, 2004).

For at en organisasjon skal være lærende kreves det at den består av enkeltmennesker som har evne til og motivasjon for å lære og at det eksisterer nettverk der kunnskap deles og utvikles (Jacobsen, 2004). Dette forutsetter et godt samarbeidsklima og vilje til å dele kunnskap, og den viktigste forutsetningen for kunnskapsdeling er tillit (Newell et al., 2002; Jacobsen, 2004, Nonaka 1994; Adler, 2002; Sveiby & Simons, 2002). Tillit har i følge Newell et al. (2002) flere dimensjoner, de viktigste i denne sammenheng er ”companion Trust” og ”competence trust”. ”Companion trust” er tillit basert på personlig relasjon som utvikles ved at man deler erfaringer og samhandler over tid. Slik tillit er stabil og ikke knyttet til konkrete situasjoner. Den har sterke moralske implikasjoner; man stoler på at den andre vil en vel og ikke vil handle på en måte som skader medlemmer av gruppen. Denne typen tillit basert på sterke bånd er nødvendig for utveksling av tause kunnskapselementer, for å våge å vise frem sine svake sider og for å være kreativ (Newell et al., 2002). I samsvar med dette viser forskning at opplevelsen av et godt samarbeidsklima øker med økende erfaringslengde (Sveiby og Simons, 2002). ”Competence trust” er tillit basert på respekt for den andres kompetanse knyttet til å utføre definerte oppgaver på en tilfredsstillende måte. Denne typen tillit har svake relasjonelle bånd, og er best egnet for utveksling av eksplisitt kunnskap, og kan være viktig for å få ideer utenfra (Newell et al., 2002).

Lærende organisasjoner er en visjon, ingen strategi, men flere ulike ledelsesstrategier er utformet i tråd med denne visjonens mål, blant annet ”Soft Human Relations Management” (Kuvaas, 2008), ”Community based Knowledge Management” (Newell

et al, 2005) og ”Endringsstrategi O” (Jacobsen, 2004). Felles er at det er menneskene i organisasjonen, og relasjonene dem i mellom som er i fokus. Ledelse i dette perspektivet beskrives av Jacobsen (2004) som deltagende, delegerende og støttende, der målet er å skape engasjement hos de ansatte. Kunnskapsledelse i lærende organisasjoner har fokus på kunnskapsprosesser, både på individ, gruppe og organisasjonsnivå (Dalin, 1999). Arbeidsfellesskapet utformes derfor slik at det kan fungere som læringsarena for ulike typer kunnskap, men med hovedvekt på situert læring og kunnskapsdeling. Siden læring skjer både på individ- og gruppenivå og forutsetter tillit og samarbeidsvilje, er avdelingskulturen viktig. Måten ledelsen utformes og utøves på har stor innflytelse på kulturen (Hart & Rotem, 1995; Nonaka, 1994). Nonaka understreker betydningen av fire essensielle faktorer for å fremme kunnskapsutvikling: medvirkning og autonomi, overskudd av informasjon og tid, organisatorisk fleksibilitet samt omsorg, tillit og trygghet i kulturen (Nonaka, 1994). Leders oppgave er også å knytte kunnskapsutviklingen til organisasjonens strategiske mål (Kuvaas, 2008).



Figur 3: Kunnskapsledelse i lærende organisasjoner (Dimmen, 2005).

Hvis vi plasserer kunnskapsledelse med utspring i lærende organisasjoner inn i modellen fra kapittel 3, 2 (Figur 1, Dimmen, 2005) vil den strekke seg langs en akse

diagonalt fra oppe til venstre ned mot høyre med hovedtyngden under den horisontale aksene, omtrent likt fordelt på høyre og venstre side av midtlinjen slik figur 3 viser (Dimmen, 2005). Dette illustrerer at leder tillegger sykepleierne betydelig grad av autonomi og ansvar i forhold til egen profesjonelle yrkesutøvelse og kompetanseutvikling. Dette forutsetter imidlertid at leder tydeliggjør strategiske mål og rammevilkår. Kunnskap betraktes både som ressurs og prosess, men hovedvekt på læring i praksisfellesskap (Dimmen, 2005). I lærende organisasjoner har leder fokus på medarbeidernes profesjonelle utvikling og oppmuntrer til, aktivt støtter og belønner læring og kunnskapsdeling internt og eksternt, og virksomheten organiseres slik at mulighet for arbeidsdeling og kunnskapsdeling maksimeres (Newell et al, 2005). De ansatte får tilgang til mer informasjon og kunnskap enn det som er akkurat nødvendig for å utføre jobben (Nonaka, 1994) og tidsrammer som er romslige nok til å inkludere både arbeidsutførelse og læreprosesser (Jacobsen, 2004; Kuvaas, 2008; Nonaka, 1994). Flexibilitet fremmes gjennom forståelige begrunnelser, romslighet og rettferdighet, slik at en "gi og ta"-holdning dyrkes fram i forhold til arbeidstid og oppgaver. Utvikling av "companion trust" både mellom avdelingssykepleier og den enkelte sykepleier og sykepleierne imellom, forutsetter personlig kontakt over tid. Tiltak for å øke stabilitet og sosial interaksjon i personalgruppa bidrar til at personalgruppa blir godt kjent og opparbeider samhørighet. Omsorg fra leder viser seg i forhold til støtte og tilrettelegging for det hver enkelt mener er vesentlig for seg, og ved å respektere og bry seg om dem som personer. Rettferdighet er viktig og forutsetter at det er felles oppfatning av hva dette innebærer (Kuvaas, 2008). Ved at leder tar tak i og håndterer konflikter konstruktivt signaliseres at konflikter er naturlige og ufarlige og kan være et potensial for utvikling (Jacobsen, 2004; Dimmen, 2005). For å få til gode lærings og endringsprosesser er det nødvendig at deltagerne i personalgruppen har lyst til å endre seg. Dette fremmes hvis leder gir de ansatte grunn til å tro at endringen medfører et gode for hver enkelt, ikke bare for organisasjonen, og eierskap til prosessene etableres gjennom reell mulighet for medinnflytelse og bred deltagelse (Jacobsen, 2004).

3.3 *Motivasjon*

Motivasjon gir energi og retning til adferd. For at en organisasjon skal nå sine mål, er den avhengig av at de ansatte følger de vedtatte strategiene. Dette krever at medarbeiderne er motivert for engasjement i læringsaktiviteter og endringsprosesser (Jacobsen, 2004).

I motivasjonsteori skilles mellom ytre motivasjon, dvs. motivasjon som er regulert av forhold utenfor personen, og indre / autonom motivasjon, som reguleres av personen selv (Deci & Ryan, 1990). Det er kvalitativt store forskjeller på disse motivasjonsformene i forhold til faktorer av betydning for arbeid og læring.

Gjennomgående viser forskningen positiv sammenheng mellom autonom motivasjon og: positiv selv-vurdering, generell velvære, jobbtilfredshet og kvalitet på yrkesutførelse, spesielt i forhold til oppgaver som er komplekse og fordrer kreativitet. Det er videre positiv sammenheng med prestasjon over tid, kognitive funksjoner, læring og utvikling, fleksibilitet, endringstilpasning, engasjement, tilknytning til arbeidsplassen samt redusert turnover (Deci, 1996; Deci et al., 1989; Deci & Ryan 1990; Gagné & Deci, 2005; Hallvari, Johansen & Sørhaug, 1998; Jelstad, 2007; Kuvaas, 2005). Autonom motivasjon medfører ifølge Deci og Ryan (1990): ”en naturlig tilbøyelighet til å engasjere sine interesser og utvikle sine evner, og med dette søke optimale utfordringer”. For organisasjoner er det derfor ønskelig at alle medarbeidere har stor grad av autonom motivasjon knyttet til arbeid og læring.

Forskning gjennom flere tiår har imidlertid vist at det er store individuelle ulikheter i disposisjoner for hva som vekker motivasjon, hva som oppfattes som motiverende og hvordan mennesker forholder seg til mål, oppgaver og utfordringer. Dette er basert på erfaringer i tidlig barndom og utgjør svært stabile mønstre (Gjesme, 1996; Rand, 2003). Ledere er derfor avhengig av å kjenne hver enkelt medarbeider og deres individuelle motivasjonelle profil dersom hun ønsker å fremme autonom motivasjon hos alle sine ansatte.

3.3.1 Selvbestemmelsesteori

Deci og Ryans Selvbestemmelsesteori (1990) forklarer sammenhenger mellom faktorer i miljøet og autonom / indre regulert motivasjon. Teorien er derfor et verktøy som gir retningslinjer for ledere i hvordan de kan legge til rette for å opprettholde og utvikle autonom motivasjon hos medarbeidere. Kort oppsummert viser teorien at man kan understøtte og fremme autonom motivasjon ved å tilby et autonomistøttende miljø der de grunnleggende psykologiske behovene for kompetanse, autonomi og sosial tilhørighet er oppfylt. Selvbestemmelsesteori baserer seg på å tilfredsstillende *individuelle* behov og gir derfor rom for å ivareta individuelle ulikheter i motivasjonsprofil. Fordi teorien er basert på medfødte psykologiske behov er den universell, og den er anvendt og testet empirisk i en rekke sammenhenger som skole, helse, idrett og i ulike yrkeskontekster (Biddle, 2001; Cock & Hallvari, 1999; Deci, 1996; Deci et al., 1989; Deci & Ryan 1990; Gagné & Deci, 2005; Hallvari et al., 1998; Jelstad, 2007).

Autonomistøttende miljø

Et autonomistøttende miljø tilfredsstiller de medfødte psykologiske behovene for kompetanse, sosial tilhørighet og autonomi. Kompetanse omfatter forståelse av hva som skal til for å nå ønskede mål, og å tro på at man er i stand til å nå disse målene. Relasjon omfatter støtte fra leder og trygge, tilfredsstillende relasjoner til andre i sitt sosiale miljø, og autonomi omfatter det å oppleve å selv kunne ta initiativ til og å regulere egne handlinger. ”Betydningsfulle andre” sin rolle vektlegges som premissleverandør og tilrettelegger for et autonomistøttende miljø. I en sykehusavdeling vil dette først og fremst være avdelingssykepleier, men også andre med formell lederposisjon, som fagsykepleier. Uformelle ledere i avdelingen vil være av betydning, og siden et arbeidsmiljø er sosialt konstruert vil samspillet mellom alle deltagerne i praksisfellesskapet være med å prege grad av autonomistøtte i kulturen.

Autonomistøtte er et sammensatt begrep som inkluderer ulike aspekter ved et godt motivasjonelt mestringsklima. Forskning på selvbestemmelsesteori i ulike yrkessammenhenger har klarlagt hvordan ledere kan fremme et autonomistøttende miljø (Deci et al., 1989; Gagné & Deci, 2005). Oppsummert har et autonomistøttende

miljø: *Moderat struktur for læring og kompetanseutvikling*, der betydningsfulle andre sørger for at: Mål er klart spesifisert, begrunnelser oppleves som meningsfulle og forventninger er klare. Videre at man opplever muligheter for valg (oppgaver, mengde, tid) innenfor rammer som er satt for en aktivitet. Kompetansefeedback gis i forhold til forventninger / uttrykte standarder og er preget av informasjon, ikke kontroll. Videre at det er *et lærings og mestringsfokus* som maksimerer mulighet for deltagelse, som oppmuntrer og støtter involvering, ideer, innspill og initiering av ny aktivitet. Konkurransenedtoner ved at det er variasjon i oppgaver og muligheter for valg ut fra individuelle forutsetninger og preferanser, med evaluering basert på individuelle referansenormer. Feil sees på som del av det å lære, man hjelper hverandre med å forstå og lære og alle bidrar med noe viktig i gruppen. Betydningsfulle andre *involverer seg både praktisk og følelsesmessig*: gir støtte og hjelp til mestring, er interessert, avsetter tid og energi og tilbyr ressurser til mestring, lytter til, anerkjenner, reflekter over og støtter personers følelser og perspektiver, gir mulighet for valg personer oppfatter selv-støttende, i det hele tatt minimaliserer press til å føle, tenke, handle og prestere på bestemte måter (Hallvari, 2005).

Sammenheng mellom autonomistøttende miljø og autonom motivasjon

Selvbestemmelsesteori skiller mellom indre regulert motivasjon og ytre regulert motivasjon. Indre regulert motivasjon er en autonom motivasjon, som får mennesker til å engasjerer seg spontant i aktiviteter som man finner morsomme, givende eller meningsfulle, og som følges av positive følelser og tanker, en form for belønning som ligger i personen selv. Forskning har vist at for at indre regulert motivasjon skal opprettholdes, må behovene for kompetanse og autonomi være oppfylt (Gagné & Deci, 2005). Andre handlinger enn de vi er naturlig indre motivert for å gjøre blir utført fordi det er instrumentelle, ytre grunner for det, det er *konsekvensene* av handlingene som regulerer motivasjonen. Teorien beskriver fire ulike trinn av slik ytre regulert motivasjon som kan karakteriseres gjennom begrepene: må – bør – kan – ønsker. Det er de to siste trinnene innebærer opplevelse av valgmulighet og egen kontroll, og regnes sammen med naturlig indre regulert motivasjon som autonom motivasjon og som er assosiert med positive organisatoriske resultater.

I et autonomistøttende miljø fremmes autonom motivasjon gjennom det Deci og Ryan (1990) benevner som en internaliseringsprosess. Dette er en naturlig prosess, basert på at mennesker er naturlig indre motivert for å tilpasse seg dersom det kreves for å fungere i sosiale sammenhenger. Endringer i kvaliteten på motivasjon er dermed resultater av sosialisering, og skjer gjennom kontakt med og respons fra viktige personer i omgivelsene. Når internaliseringsprosessen fungerer optimalt, omdefineres opprinnelig kontrollert motivasjon til mer autonome former for motivasjon. På den måten kan motivasjonen for oppgaver som i seg selv er uinteressante etter hvert oppleves som viktige eller i tråd med egne verdier. Prosessen er imidlertid avhengig av ”næring” for å fungere optimalt, og tilfredsstillelse av grunnleggende psykologiske behovene i et autonomistøttende miljø utgjør denne ”næringen”. Forskning viser at oppfyllelse av behovene for kompetanse og sosiale relasjoner kan føre internaliseringsprosessen et stykke på vei slik at man er lojal mot og identifiserer seg med gruppas verdier og normer. For å muliggjøre fullstendig internalisering er imidlertid tilfredsstillelse av autonomibehovet essensielt (Gagnè & Deci, 2005).

Oppsummert innebærer dette at dersom leder legger til rette for et autonomistøttende miljø tilpasset hver enkelt medarbeider, og miljøet for øvrig støtter opp om dette, vil det kunne føre til at medarbeidere som i utgangspunktet ikke var indre motivert for å lære og utvikling, gradvis få lyst til å lære. I tillegg vil det som tidligere nevnt også påvirke jobbprestasjon, kvalitet og trivsel i positiv retning.

4. Metode

Denne studien er del av en større studie om læring i arbeidslivet og gjennomføres i samarbeid med forskningsleder, som også er min formelle veileder. Siden forskningsfelt og utvalg er det samme for hele studien ble en felles prosjektbeskrivelse utformet (Bjørk & Tøien, 2006, upublisert). Forskningsleders søknader om formelle godkjenninger og tilgang til forskningsfeltet er basert på denne. Vi har også samarbeidet om innledende kontakt med og informasjon til sengepostene.

4.1 Design

I denne studien anvendes utforskende casestudie-design. Utforskende design søker å undersøke hvordan et fenomen arter seg, hva som foregår i en kontekst, hvilke prosesser som får fenomenet til å utvikle seg eller hvordan det oppleves. Designet preges av fleksibilitet, og fenomener utforskes i sine naturlige omgivelser, der konteksten er av stor betydning for meningsinnholdet. Forskeren er et viktig instrument og tolker i utforskende design, og man tilstreber minimal forskerkontroll (Nord, 1998; Polit & Beck, 2004). Enhetene for undersøkelsen er to sengeposter. En casestudie innebærer en dybdeanalyse av ett eller et lite antall individer, grupper, institusjoner eller sosiale enheter (Polit & Beck, 2004). Casestudier er spesielt relevante for utforskende studier av komplekse sosiale fenomener, spesielt der grensene mellom fenomenet og konteksten er uklare (Yin, 2003). Studien har til hensikt å utforske hvordan sykehusavdelinger fungerer som kontekst for sykepleieres læring. Litteraturgjennomgangen viser at dette er et område det er lite kunnskap om. En casestudie med utforskende design er derfor hensiktsmessig.

4.2 Utvalg og setting

Studien benytter strategiske utvalg. Strategisk utvalg er utvalg forskeren vurderer som representativt eller som gir mest mulig informasjon om det studien ønsker å belyse (Polit & Beck, 2004). Utvalget er to sengeposter fra samme klinikk på et

universitetssykehus. De har derved samme overordnede ledelse, organisatoriske mål og rammer for læringsaktiviteter. Universitetssykehus har spesielt mandat i forhold til læring og utvikling og gjør at man kan forvente at sengepostene der kan gi rikt materiale på området. Sengeposter i sykehus er i prinsippet bygget opp relativt likt hva gjelder funksjoner og strukturer. Allikevel er en sengepost unik og i stor grad en selvstendig enhet med sin spesielle kontekst for læring. For å få et fyldig materiale er det derfor ønskelig å undersøke flere sykehusposter, men rammene for denne studien begrenset dette til to. Kriterier for valg av enheter i en case-studie kan være at de valgte casene er typiske representanter, at de representerer ulikheter eller er ekstreme eksempler (Yin, 2003). De to valgte sengepostene representerer variasjon innenfor det typiske.

Forskningsleder kontaktet en forsker på en større sykehusavdeling på det aktuelle universitetssykehuset, som i en uformell samtale foreslo de to sengepostene. Avdelingssykepleierne på de to sengepostene ble deretter kontaktet, og da de begge sa seg interessert i å delta i studien, ble skriftlig informasjon om studien tilsendt (vedlegg 1). Deretter ble avdelingsledelsen formelt forespurt både via e-post og i brev (vedlegg 2) og gjennomføringen godkjent på e-post (vedlegg 3 og 4), hvorpå studien ble registrert i sykehusets interne forskningsregister i tråd med sykehusets personvernregler.

For å svare på forskningsspørsmålene i studien var det behov for tre ulike utvalg: 1) Sykepleiere med ansvar for å legge til rette for læring, 2) Vanlige sykepleiere i avdelingene og 3) Dokumenter som omhandler planer og strategier knyttet til læringsaktiviteter i de to avdelingene.

Utvalg 1 besto av alle som hadde tilretteleggeransvar, det vil si avdelingssykepleiere og fagsykepleiere. Avdelingssykepleierne ble informert gjennom samtale med forskningsleder og skriftlig informasjon (vedlegg 5), som de formidlet videre til fagsykepleierne. Skriftlig samtykke ble innhentet (vedlegg 6 og 7), og tidspunkter for intervjuer avtalt over telefon. På post 2 ble fagsykepleier som nettopp hadde sluttet valgt som informant siden hun hadde mer kunnskap om temaet enn den nyansatte.

Utvalg 2 besto av sykepleiere på de to postene. Fokusgrupper ble valgt som metode for datasamling fra utvalg 2, og rekrutteringen baserte seg på selvseleksjon. Selvseleksjon sannsynliggjør at deltagerne er motivert og interessert i å bidra med sine erfaringer, og dermed til at de vil fungere som gode informanter (Kvale, 1996). For å informere om studien fikk forsker og forskningsleder tid på et personalmøte på hver av postene, og forhåndsinformasjon om studien til sykepleierne (vedlegg 8) ble distribuert via avdelingssykepleierne. I tillegg til muntlig informasjon ble det delt ut utfyllende skriftlig informasjon på personalmøtene (vedlegg 9). Rekrutteringen ble gjennomført ved at det ble hengt opp en liste de kunne skrive seg på etter personalmøtet. I den muntlige og skriftlige informasjonen ble det informert om hva fokusgruppeintervju er, at vi ønsket deltagere med ulik erfaringslengde og vilkårene for å delta.

Fokusgruppeintervjuene ville foregå i tiden rundt vaktskiftet, slik at noe av tiden var i arbeidstiden og noe på fritid. De ble informert om at de ikke fikk økonomisk godtgjøring for deltagelsen på fritid. Fagsykepleierne påtok seg å tilrettelegge for at de som meldte seg på kunne få delta. Samtykkeerklæringene (vedlegg 10 og 7) ble samlet inn før fokusgruppeintervjuene startet.

Fokusgruppen fra post 1 besto av syv sykepleiere, med erfaring fra avdelingen på henholdsvis 1 mnd, 1 år, 2 år, to på 3 år, 6 år og 28 år. Post 2 hadde seks deltagere med henholdsvis 6 mnd, 1 år, to på 1 1/2 år, 2 år og 4 år. Seks til åtte deltagere er ideelt antall for fokusgruppeintervjuer i forskningssammenheng (Krueger & Casey, 2000), og begge gruppene er innenfor dette. Den nytilsatte fagsykepleieren var blant deltagerne i fokusgruppen på post 2, og hun ble bedt om uttale seg på bakgrunn av sine erfaringer som ”vanlig” sykepleier. Selv om selvseleksjon ble benyttet ga begge fokusgruppene uttrykk for at deltagerne representerte et rimelig godt bilde av erfarings sammensetningen på sine poster, med variasjon og bredde av erfaring.

Utvalg 3 besto av både felles overordnede dokumenter som strategiske mål og planer for kompetanseutvikling og dokumenter som på en eller annen måte belyste tilrettelegging for læring på den enkelte sengepost.

Setting: Post 1

Post 1 er en relativt liten, selvstendig sengepost normert for 15 senger. Den er en del av en stor avdeling ledet av en felles avdelingsleder. Det er 17 sykepleierstillinger samt fagsykepleier og avdelingssykepleier knyttet til posten. I tillegg er det en avdelingssekretær, og to postverter har ansvar for matservering.

Avdelingssykepleier har hatt stillingen i fire år, men jobbet som sykepleier i avdelingen i tre år før det. Hun kom da fra et annet europeisk land, og hadde lederutdanning og -erfaring derfra. Fagsykepleier har vært ett år i stillingen, og hadde før det jobbet der som sykepleier i fire år. Pleiepersonalet består av sykepleiere med ulik erfaringslengde med en stabil kjerne av svært erfarne sykepleiere. Allikevel er det stadig utskiftninger i personalgruppen på grunn av svangerskapspermisjoner, videreutdanning eller at de slutter av ulike grunner.

Etter flere omorganiseringer har posten pasienter fra tre ulike kirurgiske spesialfelt, med henholdsvis 2, 13 og 4 senger, og dekker lokale, regionale og landsfunksjoner. Det er dermed tre ulike legespesialistgrupper som har ansvar for pasientene på posten. Etter den siste overføringen av pasientgruppe innebærer dette planlagt overbelegg, og siden også en stor del av pasientene er ø-hjelp, har det i perioder den siste tiden vært opp til 24 pasienter i avdelingen. Pasientene har ulike behov, men den største pasientgruppen stiller spesielt store krav til personalet både angående tidsbruk og kompetanse.

Post 1 er etter flere flyttinger og omorganiseringer nå lokalisert i et eldre sykehusbygg, og lokalene er ikke spesialtilpasset avdelingens behov. Pasientrommene er i hovedsak tomannsrom, men den siste tiden med mye overbelegg har det måttet ligge tre pasienter på rommene. Avdelingen har et eget stort møterom for personalet som også brukes som arbeidsrom og kontor for fagsykepleier, i tillegg til vaktrom og andre ”ytre rom”.

Setting: Post 2

Post 2 er en stor sengepost med i alt 37 senger. Den er en del av den samme store avdelingen som Post 1. Det er 41 sykepleierstillinger, en fagsykepleier og en assisterende avdelingssykepleier samt avdelingssykepleier knyttet til posten. I tillegg er det 5,5 hjelpepleierstillinger, 4 postsekretærer og tre postverter.

Avdelingssykepleier har vært 14 år i stillingen, helt fra hun tok lederutdanning. Mye av det praktiske arbeidet med fagutvikling er delegert til postens fagsykepleier. Da intervjuene ble gjennomført hadde det nettopp vært et skifte i denne stillingen. Den forrige hadde først jobbet som sykepleier i flere år og deretter vært 4 ½ år i fagsykepleierstillingen. Den nytilsatte fagsykepleieren er en av postens mer erfarne sykepleiere. Posten har stor turnover og overvekt av unge sykepleiere med kort erfaring. Det er svært få virkelig erfarne sykepleiere, men det er en liten gruppe med 3-4 års erfaring.

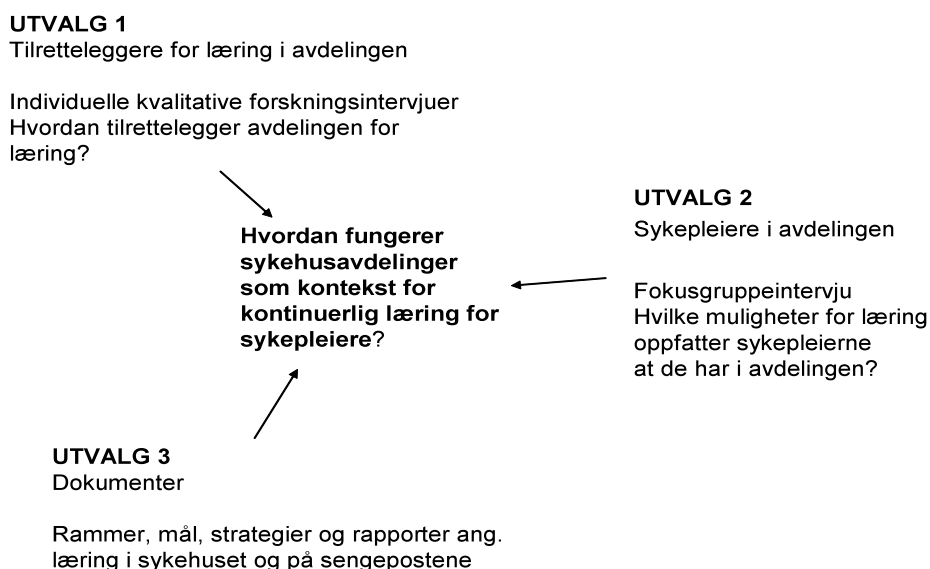
Post 2 ble for en tid tilbake slått sammen av to sengeposter, og er fortsatt delvis delt i to enheter. Hver enhet består av 2 grupper med en fast gruppeansvarlig sykepleier på hver gruppe og en fast stab med sykepleiere. Gruppene er inndelt ut fra legens spesialisering slik at pasienter med lik diagnose samles på samme gruppe. Pasientene varierer i alder og tilstand, og de har både kronisk syke pasienter, akuttinnleggelser og kreftpasienter, og avdelingen dekker regionale og lokale funksjoner.

Post 2 er en fysisk stor avdeling der de to opprinnelige postene ligger etter hverandre i en lang, vinklet korridor. Det ble ikke gjort bygningsmessige tilpasninger ved sammenslåingen, og det er fortsatt to vaktrom og to sett andre ytre rom.

4.3 Metode for datainnsamling

4.3.1 Begrunnelse for valg av metoder for datainnsamling.

I denne casestudien ble det benyttet triangulering for å innhente data: Individuelle kvalitative forskningsintervjuer, fokusgruppeintervjuer og innsamling av relevante dokumenter. Trianguleringen er dermed basert både på ulike datakilder og ulike datasamlingsmetoder, det Ellefsen (1998) beskriver som intrametodisk triangulering med kvalitativ tilnærming og der alle data er tekstdata. Valg av utvalg og datasamlingsmetoder er gjort ut fra hva som kan bidra med ulike perspektiver på studiens problemstilling og forskningsspørsmål og som kan gi grunnlag for å få frem et nyansert bilde (Polit & Beck, 2004; Yin, 2003; Ellefsen, 1998). I tillegg til å bidra til en rikere og mer helhetlig forståelse av det studerte fenomenet vil også triangulering bidra til å øke studiens validitet (Ellefsen, 1998; Yin, 2003). Yin (2003) anbefaler å bruke så mange kilder i triangulering som mulig, rammene for denne studien begrenser dette til tre utvalg og tre datasamlingsmetoder, og data er samlet på ett tidspunkt.



Figur 4: Oversikt over studiens data - og metodetriangulering

Individuelle kvalitative forskningsintervju

I utvalg 1 ble individuelle kvalitative forskningsintervju med halvstrukturerte intervjuguider anvendt. Utforskende, kvalitative intervjustudier baserer seg på en ontologisk og epistemologisk posisjon der virkelighet er flertydig og kontekstavhengig og konstrueres ved den enkeltes subjektive tolkning. Kunnskap kan ikke skilles fra personene som skaper den. Forskeren og de som forskes på konstruerer kunnskap i fellesskap (Kvale, 1996; Polit & Beck, 2004). Kvalitative forskningsintervjuer har til hensikt å få kunnskap om hvordan andre forstår sin verden og sitt liv. Dette skjer gjennom fortolkning av mening i det som sies, og hvordan det sies (Kvale, 1996). Utforskende kvalitative intervjustudier har en relativ åpen form med samtalepreg og lite struktur, men med klar hensikt. Det anvendes en intervjuguide med noen sentrale spørsmål og temaer knyttet til forskningsspørsmålene. Informanten får mulighet for å beskrive erfaringer og oppfatninger med egne ord og utdype perspektiver de mener er av betydning for forskningsspørsmålene. Forskeren stiller åpne spørsmål, lytter med åpent sinn og følger opp spørsmålene for å sikre at den forståelsen hun har oppnådd er i samsvar med informantens, slik at det er informantens stemme som kommer fram i datamaterialet (Kvale, 1996; Eilertsen, 2000). Informantene i utvalg 1 har ansvar og oppgaver knyttet til læring som de er alene om å ha. Det er derfor hensiktsmessig å bruke individuelle halvstrukturerte intervjuer for å få del i deres erfaringer med og forståelse av temaet.

Fokusgruppeintervju

I utvalg 2 ble fokusgruppeintervjuer anvendt. Fokusgrupper består av: "Persons who possess certain characteristics and provide qualitative data in a focused discussion to help the understanding of the topic of interest" (Krueger & Casey, 2000, s.10). I fokusgruppeintervjuer benytter man gruppedynamikk som hjelpemiddel for å få fyldige data om temaet (Polit & Beck, 2004). Forskeren er en moderator som har ansvar for strukturen i gruppa, lytter, sørger for at alle kommer til orde, for at de holder seg til tema og for at svarene blir utdypet og validert. En planlagt "spørsmålsrute" benyttes som består av åpningsspørsmål, introduksjonsspørsmål,

overgangsspørsmål, nøkkelspørsmål og avslutningsspørsmål. Deltagerne i gruppen diskuterer spørsmålene, der målet ikke skal være å oppnå konsensus, men å belyse ulike perspektiver. For å få gode data er det derfor viktig at gruppa har et fellesskap preget av en støttende og ikke-dømmende holdning. Det er ønskelig at deltagerne er relativt homogene, men med ulike oppfatninger og erfaringer om temaet slik at diskusjonene får fram kontraster og nyanser. Det kan være problematisk å ha fokusgrupper som består av personer med nære bånd, noe som kan være tilfelle med personer som jobber sammen over tid, fordi det kan legge føringer på hva og hvordan ting sies (Krueger & Casey, 2000). Dette er skjult for forskeren, og gjør det ekstra viktig å observere samspillet i gruppa. Det er formålstjenlig å bruke fokusgruppeintervju i denne studien fordi metoden gir mulighet for å samle store mengder data om et tema fra mange informanter samtidig. En gruppe sykepleiere fra samme avdeling deler kontekst og kjenner hverandre, og erfaringene deres vil delvis være felles og dels ulike. De vil derfor kunne fungere som en arena for utsagn og erfaringsutveksling knyttet til studiens forskningsspørsmål.

4.3.2 Gjennomføring av datainnsamling

Alle data for post 1 ble innsamlet før datainnsamling for Post 2 startet.

Datainnsamlingen ble gjennomført i løpet av våren 2007. Alle intervjuene ble tatt opp på minidisc.

Individuelle kvalitative forskningsintervju

Intervjuguidene til de individuelle intervjuene med avdelingssykepleiere og fagsykepleiere (vedlegg 11) ble utformet i tråd med anbefalingene hos Kvale (1996). Spørsmålene ble diskutert og testet ut av en gruppe medstudenter, med tanke på entydighet, klarhet og forståelighet, og ble deretter godkjent av veileder. Prøveintervju ble gjennomført med en leder utenfor forskningsfeltet. Dette ga øvelse i bruk av opptaksutstyr, og tilbakemelding på kvalitet og sekvens av spørsmålene og på egen væremåte. Prøveintervjuet ble transkribert og gjennomlest av veileder for å vurdere

intervjukvalitet, og intervjuguiden ble deretter justert i henhold til tilbakemeldinger og erfaringer.

Intervjuene med avdelingssykepleierne foregikk på deres kontor og med fagsykepleier på post 1 på hennes kontor. Intervjuet med fagsykepleier på post 2 foregikk over telefon fordi hun hadde flyttet til en annen kant av landet. Alle intervjuene varte mellom 60 og 75 minutter. Forskeren selv er det viktigste instrumentet i kvalitative studier, og forskerens kommunikasjonsferdigheter og væremåte vil derfor være av stor betydning for kvaliteten på data (Kvale, 1996; Malterud 2003; Polit & Beck, 2004). For å få til et samtalepreget intervju preget av gjensidig tillit og trygghet, ble hensikt, rammer og etiske regler for intervjuet klargjort, spesielt i forhold til at intervjupersonen selv bestemmer innholdet i samtalen. Innledningsvis ble det brukt litt tid på uformell småprat og forskeren la opp til en lett og uformell tone. I intervjuene satt jeg vendt mot intervjupersonen, og viste interesse for den andres erfaringer og synspunkter ved å se på henne, nikke, komme med oppfølgingsspørsmål eller kommentarer, slik at intervjuet fikk form av samtale om temaet. Telefonintervju gir liten mulighet for å bruke og tolke kroppsspråk i samtalen. Verbale signaler på oppmerksomhet ble derfor brukt i større grad her. Informantene fikk bestemme innholdet i samtalen, men forsker sørget for at den holdt seg innefor temaet. Intervjuguiden ble i hovedsak brukt i starten og på slutten for å sikre at alle temaene ble besvart, og hvis samtalen stoppet opp. Som resultat av at samtalene utviklet seg etter sin egen logikk kunne ikke mine replikker og spørsmål planlegges, og kvaliteten på spørsmålene mine var ikke alltid like god. Men denne løst strukturerte måten å samtale om temaet på ga mulighet for å reflektere over temaet, utveksle synspunkter og oppdage nye ting. Dette bidro til felles konstruksjon av data (Kvale, 1996). Signaler på følelsesmessige endringer ble sjekket ut ved å metakommunisere, for å sikre at informant beholdt kontroll over egne grenser og innhold i samtalen. Meningen av utsagn ble forsøkt validert underveis i samtalen ved å spørre om hva hun mente, oppsummere og gjengi det som var sagt med andre ord for å sikre at min fortolkning var i tråd med informantens selvforståelse. På slutten av intervjuet ble hovedtrekkene i samtalen oppsummert for å høre om det var ting som hun ville tilføye, utdype, endre eller trekke fra materialet. I forbindelse med videre analyse av

intervjuene var det behov for å validere fortolkningen av noen utsagn og få utfyllende informasjon om et par punkter. Det ble gjort i korte samtaler sommeren 2007.

Fokusgruppeintervju.

Spørsmålsruten til fokusgruppeintervjuene (vedlegg 12) ble utformet i tråd med anbefalingene hos Krueger & Casey (2000). Spørsmålene ble diskutert og testet ut av en gruppe medstudenter med tanke på entydighet, klarhet og forståelighet, og ble deretter godkjent av veileder. Prøveintervju med fokusgruppe ble ikke gjennomført av ressurshensyn. Forberedelse til dette begrenset seg derfor til lesing av litteratur og uformelle samtale med erfarne forskerkolleger for å få del i deres erfaringer. Krueger og Casey (2000) anbefaler å bruke en medhjelper under fokusgruppeintervjuer fordi det å være moderator for fokusgruppeintervjuer krever full konsentrasjon på kommunikasjonen i gruppa. En kollega sa seg villig til å være medhjelper med ansvar for lydopptak og observasjonsnotater, og hun fikk nødvendig informasjon om studien og opptaksutstyret.

Fokusgruppeintervjuene foregikk på møterom på de respektive avdelingene.

Deltagerne ble ønsket velkommen etter hvert som de kom. Som i de individuelle intervjuene ønsket jeg å bruke min væremåte bevisst for å få til en trygg atmosfære og lett tone, og jeg småsnakket litt om løst og fast med deltagerne. Da alle var kommet ble medhjelperen og hennes rolle presentert og hensikten med studien og intervjuet ble kort gjennomgått, og reglene for frivillighet, ansvarsfordeling og mulighet for å la være å svare eller når som helst trekke seg fra studien ble repetert. Jeg henstilte også om å holde det som ble sagt inne i gruppa. Jeg presiserte at kunnskapen som jeg gjerne ville ha del i lå hos alle i gruppa, og at jeg svært gjerne ville høre hvordan de opplevde forholdene i avdelingen knyttet til temaet, med ulikheter og nyanser.

I fokusgruppeintervjuer følges en planlagt spørsmålsrute. Det planlagte åpningsspørsmålet var et ukomplisert spørsmål som alle svarte på etter tur og som hadde til hensikt å få alle til å snakke i gruppa, noe som gjør det lettere å ta ordet i diskusjonen siden (Krueger & Casey, 2000). Deretter fulgte introduksjonsspørsmålene om læring i avdelingen og fortsatte med overgangsspørsmålene for å få mer dybde

angående ulike erfaringer knyttet til problemstillingen. Nøkkelspørsmålene er kjernen i intervjuet og mesteparten av tiden ble brukt til diskusjoner om de mest sentrale temaene i studien. Da det var ca ti minutter igjen av avtalt tid ble avslutningsspørsmålene introdusert. Disse rundet av diskusjonene og ga deltagerne mulighet til å reflektere over hele diskusjonen. Alle fikk anledning til å gi avsluttende kommentarer. Selv om spørsmålsruten ble fulgt, formet gruppene innholdet i intervjuene fordi spørsmålene var åpne og ga innspill til diskusjoner.

Fokusgruppeintervjuer er dynamiske prosesser, der deltagerne kommer med ideer og innspill som utløser respons i form av støtte, motsigelser eller utfyllende kommentarer fra andre i gruppa (Krueger & Casey, 2000). Noen snakket mer enn andre. Som moderator prøvde jeg å få alle med i diskusjonene ved å oppfordre andre om å kommentere, spørre om noen har andre erfaringer, stille spørsmål direkte eller ”ta en runde” på noen sentrale temaer. I ettertid ser jeg at jeg kunne vært enda mer aktiv for å trekke et par av deltagerne som var litt forsiktige mer inn i diskusjonene.

Dokumenter

De overordnede dokumentene ble samlet dels gjennom søk på sykehusets internettsider, og dels av avdelingssykepleier og fagsykepleier i fellesskap på begge postene. Bestillingen fra forskeren var i henhold til studiens hensikt: alle dokumenter som på en eller annen måte kunne belyse læringsvilkårene i avdelingen. Innsamling av postspesifikke dokumenter fra begge postene ble gjort av avdelingssykepleier og fagsykepleier i fellesskap. På post 1 ble de presentert og overlevert på slutten av intervjuet med fagsykepleier. På post 2 ble dokumentene presentert og raskt gjennomgått av avdelingssykepleier ved et kort besøk på avdelingen sommeren 2007.

4.4 Analyse av data.

Data fra alle utvalgene fra hvert case ble analysert først hver for seg og så sett i sammenheng for å gi et samlet bilde av hvordan hver sengepost fungerte som kontekst for læring.

4.4.1 Intervjuer

For intervjuene ble Kvales metode for analyse av tekstdata fulgt (Kvale, 1996). Kvale tar utgangspunkt i en hermeneutisk forståelsesramme, der forståelse av teksters mening er sentralt og der konteksten er vesentlig for fortolkningen. Dette er derfor en egnet analysemetode for å besvare på studiens forskningsspørsmål og hensikt.

Analysemetoden omfatter tre nivåer med økende grad av abstraksjon:

selvforståelsesnivå, common sense-nivå og teoretisk nivå. De to første nivåene av analyse av studiens intervjudata beskrives i dette kapitlet, mens det teoretiske nivået kommer frem når funnene drøftes opp mot teori i drøftingskapitlet.

Analysen startet i intervjusitasjonen, der jeg søkte å validere dataene ved å sjekke at utsagn var blitt oppfattet slik informanten selv forsto dem (Eilertsen, 2000).

Intervjudataene ble transkribert ord for ord, og rådata ble deretter lyttet til og lest gjentatte ganger for å sjekke at alt var kommet med, for å bli kjent med hva som ble sagt og hvordan det ble sagt, samt noterte ting som kunne ha betydning for tolkningen (pauser, latter, nøling). Fra rådata ble så unødvendige gjentakelser og fyllord fjernet. Deretter ble utsagnene samlet i naturlige meningsenheter, og setninger gjort fullstendige.

Eksempel: Rådata:

Og så har jeg gått psykologi pedagogikk, og har jobbet i sånn medisinsk barnehage for små barn fra 6 mnd til 4 år. Også i sammenheng som leder, - var veldig nyttig. Det er mange sånne situasjoner som oppstår,- for å unngå konflikter, ikke sant. Det er det, veldig, særlig i den tiden vi lever i nå, med alle de endringer, ikke sant. Det er jo så mye omrokkeringer og omorganiseringer her på sykehuset at... det er helt utrolig. Det er ikke bare vårt sykehus som forandrer seg, det er hele samfunnet. Og da er det veldig.. Jeg er takknemlig for å ha tatt det..Altså, det er et veldig fint arbeidsverktøy, ikke sant.Og.. får alt på plass..

Eksempel: Fjernet unødvendige ord, irrelevant tekst og normalisert setningsoppbygning uten endring av meningsinnhold.

Jeg har tatt psykologi og pedagogikk. Som leder er det veldig nyttig for å unngå konflikter. Det er mange situasjoner som oppstår, særlig i den tiden vi lever i nå med alle endringene. Det er helt utrolig mye omrokkeringer og omorganiseringer her på sykehuset. Det er ikke

bare vårt sykehus som forandrer seg, det er hele samfunnet. Jeg er takknemlig for å ha tatt det, det er et veldig fint arbeidsverktøy, får alt på plass.

Neste trinn var kondensering, der de essensielle meningene trekkes ut på en slik måte at de representerer informantenes selvforståelse, slik forskeren oppfatter den. Spørsmål til teksten var: ”hva er meningen som formidles i dette utsagnet?” Hvis det inneholdt flere meninger ble hver mening skilt ut som selvstendig utsagn.

Eksempel: meningsenheter:

Psykologi og pedagogikk er nyttige verktøy for meg som leder.

Alle endringene både i samfunnet og her på sykehuset fører lett til konflikter.

Som leder må jeg kunne håndtere konflikter.

Pedagogikk og psykologi er veldig nyttig kompetanse i forhold til konflikter.

De kondenserte utsagnene sto igjen til bruk i den videre analysen. Neste trinn var en fortolkning av utsagnene, sett ut fra sammenhengen utsagnene står i. Spørsmål til teksten var: ”Hva handler dette om?” og innebar fortolkning av meningene på et mer generelt nivå som fjerner seg fra selvforståelsen.

I fortsettelsen av denne prosessen skiltes meningsenhetene fra hverandre og utsagn fra hele teksten som handlet om det samme ble samlet. Spørsmål til teksten i denne fasen var: ”hva ligner dette på?” og ”er det flere utsagn om det samme fenomenet?”

Eksemplet viser to av meningsenhetene fra eksempelteksten samlet i gruppe med andre utsagn i samme gruppering / underkategori. Formuleringen av underkategorien søker å favne hva alle disse meningsenhetene til sammen sier.

Eksempel: Gruppering av meningsenheter til underkategori

Meningsenheter	Gruppering
Som leder må jeg kunne håndtere konflikter	
Pedagogikk og psykologi er veldig nyttig kompetanse i forhold til konflikter	Leder kan håndtere konflikter, men ønsker at de ansatte skal klare
Jeg liker ikke at de kommer til meg for at jeg skal ordne opp hvis det er problem mellom to ansatte.	å løse konfliktene selv
Bare hvis de har prøvd å snakke sammen og ikke finner en løsning, er det greit at jeg trekkes inn.	
Det er en lederoppgave å styre og balansere	

Underkategorier ble videre samlet i nye grupper eller temaer på et enda mer generelt plan i det enkelte intervju. Hvert intervju ble så oppsummert med aktuelle sitater som illustrerte eller eksemplifiserte temaene.

4.4.2 Dokumenter

Det ble gjort innholdsanalyse av dokumentene fra hver post der forskeren stilte spørsmål til teksten: ”Hva sier dette om tilrettelegging for læring for sykepleiere?” og funnene ble oppsummert.

4.4.3 Convergence of evidence

Da alle intervjuene og dokumentene i ett case var analysert og oppsummert ble de sett i sammenheng på den måten Yin beskriver som ”Convergence of evidence” (Yin, 2003). Dataene fra de ulike kildene og utvalgene belyser sammen studiens problemstilling slik figur 4 illustrerer. Spørsmål til materialet var: ”Hva sier de ulike kildene om læringsvilkår i posten som helhet?” ”Hvilke sentrale områder og fenomener er knyttet til problemstillingene?” ”Hvilke ulike perspektiver på sentrale områder beskrives?” ”Er det sammenfall mellom datakildene eller kommer det frem ulikheter?” Ved slik å sammenholde alle kategoriene endte jeg opp med noen sentrale

temaer som blir belyst og presentert i en sammenfatning for hvert case i form av tykke beskrivelser.

4.4.4 Videre analyse

Disse presentasjonene av postene er grunnlag for abstraksjon knyttet til hva funnene forteller om læringskontekst på et generelt plan. I drøftingskapitlet blir spekteret av forhold som influerer på læringsmuligheter på de to postene diskutert opp mot relevant teori for å besvare studiens problemstilling. Denne fortolkningen av funnene i lys av teori representerer teoretisk forståelse av mening (Kvale, 1996).

4.5 Kvalitet

4.5.1 I hvilken grad studien er tillitvekkende

Studien er en utforskende casestudie som faller inn under fortolkende vitenskap knyttet til det humanvitenskapelige paradigmet og må derfor vurderes i forhold til kriterier som er gyldige for dette. Å ivareta vitenskapelig kvalitet vil si å sannsynliggjøre at studien vil gi troverdige, pålitelige og gyldige resultater. Ulike forfattere bruker ulike betegnelser og begreper om kvalitet og kriterier for kvalitet, og jeg har valgt å forholde meg til Lincoln og Guba (1984). De bruker betegnelsen "Trustworthiness": i hvilken grad forskningen er *tillitvekkende*. Jeg vil i dette kapitlet vise hvordan jeg i studien har oppfylt kriteriene *troverdighet (credibility)*, *bekreftbarhet (confirmability)*, *pålitelighet (dependability)* og *overførbarhet (transferability)* som trustworthiness baserer seg på (Fagermoen, 2005). Selv om tillit til studien konstrueres av alle de fire faktorene samlet, betraktes troverdighet som det overordnede kriteriet (Lincoln & Guba, 1984).

4.5.2 Studiens troverdighet

I kvalitative studier er forskeren selv det viktigste instrumentet (Fagermoen, 2005; Kvale, 1996). Kjennskap til min bakgrunn og forskerkompetanse vil derfor være relevant for at andre kan vurdere *forsker troverdigheten* og dermed bakgrunn for å vurdere kvaliteten både på data og studien i sin helhet. Som mastergrad-student har jeg begrenset kunnskap og erfaring i forskningsmetode, men fordi jeg står under veiledning av en svært erfaren, kritisk og velvillig forsker vil det kompensere for en del av manglene og kvalitetssikre gjennomføringen av alle trinn i studien. Valget av metode og design i studien er gjort for å gi gyldige svar på problemstillingen og styrke troverdigheten. Halvstrukturerte intervjuer med informanter om et avgrenset tema de er eksperter på gir rom for å få fram dybde data. I intervjuene ble utsagn og meninger forsøkt validert fortløpende i samtalene. I gruppeintervjuene ble ulike oppfatninger etterspurt og i analysen ble det aktivt lettet etter motstridende utsagn og ulikheter i oppfatninger. Dette sammen med triangulering av ulike relevante datakilder for å belyse problemstillingen er av Lincoln og Guba ansett som en styrke i forhold til kvalitet (Fagermoen, 2005). Bruk av triangulering for å styrke troverdighet støttes også av Yin (2003, s.98): ”any finding or conclusion in a case study is likely to be much more convincing and accurate if it is based on several different sources of information”.

Når det gjelder kompetanse i å gjennomføre de valgte metodene har jeg noe erfaring i å gjøre individuelle kvalitative forskningsintervjuer, men ikke med fokusgruppeintervjuer. Imidlertid har jeg veilederutdanning og – erfaring, som gir kompetanse i å tilrettelegge for gode samtaler, både med enkeltpersoner og grupper. Jeg har erfaring med veiledning av grupper og har kunnskaper både om gruppedynamikk og ledelse av grupper. Jeg har også kunnskaper om og erfaring i bruk av ulike verktøy i kommunikasjon, som aktiv lytting, bruk av taushet for å gi den andre rom for å gi reflekterte svar, bevisst bruk av ulike spørsmålstyper samt parafrasering. Det samme gjelder erfaring i å lytte på flere nivåer, etter ordene, etter kroppsspråk og etter det som ikke blir sagt. Dette gir trygghet i forhold til kommunikative utfordringer og gjør det lettere å ha fokus på å lytte til informantene,

improvisere og se helheten i situasjonen. Jeg mener derfor min kompetanse er adekvat i henhold til krav om håndverksmessig kvalitet i kvalitative intervjuer slik litteraturen anbefaler (Krueger & Casey, 2000; Kvale, 1996; Stewart & Shamdasani, 1990).

Mange års erfaring fra ulike sengeposter i flere somatiske sykehus gir meg kjennskap til hva det innebærer å være sykepleier på en sykehusavdeling. Jeg har også erfaring med tilrettelegging for læring og kompetanseutvikling i sykehus fordi jeg har arbeidet som praksisveileder for sykepleiestudenter i videreutdanning og arbeider nå med kompetanseutvikling for sykepleiere på et annet sykehus. Temaet kontinuerlig læring er av interesse for meg og har gjort at jeg har valgt emnefordypning i strategi og kompetanseledelse i mastergradsstudiet. Dette har gitt meg nye perspektiver og teoretiske kunnskaper om temaet, spesielt fra ledelsesperspektiv. Jeg mener derfor jeg har relevant bakgrunnskunnskap for å samtale meningsfylt med alle informantene om temaet og til å vite hva som er vesentlige momenter å følge opp (Krueger & Casey, 2000; Kvale, 1996; Stewart & Shamdasani, 1990).

Gjennomgående i rapporten forsøker jeg å beskrive arbeidet og prosessene slik at troverdigheten kan vurderes av andre.

4.5.3 Bekreftbarhet

For at andre skal kunne vurdere studiens kvalitet har jeg dokumentert alle trinn i forskningsprosessen samt mine refleksjoner og begrunnelser for de valg som ble gjort, i tråd med å lage en ”sti” eller ”audit trail” (Fagermoen, 2005; Kvale, 1996; Lincoln & Guba, 1984; Morse & Richards, 2002; Polit & Beck, 2004). I denne studien er alle trinn i forskningsprosessen lagret elektronisk, mens refleksjonsnotater og metodenotater samt referater fra veiledingssamtaler delvis er lagret elektronisk og delvis i loggbok. Jeg har etter beste evne redegjort for vurderinger og valg knyttet til de ulike trinnene i prosessen i rapporten, og eksempler på hvert trinn i analysen er tatt inn for å vise leseren hvordan jeg har kommet fram til funnene.

4.5.4 Datas pålitelighet

I studien er alle intervjuene tatt opp på minidisc og opptakene er skrevet ut ord for ord. Lydopptakene oppbevares til sensur foreligger. Siden transkripsjonen ble utført av en ekstern person, har jeg kontrollert utskriftene grundig og feil og unøyaktigheter er rettet opp. Dersom jeg ikke har forstått et utsagn har jeg avklart det med informanten. Både de opprinnelige og de justerte rådatautskriftene er lagret elektronisk, og det er også alle videre trinn i bearbeidingen av data og analyseprosessen. I løpet av studien har jeg hatt jevnlig diskusjoner og samtaler med veileder som både har tilgang til å lese data og relevante dokumenter og som har fulgt analyseprosessen. Dette bidrar til datas pålitelighet.

4.5.5 Funnenes overførbarhet

Funnenes overførbarhet gjelder hvorvidt funnene fra studien har gyldighet ut over studiens utvalg (Fagermoen, 2005; Lincoln og Guba, 1984). I kvalitative intervjustudier fremkommer data som konstruksjoner av tekst i en kontekst, og meningene fortolkes i lys av denne konteksten. Funn forstått som fortolket mening er derfor kontekstavhengige. Om funn fra denne studien har gyldighet i en annen kontekst avhenger derfor av grad av likhet mellom kontekst for studien og den aktuelle konteksten. Som forsker har jeg bare mulighet for å kjenne og beskrive konteksten i min egen studie, og rapporten fra denne studien presenterer både setting og veien fram til funn og konklusjoner i ”tykke beskrivelser”. Det vil si at jeg har forsøkt å gi adekvat og fyldig informasjon om alle relevante forhold slik at andre kan danne seg et bilde av hvordan konteksten for funnene i min studie var. Det er derfor opp til lesere og forskere som kjenner andre aktuelle kontekster å vurdere ”degree of fittingness”; i hvilken grad funnene har gyldighet ut over det aktuelle utvalget (Lincoln og Guba, 2000).

4.5.6 Begrensninger ved metoden

Selv om trianguleringen styrker validiteten, har metodene for innsamling av data svakheter som gjør at tolkning av funnene må gjøres med forsiktighet. De lokale dokumentene er innsamlet av andre, og noen av disse dokumentene er utfylt av andre, noe som gir liten kontroll på om utvalget er fullstendig og dekkende. Også fokusgruppeintervjuer har svakheter. De er ikke representative utvalg, og andre deltagere ville kunne gi andre data. Enkelt personer vil kunne dominere og prege utsagnene, dessuten vil interne relasjoner i gruppene kunne påvirke hva som sies. Selvseleksjon kan gi deltagere som er spesielt positive i forhold til temaet. Spesielt siden to poster undersøkes kan dette medføre at deltagerne ønsker å fremstille sin post i et fordelaktig lys og til at negative momenter blir underrapportert. Siden studien ikke inkluderer observasjonsdata, vil funnene basere seg på hva informantene sier de gjør, ikke nødvendigvis hva de faktisk gjør.

4.6 Etiske betraktninger

Studien er meldepliktig til personvernombudet i henhold til personopplysningslovens § 31. Studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) 12.2.2007 under forutsetning om anonymisering av datamaterialet og sletting av indirekte personidentifiserende opplysninger etter bestått eksamen (vedlegg 13). Anonymitet er ivaretatt så langt det lar seg gjøre i skriftlig materiale / rapport og alle lydopptak vil bli slettet etter sensur.

Utvelgelse og rekruttering av informanter er basert på frivillig, informert samtykke. Samtykkeerklæringene inneholdt informasjon om alle vesentlige faktorer i studien.

Intervju er basert på relasjon, på et direkte, personlig tillitsforhold mellom forsker og intervjuperson. Dette gir etiske forpliktelser på personnivå om at denne tilliten ikke misbrukes. Jeg har bestrebet meg på å behandle dette materialet i tråd med intensjonene for å fremskaffe gyldig kunnskap.

Nytten av forskning og positive konsekvenser for de som deltar må oppveie mulige ulemper. I fokusgrupper er det alltid en viss fare for at kritiske utsagn, for eksempel om ledelsen, kan medføre represalier dersom de viderefortelles. Mange av informantene ga uttrykk for at de opplevde det positivt å delta i studien. De mente det var nyttig å få sitte i ro og diskutere et tema de anså som viktig, noe det ellers sjelden var anledning til. Denne type positive reaksjoner beskrives som vanlige i kvalitative studier (Kvale, 1996). I intervjuene var fokus først og fremst på å få del i kunnskap, og å sammen konstruere felles forståelse. Fordi samtalene i stor grad bar preg av aktiv dialog førte det til refleksjon og bevisstgjøring omkring temaet. Dette kunne bidra til å sette i gang prosesser som kan virke positivt for de involverte.

5. Presentasjon av funn

5.1 Felles overordnede mål og rammeverk for postene

Administrerende direktør omtaler sykehuset som en lærende organisasjon. Sykehusets visjon beskriver høy kvalitet på tjenestene basert på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap og motiverte og kompetente medarbeidere som gir den beste faglige kvalitet, omsorg og støtte.

Strategidokumentet for avdelingen som begge sengepostene tilhører beskriver avdelingens styrke som: høy faglig kompetanse, stabilitet og lojalitet blant de ansatte, åpenhet, tillit og god kommunikasjon, klare ansvarsforhold, satsing på ledelse og teamutvikling, samhold og tverrfaglighet samt godt renommé. Visjonen er at ”avdelingen skal holde høy europeisk standard innenfor fag og forskning”.

Kunnskapsmål er å ha et stimulerende fagmiljø for omsorg, behandling og drift, at det skal drives systematisk kompetanseutvikling for alle yrkesgrupper samt at evidensbasert praksis skal implementeres.

Avdelingens felles overordnede mål for sykepleietjenesten beskriver sykepleietjenestens kjennetegn som: ”høy faglig kvalitet og nødvendig kompetanse i forhold til pasientenes behov for sykepleie”. Faglige mål er konkretisert i at sykepleietjenesten bidrar til kunnskapsutvikling der nytenkning og læring stimuleres, driver kunnskapsformidling, fagutvikling og forskning for å bedre kvaliteten av sykepleiepraksis. Hovedmål i forhold til medarbeidere er tilfredse medarbeidere, med delmål at de skal være motiverte og føler medansvar for egen arbeidsplass, og at gode ledere skal stille krav til de ansatte.

Overordnede strategiske dokumenter formidler dermed tydelig at kvalitet og kompetanse er viktig for organisasjonen og at kompetanseutvikling, læring og kunnskapsutvikling for sykepleiere både er legitimt og ønsket.

5.2 Sentrale temaer Post 1

Sterkt fokus og høy prioritet på systematisk læring og utvikling i avdelingen

Både intervjuene og dokumentene viser at læring og utvikling er sterkt vektlagt og er en integrert del av arbeidet i posten. Avdelingssykepleier er tydelig på at kontinuerlig læring og utvikling er viktig, nødvendig og ønskelig hos alle sykepleierne, og tilrettelegging for kompetanseutvikling og læring inngår som en integrert del av avdelingssykepleiers strategi for personalledelse:

Det er ikke nok å sørge for at de lærer det de skal, man må tenke at ledelse er å holde hele personalgruppen oppdatert, motivert, åpne for nye ting og tenke positivt.

Hun mener det er nødvendig å kjenne sine ansatte for å være en god leder. Hun legger vekt på å være synlig og tilstede ute i avdelingen hver dag og er opptatt av å ha god og direkte kommunikasjon med alle.

Da hun tok over som avdelingssykepleier var hennes førsteprioritet å få på plass systematisk kompetanseutvikling, et område hun mente hadde store mangler både når det gjaldt tilrettelegging og kultur for læring. Det å få på plass egen fagutviklingssykepleier med hovedansvar for å organisere og gjennomføre det daglige arbeidet med kompetanseutvikling regnet hun som helt nødvendig.

Hun gir klart uttrykk for to grunner til at systematisk kompetanseutvikling er nødvendig: Den ene grunnen er at kvaliteten på sykepleietjenesten er avhengig av sykepleiernes kompetanse, som hun uttrykker det:

For å få god kvalitet på pasientbehandlingen, da er det en forutsetning at hele sykepleiergruppen ser det som en selvfølge at de utvikler seg og lærer noe nytt hver dag.

Den andre grunnen er at hun mener læring og utvikling er til beste for mennesker i sin alminnelighet, og at hun tror alle egentlig vil utvikle seg og lære. Hun ønsker å bidra til at sykepleierne skal utvikle seg, ikke bare faglig men også som mennesker, og oppmuntrer dem til å legge utviklingsplaner både på kort og lang sikt. Dersom

sykepleierne har mål som innebærer at de kommer til å slutte på avdelingen støtter hun dem i å komme videre. En av sykepleierne kommenterer dette slik:

-Hun *ønsker* at de ansatte utvikler seg videre. Og hvis prisen for det er at de utvikler seg bort fra avdelingen, for eksempel som G. da, som skal drive med anestesi, da er hun glad over det! *Det* er helt fantastisk. Jeg har aldri opplevd en sånn leder. For når du er opplært. - liksom oi, skal du slutte nå? (sur mine) Men hun, - der er vår avdelingssykepleier enestående, altså, hun sier: Flott at du går videre og lærer mer!

Avdelingssykepleier arbeider allikevel systematisk for å beholde erfarne og dyktige medarbeidere ved å tilrettelegge for utviklende og interessante oppgaver og tilpasset turnus.

Sykepleierne i fokusgruppen fremhever at de opplever avdelingen som spennende fordi det er så gode muligheter for å læring og utvikling. Dette bidrar til at de trives, og angis som en vesentlig grunn både til å begynne på avdelingen og ikke minst til å bli værende.

Sykepleierne i avdelingen vet at avdelingssykepleier ser læring og utvikling hos personalet som viktig og nødvendig, og anerkjenner det hun har gjort av tilrettelegging. De gir uttrykk for at de vet og setter pris på at avdelingssykepleier virkelig prioriterer læringstiltak:

Avdelingsledelsen prøver virkelig alt hva de kan for å få til fagutvikling, selv når det er travelt. Fagdagene blir *aldri* strøket.

De er også svært fornøyd med å ha fått fagsykepleier, noe som har ført til store forbedringer angående læringsmuligheter. De setter pris på at hun er tilgjengelig hvis de lurer på noe, og verdsetter at hun er så engasjert. Hun omtales som en kjemperessurs og en nøkkelperson i forhold til å koordinere ulike tiltak og tilrettelegge ulike læringsaktiviteter, både for nyansatte og andre. Sykepleierne omtaler fagdager og andre læringsaktiviteter som fagsykepleier organiserer som interessant, nyttig, morsomt og utfordrende, og de gir uttrykk for at de er opptatt av å lære og utvikle seg.

Fagsykepleier hevder at valg av fagsykepleier og ikke en assisterende avdelingssykepleier viser hvor høyt avdelingssykepleier prioriterer læring og

utvikling. Fagsykepleier har i kraft av sin stilling fokus på læring og utvikling. Hun oppsummerer selv sine hovedbidrag i forhold til læring i avdelingen:

Det viktigste jeg bidrar med i forhold til læring tror jeg er at jeg tilrettelegger for at de har gode læringsmuligheter og tilpasser ting i forhold til de ulike ønskene og behovene de har, slik at det oppleves som relevant.

Fagsykepleiers arbeid med tilrettelegging for læring har hovedvekt på organiserte læringstiltak og formell læring, som ulike undervisnings – og opplæringstiltak. Hun har også som oppgave å støtte og tilrettelegge for gjennomføringen av alle sykepleiernes individuelle kompetanseplaner og arbeid med ressursområder. Hun gir uttrykk for å ha et tett og svært godt samarbeid med avdelingssykepleier, og forteller at de i fellesskap har brukt mye tid på å strukturere og systematisere læringstiltakene. Tross godt samarbeid med både avdelingssykepleier og sykepleierne i avdelingen opplever hun at rollen som fagsykepleier er ensom, og savner samarbeidsmøtene med andre fagsykepleiere som forsvant i omorganiseringene. Det å være alene mener hun er et hinder for optimal funksjon fordi det går ut over motivasjon og effektivitet.

Dokumentanalysen bekrefter at læring og utvikling er høyt prioritert i posten. De har egen konkret og detaljert handlingsplan for sykepleietjenesten for hvert år der læring og kompetanse har stor plass og der fagsykepleiers undervisningstiltak og sykepleiernes individuelle handlingsplaner inngår. Postens handlingsplan evalueres i den fyldige årsrapporten. Fagsykepleier har mappe på alle ansatte med oversikt over hva hver enkelt har deltatt på av faglige aktiviteter, og de har utarbeidet prosedyrer for oppfølging og kompetanseutvikling, og for studietid og arbeid med delegerte oppgaver. De har også utviklet et nyansatt-hefte med informasjon, leseliste, mål og forventninger, og avdelingstilpasset plan for Klinisk stige. Gjennomgående viser dokumentene høy grad av struktur og plan for tilrettelegging og gjennomføring av et bredt register av læringsaktiviteter og utviklingstiltak.

Medbestemmelse og individuelle planer gir tilpasset, relevant læring

Et annet sentralt tema er at sykepleierne selv er med på å bestemme hva de skal lære. Sykepleierne blir aktivt involvert i beslutninger og prioriteringer om hvilke faglige

utfordringer posten skal fokusere på hvert år og hvilke ressursområder som er aktuelle. Dette danner grunnlag for postens felles handlingsplan.

I medarbeidersamtalene lager avdelingssykepleier og hver sykepleier sammen individuelle handlingsplaner for et år om gangen, der planer for læring og utvikling inngår. Disse planene er tilpasset sykepleiernes ulike bakgrunn og erfaring, interesser og mål. Alle skal ha ansvar for et ressursområde, og de kan velge blant de aktuelle områdene, eller foreslå andre områder de har lyst til å jobbe med og lære mer om. Så lenge de har ønsker som ligger innenfor et vidt definert relevanskraft, støtter avdelingssykepleier dette:

Det er viktig å finne ut hva de er interessert i, som utgangspunkt for hva de ønsker å utvikle, for det gir motivasjon. Min rolle er å tilrettelegge for det de selv mener de trenger og ønsker.

Alle har 7 % av arbeidstiden avsatt til fagtid, som inkluderer all felles undervisning, fagmøter, obligatoriske kurs og opplæring samt individuell fagtid. Det er opp til hver enkelt å fylle den individuelle fagtiden med relevante tiltak i forhold til de individuelle planene. Fagsykepleier har fagsamtaler med alle for å tilrettelegge for gjennomføringen av de individuelle planene, ut fra en forståelse av at folk er ulike og har forskjellige behov for tilrettelegging.

Posten støtter opp under ønsker om hospiteringsopphold på andre sykehus, deltagelse på aktuelle kongresser og internasjonale fagkurs. Sykepleierne er svært fornøyd med dette og omtaler det som spennende og engasjerende. Det er en selvfølge at de deler sine erfaringer når de kommer tilbake. De mener dette bidrar med inspirasjon, ny kunnskap til avdelingen, kritisk vurdering av avdelingens praksis og mulighet for nettverk med andre sykepleiere som jobber med det samme.

Fagsykepleier oppfordrer sykepleierne til å komme med ønsker for temaer på fagdager og internundervisninger, og følger opp disse ønskene så langt det er mulig. Også på dagene med klinisk veiledning er det sykepleierne selv som bestemmer hva dagen skal brukes til slik at de skal synes det er interessant og lærerikt.

Flere av sykepleierne i fokusgruppa fremhever det å få lære det de trenger og ønsker som noe av det viktigste, og de opplever avdelingsledelsen som positive og lydhøre for ønskene sine:

Vi snakker med fagsykepleier eller avdelingssykepleier om våre utviklingsønsker, så pleier det meste å ordne seg - det er helt utrolig.

Det forekommer en sjelden gang at de ikke får oppfylt sine ønsker, hovedsaklig av økonomiske grunner. Dette har også gjort at tilbudet om sykepleiefaglig gruppeveiledning er tatt bort, noe de savner.

Læring og utvikling for alle

Alle datakildene forteller at de fleste sykepleierne er ivrige og aktive i forhold til læring og utviklingsoppgaver i avdelingen. De mer erfarne sykepleierne beskriver seg selv som eksperter på sitt område, og ser det som naturlig å opprettholde og utvikle sin kompetanse. De sier de også får anerkjennelse fra andre yrkesgrupper og andre avdelinger for sin kompetanse, og de liker å bli spurt til råds og undervise andre om sitt spesialfelt. De mer uerfarne sykepleierne er ivrige etter å få del i ekspertenes erfaringer og å få prøve seg i ulike situasjoner der de kan lære. Det oppleves positivt og engasjerende at de har innflytelse og valgmuligheter i forhold til læring og at det er stor grad av frivillighet knyttet til tilbudene. Ansvar for et ressursområde innebærer at også en del myndighet delegeres og det stimulerer engasjement og kreativitet. Sykepleierne opplever at avdelingsledelsen hører på deres meninger, noe som gir en følelse av å bli respektert.

Imidlertid sier både avdelingssykepleier og fagsykepleier at ikke alle er like ivrige, og at det er utfordrende med de som ikke vil. Fokusgruppa sier lite om dette, men de nevner at ikke alle ressursområdene fungerer like bra. Som nevnt mener avdelingssykepleier at kvaliteten på sykepleietjenesten i avdelingen er avhengig av *alles* kompetanse, og ser det derfor som en viktig lederoppgave å fremme motivasjon for læring og utvikling hos hver enkelt, for som hun sier:

Jeg kan ikke *presse* sykepleiere til å *ville* utvikle seg. Derfor ser jeg det som en hovedoppgave som leder å få de ansatte i riktig retning i forhold til å *ville* utvikle seg.

Avdelingssykepleier har nytte av sin kompetanse i psykologi for å skape motivasjon hos de få som ikke er så interessert, og mener hun ville være en dårlig leder hvis hun ikke prøver å motivere og tilrettelegge for utvikling:

Å utfordre unge mennesker til å tenke litt over livene sine, til å finne utfordringer, det kan ikke være feil.

Hun mener det kan være legitimt å legge press på disse, fordi de ikke forstår hva som er sitt eget beste. Hun har erfart at når sykepleiere først får smaken på å lære og utvikle seg, vil de fortsette å lære mer. Dette bekreftes av sykepleierne i fokusgruppa. For å få fram motivasjon for læring bruker hun god tid på medarbeidersamtalene. Der utfordrer hun sykepleierne til å tenke framover og sette seg utviklingsmål på kort og lang sikt, for å finne fram til hva de er interessert i og har lyst til å lære mer om. For å ivareta motivasjonen som interesse for noe skaper, setter hun ganske vide rammer for å støtte ønsker, men alle er klar over at det må være noe avdelingen har nytte av.

Fagsykepleier arbeider i forlengelsen av avdelingssykepleier med å fremme motivasjon for læring hos hver enkelt. For å få til individuelt tilpasset tilrettelegging fremhever hun nødvendigheten av å kjenne folk, og ha deres tillit:

Jeg føler det er veldig viktig å ha god kommunikasjon. For det første at jeg har et godt forhold til dem slik at de føler de har lyst til å komme og ta opp ting hvis det er noe de lurer på, og at vi har fagsamtaler der det er sånn at de kommer og tar initiativ, kan få sagt sine ting.... og at vi bruker tid og energi på å tenke ut og tilrettelegge ting. Sånn at man kan lage opplegg som gjør at de har mulighet til å holde seg oppdatert.

Hun ønsker at alle sykepleierne skal synes det er morsomt å utvikle seg, og hvis hun registrerer at det går trått med arbeid med ressursoppgaver snakker hun med dem for å finne ut om det er noe hun kan tilrettelegge for å komme i gang, eller gir dem mulighet for å skifte over til et annet område.

Hvis de er motivert i forhold til ressursområdet sitt er det mye mer gøy, og da løsner det i forhold til det de da velger å gjøre.

Hun er spesielt opptatt av å engasjere de få som ikke er så aktive i forhold til læringsaktiviteter, de hun omtaler som ”de engstelige”. Hun har erfart at press fører til motstand mot læring hos disse:

Det er viktig å la de få som trenger det få tid på seg og ikke kreve for mye og presse de for hardt. ...Det er ikke at de ikke *vil* lære det, men de vil ikke ha det *kravet* på seg, du kan ikke *presse* de, da slår det seg fullstendig vrangt.

Hun har erfart at opplegg for læring basert på trygghet og opplevelse av å ha kontroll gir gode resultater. I det hele tatt prøver hun å gjøre læring morsomt og ufarlig for alle, ved å bevisst å bruke humor og en lett tone. Når hun skal gjennomføre de pålagte testene i avdelingen, jobber hun aktivt for å redusere fokus på vurdering og individuelle prestasjoner, og erfarer at det fører til at alle er aktive og lærer.

Avdelingssykepleier gir ikke bare mulighet for medvirkning, hun er tydelig på at hun forventer eget initiativ og aktivitet i forhold til læring. Dette var nytt og uvant for sykepleierne da hun begynte som leder:

Det var mitt største problem i starten, at de var vant til å bli matet. Og så kommer jeg og fordrer eget initiativ. Det tok litt tid før de forsto hva jeg mente, det skapte diskusjoner og argumentering. Etter hvert har de sagt de er veldig glade for at de måtte begynne å tenke både over fagutvikling og over livet sitt, hva de vil oppnå senere.

Sykepleierne i fokusgruppa vet at de selv må være aktive og ta initiativ i forhold til bruk av utviklingstid. En forutsetning for å kunne ta dette ansvaret og lage realistiske planer er at rammer, forutsetninger og kriterier er kjente. Dette er derfor nedfelt i en egen prosedyre for avdelingen. Avdelingssykepleiers forståelse av rettferdig fordeling er basert på lik mulighet, ikke matematisk likhet:

Det hender det blir diskusjoner hvis noen mener andre får for mye, men da sier jeg det er opp til dem selv å ønske for seg. Alle har samme muligheter, det er opp til dem selv om de bruker dem.

Sykepleierne gir uttrykk for at fordelingen av kurs og utviklingstid oppleves som rettferdig og skjer etter prinsipper som er kjent og felles. Det at de vet at det er deres tur siden gjør at de er motivert for den ekstra innsatsen som kreves når noen er borte fra avdelingen på grunn av utviklingstiltak. Selv om fordeling av fagtid i prinsipp er basert på at sykepleierne selv fremmer ønsker, ser avdelingssykepleier det som en viktig oppgave å styre og balansere slik at det ikke bare blir de som er mest ”frampå” som får noe. Avdelingssykepleier mener arbeidet med individuelle planer begynner å

gi resultater i form av at de aller fleste jobber aktivt i forhold til læring, og at miljøet er godt. Hun er stolt av sykepleierne i avdelingen, og glad for at de utvikler seg.

Også fagsykepleier har behov for å utvikle seg for å gjøre en god jobb. Hun opplever at det er lett å prioritere eget kompetansebehov fordi hun har støtte og forståelse for dette både fra avdelingssykepleier og de andre sykepleierne i avdelingen.

Avdelingssykepleier sier at det for henne er naturlig å videreutdanne seg hele tiden, men arbeidet med oppbygningen av avdelingen har gjort at dette har vært nedtonet. Først nå når hun mener at avdelingen begynner å fungere ganske bra har hun begynt å legge planer for egen kompetanseutvikling, selv om hun innser at arbeidet med å holde en avdeling velfungerende krever kontinuerlig fokus og innsats. Hun sier imidlertid at hun har lært mye gjennom arbeidet, spesielt i forhold til hvordan man skal forholde seg oppover i systemet for å oppnå noe.

Mangfold i læringsmuligheter

Sykepleierne rapporterer stor bredde og mangfold i læringsmuligheter knyttet til mange ulike aktiviteter, både planlagte og mer uformelle, noe som gir mulighet for å lære ulike ting.

a) Formell læring

En vesentlig del av tilretteleggingen for læring skjer i form av formelle læringsaktiviteter, og det er fagsykepleier som tar seg av den daglige organiseringen og koordineringen. Dette omfatter både kvalitets – og opplæringsoppgaver som sykehuset sentralt pålegger postene og egne, avdelingsspesifikke aktiviteter som fagdager, internundervisninger samt aktiviteter knyttet til deltagelse i klinisk stige. Det at alle har individuelle utviklingsplaner og definerte ressursområder gir retning for bruk av studietid, og det er gode muligheter for å lese litteratur både i avdelingens arbeidsrom og på sykehusbiblioteket. Alle får tilbud om å delta i Klinisk stige etter et halvt år, og mange benytter tilbudet. Dokumentene viser at fire av sykepleierne er på trinn to. Avdelingen støtter deltagelse på kurs og hospitering for å innhente relevant kunnskap, og fagsykepleier eller sykepleierne selv organiserer dette. Det er krav om å

dele erfaringene når de kommer tilbake fra kurs og hospitering, og det settes av tid til dette på personalmøter.

Alle deltar i arbeid med dokumentasjon, prosedyrer og kvalitetssystemarbeid i avdelingen, og avdelingen utviklet to evidensbaserte prosedyrer sist år med støtte av ekstern prosjektleder. Dette syntes de var svært lærerikt og interessant, men mer arbeidskrevende enn forventet. Fagsykepleier bekrefter dette:

-begge de prosjektene som var i fjor ble ferdig. Men de har nok ikke så lyst til å gjøre det igjen. Ikke fordi det ikke var gøy, men fordi det var masse, masse jobb. De satt hjemme og leste artikler på fritiden, og det ble nok litt... mye.

De erfarte at det er nødvendig å ha en del grunnleggende faktorer vedrørende fagutvikling på plass hvis en avdeling skal drive med større prosjekter, og at dette arbeidet lå i overkant av hva avdelingen var klar for.

b) Uformell læring

Avdelingssykepleier mener man lærer først og fremst i det daglige arbeidet, ikke på kurs. Hun erfarte at sykepleiernes bevissthet omkring uformell læring var lav da hun begynte i avdelingen:

Det var en utfordring i starten å endre tenkemåten hos sykepleierne i forhold til læring i det daglige arbeid. De fleste sykepleierne var ikke vant til den tenkemåten at man skal dele kunnskap og lære hele tiden.

Avdelingssykepleier oppmuntrer og tilrettelegger derfor aktivt for uformell læring. Dette skjer først og fremst ved å organisere driften slik at de på dagtid jobber to og to sammen, der alltid en er erfaren. Dette rullerer, slik at alle i løpet av en periode får jobbet sammen.

Når sykepleierne går sammen og skifter på sår sammen, så ser de at du gjør sånn, og du gjør sånn..hva er forskjellen? Nå har de veldig gode diskusjoner.

Sykepleierne fremhever spontant betydningen av å lære av hverandre:

Noe av det viktigste for læring sånn alt tatt i betraktning synes jeg er at vi vanlige sykepleiere imellom, at vi blir med hverandre inn og viser og forklarer, og kan bli med på vaktrommet etterpå og diskutere litt.

Deres beskrivelse av miljøet som åpent og trygt, med gode kollegaer som hjelper og støtter hverandre bekreftes av fagsykepleier. Det er legitimt og lett å spørre andre, både for nye og erfarne. Arbeidet med pasientene oppgis som svært lærerikt, og et variert pasientgrunnlag gjør at de får bredde i erfaringene sine. Pasientene har ofte komplekse problemstillinger som setter både kunnskaper og kreativitet på prøve. De bruker derfor hverandre, diskuterer og rådfører seg ved behov med avdelingens erfarne sykepleiere for selv å utvikle ekspertkunnskap. Også de erfarne sykepleierne er ydmyke i forhold til å lære:

- fordi om folk har jobbet her lenge så er det ofte de sier: Du, vil du komme og se på dette såret, og hva mener du?-For det er ingen sår som er like. Så vi er veldig flinke til å ta hverandre med og vise hvordan vi gjør ting, og foreslå ting for hverandre.

Avdelingssykepleier velger også bevisst å sende erfarne og uerfarne sykepleiere sammen på kurs og hospiteringer slik at de kan diskutere ut fra ulike faglige ståsteder og dessuten bli bedre kjent med hverandre. Det er også satt av tid til faglige diskusjoner på personalmøter, og det er nettopp startet opp ukentlige møter der sykepleierne skal undervise hverandre, diskutere og gi hverandre innspill på arbeidet med ressursområdene. Disse møtene har imidlertid ikke fungert så godt på grunn av travelhet i avdelingen den siste tiden.

Sykepleierne trekker frem er at de lærer mye gjennom at driften er planlagt slik at alle systematisk får prøve seg på varierte arbeidsoppgaver i avdelingen, også administrative. For eksempel er alle gruppeleder en uke hver, noe som gir sykepleierne anledning til å delta på tverrfaglige diskusjoner på previsittene. Dessuten følger de da alle pasientene en hel uke slik at de opplever en kontinuitet i forhold til vurdering av behandlingsregimene.

Andre eksempler på tilrettelegging for uformell læring er klinisk veiledning, der alle sykepleierne går sammen med fagsykepleier en hel dag hvert halvår, og at de som vil får være med å arrangere kurs eller holde undervisning på egen eller andre avdelinger. Dette sier de er lærerikt, utviklende og morsomt.

Pasienten regnes som del av behandlingsteamet, og sykepleierne forteller at det å snakke med og lytte til pasientene gir at de både får del i pasientkunnskap og utvikler

sin menneskekunnskap. Positive tilbakemeldinger fra pasienter bidrar også til arbeidsglede, yrkesstolthet og at de opplever arbeidet som meningsfylt.

c) Å lære av legene

Legene bidrar i stor grad til læring i avdelingen, men det er stor forskjell på de faste og andre leger, og læringen skjer i stor grad på legenes premisser. De faste legene er opptatt av å dele sin kunnskap med sykepleierne, og viser at de anerkjenner de erfarne sykepleiernes kompetanse ved å involvere dem i beslutninger om behandlingen av pasientene. Sykepleierne beskriver at de alltid kan spørre dem uten å føle seg dumme. Det gode samarbeidet baserer seg på at disse legene behandler sykepleierne på en måte som gjør at de opplever seg som likeverdige aktører i behandlingsteamet:

-Ofte får en jo diskutert sammen med legen. Og kommer med sine synspunkter, og så kommer legen gjerne med sine, og så blir man enige sammen hvordan man skal gjøre.

Dette betyr mye for sykepleiernes selvfølelse og trivsel i avdelingen:

- For min del så betyr det mye at sykepleierne har litt frie tøyler, at de kan ta litt avgjørelser, være med å bestemme. Og at legene søker kunnskapen til sykepleierne, når de skal bestemme behandlingen. At vi selv kan se på såret og ta avgjørelsen at nå trengs det den og den behandlingen.

Nye leger kommer med ny kunnskap fra andre steder, noe som oppleves som spennende, men de behandler ikke automatisk sykepleierne som likeverdige aktører i behandlingsteamet. Sykepleierne forteller at noen nye leger oppfatter sykepleierne som arrogante når de foreslår noe ut fra sine kunnskaper og erfaring, og blir irriterte fordi de mener at legene skal bestemme. Etter hvert venner de seg imidlertid til at på denne avdelingen deltar sykepleierne i beslutninger ut fra den kompetansen de har.

Det å få faglig respekt fra legene forplikter sykepleierne ift kvalitet på egen praksis, og gir motivasjon for læring:

- flere av legene tar bilder under operasjoner og kommer inn på vaktrommet og viser oss og forklarer. Det er kjempebra, det stimulerer. Det viser at de ønsker å undervise oss, at de vil ha oss med. For at vi skal forstå hva de gjør for noe. Da synes jeg egentlig det blir mer spennende å jobbe, for da blir du også mer interessert i å finne ut av mer, får lyst til å vite hvordan det henger sammen. Du får også en bedre forståelse

av hva de forventer av komplikasjoner. Du får en bedre vurderingsevne når du vet hvordan de gjør ting, du vet hvor du må se for å sjekke sår og sånn.

Sykepleierne nevner i tillegg at de utveksler kunnskap og har godt samarbeid med andre yrkesgrupper som sosionom, ergoterapeut og fysioterapeuter.

Lederstyrt organisering for å fremme læring

Avdelingssykepleier har mål om å ha gode læringsvilkår for alle i avdelingen. Med økende fokus på innsparinger, effektivisering og stadige omorganiseringer er dette en kontinuerlig utfordring, og omtales som en kamp. Kampen dreier seg om å få aksept fra avdelingsledelsen på å bruke tid og ressurser på kompetanseutvikling for sykepleietjenesten og for nok sykepleierressurser til å ha en turnus med rom for fagtid for alle. Avdelingssykepleier savner sykepleiere i klinikkledelsen fordi det er vanskelig å nå fram med sykepleietjenestens behov. Hun erfarer at avdelingsleder ikke ser sykepleiernes fag og utfordringer som viktig og derfor fungerer som barriere, og det er få muligheter til å ta opp aktuelle ting direkte med klinikkledelsen.

Avdelingssykepleier har imidlertid oppnådd resultater ved å utarbeide planer og langsiktige strategier, argumentere og å være både tålmodig og sta.

Jeg måtte argumentere for å få ressurser til læring og kompetanseutvikling, vise til sykehusets satsningsområder og mål. Vi kan ikke få til å ”holde pasienten i fokus med høy kvalitet” hvis ikke du har ordentlig kompetanse.

Det har vært nødvendig å inngå kompromisser, for eksempel fikk hun aksept for å leie inn vikarer for å få til kompetansetiltak ved å godta å bruke billige vikarer.

Det å få opprettet en egen stilling som fagsykepleier var noe av det hun mente var mest nødvendig, men først etter hardt arbeid i fire år fikk hun det til. Ved å gjøre om en av avdelingens sykepleiestillinger til fagsykepleierstilling som en prøveordning og å vise til dokumenterte resultater av å ha denne stillingen fikk hun til slutt gjennomslag.

På grunn av omorganiseringer var avdelingen blitt spredt på flere lokaliteter, noe som var både bemanningskrevende, uheldig for det felles læringsmiljøet og gjorde fleksibel bruk av personalet for å få gjennomført læringsaktiviteter umulig. Ved å bruke

økonomiske argumenter, true med oppsigelse hvis hun ikke fikk samlet avdelingen og inngå kompromiss ved å godta å flytte til en nedslitt avdeling fikk hun gjennomslag

Unormal travelhet hindrer planlagt læring

Sykepleierne på posten var svært godt fornøyd med tilrettelegging og muligheter for å lære. På spørsmål om hva de mente var det viktigste i forhold til læringsmuligheter i avdelingen sier en av sykepleierne: ” Alt – at egentlig hele avdelingen er lagt til rette”. Imidlertid hevder alle at det har vært unormalt travelt den siste tiden. Dette har gått ut over læring og planlagte faglige aktiviteter, fordi planer og tilrettelegging er tilpasset normalforhold vedrørende bemanning og drift. Årsakene til travelheten oppgis samstemt som en kombinasjon av omorganiseringer, overbelegg, sykdom og utskiftning av personale. Omfattende omorganiseringer har gitt økt sengetall og ansvar for en helt ny pasientgruppe, og dette oppleves som ekstra belastende fordi det medfører mye ekstraarbeid og uro. Sykepleierne forstår ikke alltid hvorfor alle endringene skjer, og mangel på informasjon gir utrygghet og negative spekulasjoner som kan gå ut over motivasjon og samarbeidsvilje. De har også erfart at påtvungen omorganisering går ut over samarbeid mellom de involverte faggruppene, noe som er en barriere for nødvendig læring. Alt dette har hatt negative konsekvenser for arbeid med ressursområder og andre læringsaktiviteter, og fagsykepleier mener travelhet er den største hindringen for læring i avdelingen:

Så det har merkes på sykepleiergruppa i det siste at det har vært... folk har vært slitne. Og da blir det jo ikke så mye tid til å få overskudd til sånne faglige ting.

Hun ser at travelheten også går ut over sosiale behov i personalgruppa og fører til at folk er lite motivert for å jobbe med læringsaktiviteter i fritiden og i korte opphold i travelheten på jobb:

Jeg forstår godt at folk heller prioriterer å nyte å kunne ta en kaffekopp sammen hvis det har vært en lang travel periode og det plutselig blir litt roligere.

Hun hevder også at kvaliteten på sykepleietjenesten lider i travle perioder, spesielt når det er mange vikarer og nyansatte, fordi rutinene glipper. Dette ser de blant annet på at antall infeksjoner i avdelingen øker.

5.3 Sentrale temaer Post 2

Utydelig fokus på fag og kontinuerlig læring

Avdelingssykepleier anser ansvar for at det tilrettelegges for kompetanseutvikling som en viktig del av sin rolle, og mener hennes viktigste bidrag er å legge premissene for gjennomføringen. Planer og prioriteringer utarbeides i samarbeid med fagsykepleier, som også er delegert ansvar for mesteparten av det praktiske arbeidet på området. Hun mener at arbeidet med å få systematisert kurs, opplæring og fagtid har bidratt til å øke fokuset på fag. Imidlertid opplever hun at fokuset på fag lett forsvinner i administrasjon, drift og omorganiseringsprosesser som hele tiden krever hennes tid og oppmerksomhet.

Posten har ikke egne strategidokumenter i forhold til fag og kompetanse, men det finnes en felles handlingsplan for hele avdelingen, utarbeidet av avdelingsledelsen. Imidlertid har posten et konkret opplæringsprogram for nyansatte sykepleiere, som dekker nyansattperioden og det første året etter. Dette er utformet som trinn en i klinisk stige-programmet, og er obligatorisk. Trinn to er ikke laget ferdig, men noen punkter er skissert, og det er laget en plan for videre kurs. Posten forholder seg til mål for sykepleietjenesten for hele avdelingen. På postens internettsider for sykepleietjenesten informeres det om at posten har mål om høy faglig og etisk standard, men fokuserer ellers ikke på læring.

Avdelingssykepleier har den senere tiden fått budsjettansvar og dermed ansvar for å gjennomføre pålagte økonomiske innsparinger. Dette får konsekvenser for kompetanse og læringsaktiviteter:

Nå er det jo veldig mye fokus på budsjett, og når budsjettet reduseres og man er ansvarlig for dette, føles det på kroppen. Man føler mer ansvar jo nærmere pasientene man kommer. Det gjør at jeg må vurdere veldig mye mer drift i forhold til fag.

Avdelingssykepleier gir uttrykk for at behovet for undervisning nærmest er umettelig, men hun føler det vanskelig å argumentere for å bruke arbeidstid til læringstiltak. Spesielt vanskelig er det å prioritere kompetansetiltak som ikke er lovpålagt eller et

krav fra sykehuset sentralt. Hun føler seg alene og trenger støtte for å klare å prioritere dette:

Og da er det viktig å ha en fagsykepleier som står litt på og presser littegranne på, for faget. Jeg synes faget er veldig viktig. At vi er oppdaterte. Og jeg synes det er vanskelig å få det til, i den daglige driften.

Fagsykepleier på sin side fremhever viktigheten av at avdelingssykepleier er opptatt av fag, at hun støtter fagsykepleiers forslag og at de er enige om prioriteringer. Det er avdelingssykepleier som styrer ressursene, men fagsykepleier hevder at uklare rammer for læringsaktiviteter gjør jobben hennes vanskelig:

det er veldig frustrerende å sitte i en sånn stilling og lure på: Kan jeg sende noen på det kurset eller ikke? For jeg vet ikke hva jeg har å rutte med. Jeg har spurt flere ganger, men får ikke noe svar. Og det er heller ikke satt ned hvor mye tid det skal være til fagutvikling eller til opplæring. Så jeg sitter egentlig og jobber ut fra et tåkehav, som du ikke har noen ende på...

Sykepleierne i posten har ikke kjennskap til rammene for fagtid, derimot kjenner de planene for nyansatte og hva det innebærer. De er opptatt av og tilfreds med at kurstid og studiedager fordeles rettferdig, dvs. at alle får omtrent likt.

Avdelingssykepleier, i samarbeid med den nye fagsykepleieren har nylig gjort forsøk på å avklare rammer for fagtid:

Det har vært mye diskusjoner i avdelingen hvor mye fagtid skal man ha. Vi hadde satt opp hva som lovene krever man skal ha. Og hva sykehuset sier man skal ha, dette med oppfrisking av hjerte-/lungeredning, obligatoriske kurs, brannvern og sånne ting. Jeg tror vi fant ut at det burde være i alle fall 90 timer per år, for de i 100 % stilling. Og vi er vel ikke oppe akkurat i det.

Oversikten over gjennomført fagtid bekrefter at de fleste har et langt lavere timetall.

Fordi hun har ansvar både for drift og kompetanse opplever avdelingssykepleier en ambivalens som gjør det problematisk å håndtere dette:

Det er klart, det blir veldig mange timer totalt, da, når vi er så mange. Så... det er klart, i sum, det er jo noen uker da, i året. Samtidig så er jo ikke det så mye heller, tar du prosenten så er det ikke så mye, nei.

Ledelsen for hele avdelingen ønsket å beslutte hvor stor del av arbeidstiden sykepleierne skal få bruke på kompetanseutvikling, og avdelingssykepleier har derfor overlatt avgjørelsen til dem, men ennå ikke fått svar.

I følge fagsykepleier gjør stram økonomi at det ikke er legitimt for å leie inn vikarer for kompetanseutvikling. Men fordi bemanningen er så snau at det ellers er umulig å få til helt nødvendig opplæring, gjøres det likevel, men uten at det synliggjøres i budsjettet. Hva som regnes som helt nødvendig er uklart, men dataopplæring ved overgang til elektronisk journal trekkes fram som et eksempel der de leide inn vikarer.

Alle informantene mener fagsykepleier er viktig for tilrettelagt læring i avdelingen. Rammene for fagsykepleierstillingen er imidlertid utydelige, og innholdet har utviklet seg over tid uten definert stillingsbeskrivelse. Hovedområder slik det praktiseres, er gjennomføring av opplæringsoppgaver pålagt fra sykehuset sentralt som brannvern og sertifisering på medisinsk teknisk utstyr, tilrettelegging for læring og kompetanseutvikling for alle avdelingens ansatte, samt hovedansvar for sykepleierstudentene. I tillegg til disse kjerneoppgavene har hun også oppgaver knyttet til administrasjon og drift, for eksempel å delta på ulike møter utenfor avdelingen, ansvar for apotek og legemidler samt å oppdatere og overføre avdelingens dokumenter og prosedyrer fra papir til data. Mangel på faste grenser for innhold og ansvar i jobben gjør at hun har hatt vanskelig for å si nei når det er oppgaver som venter:

..det er jo ikke alt som er så veldig definert om det er drift eller fag eller hva det egentlig er for noe. Men det må gjøres, i hvert fall, bestilling av varer og alt av sånne tjenester blir jo lagt ned, sånn at det må vi nå gjøre. Og da blir det meg hvis ikke assisterende avdelingssykepleier er til stede. Og det tar tid.

De mange ekstra oppgavene gjorde at det ble mindre tid og energi til å arbeide med kjerneområdene i stillingen.

Uklar sammenheng mellom mål, organisering og tilrettelegging for læring

Klinikkens hovedmål for sykepleietjenesten dreier seg om høy kvalitet og nødvendig kompetanse. Det at posten nylig er sammenslått av to poster for å gi økonomiske innsparinger gjør at både avdelingssykepleier og fagsykepleier fremhever at det også

er et viktig mål å få avdelingen til å fungere som en enhet fordi sykepleierstaben må brukes fleksibelt. På helger, netter og i ferier arbeider derfor sykepleierne nå jevnlig over hele posten. Tilrettelegging for læring ut fra dette perspektivet ville innebære å gjøre sykepleierne i stand til å ivareta høy kvalitet på tjenesten til alle postens pasientgrupper. Samtlige kilder forteller imidlertid at dette ikke fungerer optimalt. En av sykepleierne sier:

Når vi må ta ansvar for pasienter som har andre diagnoser enn vi er vant til, merker vi at vi kan for lite om pasientgruppene på de andre teamene. Man merker at det er ting man ikke kan når man møter situasjoner i praksis man ikke forstår.

Det er flere og sammensatte årsaker til dette, den vesentligste utfordringen er at posten er organisert i fire team. Avdelingssykepleier fremholder imidlertid viktigheten av at teamene fungerer godt. Dersom kvalitet på sykepleien innen teamene prioriteres innebærer det at læringsvilkår og tilrettelegging støtter dette. Hensynet til enhetsfølelse og breddekunnskap konkurrerer dermed med hensynet til teamfølelse og spisskompetanse knyttet til teamenes pasientgrupper, og prioriteringene er utydelige. Postens begrensede ressurser til læring og kompetanseutvikling skjerper denne konkurransen.

a) Forhold og tiltak som støtter teamfølelse og spisskompetanse.

Den daglige driften er knyttet til teamene, og alle informantene rapporterer at teamene fungerer godt innad. Hvert team har en fast teamansvarlig sykepleier som også fungerer som bindeledd mellom sykepleierne i teamet og postledelsen.

Teaminndelingen følger legenes spesialisering, slik at teamene har ansvar for hver sine diagnosegrupper. Sykepleierne blir plassert på et av teamene når de begynner, der teamansvarlig sykepleier har ansvar for den praktiske opplæringen av nyansatte. Siden sykepleierne i hovedsak forholder seg til sine kollegaer i teamet og til teamets pasientgrupper skjer det aller meste av uformell læring her. Når det gjelder formell, tilrettelagt læring har de internundervisning 3-4 timer på den halvårlige teamdagen der alle i teamet er samlet og andre ivaretar deres pasienter. Undervisningen er delvis felles for alle, og delvis tilpasset hvert team. Det er stort sett leger som underviser,

men noen ganger også sykepleier. Sykepleierne er svært godt fornøyd med undervisningen:

Jeg synes det er bra at du kan lære mer om de diagnosene som du jobber med. Og legene kommer med siste nytt og det synes jeg er aller mest spennende.

Det at gruppene har hovedansvar bare for noen få diagnosegrupper gjør at det går raskere å lære det som er nødvendig for å gi god sykepleie til sine pasienter, og det letter opplæringen av nyansatte. Sykepleierne mener at kvaliteten på pleien til pasientene blir best når sykepleierne kan spesialisere kompetansen innen gruppene.

Hvert team har et gruppemøte i halvåret på teamdagene. I følge både sykepleierne og avdelingssykepleier er dette viktig for samarbeid og samhold i gruppa. Sykepleierne har mulighet for å bytte gruppe, men alle oppgir at det sjelden forekommer.

Avdelingssykepleier mener dette er fordi de liker pasientgruppen og kjenner og trives med kollegaene. Sykepleierne oppgir flere grunner til at de blir i gruppene. En liten gruppe gjør det mer oversiktlig og det blir mindre å forholde seg til i hverdagen, noe som gjør det lettere og raskere å bli kjent, både med folk og omgivelser. Det påvirker også måten å jobbe sammen på:

Så er det jo noe med samholdet, at man lærer å jobbe sammen, at det fungerer litt glattere. Dagene blir lettere når en vet hvem som jobber, at du vet hvem som gjør hva, at du stoler på at tingene blir ordna og slipper å gå og passe på hele tiden. Det handler om å bli kjent med hverandre, at man har lært å jobbe sammen, at man finner en måte å jobbe sammen på. Så kommer vi til målet mye lettere og greiere. Og hyggeligere.

Inndelingen av den store posten i grupper reduserer det fysiske arbeidsområdet, noe som medfører mindre tidsbruk på å løpe fra pasient til pasient i en travel hverdag. De mener det også er en fordel for pasientene fordi de får langt færre sykepleiere å forholde seg til. Det gir bedre kontinuitet og trivsel fordi pasientene har mulighet for å bli kjent med personalet.

b) Forhold og tiltak som støtter enhetsfølelse og breddekunnskap.

Et virkemiddel for å styrke fellesskapstenkningen er personalmøtene, som holdes 3-4 ganger pr halvår. Der formidles informasjon som gjelder alle, og sykepleiere som har vært på kurs gir oppsummering derfra til de andre.

Fordi teamorganiseringen ikke er gjennomført på kvelder og i helgene må sykepleierne jevnlig forholde seg til alle de ulike pasientgruppene. Det gjør at de etter hvert tilegner seg kunnskap om disse gjennom erfaringene sine. Stabilitet og erfaringslengde blir derfor kritiske faktorer for utvikling av breddekompetanse. Fagsykepleier er klar over problemet, men ressursene er begrenset:

Det å få kunnskap om de forskjellige pasientgruppene på forskjellige team er det som har vært utfordringen. Derfor har vi kjørt en del undervisning på det, på disse teamdagene blant annet. Men det har selvfølgelig vært for lite.

Tilretteleggingen for øvrig deltagelse på kurs og opplæringsaktiviteter er knyttet til erfaringslengde. Her møtes derfor sykepleiere med samme erfaringslengde fra de ulike teamene, noe som kan fremme samarbeid på tvers.

Avdelingssykepleier ser utfordringen med manglende breddekunnskap grunnet teamorganisering, og ønsker at sykepleierne skal rullere mellom de ulike teamene. Hun møtte imidlertid kraftig motstand fra personalet da hun introduserte ideen for en tid siden og har lagt dette til side. Hun ønsker å få til en egen spesialist-utdanning for sykepleiere knyttet til hele fagområdet posten dekker og der praksis på alle gruppene inngår, men dette er foreløpig bare på idéstadiet.

Fagsykepleier mener utskiftning av personalet etter hvert vil bedre fellesskapsfølelsen fordi de nye som kommer opplever avdelingen som en enhet. Sykepleierne i fokusgruppeintervjuet vektla imidlertid tilhørigheten til teamene mer enn til avdelingen som helhet.

Tilrettelegging for læring ut fra hva ledelsen mener er viktig

Avdelingssykepleier i samarbeid med fagsykepleier definerer kompetansebehov og hva som skal læres. Avdelingssykepleier har årlig medarbeidersamtale med alle der de blir spurt om planer for egen faglig utvikling. Hun forteller at det er stor forskjell på hvor bevisste sykepleierne er på dette, men det kom ikke fram om disse samtalene førte til konkrete planer eller tiltak for hver enkelt.

Planene for kompetanseutvikling som foreligger i avdelingen er generelle og tar utgangspunkt i erfaringslengde, men bare planene for nyansattperioden og det første året etter er ferdige. Sykepleierne følger her faste lister over ting de må kunne etter gjennomgått program, og det er utarbeidet plan over kurs og faglige aktiviteter, for eksempel tilbud om faglig veiledning og hospiteringsdag etter ett år. Planer for videre kompetanseutvikling er ikke konkretisert i postens dokumenter. Fagsykepleier i samarbeid med avdelingssykepleier vurderer, fordeler og organiserer deltagelse på ulike typer kurs i forhold til disse planene og ut fra hvilke ansvarsområder de har, og de prøver å få til at alle får noen kurs i løpet av et år. Sykehusinterne kurs er gratis, derfor velger de først og fremst kurs fra den interne kurskatalogen som de mener er relevant for avdelingen. Sykepleierne i fokusgruppen var tilfreds med kursingen av de relativt nye. Eksterne kurs forbeholdes de erfarne sykepleierne, og kan fungere som oppmuntring. De erfarne sykepleierne ønsker seg imidlertid flere interessante, eksterne kurs. Oversikten over fagtid viser at avdelingen har hatt deltagere på fire ulike kurs med direkte sykepleiefaglig innhold som ikke inngår i nyansattprogrammet.

Sykepleierne viser stort sett lite initiativ til å ville delta på kurs selv om de får informasjon om kurstilbud. Både fagsykepleier og avdelingssykepleier ønsker at sykepleierne var mer aktive i forhold til fag og læring og reflekterer over årsaken til dette:

Folk er vel ikke så veldig aktive selv, egentlig. Det er sjelden at noen kommer med et eller annet de vil. Det er eksternt smertekurs, det er i grunnen det. Litt overraskende lite. Jeg har tenkt litt på det. Er det fordi vi legger såpass mye til rette at de ikke tar noe initiativ selv? Eller er de så opptatte med at det er så travelt... at de har fokus på hverdagen, at de ikke ser så mye rundt seg? jeg vet ikke...

Imidlertid opplever begge at sykepleierne er positive til kurs og ønsker å få gå når de blir spurt. Fagsykepleier fører oversikt over hvem som får hva og hvor mye av kurs og fagtid. Dette mener både hun av avdelingssykepleier er viktig for å kunne fordele rettferdig, forstått som at alle får likt. Lesedager kan gis som kompensasjon dersom noen har fått få kurstimer. Sykepleierne ønsker rettferdig fordeling og er fornøyd med måten dette organiseres på i avdelingen.

Postens ressursområder, det vil si områder det er viktig at noen kan mer om enn de andre, er i hovedsak definert av postledelsen selv om det er mulig å komme med forslag til nye områder. Fagsykepleier sier de ønsker at interesse skal være utgangspunkt for valg av ressursområde, men sykepleierne sier at de som regel blir spurt om å overta et område som er blitt ledig når noen har sluttet, og at områdene i praksis er ganske faste.

Når det gjelder program for teamdagene, bestemmes også det av fagsykepleier sammen med avdelingssykepleier, ut fra hva de mener det er behov for. De prøver imidlertid å fange opp ønsker og behov for undervisning, ofte via gruppeansvarlig sykepleier. Fagsykepleier prøver å oppfylle disse, enten ved å undervise selv eller skaffe andre forelesere, i hovedsak leger fra avdelingen.

Høy turnover gir ustabil kunnskap og begrenser kompetanseutvikling

Alle forteller at det er høy turnover på posten, noe som oppfattes av alle som problematisk fordi kompetanse forsvinner. Sykepleierne slutter ofte etter et par år, og ofte flere samtidig. Oversikten over kursdeltagelse viser at av avdelingens 44 vanlige sykepleiere hadde 22 deltatt på nyansattkurs i løpet av året, og det var 16 sykepleiere som hadde sluttet.

Alle informantene fremhever at erfaring og kontinuitet er viktig. Avdelingssykepleier er opptatt av betydning for effektiv drift og kvalitet på sykepleien, og fagsykepleier utdyper dette med at avdelingen har mange krevende pasienter og kompliserte sykepleieoppgaver. Sykepleierne mener det er ekstra viktig med en stamme erfarne folk i en avdeling med mange uerfarne og nye. Selv om avdelingssykepleier gir uttrykk for at det er blitt noe bedre den siste tiden og at det nå er noen flere med tre-fire års erfaring, er andelen uerfarne høy og det svært få virkelig erfarne sykepleiere i avdelingen. Postledelsen opplever at sykepleierne trives i avdelingen og at stemningen generelt er positiv, og sykepleierne gir uttrykk for at avdelingen er spennende, interessant og lærerik og at de trives fordi det er godt sosialt miljø.

Hvorfor slutter da sykepleierne etter et par år? Alle informantene peker på at postens image er å være et sted folk er en kort periode for å kvalifisere seg for arbeid på andre avdelinger, et springbrett for videre karriere. Fagsykepleier mener dette imaget formidles mer eller mindre bevisst i forhold til potensielle søkere, og at dette dermed kan bli selvforsterkende. Sykepleierne gir da også uttrykk for at mange ikke ser avdelingen som et sted man blir. Fagsykepleier trekker i tillegg frem at det er svært tungt å jobbe på fordi det er travelt, de har mange pasienter som er både fysisk og psykisk krevende, og at det er mange frustrasjoner i avdelingen. Dette bekrefter sykepleierne, som spesielt vektlegger at man ikke orker det høye arbeidstempoet over tid. Avdelingssykepleier ser også travelhet som et problem i denne sammenheng, og hun mener også at avdelingen har tøff vaktbelastning, men det nevnes ikke av sykepleierne som et problem. Hun gir uttrykk for bekymring over at slitasjen på de relativt erfarne blir stor når det hele tiden er nye som skal læres opp. Både avdelingssykepleier og fagsykepleier mener at mangel på utviklingsmuligheter bidrar til at sykepleierne slutter i avdelingen etter noen år. Sykepleierne i fokusgruppa bekrefter ikke dette direkte, men som nevnt savner de tilbud om flere interessante kurs og at det tilrettelegges for dette i arbeidstiden.

Når mange slutter kommer det også mange nye inn, noen ganger 10-15 samtidig. Posten er attraktiv for nyutdannede sykepleiere fordi den regnes som et sted man lærer mye grunnet høy aktivitet og pasienter med mange ulike diagnoser og problemstillinger. For å ivareta de nye og gi dem effektiv introduksjon til arbeidet på posten har de utarbeidet et opplæringsprogram for nyansatte. Dette innebærer faste obligatoriske kursdager, dels i avdelingen og dels sentralt på sykehuset. Teamansvarlig sykepleier har ansvar for den praktiske opplæringen som skjer innen teamet. Sykepleierne hevder det er viktig med en fast sykepleier å forholde seg til i den første opplæringstiden, men når det kommer mange nye på en gang kan dette føre til at det blir tilfeldig hvem som står for opplæringen. Det er også viktig for de uerfarne å alltid ha tilgang til å spørre kjente og erfarne sykepleiere. Avdelingssykepleier sier de prøver å få til at det er en kjent fra hver gruppe på alle vakter, men at dette ikke alltid fungerer, blant annet fordi folk bytter vakter seg imellom. Sykepleierne forteller at det i hvert fall alltid er minst en kjent på posten. Så selv om alle hevder det er positiv

holdning til å spørre og få svar på ting, er det ikke alltid de som er der har så mye erfaring. Fagsykepleier forteller at dette fører til at kvaliteten på opplæring av nye blir ujevn, og avdelingens kompetanse ustabil:

- vi opplevde at ting går ut, at folk som har jobbet der kanskje tre år, de har ikke fått med seg ting. Og så plutselig så er rutiner som vi trodde var der, de er der ikke lenger. Det var ingen som visste at de skulle bestille et eller annet på natten, for eksempel,... så det har på en måte ikke blitt lært videre.

For å forsøke å bøte på dette laget hun en omfattende avkrysningsliste med konkretisering av det de må vite angående den daglige driften i avdelingen. Hun mener dette begynte å fungere bra da hun sluttet.

Til tross for opplæringsprogrammet synes fagsykepleier de nye får relativt lite opplæring før de skal i gang, noe som viser seg ved at det ”glipper” mye i starten. Både hun og avdelingssykepleier mener mange nyansatte ville hatt nytte av gruppeveiledning og mer undervisning om avdelingens pasientgrupper, men at det ikke er kapasitet til dette. Så lenge sykepleierne regnes som nye stilles det lavere krav både til ansvar og ytelse. Men både avdelingssykepleier og sykepleierne påpeker at erfaring er relativ:

-man blir jo ganske fort sett på som ikke ny lenger, da. I og med at det ikke er sånn at folk har jobbet her i ti år, liksom, så det går ikke så lang tid før du blir en av de litt kjente.

Sykepleierne gir uttrykk for at det kan være tungt og vanskelig å bli betraktet som mer erfarne enn det de faktisk er. Selv om både fagsykepleier og avdelingssykepleier mener det tar omtrent et år før nye sykepleiere fungerer godt, må de jobbe selvstendig lenge før det. For eksempel kan man bli kontaktsykepleier for studenter etter et halvt år i avdelingen.

Etter et år blir sykepleierne spurt om å være ressurspersoner for ett av avdelingens ressursområder. Siden det er så stor utskiftning av personalet fungerer ressurspersonene som viktige kunnskapsbærere om sentrale områder for avdelingen. Men også disse personene skrives ut jevnlig og ny kompetanse må bygges opp.

Høy turnover beslaglegger mye av avdelingens begrensede kapasitet og ressurser for læring. Mye av fagsykepleiers tid og oppmerksomhet må brukes til opplæring av nyansatte, og alle informantene hevder at dette går ut over de mer erfarnes læringsbehov og utviklingsønsker. Den stadige utskiftningen av ansatte gjør også at fagsykepleier hele tiden må begynne på nytt og følelsen av å aldri komme videre gjør jobben tung.

Fagsykepleier mener de erfarne har behov for oppmuntring, gode læremuligheter, tilpasset kurstilbud og at de får utfordrende oppgaver og ansvarsområder. Både avdelingssykepleier og fagsykepleier ønsker at flere gjennomfører sykehusets klinisk stige-program, både fordi posten trenger spisskompetanse og fordi de mener det kan bidra til at sykepleierne blir lenger i avdelingen. De erfarer imidlertid at mange sykepleiere mener programmet er for krevende, spesielt det å skrive oppgave og å undervise. Men to sykepleiere er i gang med trinn to, og avdelingssykepleier håper fagsykepleier etter hvert kan bruke mer ressurser på å støtte deltagerne så flere fullfører trinnene. Avdelingssykepleier håper også å få til en egen spesialistutdanning for sykepleierne innen postens fagområde som et virkemiddel for å få sykepleiere til å bli.

Oversikten over fagtid viser at de fleste av de mer erfarne sykepleierne har deltatt på ulike faglige tilbud men det er ganske store variasjoner mellom dem, og de har stort sett færre kurstimer enn nyansatte. For de som ønsker å utvikle seg videre kan dette gjøre det mindre attraktivt å fortsette i avdelingen. Den lave prioriteringen av erfarnes kompetanseutvikling kan dermed bidra til at den negative spiralen med høy turnover vedlikeholdes og at avdelingens totale kompetanse holdes nede.

Travelhet hindrer utnyttelse av postens læringspotensial

Sykepleierne mener læring og kompetanseutvikling er viktig for forsvarlighet og kvalitet på sykepleie, og gir uttrykk for at de ønsker å lære og trives med det. De hevder at de har mulighet til å lære mye på posten, og mener at læring i det daglige

arbeid er viktigere enn tilrettelagt læring. Denne oppfatningen deles av avdelingssykepleier og fagsykepleier. Sykepleierne mener det er opp til hver enkelt hvor mye de lærer, om de tar initiativ og tør å spørre. Pasientene er utgangspunkt for læringen, pasienthistorier og observasjoner er grunnlag for å spørre og diskutere med kollegaer. Erfaringer med å pleie forskjellige pasienter, ofte med komplekse sykdommer gjør at de må sette seg inn i det som trengs og lære aktuelle prosedyrer og utstyr, og de mener posten fungerer godt i forhold til å utvikle klinisk blikk:

Jeg tenker at vi får et klinisk blikk her. Godt klinisk blikk.

Hva skal til for å få det?

Å ha sett litt forskjellig. Erfaringer. Å se ting *ofte*, se noen ø-hjelp-situasjoner. Vi får både akutte og litt mer rolige tilfeller. Så du får sett veldig mye forskjellig, så på et år her så har du allerede kommet langt. Begynner å kjenne igjen ting, og kan plassere det på knagger, på en måte.

Sykepleierne oppgir at de lærer mye av hverandre, og de har erfart at det å se hverandre jobbe skaper refleksjon og setter i gang diskusjoner:

Det er det som er litt morsomt, fordi selv om du har jobbet i ganske mange år og gjort en ting hver dag, så plutselig ser du en annen måte å gjøre det på, eller noen gjør noe som var veldig smart, - det er liksom alltid forskjellige måter å gjøre ting på.

Sykepleierne lærer også av hverandre ved spontane faglige diskusjoner når anledningen byr seg i hverdagen. De liker å diskutere fag og å lære og sier det gir motivasjon og inspirasjon i hverdagen. Det at sykepleierne har kollegaer som kan ulike ting og vil lære bort er viktig, og bidrag fra nye som har kunnskap med fra andre steder regnes som verdifullt. De diskuterer når de overtar pasienter av hverandre, og vanskelige pasientkasus diskuteres i teamet for å bli enige om gode løsninger. Når de som jobber sammen om pasientene er engasjerte og diskuterer sammen stimulerer det til mer læring. Sykepleierne ser det som viktig at hele gruppa er enige om den beste måten å gjøre jobben på, for eksempel ulike prosedyrer:

- Det der med at man diskuterer forskjellige måter å gjøre prosedyrer på, som for eksempel CVK-stell. Fordi at prosedyren man har liggende kanskje ikke er like lett å forstå bestandig. Og man diskuterer seg imellom hvordan man kan gjøre det bedre, eller hvordan andre gjør det i forhold til det du gjør, og hva som er best av det.

Alle informantene beskriver imidlertid avdelingen som svært travel, og at travelheten har økt de siste årene.

Vi får dårligere og dårligere pasienter, og vi er ikke noe bedre bemannet. Så du løper, du kan ikke gå fra noen, så selv om vi løper så fort vi kan, så gjør det at vi rekker ikke ting.

Samtlige oppgir travelhet som den viktigste hindringen for læring i posten, både når det gjelder formell og uformell læring.

En konsekvens av travelhet for uformell læring er at det ikke alltid er noen tilgjengelig å spørre. Å finne svar på spørsmål selv krever tid og overskudd, noe de ofte ikke har. Travelhet gjør dessuten at de glemmer spørsmålene hvis de ikke får svar med en gang. Sykepleierne forteller at de ofte ikke finner ut av ting de lurte på jobb, og de synes ikke det er riktig å måtte bruke fritiden til dette.

De fleste pasientene klarer seg med hjelp fra en, og sykepleierne fordeler pasientene mellom seg for å rekke over alle. Muligheten for å lære av å se hverandre jobbe er derfor begrenset. Dette reduserer også muligheten for å gi hverandre respons på arbeidet. Konstruktive tilbakemeldinger, både fra pasientene og kollegaene oppfattes som viktig for læring, men savnes. De trekker fram at de indirekte ser hverandres arbeid ved at de ser resultatene av hva andre har gjort, men de glemmer lett å si noe om det fordi travelhet gjør at fokus hele tiden er på nye oppgaver, og turnusarbeid gjør at det kan gå lenge til neste gang de møtes.

Avdelingssykepleier har den oppfatning at sykepleierne diskuterer pasienter selv om det er travelt. Sykepleierne mener derimot at travelhet og det at sykepleierne jobber mye alene gjør at de ofte ikke får diskutert ting når de føler behov og ønsker det. De mener generelt de har for lite tid til både å snakke med kollegaer og med pasientene.

Travelhet går også ut over muligheten for å lære nye prosedyrer:

Vi prøver, hvis det er prosedyrer du aldri har sett eller aldri har gjort selv, at du blir med hvis du har noen som kan det, for å se hvordan de gjør det. Vi prøver å få til det i så stor grad som mulig, da, men det er ikke alltid det går.

De mener imidlertid at det å ha prosedyrer tilgjengelig elektronisk gir trygghet fordi de har mulighet for å lese der før de skal utføre prosedyrene første gang. Som nevnt er de imidlertid klar over at dette ikke er tilstrekkelig for å kunne utføre prosedyrene på den beste måten.

Faglitteraturen gir ofte ikke svar på det de trenger fordi arbeidet er så spesialisert, og sykepleierne regner derfor legene som en viktig kunnskapskilde. Noen av legene liker å forklare og tar seg tid, mens andre ikke er så interessert i å bruke tid på å undervise sykepleierne. Sykepleierne hevder at hvis man ikke er aktiv selv og tør å spørre, lærer man ikke noe av legene:

-du må gå inn for det aktivt selv, for du må jo huke tak i dem (legene). Noen ganger løper de, og så må du prøve igjen

Legene er travle og bare på posten korte perioder fordi de er opptatt med andre oppgaver, og sykepleierne sier de må ha god grunn for å ringe en lege for å spørre om noe. Fordi legene er lite til stede har de delegert mange oppgaver til sykepleierne, og legenes forventning til sykepleiernes kompetanse presser sykepleierne til finne ut av ting. Sykepleierne oppgir at de samarbeider om vurderinger og dette gjør at de lærer å jobbe selvstendig. Også andre faggrupper som smerteteam, psykolog og sosionomer bidrar til læring med å svare på spørsmål. De er velvillige når de først er til stede, men også de er travle og ikke alltid tilgjengelige. Mangelen på tverrfaglig samarbeid og planlegging gir merarbeid for sykepleierne fordi de må koordinere hjelpen fra mange profesjoner.

Travelhet går også ut over tilrettelagte, formelle læringsaktiviteter på posten. Alle informantene beklager at de har måttet kutte ut internundervisningen de hadde hver fjortende dag i arbeidstiden. Avdelingssykepleier forteller:

- det var veldig vanskelig å få folk til å gå fra. Det var travelt, og de få som var på undervisning, de satt kanskje litt og tenkte at de egentlig skulle gjort noe annet. Og så blir det litt kjedelig for den som underviser når det sitter tre stykker der. Det var veldig pes, det ble veldig masete. Så droppet vi det og prøvde med disse teamdagene. Men det er klart at jeg ønsker meg at vi kan ha mer internundervisning også i tillegg, fordi folk ønsker det, og alle, jeg også, er veldig hungrig på å få undervisning, lære nye ting.

Undervisning på teamdagene begrenser seg til en halv dag to ganger i året. Siden teamdagene er eneste anledning til å nå alle, blir mye av undervisningstiden brukt til viktige felles informasjon og undervisning om nye administrative prosedyrer og rutiner, som avvikshåndtering og dataopplæring. Dette har ført til at det blir lite plass til sykepleiefaglig undervisning knyttet til postens pasientgrupper.

Fagsykepleier prøver å fange opp undervisningsbehov fra sykepleierne, men erfarer at det er vanskelig å gjennomføre undervisning i det daglige:

Hvis det er noe de føler de trenger mer kunnskap om så prøver jeg å ordne det. Men jeg kan ikke bare ta en times undervisning, fordi at det er jo ingen som klarer å få satt seg ned den timen. Så det blir alt for lite.

Det er riktignok noe undervisning på et ukentlig fellesmøte med legene, men svært få av sykepleierne har tid til å delta. Sykepleierne ønsker undervisning av kollegaene sine, ikke bare av leger, og de mener det er sykepleiere på posten som kan og vil undervise. De mener det kan være enklere å få til mer undervisning innen hvert team, og at de i det hele tatt kan utnytte læringspotensialet i teamene bedre.

Mangel på tid gikk også ut over den pålagte gjennomføringen av sertifisering på alt av postens medisinsk tekniske utstyr. Fagsykepleier lagde opplegg for sertifisering på en av pumpene, men fikk ikke gjennomført testene da sykepleierne ikke hadde tid til å gå fra pasientene, og sertifiseringen ble derfor oppgitt inntil videre.

Etter planen skal alle etter et år få en studiedag pr år til lesedag eller hospitering, når det passer for posten. Sykepleierne er for så vidt fornøyd med studiedag og ønsker flere, men oppgir at de egentlig har lite erfaring med det, fordi det ikke er så ofte dagene blir brukt. Fagsykepleier forteller at det vanskelig å planlegge hospitering fordi det er vanskelig å forutsi om det er mulighet for å gå fra den aktuelle dagen, men at de prøver å få til noe på kort varsel dersom det kommer en litt fredeligere periode. Ifølge oversikten fikk 26 av sykepleierne fagdag i året før, men det står ikke noe om hvordan dagene ble brukt. Sykepleierne ønsker også mer tid til å lese fag i det daglige, noe som er vanskelig å få til både på grunn av travelhet og mangel på egnet sted å lese:

- for vi har jo ikke noe rom der du kan lukke igjen døren og faktisk få sitte i fred, da må du må ut av avdelingen. For på vaktrommet hos oss, - det er greit nok at du kan sette deg ned og lese, men det er begrenset hvor mye du får med deg når det faktisk står 7-8 andre folk rundt deg og bla-bla-bla-bla... Vaktrommet er altså som en summende...telefonen ringer hele tiden, - du føler at du må *gjøre noe* når du er der inne, og noen annen plass er det jo ikke å være.

Det at lesing av fag i arbeidstiden ikke regnes som ”å gjøre noe” gjør det ekstra vanskelig å sette seg ned for å finne ut av ting. De forteller at det heller ikke blir så

mye lesing hjemme fordi de da er slitne. Sykepleierne oppgir imidlertid at studenter i avdelingen fremmer læring, fordi de da føler at de *må* finne svar når studentene spør.

Etter et år får sykepleierne tilbud om gruppeveiledning, noe de er veldig godt fornøyd med. De mener det bidrar til å se ulike perspektiver på situasjoner, renske opp i frustrasjoner og redusere psykiske belastninger på jobb. Redusert kapasitet for å ta folk ut fra driften har halvert tilbudet fra to grupper til en, og deltagerne må derfor bytte på etter ½ år slik at flere får nytte godt av dette.

Fagsykepleier lider også under tidspress, og hun mener det langt fra er samsvar mellom oppgaver og handlingsrom. Oppgavene knyttet til alle de nyansatte blokkerer for andre funksjoner og spesielt de erfarne sykepleiernes læringsbehov lider. Hun har også vanskelig for å skjerme seg selv når hun ser oppgaver som må gjøres

- i det daglige så blir det mye fikse og ordne ting som ikke er på plass, for folk har det så travelt at de har ikke tid til å løpe og hente ting eller gjøre ting. Så du blir litt sånn som ordner opp.

Resultatet er at hun ikke overkommer alle oppgavene og føler at hun ikke gjør en god jobb. Hun får lite tid til å forberede kurs og undervisninger, og egen faglige oppdatering lider også. Oversikten viser at hun er blant de med aller færrest timer fagtid.

Hun har heller ikke hatt tid til å jobbe ute i avdelingen, noe hun både ønsker og ser er nyttig for å være rollemodell, fange opp behov for læring, være tilgjengelig for spørsmål og diskusjoner og å bli kjent med sykepleierne. Hun mener tid sammen med sykepleierne er viktig for å bygge opp tillit, noe som er en forutsetning for at de skal tørre å komme med spørsmål.

Det nye pålegget om at alle skulle sertifiseres på alt medisinsk teknisk utstyr ble i sin helhet delegert til postene, og medførte at fagsykepleier både måtte lage og gjennomføre testene. Den store mengden utstyr og antall personer som skulle testes, uten at tid var avsatt til det bidro til at dette ble en uoverkommelig oppgave. Det å ikke makte å gjennomføre lovpålagte oppgaver opplevdes spesielt tungt, demotiverende, frustrerende og slitsomt, og bidro til at hun til slutt ikke maktet mer og sluttet.

Også avdelingssykepleier merker tidspresset i sin rolle. Mye tid og oppmerksomhet går med til administrasjon, møter og omorganiseringer, og det blir mindre tid enn hun ønsker ute i avdelingen. Det daglige avdelingsansvaret overlates da til assisterende avdelingssykepleier, eventuelt fagsykepleier. Dette gjør at kontakt og tilgjengelighet i forhold til sykepleierne lider, noe hun ikke er glad for. Hun har medarbeidersamtaler med alle i avdelingen og har som mål å ha kontakt med alle for kunne forstå hvordan de har det. Men det er mange ansatte å holde oversikt over og utskiftningene gjør det ikke enklere, og det kan være vanskelig å se alle. Det blir også lite tid og anledning til egen faglig utvikling, og hun skulle gjerne deltatt på flere faglige kurs og hatt tid til å lese mer. På oversiktslista hadde da også hun færrest timer fagtid av alle.

Belastninger i jobben reduserer nødvendig overskudd for læring.

Sykepleierne beskriver travelheten knyttet til det daglige arbeid som overskyggende, og at arbeidet i avdelingen oppleves som hardt, både fysisk og psykisk. Sykepleierne opplever at det sliter psykisk å ha ansvar for pasienter med triste skjebner, som unge cancerpasienter:

Som sagt så var det nå to som døde.. etter flere måneder her. Da mister en litt piffen, rett og slett, til å lære mer.

Også det å få mye ansvar tidlig kan oppleves som belastende, noe som forsterkes av at legene er lite på posten og overlater mye til sykepleierne:

Og så, hvis du har en dårlig pasient, og legen er opptatt og han spør, i telefonen, liksom: Er det kritisk? ..du må liksom se sånne ting selv da.- Det kliniske blikket. Må være skjerpet. Det er kanskje det som gjør at det er psykisk tungt også, at du må hele tiden være skjerpet.

Ofte er det turnuskandidater som går visitt, og de er avhengige av at sykepleierne kan og vet. Noen mener det er positivt å få delegert mye legearbeid og ansvar. Men for uerfarne sykepleiere kan det oppleves belastende og som ansvarsfraskrivelse fra legenes side.

Også den høye pasient-turnoveren i avdelingen kan være belastende:

hvis du har sittet en hel dag og jobbet med folk som skal reise, kanskje sitter overtid og... ja, ofrer deg virkelig, og så ramler det inn nye pasienter igjen like fort, så du har overfylt avdeling med en gang du har sendt dem ut, eller mange ganger før de har reist... Av og til føles det hele litt sånn fånyttes, på en måte, og du kan bli sliten.

De forteller at hvis innsatsen blir sett og de får anerkjennelse av andre motvirker det at dette sliter på motivasjonen.

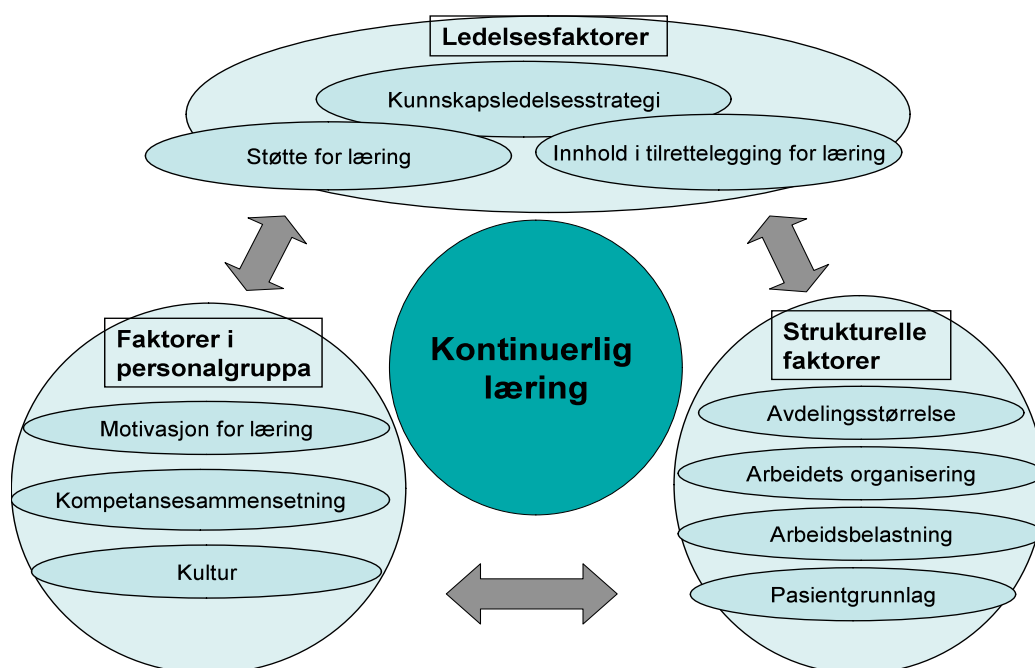
Summen av fysisk og psykiske belastninger i arbeidet gjør at sykepleierne blir slitne og ikke har det nødvendige overskuddet de mener trengs for å engasjere seg i læringsaktiviteter.

6. Diskusjon

I dette kapitlet skjer en abstraksjon av funnene til et generelt nivå. Dette foregår gjennom refleksjon over hva funnene fra de to postene sier om hvordan sykehusavdelinger allment fungerer som kontekst for kontinuerlig læring for sykepleiere. Dette gir grunnlag for drøfting opp mot teori, det Kvale (2006) beskriver som analyse på teoretisk nivå.

6.1 Hvordan formes læringskonteksten?

Funnene viser at hver post sin unike læringskontekst formes i et komplekst og dynamisk samspill mellom ledelsesfaktorer, faktorer i personalgruppa og strukturelle faktorer, slik figur 4 illustrerer. De viktigste delfaktorene når det gjelder ledelse er utformingen av kunnskapsledelsesstrategien, avdelingssykepleiers støtte for læring samt innholdet i tilretteleggingen for læring. Når det gjelder de strukturelle faktorene er arbeidets organisering, postens størrelse, pasientgrunnlag og arbeidsbelastning av stor betydning, mens viktige faktorer i personalgruppa er erfarings- og kompetansesammensetning, kultur og motivasjon for læring.



Figur 4 Forenklet modell av læringskonteksten. © Mette Tøien 2008

Jeg velger å ta utgangspunkt i ledelsesperspektivet i diskusjonen for å belyse hvordan sengeposter fungerer som kontekst for kontinuerlig læring. Dette er et fruktbart perspektiv med tanke på å gi innspill til hvordan ledere kan bidra til å utvikle miljøer som fremmer kontinuerlig læring.

Studien viser at leders valg og gjennomføring av kunnskapsledelsesstrategi har innflytelse på et bredt spekter av forhold som inngår i læringskonteksten og som derved påvirker sykepleiernes læringsvilkår. Det er derfor ikke strategiene i seg selv, men hvordan de virker i forhold til å utvikle de menneskelige ressursene som avgjør resultatene for organisasjonene, med tanke på kunnskaper, holdninger, ferdigheter, motivasjon og adferd (Kuvaas, 2008). Kunnskapsledelsesstrategi avgjør hvordan lederrollen utformes, hvem som tar beslutninger knyttet til læring, hvordan relasjonen mellom leder og medarbeidere er og hva slags læring som vektlegges (Dimmen, 2005). Kunnskapsledelsesstrategien gir derfor føringer for innhold i tilrettelegging for læring og for støtte for læring. I tillegg har avdelingssykepleier mulighet for å påvirke strukturelle faktorer og faktorer i personalgruppa, både direkte og indirekte. På den annen side har hver post sitt strukturelle særpreget som gir føringer både for læringsmuligheter og ledelse, og tilsvarende for faktorer knyttet til personalgruppa. Læringskonteksten formes derfor som et dynamisk samspill mellom disse faktorene, der endringer i en faktor medfører endringer for helheten. Diskusjonen vil derfor dreie seg om hvordan avdelingssykepleiers strategier og gjennomføringskraft påvirker sykepleiernes mulighet og motivasjon for læring.

Selv om kunnskapsledelsesstrategiene er ulike på de to postene har kunnskapsledelse på begge steder karakter av teamarbeid mellom avdelingssykepleier og fagsykepleier, der godt samarbeid er en forutsetning for at de valgte strategiene blir fulgt. I den videre drøftingen vil derfor uttrykket ”postledelsen” uttrykke dette samarbeidet.

6.2 Avdelingssykepleier velger postens kunnskapsledelsesstrategi

Et sentralt funn er at de to postenes strategier og mål for læring fremstår som gjennomgripende ulike. Dette viser at det er manglende kobling mellom overordnede mål og visjoner og postenes strategier for læring, noe som er et overraskende funn. Dette kan delvis forklares med at sykehus som organisasjoner er preget av løse koblinger, der stor grad av makt og ansvar er delegert til lederne for de enkelte enheter (Jacobsen, 2004). Dessuten kan dobbeltheten i de overordnede kravene: at sykehus både skal være kunnskapsorganisasjoner og markedsaktører, gi uklare føringer for avdelingssykepleierne. Disse målene baserer seg på ulike og delvis motstridende verdier og realiseres gjennom ulike strategier (Dimmen, 2005). Dette åpner for at avdelingssykepleierne kan velge å prioritere ulikt i forhold til kunnskapsledelse. På den annen side skulle man tro organisasjonen forventer resultatrapportering i forhold til alle overordnede mål. Det er derfor vanskelig å forklare hvorfor den overordnede ledelsen aksepterer de store variasjonene i resultater på sentrale områder som studien finner. En nærliggende forklaring kan være at det pålagte kravet om innsparinger kan gjøre at økonomiske resultater overskygger andre uttrykte verdier og mål som kompetanse, kvalitet og stabilitet. Dette støttes av at den overordnede ledelsen i sykehus blir målt på definerte kvantifiserbare kvalitetsindikatorer og på økonomi, det vil si etter New Public Management-logikk med fokus på mål og resultatstyring (Christensen et al., 2004) og ikke etter mål som fanger opp sykehus som kunnskapsorganisasjoner. NPM har en tendens til å måle det som er lett og måle, mens andre faktorer av mer kvalitativ karakter blir oversett og nedprioritert (Christensen et al., 2004). Sykepleiekompetanse knyttes i stor grad nettopp til kvalitative mål som hverken synes på sykehusenes kvalitetsindikatorer eller gir uttelling i det DRG-baserte finansieringssystemet. Studien viser da også at avdelingssykepleierne hovedsaklig opplever press på å levere på økonomiske resultater og at den overordnede ledelsen i liten grad bryr seg om og med sykepleiernes læring og kompetanseutvikling. De formulerte, men ikke prioriterte målene knyttet til sykehus som

kunnskapsorganisasjoner fremstår derved som ”påståtte verdier” i tråd med det Jacobsen (2004) kaller ”organisatorisk hykling”.

Disse forholdene knyttet til sykehusets organisering gir avdelingssykepleier mulighet for å velge svært ulike kunnskapsledelsesstrategier, noe studien også viser at de gjør.

Som leder for sykepleietjenesten på postene må avdelingssykepleier også forholde seg til profesjonens krav. Norsk sykepleierforbund sier i sitt dokument ”Sykepleier med lederansvar – god på fag og ledelse” at det faglige ansvaret innebærer å skape rammer og muligheter for at den enkelte sykepleier opprettholder og utvikler sin faglige kompetanse, og at sykepleieledere skal målbære kunnskapsorganisasjoners visjoner der faglig utvikling og kompetanseheving er i fokus (NSF, 2005). Begge ledere gir uttrykk for at tilrettelegging for læring er viktig for sykepleiernes kompetanse.

Imidlertid tenker de ulikt om hva slags læring som er viktig å tilrettelegge for. Dette er i tråd med Eraut et al. (2004) som hevder at leders kunnskap og læringsorientering påvirker læring på arbeidsplassen. Sykepleieteori (Kim, 2000; Kirkevold, 2002) beskriver kunnskapsgrunnlaget i sykepleie som sammensatt av ulike typer kompetanse og at kunnskapsgrunnlaget utvikles gjennom et samspill av ulike læringsformer der sosiale læreprosesser står sentralt. Både teori og forskning beskriver betydningen av uformelle læreprosesser for læring og kunnskapsutvikling i kunnskapsorganisasjoner (Dysthe, 2001; Nonaka, 1994; Sveiby & Simmons, 2002) også for sykepleie (Bjørk, 2003; Eraut et al., 2004; Nilsen, 2005). Dette skulle derfor støtte en kunnskapsledelsesstrategi som tilrettelegger for videreutvikling av kunnskap både som ressurs og prosess.

Allikevel viser studien at en av postene i all hovedsak tilrettelegger for formell læring og eksplisitt kunnskap. En forklaring på dette kan være at avdelingssykepleierne står under press fra kunnskapstradisjoner som ikke vektlegger uformell læring. Dette gjelder som nevnt den NPM-orienterte overordnet ledelsen (Dimmen, 2005; Newell et al., 2002), men også avdelingsledelsen som i tillegg er preget av medisinsk, naturvitenskaplig logikk (Hernes, 2002). Mantzukosas & Jasper (2004) hevder at utvikling av sykepleiernes sammensatte kunnskapsgrunnlag blir blokkert av

profesjoner med mer makt i sykehushierarkiet fordi de kun anerkjenner og verdsetter læring som samsvarer med deres eget kunnskapsgrunnlag.

En annen forklaring på valg av kunnskapsledelsesstrategi der formell læring prioriteres, kan være at avdelingssykepleier har uklar bevissthet om sykepleiefagets kunnskapsgrunnlag. Sykepleierutdanningen har vært preget av ulike kunnskapssyn og ideologier opp gjennom tiden, der vektlegging av formell og uformell kunnskap har variert (Melby, 1990) noe som kan medføre ulik forståelse av faget.

Det kan også skyldes mangelfulle kunnskaper om betydningen av kollektive læringsformer, eller formening om at uformell læring ikke trenger tilrettelegging. Lederutdanningen vil også kunne være preget av ulike tradisjoner og ideologier, både knyttet til kronologi og utdanningsinstitusjon. Eraut et al. (2004) hevder at lederutdanninger har fokusert lite på støtte for medarbeidernes læring, og spesielt på hvordan uformell læring kan fremmes. I følge Kramer et al. (2007) endret avdelingssykepleierrollen seg i USA i løpet av 1990-tallet fra å være en administrator med fokus på kontroll til å være en leder med fokus på menneskene i organisasjonen, kultur og utviklingsprosesser. Også i Norge har det vært lite fokus på kunnskapsledelse og uformelle læreprosesser i sykehusledelse inntil relativt nylig (Christensen et al., 2004). Det kan derfor tenkes at manglende kunnskaper begrenser leders repertoar og valgfrihet vedrørende kunnskapsledelsesstrategi. Kompetanse i forhold til hva og hvordan man fremmer ulike kunnskapsformer som er i tråd med nåværende definisjon av sykepleierkompetanse og læring i kunnskapsorganisasjoner er derfor en forutsetning for effektiv tilrettelegging. Studien viser at mens begge lederne hadde sin sykepleier – og lederutdanningene fra relativt mange år tilbake, hadde leder på post 1 kontinuerlig videreutviklet og oppdatert sin kompetanse mens leder på post 2 ikke hadde prioritert dette i samme grad.

Avdelingssykepleier må ta hensyn til postens strukturelle faktorer når hun skal velge kunnskapsledelsesstrategi. Spesielt postens størrelse gir føringer for hvordan den ledes og organiseres. I følge Kuvaas vil det være problematisk å velge en ledelsesmodell som baserer seg på personlige relasjoner i en så stor enhet som post 2 (personlig

meddelelse på mail som svar på spørsmål). Dette fordi det er begrenset hvor mange medarbeidere en leder kan klare å bli kjent med og opparbeide en tillitsfull relasjon med (Kuvaas, 2008). Også SINTEF Helse konkluderer med at det er en umulig oppgave for en leder å følge opp over 50 medarbeidere (Harsvik, Kjekshus, Lippestad, Mortensen & Vareide, 2005). De hevder at i en slik sammenheng kan utvikling av lederes kompetanse i forhold til kunnskapsledelse være lite virkningsfull, det er de organisasjonsstrukturelle betingelsene som må endres (Harsvik et al., 2005). En stor post har derfor begrensninger for valg av kunnskapsledelsesstrategi, noe en mindre post ikke har. Leders valg av strategi på Post 2 med en hierarkisk struktur der en besluttende leder delegerer oppgaver knyttet til læring til fagsykepleier og gruppeledere, kan derfor ikke bare fremstå som hensiktsmessig, men som nødvendig.

6.2.1 Hva slags kunnskapsledelsesstrategier er det da de to postene har?

Det er grunnlag for å betrakte strategien på post 1 som i tråd med kunnskapsledelse i lærende organisasjoner, slik den er beskrevet av Dimmen (2005), illustrert i Figur 3 (kap.3.2.2). Ledelse på post 1 knyttes til påvirkning av medarbeiderne, og lederrollen defineres som en som søker å utvikle og motivere alle medarbeiderne sine. Dette er i tråd med det Jacobsen (2004) beskriver som deltagende, delegerende og støttende ledelse, der målet er å skape engasjement hos de ansatte. Kunnskap betraktes både som ressurs og prosess, men i tråd med Dimmen (2005) legger leder hovedvekt på sosiale læreprosesser i det daglige arbeid. Leder fokuserer på hver enkelt medarbeiders profesjonelle utvikling og oppmuntrer til, aktivt støtter og belønner læring og kunnskapsdeling, og organiserer virksomheten slik at mulighet for arbeidsdeling og kunnskapsdeling maksimeres, slik Newell et al. (2005) beskriver. Avdelingssykepleier gir tydelig uttrykk for at kontinuerlig læring er en nødvendig, integrert del av arbeidet og derfor i liten grad mulig å nedprioritere, noe som gjør at hun kontinuerlig arbeider for ressurser som muliggjør dette. Både Jacobsen (2004) Kuvaas (2008) og Nonaka (1994) understreker betydningen av å ha romslige nok tidsrammer til å inkludere både

arbeidsutførelse og læreprosesser. Vektleggingen av personlig relasjon og direkte kommunikasjon mellom leder og medarbeidere, stor grad av medbestemmelse og autonomi knyttet til hva som skal tilrettelegges for av læring samt ansvarliggjøring av hver enkelt i forhold til egen læring er alle faktorer som samsvarer med kunnskapsledelsesstrategi i lærende organisasjoner (Dimmen, 2005). Posten har en tydelig leder, og hennes innflytelse kommer blant annet til uttrykk gjennom å samordne og balansere de ansattes ønsker med organisasjonens strategi, økonomiske rammer samt postens og pasientenes behov, også dette i tråd med tenkningen i lærende organisasjoner (Dimmen, 2005). Er det forhold ved post 1 sin strategi som ikke passer med denne modellen? Vi kan se en viss grad av paternalisme knyttet til endringsprosesser og krav om at alle skal lære. Dette balanseres imidlertid for en stor del ved at begrunnelsen er knyttet både til kvaliteten på tjenesten og at det erfaringsmessig er til den enkeltes beste. Det er dessuten romslighet for ulikhet og det gjøres individuelle tilpasninger.

Post 2 sin strategi har få trekk til felles med kunnskapsledelse i lærende organisasjoner (Dimmen, 2005), men har mange trekk til felles med kunnskapsledelse i New Public Management-organisasjoner, slik den beskrives av Dimmen (2005), illustrert i Figur 2 (kap.3.2.1). Kunnskapsledelsesstrategien er ikke så tydelig som på post 1, og leder har ikke like klare prioriteringer i forhold til læring. I følge Jacobsen (2004) er da heller ikke det å stimulere til og legge til rette for læring en sentral del av lederrollen i denne modellen. I følge Christensen et al. (2004) er hovedfokus i NPM-ledelse på effektivitet og produksjon, på å øke pasientgjennomstrømmingen med lavest mulig utgifter. Gjøre mål prioriteres, og bruk av tid og ressurser på læringstiltak vil måtte legitimeres som nødvendig i forhold til å opprettholde eller øke produksjon, for å oppfylle lovens (minste-)krav eller for å få høy nok kvalitet på målbare kriterier til å være konkurransedyktige (Jacobsen, 2004).. Avdelingssykepleier anser læring som viktig, men læringstiltak må vike fordi drift og økonomi prioriteres. Sterkt lederfokus på beslutninger og struktur knyttet til læring, og lite vekt på medvirkning er også i tråd med sentrale trekk ved NPM-strategien (Newell et al., 2005). Postledelsen definerer postens kompetansebehov og sørger for at alle følger de oppsatte planene for kompetanseutvikling. Dette samsvarer med NPM-tenkning der ledelsen bestemmer

hva slags kompetanse de ansatte må ha for å nå strategiske mål (Newell et al., 2005). Posten tilrettelegger i hovedsak for formell læring, i tråd med at læringstiltakene i denne kunnskapsledelsesstrategien har fokus på kunnskap som ressurs (Dimmen, 2005). Relasjon mellom leder og medarbeider er lite vektlagt, og ledelsens beslutninger iverksettes gjennom informasjon og delegering av oppgaver til lavere trinn i hierarkiet, noe som også er i tråd med NMP-strategi (Dimmen, 2005).

Er det trekk som peker i andre retninger enn NMP-strategi? Studien viser at leder gir uttrykk for ambivalens knyttet til forholdet mellom ressurser til læring og drift. Dette tolker jeg som et uttrykk for at hun ønsker å gjøre mer for å fremme læring, men at hun føler seg maktesløs i argumentasjonen med den overordnede ledelsen om ressurser. Leder oppmuntrer til uformell læring, og tilrettelegger til en viss grad for planlagt refleksjon gjennom faglig veiledning. Men det er ikke aktiv tilrettelegging for å fremme muligheter for uformell læring i det daglige arbeidet. Hun ønsker også medvirkning og engasjement i forhold til læring, og ønsker å kunne tilby flere og bedre læringsmuligheter. Dette kommer imidlertid ikke til uttrykk i virkemidler og handling.

I den videre diskusjonen vil disse to postenes ulike strategiene brukes som eksempler på strategier på et generelt nivå.

6.3 Hvilke konsekvenser har leders valg av kunnskapsledelsestrategi for hvordan postene fungerer som kontekst for kontinuerlig læring?

6.3.1 Spiller det noen rolle hvem som bestemmer angående læring?

Begge poster tilrettelegger for formell læring, men sykepleierne har ulike muligheter for å påvirke innholdet i disse læringsaktivitetene. Dette har sammenheng med postenes kunnskapsledelsesstrategier. Mens medbestemmelse og autonomi i en post 1-strategi ikke bare er mulig men en uttrykt forventning fra leder, er mulighetene for

dette i post 2-strategi svært begrenset. Autonomi, forstått som mulighet for å gjøre valg ut fra egne preferanser, er en nøkkelkomponent knyttet til indre motivasjon (Deci & Ryan, 1990). Selvbestemmelsesteori (Deci & Ryan, 1990) forklarer hvordan et autonomistøttende miljø som oppfyller medarbeidernes grunnleggende behov for autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet fører til økt grad av indre motivasjon og selvopplevd mestringstro. Ledelsens betydning i tilretteleggingen av et slikt autonomistøttende miljø understrekes, og innebærer i denne sammenheng å oppmuntre initiativ og maksimere muligheter for valg innenfor definerte rammer (Gagne & Deci, 2005). I tråd med dette viser funnene at sykepleierne på post 1 kjenner rammene for faglige aktiviteter og viser stor grad av initiativ og engasjement for læring både knyttet til individuelle planer og felles læringstiltak. De opplever også at de får lære det de trenger og ønsker. På post 2 derimot er sykepleierne usikre på rammene for faglige aktiviteter, tar lite initiativ til læringsaktiviteter og engasjementet i ulike aktiviteter er moderat. Bortsett fra at de lite erfarne er relativt tilfreds med den tilrettelagte formelle læringen, gir sykepleierne uttrykk for utilfredsstilte kunnskapsbehov. Noe av ulikhetene som studien viser i engasjement, motivasjon og initiativ i forhold til læringsaktiviteter kan derfor forklares ut fra ulik støtte for autonomi og mulighet for å påvirke innholdet i de formelle læringsaktivitetene. Lite initiativ på post 2 kan også uttrykke resignasjon etter erfaringer med at ønsker om undervisning og læringsaktiviteter ikke oppfylles på grunn av travelhet og manglende ressurser, slik funnene beskriver.

Imidlertid er mange læringsaktiviteter på begge poster obligatoriske, pålagt fra sykehuset sentralt. Post 2 strever med å gjennomføre disse påleggene, mye på grunn av manglende ressurser og prioritering av læring. På post 1 viser sykepleierne imidlertid gjennomgående stort engasjement også i forhold til disse aktivitetene, og det kan se ut for at fagsykepleiers måte å tilrettelegge for læring spiller en vesentlig rolle. Hun arbeider bevisst med å gjøre felles tester og læringsaktiviteter morsomme, ufarlige og lite konkurransepregede for å få med alle. Dette er i tråd med å fremme et mestringsklima, noe som er vist å ha positive effekter både på motivasjon og prestasjoner i ulike sammenhenger som skole og idrett (Cock & Hallvari, 2001; Roberts, 2001). I tillegg er det et vesentlig poeng at et autonomistøttende miljø, som

post 1 i stor grad har, fører til økende grad av indre motivasjon også for oppgaver som i seg selv ikke er så interessante (Gagne & Deci, 2005). I læringssammenheng betyr det at sykepleierne i et autonomistøttende miljø blir motivert for læring knyttet til områder som oppleves som viktige, selv om disse læringsaktivitetene ikke oppfattes som givende i seg selv.

En annen faktor ved innholdet i læringsaktiviteter som kan påvirke motivasjon og engasjement, uavhengig av beslutningsforhold, er hvorvidt læringsaktivitetene som tilbys oppleves som relevante. Opplevd relevans regnes som nødvendig i forhold til å motivere voksne til læring (Dealey, 1995). Dette forklares motivasjonsteoretisk av Raynors instrumentalitetsteori (Gjesme, 1996), som enkelt sagt viser at opplevd viktighet av et tiltak for å nå mål påvirker motivasjonen. Mens en stor grad av valgmulighet og medbestemmelse knyttet til læringsfokus nødvendigvis innebærer opplevelse av relevans i en post 1-setting, er det naturlig å tenke at det vil være variasjoner av ”treff” mellom ledelsens definisjon av hva som er relevant og hva den enkelte sykepleier opplever i en post 2-setting. At nyansattes læringsbehov dekkes relativt godt gjennom et lederdefinert program kan forklares med at erfarne ledere har god oversikt over hva nyansattes læringsbehov i posten er. Nyansattes læringsbehov karakteriseres av behov for oversikt, sikkerhet og trygghet (Alsvåg, 2007) det vil si at behovene for denne gruppen er relativt stabile og homogene. Funnene tyder imidlertid på at dette ikke i samme grad er tilfelle hos de mer erfarne sykepleierne. Det at de erfarne sykepleierne ønsker seg kurs og læringstiltak som er interessante – ikke bare relevante kan tyde på at autonomibehov knyttet til faglig utvikling blir mer viktig for sykepleiere når de har oppnådd et visst nivå av trygghet og oversikt. Det at nettopp autonomi er et av grunntrekkene i profesjonell sykepleieutøvelse kan støtte denne antagelsen (Havens & Aiken, 1999; Manojlovich, 2005).

Avdelingssykepleiers kunnskaps- og læringssyn påvirker hvem som får tilgang til hvilke læringstiltak. Rettferdig fordeling fremheves som sentralt i forhold til å opprettholde tillit i kulturen (Kane-Urrabazo, 2005; Kuvaas, 2008) og forutsigbarhet og rettferdighet ble i en annen studie fremholdt som vesentlig for opplevelse av kontroll over egen deltagelse i læringsaktiviteter (Kirchoff, 2005). På post 2

organiseres tilgang til læringstiltakene etter et oppsatt program som sikrer at alle etter hvert ”får” den kompetansen postledelsen definerer som nødvendig. Likt tilbud til alle oppfattes som rettferdig, og tilbudet av læringsaktiviteter er forutsigbart for deltagerne og oversiktlig å administrere, tilrettelegge og kontrollere for ledelsen. Imidlertid påvirker erfarings – og kompetansesammensetningen i personalgruppa leders prioritering når ressursene er knappe. Den høye turnoveren gjør at de nyansattes kompetansebehov dominerer, og det gjør at de mer erfarnes behov må vike.

På post 1 skjer tilgang til ulike læringsformer etter mer komplekse og fleksible ordninger. Tilrettelegging for kollektive, uformelle læreprosesser favner alle, mens tilgang til mer formelle læringsaktiviteter dels er felles for alle, dels basert på individuelle ønsker og behov knyttet til de individuelle utviklingsplanene. Til tross for at dette ikke gir samme grad av likhet og forutsigbarhet for alle opplever sykepleierne også på denne posten at fordelingen er rettferdig. De forklarer dette med at rettferdighet her knyttes til lik mulighet, innefor kjente og aksepterte kriterier og rammer for støtte. Dette er i tråd med selvbestemmelsesteori, der en forutsetning for å skape et autonomistøttende miljø er at leder klargjør rammene for medarbeidernes valgmuligheter (Gagné & Deci, 2005).

6.3.2 Hvilke konsekvenser har ulikhet i tilrettelegging for uformell læring?

Sykepleierne i denne studien forbinder uformell læring med det å bli erfarne og dyktige sykepleiere, noe som innebærer utvikling av klinisk blikk, observasjonsevne, klinisk vurderingsevne, praktiske ferdigheter samt kunnskap om postens rutiner og systemer, vurdering av faglig standard og hvordan takle utfordrende pasientsituasjoner. Uformell læring anses som den viktigste form for læring av sykepleierne på begge poster, og de knytter den til erfaringer i det daglige arbeidet og til å lære av og sammen med andre. Betydningen av uformell læring er i samsvar med en annen norsk studie (Thiedemann, 2005) som fant at sykepleieres læring primært er knyttet til prosesser i det lokale, sosiale praksisfellesskapet. Innholdet i uformell læring er i samsvar med Erauts ”The challenge of the work itself” og ”Learning from

other people” (Eraut et al., 2004). Selv om uformell læring er et ”automatisk” resultat av å delta i et praksisfellesskap, og regnes som viktigst også på avdelingen der det ikke er spesielt tilrettelagt for slik læring, viser funnene at det er stor ulikhet i mulighet for uformell læring mellom postene. Eraut et al. (2004) hevder at mulighet for variasjon i utfordringer og tilgang til fellesskap med dyktige medarbeidere som vil dele kunnskap påvirker muligheten til å utnytte postens læringspotensial. I denne studien kom det fram at variasjon i utfordringer og arbeidsoppgaver, engasjement for læring, mulighet for å jobbe sammen, tilgang til erfarne kollegaer som er villige til å dele kunnskap samt tid til å lære av hverandre, til refleksjon over erfaringer og til faglige diskusjoner var av betydning for uformell læring. Det vil derfor i fortsettelsen diskuteres i hvilken grad variasjonen i disse faktorene kan forklares ut fra ulikheter i kunnskapsledelsesstrategi.

Tilgang til erfarne sykepleiere.

Det er stor forskjell på det relative antallet erfarne sykepleiere på de to postene. Erfaring er ikke nødvendigvis ensbetydende med å være ekspert, allerede Florence Nightingale påpekte at det ikke er antall år, men de observasjoner man har gjort som avgjør om man er blitt en klokere sykepleier (Nightingale, 1997). I følge situert læringsteori (Lave & Wenger, 2003) er det å ha ”mestere” i arbeidsfellesskapet en forutsetning for utvikling av mindre erfarne medarbeideres sammensatte kompetanse. Betydningen av å ha kontinuerlig tilgang på erfarne, kompetente sykepleiere som kunnskapsbærere understrekes også (Eraut, 2004; Thiedemann, 2005).

Avdelingssykepleier har mulighet for å påvirke postens kompetansesammensetningen gjennom å påvirke turnover. Mens post 1 har en moderat turnover og relativt mange erfarne sykepleiere, som gjør det enkelt for de nye å få tilgang til erfarne kollegaer, har post 2 høy turnover og svært få erfarne sykepleiere, noe som medfører at tilgangen på å lære av erfarne sykepleiere er problematisk. Er det faktorer i postenes kunnskapsledelsesstrategier som kan forklare dette? Post1-strategi er basert på relasjon, der leder og medarbeidere kjenner og har tillit til hverandre. Post 2-strategi er basert på ledelse gjennom hierarki, struktur og kontroll. En internasjonal studie viste at

organisasjoner med kontrollbaserte ledelsesstrategier har dobbelt så stor turnover som de med forpliktelsesbaserte ledelsesstrategier (Kuvaas, 2008). Tilsvarende viste funn i en stor studie fra sykehus i USA at mangel på støtte fra nærmeste leder var blant de hyppigst oppgitte grunnene for å slutte (Kramer et al., 2007).

Mens sykepleierne på post 1 i stor grad opplever støtte for læring og utvikling i tråd med egne preferanser, ivaretar en post 2-strategi ikke læringsbehovene i samme grad, spesielt for de litt mer erfarne sykepleierne. Dysvik & Kuvaas (2008) finner at medarbeidere som ikke opplever at de får adekvate utviklingsmuligheter har økt turnoverintensjon, mens de som har en positiv oppfatning av arbeidsplassens læringsmuligheter, har signifikant lavere turnoverintensjon. Videre viser funnene at post 1-strategi støtter indre motivasjon gjennom stor vekt på autonomistøtte, noe som ikke i samme grad er tilfelle i post 2-strategi. En stor norsk studie (Kuvaas, 2008) viser negativ sammenheng mellom indre motivasjon og turnoverintensjon.

En annen faktor som indirekte har med kunnskapsledelsesstrategiene å gjøre er at sykepleierne på post 2 opplever at arbeidsbelastningen er konstant høy, og oppgir selv dette som en årsak til at mange slutter. På post 1 er det i alminnelighet opplevd balanse mellom arbeidskrav og bemanning. Flere studier påpeker sammenheng mellom opplevd høy arbeidsbelastning / slitenhet og høy turnover (Podsakoff, LePine & LePine, 2007; Judy & Leanne, 2004; Thiedemann, 2005).

Imidlertid mener sykepleierne i begge strategier at hyggelige kollegaer og godt sosialt miljø er viktig for å bli i avdelingen. Dette støttes av en stor metaanalyse (Humpfrey et al., 2007) som viser at samhandling, sosial interaksjon og feedback fra andre er konsekvent negativt korrelert til turnoverintensjon. Kulturelle forhold har imidlertid bare delvis sammenheng med ledelse.

Oppsummert viser dette at strategien på post 2 har flere trekk som kan bidra til å forklare høy turnover, mens post 1-strategien har mange trekk som kan bidra til å forklare at sykepleierne blir værende i avdelingen.

Kultur for uformell læring.

Kultur, definert som felles, grunnleggende oppfatninger, normer og verdier (Jacobsen, 2004) formes gjennom sosiale prosesser mellom medlemmene. Jeg vil trekke frem to områder ved kultur som studien viser har betydning for uformell læring: engasjement for uformell læring og vilje til kunnskapsdeling og samarbeid. Når det gjelder engasjement viser sykepleierne på post 2 moderat grad av initiativ til å oppsøke læresituasjoner og mangler klar bevissthet om betydningen av å lære av hverandre. Også Bjørk (2001) fant at sykepleieres bevissthet om betydningen av å observere andre i arbeidet var lav. Derimot gir sykepleierne på post 1 uttrykk for en felles kultur preget av et tydelig og stort engasjement for læring og kunnskapsdeling. Men det kommer også frem at dette er relativt nytt. Selv om ikke en leder kan bestemme over kulturen, viser funnene at leder på post 1 i stor grad hadde påvirket læringskulturen, men at dette ikke hadde vært uten motstand. Målrettet arbeid over tid med informasjon og klare signaler om at eget initiativ, kunnskapsdeling og læring i det daglige arbeidet er ønsket og viktig, tilrettelegging for at dette skal være mulig og belønning av de som er aktive i slike læreprosesser, har gitt resultater. Dette er i tråd med Newell et al. (2002) som hevder at leder kan påvirke kulturen ved å støtte og belønne ønsket adferd. Arbeid med å påvirke kulturen for læring er nettopp en viktig del av ledelsesstrategien i kunnskapsorganisasjoner (Newell et al., 2002; Dimmen, 2005).

I en NPM-strategi er ikke leders påvirkning av kulturelle faktorer ansett som viktig, siden det hovedsaklig fokuseres på eksplisitt kunnskap (Dimmen, 2005). Imidlertid oppmuntrer også avdelingsledelsen på post 2 til uformell læring, men følger i liten grad opp med strukturell tilrettelegging og belønning. I en finsk studie finner de at oppmuntring fra leder ikke var nok for å endre adferd i kulturen, men at den måtte følges av strukturell støtte (Koivula et al., 2000). At leders signaler kan påvirke kulturen betyr imidlertid også at leders adferd gir effekter uten at det er ment som målrettede strategier, som Kuvaas (2008) formulerer det: ”vær forsiktig med hva du belønner - du risikerer å få det”. Funnene viser at post 2-ledelsens prioritering av tilrettelegging for strukturert, formell læring kan føre til lite initiativ og engasjement, og gir lite fokus på uformell læring. Dessuten kan tilrettelegging og oppfølging av

nyansatte sykepleiere på bekostning av de erfarnes læringsbehov understøtte oppfatningen om at avdelingen ikke er et sted man blir og postens image som springbrett for videre karriere.

Vilje til å dele kunnskap.

Vilkårene for å utvikle en felles kultur er ulike i de to postene. Størrelse, turnover og organisering gir seg utslag i hvor lett det er å bli kjent, og arbeidsbelastning avgjør hvor mye tid medlemmene i arbeidsfellesskapet har sammen, og dermed mulighetene for å etablere tillitsfulle og gode relasjoner. Kulturen på post 1 er konstruert av et relativt stabilt, fåtallig personale som alle regelmessig arbeider sammen, mens post 2 er en stor post preget av høy turnover og liten tid og anledning til å arbeide sammen. Tillit fremheves i litteraturen som vilkår for kunnskapsdeling (Sveiby & Simons, 2002; Newell et al., 2002). Newell et al. (2002) nyanserer dette ved å hevde at tillit basert på formell rolle (competence trust) er tilstrekkelig for å dele formelle kunnskapselementer, mens tillit basert på relasjon (companion trust) må til for å dele personlig, uformell kunnskap. Utvikling av companion trust krever fellesskap og samhandling over tid, og fører til at man stoler på hverandre og har tillit til at man vil hverandre vel (Newell et al., 2002). Tilsvarende hevder Nonaka (1994) at deling av taus kunnskap er en forutsetning for kunnskapsutvikling, og at dette forutsetter dyp, gjensidig tillit og omsorg for hverandre som utvikles ved å dele erfaringer og samhandle over tid. Leders rolle i å tilrettelegge postens strukturelle faktorer slik at medarbeiderne har tid og anledning til å være sammen understrekes derfor (Nonaka, 1994; Hart & Rotem, 1998; Kane-Urrabazo, 2006; Eraut et al., 2004).

Forholdene i post 1 gir gode muligheter for å utvikle tillitsfulle relasjoner og for utvikling av companion trust. I tråd med dette viser sykepleierne her stor vilje til kunnskapsdeling, støtte og omsorg for hverandre. En fersk studie viser at dersom ansatte som ønsker å utvikle seg faglig har en positiv oppfattelse av tilbudet om læringstiltak, noe sykepleierne på denne posten har, vil dette føre til at disse i tillegg til selv å utvikle seg bidrar til å støtte og oppmuntre kollegaers læring (Dysvik & Kuvaas, 2008).

Post 2 har derimot ikke gode vilkår for å utvikle companion trust slik litteraturen beskriver. Imidlertid viser også sykepleierne her vilje til å dele kunnskap, hjelpe og støtte hverandre. Hvordan kan dette forklares?

En mulig forklaring er at dette baserer seg på competence trust. Imidlertid viser funnene at de også, om enn i begrenset grad, deler uformell kunnskap, og de gir uttrykk for at de bryr seg om hverandre. Hvis vi derfor kan anta at det forekommer i hvert fall en viss grad av companion trust kan dette muligens forklares ved postens organisering i grupper. Gruppene kan betraktes som arbeidsfellesskap som samarbeider om felles oppgaver, der både sosialt samspill og læringsprosesser utspiller seg og som gir tilhørighet (Lave & Wenger, 2003). Oppdeling av en stor post i grupper reduserer antallet personer å forholde seg til i det daglige slik at det tar kortere tid å bli kjent, noe de selv gir uttrykk for. Behovet for sosial tilhørighet er et grunnleggende behov (Deci & Ryan, 1990). Mange relativt nye og uerfarne sykepleiere kan gjøre sosiale trygghetsbehov ekstra viktig, og øke viljen til å inkludere og bli inkludert i arbeidsfellesskapet. En annen teori knyttet til grupper kan også forklare god samarbeidsvilje og kunnskapsdeling. I følge sosial identitetsteori er det selve formingen av grupper som resulterer i at gruppeidentitet oppstår (Hernes, 2002). Dette medfører en "vi" følelse som fremmer samarbeid, og der medlemmene hjelper hverandre ut fra felles ansvarsfølelse for gruppas oppgaver. Ifølge denne teorien er det altså ikke kontakt og samarbeid som gir gruppeidentitet, men motsatt (ibid.).

På begge poster ble det fremhevet at trivelige kollegaer var svært viktig for trivsel og for å bli, noe som bekrefter tidligere funn om at norske sykepleiere oppgir interaksjon med kollegaer som viktigst for jobbtilfredshet (Bjørk, Samdal, Hansen, Tørstad & Hamilton, 2007b). Dette kan medføre at sykepleiere opplever kunnskapsdeling som et naturlig svar på et felles behov og ønske om å lære. Det er derfor mulig at tilstedeværelsen av companion trust ikke er så viktig for norske sykepleiere som for kunnskapsmedarbeiderne i studien til Sveiby & Simmons (2002). Dette kan ha sammenheng med sykepleietjenestens natur. Mens mange kunnskapsmedarbeidere arbeider i konkurransepregede miljøer er sykepleietjenesten et kollektivt prosjekt (Hamran, 1996). Ansvar for pasienten går fra sykepleier til sykepleier i en

sammenhengende kjede, der resultatene er avhengig av samarbeid og innsats fra mange. Samarbeid til beste for pasientresultatene er derfor en naturlig del av arbeidet, noe som kan gjøre at sykepleiere deler kunnskaper og hjelper hverandre når det trengs. Det å hjelpe og støtte kollegaer i vanskelige faglige eller personlige situasjoner er også nedfelt som en plikt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2001). Imidlertid viser studier av sykepleietjenesten fra andre land at vilje til å dele kunnskap, støtte og hjelpe hverandre slett ikke alltid preger sykepleiekulturen (Judy & Leanne, 2004; Fox et al., 2005; Eraut et al., 2004). Funnet av at sosiale interaksjoner er viktigst for norske sykepleieres jobbtilfredshet skiller seg fra studier i andre land (Bjørk et al., 2007b). Kan det også betyr at norske sykepleiere også er mer positivt innstilt til kunnskapsdeling i kulturen generelt? Studien reiser flere spørsmål angående forhold rundt samarbeid, tillit og kunnskapsdeling i sykepleie som data ikke er tilstrekkelige kan besvare. Dette bør derfor utforskes videre.

Variasjon i oppgaver og utfordringer

Erfaringer knyttet til å utføre arbeidet oppgis som en vesentlig kilde til læring på begge poster. Nonaka (1994) understreker at individuell taus kunnskap tilegnes gjennom direkte "hands on" erfaringer, og det å lære av erfaringer fremmes derfor gjennom å ha tilgang til variasjon i arbeidsutfordringer (Hart & Rotem, 1995; Eraut et al., 2004; Nonaka, 1994; Levin, 2007). Studien viser at tilgang på ulike læringssituasjoner har sammenheng med innholdet i arbeidet og hvordan arbeidet blir organisert, og at leder i all hovedsak bestemmer organisering og oppgavefordeling.

Post 1-lederen organiserer bevisst driften slik at alle får prøvd seg på ulike posisjoner og oppgaver og deltar i pleie av alle pasientkategoriene. Denne organisering er derfor et strategisk virkemiddel for uformell læring, i tråd med at kunnskapsledelse i lærende organisasjoner innebærer å organisere driften ut fra mål om å maksimere uformell læring (Dimmen, 2005). Variasjonen i utfordringer og oppgaver oppleves av sykepleierne som motiverende og en viktig kilde til læring.

Post 2 med NPM-strategi organiserer driften ledet av mål om å redusere utgifter og øke effektivitet (Dimmen, 2005). Begrunnelser knyttet til sykepleieres uformelle

læring er derfor irrelevant. Derimot viser studien at strukturelle faktorer påvirker organiseringen av driften. Det at post 2 er stor og har ansvar for flere ulike pasientgrupper gir begrunnelse for å dele postens personale i grupper. Dette oppfattes som rasjonelt og effektivt både for legene som foretrekker å forholde seg til faste sykepleiere, og fordi spesialisering fører til at sykepleierne raskere blir funksjonsdyktige. Sammen med den hierarkiske strukturen begrenser det variasjonen i oppgaver og utfordringer for sykepleierne.

Selv om variasjon regnes som viktig for læring viser studien at begrensninger i variasjon i noen tilfeller kan være gunstig. På post 2 oppgis nettopp avgrensning av oppgaver og ansvarsområde som ligger i gruppeorganisering, som en fordel for læring. Dette kan forklares med at i motsetning til post 1 har denne posten svært høy turnover og stor andel uerfarne sykepleiere som har behov for oversikt, trygghet og sikkerhet (Alsvåg, 2007) samtidig som posten har svært begrensede ressurser til opplæring og undervisning. Da avdelingssykepleier på post 2 ønsket å innføre rullering på alle gruppene, blant annet for at sykepleierne skulle lære mer om de andre pasientgruppene, vekket det så sterk motstand i personalgruppen at dette måtte oppgis. Dette illustrerer at selv om avdelingssykepleier har en dominerende rolle i organiseringen av postens arbeid begrenses dette også av faktorer knyttet til personalgruppa.

Tilgang til arbeidsfelleskap med kollegaer.

Det å lære av kollegaene var svært viktig for sykepleierne på begge poster, og innebærer både å spørre og diskutere med kollegaer, og å arbeide sammen. Betydningen av mulighet for å lære av og sammen med kompetente kollegaer understrekes gjennomgående i litteraturen (Eraut et al., 2004; Thiedemann, 2005; Bjørk, 1999; Bjørk, 2001; White et al., 1998; Hart & Rotem, 1995; Kramer, 2004). Når det gjelder muligheten for å lære av kollegaer viser funnene at utformingen av turnus og bemanningsplaner og organiseringen av den daglige driften definerer premissene for arbeidsfelleskapet, og at ulik kunnskapsledelsesstrategi derfor påvirker dette.

Post 1 er systematisk organisert for kunnskapsdeling i arbeidet. Sykepleierne arbeider for en stor del to sammen på dagtid, de ruller på oppgaver og det er god tilgang på erfarne sykepleiere å spørre til råds på alle vakter. Dette er i tråd med at en kunnskapsledelsesstrategi som ser læring som prosess maksimerer mulighetene for uformell læring (Dimmen, 2005). En annen medvirkende forklaring på denne organiseringen er at postens forskjellige pasientgrupper har ulik pleietyngde. Den ”tunge” pasientgruppen krever store personalressurser, og det er disse pasientene de jobber to sammen om på dagvakter. Belastningen på personalet fordeles ved at de ruller på alle postens pasienter.

På post 2 arbeider sykepleierne i all hovedsak alene. Kunnskapsledelse i NPM-strategi vektlegger ikke uformell læring, men organiserer driften ut fra mål om effektivitet og økonomisk innsparing (Dimmen, 2005) slik at personalbehovet reduseres så mye som mulig. Pasientgrunlaget er med på å definere arbeidets organisering også her, og siden det er mulig å utføre nødvendig pleie til de fleste pasientene alene, regnes dette som effektivt og forsvarlig. Dette forutsetter imidlertid at uerfarne har noen å spørre, og avdelingssykepleier tilrettelegger derfor for å ha minst en erfaren sykepleier på alle vakter.

Hvilke konsekvenser har denne ulikheten i tilgang på fellesskap for sykepleiernes læringsmulighet? Ett aspekt er å ha noen å spørre, noe som er spesielt viktig for nye og uerfarne sykepleiere. Mens det å alltid ha noen å spørre gir trygghet, fører mangelfull tilgang til kollegaer til at de ikke får svar på spørsmål og at de må handle ut fra hva de tror er riktig. Dette kan medføre risiko i forhold til kvaliteten på sykepleien og kan føre til frustrasjon og ekstra belastning for de uerfarne sykepleierne. Dette er i samsvar med Thiedemann (2005) som finner at behov for å konferere med erfarne sykepleiere har med å få bekreftet om faglige vurderinger og handlingsvalg er korrekte eller akseptable.

Et annet aspekt ved fellesskap er mulighet for å få tilbakemelding på egen arbeidsutførelse. Positiv feedback er nødvendig for å bekrefte følelse av kompetanse, mens mangel på tilbakemelding fører til at man tror utført arbeid er tilfredsstillende

gjort, selv om dette ikke er tilfelle (Fereday & Cochrane, 2006). Sykepleierne som arbeider alene savner generelt feedback og har liten mulighet for tilbakemelding på utførelsen av arbeidet. Feedback er imidlertid også mulig ut fra vurdering av resultatet av arbeidet, og det å få ros fra kollegaer på vel utført arbeid oppleves som støttende og bidrar til å opprettholde motivasjon. Dette er i tråd med funn i andre studier (Fereday & Cochrane, 2006).

En tredje viktig faktor er mulighet for å se andre utføre sykepleie. I situert læringsperspektiv er observasjon av en ”mester” en forutsetning for utvikling av yrkets sammensatte ferdigheter (Lave & Wenger, 2003). I studien kommer dette spesielt tydelig frem i forhold til læring av praktiske ferdigheter. Manglende tilgang til erfarne kollegaer kan gjøre at sykepleierne er henvist til å ”lese seg til” hvordan en ny prosedyre skal utføres, og det er kun unntaksvis mulig å få tilbakemelding på hvordan de faktisk blir utført. I kontrast til dette viser en dybdeanalyse at sykepleieres læring av praktiske ferdigheter er komplekse prosesser over tid som fordrer observasjon av andre og gjentatt tilbakemelding på egen utførelse fra erfarne kollegaer for å oppnå god faglig kvalitet på utøvelsen (Bjørk, 1999). Det å arbeide sammen er derfor et nødvendig utgangspunkt for å tilegne seg taus kunnskap fra andre (Nonaka, 1994).

Studien viser også at det å se andre jobbe medfører refleksjon både over egen og andres praksis og at dette er utgangspunkt for å utvikle felles forståelse av hva som er god praksis. Dette regnes for å være en grunnleggende forutsetning for kunnskapsutvikling i kunnskapsorganisasjoner, og for å kunne være en lærende organisasjon (Nonaka, 1994; Dimmen, 2005; Sveiby & Simons, 2002; Newell et al, 2002). Eksempler på kunnskapsutviklingsprosesser på posten der sykepleierne arbeider sammen, er ekspertsykepleieres felles vurdering, kreativitet og utprøving knyttet til avansert sykepleie, utvikling av kunnskapsbaserte prosedyrer og fokus på kontinuerlig forbedring av praksis. På posten der de sjelden arbeider sammen diskuterer de imidlertid også hva som er god praksis. Nonaka (1994) hevder imidlertid at det er ekstremt vanskelig å dele hverandres tenkning omkring situasjonen uten å være tilstede i situasjonen sammen, fordi de kontekstuelle faktorene er vanskelig å gjengi.

6.3.3 Hvilke konsekvenser har ulikheter i leders støtte for læring?

Studien viser at både motivasjon og opplevd mulighet for læring påvirkes av leders støtte for læring, som i denne sammenheng innebærer alt leder gjør som kan fremme læring hos medarbeiderne. I hovedsak handler dette om leders evne til å motivere medarbeiderne til kontinuerlig læring, samt til å gjennomføre læringsstrategiene som en integrert del av den daglige driften. Støtte fra leder i forhold til læring og kompetanseutvikling er vist å være viktig for opplevelsen av et godt læringsmiljø i sykehus (Hart & Rotem, 1998; Eraut et al., 2004). Det vil her diskuteres hvordan ulik utforming av støtte for læring påvirker læringskonteksten.

Individuell støtte

For individuell støtte er det nærliggende å anta at relasjonen mellom sykepleier og avdelingssykepleier har betydning. Beskrivelsen av kunnskapsledelsesstrategiene på de to postene tidligere i dette kapitlet viser at kvaliteten på denne relasjonen er svært ulik. Post 1-strategi er basert på relasjon der avdelingssykepleier (og fagsykepleier) prioriterer å jevnlig tilbringe tid sammen med hver medarbeider både i formelle samtaler og i det daglige arbeidet på posten. Både postledelsen og medarbeiderne gir uttrykk for at de kjenner, stoler på og bryr seg om hverandre. Post 2-strategi knytter ledelse og lederrolle til beslutninger og kontroll, der personlig involvering og relasjon i liten grad brukes som virkemiddel. Bruk av tid til kontakt med de enkelte medarbeiderne er derfor lavt prioritert, og studien viser da også at det er sparsom kontakt mellom leder og de enkelte medarbeidere.

En fersk studie av ulike lederstrategier viser at en sosial relasjon mellom arbeidstager og leder, basert på tillit og med fokus på et ”gi og ta - bytteforhold” er vist ha positive konsekvenser for opplevelse av organisatorisk støtte, arbeidsprestasjoner og for ekstra innsats ut over egne oppgaver, som å ”gjøre andre gode” (Kuvaas, 2008). I tråd med dette viser en større undersøkelse fra Magnet Hospitals (Kramer et al., 2007), at opplevelse av at leder bryr seg om dem som personer var det viktigste aspektet ved ”støtte fra leder”. Dette viser at en god relasjon til leder i seg selv oppleves som verdifullt av medarbeiderne og kan bidra positivt til læringskonteksten.

Betydningen av belønning

Støtte for læring kommer også til syne gjennom leders belønning i form av oppmerksomhet og anerkjennelse til de som viser ønsket læringsadferd. Newell et al. (2002) hevder at direkte eller indirekte belønning fra leder synliggjør organisasjonens kjerneverdier, i denne sammenheng postenes kjerneverdier.

Leder på post 1 belønner initiativ til læringsaktiviteter i form av at hun støtter og tilrettelegger for gjennomføringen. Hun gir oppmerksomhet og ros til medarbeidere som er aktive i forhold til læring og som engasjerer seg i oppgaver posten har nytte av, for eksempel arbeid med nye prosedyrer eller de som bidrar til kunnskapsdeling. Det å bli sett og få anerkjennelse fra leder oppleves i seg selv som viktig både for trivsel og for motivasjon for læring (Hart & Rotem, 1995; Eraut et al., 2004), og en ny studie viser at belønning i form av ros fra leder øker indre motivasjon hos de ansatte (Kuvaas, 2008). Ekstra innsats kan også belønnes ved å få fortrinnsrett til deltagelse i kurs eller kongresser, få interessante oppgaver eller ekstra fagtid. På post 2 var det lite fokus på belønning av læringsaktiviteter. Sykepleierne savnet generelt tilbakemeldinger, og i denne sammenheng kan mangel på oppmerksomhet fra leder også oppfattes som et signal på hva som verdsettes.

Støtte for gjennomføring av læring.

Det å ha en direkte relasjon med hver enkelt gir leder på post 1 god mulighet for individuell tilrettelegging og støtte for læring og for å påvirke hver enkelt sykepleiers motivasjon for læring. Tidligere i kapitlet har betydningen av autonomi for medarbeidernes indre motivasjon for læring blitt diskutert med basis i selvbestemmelsesteori (Deci & Ryan, 1990). Leders rolle i et autonomistøttende miljø innebærer imidlertid mer enn å fremme selvbestemmelse. Dersom ønsker og planer skal realiseres, innebærer det at ledelsen tilbyr støtte for valg og ressurser for gjennomføring. Dessuten er det viktig at leder anerkjenner medarbeidernes følelser og perspektiver, behandler medarbeidere med respekt og viser omsorg for hver enkelt (Gagne & Deci, 2005).

På post 2 er det i tillegg til svært liten mulighet for medvirkning og autonomi, hverken tilstrekkelig støtte og ressurser for læring eller relasjonelle forhold i samsvar med selvbestemmelsesteori (Gagne & Deci, 2005).

På post 1 gjenfinnes imidlertid disse forutsetningene i all hovedsak. Posten har avsatt midler til læringstiltak og ledelsen strekker seg langt i å tilrettelegge for sykepleiernes ønsker og behov for læring. Et vesentlig bidrag er at fagsykepleier gir individuelt tilpasset støtte for læring. Dette er viktig fordi mennesker har ulike motivasjonelle profiler, basert på individuelle personlighetstrekk og grunnleggende motivasjonelle ulikheter (Elliot & Church, 1997). Et vesentlig skille går mellom de som overveiende er målorientert eller nederlagsengstelige. Mens de målorienterte opplever utfordrende oppgaver som morsomt, fører de samme oppgavene til at de nederlagsengstelige trekker seg unna eller gir opp. Hva som oppleves som motiverende læringsaktiviteter er derfor svært ulikt, og behovet for støtte for læring vil variere. Når post 1 vektlegger å oppfylle individuelle motivasjonelle behov gir det derfor mulighet for å fremme motivasjon for læring hos alle, noe studien viser at de langt på vei lykkes med.

Selv om ikke individuell, relasjonsbasert støtte for læring er en del av strategien på post 2, opplever likevel sykepleierne også her at postledelsen oppfordrer til og støtter læring. Dette skjer gjennom organisatorisk og praktisk tilrettelegging for formelle læringsaktiviteter knyttet til postens planer for kompetanseutvikling. Dette er i tråd med i NPM- strategi, som støtter og tilrettelegger for at personalet får den kompetanse organisasjonen definerer som nødvendig (Dimmen, 2005). Fagsykepleier har en sentral rolle i den praktiske støtten gjennom tilrettelegging slik at sykepleierne kommer med på riktige kurs til rett tid. Hun organiserer læringsaktivitetene slik at dette i så liten grad som mulig kommer i konflikt med drift, men er avhengig av at det er rolige perioder i avdelingen for å gjennomføre planene. Posten dekker også i hovedsak utgifter til eksterne kurs for de erfarne sykepleierne.

Ressurser til læring

Analysen viser allikevel at den kanskje viktigste komponenten i støtte for læring er avdelingssykepleiers allokering av ressurser til læring. Først og fremst dreier det seg

om evne til å balansere forholdet mellom bemanning og arbeidsbelastning slik at det er tilstrekkelig tid til læring i hverdagen. Støtte fra leder i form av legitimering av bruk av tid til læring er dessuten viktig. Dette illustreres på post 2 der de verken klarte å gjennomføre sertifisering eller internundervisning fordi sykepleierne ikke hadde tid. White et al. (1998) hevder at beskyttet tid for læring er en av de kritiske faktorer for læring på arbeidsplassen. Når det blir opp til hver enkelt sykepleier å skaffe seg rom i en travel arbeidsdag til å delta på undervisning, vinner hensynet til pasientene. Dette bekreftes i studien til Dealey & Bass (1995) der viktigste grunn til ikke å delta på læringstiltak var at sykepleierne mente det var umulig å forlate avdelingen på grunn av ansvar for pasientene. Når en post kutter ut ønskelige og nødvendige læringstiltak på grunn av mangel på tid, tyder det på at leder ikke ser mulighet for å skaffe mer ressurser. Post 2 tilrettelegger allikevel for et lite antall timer skjermet tid til undervisning, og forsøker å gjennomføre planlagte kompetansetiltak uten å leie inn vikarer, og rolige perioder benyttes til spontane læringsaktiviteter. Dette er i tråd med NPM-tenkning som har fokus på å redusere bruk av tid og ressurser til andre ting enn drift.

På post 1 inngår et fast antall timer fagtid i bemanningsplanene, som sikrer tid til felles undervisning og til selvvalgte læringstiltak uten at det går ut over drift.

Avdelingssykepleier har også ledelsens godkjenning for å leie inn vikarer dersom nødvendig for å gjennomføre læringstiltak. Dette fører til at læringstiltak kan planlegges og gjennomføres, selv om det hender noe må utsettes på grunn av ekstraordinær arbeidsbelastning.

Begge poster oppgir at travelhet også påvirker mulighet for å lære av hverandre. Dette er i tråd med funn fra andre studier (Eraut et al., 2004; Thidemann, 2005). Travle poster med stor aktivitet anses imidlertid også som spennende og lærerike, fordi de gir stor mulighet for å samle erfaringer med mange pasienter med varierende problemstillinger. At arbeidsbelastning i seg selv ikke nødvendigvis er negativt for læring bekreftes av Podsakoff et al., (2007). Imidlertid presiserer Nonaka (1994) at læring av taus kunnskap skjer gjennom erfaringer kombinert med refleksjon over erfaringen, noe også teori om erfaringslæring presiserer (Bjørk, 2003). Tid og mulighet

til refleksjon, enten alene eller sammen med andre, er derfor nødvendig for å utnytte læringspotensialet i erfaringer (Dysthe, 2001; Bjørk, 2003). Dette understreker nødvendigheten av at utformingen av turnus og bemanningsplaner inkluderer tilstrekkelig tid til læringsprosesser (Spouse, 2001).

Ressurser for læring inkluderer også støttepersonell, og studien viser at det er stor ulikhet i ratio medarbeidere pr fagsykepleier, og i deres arbeidsoppgaver og arbeidsbelastning generelt. Mens fagsykepleier på post 1 er mye ute i posten og er tilgjengelig for sykepleierne, er fagsykepleier på post 2 nesten aldri ute i posten og har svært mye ansvar og omfattende oppgaver, også knyttet til andre områder enn læring. Effektivt funksjon som ressurs for kontinuerlig læring fremmes derfor av klare prioriteringer og avgrensninger i arbeids – og ansvarsområde.

Av andre ressurser for læring som leder kan påvirke blir tilgang til egnet rom med relevant litteratur og IT-ressurser nevnt. Funnene viser at også kulturelle faktorer som legitimitet i forhold til å bruke arbeidstid til å lese fag, er viktig. Mens det var akseptert og lett tilgjengelig å lese fag på post 1, var det ikke egnet rom for dette på post 2, og det ble ikke oppfattet som ”å gjøre noe”.

Overskudd til å lære

Et sentralt funn er at engasjement i læringsaktiviteter krever at sykepleierne opplever at de har overskudd, og at dette har både fysiske og mentale komponenter. Dette er i tråd med en finsk studie som viser at den viktigst hindringen for kunnskapsutvikling i sykepleien er at sykepleierne er for slitne (Koivula et al., 1998) og en svensk studie som viser at slitenhet fører til at kompetanseutvikling oppleves som en ekstra byrde (Hertting et al., 2002).

Sykepleierne på begge poster rapporterer at de opplevelse av stor arbeidsbelastning over tid fører til at sykepleierne blir slitne og tappes for overskudd til å lære. Dette er derfor uttrykk for en rolleoverbelastning, det vil si at opplevde krav overstiger opplevd tid og ressurser (Dysvik, 2008, upublisert). I motsetning til på post 1 var denne rolleoverbelastningen en mer eller mindre konstant tilstand på post 2. Det er forsket

lite på sammenheng mellom arbeidsbelastninger og motivasjon for læring i arbeidslivet. Sett i lys av betydningen av kontinuerlig læring også i yrker med høy arbeidsbelastning er dette et savn. Imidlertid er det gjort studier på sammenheng mellom ulike typer stressorer, motivasjon og ulike jobberelaterte resultater som kan bidra til å kaste lys over dette (Podsakoff et al., 2007). Disse studiene viser at det er ulike typer stress til stede i et arbeidsmiljø. Utfordringsstress oppleves som potensielt gunstige for personlig vekst og måloppnåelse og bidrar til økt motivasjon og prestasjon. Eksempler på dette kan være nye oppgaver, vanskelige pasientsituasjoner eller tilbud om faglig utvikling. Motsatt oppleves hindringsstress som hindringer for personlig utvikling og god jobbutførelse, som tidspress og rollekonflikter. Begge typer stress fører imidlertid til slitenhet. Dersom det er høy grad av hindringsstress i arbeidsmiljøet vil dette blokkere for positiv utnyttelse av utfordringsstress og i stedet øke følelsen av rolleoverbelastning og slitenhet.

I slys av dette kan det se ut som at arbeidsforholdene på post 2 med gjennomgående stor travelhet og betydelige yrkesrelaterte belastninger over tid har overvekt av hindringsstressorer, noe som kan bidra til å forklare manglende engasjement i læringsaktiviteter. Dette viser at læringskontekst ikke kan skilles fra arbeidskontekst og tilrettelegging for læring ikke kan ses isolert fra driften av posten forøvrig.

Leders gjennomføringsevne

Hver enkelt avdelingssykepleier må forhandle med den overordnede ledelsen om tilstrekkelige ressurser til sykepleiernes læring, noe studien viser er vanskelig og ikke alltid lykkes. Avdelingssykepleier er ansvarlig for å sette en standard for faglig kvalitet på sykepleietjenesten på sin post, og for å vurdere hvilken bemanning og faglig utvikling som er nødvendig for at pasientene skal få best mulig behandling og tjenesten drives faglig forsvarlig (NSF, 2005).

Med de store innsparingskravene som gjelder i norsk helsevesen i dag er presset om å effektivisere drift svært sterkt, og det å opprettholde gode vilkår for kontinuerlig læring stiller store krav til avdelingssykepleiers kunnskaper, krefter og overskudd. Funnene bekrefter bildet av avdelingssykepleiers ekstremt mange arbeids- og

ansvarsoppgaver, både knyttet til daglig drift, økonomi, fag, personal og involvering i ulike omorganiseringsprosesser (NSF, 2005). Avdelingssykepleierrollen kan derfor være svært krevende, spesielt når posten er stor, noe som kan gå ut over krefter og overskudd. Det å skaffe ressurser til posten betegnes som en kontinuerlig kamp, og avdelingssykepleier står alene i denne kampen. Studien viser at avdelingssykepleierne savner støtte i organisasjonen, både fordi det mangler sykepleiere i den overordnede ledelsen og fordi det er svakt nettverk mellom avdelingssykepleiere.

Manglende gjennomslagskraft i forhandlinger om mer ressurser til læring, slik funnene viser er tilfelle for post 2, forklarer at tilrettelegging for læring lider. Studien gir imidlertid også eksempel på at det lar seg gjøre å skaffe ressurser som muliggjør støtte for ulike læringsformer integrert i den daglige driften. Dette fordrer ikke bare gode argumenter, men også langsiktige strategisk arbeid og kontinuerlig engasjement. I tillegg kreves kunnskap om hvordan man når frem i systemet, et eksempel på lederkompetanse med tause aspekter som tilegnes gjennom erfaring.

7. Konklusjon

Studien viser at hver post sin unike læringskontekst formes i et komplekst, dynamisk samspill av faktorer knyttet til ledelse, til personalgruppa og til strukturelle faktorer. Overordnede mål og føringer har liten innvirkning på utformingen av postenes læringskontekst, mens avdelingssykepleiers valg av kunnskapsledelsesstrategi har stor betydning for sykepleiernes mulighet og motivasjon for læring. Studien gir konkret kunnskap om forhold som påvirker læringskonteksten, og hvordan avdelingssykepleiere kan påvirke disse for å fremme læring i sykehusavdelinger.

Studien avdekker behov for strukturer i organisasjonen som støtter avdelingssykepleieres arbeid med å fremme læring. Tiltak for å sikre lederes kompetanse knyttet til tilrettelegging for gode læringsvilkår i tråd med dagen krav til sykepleiere som kunnskapsmedarbeidere er vesentlig i denne sammenheng. I tillegg kan systemer for støtte og samarbeid om strategier bidra til at avdelingssykepleiere når fram i argumentasjon om midler til nødvendig læring som en integrert del av sykepleietjenesten.

Studien viser at det er behov for mer forskning på forhold rundt kulturelle aspekter ved læring. I en tid da kravene fra sykehuseierne går i retning av økt fleksibilitet hos medarbeidere (Helse Sør-øst, 2008) med mer utydelig tilknytning og løsere samarbeidsformer som resultat, er dette et viktig område å få klarlagt.

Studien avdekker også behov for forskning på forhold knyttet til belastninger, slitenhet, mangel på overskudd og motivasjon for læring. De økende kravene både til effektivitet og kvalitet i sykehus gjør dette til et svært aktuelt og viktig område å få kunnskap om. Slik kunnskap kan være nyttig i lederes arbeid med å sikre adekvate arbeids – og læringsforhold, både for å maksimere effekt av nødvendige læringstiltak og for å hindre at medarbeidere sliter seg ut.

Begge disse områdene har direkte betydning for læring og kunnskapsutvikling og dermed kvalitet på sykepleietjenesten, men også for trivsel, turnover og rekruttering til yrket.

REFERANSELISTE

- Adler, P.S. (2002). Market, Hierarchy and Trust: The Knowledge Economy and the Future of Capitalism. In: Choo, C. W. & Bontis, N. (eds) (2002) *The Strategic Management of Intellectual Capital and Organizational Knowledge*: 23-46. Oxford. Oxford University Press.
- Alsvåg, H. (2007). På kollisjonskurs med arbeidsgivers interesser? Sykepleiernes syn på opplæring av nyansatte. I: H. Alsvåg og O. Førland (red.). *Engasjement og læring, fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s.171-188). Oslo: Akribe.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert - dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: Tano forlag.
- Biddle, S. J. H. (2001). Enhancing motivation in physical education. I: G.C. Roberts (red.). *Advances in motivation in sport and exercise* (s.101-127). Champaign, I.: Human Kinetics.
- Bjørk, I.T. (1999). Practical skill development in new nurses. *Nursing Inquiry*, 6, 34-47.
- Bjørk, I.T. (2001). Sykehusavdelingen – et miljø for læring? *Vård i Norden*, 62 (21), 4-9.
- Bjørk I.T. (2003) Å lære praktiske ferdigheter i praksis. I: Bjørk, IT og Skancke Bjercknes, M (red.) Å lære i praksis. s. 88-109. Oslo, Universitetsforlaget
- Bjørk, I.T., Hansen, B.S., Samdal, G.B., Tørstad, S., Hamilton, G.A. (2007 a). Evaluation of clinical ladder participation in Norway. *Journal of Nursing Scholarship*, 39 (1), 88-94.
- Bjørk, I.T., Samdal, G.B., Hansen, B.S., Tørstad, S., Hamilton, G.A. (2007 b) Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A Questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 44, 747-757.
- Brown, J.S., Duguid, P.(1991). Organisational learning and communities-of-practice: Toward a unified view of working, learning and innovation. *Organisation Science*, 2 (1), 40-57.
- Burkitt, I., Husband, C., Mackenzie, J., Torn, A. (2001). *Nurse Education and Communities of Practice. Researching Professional Education Research Reports Series*. London: English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting.

- Cappelen, K. (2002). *Ledelse – motivasjon og kompetanse i sykehus*. Oslo: Hovedoppgave pedagogikk hovedfag, Universitetet i Oslo.
- Christensen, T., Lægneid, P., Roness, P.G., Røvik, K.,A. (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: Instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cimiotti, J.P., Quinlan, P.M., Larson, E.L., Pastor, D.K., Lin, S.X., Stone, P.W.(2005). The Magnet Process and the Perceived Work Environment of Nurses. *Nursing Research*, 54 (6), 384-390.
- Cock, D., Hallvari, H. (2001). Motivation, performance and satisfaction at school. I: A. Efklides, J. Kuhl, R.M. Sorrentino (red.). *Trends and prospects in motivational Research* (68-82). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Dalin, Å. (1999). *Veien til den lærende organisasjon*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag
- Dealy, M.F., Bass, M.(1995). Professional development factors that motivate staff. *Nursing management*, 26 (8), 32f -32j.
- Deci, E.L. (1996). Self- Determined Motivation and Educational Achievement. I: T. Gjesme, R. Nygård (red.). *Advances in Motivation* (s.195-209). Oslo: Universitetsforlaget.
- Deci, E.L., Connell, J.P., Ryan, R.M. (1989). Self determination in a Work Organisation. *Journal of applied psychology*, 74 (4), 580–590.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (1990). A Motivational Approach to Self: Integration in Personality. I: *Nebraska symposium on motivation* (s. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Dimmen, Å. (2005). *Lærende organisasjoner, Mellomledere og kunnskapsledelse*. Hønefoss: Høgskolen i Buskerud, Rapport nr 56.
- Durgahee, T. (2002). Higher level practice: degree of specialist practice? *Nurse Education Today* 23, 191-210
- Dysthe, O. (2001). Sosiokulturelle perspektiver på kunnskap og læring. I: *Dialog, samspel og læring* (s.33–72). Oslo: Abstrakt forlag.

- Dysvik, A. & Kuvaas, B. (2008). The relationship between perceived training opportunities, work motivation and employee outcomes. *International Journal of training and Development*, 12:3 p 138-157.
- Eilertsen, G. (2000). Forståelse i et hermeneutisk perspektiv. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 3, 136-159.
- Ellefsen, B. (1998). Triangulering – eller hvorfor og hvordan kombinere metoder? I: M. Lorensen (red.). *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag* (s. 267-288). Oslo: Universitetsforlaget.
- Elliot, A.J., Church, M.A. (1997). A hierarchical model of approach and avoidance motivation. *Journal of Personality and Sosial Psychology*, 72, 218-232.
- Eraut, M., Maillardet, F., Miller, C., Steadman, S., Ali, A., Blackman, C., Furner, J. (2003). Learning in the First Professional Job: The First Year of Full Time Employment After College for Accountants, Engineers and Nurses. *Paper presented at the 84th Annual Meeting of the American Educational Research Association (AERA). Chicago, IL, April 21-25.*
- Eraut, M., Steadman, S., Furner, J. Maillardet F., Miller, C., Ali, A., Blackman, C (2004) Learning in the Professional Workplace: Relationships between Learning Factors and Contextual Factors. *Paper for the American Educatiunal Research Assosiation (AERA) Research Conference, San Diego.*
- Fagermoen, M.S. (1996). Kvalitativ forskning – en opprydning i begrepsbruk. *Tidsskrift for norsk sykepleieforskning*, 1, 15-23.
- Fagermoen, M.S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7 (2), 40-54.
- Fullam, C., Lando, A.R., Johansen, M.L., Reyes, A., Szaloczy, D.M. (1998). The Triad of Empowerment, Leadership, Environment and Professional Traits. *Nursing Economics*, 16 (5), 254-257.
- Gagnè, M., Deci, E.L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behaviour*, 26, 331-362.

- Gjesme, T. (1996). Future time orientation and motivation. I: T. Gjesme, R. Nygård (red.). *Advances in motivation* (s. 210-222). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hallvari, H., Johansen, A., Sørhaug, T. (1998). The Relations between Autonomy and Control in Management of External Consultants and Organisational Learning. *Scandinavian journal of Educational Research*, 42 (3), 309-321.
- Hallvari, H. (2005). *Kompendium og forelesningsnotater, masterkurs strategisk kompetanseledelse II*. Hønefoss: Høgskolen i Buskerud.
- Hamran, T. (1996). Effektivisering versus omsorgsansvar. I: O. Lian (red). *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano Aschehoug
- Harsvik, T., Kjekshus, L.E., Lippestad, J.W., Mortensen, T., Vareide, P.K.(2005). *Grunnlagsdokument: Handlingsplan - Forbedre ledelse og organisasjon*. Trondheim: SINTEF Helse.
- Hart, G., Rotem, A. (1995). The clinical learning environment: nurses perceptions of professional development in clinical settings. *Nurse education today*, 15, 3-10.
- Havens, D.S., Aiken, L.H.(1999). Shaping Systems to Promote Desired Outcomes: The Magnet Hospital Model. *Journal of Nursing Administration*, 29 (2), 14-20.
- Helse Sør-øst (2008). *Infoskriv om hovedstadsprosessen*, nr 6.
- Hernes, H.(2002). Profesjoner og relasjoner. I: B. Nylehn, A.M. Støkken. *De profesjonelle. Relasjoner, identiteter og utdanning* (s.126-140). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hertting A., Nilsson K., Theorell T., Sätterlund Larsson, U. (2004). Downsizing and reorganization, challenges and ambiguity for registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (2), 145-154.
- Humphrey, S.E, Nahrgang, J.D, Morgeson, F. P (2007). Integrating Motivational. Social and Contextual Work Design Features: A Meta-analytic Summary and Theoretical Extension of the Work Design Literature. *Journal of Applied Psychology*, 92 (5), 1332-1356.
- Jacobsen, D.I. (2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Jelstad, B. (2007). *Beyond Money: Intrinsic Work Motivation in profit and nonprofit organisations*. Bergen: Norges Handelshøyskole.
- Judy, E., Leanne, S. (2004). The experience of marginalisation in new nursing graduates. *Nursing outlook*, 52 (6), 289-396.
- Kane –Urrabazo, C. (2006). Managements role in shaping organizational culture. *Journal of nursing management*, 14, 188-194.
- Kartlegging av kompetanseheving i somatiske sykehus*. (2005). Publikasjon IS-2745. Oslo: Helsedirektoratet. (Kartlegging gjennomført i 2001, Statens helsetilsyn)
http://www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/kartlegging_av_kompetanseheving_i_somatiske_sykehus_2616 .
- Kirchoff, J. (2005). Tilfeldig oppdatering. *Tidsskriftet Sykepleien*, nr 3.
- Kirchoff, J. (2006). Faglig oppdatering – for hvem? *Tidsskriftet Sykepleien*, nr 1.
- Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Koivula, M., Paunonon, M., Laippala, P.(1998). Prerequisites for quality improvement in nursing. *Journal of Nursing Management*, 6, 333-342.
- Koivula, M., Paunonon-Ilmonen, M., Laippala, P. (2000). Working community as the basis of the quality of care. *International Journal of Nursing Practice* 6; 174-182
- Kramer, M., Schmalenberg,C. (2004). Essentials of a magnet Environment. *Nursing*, 34 (6), 50-54.
- Krueger, R.A., Casey, M.A. (2000). *Focus Groups*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H. (2001). The Qualities of an empowered nurse and the factors involved. *Journal of nursing management*, 9, 273-280.
- Kuvaas, B. (2006). Work performance, affective commitment, and work motivation: the role of pay administration and pay level. *Journal of Organizational Management*, 27, 365-85.
- Kuvaas, B. (2008). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser - Evidensbasert HRM*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Sage publications.
- Lacey, S.R., Cox, K.S., Lorfing, K.C., Teasley, S.L., Carroll, C.A., Sexton, K. (2007). Nursing support, Workload, and Intent to Stay in Magnet, Magnet Aspiring, and Non-Magnet Hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 37 (4), 199-205.
- Lai, L. (1997) *Strategisk kompetansestyring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Lave, J. & Wenger, E. (2003). *Situert Læring og andre tekster*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lincoln, Y. S., Guba, E.G. (1984). *Naturalistic Inquiry*. London: SAGE publications.
- Lincoln, Y. S., Guba, E.G.(2000). The Only Generalization is: There is No Generalization. I: R. Gomm, M. Hammersley, P. Forter (red.). *Case Study Method* (s.27-44). London: SAGE Publications.
- Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven). <http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/usr/www/lovdato/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonell&&>.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven) http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/usr/www/lovdato/all/nl-19990702-061.html&emne=spesialisthelsetjenest*&& .
- Malterud, K.(2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Manojlovich, M. (2005). Predictors of Professional Nursing Practice Behaviours in Hospital Settings. *Nursing Research*, 54 (1), 41-47.
- Manojlovich, M. (2007). Power and empowerment in nursing: Looking backwards to inform the future. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12 (1). <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No1Jan07/LookingBackwardtoInformtheFuture.aspx> .

- Mantzoukas, S., Jasper, M.A. (2004). Reflective practice and daily ward reality: a covert power game. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 925 – 933.
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp : Norsk sykepleierforbunds historie*. Oslo: Cappelen forlag i samarbeid med Norsk sykepleierforbund.
- Morse, J. M., Richards, L. (2002). *Readme first for a users guide to qualitative methods*. London: Sage publications.
- Newell, S., Robertson, M., Scarbrough, H., Swan, J. (2002). *Managing Knowledge Work*. Basingstoke: Palgrave Macmillian.
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organisational Knowledge Creation. I: C.W. Choo, N. Bontis (red.). *The strategic management of Intellectual Capital and Organisational Knowledge* (s.437-462). Oxford: Oxford University Press.
- Nord, R. (1998). Studier med utforskende design. I: M.S. Fagermoen, R. Nord, B.R. Hanestad (red.). *Fra kunst til kolikk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nygård, R. (1993). *Aktør eller brikke? Om menneskers selvforståelse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Olsen, H. (2003). Veie til kvalitativ kvalitet? Om kvalitetssikring av kvalitativ interviewforskning. *Nordisk pedagogikk*, 1, 1-20.
- Podsakoff, N.P., LePine, J.A. & LePine M.A. (2007) Differential Challenge Stressor - Hindrance Stressor Relationships With job Attitudes, Turnover Intentions, Turnover, and Withdrawal Behavior: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, Vol 92, No 2, 438-454.
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rand, P. (2003). *Mestringsmotivasjon*. Oslo: Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo.

- Rønning, E., Mehlum, I.S. (2006). *Er det indikasjoner på økt arbeidspress i arbeidslivet?* Statistisk sentralbyrå og Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og –helse.
<http://www.arbeidshelsen.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=2911> .
- Spouse, J. (2001). Work-based learning in health care environments. *Nurse education in practice*, 2, 12-18.
- Status og utfordringer i helse- og omsorgsektoren. *Stortingsproposisjon nr 1, 2003-2004*.
http://www.statsbudsjettet.dep.no/upload/Statsbudsjett_2005/dokumenter/html/stp1/hod/kap2.htm
- Stewart, D.W., Shamdasani, P.N. (1990). *Focus Groups Theory and Practice*. Newbury Park: Sage Publications.
- Sveiby, K. E. (2001). A knowledge-based theory of the firm to guide in strategy formulation. *Journal of Intellectual Capital* (2) 4: 344-35
- Sveiby, K.E., Simons, R. (2002). Collaborative Climate and Effectiveness of Knowledge Work. *Journal of Knowledge management*, 6 (5), 420-433.
- Sykefravær, egen og legemeldt 1. kvartal 2006*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
<http://www.ssb.no/sykefratot/arkiv/art-2006-06-22-01.html> .
- Sykepleier med lederansvar - God på fag og ledelse (2006). Norsk Sykepleierforbund.
<http://www.sykepleierforbundet.no/category.php?categoryID=1191> .
- Takeuchi, H. (2001). Towards a universal management concept of knowledge. I: I. Nonaka, D.J. Teece. *Managing Industrial Knowledge* (s. 315-329). London: Sage Publications.
- Thidemann, I.J. (2005). Den sårbare læringsarenaen – om praksisfellesskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. *Vård i Norden*, 25 (1), 10-15.
- Tørstad, S., Bjørk, I.T. (2007). Nurse leaders' views on clinical ladders as a strategy in professional development. *Journal of Nursing Management*, 15, 817-824.
- Wenger, E., Snyder, W.M. (2000). Communities of practice: the organizational frontier. *Harvard Business Review*, 78 (1), 139-45.

White, K., Eagle J., McNeil, H., Dance, S., Evans, L.A., Harris, H., Reid, M.J.(1998). What are the factors that influence learning in relation to nursing practice? *Journal for nurses in staff development*, 14 (3), 147-153.

Yin, R.K. (2003). *Case study research Design and Methods*. Thousand Oaks: Sage publications.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2001). Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Konvertert%20innhold/Konvertert%20innhold/Yrkesetikk/Etiske%20retningslinjer/Dokumenter/Yrkesetiske%20retningslinjer%202001.pdf> .

Læring i arbeidslivet

En utforskende studie av sykepleieres læring i sykehusavdelinger

Førsteamanuensis dr. polit Ida Torunn Bjørk og masterstudent Mette Tøien, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo

Innledning

Sykehus er komplekse kunnskapsbedrifter der personalet er organisasjonens viktigste ressurs. Kontinuerlig kompetanseutvikling inngår i rollen som kunnskapsarbeider og er ikke bare nødvendig ut fra økt spesialisering, medisinsk /teknologisk utvikling og endrede forventninger, men er del av selve verdiskapningen i organisasjonen (1). Sykepleiere inngår i kjernevirksomheten i sykehus og har dermed stor innvirkning på og ansvar for tjenestens kvalitet. Politiske signaler om kontinuerlig, systematisk og målrettet kompetanseutvikling hos medarbeidere i helsetjenesten kommer til uttrykk i ”Ny kompetanse”(NOU 1997:25), ”Pasienten først”(NOU 1997:2) og ”Kompetansereformen” (St.meld. nr 42 1997-98).

Økt fokus på livslang læring og kompetanseutvikling faller sammen med gjennomgripende endringer i helsevesenet. Endringer i finansiering og fritt sykehusvalg medfører kamp om pasientene der høy kompetanse hos personalet utgjør et konkurransefortrinn. Lovverket stadfester at helsearbeidere selv har ansvar for faglig forsvarlig yrkesutøvelse (2) mens arbeidsgiver plikter å legge til rette for at nødvendig opplæring og utdanning gis (3). Dette indikerer dermed et krav om kontinuerlig læring for sykepleiere i arbeidslivet. Kravene til sykepleieres profesjonelle handlingskompetanse er sammensatt og bygger på både tause og eksplisitte aspekter. Kompetansen ansees delvis å være knyttet til personen, men også situert i de sosiale aktiviteter og arbeidsprosesser som foregår i praksisfellesskapet (4,5). Et krav om kontinuerlig læring fordrer læring som en integrert del av daglig arbeid så vel som i mer strukturerte og formaliserte lærings situasjoner. Sykepleiernes engasjement i læringsaktiviteter avhenger av deres motivasjon. Muligheter for læring og faglig utvikling oppfattes av mange sykepleiere som viktig for jobbtilfredshet, trivsel, valg av arbeidsplass og ønske om å bli værende (6-8).

Vi vet imidlertid relativt lite om hvordan læring foregår blant sykepleiere i klinikken. Læring i arbeidslivet har for det meste blitt studert innenfor næringsliv og produksjonsbedrifter (9-11). I den grad sykehusavdelinger er studert som læringsarena, er dette knyttet til studenters og i noen grad nyutdannede sykepleieres læring og sosialisering (8,12,13). En av utfordringene i dag er å dekke pasientenes behov også når strammere økonomi og effektivisering gir mindre tid til hver pasient (14-16). Dette kan vanskeliggjøre vilkårene for læring i avdelingene (8,12,17).

Hensikt med studien

Denne studien har til hensikt å utforske sykepleieres læring i vanlige sykehusavdelinger. Kunnskap om sykepleieres læring er interessant i seg selv fordi vi vet relativt lite om den. Slik kunnskap vil også være et innspill i utvikling av miljøer som fremmer kontinuerlig læring, noe både sykehusene, sykepleiefaget og pasientene er avhengige av. Det formuleres følgende forskningsspørsmål:

Vedlegg 1

Delstudie 1

- 1) Hvordan tilrettelegger avdelingen for læring?
- 2) Hvilke muligheter for læring oppfatter sykepleierne at de har i avdelingen?

Delstudie 2

- 3) I hvilke kontekster og på hvilke arenaer foregår læring?
- 4) Hva er det som læres?
- 5) Hvilke situasjoner eller hendelser motiverer til læring?

Bakgrunn

Kjennetegn på et godt læringsmiljø

Tilrettelegging for læring omfatter mer enn at det finnes tilbud om formaliserte læringsaktiviteter. Det handler om å skape et godt læringsmiljø der både muligheter og motivasjon for læring fremmes. I en studie av Hart og Rotem (18) mente sykepleierne at autonomi og anerkjennelse, jobbtilfredshet, rolleklarhet, kvalitet på veiledning, støtte fra kollegaer og tid og mulighet for å lære var viktig for profesjonell utvikling. Disse funnene samsvarer i stor grad med hva forskning forøvrig har vist om sammenhenger mellom arbeidsmiljø, læring og profesjonell utvikling (9,19-23). Selv om både overordnede organisatoriske rammer og samspillet mellom alle aktørene i avdelingen virker inn på formingen av avdelingens kultur og læringsmiljø, understrekes den sentrale betydningen av avdelingssykepleiers rolle gjennomgående i litteraturen (6,15,18,19,20,24-27). Denne betydningen undervurderes ofte av lederen selv (6,15,25).

Sykepleieres opplevelse av mulighet for læring i sykehus

Overgangen fra student til sykepleier er en spesielt sårbar periode i forhold til læring og sosialisering og det finnes noen studier med fokus på læring hos denne gruppen sykepleiere (8,12,28). Studiene viste at opplevelse av mulighet for uformell læring i avdelingene varierte, men var mange steder begrenset da det verken var legitimt eller tilrettelagt for å spørre andre, reflektere sammen over utfordringer i praksis eller søke kunnskap i litteratur. Arbeidets organisering, avdelingskulturen og ikke minst stor arbeidsbyrde gjorde at de nyutdannede ikke opplevde avdelingene som gode læringsmiljøer. Dette var i overensstemmelse med funn fra nyere studier i offentlige sykehus i Storbritannia, Australia og Canada (7,13,23,29).

Det er generelt gjort få studier av andre (ikke nyutdannede) sykepleieres opplevelse av mulighet for å delta i ulike formelle kompetanseutviklingstiltak eller av faktisk læring i avdelingene. En studie i kommunehelsetjenesten viste at sykepleierne opplevde liten kontroll over deltagelse i læringsaktiviteter fordi det oftest ikke forelå tilgjengelige planer for systematisk kompetanseutvikling. Lederne fordelte også ressursene vilkårlig. Samtidig oppga ca 40 % at de ikke opplevde arbeidet som faglig stimulerende og utfordrende, og dermed lite lærerikt (17,30). Tilsvarende studier fra norske sykehus er ikke funnet og internasjonale studier fra sykehus er svært få. Imidlertid har en kartlegging av kompetanseheving i norske sykehus konkludert med at tilrettelegging for formaliserte læringsaktiviteter varierte sterkt mellom sykehusene generelt, og mellom gruppene store og små sykehus (31). På alle felt vektla store sykehus kompetansetiltak mer enn mindre sykehus. Undersøkelsen sa imidlertid ikke noe om hvor mange som fikk tilbud om eller faktisk deltok i ulike kompetansetiltak. I kartleggingen inngikk en vurdering av fremtidig kompetansebehov. Viktigste var det ansett å

øke eget personales kliniske kompetanse. Andre studier knyttet til læring i sykehus beskrev indirekte at læringsmulighetene ble begrenset av at sykepleierne opplevde stort arbeidspress og dermed konflikt mellom egne ønsker og behov for å lære og ansvarsfølelse og forpliktelse knyttet til pasientomsorgen, (14,15,23,32).

Uformell læring kan utgjøre ca 70 % av all kompetanseutvikling på arbeidsplassen (33), den er derfor av stor betydning for både organisasjoner og de som arbeider der. Når sykepleiere ble spurt om sin læring i avdelingen ga de uttrykk for at de lærte mye av å arbeide i grupper (28), når det var lite rutinepreget virksomhet og de hadde mye kontroll over eget arbeid (30), og når det var mulighet for å resonnerer høyt med andre og å søke råd i uforutsigbare pasientsituasjoner (8). Tilbakemelding ble oppfattet som viktig for å kunne vurdere seg selv og oppdage behov for læring (34). En mer detaljert innsikt i hva de lærte kom ikke frem i disse studiene og det mangler også studier som utforsker læringsmuligheter slik de opptrer i den kliniske hverdag for sykepleiere.

Motivasjon for læring

Det er funnet en del studier på motivasjon for kontinuerlig læring generelt og for sykepleieres deltagelse i ulike kompetanseprogram og læringsaktiviteter. Kunnskap om motivasjon for læring hos sykepleiere som ikke deltar i slike formaliserte kompetanseprogram er imidlertid mangelfull. Deltagere i Kliniske stiger i Norge hadde stor grad av indre motivasjon som drivkraft for deltagelse i programmene, og viktigst var ønske om økt kompetanse knyttet til egen praksis. Dersom tilgjengelige læringsaktiviteter ble opplevd i tråd med egne verdier og mål, så de læring som positive byggesteiner for faglig og personlig vekst (6). Studier fra utlandet viste at dersom tilbudet av læringsaktiviteter ikke passet med opplevde ønsker eller behov, gikk dette ut over læringen (23,32). Organisasjonens krav ble da oppfattet som ytre press, f.eks. knyttet til formell godkjenning eller sertifisering, for å beholde jobben eller oppnå avansement.

Forskning på motivasjon og arbeidsliv har vist at selv om det var medfødte, stabile komponenter i individers motivasjon, var det også sammenheng mellom faktorer i arbeidsmiljøet og motivasjon for kontinuerlig læring, kreative prosesser og arbeidsinnsats forøvrig (19, 35). Dersom de ansatte fikk oppfylt sine behov for kompetanse, sosiale relasjonsbehov og autonomibehov styrket dette både de ansattes selvopplevde kompetanse og indre motivasjon for å lære. Empowerment – tenkning ligger nær denne teorien, og forskning på dette feltet blant sykepleiere har vist at arbeidsmiljøer som ga de ansatte anerkjennelse, mulighet og støtte i forhold til autonomi, læring og for trygge og gode sosiale relasjoner på jobb resulterte i fremragende sykepleiepraksis (21,36,37). Det er bekymringsfullt når ferske rapporter fra statistisk sentralbyrå konkluderer med at arbeidspresset blant personalet i helsesektoren i Norge øker, og at sykefraværet i samme sektor øker mer enn i andre yrker (16,38)

Sammendrag

Litteraturen viser at sykepleiere gjennom intervjuer og spørreskjemaundersøkelser har satt ord på en del personlige og miljømessige forhold som motiverer dem i læring og en del organisatoriske forhold som kan fremme eller hindre læring. Det foreligger derimot nesten ingen studier der læring og læringsforhold er undersøkt gjennom direkte observasjon og tilstedeværelse i avdelingen. Vi mangler dermed systematisk kunnskap om hvilke situasjoner som beforder læring i avdelingens daglige virksomhet, hvordan læring kan foregå og hva som kan læres i uformelle kontra formelle lærings situasjoner.

Metode

Design

Dette er en utforskende studie med flere metodiske tilnærminger. Utforskende design er hensiktsmessig der det foreligger lite kunnskap (39). I denne studien fokuseres det på utforsking av både uformell og formell læring for sykepleiere. Mange spørsmål om læring kan utforskes ved hjelp av intervju, men uformell læring må nødvendigvis utforskes i de uformelle situasjonene der det foregår. Det inngår derfor observasjon og ad hoc intervjuer, i tråd med prinsipper for feltstudier, i designet.

Utvalg og setting

Det planlegges utforsking på to avdelinger fra samme Klinikk. Dette sikrer samme overordnede organisatoriske mål og rammer for læringsaktiviteter i avdelingene, men gir samtidig mulighet for et variert tilfang av data. For å besvare forskningsspørsmål i delstudie 1 er det behov for tre ulike utvalg som består av: 1) Et strategisk utvalg av sykepleiere med ansvar for å legge til rette for læring, dvs avdelingssykepleier og sykepleiere med formelt fagansvar f. eks undervisningssykepleiere og/eller fagutviklingssykepleiere i hver avdeling, 2) et utvalg på hver avdeling av 6-8 vanlige sykepleiere som representerer bredden i sykepleiergruppen og utvalg 3) som består av dokumenter som omhandler planer og strategier knyttet til læringsaktiviteter i de to avdelingene.

For å besvare forskningsspørsmål i delstudie 2 er det behov for å kunne delta i ulike situasjoner i avdelingens daglige virksomhet. Noen situasjoner vil i samarbeid med sykepleiepersonalet forhåndsdefineres, f. eks fagmøter, rapport eller overleveringssituasjoner, previsitt, istand-gjøring av medikamenter, matpauser osv. Tilfeldige og uformelle læringsmuligheter utenom slike ”møteplasser” vil i tillegg observeres ved at forskeren følger enkelte sykepleiere i deres vanlige arbeid på formiddags-, ettermiddags- og kveldsøkt. Målsettingen er ikke å utforske enkeltsykepleieres læringsforløp, men å få et bilde av bredden av uformell læring i avdelingene.

Innsamling av data

For innsamling av data vil det benyttes kvalitative forskningsintervju, fokusgruppeintervju, dokumentanalyse, observasjon og ad hoc samtaler/intervju i tilknytning til observasjonssituasjonene.

Individuelle kvalitative forskningsintervju gjennomføres med utvalg 1. Informantene i dette utvalget har ansvar og oppgaver knyttet til læring som de er alene om å ha. Det er derfor hensiktsmessig å bruke individuelle intervjuer for å få del i deres erfaringer med temaet. I kvalitative forskningsintervju skapes data i samspill mellom informant og forsker (40). Intervjueren må derfor arbeide bevisst for at informantene skal føle seg trygge og ivaretatt slik at de kan snakke fritt om egne erfaringer og opplevelser. Det utvikles en halvstrukturert intervjuguide, intervjuene tas opp på bånd og varighet stipuleres til ca 1 time.

Fokusgruppeintervju gjennomføres med utvalg 2. I fokusgruppeintervju er gruppedynamikken et hjelpemiddel i å få fyldige data om et gitt tema som alle deltagerne har kunnskap om (39). Intervjueren stiller spørsmål fra en utarbeidet guide. For å få gode data bør gruppen være relativt homogen og ha en form for fellesskap, og preges av en støttende og ikke – dømmende holdning. Det er formålstjenlig å bruke fokusgruppeintervju i denne studien

fordi en gruppe sykepleiere fra samme avdeling deler erfaringer og kontekst og kjenner hverandre, og vil derfor kunne fungere som en arena for utsagn og erfaringsutveksling (41). Intervjuene tas opp på bånd og varighet stipuleres til ca 1 ½ time.

Dokumentene til utvalg 3 innhentes ved henvendelse til sykehusets administrasjon (overordnede dokumenter) og til avdelingssykepleier (avdelingens dokumenter).

Det brukes deltagende observasjon for innhenting av data i delstudie 2. Deltagende observasjon gjør det mulig for forskeren å rekonstruere fylldige beskrivelser av sosial situasjoner med innspill fra informanter og data fra konteksten det foregår i (42). Forskeren er med i de ulike situasjonene, uten å aktivt gjøre det sykepleierne gjør, men deltar i den forstand at det stilles spørsmål og tas ad hoc samtaler for å oppnå forståelse for hva som foregår. Stikkordsmessige notater skrives fortløpende, mens full utskrivning av notater foregår i etterkant av observasjonene. Observasjonen vil gå over flere uker for å sikre data fra definerte situasjoner og arbeidsøkter. Dette gjøres i samarbeid med sykepleiepersonalet i avdelingen.

I tabellen gis en oversikt over datakilder, innsamlingsmetoder og stipulert tidsbruk.

Datakilder	Data innsamlingsmetoder	Tidsbruk i avdelingen
Avdelingssykepleiere x 2	Individuelt intervju	60 min x 2
Underv.spl./fagsykepl. x 2	Individuelt intervju	60 min x 2 Evt noe mer hvis både underv. spl og fag spl i avd.
Sykepleiere 6-8 x 2	Fokusgruppe intervju	90 min x 2
Dokumenter	Innhente sentralt og lokalt	
”Møteplasser” og enkelt sykepleiere i ulike vakter	Deltagende observasjon	6 økter a 3 timer (formiddag, ettermiddag, kveld) x 2 Ca. 10 ”møteplasser” x 2

Analyse

Det vil bli gjort innholdsanalyse av innsamlede dokumenter. Intervjumaterialet analyseres i henhold til Kvale’s (40) metode for analyse av tekstdata. Feltnotatene kategoriseres og tematiseres i en kontinuerlig prosess i tråd med Flick’s (42) og Heggen og Fjell’s (43) anbefalinger for analyse av feltdata.

Etiske overveielser

Utvelgelse og rekruttering av avdelinger og informanter vil skje på basis av frivillig, informert samtykke. Pasienter vil spørres om tillatelse før forskeren eventuelt følger sykepleiere inn på pasientrom. Data behandles konfidensielt og det vil bli lagt opp til anonymisering av funnene slik at utenforstående ikke vil gjenkjenne deltagere i studien. Alle lydopptak vil bli slettet etter avsluttet studie.

Referanser

1. Jacobsen DI (2004) Organisasjonsendringer og endringsledelse. Bergen: Fagbokforlaget.
2. Helsepersonelloven 2001
3. Lov om Spesialisthelsetjenesten, 2001.
4. Dysthe O (2001) Sosiokulturelle perspektiver på kunnskap og læring. I: Dialog, samspel og Læring, 33–72. Oslo: Abstrakt forlag.
5. Lave J, Wenger E (1991) Situeret læring og andre tekster. København: Hans Reitzels Forlag
6. Bjørk I T, Hansen BS, Samdal GB, Tørstad S, Hamilton GA. Evaluation of clinical ladders in Norway: participants' perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*. In press.
7. Judy E, Leanne S (2004) The experience of marginalisation in new nursing graduates. *Nursing Outlook*; 52(6), 289–396.
8. Thidemann IJ (2005) Den sårbare læringsarenaen – om praksisfellesskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. *Vård i Norden*; 25(1), 10-15.
9. Brown JS, Duguid P (1991) Organisational learning and communities-of-practice: toward a unified view of working, learning and innovation. *Organisation Science*; 2(1), 40-57.
10. Nonaka I (2002) A dynamic theory of organisational knowledge creation. I: Choo CW, Bontis N (eds) *The strategic management of intellectual capital and organisational knowledge*, 437–462. Oxford: Oxford University Press
11. Takeuchi, H. (2001) Towards a universal management concept of knowledge. In: Nonaka I, Teece DJ (2001) *Managing industrial knowledge*, 315-329. London: Sage Publications.
12. Bjørk IT (2001) Sykehusavdelingen – et miljø for læring? *Vård i Norden* 21(4), 4 – 9.
13. Eraut M, Maillard F, Miller C, Steadman S, Ali A, Blackman C, Furner J (2003) Learning in the first year of full time employment after college for accountants, engineers and nurses. American Educational Research Assosiation. Research report/paper for the annual meeting.
14. Hertting A, Nilsson K, Theorell T, Larsson US (2004) Downsizing and reorganization, challenges and ambiguity for registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*; 45(2), 145-154.
15. Koivula M, Paunonon M, Laippala P (1998) Prerequisites for quality improvement in nursing. *Journal of Nursing Management*; 6(6), 333–342
16. Statistisk sentralbyrå (2006) Sykefravær, egen og legemeldt 1. kvartal 2006.
17. Kirchoff J (2005) Tilfeldig oppdatering. *Tidsskriftet Sykepleien*; nr. 3.
18. Hart G, Rotem A (1995) The clinical learning environment: nurses perceptions of professional development in clinical settings. *Nurse Education Today*; 15, 3-10.
19. Deci EL, Connell JP, Ryan RM (1989) Self determination in a work organisation. *Journal of Applied Psychology*; 74 (4), 580–590.
20. Eraut M (2004) Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education*; 26(2), 247-274.
21. Kramer M, Schmalenberg C (2004) Essentials of a magnet environment. *Nursing*; 34(6), 50-54.
22. Smith HA, McKeen JD (2003) Creating and faciliating communities of practice Ontario: Queens University at Kingston, Queens Centre for Knowledge–based Enterprises. <http://www.business.queensu.ca>
23. White K, Eagle J, McNeil H, Dance S, Evans LA, Harris H, Reid MJ (1998) What are the factors that influence learning in relation to nursing practice? *Journal for Nurses in Staff Development*;14(3),147-153.
24. Fullam C, Lando AR, Johansen ML, Reyes A, Szaloczy DM (1998) The triad of empowerment, leadership, environment and professional traits. *Nursing Economics*;16(5), 254-257.
25. Kane–Urrabazo C (2006) Managements role in shaping organizational culture. *Journal of Nursing Management*; 14, 188-194.
26. Mantzoukas S, Jasper MA(2004) Reflective practice and daily ward reality: a covert power game. *Journal of Clinical Nursing*; 13, 925-933.
27. Spouse J (2001) Work-based learning in health care environments *Nurse Education in Practice*; 2, 12-18.
28. Bjerkvik L (1998) Forventninger og virkelighet. *Tidsskriftet Sykepleien*, nr 3.
29. Husband I, Burkitt C, Mackenzie J, Torn A, Crow R (2001) Nurse education and communities of practice. The English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting.
30. Kirchoff, J (2006) Faglig oppdatering – for hvem? *Tidsskriftet Sykepleien*; nr. 1.
31. Statens helsetilsyn (2001) Kartlegging av kompetanseheving i somatiske sykehus.
32. Dealy MF, Bass M (1995) Professional development factors that motivate staff. *Nursing Management*; 26(8), 32f–32j.
33. Cofer DA (200) Informal learning in the workplace: a brief review of practice and application. The Ohio State University, Workforce Development and Education Section.
34. Fereday J (2006) The role of performance feedback in the self-assesment of competence: a research study with nursing clinicians. *Collegian*; 13(1), 10-15.
35. Gagnè M, Deci EL (2005) Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational*

- Behavior; 26, 331-362.
36. Cimiotti JP, Quinlan PM, Larson EL, Pastor DK, Lin SX, Stone PW (2005) The magnet process and the perceived work environment of nurses. *Nursing Research*; 54(6), 384-390.
 37. Havens DS, Aiken LH (1999) Shaping systems to promote desired outcomes: the magnet hospital model. *Journal of Nursing Administration*; 29(2), 14-20.
 38. Rønning E (2006) Er det indikasjoner på økt arbeidspress i arbeidslivet? Statistisk sentralbyrå.
 39. Polit DF, Beck CT (2004) *Nursing research: principles and methods*. (7th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
 40. Kvale S (1996) *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage Publications.
 41. Krueger RA, Casey MA (2000) *Focus groups*. (3rd ed.) Thousand Oaks: Sage publications.
 42. Flick U (1998) *An introduction to qualitative research*. Thousand Okas: Sage publications.
 43. Heggen K, Fjell TI (1998) *Etnografi*. I: Lorensen M (red.) *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Avdelingsoverlege

sykehus

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Seksjon for sykepleievitenskap

Postboks 1153 Blindern

N-0318 OSLO

Besøksadresse: Nedre Ullevål 9

Dato: 2007-02-26

Deres ref.:

Saksbehandler:

Vår ref.:

Telefon: +47 22 85 05 60

Telefaks: +47 22 85 05 70

www.med.uio.no/ish

Ad forskningsprosjekt om læring og kompetanseutvikling blant sykepleiere

I e-mail sendt mandag 26. februar la jeg ved de samme dokumenter som følger dette brevet. Henvendelsen gjelder tillatelse til å gjennomføre et forskningsprosjekt om læring og kompetanseutvikling blant sykepleiere på [redacted] avdeling. Prosjektet er diskutert med avdelingssykepleier [redacted] og ønsket ved hennes avdeling.

I følge samtale med Personvernombudet er prosedyren at jeg fyller ut interne registreringsskjema for forskningsprosjekter, legger ved prosjektbeskrivelse og sender til deg for godkjenning og videresending til divisjonen forskningsutvalg. Personvernombudet har bedt meg sende til henne prosjektbeskrivelse og godkjenning fra NSD (som er instansen vi bruker ved Universitetet) når det er godkjent hos dere.

Håper dette prosjektet er akseptabelt for ledelsen ved avdelingen også.

Vennlig hilsen

IDA TORUNN BJØRK

Førsteamanuensis

Dr.polit Ida Torunn Bjørk

Vedlegg: Prosjektbeskrivelse og Registreringsskjema for forskningsprosjekter ved UUS

Vedlegg 2

SV: forskningsprosjekt

Subject: SV: forskningsprosjekt
From: " " no>
Date: Mon, 5 Mar 2007 11:06:07 +0100
To: Ida Torunn Bjørk <i.t.bjork@medisin.uio.no>
CC: ""

Dette ser flott ut: jeg har signert og gitt itl

f
Avdelingsoverlege / Avdelingsleder
E
IKKE SENSITIVT INNHOLD

-----Opprinnelig melding-----
Fra: Ida Torunn Bjørk [mailto:i.t.bjork@medisin.uio.no]
Sendt: 26. februar 2007 09:38
Ti
Emne: forskningsprosjekt

Hei!
Jeg har samarbeidet med avdelingssykepleier Birgit Luksch om et prosjekt knyttet til læring og kompetanseutvikling blant sykepleiere. I følge telefonsamtale med Personvernombudet på skal jeg fylle ut Registreringsskjema for forskningsprosjekter og sende til deg for godkjenning, sammen med prosjektbeskrivelse. Personvernombudet har videre bedt meg oversende prosjektbeskrivelse, samtykkeerklæringer og svar fra NSD (som er den instansen vi må bruke ved Universitetet) når prosjektet er godkjent hos dere. Det tar jeg meg av.

Håper dette er et akseptabelt prosjekt for ledelsen ved avdelingen også.

registreringsskjema og prosjektbeskrivelse ligger vedlagt, det sendes også pr post for ordens skyld.

Vennlig hilsen

--
Ida Torunn Bjørk
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 Oslo
TLF 22850577

- This footnote confirms that this email message has been swept for the presence of computer viruses.

SV: forskningsprosjekt

Subject: SV: forskningsprosjekt
From: i.t.bjork@medisin.uio.no
Date: Mon, 26 Feb 2007 11:04:44 +0100
To: Ida Torunn Bjørk <i.t.bjork@medisin.uio.no>

IKKE SENSITIVT INNHOLD
Kommer i posten
Mvh

-----Opprinnelig melding-----
Fra: Ida Torunn Bjørk [<mailto:i.t.bjork@medisin.uio.no>]
Sendt: 26. februar 2007 09:36
Til:
Kjennelse:
Emne: forskningsprosjekt

Hei!
Jeg har samarbeidet med avdelingssykepleier om et prosjekt knyttet til læring og kompetanseutvikling blant sykepleiere. I følge telefonsamtale med Personvernombudet på skal jeg fylle ut Registreringsskjema for forskningsprosjekter og sende til deg for godkjenning, sammen med prosjektbeskrivelse. Personvernombudet har videre bedt meg oversende prosjektbeskrivelse, samtykkeerklæringer og svar fra NSD (som er den instansen vi må bruke ved Universitetet) når prosjektet er godkjent hos dere. Det tar jeg meg av.

Håper dette er et akseptabelt prosjekt for ledelsen ved avdelingen også.

Registreringsskjema og prosjektbeskrivelse ligger vedlagt, det sendes også pr post for ordens skyld.

Vennlig hilsen

--
Ida Torunn Bjørk
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 Oslo
TLF 22850577

- This footnote confirms that this email message has been swept for the presence of computer viruses.

Informasjon til informanter om intervju-undersøkelse vedrørende

”Hvordan fungerer sykehusavdelinger som kontekst for kontinuerlig læring for sykepleiere?”

Gjennomgang av litteratur viser at kontinuerlig læring er nødvendig for å opprettholde og bedre kvaliteten på sykepleietjenesten i sykehus. Dette er av betydning for den enkelte pasient og sykepleier, for sykepleiefaget, helseforetakene og samfunnet. Helselovene deler ansvaret for læring mellom arbeidstagere og arbeidsgivere, i det at arbeidstagere selv er ansvarlig for faglig forsvarlig yrkesutøvelse, mens arbeidsgiver plikter å legge til rette for at nødvendig opplæring og utdanning gis. Arbeidsplassen er derfor en viktig arena for kontinuerlig læring.

Et godt læringsmiljø fremmer både motivasjon og muligheter for læring, og krever aktiv innsats både fra den enkelte sykepleier og fra avdelingens ledelse.

På tross av den kritiske betydningen kontinuerlig læring har, er forskning på området svært mangelfull. For å legge til rette for gode læringsmiljøer kreves kunnskaper om hvordan sykehusavdelinger fungerer som læringskontekster. Denne studien vil være et bidrag i så måte.

Som du ser, er det grunn til å se nærmere på hvordan en sykehusavdeling fungerer som læringskontekst for sykepleiere. Jeg vil derfor snakke med noen av dere som arbeider med å legge til rette for læring for å høre hvilke erfaringer dere har med dette. Det skal *ikke* være noe ”forhør” eller vurdering av om hvor ”flinke” dere har vært til dette, men derimot hva dere tenker rundt temaet, hva dere mener er viktig, hva som oppleves som utfordringer og hvordan dere faktisk får til det dere gjør.

Samtalen vil vare ca 1 ½ time og vil bli tatt opp på bånd. Du bestemmer selv hva du vil dele av informasjon, og kan velge å avstå fra å svare på spørsmål. All informasjon vil bli behandlet konfidensielt, og anonymitet vil sikres så langt det lar seg gjøre i studiens dokumenter.

Vennlig hilsen
Mette Tøien
Tlf- mob. 952 11 519 / Jobb: 230 75466

Vedlegg 5

Forespørsel om deltagelse i studien:

”Hvordan fungerer sykehusavdelinger som kontekst for kontinuerlig læring for sykepleiere?”

Du er herved forespurt om å delta i en studie med hensikt å utforske hvordan en sykehusavdeling fungerer som læringskontekst for sykepleiere. Arbeidsplassen er en viktig arena for kontinuerlig læring, og utformingen av læringsmiljøet påvirker både motivasjon og mulighet for læring. På tross av den kritiske betydningen kontinuerlig læring har, er forskning på området svært mangelfull. For å legge til rette for gode læringsmiljøer kreves kunnskaper om hvordan sykehusavdelinger fungerer som læringskontekster. Denne studien vil være et bidrag i så måte.

Dersom du ønsker å være med i studien, vil du bli intervjuet om din erfaring med å legge til rette for læring i avdelingen. Intervjuet vil vare ca 1 time og vil bli tatt opp på bånd og skrevet ut. Samtykkeskjemaet vil bli oppbevart nedlåst, og skjema, lydbånd og utskrifter vil bli slettet etter studiens slutt. Forsker har taushetsplikt.

Deltagelse i studien er frivillig og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi grunn. Du velger selv hva du vil dele av informasjon og kan avstå fra å svare på spørsmål. Informasjonen vil bli behandlet konfidensielt og data vil bli anonymisert i den skriftlige fremstillingen av resultatene.

Studien er ledd i mitt mastergradsstudium i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Veileder for prosjektet er 1. amanuensis, Dr. Polit. Ida Torunn Bjørk ved institutt for sykepleievitenskap og helsefag (tlf. 22 85 06 77). Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste AS.

Vennlig hilsen

Mette Tøien
Skrenten 10
3058 Solbergmoen
Tlf mob.:952 11 519 / jobb:230 75466

Vedlegg 6

**Skriftlig informert samtykke til deltagelse i fokusgruppeinterju
vedrørende studien:**

**”Hvordan fungerer sykehusavdelinger som kontekst for
kontinuerlig læring for sykepleiere?”**

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og samtykker herved til å delta i studien.

Dato.....

Sted.....

Sign.

.....

Informasjon om studie vedrørende sykepleieres læring i sykehusavdelinger

Vi, 1. lektor dr. Polit. Ida Torunn Bjørk, og mastergradsstudent Mette Tøien, begge fra Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo, planlegger å gjøre en utforskende studie av sykepleieres læring i vanlige sykehusavdelinger.

I dagens sykehus er det et kontinuerlig krav til sykepleiere om å utvikle og oppdatere sin kompetanse, fordi dette er helt nødvendig for å ivareta kravet om faglig forsvarlighet og for å opprettholde og bedre kvaliteten på sykepleietjenesten. Dette stiller store krav til at arbeidsplassen fungerer godt som arena for kontinuerlig læring.

Det er forsket svært lite på sykepleieres læring og læringsmuligheter i sykehus. Denne studien vil være et bidrag i å skaffe forskningsbasert kunnskap på et område som er viktig for å kunne legge til rette for gode læringsmiljøer i sykehusavdelinger.

Forskningsspørsmålene i studien er:

- Hvordan tilrettelegger avdelingen for læring?
- Hvilke muligheter for læring opplever sykepleierne at de har i avdelingene?
- I hvilke kontekster og på hvilke arenaer foregår læring?
- Hva er det som læres?
- Hvilke situasjoner eller hendelser motiverer til læring?

For å få svar på forskningsspørsmålene ønsker vi å gjøre følgende:

- 1) Intervjue de i avdelingen som har ansvar for å legge tilrette for læring
- 2) Intervjue sykepleiere om hvordan de opplever mulighetene for å lære i avdelingen
- 3) Gjøre analyse av relevante dokumenter ang. Læring / læringsaktiviteter
- 4) Observere og snakke med sykepleiere gjennom arbeidsdagen i ulike situasjoner for å undersøke hva og hvordan de lærer
- 5)

Utvelgelse og rekruttering av informanter skjer på basis av frivillig, informert samtykke. Alle data vil bli behandlet konfidensielt, og anonymitet vil så langt mulig tilstrebes slik at utenforstående ikke vil gjenkjenne deltagerne i studien. Alle lydopptak vil slettes etter avsluttet studie.

Vi håper dere har lyst til å bidra til dette forskningsprosjekt som vi mener er viktig for sykepleiere på sykehus!

Vi kommer på personalmøtet den 6. mars for å informere mer om studien, og svarer gjerne på spørsmål.

Vennlig hilsen

Ida Torunn Bjørk og Mette Tøien

Informasjon til informanter om intervju-undersøkelse vedrørende

”Hvordan fungerer sykehusavdelinger som kontekst for kontinuerlig læring for sykepleiere?”

Kontinuerlig læring er nødvendig for å opprettholde og bedre kvaliteten på sykepleietjenesten i sykehus. Dette er av betydning for den enkelte pasient og sykepleier, for sykepleiefaget, helseforetakene og samfunnet. Helselovene deler ansvaret for læring mellom arbeidstagere og arbeidsgivere, i det at arbeidstagere selv er ansvarlig for faglig forsvarlig yrkesutøvelse, mens arbeidsgiver plikter å legge til rette for at nødvendig opplæring og utdanning gis.

Arbeidsplassen er derfor en viktig arena for kontinuerlig læring, og utformingen av læringsmiljøet påvirker både motivasjon og muligheter for læring.

På tross av den kritiske betydningen kontinuerlig læring har, er forskning på området svært mangelfull. For å legge til rette for gode læringsmiljøer kreves kunnskaper om hvordan sykehusavdelinger fungerer som læringskontekster. Denne studien vil være et bidrag i så måte.

Som du ser, er det grunn til å se nærmere på hvordan en sykehusavdeling fungerer som læringskontekst for sykepleiere. Jeg ønsker derfor å snakke med noen av dere som arbeider som sykepleiere i avdelingen om hvordan dere opplever mulighetene for å lære. Jeg ønsker å få del i erfaringer fra mange sykepleiere med ulike erfaringsbakgrunn, og vil derfor bruke gruppe-intervju som datasamlingsmetode. Jeg kommer til å stille spørsmål til gruppa, og ønsker at dere i fellesskap skal reflektere, drøfte og diskutere slik at ulike aspekter kommer frem. Det er ikke noe mål at dere er enige, det er deres ulike tanker og erfaringer jeg ønsker å få del i.

Intervjuet vil vare ca 1 ½ til 2 timer og vil bli tatt opp på bånd. Dere velger selv hva dere vil dele av informasjon, og kan velge å avstå fra å svare på spørsmål. Informasjonen vil bli behandlet som konfidensiell, og anonymitet vil så langt mulig tilstrebes i studiens dokumenter.

Vennlig hilsen
Mette Tøien
Tlf- mob. 952 11 519 / Jobb: 230 75466

Vedlegg 9

Forespørsel om deltagelse i studien:

”Hvordan fungerer sykehusavdelinger som kontekst for kontinuerlig læring for sykepleiere?”

Du er herved forespurt om å delta i en studie med hensikt å utforske hvordan en sykehusavdeling fungerer som læringskontekst for sykepleiere. Arbeidsplassen er en viktig arena for kontinuerlig læring, og utformingen av læringsmiljøet påvirker både motivasjon og mulighet for læring. På tross av den kritiske betydningen kontinuerlig læring har, er forskning på området svært mangelfull. For å legge til rette for gode læringsmiljøer kreves kunnskaper om hvordan sykehusavdelinger fungerer som læringskontekster. Denne studien vil være et bidrag i så måte.

Dersom du ønsker å være med i studien, vil du delta i et fokusgruppe-intervju sammen med andre sykepleiere fra din avdeling. Fokus for intervjuet vil være erfaringer knyttet til mulighetene for å lære i avdelingen. Intervjuet vil vare ca 1 til 1 ½ time og vil bli tatt opp på bånd og skrevet ut. Samtykkeskjemaet vil bli oppbevart nedlåst, og skjema, lydband og utskrifter vil bli slettet etter studiens slutt (juni 2008). Foruten meg selv vil en medhjelper være til stede for å passe på at det tekniske utstyret fungerer og gjøre hjelpenotater underveis i intervjuet. Både forsker og medhjelper har taushetsplikt.

Deltagelse i studien er frivillig og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi grunn. Du velger selv hva du vil dele av informasjon og kan avstå fra å svare på spørsmål. Informasjonen vil bli behandlet konfidensielt og data vil bli anonymisert i den skriftlige fremstillingen av resultatene.

Studien er ledd i mitt mastergradsstudium i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Veileder for prosjektet er 1. amanuensis, Dr. Polit. Ida Torunn Bjørk ved institutt for sykepleievitenskap og helsefag (tlf. 22 85 06 77). Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste AS.

Vennlig hilsen
Mette Tøien
Skrenten 10 3058 Solbergmoen
Tlf mob.:952 11 519 / jobb:230 75466

Vedlegg 10

Intervjuguide tilretteleggere.

Hvor lenge har du jobbet som avdelingssykepleier / fagsykepleier?

Hvor lenge har du vært ansatt her?

Hva tenker du om din rolle i forhold til læring på avdelingen/ kompetanseutvikling

Hvordan legger avdelingen til rette for læring?

Hvilke erfaringer har du med å legge til rette for læring?

Hva gjør dere her som fungerer bra?

Hvordan har dere fått til det?

Hvordan opplever du avdelingens kultur for læring?

Hvem tar initiativ til ulike læringsaktiviteter?

Hva er det viktigste du bidrar med?

Hva ser du som hindringer / utfordringer i forhold til læring?

Hvordan ser du på behov for kontinuerlig læring?

Du selv, hvordan ivaretar du selv eget behov for faglig utvikling og læring?

Spørsmålsrute, fokusgruppeintervju

Tema: erfaringer rundt muligheter for å lære i avdelingen.

Innledningsspørsmål:

Hvorfor jobber dere akkurat på denne avdelingen, og hvor lenge har dere arbeidet her?

Introduksjonsspørsmål:

Kan dere beskrive hvordan dere opplever mulighetene for å lære her i avdelingen?

Overgangsspørsmål:

Hvilken betydning har lærings – og utviklingsmuligheter for dere?

Nøkkelsspørsmål:

Hvordan samsvarer avdelingens muligheter for å lære med deres ønsker og behov?

Hva slags læringsaktiviteter fungerer bra, og hva er grunnen til det?

Hvilke forhold i avdelingen fremmer egen læring?

Hvilke ønsker har dere for læringsmuligheter i avdelingen?

Hva hindrer dere i å lære?

Avsluttende spørsmål:

Er det noe annet ang. læring og læringsmuligheter vi ikke har snakket om?

Når alt kommer til alt, hva er det viktigste når det gjelder læringsmuligheter i avdelingen?

Vedlegg 12



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Ida Torunn Bjørk
Seksjon for sykepleievitenskap
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 12.02.2007

Vår ref: 15955/KS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.12.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

15955	<i>Hvordan fungerer sykehusavdelinger som kontekst for kontinuerlig læring for sykepleiere?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Ida Torunn Bjørk
Student	Mette Tøien

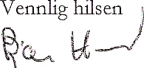
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endrings skjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2008 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Mette Tøien, Skrenten 10, 3058 SOLBERGMOEN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TROMSØ: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svanva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning, NSD



Prosjektvurdering - Kommentar

15955

Det vil ikke bli registrert direkte personidentifiserende opplysninger i prosjektet, men det tas høyde for at den kan bli registrert indirekte personidentifiserende opplysninger.

Prosjektsslutt er angitt til 15.06.08. Senest ved prosjektsslutt vil datamaterialet være anonymisert, det vil si at det ikke lenger foreligger indirekte personidentifiserende opplysninger i materialet. Lydopptak slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller grovkategoriseres på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i datamaterialet.

Ombudet anbefaler at kun informanten signerer samtykkeerklæringen. Dersom også studenten signerer, kan det gi inntrykk av at det er en kontrakt man inngår.