

Ledelse



NSFs FAGGRUPPE FOR LEDERE

Sykepleien

Nye elektroniske verktøy
– **hva forsinker
og fremskynder
prosessen?**



LEDELSE blir utgitt av Landsgruppen for sykepleieledere i NSF (NSFLSL), i samarbeid med Sykepleien. Faggruppen er en møteplass for fag- og kunnskapsutvikling. Arbeidet er viktig for fagets identitet, og bidrar dessuten til anvendelse og formidling av forskning og erfaring. Medlemmene i NSFLSL utgjør et nettverk av kompetanse, både innad i faggruppen og på tvers av NSF-fagområder.

ISSN: NO3333310

STYRET

Gitte Christine Korvann, May Synnøve Birkely, Elinor Grøthe, Mette R. Dønåsen, Siri Gulpinar, Jan Erik Nilsen, Jan Arild Brandshaug

ANSVARLIG REDAKTØR

Mette R. Dønåsen
Mobil: 900 75 931
mette.r.donasen@lhl.no

REDAKSJONSUTVALG

Mette R. Dønåsen, Siri Myklebust, Jan Erik Nilsen

ABONNEMENT

Gitte Korvann
gitte@korvann.no

ANNONSER

Jan Arild Brandshaug
Mobil: 451 99 470
vestretoten@icloud.com

HJEMMESIDE

<https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleieledere>

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

Barth Tholens
Tlf: 22 04 33 50/408 52 179
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 926 08 706

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 906 08 779

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina E. H. Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

FORSIDEBILDE

Colourbox

NESTE UTGAVE

17. august 2017

TRYKK

Sörmlands Grafiska

ANNONSERING

Ledelse passer for annonsører som ønsker å nå ledere generelt og sykepleieledere spesielt. Sykepleieledere finnes både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter.

Innhold

01 - 2017



- 3 Leder: Gitte Christine Korvann
- 4 Smånytt
- 6 Hvilke forhold påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten?
- 10 NSF's nasjonale lederkonferanse
- 11 Fem kjappe
- 12 Behov for endrede lederroller
- 18 Tilbakeblikk
- 20 Vil øke medlems-tallet betraktelig
- 22 Erfaringer med «Leadership for Change»
- 24 Krevende å ta i bruk nye elektroniske verktøy
- 26 Vikarpool gir nye muligheter
- 28 Interkommunal samkamp i norsk helsetjeneste
- 31 Mange aktiviteter i Rogaland
- 32 Lærer å leve med kroniske lidelser

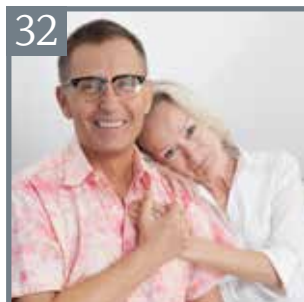
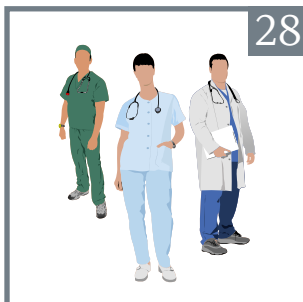




Foto: NSF



FAKTA

Gitte Christine KorvannLeder
NSFLSL

En verden i forandring

Verden er i forandring. Vi har merket det lenge. Fokuset på enkeltpersoner og den enkeltes rettigheter fremfor fellesskapet. USAs president gjør alt han kan for å få gjennomført endringene han har varslet. Den store helsereformen i USA som skulle sikre den enkelte borger en viss grad av helsetjenester, blir sannsynligvis ikke gjennomført i den grad Obama ønsket. Den samme bølgen slår innover Europa. Enkelte politikere stormer fram på meningsmålingene og vil reformere Europa. Det trygge NATO og EU skjelver og tryggheten vi har følt på gjennom de siste 30 år er i ferd med å endres.

Kvinesynet er også i endring. Stolt er jeg for at NSF så klart tar avstand til denne vinden. Den enkeltes kjønn, kulturbakgrunn, legning eller tro har ingen ting med hvordan vi kan være gode sykepleiere eller gode sykepleieleidere.

Opp til oss ledere

I januar gjennomførte NSF LSL Oppland «Fagerneseminar» for 27. gang. Det står det respekt av! «Hvis dine handlinger inspirerer andre til å drømme mer, gjøre mer og bli mer – da er du en god leder», sa Karin Fevaag Larsen på lederseminaret. «Det å være en leder setter spor hos dine medarbeidere», sa hun videre.

Mye er opp til oss som ledere. Hvis vi ønsker at tjenesten skal skinne, må vi få den enkelte ansatte til å skinne. Vi må gi den enkelte trygghet til å

prøve, trygghet til å feile og tryggheten til å prøve igjen. «Det er mye god ledelse i å innrømme feil med en gang», sa Øyvind Kvalnes. For alle kan vi feile, men det å ha trygghet til å prøve og til å innrømme at vi har gjort en feil kan være vanskeligere. Sokrates sa at det viktigste er å kjenne seg selv. Det må vi også gjøre som ledere. Vi må kjenne på våre styrker men også på våre svakheter. Det er da vi vet hvor vi skal bygge erfaring og kunnskap. En leder skal lede an og eksempelets makt er stor. For atferd smitter. Både positiv og negativ atferd.

Ny forskrift

Den 1. januar fikk vi en ny forskrift som utfordrer oss ledere. Det er «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten». Det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som skal sørge for at det etableres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne medvirker til dette. I min masteravhandling, som du kan lese mer om i dette nummer, er det nettopp kvaliteten på tjenesten og det å yte gode tjenester som er drivkraften for mine informanter. Alle har et ønske om å gi en tjeneste av god kvalitet. Da må også systemene for kontroll og kvalitetsforbedring være på plass.

Med dette ber jeg dere ledere om å lede an for å få en helsetjeneste vi kan være stolte av og ønsker dere alle et riktig godt jubileumsår! ■



Økt fare for diabetes

Å snuse en boks snus per dag øker risikoen for å få type 2-diabetes med 70 prosent.

Det er samme risikoøkning som man tidligere har sett hos dem som røyker en pakke sigaretter om dagen. Det er forskere ved Karolinska Institutet som har funnet ut dette, i samarbeid med forskere ved Umeå og Lunds universitet.

Kilde: forskning.se



Fastlegen svikter

Oppfølgingen av pasienter ved livets slutt svikter ofte når pasienten sendes hjem fra sykehuset og ansvaret flyttes til fastlegen, viser en undersøkelse.

– I undersøkelsen vi har gjort, er det et stort spenn mellom noen fastleger som følger opp og drar på hjemmebesøk til den døende – mens andre er helt fraværende. De fleste vi intervjuet sier at fastlegene må trekkes mer inn i palliativt arbeid, sier Line Melby ved Sintef.

Kilde: gemini.no



«Et godt smil kommer sjelden alene.» *Dag Evjenth*

Unngå grubling

Å lære seg å gruble mindre, har stor effekt for pasienter med depressive symptomer, viser ny forskning på behandlingsformen metakognitiv terapi (MCT). Terapien handler om å minske selve grubleprosessen.

– Man trenger ikke å bekymre seg og gruble. Å innse dette, er en befrielse for mange, sier førsteamanuensis Roger Hagen ved Institutt for psykologi, NTNU til forskning.no.

Hagen har publisert en fagartikkel om behandlingen av depresjon ved hjelp av MCT. Pasientene i studien ble behandlet over ti uker. Etter seks måneder hadde 80 prosent blitt helt friske fra sin depresjonsdiagnose.

Kilde: Forskning.no



Vil slutte å jobbe

En av tre arbeidstakere over 60 år sier de vil gå av med pensjon for å slippe de unge fram, og bare en fjerdedel sier det er sannsynlig at de vil stå i arbeid frem til fylte 72 år, ifølge Seniorpolitisk Barometer 2016. Senter for seniorpolitikk tror at endringer i norsk økonomi og de mange nedbemanningsprosessene, hvor blant annet tidligpensjon brukes som virkemiddel, kan ha påvirket seniorenens syn på å jobbe lenge.

Kilde: Personal og ledelse

Kan redde millioner

Millioner av dødsfall i verden kunne vært unngått hvert år, hvis folk hadde spist mer frukt og grønt, viser en studie.

– Jo mer frukt og grønt folk spiste, jo lavere var risikoen for hjertesykdom, slag, kreft og tidlig død, sier Dagfinn Aune ved NTNU som har ledet studien, til forskning.no.

Funnene viser blant annet at risikoen for hjerte- og kar-sykdom ble redusert med omtrent en fjerdedel for dem som spiste 800 gram frukt og grønnsaker hver dag.

Kilde forskning.no



Bli en venn

Kjenner du ensomme eldre som kan trenge en venn? Organisasjonen Telefonkontakt for eldre og uføre formidler voksne telefonvenner for en ukentlig «trivselsamtale». Telefonvennen ringer 15–20 minutter en gang i uka. Tilbudet er landsdekkende, og gratis for brukerne. Organisasjonen og tilbudet har eksistert siden 1971 og er finansiert av Helsedirektoratet. Nettside: www.telefonkontakt.no



Bra å ha ansvar

Ledere som gir medarbeiderne sine ansvar og myndighet til selv å bestemme hvordan oppgavene skal løses, får mer produktive medarbeidere. Det viser tre nye studier, gjennomført av førsteamanuensis Stein Amundsen ved Høgskolen Lillehammer og professor Øyvind L. Martinsen ved Handelshøyskolen BI. Nærmere 2000 ledere og medarbeidere i privat, offentlig og frivillig sektor har deltatt i studiene. I tillegg til at de ansatte presterer bedre, blir de dyktigere til å lede seg selv, viser studiene.

Kilde: Forskning.no



Utdanningsvalg er kjønnsdelt

Om lag halvparten av elevene i videregående opplæring går på yrkesfaglige utdanningsprogram. De fleste yrkesfagene har enten gutte- eller jentedomnans, og bare 3 av de 12 studieprogrammene har tilnærmet lik kjønnsfordeling. Gutter utgjør 90 % av elevene på bygg og anlegg, elektrofag og teknikk og industriell produksjon, mens helse- og oppvekstfag er dominert med 85 % jenter.

Kilde: kjønnslikestilling.no





Hvilke forhold påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten?

En kvalitativ studie blant overordnet helse- og omsorgsledelse i fem østlandskommuner.

FAKTA

Av **Gitte Christine Korvann**, Faggruppetleder, Landsgruppen for sykepleieledere i NSF, master i offentlig ledelse og styring (MPA), med fordypning i økonomi fra Høgskolen i Hedmark, Rena

Når media setter søkelyset på den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er det gjerne på bakgrunn av at pasienter eller pårørende mener at kvaliteten på tjenesten er for dårlig. Som overordnet leder har jeg selv undret meg over hva det er som påvirker kvaliteten på tjenesten ut til brukerne.

For noen år siden deltok den kommunen jeg arbeidet i, i KS Effektiviseringsnettverk. I nettverket skulle den enkelte kommune utarbeide tjenesteanalyser basert på en sammenlikning av KOSTRA-tallene, svar fra brukerundersøkelser og svar fra medarbeiderundersøkelser. Tjenesteanalysen skulle finne forbedringsområder som igjen skulle nedfelles i mål for videre utvikling av tjenesten.

Informasjon og kommunikasjon

Brukerundersøkelsen viste at pleie- og omsorg i kommunen yter tjenester som brukerne er godt fornøyd med. Brukere opplever trivsel og respektfull behandling både i hjemmetjenesten og på institusjon. Kom-

videre. Det er mye godt arbeid som er gjort i pleie og omsorg i kommunen. Gjennom undersøkelsen så vi at virksomheten var på rett vei. Brukere ble tatt på alvor og det ble gitt en respektfull behandling. Dette gode arbeidet skulle opprettholdes. Samtidig vil virksomheten fortsette forbedringsarbeidet, spesielt i forhold til informasjon og kommunikasjon.

Resultat og innsats

Fagkompetansen er høy blant de ansatte. Dette kommer fram ved at brukerne opplever at de mottar tjenester med høy faglighet. Dette gjenspeiler seg i trygghet for bruker og pårørende.

Så ble det tatt en vurdering av resultateffektiviteten. Vi skulle undersøke følgende:

Er det en sammenheng mellom innsatsfaktoren og resultat? Får vi «gode nok» resultater i forhold til innsatsfaktoren? Hva er «godt nok» for våre brukere/tjenestemottakere? Hva er «godt nok» for oss?


Det var en klar sammenheng mellom resultater og innsatsfaktorer. Brukere og medarbeidere var godt fornøyd. Brukerne mener de får en tjeneste med trygghet, forutsigbarhet og en høy grad av respekt. Medarbeiderne mener de gjør en viktig jobb og er stolte over arbeidsplassen sin. Selv med en lavere prioritering enn landet for øvrig, yter kommunen en tjeneste av god kvalitet.

Mål og tiltak for forbedring

Avslutningsvis i tjenesteanalysen ble det satt opp mål og forbedringstiltak ut ifra vurderingen av resultateffektiviteten. Det er meget viktig at selv om både brukere og medarbeidere er fornøyd,

«Medarbeiderne mener de gjør en viktig jobb og er stolte over arbeidsplassen sin.»

munen har et forbedringspotensial i å få et enda bedre samarbeid med brukere og pårørende slik at de får god informasjon. Pårørende er en stor ressurs som det blir viktig å samarbeide med i det videre arbeidet. Informasjon og kommunikasjon vil derfor være hovedfokus



er det likevel flere forbedringsområder. Gjennom denne tjenesteanalysen og flere utviklingsprosjekter ble det sett på kompetansen til både medarbeidere og ledere. Organiseringen av tjenesten ble også vurdert nærmere. Det ble utarbeidet kompetanseplaner og brukt mye ressurser på kompetanseheving av de ansatte, noe også kommunen har mottatt støtte til gjennom overføringer fra sentrale myndigheter, gjennom Kompetanseløftet. Men er det andre faktorer som også spiller inn? Hva med overordnet ledelse og deres påvirkningskraft? Hva med lokalpolitikere? Hva med organiseringen av tjenesten? Har media innflytelse?

Problemstilling og forskningsspørsmål

For å understøtte problemstillingen har avhandlingen tatt for seg følgende forskningsspørsmål: Har ledelseskompetanse betydning for kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten? Er det sammenheng mellom politisk og administrativ organisering og kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten? Påvirkes ledere av helse- og omsorgstjenesten av aktører som benytter makt og påvirker dette dermed kvaliteten på tjenesten? Påvirker tilsyn kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten? Har helse- og omsorgsledere selv makt som påvirker kvaliteten på tjenesten?

For å besvare forskningsspørsmålene ble det benyttet en kvalitativ studie med en intervjuguide. Den kvalitative studien hadde en delvis strukturert tilnærming. Respondentene fikk tale fritt om sin arbeidshverdag dog innenfor de ulike forskningsspørsmålene. Det var i alt 5 informanter. I tillegg er det i avhandlingen trukket veksler på rapporten

OMRÅDER SOM PÅVIRKER: Avhandlingen har sett nærmere på ledelseskompetansens betydning for kvaliteten, de organisatoriske forholdene og, ikke minst, om det benyttes makt som påvirkning for å gi en bedre kvalitativ tjeneste. Foto: Colourbox



til Nordlandsforskning nr. 4/2014, som tar for seg sykepleieledere og ledelse, for å se om funnene er samsvarende.

Funn fra studien

Det har vært mange temaer som respondentene trakk fram som viktige som påvirkningsfaktorer for kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten. Jeg har i avhandlingen likevel valgt å være tro mot de tre hovedtemaene som har vært lederkompetanse, organisering og makt/påvirkning.

Funnene i denne avhandlingen viser at det er mange gode eksempler på hva som påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten. Det ble sett nærmere på ledelseskompensens betydning for kvaliteten, de organisatoriske forholdenes betydning for kvaliteten og ikke minst om det benyttes makt som påvirkning for å gi en bedre kvalitativ tjeneste. Alle områdene viser at det til en viss grad påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten.

I avhandlingen ble det valgt å ikke komme mer direkte inn på tema kompetanse- og kompetanseheving for å møte morgendagens utfordringer innen feltet. Både kompetanse- og rekruttering, men også mangel på «hoder og hender», er selvfølgeligheter for kvaliteten på tjenesten. Fokuset i avhandlingen ble på lederen og lederkompetansen. Lederen skal inneha flere roller som policyleder, forvaltningsleder og tjenesteleder (jf. Strand). Når vi ser lederen i lys av Bolman& Deals fortolkningsrammer, ser vi at lederen må være dyktig på sitt eget fagfelt, den strukturelle rammen. Samtidig som de trekker fram viktigheten av behovet for kompetanse i organisasjonene og ikke nødvendigvis selv å inneha full kompetanse på alle områder, human-resource perspektivet og ikke minst å se lederen som den politiske lederen.

Fokus på kvalitetsledelse

Lederen må drive kvalitetsstyring som innebærer både kvalitetsutvikling og kvalitetsforbedring. Slik også Nygren trekker fram i de fem dimensjonene for totalkvalitetsledelse: Den eksterne dimensjonen, lederskapsdimensjonen, menneskedimensjonen, kunnskapsdimensjonen og prosessdimensjonen (Nygren, 1999). Ledelse er å drive med kontinuerlig kvalitetsarbeid og benytte LEAN og PDCA-sirkelen eller andre ledelsesverktøy i sitt lederskap,

for bedre kvaliteten på tjenesten. Lederskap må styrkes for å kunne drive systematisk arbeid med kvalitetsledelse. Uten dette fokuset på kvalitetsledelse, kan man risikere at kvaliteten på tjenesten blir dårlig.

Ekspertens makt

«Makt er å påvirke», sier Lai (2014). Påvirke hva som skal prioriteres. Overordnet ledelse i helse- og omsorgstjenesten må gis mulighet til å påvirke der vedtakene fattes. På Norsk Sykepleieforbunds landskonferanse for ledere i november 2014, utfordret statssekretær Lisbeth Normann sykepleielederne til å være litt mer som Pippi. «Dere må være proaktive, heller enn reaktive», sa hun og ba sykepleielederne delta mer i den offentlige debatten både faglig men også organisatorisk.

Samtlige ledere som er blitt intervjuet i denne avhandlingen mener at de selv har stor makt i kraft av sin stilling. Den makten som kommer til uttrykk fra helse- og omsorgsledere er det som Weber kaller legal-rasjonell autoritet (Weber, 1968). I kraft av sin stilling og posisjon har de autoritet som igjen gir påvirkningsmulighet og makt. Denne autoriteten kan også betegnes som ekspertmakt.

«Ja makt – det har jeg masse av», uttalte en av respondentene. En annen uttrykte: «Det har man når man sitter i en sånn stilling. Det er å ha makt. Og det å bruke den positivt til å øke kvaliteten det mener jeg er viktig. Det ligger jo i denne type jobb. Det er det som driver meg framover hele tiden». Det å sitte i de riktige fora gir legitim makt, sier Lai. I likhet med det å ha ekspertmakt jf. Weber. Det å ha legitim makt i en stilling gir en rett til å utføre visse oppgaver og ta beslutninger.

Helse- og omsorgslederes makt kan også ses gjennom å være en del av det Christensen et al uttrykker som maktfenomener som fastholder og forandrer menneskelige relasjoner og strukturer. Der den substansielle makten koples til de ulike ressursene. Den relasjonelle makten finnes i den relasjonen som oppstår i samspillet mellom helse- og omsorgsleder og politikere, administrasjon, brukere, pårørende, også videre, som påvirker hverandre. De må igjen forholde seg til den institusjonelle makten som er koplet opp til de lover, regler, normer



og rutiner som gjelder for området (Christensen et al, 2011).

Videre forskning

Gjennom denne forskningen, har jeg sett at makt og påvirkning flettes inn i de andre temaene. Det hadde derfor vært meget interessant og forsket mer på makt og påvirkning knyttet opp mot deltemaene om lederskap og organisering. Samtidig som hovedfokuset ville vært på kvaliteten på tjenesten.

Busch, Vanebo, Valstad og Similä har nedsatt et prosjekt kalt «Ny offentlig ledelse». Dette prosjektet tar for seg de endringene som skjer i offentlig ledelse hvor det stilles sterkere krav til profesjonell ledelse i det offentlige. Prosjektet søker å beskrive og forstå ledelse i offentlig sektor gjennom case hvor gjennomføringen av samhandlingsreformen i helsevesenet står sentralt. Reformen gir utfordringer knyttet til ny offentlig ledelse. Ledelsesutfordringene er flere men blant annet nevnes organisering og oppgaveløsning, autoritet for leder i gjennomføringen og ikke minst samhandlingen mellom politikere og administrative ledere til å spille på lag/bygge opp hverandres autoritet/ha respekt for hverandres roller. (Busch et al, 2014). Det skal bli spennende å følge dette prosjektet videre.

«Større kvalitet i omsorgstjenesten, gir mer verdighet. Verdighet kan ikke vedtas, den må skapes, hver dag. Den skapes i sannhetens øyeblikk. I de mange møtene mellom den som trenger hjelp og den som yter den. Det er titusenvis av slike øyeblikk i Norge hver eneste dag, det er disse alt handler om.» (Trøan, artikkel)

Konklusjon

«Så jeg bestemte meg ganske tidlig for at det var i kommunehelsetjenesten jeg ville arbeide. Det er der jeg har påvirkningskraft og det er der utviklingen kommer til å skje. (...) Jeg synes balansen mellom politikk og administrasjon er veldig spennende.» Slik uttrykte en av respondentene det å velge et arbeid som overordnet helse- og omsorgsleder. Et ønske om å påvirke. Det å være i spillet som både policypåvirker og leder av tjenesten.

Den overordnede problemstilling var «Hvilke forhold påvirker kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten?» Gjennom denne forskningen har det kommet fram mange gode eksempler på hva som påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten. I denne avhandlingen har jeg sett nærmere på ledel-

seskompetansens betydning for kvaliteten, de organisatoriske forholdenes betydning for kvaliteten og ikke minst om det benyttes makt som påvirkning for å gi en bedre kvalitativ tjeneste. Alle områdene viser at det til en viss grad påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten.

Det viktigste er at lederrollen styrkes da lederen skal inneha flere roller som policyleder, forvaltningsleder og tjenesteleder. Overordnet ledelse i helse- og

«Det å ha legitim makt i en stilling gir en rett til å utføre visse oppgaver og ta beslutninger.»

omsorgstjenesten må gis mulighet til å påvirke der vedtakene fattes. «Bedre kvalitet og trygge tjenester skal sikres gjennom å endre og forbedre systemer, ledelse og kultur i tjenesten. Regjeringen vil arbeide for å begrense uberettiget variasjon, styrke ledelsen i sektoren og i større grad styre ut fra kvalitetshensyn», står det i Stortingsmelding 11. Lederskap må styrkes for å kunne drive systematisk arbeid med kvalitetsledelse. Det å drive kvalitetsstyring som innebærer både kvalitetsutvikling og kvalitetsforbedring. Uten dette fokuset på kvalitetsledelse, kan man risikere at kvaliteten på tjenesten blir dårlig. Saken har stått på trykk i Ledelse 1/2017. Her finner du en oversikt over alle faggrupebladene. ■

Referanser

- Christensen, Søren; Jensen, Poul Erik Dagaard; Lindkvist, Lars (2011) Makt, beslut, lederskap, SNS Förlag, Stockholm
- Lai, Linda (2014) Makt og påvirkningskraft, Cappelen Damm, Oslo
- NF rapport – Nordlandsforskning (2014) Sykepleieledere og ledelse, Rapport 4/2014
- Nygren, Pär (1999) Utvikling og kvalitet i psykososialt arbeid, Dansk psykologisk Forlag
- Stortingsmelding 11, Meld. St 11 (2014–2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013
- Strand, Torodd (2007) Ledelse, organisasjon og kultur, Fagbokforlaget
- Weber, Max (1968) Economy and Society, Berkely, California: Berkely University of California press
- Busch, Vanebo, Valstad og Similä (2014) – from <http://www.ny-offentlig-ledelse.no/>
- Korvann, Gitte (2015) Hvilke forhold påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/132204/browse?value=Korvann%2C+Gitte+Christine&type=author>
- SSB (KOSTRA) – from www.ssb.no
- Trøen, Tone Wilhelmsen – artikkel -Kultur for kvalitet – from <http://www.dagensmedisin.no/blogg/tone-wilhelmsen-troen/kultur-for-kvali...>



NSFs nasjonale lederkonferanse

OSLO
2017
28. OG 29. SEPTEMBER




FAKTA
Anna Cecilia Lindbåge

Tittel og arbeidssted: Oversykepleier, Kardiologisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus (SUS)

Alder: 46 år

Aktuell fordi: Undertegnede møtte henne på Kildehuset på kurs og ble begeistret for engasjementet hennes.


1 Har du en ledelsesfilosofi som rettesnor?

Ja, jeg har en tro på at vi i helsevesenet skal yte service, på samme måte som den du får på hotell.

Pasienter og pårørende skiller ikke på personer i «hvitt». De ser ikke hvem som er student, helsefagarbeider eller lege. Jeg ønsker derfor at vi på SUS skal ha en «vi-følelse». Vi har pasienten felles, og det er vår plikt å yte det beste vi kan, uansett hvor vi jobber på sykehuset. Så vet jeg jo selvsagt at vi har budsjett å forholde oss til og at «ørebetennelsen» ikke nødvendigvis trenger å bli behandlet på sykehus. Men vi kan fortelle hvorfor det er slik, eller hvorfor det må være slik. Höflig kommunikasjon med medarbeidere, overordnede og pasienter, kommer en langt med.

2 Hvorfor tenker du dette er viktig?

TV2-nyhetene har ofte negative innslag om helse og omsorg på søndager. Der gjøres masse godt arbeid, både på sykehus og i kommunene. Negative nyhetsoppslag gjør det vanskeligere for dem som møter pasienter og pårørende. Helt nødvendig, spør du meg. TV2 bør heller ha fokus på pasientpopulasjonen som helhet, men det selger vel ikke like godt, som når de setter fokus på den enkelte pasient. Jeg tror at de beste lederne har fokus på struktur og prosesser og at de ser styrkene i den enkelte medarbeider. Så tror jeg at alle medarbeidere må behandles rettferdig og ærlig, det kan være vanskelig i store organisasjoner. Ros dine med-

«Ros dine medarbeidere, det er gratis og de fleste vokser på det.»

arbeidere, det er gratis og de fleste vokser på det. Jeg tror også at kommunikasjon er nøkkelen til alt, ikke vær redd for å levere et budskap, mottakeren syns ofte det er bedre å få vite det, enn at andre snakker om det. Er budskapet levert, på en pen og ordentlig måte, blir det ikke tatt ille opp.

3 Har du selv et forbilde innen ledelse?

Jeg ser opp til Petter Stordalen. Avdøde Steve Jobs var også et forbilde. De hadde ikke klart å utrette så mye uten gode folk bak seg. Indira Gandhi var også en god leder. Jeg er opptatt av kvinnesaken.

4 Hva er det morsomste ved å være leder?

Det må være at du er med på å bestemme det som skjer.

5 Hva er den største utfordringen med å være leder?

Å ta avgjørelser som du vet at medarbeiderne vil være misfornøyd med, samt å være lojal ved avgjørelser som en ikke er enig i.



Behov for endrede lederroller

Hjemmetjenesten har gjennomgått store endringer. Pasientene skrives tidligere ut fra sykehus, og det medfører flere pasienter og nye krav til oppfølging. Endringene har betydning for utøvelse av sykepleieleidelse.

FAKTA

Av Rita Solbakken, Ph.d.-student ved Nord universitet. Sykepleier med videreutdanning i intensivsykepleie og ledelse.

Sykepleiere har lang tradisjon for å lede helse-tjenester og fortsatt har de fleste mellomlederne i hjemmetjenesten sykepleiefaglig bakgrunn. Utviklingen av helsetjenestene har betydning for innhold i ledelse, krav til ledere og dermed også for måten ledelse utføres på. Sykepleieleidelse utføres i komplekse helseorganisasjoner. Ledernes ansvarsområde omhandler administrativt, faglig, juridisk og etisk ansvar (1) og beskrives ofte som en tredeling mellom personal, økonomi og fagansvar. En studie viser at mellomledere prioriterer økonomi og administrasjon foran fagansvar. De ønsker å delegere fagansvaret til sykepleierne i avdelingene. Det er dermed risiko for at utviklingen av sykepleiefaget ikke ivaretas av lederne, og at pleien til pasientene blir dårligere (2).

I Norge rammefinansieres hjemmetjenesten over statsbudsjettet. Tildeling av tjenester er uavhengig av økonomisk situasjon, sosial status, alder, kjønn eller familiesituasjon. Hjemmetjenesten tilbys alle innbyggere (3) også de som midlertidig oppholder

beskriver de historiske endringene i hjemmetjenesten og hvordan det påvirker mellomlederrollen. Avslutningsvis belyses sammenhengen mellom hvordan ledere rekrutteres og betydningen det kan ha for utøvelse av ledelse.

Utviklingen de siste tiårene

I Norge kommer vi i kontakt med kommunene i alle faser av livet og de er en viktig institusjon i det norske samfunnet. Kommunene har tre kjennetegn:

- Har ansvar for et geografisk avgrenset område
- Har ansvar for å løse en eller flere offentlige oppgaver
- Styres av lokalbefolkningen (5, s.14)

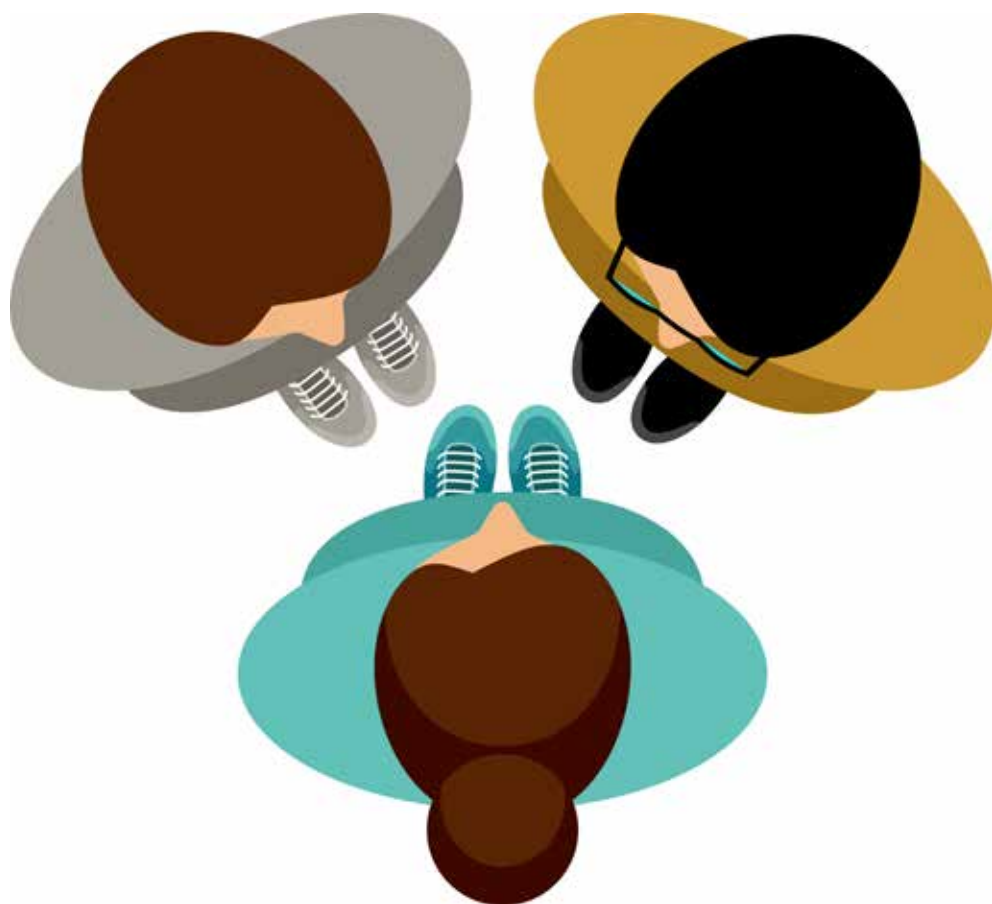
Særløvgivningen pålegger kommunene å løse oppgaver på en rekke områder- også i hjemmesykepleien. Tradisjonelt sett har statlige reguleringer vært rettet mot skole- og helsesektoren, ofte i form av lover og regler. De siste 25 årene er det iverksatt en rekke reformer med formål å utvide det kommunale handlingsrommet. Kommuneloven (1992) og nytt inntektssystem gir kommunene større frihet til å organisere seg slik de selv ønsker (6). Likevel har hensikten med reformene blitt svekket gjennom statlig detaljstyring, slik som rettighetslovgivning, standardkrav og krav om resultatoppnåelse (5).

Norsk helsetjeneste er delt inn i flere nivå. Hjemmetjenestene tilhører nivået for primærhelsetjenester og er relativt ung som egen tjeneste i Norge. Den har knapt vært nevnt i offentlige utredninger om helse-tjenester før på 1970-tallet. Til å begynne med lå den under Departementet for familie- og forbrukersaker for så å bli overført til Sosialdepartementet i 1971. I

«Hjemmetjenesten har fått flere brukergrupper.»

seg i kommunen (4). Reformen og demografiske endringer påvirker innholdet i hjemmetjenestene og dermed mellomlederrollen fordi krav til innhold og kompetanse økes.

Artikkelen baserer seg på eksamen skrevet i den nasjonale forskerskolen for kommunale helse- og omsorgstjenestene (MUNI-HEALTH-CARE) og



denne første fasen var arbeidet lite organisert og fungerte mer som en praktisk og sosial hjelpetjeneste. Hjemmehjelperne fikk formidlet sine arbeidslister fra en sentral formidler i kommunen, men ble i svært liten grad styrt eller støttet av administrasjonen. Økt sysselsetting blant kvinner, sentralisering og økt mobilitet førte til at behovet for hjemmetjenester skjøt fart. I 1982 ble hjemmetjenestene lovregulert som kommunal tjeneste gjennom kommunehelse-tjenesteloven. Hjemmehjelpstjenesten reguleres av sosialtjenesteloven. Tidligere var hjemmehjelp og hjemmesykepleie to tjenester. Det ideologiske skiftet fra institusjonstjenester til hjemmebaserte tjenester skjedde i 1992 via Gjerdevoldsutvalgets (NOU 1992), som ble opptakten til en omfattende utvikling av hjemmetjenesten til det som vi i dag kjenner som bærebjelken i den kommunale omsorgstjenesten. Rammefinansiering av kommunen ble innført og ansvaret for sykehjem ble overført fra staten til kom-

munene i 1998. Kommunene selv fikk ansvaret for å prioritere mellom de ulike tjenesteformene (7, 8). Kommunene skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det omfatter alle pasient- og brukergrupper, uavhengig av alder eller diagnose (4).

Innføring av Samhandlingsreformen (St.mld.27), har gitt kommunene økt ansvar og flere oppgaver. Innføringen av reformen begrunnes slik:

«Norge er av de landene i OECD som bruker flest offentlige helsekroner per person, men vi har ikke fått tilsvarende mye god helse igjen for det. Flere blir syke, flere blir gamle, flere trenger hjelp over lengre tid, flere sykdommer kan behandles med ny teknologi og køene til spesialisthelsetjenesten vokser. Utviklingen er rett og slett ikke bærekraftig. Veksten i ressurser må i større grad gå til å bygge opp tjenester i kommunene. Med kloke løsninger skal pasientene få rett behandling på rett sted til rett tid» (9)

VIKTIG JOBB:
Ledere i hjemmetjenesten har stort ansvar. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Hensikten er at flere skal bo hjemme så langt det er mulig og motta tjenester utenfor institusjon (9-11). Hjemmetjenesten er derfor i stor vekst. Kortere liggetid i sykehus, større bruk av dag- og poliklinisk behandling har medført at hjemmetjenesten har fått flere brukergrupper som er mer faglig krevende. Antallet yngre brukere under 67 år er tredoblet (12). Reformen har medført at plass i sykehjem forbeholdes de sykeste med størst hjelpebehov, mens hjemmetjenesten ivaretar de med mindre hjelpebehov. I praksis tar hjemmetjenesten seg av de pasientene som sykehus og sykehjem ikke har kapasitet til å ta seg av; på grunn av fysiske rammer med et tilmålt antall senger. Hjemmetjenesten har ikke disse begrensningene, og risikerer å bli «oversvømt» av pasienter. Utviklingen betyr også et større behov for kompetanse hos personalet i hjemmetjenesten med flere sykepleiere og helsefagarbeidere på bekostning av hjemmehjelpere (7). Disse endringene vil også ha konsekvenser for lederne.

Hvordan forstås ledelse?

Ledelse knyttes til å la noe som beveger seg, få en viss vei eller retning. Lede er også knyttet til å bringe, føre (samtale, tanke) inn på en ny bane, lede ved påvirkning føre i en tilstand, til en handling eller resultat. Lede er å stå i spissen for, være først eller foran (13). Ledelsesbegrepet brukes nokså ulikt i litteraturen.

«Ledernes betydning vektlegges mer enn noensinne.»

Vabø og Vabo (2014) sier det er vanskelig å sammenfatte noe som er allmenngyldig selv om mye er skrevet om ledelse. Man kan ta utgangspunkt i ulike dimensjoner ved ledelse slik som:

1. Personlige egenskaper; noe man har
2. Handlingsformer; noe man gjør
3. Relasjoner/samhandling; noe mellommenneskelig
4. Effekter, slik som påvirkning (7, s. 95)

Ledelse og ledelsesmodeller utvikles i alle type organisasjoner, ikke bare i helsesektoren. Ledelsesteorier utprøves og implementeres i andre type organisasjoner enn der de opprinnelig er utviklet i. Ledelse utøves i komplekse organisasjoner, med konkurrerende forvaltningsverdier og/eller organisasjonsformer.

Hvorfor fokus på ledelse?

En leder har ansvar for den faglige kvaliteten og pasi-

entsikkerheten i tjenesten. Ledernes betydning vektlegges mer enn noensinne (7). Det kommer til syne i statlige dokument (9, 11). Ledelsen er fragmentert og påvirker arbeid med blant annet pasientsikkerhet og kvalitet. Tilsyn gjennomført av Helsetilsynet avdekker at kvalitetssikring og kontroll av tjenesten mangler forankring hos ledelsen. Rådmenn opplever at kompetansen hos ledere i kommunehelsetjenesten er middels (14). Stor variasjon i kommunalt tjenestetilbud settes i sammenheng med ledelse. Større grad av pasient- og brukerinnflytelse krever kulturrendring i helse- og omsorgstjenestene gjennom blant annet å sikre inkluderende, kompetent og transformativ ledelse som bidrar til innovasjon i arbeidskultur og gode samarbeidsformer. Regjeringen ønsker å sette krav til ledelse, styrke ledelseskompetansen og etterspør forskning på ledelse i kommunene (15). Den nylig startede forskerskolen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene har som mål: «å heve kvaliteten på forskningen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Norge (...) og forske på problemstillinger av relevans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten» (16). Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenestene har som mål: «å utdanne handlekraftige og kompetente ledere for helse- og omsorgstjenester (...) for å håndtere sektorens behov for endring, utvikling og innovasjon» (17). Eksemplene viser utdanninger som svarer på kravet om kompetanseheving hos ledere i kommunehelsetjenesten.

Lederrollen preges av samfunnsutviklingen

Mellomlederne har stor innvirkning på hvordan avdelingene drives. Det er en klar oppfatning om de har et betydelig ansvar for kvalitet, god praksis og for at tjenesten skal nå sine mål og drive forsvarelig (1). Endrede lederroller må sees i sammenheng med samfunnsendringene de siste tiårene. Det kan forklare hvordan samfunnets endringer påvirker hvordan man tenker om hva ledelse i kommunehelsetjenesten skal være. Siden 1980-tallet har helsetjenestene levd under et konstant press om forbedring og effektivisering. Kommunene har fått delegert et helhetlig ansvar for kommunehelsetjenesten og finansieringen er endret til rammetilskudd med tanken om at det skal bidra til økt effektiviteten i kommunehelsetjenesten.

Et av de store paradigmeskiftene i helsetjenestene kom med innføring av New Public Management (NPM) på 1990-tallet. NPM er et paraplybegrep som representerer styringsformer vi kjenner fra



industrien, som er forankret innenfor en bedriftsøkonomisk kontekst, og ikke innenfor offentlig virksomhet. Innføring av NPM medførte en politisk diskusjon om konkurranseutsetting. Norge tok i bruk en mykere og letter variant av NPM enn mange andre land, og som bare i liten grad bidro til endringer i politisk kontroll (18). Bestiller-utfører modellen ble innført uten særlig debatt. Modellen går ut på at forvaltningen skal opptre som bestiller og styre gjennom kontrakter (vedtak) med standarder og krav til tjenesteutøvelsen. Bestiller og utfører er enige om hvilke resultater som skal oppnås. Retningen endrer seg fra regelstyring mot resultatstyring

(7). Sykepleieleidelse og forskning innenfor sykepleieleidelse har ofte støttet seg til teorier utviklet i ledelsesvitenskap der disse idealene er fremtredende. Innføring av NPM og bestiller-utførermodellen har lagt føringer for ledelse som dreier mot resultatledelse, konkurranse og kostnadseffektivitet. Utviklingen kan medføre fare for utilstrekkelig fokus på pasienten (19). Det er utfordrende å finne balansen mellom hensynet til pasient, pårørende, personal, økonomiske og politiske krav (1, 7, 20-22). Mellomledere beskriver det som å være «mellom barken og veden» begrunnet i et opplevd sprik mellom tilgjengelige ressurser og krav om kvalitet (7). Ledere

GOD OMSORG: Sykepleiere i hjemmetjenesten tar seg av pasienter med mange forskjellige lidelser. Illustrasjon: Colourbox



FIGUR 1: Characteristics of the four Paths to Nursing Leadership.

	The Path of Ideals	The Career Path	The Path of Chance	The Temporary Path
Education	Education/knowledge-seeking	Education	Often missing	Usually missing
Primary commitment	Develop nursing care/create a dream unit/save the world from the effects of bad nursing leadership	Personal development/leave bedside nursing	Unclear/satisfying others' will	Laissez-faire trial
Influencing factors	Good and bad leader's examples	Models gained from other leaders/idealization of leadership	The only position available/working conditions	Substitute

kan komme til fokusere for mye på effektivitet og målinger og for lite på å utvikle tjenesten sammen med medarbeiderne. Det medfører dårligere tjenester og flere feilbehandlinger (23). Det antydnes at vi nå ser begynnelsen på et paradigmeskifte der sykepleieleidelse dreies tilbake mot kjernen i sykepleie som omhandler ivaretagelse av omsorgen for pasienten (24).

Rekrutteringens betydning for engasjement i ledelse

Tradisjonelt har sykepleieleidelse vært å lede faget. Derfor har en også rekruttert ledere blant sykepleiere som har vært ansett som faglig flinke og med lang fartstid i yrket. Bondas (2006) har undersøkt sammenheng mellom hvordan ledere rekrutteres, betydningen det har for deres engasjement og hvordan det påvirker utøvelsen av ledelse. Fire rekrutteringsmåter framkommer. Hovedforskjellen synes å være egen utdanning/

utdanning innenfor ledelse eller sykepleiefaglig videreutdanning. De manglet også engasjement i ledelse og hadde en likegyldig holdning. Ledelse var en «oppgave som måtte gjøres» uten at de så behov for å ta ansvar. Wong m.fl. viser sammenfallende funn (25). Dette viser at vi behøver å øke bevisstheten ved rekruttering av ledere.

Nylig forskning tyder på at egenskaper i organisasjonskulturen, herunder struktur, ledelse og tilgjengeligheten av menneskelige ressurser er viktige faktorer som bestemmer helsepersonellens kapasitet til å integrere ny forskning i sin kliniske praksis.

Tjenestemottakerne bør møtes av kompetent personell som har en praksis fundamentert i evidens, som kan støtte og legge til rette for endringer som gjør at kvaliteten på sykepleien utvikles (26, 27).

Oppsummering

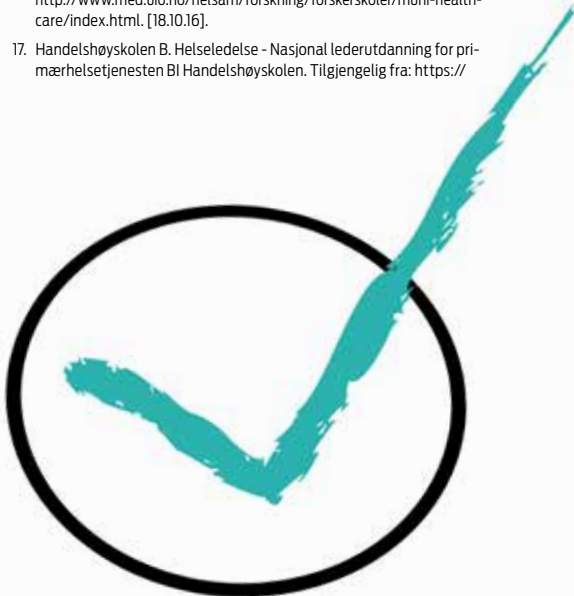
Hjemmetjenesten er i endring som følge av statlige reformer og nasjonale demografiske endringer. Det er den delen av primærhelsetjenestene som har gjennomgått størst endring de siste årene, noe som medfører et større press på tjenesten grunnet flere pasienter og pasienter med andre krav til oppfølging enn tidligere siden de skrives tidligere ut fra sykehus. Endringene vil ha betydning for utøvelse av sykepleieleidelse i hjemmetjenesten. Vi behøver forskning forankret i sykepleievitenskap. Gjennom kunnskap skal forskningen hjelpe oss å forstå behov for endrede lederroller som er tilpasset dagens hjemmetjeneste. Det kan tolkes som at statlige myndigheters økte fokus på ledelse i helsetjenestene bunner i en erkjennelse om at gode ledere betyr en forskjell på kvaliteten i tjenesten, både for personalet og mottakerne av tjenestene. ■

«Siden 1980-tallet har helsetjenestene levd under et konstant press.»

kompetanse og engasjementet (figur 1). Studien viser at 54, 4% ble ledere ved tilfeldighet. 5% benevnes idealister og er mest opptatt av hva de kan tilføye organisasjonen, mens de som har valgt ledelse som en karrierevei (2%) er mest opptatt av hva organisasjonen kan gi dem. Midlertidige vikarer (9%) i lederstillinger hadde gjerne ikke tanker om eget bidrag i det hele tatt. De som ble ledere ved en tilfeldighet, fordi de fikk muligheten, hadde oftest lavest kompetanse dvs. ingen

Referanser:

1. Norsk Sykepleierforbund. Political Platform for Leadership 2013-2016 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/ledelse/artikkelliste/1212764>.
2. Solbakken R, Bondas T. «Sykepleielederes fagansvar ved uheldige hendelser i hjemmetjenesten». *Geriatrisk sykepleie*. 2016;18-25.
3. Vabø M. Norwegian home care in transition—heading for accountability, offloading responsibilities. *Health & social care in the community*. 2012;20(3): 283-91.
4. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm., (2011). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
5. Fiva JH, Sørensen RJ, Hagen TP. Kommunal organisering: effektivitet, styring og demokrati. 7. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2014.
6. Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), (1992). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-09-25-107>
7. Vabø SI, Vabø M. Velferdens organisering. Oslo: Universitetsforl.; 2014.
8. Ranhoff AH, Brodtkorb K, Kirkeveld M. Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. St. meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen—rett behandling—rett tid. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
10. Helsedirektoratet. Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet; 2016.
11. Helse- og omsorgsdepartementet. St. meld. 29 Morgens omsorg Helse- og omsorgsdepartementet; (2012-2013) Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>.
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Omsorg 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/>
13. Norsk riksmålsordbok. Oslo: Aschehough & Co.; 1937.
14. Pettersen K-S. Ledelse og lederutdanning i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Resultater fra kartleggingsstudie for KS. 2010.
15. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding 26. Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
16. Forskerskolen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene (MUNI-HEALTH-CARE) UiO Institutt for helse og samfunn. Tilgjengelig fra: <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/forskerskoler/muni-health-care/index.html>. [18.10.16].
17. Handelshøyskolen B. Helseledelse - Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten BI Handelshøyskolen. Tilgjengelig fra: <https://www.bi.no/kurs-og-programmer/nasjonal-lederutdanning-for-primarhelsetjenesten/forside/>. [18.10.16]
18. Christensen T, Laegreid P. New Public Management: The effects of contractualism and devolution on political control. *Public Management Review*. 2001;3(1): 73-94.
19. Bondas T. Caritative leadership. *Ministering to the patients. Nursing Administration Quarterly*. 2003;27(3): 249-53.
20. Hustad BD. Når lederen tier om avvik. *Sykepleien*. 2012;5:70-1.
21. Bondas T. Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing*. 2009;14(4): 351-62.
22. Bondas T. Nursing leadership from the perspective of clinical group supervision: a paradoxical practice. *Journal of Nursing Management*. 2010;18(4): 477-86.
23. Kaspersen LB, Knudsen JN. Ledelseskriser i konkurransestaten: Hans Reitzels; 2015.
24. Nyberg JJ. A caring approach in nursing administration: University Press of Colorado; 2010.
25. Wong CA, Spence Laschinger HK, Macdonald-Rencz S, Burkoski V, Cummings G, D'Amour D, et al. Part 2: Nurses' career aspirations to management roles: qualitative findings from a national study of Canadian nurses. *Journal of Nursing Management*. 2013;21(2): 231-41 [1p].
26. Doran DM, Hirdes J, Blais R, Ross Baker G, Pickard J, Jantzi M. The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from the RAI-HC6 reporting system. *Journal of nursing management*. 2009;17(2): 165-74.
27. Rappolt S, Pearce K, McEwen S, Polatajko HJ. Exploring organizational characteristics associated with practice changes following a mentored online educational module. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2005;25(2): 116-24.
28. Bondas T. Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing Management*. 2006;14(5): 332-9.



FORSKNING: Vi behøver forskning forankret i sykepleievitenskap. Illustrasjon: Colourbox



**DEN ENESTE I SITT SLAG:**

Kanskje du kjenner noen igjen fra dette bildet? Det er tatt 3. august i 1971 og er fra avslutningsfesten for nye sykepleiere fra Statens sykepleierhøgskole i Oslo. I den opprinnelige bildeteksten står det at det kun var én utlending med i kullet – Pempa Thondrup fra Tibet. Mennene i uniform er sanitetspersonell, som har fått sykepleiutdannelse. Skolen hadde den gang lokaler i Bjerregaards gate. Statens sykepleierhøgskole er en tidligere høgskole for sykepleierutdanning, etablert i Oslo i 1962. Tre klasser fra den private Oslo sanitetsforenings sykepleieskole ble overført hit. I 1981 var Statens sykepleieskole den eneste i sitt slag som var drevet av staten, og i 1984 ble skolen innlemmet i det regionale høgskolesystemet og fikk navnet Statens sykepleierhøgskole. I 1994 ble skolen fusjonert inn i Høgskolen i Oslo, nå Høgskolen i Oslo og Akershus. Foto: NTB/Scanpix



Vil øke medlems-tallet betraktelig

Den nye lederen for Landsgruppen for sykepleieledere i Vestfold har som mål å få flere sykepleieledere til å engasjere seg i arbeidet lokalt.

Tekst **Elinor Grøthe**, styremedlem og Kasserer NSF LSL



Anne Marie Magnussen

Hva: Leder NSF LSL Vestfold
Hvorfor aktuell: Nylig oppstartet lokal faggruppe
Stilling: Avdelingsleder Nygård bo- og behandlingssenter i Sandefjord

Anne Marie Magnussen har tatt over som leder for Landsgruppen for sykepleieledere i Vestfold.

– Hva er dine satsingsområder som lokal faggruppeleder?

– Faggruppa i Vestfold vil ha som mål å øke medlemstallet betraktelig. For å rekruttere vil det å holde stand på høyskolen være et av virkemidlene. I tillegg vil det å holde fagcafé med tema og ha fagarrangementer som engasjerer medlemmene for å holde medlemmene aktive og interesserte i det som skjer innenfor ledelsesfag. Andre faggrupper og studenter vil også bli invitert til de delene hvor det er faglige arrangementer. Det satses også på å styrke samarbeidet mellom faggruppene, FS og TV/HTV. I tillegg er det også et nytt styre i Telemark som ønsker samarbeid og sammen med dem og de andre styrene tror jeg at dette blir veldig bra.

– Hva tenker du om ledelse i sykepleie?

– Jeg er opptatt av kvalitet på de tjenester vi gir og tid til etisk refleksjon for å sikre god omsorg og forsvarlighet på alle nivåer i tjenesten. For å sikre dette er ledelse i sykepleie viktig, fordi alle autoriserte sykepleiere ivaretar en lederfunksjon i sitt daglige arbeid og skal lede sykepleien i faglig og juridisk forstand. Dette betyr at sykepleierens ansvar er å sikre faglig inn-

hold i pasientarbeidet og flyt i arbeidsprosessene relatert til pasientarbeidet. Samt at de har en faglig lederrolle ved å bygge relasjoner og utvikle grupper til team, sier Anne Marie Magnussen.

Prioriter ledelse som fag

Hun skulle ønske at ledelse i sykepleie ble prioritert høyere i sykepleierutdannelsen.

– Det viser seg at sykepleiere har lav kompetanse innen sykepleiefaglig ledelse etter endt utdanning. Jeg synes at vi ofte ser at overgangen fra å være student til å bli nyutdannet sykepleier beskrives som et realitetssjokk knyttet til daglig ledelse, organisering og avdelingen og utfordrende teamjobbing. Jeg mener at bevissthet omkring ledelsesansvar som sykepleier kan bidra til å sikre kvalitet på pasientbehandlingen.

«Jeg er opptatt av kvalitet på de tjenester vi gir.»

Magnussen tror at kompetanse i sykepleiefaglig ledelse vil bli enda viktigere for sykepleierens funksjon i fremtiden.

– I fremtiden vil sykepleiere bli løftet frem som en gruppe som kan få en

viktig rolle i arbeidet med å sikre flyt i samarbeidsprosessene, knyttet til pleie og behandling i pasientforløpene mellom de forskjellige instansene. Derfor er det også viktig å forstå helseorganisasjonene som system, og inneha organiseringskompetanse, slik at det vil bli lettere å kunne administrere pasientarbeidet. Jeg tror at det kanskje gjør jobben som leder i sykepleier mer forståelig ut fra de rammene som er satt og det organisatoriske. Jeg tror at fokus på ledelse i sykepleie vil stimulere til kritisk tenkning og refleksjon over egne og andres prioriterte oppgaver og ansvarsområde, derfor synes jeg at ledelse i sykepleie er et viktig fag og flott at NSF hever dette.

God nok tid er viktig

– Hva er det viktigste området for sykepleieledere framover og hvorfor?

– Det blir å sikre at vi har de rette økonomiske rammene for å kunne gi god kvalitet på tjenestene, heve kompetansen, tid nok til å reflektere over egen praksis og ha tid til forbedring. Dersom pasienten skal få følelsen av at det ligger verdighet i hver handling som utføres, må det også være tid nok, til å bli sett, hørt og forstått.

– I tillegg ser jeg at det rasjonaliseres en del støttefunksjoner som ligger til merkantil. Det vil i så fall gå på bekost-

ning av verdifull tid, til å drive ledelse, sier Anne Marie Magnussen.

– *Andre ting du som lokalfaggruppelider har lyst til å fremheve?*

– Viktigheten av informasjon til de ansatte. I forbindelse med kommunesammenslåing og omorganisering ser jeg hvor viktig det er med informasjon, åpenhet så langt som mulig og medvirkning. Jeg oppdager hele tiden at det svikter i forhold til informasjon og tenker at det er noe jeg selv må være flinkere til som leder, for at det ikke blir for mange misforståelser.

– Et godt samarbeid med de plasstiltsvalgte vil også fremme et godt arbeidsmiljø, så sant vi er åpne og inngir til tillit begge veier. Avslutningsvis ønsker jeg alle sykepleieledere et riktig godt fremoverlent år i 2017 med mye etisk refleksjon!

– *Noe som er aktuelt spesielt for deg?*

– Jeg har akkurat begynt i en ny stilling som avdelingsleder på Nygård bo- og behandlingssenter i Sandefjord. Halvparten av pasientene på denne avdelingen og ansatte skal flytte til et annet sted og tilsvarende nye ansatte og pasienter komme inn i avdelingen. Dette vil skape ny kultur og forventning til hverandre og meg som leder. Jeg håper at den nye kulturen som skapes, vil gi åpenhet, raushet og verdighet fra ord til handling. ■



Ledernetverket i Norden inviterer til lederkonferanse i København 14.-16. mai 2018

Konferansen skal avholdes på IDA konferansesenter i hjertet av København. Det blir et flott faglig og sosialt program.

Topp fem grunner for å komme til København:

- Et inspirerende program
- Fokus på helseledelse
 - Nettverk
 - Kunnskapsdeling
- ...og det beste fra fantastiske København

Program og påmelding på hjemmesiden til konferansen LNN2018 er:

www.lnn2018.dk

*Velkommen til LNN konferansen
for sykepleieledere i
Norden i 2018!*



– Jeg er veldig fornøyd

Kurset «Leadership for Change» er avsluttet og skal evalueres. Sykepleier Ida Rødsten Klemetrud var en av deltakerne. Hun håper flere får anledning til å ta kurset.

Tekst **Mette R. Dønåsen**, Styremedlem NSFLSL, Klinikkssjef LHL

da Rødsten Klemetrud (35) jobber i Nittedal kommune. Hun er avdelingsleder for to boliger for psykisk utviklingshemmete. Rødsten tok utdanning i sykepleie ved Diakonhjemmet, og ble ferdig utdannet i 2008. Hun har videreutdanning i faglig ledelse for sykepleiere fra Høgskolen i Akershus.

– *Hvorfor valgte du å delta på Leadership for Change programmet?*

– Jeg leste om programmet på NSF sine nettsider og synes det hørt spennende ut med en internasjonal tilnærming til ledelse. Jeg sendte inn en søknad, og ble veldig glad for at

jeg fikk en plass i dette programmet.

– *Hva har kurset gitt deg?*

– Kurset har gitt meg faglig påfyll som jeg drar nytte av i jobben som leder.

«Kurset har gitt meg faglig påfyll som jeg drar nytte av i jobben som leder.»

Nettverket av flotte, dyktige sykepleieledere fra hele Norge har også vært spennende å være en del av.

– *Hvordan har du opplevd kurset?*

– Kurset har holdt høy standard med flotte forelesere. Høy aktivitet fra deltakerne som også har gitt verdifulle og lærerike erfaringer.

– *Hva har gitt mest utbytte?*

– Nettverket og venner som man deler denne opplevelsen med.

Vi har sendt inn en abstract til kongressen ICN Barcelona, og den har blitt akseptert, dette hadde nok ikke blitt en virkelighet uten kurset.

Første klasse er ferdig

33 sykepleieledere fra hele Norge deltok på det første «Leadership for Change»-programmet.

Kurset var i regi av International Council of Nurses (ICN) og Norsk Sykepleierforbund (NSF). Det ble avsluttet i januar. Programmet har bestått av tre samlinger à tre dager fra januar 2016 til januar 2017. Deltakerne kommer fra alle deler av helse-tjenesten. Forbundsleder Eli Gunhild

By innledet i oppstart av programmet.

Undervisning

Programmet har vært ledet av Professor Kris Quershi fra ICN og det meste av forelesninger og program for øvrig har foregått på engelsk. Kathy Mølsted, Øyvind Norbø og Svein Roald Olsen fra NSF har koordinert og tilpasset programmet og innhold til norske forhold. Fagsjef Kari E. Bugge har bidratt på flere samlinger. Alle deltakere har arbeidet

strukturert med egne prosjekter i team. Prosjektene har vært relatert til ledelse og nær egen praksis. Hver enkelt har utarbeidet prosjekt på engelsk, presentert i plenum og fått tilbakemeldinger fra professor Kris Quershi. Det har vært stort fokus på helsepolitikk, ledelse og kommunikasjon.

Alle måtte ha mentor

Som en del av kurset har alle deltakerne måtte ta ansvar for å skaffe seg mentor.



FIKK NY KUNNSKAP: Ida Rødsten Klemetrud synes kurset for ledere var nyttig. Foto: Mette R. Dønåsen

Det meste av forelesninger og presentasjoner har vært på engelsk. Det har vært uvant og utfordrende med forelesninger på engelsk, men det har gått fint.

– Hvilke ting vil du ta med deg i jobben?

– Det å jobbe med prosjekter med ledelse i fokus er motiverende. Og det blir helt sikkert flere prosjekter.

– Er det noe som burde være annerledes ved programmet?

– Vanskelig å si om noe skulle vært annerledes. Kanskje forskning kunne

fått litt mer plass? Jeg er veldig fornøyd med hele opplegget. NSF har levert et strålende kurs med LFC.

– Vil du anbefale programmet til andre?

– Ja det vil jeg absolutt. Har snakket varmt om dette til kollegaer og venner. Forhåpentligvis blir det flere runder med programmet, for dette er nyttig for sykepleieledere.

– Er det andre forhold du vil fremheve?

– Jeg vil takke NSF for at jeg fikk delta. ■

FAKTA

Skal utvikle ledere

Leadership for Change programmet (LFC) er implementert i 60 ulike land, med felles prinsipper og strategier tilpasset nasjonale og lokale forhold.

LFC er laget for å gjøre sykepleiere i stand til å bli strategiske ledere på ulike nivå i kommune- og spesialisthelsetjenesten, i helseforvaltningen, i høyere utdanning og i samfunnet forøvrig.

LFC-programmets visjon er at sykepleiere skal ha kunnskaper, strategier og muligheter, for å lede og utvikle komplekse og dynamiske helse- og omsorgstjenester.

LFC- programmets strategiske mål er blant annet å styrke sykepleiere til å:

- være engasjerte ledere, med forståelse for politiske prosesser og påvirkning
- være effektive og dynamiske ledere
- styrke profesjonens bidrag til utvikling
- opprettholde og videreutvikle egen lederkompetanse og identifisere, utvikle og støtte neste generasjons sykepleieledere

Kilde: nsf.no

For mange var dette nyttig læring gjennom dialog og møter med mentoren, både i forhold til prosjekt og ledelse for øvrig. Nettverk er blitt etablert og flere har sendt inn abstract til ulike konferanser som ICN konferansen i Barcelona.

Skal evalueres

Bernadette Kumar, Bjørnar Allgot, Olav Molven og Øystein Glosli var noen av de eksterne foreleserne. Kjell Terje Ringdal avsluttet kurset med effektiv formidling og retorikk. Her fikk vi virkelig prøve oss og lærte mye. Kompetanseprogrammet skal nå revi-



LEDERE PÅ KURS: Deltakere ved det første kurset i Leadership for Change.

deres og evalueres i ICN og deretter vil NSF vurdere videre virksomhet i

Norge. Tusen takk til NSF for satsing på ledere og ledelse. ■

Foto: Kristin Henriksen



Krevende å ta i bruk nye elektroniske verktøy

Hvorfor er det så komplisert å få innført elektroniske kommunikasjonsverktøy på sykehus?

Tekst **May Cecilie Voldhaug**, Kommunikasjonsrådgiver, Oslo universitetssykehus

Forskning viser at internettbaserte spørsmål- og svartjenester mellom pasienter og helsepersonell kan bidra til bedre kvalitet på helsetjenesten og bedre sykdomsmestring for pasientene. Implementeringen av elektroniske kommunikasjonsverktøy i sykehus er imidlertid komplisert og langsom. Men hvorfor er det slik?

Pasienter og helsepersonell har i økende grad tatt i bruk elektroniske kommunikasjonsverktøy i sin hverdag, både hjemmefra og under konsultasjon. Det kan bidra til bedre kvalitet på helsetjenesten. Til tross for dette er implementeringen av slike løsninger i helsevesenet fortsatt komplisert og langsom.

I sin doktorgradsavhandling «Implementation of eHealth patient-provider communication tools into routine practice: Facilitators and barriers from the perspectives of patients, middle managers and health care providers» har Cecilie Varsi og medarbeidere undersøkt hvilke faktorer som fremmer og hemmer implementeringen av elektroniske kommunikasjonsverktøy i sykehus. Gjennom tre delstudier og ved å intervjuv pasienter, helsepersonell og mellomledere, har de kartlagt innføring av to ulike verktøy: 1) sikker epost og 2) et symptomkartleggings-

og kommunikasjonsverktøy for bruk i konsultasjon.

Langsomme prosesser

Varsi har lang klinisk erfaring som sykepleier ved blant annet Seksjon for blodsykdommer og Seksjon for nyresykdommer i Medisinsk klinikk ved Oslo universitetssykehus. I de senere årene har hun jobbet ved Senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning. Hun disputerte for graden ph.d. 12. desember 2016 ved Institutt for klinisk medisin.

Varsi sier det kan være flere grunner til at det går langsomt.

– En grunn kan være det strenge

«Det er viktig å reflektere rundt og snakke om ehelse.»

personernet vi har i Norge, som kan gjøre det vanskelig å ta i bruk elektroniske kommunikasjonsverktøy. Beskyttelse av pasientene står sterkt i vårt helsevesen, og personvernlovene er strenge rundt bruken av for eksem-

pel epost, påpeker forskeren.

Varsi trekker fram økonomi og tidsnød som to andre mulige årsaker.


– Digital kommunikasjon med pasientene blir ikke finansiert av det offentlige og er dermed mindre lønnsomt økonomisk for sykehuset. Til slutt har vi det faktum at helsepersonell ofte er presset på tid, og opplever at de ikke har tid til å sette seg inn i noe nytt, poengterer Varsi.

Leder må tro på verktøyet

Studien viser at den viktigste faktoren for vellykket implementering er helsepersonells og ledes personlige tro på kommunikasjonsverktøyet som nyttig for seg selv og sine pasienter.

– En engasjert og drivende leder er viktig for å lykkes med implementering av elektroniske kommunikasjonsverktøy, sier Varsi. For å skape engasjement hos lederen, må han eller hun få god informasjon om verktøyet, og gjerne få se studier som har gitt positive resultater for pasientene, forklarer forskeren.

Et støttende miljø og støtte fra nøkkelpersonell er også viktig for å lykkes med innføringen av disse kommunikasjonsverktøyene. Når lederne ikke engasjerer seg, og når det er for mange negative nøkkelpersoner, blir implementeringen vanskelig.



TIDSPRESS: Mangel på tid til å lære seg nye programmer, kan være en grunn til at ikke alle tar i bruk nye verktøy. Illustrasjonsfoto: Colourbox

– Å knytte til seg positive drivere; medarbeidere som viser engasjement for ehelse og som kan være en kapasitet på området, er helt avgjørende for å lykkes med å ta i bruk elektroniske kommunikasjonsverktøy i avdelingen, sier Varsi.

Nøye planlegging og gjennomføring av implementeringsprosessen har også betydning for vellykket innføring.

Ulike oppfatninger om pasientenes behov

Studien viser at pasienter og helsepersonell kan ha ulike oppfatninger om pasientenes behov. Noen ganger antar helsepersonell og ledere, uten å spørre pasientene, at pasientene får det de trenger gjennom ordinær oppfølging, og dermed ikke behøver kommunikasjonsverktøyet.

Pasientene i denne studien derimot, sier at de verdsetter tilgjengeligheten

av sikker e-post, uavhengig av om de benytter muligheten eller ikke.

Nye roller

Når pasienter og helsepersonell skal kommunisere med hverandre ved hjelp av elektroniske verktøy, vet de

«En engasjert og drivende leder er viktig for å lykkes.»

ikke nødvendigvis hvordan de skal opptre i sine nye roller som ePasient og eHelsepersonell. Det kan være utfordrende for begge parter.

– For pasientene kan nye måter å kommunisere på forstyrre den etablerte modellen med å møte opp på sykehuset og få snakke med legen.

For helsepersonell kan det være utfordrende å få pasienten som direkte partner i den elektroniske kommunikasjonen hvor det er de som bestemmer agendaen. Det er nytt, og det kan føles utrygt, sier hun.

Helsepersonell som har prøvd ut elektroniske kommunikasjonsverktøy opplever at dette er en bra måte å kommunisere med pasientene på.

– Det er viktig å reflektere rundt og snakke om ehelse og den digitale pasienten i sykehuset. Man må tørre å gjøre det og prøve det ut, og lære av dem som har lyktes, understreker Varsi.

Ved innføring av elektroniske kommunikasjonsverktøy må alle berørte parter involveres, da de har ulike behov og perspektiver. Cecilie Varsis avhandling gir ny og viktig kunnskap om hvordan lykkes med å ta i bruk elektroniske kommunikasjonsverktøy i helsevesenet. ■



Vikarpool gir nye muligheter

Østre Toten kommune har siden 2012 driftet en vikarpool som reduserer ufrivillig deltid og samtidig bedrer driftsresultatet og kvaliteten på tjenesten.

Tekst **Jan Arild Brandshaug**, Avdelingssykepleier for hjemmetjenesten i Østre Toten

forbindelse med arbeidsdirektoratet sin satsing for å redusere ufrivillig deltid ble det våren 2011 lagt ut prosjektmidler for å sette i gang utprøving av ulike virkemidler. Østre Toten kommune søkte med prosjektittelen «Vikarpool – prosjekt for å redusere ufrivillig deltid». Vi fikk tildelt 700 000 kroner over to år, som skulle gå til opprettelse og drifting av en vikarpool innen virksomhet for hjemmetjenester.

Bedre utnyttelse av arbeidskraft

Ideen til prosjektet ble født da vi så muligheten til å løse to sammenfallende behov virksomheten hadde. Det ene var behovet for å gjøre noe med ufrivillig deltid, det andre var at virksomheten til tider hadde stor mangel på kvalifisert arbeidskraft. Det sistnevnte ble i tillegg et kostbart

personer tilknyttet seg. Ni sykepleiere og fem hjelpepleiere. De har fast jobb og fast turnus. De har opplæring i flere enheter, og vet når de skal på jobb, bare ikke hvor før det nærmer seg. I vikarpoolen har man 10 000 kroner på topp av tariff, og flere av de ansatte var tidligere i ufrivillig deltid.

Vikarpoolen tar sikte på å løse vikarbehov av lengre varighet og de behov som går an å planlegges noen uker frem i tid. Det vil si at dersom en avdelingsleder trenger en vikar i dag kan ikke vikarpoolen løse den utfordringen. De ansatte i vikarpoolen er da allerede plassert. Men tilbakemeldingene fra avdelingslederne er: «... så lenge ikke mine vikarer «brukes opp» på langtidsfravær, har jeg større muligheter til å dekke opp korttidsfraværet selv.»

De ansatte arbeider ut ifra vikarpoolen på tre ulike måter:

eksempel er fire måneder til vedkommende er på plass igjen.

3. Den tredje måten å arbeide i vikarpoolen på er en kombinasjon mellom de to foregående. Den ansatte går inn i et vikariat på for eksempel 75 % i en avdeling, og har igjen en 25 % stilling i vikarpoolen som benyttes på tvers i de avdelingene den ansatte har opplæring.

Venter større effekt

Resultatene fra to års drift viser en liten nedgang i antall personer i ufrivillig deltid. Det ble som forventet, at effekten ikke kunne bli så store. Men når vi nå utvider ordningen til å gjelde flere virksomheter i kommunen, vil nok effekten bli større.

Det ble gjort kartlegginger før og underveis i alle avdelinger på hvor mange ledige stillinger de hadde av ulik karakter. Sykefravær, ledig stilling i påvente av tilsetting, permisjoner av ulik karakter osv. Kartleggingene viste at vi forut for prosjektet hadde cirka 23 årsverk ledig i virksomhetene som har 176 årsverk. (ca 13 %)

Med mange ledige stillinger i en avdeling har vikarpoolen flere ganger gått inn med flere personer som kjenner avdelingen, for at drift skal opprettholdes som normalt. Sykepleierdekningen opprettholdes og dermed også kvaliteten på tjenesten. Der vi tidligere måtte akseptere å gå uten sykepleier på en del vakter, i påvente

«Sykepleierdekningen opprettholdes og dermed også kvaliteten på tjenesten.»

behov da det ofte ble benyttet overtid for å dekke det. Ved å opprette en vikarpool med fast kvalifisert arbeidskraft kunne vi benytte ressursene på tvers av avdelingene. Vi så muligheten til å bruke ressursene mer fornuftig, samtidig som det ga muligheter til faste 100 % stillinger til ansatte i ufrivillig deltid.

Vikarpoolen har i dag 14 årsverk og 14

1. Fast turnus i vikarpoolen der de blir fordelt ut i de avdelingene der hvor de har opplæring. De har opplæring i flere avdelinger slik at de vet når de skal på jobb, men ikke hvor før det nærmer seg.

2. Den ansatte går inn i et 100 % vikariat i en avdeling i virksomheten. Dette kan være et sykevikariat på ubestemt dato eller et svangerskapsvikariat som det for



FLEKSIBEL ARBEIDSKRAFT: Helsepersonellet som jobber i vikarpoolen kan steppe inn der det er behov. Illustrasjonsfoto: Colourbox

av for eksempel en tilsetning. Kommer nå vikarpoolen inn og dekker behovet.

Mindre overtid

Regnskapet viser også en kraftig nedgang i bruk av overtid i virksomheten i prosjektperioden. Før vikarpoolen gikk ofte de faste ansatte i overtid fordi det måtte faglærte inn på de ulike fravær. Det var ikke stor nok arbeidskraftreserve i arbeidsstokken til å dekke behovet. Resultatene viser nå at dette ikke skjer så ofte, og vi får bedre balanse i regnskapene. Dette til tross for en kraftig økning i antall vedtakstimer i samme periode. Økonomisk går vikarpoolen i null hvert år. Den driftes helt og holdent av driftsbudsjettet i den enkelte avdeling. For eksempel dersom en avdeling bruker en sykepleier

til å dekke en vakt for en person som er sykmeldt, så trekkes kostnaden fra den aktuelle konto i avdelingen tilbake til vikarpoolen. (Inklusiv feriepengene, arbeidsgiveravgift osv.) Den eneste kostnaden som ligger til vikarpoolen er administrasjonen som er minimal i forhold til besparelsen. Det benyttes i dag ca 20 % av en lederressurs til administrasjon av vikarpoolen.

Antall stillingskrav og personer som kan ha krav på høyere stilling etter 4-årsregelen (AML paragraf 14.9 (5)), har gått ned. Vi ser også at vikarpoolen er en mulig løsning på stillingskrav som nå vil komme etter innføringen av ny AML paragraf 14.4a. Rett til stilling for deltidsansatte tilsvarende faktisk arbeidstid. Denne ble gjeldende fra 01.01.14 og vikarpoolen bidrar til færre krav. Det er nå 14 årsverk som

nå er dekket av fast vikar, fremfor vikarer som ville opparbeidet seg rettighet ift. økt stillingsbrøk.

Kall enheten noe annet

Konklusjonen er at vi benytter ressursene smartere og har nå kvalifisert arbeidskraft til fastlønn der vi tidligere benyttet assistenter, overtid eller eksterne vikarbyrå for å dekke behovet. Vikarpoolen er nå videreført i drift etter at prosjekt perioden er over, og er nå utvidet til å gjelde hele omsorg, og flere avdelinger mottar nå oppdrag. En anbefaling til andre som ønsker å starte en vikarpool er å kalle enheten for noe annet. Andre kommuner og foretak benytter navn som ressursenhet og bemanningsenhet og dette er bedre navn. ■



Interkommunal samkamp i norsk helsetjeneste

Konkurranseselementet i interkommunalt helsesamarbeid kan være positivt for kvalitet på tjenestene som leveres til innbyggerne.

FAKTA

Av Elisabeth Holen-Rabbersvik, Ph.d. kandidat Helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder. FoU-leder i enhet for utvikling og forvaltning, Songdalen kommune.

Det har vært et stort fokus på samarbeid mellom ulike aktører i norsk helse- og omsorgstjenestene. Gjennom samhandlingsreformen har det vært fokus både på det horisontale samarbeidet mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, men også på samarbeidet på tvers av kommunegrenser (St. Meld 48 (2008-2009)). Reformen har ført til ny arbeidspraksis mellom og innen kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, og det har vært forventet at det opprettes interkommunale samarbeid i tilfeller hvor kommunene selv ikke kan løse oppgavene. Samarbeid har vært sett på som et tiltak for å nå målsettinger i samhandlingsreformen.

Interkommunalt samarbeid på helsefeltet er utbredt i Norge i dag. For eksempel samarbeider 346 kommuner om legevakt og tre av fire kommuner velger

organisere tjenester, er det også nødvendig å vite hva som er utfordringene. Det ble derfor gjennomført en delphi-studie med målsetting om å identifisere viktige utfordringer knyttet til koordinering og interkommunalt samarbeid i norsk helsetjeneste (Holen-Rabbersvik et. Al. 2013).

Delphi-studie blir ansett som en demokratisk og strukturert tilnærming, som synliggjør den kollektive kunnskapen til deltakerne (Powell, 2003). Et delphi-studie innebærer flere runder med spørreundersøkelser til en gruppe eksperter innen et gitt område. Det gis kontrollert tilbakemelding fra forskeren. Delphi-teknikken søker å finne den mest pålitelige konsensus fra en gruppe eksperter (Linestone og Turoff, 1975, Dalkey og Helmer, 1963).

Ekspertene innen koordinering og interkommunalt samarbeid i sine respektive kommuner ble inkludert og identifisert av sine ledere. Helse/omsorgsledere eller rådmenn i 79 kommuner ble kontaktet for å inkludere deltakere til studien. Totalt 19 eksperter deltok i studien. Studien ble gjennomført med totalt fem runder.

Resultat fra studien

Et resultat fra studien var at en viktig barriere for interkommunalt helsesamarbeid er «coopetition». Begrepet «coopetition» er et ord avledet av «cooperation» og «competition». Neologismen kan på norsk oversettes til «samkamp». Det betegner situasjoner hvor både samarbeid og konkurranse skjer samtidig mellom aktører, og baseres blant annet på spillteori. Det er lite tidligere forskning på samkamp i offentlig

«Det er en forutsetning at lederen er bevisst konkurranseelementet i samarbeidet.»

å etablere øyeblikkelig hjelp-tilbud i samarbeid med andre kommuner. De nyopprettete interkommunale tjenestene bygger ofte på andre interkommunale helsesamarbeid (Zeiner og Tjerbo, 2015).

Studie for å identifisere utfordringer

For å vite hvordan man på en best mulig måte kan



helsetjeneste, hvor forskningen har stort sett vært rettet mot enten samhandling eller konkurranse (Kurunmaki, 1999, Lapsley, 1994, Lowe, 2000). Tradisjonelt sett har samarbeid vært ansett som en motpol til konkurranse, og en strategi har blitt foretrukket foran den andre (Lado et al, 1997, Quintana-Garcia og Benavides-Velasco, 2004). Et relativt nytt forskningsfelt er situasjonen som oppstår når organisasjoner befinner seg i disse relasjonene samtidig. Det paradoksale fenomenet «samkamp» som da oppstår blir forklart slik: «Cooperation to increase the size of the pie, and competition in dividing it up» (Nalebuff og Brandenburger, 1996).

Samkamp i industrien

Samarbeidet for å «øke størrelsen på kaken» og konkurranse om å «fordele kakestykkene» er en situasjon

FAKTA

Forslag til videre lesing

Barry J. Nalebuff Adam M. Brandenburger, (1997), «Co-opetition: Competitive and cooperative business strategies for the digital economy», *Strategy & Leadership*, Vol. 25 Iss 6 pp. 28 - 33 Permanent link to this document: <http://dx.doi.org/10.1108/eb054655Holen-Rabbersvik, E., Eikebrokk, T. R., Fensli, R. W., Thygesen, E. & Slettebø, A. 2013. Important challenges for coordination and inter-municipal cooperation in health care services: a Delphi study. BMC Health Services Research, 13, 451.>

som kan overføres til ulike områder, og blir i økende grad benyttet som en innovativ business strategi. Innen bilindustri har vi sett flere eksempler på at konkurrenter inngår samarbeid. Mitsubishi og PSA Peugeot Citroën har tradisjonelt konkurrert om de samme kundene. Fra 2007 besluttet de å inngå en samarbeidsavtale som innebar av Mitsubishi fikk dieselmotorer fra PSA. I dag benytter mange bilprodusenter den samme teknologien, deler og motorer. Eksempelvis benytter Volvo, Ford og Mazda motorer som er produsert av PSA. Også innen elbiler har produsenter samarbeidet for å rasjonalisere produksjonen. Elbilene Mitsubishi iMiEV, Citroën CZero og Peugeot iOn er i praksis samme bil med samme motor. Ved å samarbeide om å utvikle ulike komponenter til bilene får man opp volumet på produksjonen, og prisene går ned. Samtidig konkurrerer de ulike produsentene om de samme kundene, for dermed å sitte igjen med «størst del av kaka». Et annet eksempel på samkamp i privat sektor er Apple og Samsung. På den ene siden er de bitre konkurrenter og har de siste årene gått gjennom flere rettssaker fordi Apple mener at Samsung har kopiert deres design på smarttelefoner. Samtidig samarbeider de ved at Samsung leverer prosessor og chip til Apples smarttelefoner. Dette samarbeidet blir en vinn-vinn-situasjon; Samsung får et annet ben å stå på i et krevende marked for smarttelefoner, og får en verdensledende kunde som gir store bestillinger. Apple får den beste teknologien tilpasset sine produkter. Dermed gir samarbeid på dette området øket gevinst for begge aktørene.

SAMKAMP:

Et eksempel på samkamp er når kommuner får bedre helsetjenester ved å samarbeide med andre kommuner, samtidig som de konkurrerer om å få tjenesten lokalisert i egen kommune. Illustrasjon: Colourbox



Kan gi bedre kvalitet

I interkommunal helsekontekst kan samkamp overføres til samarbeidet som inngås for å gi bedre kvalitet på helsetjenester til innbyggerne og konkurranse om hvordan disse tjenestene kan fordeles og distribueres. Dette kan eksempelvis komme til uttrykk i situasjoner hvor kommunene ser at de ved å samarbeide med andre kommuner kan levere mer robuste og kvalitativt gode tjenester til sine innbyggere, men de konkurrerer om å få tjenesten lokalisert i egen kommune (Holen-Rabbersvik et. Al, 2013). I Norge er det

«Det kan være utfordrende å levere spesialiserte helsetjenester på mange områder.»

mange små kommuner, og det kan være utfordrende å levere spesialiserte helsetjenester på mange områder. Ved at kommuner komplementerer hverandre, for eksempel ved at en kommune bygger opp spesialisert kompetanse innen lindring og en annen bygger opp kompetanse innen diabetes, kan det totale tjenestetilbudet til innbyggerne bli bedre og mer robust. Mange norske småkommuner opplever fraflytting. Ved å få tjenesten lokalisert i egen kommune får man tjenesten nærmere sine innbyggere, og ved å opprette spesialiserte tjenestetilbud kan man rekruttere kompetanse og sørge for tilflytting til egen kommune.

Tidligere forskning viser at den mest komplekse, men også mest fordelaktige relasjonen mellom to aktører, er der hvor konkurranse og samarbeid skjer samtidig. Kompleksiteten er et resultat av den fundamentale ulikheten som ligger til grunn for premisser for samarbeid og konkurranse, og det er derfor av avgjørende viktighet at disse to elementene i relasjonen deles opp, for å kunne oppnå gevinster av samarbeidet (M. Bengtsson, S. Kock, 2000; 2015).

Videre vises det til at enkeltindivider kun kan håndtere enten konkurranseaspektet eller samarbeidsaspektet i relasjonen samtidig. Derfor bør oppgavene fordeles slik at enkeltindivider håndterer enten samarbeidet eller konkurranseaspektet i relasjonen. Alternativt kan det opprettes et mellomliggende organ

som ivaretar enten konkurranse eller samarbeidsperspektivet mellom organisasjonene (M. Bengtsson, S. Kock, 2000; 2015).

Det identifiserte konkurranseelementet som er til stede i interkommunalt helsesamarbeid kan potensielt være positivt for kvaliteten på tjenestene som leveres til innbyggerne. I et helsevesen som i stor grad er preget og drevet av intensjoner om samarbeid, viser forskningen viktigheten av at konkurranseelementet identifiseres og at kommunene er bevisst på når et interkommunalt samarbeid i praksis er interkommunal samkamp. Det er en forutsetning at lederen er bevisst konkurranseelementet i samarbeidet, for dermed å kunne skille på hva som er samarbeid og konkurranse i relasjonen. På den måten kan lederen også organisere samarbeidet og oppgavene til ansatte på en mest mulig hensiktsmessig måte og bevisstheten om den interkommunale samkampen kan benyttes som en strategi for å øke kvaliteten på tjenestetilbudet. ■

Referanser

- M. Bengtsson, S. Kock (2000) Coopetition in business networks-to cooperate and compete simultaneously.
- Industrial Marketing Management, 29 (5) pp. 411–426
- Bengtsson M, Kock S. (2015) Tension in Co-Opetition. In: Spotts H. (eds) Creating and Delivering Value in Marketing. Developments in Marketing Science: Proceedings of the Academy of Marketing Science. Springer, Cham
- Dalkey N, Helmer O (1963) An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts. *Manag Sci*.
- Holen-Rabbersvik, E, Eikebrokk, T. R., Fensli, R. W., Thygesen, E. & Slettebø, A. (2013) Important challenges for coordination and inter-municipal cooperation in health care services: a Delphi study. *BMC Health Services Research*, 13, 451.
- L. Kurunmäki (1999) Professional vs. financial capital in the field of health care-struggles for the redistribution of power and control. *Accounting, Organisation & Society*, 24 (2) pp. 95–124
- Lado, A., Boyd, N. & Hanlon, S. (1997). Competition, cooperation and the search for economic rents: a synthetic model. *Academy of Management Review*, Vol. 22. 1. 110-141.
- I. Lapsley (1994) Market mechanisms and the management of health care. The UK model and experience
- International Journal of Public Sector Management*, 7 (6) pp. 15–25
- Linstone H, Turoff M. (1975) *The Delphi method*. London: Addison Wesley Publishing Co
- A. Lowe (2000) The construction of a network at Health Waikato. The towards clinical budgeting project
- Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 13 (1) pp. 84–114
- Powell C (2003) The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs*, 41 (4)
- Quintana-Garcia, C. & Benavides-Velasco, C. A. (2004). Cooperation, competition and innovative capability: A panel data of European dedicated biotechnology firms. *Technovation*, 24, 927-938.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- Hilde H. Zeiner og Trond Tjerbo (2015), Helsekommunen? Interkommunalt samarbeid og samhandlingsreformen (NIBR-notat 2015:104). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HIOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NIBR/Publikasjoner/Publikasjoner-norsk/Helsekommunen>





Mange aktiviteter i Rogaland

Nyttige foredrag og nettverksbygging er to av flere gode grunner til å være med i Faggruppen for sykepleieledere i Rogaland.

Tekst **Inger Bakkalia**, Leder for lokalgruppen i Rogaland, Landsgruppen for sykepleieledere

NSF faggruppe for sykepleieledere i Rogaland ble konstituert i Stavanger i august 2014. Styret ble formelt valgt på årsmøte i 2015. Ledergruppen har hatt fokus på å rekruttere nye medlemmer og lokalgruppen har økt over 100 % fra vi startet til nå. Vi er 122 medlemmer og er en av de største lokalledergruppene i landet. Styret består av medlemmer som representerer spesialisthelsetjenesten, det private og kommunehelsetjenesten. Leder for gruppen er Inger B. Bakkalia som er avdelingssykepleier ved anestesiatdelingen ved Stavanger Universitetssykehus. Medlemskap i NSFLSL Rogaland er åpent for medlemmer i NSF som på ulike nivåer er definert som sykepleieleder eller er medlem i NSFLSL fra før.

Hva arbeider gruppen med?

Medlemsmøter med godt faglig innhold, et ledernetverk og kunnskapsutvikling på tvers av fagtilhørighet er noe av det gruppen jobber mot. Vi vil bidra til at ledere kan utvikle faglig identitet innen ledelse og ha naturlige arenaer og møteplasser. Styret arrangerer medlemsmøter for våre medlemmer to ganger per år både i nordfylket og sørfylket. Vi har et godt og nært samarbeid med NSF og sammen arrangerer vi stormøte for alle ledere to ganger i året. NSF LSL Rogaland ønsker å videreutvikle syke-



FYLKET: Rogaland er Norges fjerde største fylke etter innbyggertall, og det trettende største fylket i areal. Stavanger er administrasjonsbyen. Illustrasjon: Colourbox

og forbedre medlemmenes lønns – og arbeidsforhold. Videreutvikle landsgruppens fordypningsområder. Tilføre NSF's organisatoriske ledd faglig ekspertise. Bidra aktivt til gode arbeids – og samarbeidsforhold innenfor organisasjons – og samfunnsliv.

Lokalgruppen har etablert seg på Facebook.

«Vi kan være pådriver for å bedre sykepleieledernes arbeidssituasjon.»

pleielederes kompetanse og formålet til gruppen er:

Utøve landsgruppens funksjon i overensstemmelse med NSF's formål og prinsippprogram. Være bindeledd mellom NSF LSL og landsgruppens medlemmer i Rogaland. Bidra til å sikre

Hvorfor være medlem?

Sykepleieleder bør være en del av NSFLSL for å være med å skape en arena der vi kan diskutere felles utfordringer og problemstillinger, skape et nettverk for ledere og få en tilhørighet. Det er altfor mange av oss som sitter alene med utfordringene. Hvorfor ikke ta det opp sammen med andre kollegaer – sammen kan erfaringsutveksling bli vår styrke i ledelse av sykepleiefaget! Vi kan være pådriver for å bedre sykepleieledernes arbeidssituasjon. Medlemsmøtene bidrar med påfyll av faglige innspill til ledelse. ■



Lærer å leve med kroniske lidelser

Når en person får en kronisk skade eller sykdom, påvirker det hele familien. Et kurs kan hjelpe dem å mestre hverdagen.

FAKTA

Av Elin Sagbakken,
Rådgiver innen fagfeltet
læring- og mestring ved
Kirkenes sykehus

Helse- og omsorgsminister Bent Høie sa i en tale januar 2016: «De fleste av oss skal leve hele eller store deler av livet med en diagnose eller skade. Derfor må vi bort fra forestillingen om at fravær av sykdom og helseutfordringer er det normale». Og det er det lærings- og mestringfeltet handler om; «Legge til rette for at det enkelte menneske kan leve godt i hverdagen med sine helseutfordringer».

Livet endrer seg

For mange mennesker vil livet endre seg når man rammes av kronisk sykdom eller skade. Lever man sammen med en som blir rammet, kan livet også endre seg betraktelig for de pårørende. Å leve med disse nye hverdagsutfordringene, kan for mange mennesker oppleves vanskelig både på det praktiske og emosjonelle plan.

Jeg ble sykepleier i 1985 og har mange års erfaring med pasient- og pårørendeopplæring innen

«Denne form for behandling er helsefremmende.»

diabetes, både individuelt og i gruppe. Jeg har videreutdanning i diabetessykepleie og helsepedagogikk. Jeg ønsker å sette fokus på et pasient- og pårørendetilbud som for mange er et viktig supplement til medisinsk behandling og oppfølging. Spesielt når vi vet at bortimot 80–90 % av behandlingen for mennesker med langvarige helseutfordringer

er egenomsorg, det å mestre å ivareta egen helse.

Støtte til mestring

I læring- og mestringstilbudene legger vi til rette for at brukere, pasienter og pårørende skal få bedre innsikt i egen situasjon og bli styrket i å håndtere helseutfordringer på en god måte.

Lærings- og mestringsevnen har som overordnet mål å fremme helse og livskvalitet hos det enkelte menneske, og forskning viser at denne form for behandling er helsefremmende og gir gevinster for både individ og samfunn. Jeg erfarer at virksomheten bidrar til å utløse ressurser, forebygger tilbakefall og fører til at flere kan delta i arbeidsliv og på andre sosiale arenaer. Helse Nord har for øvrig opprettet en forskerstilling innen dette fagfeltet, noe som er svært gledelig.

Målet med kursene er at deltakerne skal tilegne seg ny kunnskap om alt fra psykiske reaksjoner ved å få en kronisk sykdom, endringsmuligheter, behandling, rettigheter og hjelpemidler. Gjennom denne kunnskapsoverføringen erfarer jeg at deltakerne blir mer bevisst på egen helse og ikke minst egne ressurser. Flere sier de opplever å få større tro på sin egen mestringsevne og at de lærer hvordan egne erfaringer kan være til nytte for andre. Å treffe andre i samme situasjon gir mange en opplevelse av støtte og har betydning for håpet om en god framtid. Jeg opplever også at det å få mer kunnskap, fører til større ansvarsfølelse for egen helse.

Pasientutsagn:

«Det som har endret seg er at før kurset så trodde jeg legen hadde ansvar for alt dette. Men nå forstår



jeg at det er meg. Jeg må selv ta beslutningene og jeg føler at jeg har tatt kontroll.»

«Jeg synes det var en stor lettelse å treffe andre, snakke med noen som også vet hvor skoen trykker. Det er bare den som har sykdommen som vet hvordan det er å leve med den.»

«Gjenkjennelsen. Jeg hørte andre fortelle om sine følelser og opplevelser, jeg kjente meg så igjen. Det å møte andre i samme situasjon, som hadde tenkt mye av det samme som jeg, ga meg styrke. En styrke jeg ikke kunne få hos fastlegen min.»

Organisering

Pasient- og pårørendeopplæring er en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver. I tillegg til den individuelle opplæringen, foregår mange av opplæringstiltakene i grupper, også i regi av et lærings- og mestringssenter (alle landets helseforetak har et slikt senter). Finnmarkssykehuset tilbyr gruppebasert opplæring for pasienter og pårørende for et utvalg diagnosespesifikke kroniske sykdommer, og i samarbeid med fagmiljøene og brukerorganisasjonene vurderes nye tilbud fortløpende. Man kan

henvise videre til andre sykehus dersom man ikke har tilbudet i eget foretak.

Lærings- og mestringstilbudene planlegges, gjennomføres og evalueres i samarbeid mellom ulike fagpersoner og erfarne brukere for å sikre en pasientsentrert helsetjeneste. Tverrfaglig tilnærming og brukermedvirkning er medvirkende til at mestringkursene blir «treffsikre» og med god kvalitet. Det er fagavdelingene som står som «eiere» av kursene.

Min rådgiverfunksjon er blant annet å bidra til at tjenesten er en pedagogisk og organisatorisk ressurs for fag avdelingene på sykehuset, samt brukerorganisasjonene, både i forhold til helsepersonell og pasient-/pårørendekurs.

Vi er svært opptatt av helsepedagogikk som fag når vi planlegger og gjennomfører kurs. Det er ikke tilfeldig hvordan vi plasserer bordene, stiller spørsmålene, velger undervisningsmetode. Vi legger stor vekt på dialog (erfaringsutveksling, diskusjoner), øvelser og gruppeoppgaver. Det handler mye om å utøve helsepedagogisk kunnskap i praksis.

Uerfaren gruppeleder: «Siden jeg er ny som gruppeleder på kurset, var det så godt å ha med LMS-

PÅ KURS: Kursene gir pasienter og pårørende bedre innsikt i egen situasjon. Illustrasjonsfoto: Colourbox





rådgiveren under hele kurset. Jeg fikk kloke og gode helsepedagogiske råd, slik at jeg selv kan utvikle meg som fagperson, og bli en enda bedre gruppeleder på neste kurs. Kjempebra med kompetanseoverføring».

Samlokalisering er ønskelig

Lærings- og mestringstjenesten er klinikkovergripende, og er ulikt organisert i ulike helseforetak. Rådgiverne i Finnmarkssykehuset er organisert

«Vi legger stor vekt på dialog, øvelser og gruppeoppgaver.»

under medisinsk poliklinikk (både i Kirkenes og Hammerfest). Mitt ønske med tanke på fremtidens aktivitet og utvikling, er samlokalisering av lærings- og mestringstjenestene på foretaksnivå i Finnmarks-

MESTRING: Mange får større tro på egen mestringsevne etter å ha deltatt på kurs. Illustrasjonsfoto: Colourbox



sykehuset. Siden vi bare er en rådgiver i hvert sykehus, tror jeg en slik organisering vil føre til en «vinn vinn» situasjon for alle involverte parter. Blant annet vil det bidra til en tydeliggjøring av tjenestens klinikkovergripende ansvar, styrking av fagmiljøet innen læring- og mestring i foretaket, og finnmarkspasienten vil kunne få et mer forutsigbart og strukturert opplæringstilbud uavhengig hvor i Finnmark man bor.

Landets kommuner er i en oppbyggingsfase innen lærings- og mestringsfeltet, noen har kommet langt, andre har kommet kort. Flere helseforetak og kommuner samarbeider i dag om lærings- og mestrings-tilbud som et ledd i å bidra til kvalitetsmessig gode og helhetlige pasientforløp.

I Finnmark er vi i startgropa når det gjelder utvikling og «levendegjøring» av et slikt samarbeid. I forbindelse med samhandlingsreformen er det utarbeidet flere forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, som beskriver et samarbeid om mestringstilbud. Disse avtalene må «pakkes ut» og omsettes til praktisk handling, der man blant annet bør starte med å definere oppgave- og ansvarsfordeling. Et av målene for lærings- og mestringscenteret i 2017/2018 er å starte denne prosessen.

Jeg må også nevne fagnettverket innen læring- og mestring i Helse Nord. Som rådgiver er jeg en del av dette nettverket, noe som er helt avgjørende for utvikling av virksomheten i vår landsdel, og ikke minst utvikling av meg selv som fagperson. En fantastisk faglig dyktig gjeng, som alle bidrar stort til felles faglig utvikling til det beste for pasient og pårørende.

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) skal bidra til økt kvalitet på lærings- og mestringstjenester gjennom forskning, utvikling, kommunikasjon og formidling. Tjenesten eies av Helse Sør-Øst RHF, og er lokalisert ved Oslo universitetssykehus HF, Aker. Tjenestens mandat er gitt av Helse- og omsorgsdepartementet og omfatter både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Helsepedagogisk kompetanse

Å ha kunnskap om helsepedagogikk i dagens helsetjeneste er viktig, både i de individuelle møtene med pasienter og pårørende, samt i de gruppebaserte møtene. Som nevnt tidligere, må helsepersonell i økende grad kunne samhandle med pasienter, brukere og deres pårørende på en måte som bidrar til mestring av helseutfordringer. Denne kunnskapen er svært viktig på alle arenaer i helsetjenesten.

Jeg er opptatt av dette med helsepedagogisk kompetanse. Jeg erfarer at helsepersonell lærer for lite om dette i bachelorutdanningene/medisinske studier, og man trenger derfor påfyll og kompetanseheving innen dette fagområdet når man kommer ut i praksis. Jeg erfarer at vi som helsepersonell kan bli dyktigere til å legge til rette for læring og mestring i våre møter med pasienter/brukere/pårørende. Men da må dette fagområdet prioriteres høyere enn det gjøres i dag, både i helseforetak og ute i kommunene. Det må settes i system og lages en kompetanseplan for den enkelte virksomhet.

Hva er helsepedagogikk?

Slik jeg forstår det, handler helsepedagogikk om alt som har med læring, utvikling, undervisning og veiledning innen helse. Kjernen i begrepet handler om samhandling, hvor likeverdighet og empowerment står sentralt. I dette samhandlingsrommet mellom helsepersonell og pasient/bruker/pårørende, er det viktig at fag- og brukerkunnskap likestilles.

Og så er det begrepet salutogenese, som er svært aktuelt innen helsefremming. Hva er det som gir god helse? Dette enkle spørsmålet stilte den medisinske sosiologen Aaron Antonovsky for omkring tretti år siden. Det ble et vendepunkt i helseforskningens historie. Antonovsky utviklet en modell som systematisk utforsket hva som fører til god helse, både psykisk og fysisk. Teorien ble kjent under navnet salutogenese. Et nøkkelbegrep i modellen er menneskers opplevelse av sammenheng i tilværelsen (OAS). Modellen kom til å danne et solid teoretisk rammeverk for helsefremmende arbeid og har fått stadig mer oppmerksomhet. Det foreligger rimelige ferske internasjonale forskningsfunn mellom OAS og god helse. Vi som jobber med dette i det nasjonale- og regionale LMS-fagnettverket, håper at disse forskningsfunnene i mye større grad skal bli tatt i bruk i alle deler av helsetjenesten.

Kompetanse innen helsepedagogikk er avgjørende for et kvalitativt godt arbeid med lærings- og mestringstilbud. Forskning viser at det blant annet er holdninger og evnen til å kommunisere med pasienter i tillegg til kunnskap om sykdom og mestringstrategier som er viktig for deltakernes utbytte av lærings- og mestringstilbud.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har vært et politisk slagord

i helsetjenesten i 30 år, og ble rettighetsfestet i 1999 i lov om Pasientrettigheter. Loven regulerer den enkelte brukers rettigheter, herunder retten til medvirkning. Denne politiske og de samfunnsmessige endringene i forhold til brukerens posisjon fra å være pasient til å bli bruker, er stor. For oss i helsetjenesten innebærer dette at vi er brukerorientert og etterspør brukernes mening og behov, når vi skal planlegge et behandling- og tjenestetilbud. Derfor sidestiller vi sykdomskunnskap og brukerkunnskap når vi planlegger lærings- og mestringkurs.

Hva må til for å gi et godt tilbud?

Min erfaring med gruppebaserte behandlingstilbud til mennesker med langvarige helseutfordringer kan oppsummeres i følgende punkter;

- Aktive og informerte brukere, pasienter og pårørende er nødvendig for å oppnå god helse.
- Det å oppdage egne ressurser, endre det man kan endre og akseptere det man ikke kan endre, er en viktig og nødvendig erkjennelse.
- Et godt samarbeid med helsetjenesten er viktig i et livslangt forløp med en kronisk lidelse
- Gruppebaserte behandlingstilbud er for mange et nødvendig supplement til medisinsk behandling og oppfølging.

«Kjernen i begrepet handler om samhandling.»

- Gjerkjennelsen er svært viktig for mange, «man er ikke alene om å ha det slik, det er normalt».
- Forståelse av sammenheng er nødvendig for å se muligheter og velge smarte tiltak for helsefremming. Mange kommer til kurs med en del «brikker» man trenger hjelp til å få satt sammen til et helt puslespill. Brikkene gir ikke mening alene, men gir forståelse når de blir satt sammen rett.
- Forankring av pasienttilbudet i fagplaner, strategiske planer, ledelse mfl. er helt nødvendig for å løfte oss bort fra «ildsjel» konseptet.
- Likestilt samarbeid med brukerorganisasjoner er nødvendig for god kvalitet på pasienttilbudet
- Helsepedagogisk kompetanse hos involvert helsepersonell/erfaren bruker nødvendig for læringseffekt/forståelse av egen helse og egne ressurser hos kursdeltakerne. ■



Generalforsamling i NSF LSL

**Torsdag den 28. september avholdes det
Generalforsamling i NSF LSL i forbindelse med
den nasjonale lederkonferansen på Gardermoen**

**Det skal iht. NSF vedtekter
velges:** Leder, nestleder, 5 styre-
medlemmer og 2 varamedlemmer
til styret i NSF LSL for perioden
2017-2019.

**Forslag kan fremmes innen
1. august 2017 til:**
Nominasjonskomiteen v/ leder
Anne Moi Bø
Fjellprydveien 41
4072 Randaberg

Evt. sendes pr. e-post:
anne.moi.bo@gmail.com

Alle kandidater som stiller
til valg må skrive under på
en villighetserklæring.

Se vår hjemmeside:
[https://www.nsf.no/faggrupper/
sykepleieledere](https://www.nsf.no/faggrupper/sykepleieledere)
for skjema for forslag
og villighetserklæring.