

**Hva tilfører denne artikkelen?**

Omorganisering med ny leiingsstruktur, meir fokus på organisasjon, produksjon og effektivitet, kan føra til at sjukepleielearane

sitt profesjonsfaglege fokus blir svekka.

**Mer om forfatteren:**

Anne-Grete Naustdal er sykepleier

med master i organisasjon og ledelse. Hun er ansatt som høgskolelektor ved Høgskolen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag. Kontakt: anne.naustdal@hisf.no.



Interiør fra Røde Kors Systerhjem i 1930-årene. Billedsamlingen, Universitetet i Bergen

**Studiens bakgrunn:** Raske omstillingar og ny medisinsk utvikling gjer det nødvendig for sjukepleiarane å kontinuerleg utvikle kompetansen. Lite forskning ligg føre om korleis dagens organisering i sjukehus bidrar til å endre vilkåra for kompetanseutvikling og kompetanseleiing blant sjukepleielearar.

**Hensikt med studien:** Føremålet med artikkelen er å belyse korleis sjukepleielearar beskriv betydninga av fagleg leiing og kva faktorar som kan ha betydning for framtidig arbeid med kompetanseutvikling i sjukepleietenesta.

**Metode:** Kvalitativt design. Individuelle intervju med åtte sjukepleielearar med ansvar for kompetanseutvikling for pleiersonalet ved sengeavdelingar i sjukehus.

**Hovedresultat:** Sjukepleielearane såg på seg sjølv som sentrale personar for å utvikle kompetansen til dei tilsette. Tid og fokus arbeidet fekk vart i hovudsak utfordra av tidspress, omstillingsprosessar og nye administrative oppgåver. Spesielt var det vanskeleg å finne tid som stod i samsvar med oppgåvene og at mynde og arbeids-

oppgåver gjekk hand i hand ved delegering av oppgåver. Sjukepleielearane såg ut til å stå aleine i arbeidet med kompetanseutvikling. Sjukehusa sine økonomiske og styringsideologiske rammevilkår kan ha gjort det vanskelegare å drive målretta og langsiktig kompetanseutvikling.

**Konklusjon:** Om ein ynskjer å systematisere og målrette arbeidet med kompetanseutvikling for sjukepleietenesta, indikerer funna i studien at helseføretaka kritisk bør vurdere det faglege innhaldet i sjukepleielearens sitt arbeid og rolle.

# >> Kompetanseutvikling under press – erfaringar til sjukepleie-leiarar etter omorganisering av sjukehusa

Forfatter: **Anne-Grethe Naustdal**

## **NØKKELORD**

- Leining
- Sjukehus
- Kvalitativ studie

## **INTRODUKSJON**

Forskning understrekar betydninga av sjukepleiefagleg leining for å lukkast i arbeidet med kompetanseutvikling i sjukepleietenesta (1-4). Samstundes kan mykje tyde på at einskapleg leining og ny organisering i sjukehus har endra vilkåra for sjukepleiefagleg leining (5-7). For å få meir innsikt i korleis dagens organisering i sjukehus bidrar til å endre vilkåra for kompetanseutvikling og kompetanseleining blant sjukepleieleiarar er det utført ein kvalitativ studie omkring denne problematikken (8). Åtte sjukepleieleiarar med ansvar for kompetanseutvikling for pleiepersonalet ved sengeavdelingar i sjukehus vart intervjuet. Føremålet med artikkelen er å få belyst betydninga av fagleg leining og kva faktorar som kan

ha betydning for det framtidige arbeid med kompetanseutvikling i sjukepleietenesta.

## **BAKGRUNN**

### **Leingas innverknad**

Fleire sentrale styringsdokument og lover for helsetenesta konkretiserer og vektlegg samanhengen mellom fagleg forsvarleg praksis og kompetanse (9-14). God leining vert framheva som ein føresetnad for å lykkast med å sikre god kvalitet, systematisk opplæring og utvikling av den einskilde yrkesutøvar (11, 14, 15). Leinga ved sjukehusa har ansvar for å legge til rette for eit systematisk og kontinuerleg arbeid med kompetanseutvikling. Dette skal til ei kvar tid sikre tenester av høg kvalitet. Den einskilde sjukepleiar har også eit personleg ansvar for å sikre at arbeidet ein utfører er fagleg, etisk og juridisk forsvarleg (9, 13).

Raske omstillingar og stadig ny medisinsk utvikling i sjukehus gjer det nødvendig for sjukepleiarane å kontinuerleg utvikle sin kompetanse. Sjølve innhaldet i omgrepet sjukepleiekompetanse

varierer i litteraturen, men formell utdanning står som ein grunnleggande faktor saman med erfaring og personlegdom (16). Når ein skal pleie pasientar med kompliserte sjukdommar og skader må ein vere oppdatert på ny kunnskap. Samstundes må ein nytte denne kunnskapen med fornuft og godt fagleg skjønning i den einskilde situasjon (16, 17). Internasjonale studiar hevdar at god kompetanse hjå sjukepleiarane betrar kvaliteten på behandlinga til pasientane (18-20). Aiken m.fl. (18) viser til at både auka sjukepleiarkompetanse og auka fagleg leining fører til at sjukepleiarane utfører arbeidet med høgare kvalitet. Pasientresultata vert gode med færre feilbehandingar og komplikasjonar og generelt meir tilfredsheit med behandlinga.

### **Ny leiingsstruktur**

Historisk har sjukepleietenesta hatt stor fagleg autonomi med omsyn til både organisering av sjølve pleia og den faglege utviklinga i sjukehusa (21, 22). Den vanlege strukturen var

hierarkisk med tre leiingsnivå: sjefsjukepleiar, oversjukepleiar og avdelingssjukepleiar, som kvar hadde eit definert ansvarsområde. Sjukepleieprofesjonen har slik vore representert i alle organisasjonsnivå (23). Ny leiingsstruktur vart innført med einskapleg leiing i 1999 og seinare ved sjukehusreforma i 2002, då staten vart ny eigar. Den posisjonsmakta og ansvarsfordelinga legar og sjukepleiarar hadde i den gamle todelte strukturen vart endra. Stillinga som einskapleg leiar er ikkje i same grad knytt til profesjon (15, 24).

At sengeavdelingar kan leiast av ein person som ikkje treng å ha sjukepleiefagleg bakgrunn, bryt med sjukepleiaranes lange tradisjon for å leie eige fag. Ei norsk undersøking frå 2007 syner at sjukepleiarane har 22 prosent av leiarstillingane som rapporterer direkte til sjukehusdirektøren. Same undersøking syner at sjukepleiarane har blitt fråtatt ein viktig kanal for å bli høyrte i sjukehus. Sjefssjukepleiar var formelt representert i den øvste sjukehusleiinga ved 5 prosent av sjukehusa. Dette er ein nedgang på 91 prosent sidan 1999 (25, 26). Sjukepleiarar som har fått stillingar i den øvste føretaksleiinga identifiserer seg meir med leiarrolla der leiing blir eit fag i seg sjølv, enn med sjukepleiefaget (5, 27). Reformar og endringar har ført til at leiing i sjukehus har fått eit anna innhald med økt leiarfokus på effektivitet, produktivitet og lønnssemde (6, 27, 28).

### Fagleg kompetanseleiing

Tidlegare norsk forskning syner at sjukepleieleiarar i sjukehus ikkje har prioritert arbeidet med kompetanseutvikling høgt (29, 30). Studia peikar på eit uutnytta potensial i bruk av

klinisk stige, tid til refleksjon over praksis og oppdatering av ny forskning. Klinisk stige er eit kompetanseutviklingsprogram som går over fleire år og omfattar både undervisning, rettleiing og skriving av oppgåver. Bjørk m.fl. (30) seier at ein av grunnane til at programmet ikkje har lykkast, er sjukepleieleiarane sitt manglande engasjement for å fylgje opp kompetanseutviklingsarbeidet. Sjukepleieleiarane har ved fleire høve prioritert den administrative delen av arbeidet på kostnad av det faglege. Ei anna utfordring har vore manglande definering av ansvar og mynde i høve arbeidet med kompetanseutvikling for sjukepleietenesta (31, 32).

På hi sida stadfestar internasjonal forskning sjukepleieleiingens verdi for arbeidet med kompetanseutvikling (1, 2). Studiar av magnetsjukehusmodellen i USA har vist at målretta arbeid med fagleg utvikling, leiing og kunnskapsutvikling gjev positive resultat i høve kvaliteten på sjukepleietenesta (18). For å få status som magnetsjukehus må ein mellom anna vise til auka pasienttilfredsheit, lågare pasientdødelighet og færre komplikasjonar innan trykksår, fall og postoperative luftvegsinfeksjonar og smerter. Magnetmodellen vektlegg ein leiingsstruktur som skal sikre ein tydeleg fagleg profil, strategi og kvalitet for sjukepleietenesta. Eit viktig moment er at sjukepleiarane skal delta i alle avgjerdsprosessar som angår sjukepleietenesta (2, 16, 18).

Rolla og funksjonen leiarane av sjukepleietenesta har i arbeidet med kompetanseutvikling vert trekt fram som viktig for å engasjere sjukepleiarane til sjølvrefleksjon, læring og kompetanseutvikling. Leiarane

si evne til å utvikle, styre og samordne arbeidet med kompetanseutvikling står sentralt (1, 3, 4). Sjukepleieleiarane si organisatoriske plassering og profesjonelle ansvar gjer erfaringane deira spesielt interessante å studere. Som mellomleiarar er dei det utøvande leddet i skjeringpunktet mellom strategisk tenking og praktisk handling. Kunnskap om leiarane sine erfaringar med kompetanseutvikling vil slik vere eit sentralt inntak til kunnskap om kva som på det utøvande nivået i dagens sjukehusorganisasjon hemmar og fremmar utvikling (33, 34). Hensikta med føreliggjande studie var å få kunnskap om erfaringane sjukepleieleiarane har frå deira arbeid med kompetanseutvikling.

### METODE

I val av metode vart det utarbeidd eit kvalitativt design med individuelle intervju. Åtte leiarar av sjukepleietenesta ved sengeavdelingar i eit helseføretak vart intervjuet i 2005. Helseføretaket bestod av vel 2300 tilsette fordelt på 12 institusjonar, der fire var somatiske sjukehus. Fem klinikkar organiserte 33 avdelingar. Tilgang til forskingsfeltet vart gjeve av administrerende direktør. Via heimesida til helseføretaket vart namn på aktuelle leiarar funne. Utvalet av informantar var strategisk utifrå systematiske vurderingar av kva einskapar som ut frå teoretiske og analytiske føremål var mest relevante og mest interessante (35). Kriteria for å delta i studien var at dei leia sjukepleietenesta på somatiske sengepostar av ulik storleik og med ulike spesialitetar. Ti informantar vart skriftleg førespurd om å delta og åtte samtykka. Informantane hadde ansvar for mel-

lom 15 til 69 stillingsheimar. Informantane ved dei to største avdelingane hadde leiar under seg, medan seks informantar var den næraste leiar til pleiepersonalet ved avdelinga. Alle hadde meir enn to og eit halvt års erfaring frå noverande leiarstilling. Fem hadde over ti års erfaring. Informantane bestod av sju kvinner og ein mann, fire

feltet med eit opent sinn slik at nye sider vart oppdaga og at forskaren ikkje bevisst eller ubevisst prøvde å stadfesta eigne synspunkt (37). Rolla som sjukepleieiar var kjent for forskar gjennom arbeid som sjukepleiar og avdelingssjukepleiar ved andre sjukehus i landet og som sjukepleielærar. Forkunnskapane gjorde det lettare å få tak

tar vidareutdanning, men vi har ikkje noko system på det ...» Alle laga årlege kompetanseplanar for si avdeling, men det var ulikt korleis planane vart nytta. Det var ingen rapportering eller tilbakemelding frå helseføretaket si øvste leing knytt til kompetanseplanane.

### Aktuelle tiltak

Internundervisning og fagmøte med fokus på opplæring i prosedyrar og spesifikk behandling av pasientar var mest nytta kompetanseutviklingstiltak. Det var stort sett sjukepleiarar og legar ved posten som underviste. Ein leiar hadde etablert ordning med klinisk stige og fleire hadde avsett fagdagar på sjukepleiarane sin turnusplan. Av eksterne tiltak var vidareutdanningar ved universitet og høyskular mest nytta. Sjukepleiarane kunne søke om permisjon med lønn for å ta kliniske vidareutdanningar.

### Knapp tid

Ved overgang til ny leiingsstruktur sa informantane at det vart færre sjukepleiefaglege leiarar som kunne ta del i arbeidet med kompetanseutvikling. Tidlegare hadde alle avdelingar oversjukepleiar, avdelingssjukepleiar og nokre også assisterande avdelingssjukepleiar. No var det mest vanleg med ein sjukepleieiar og ei «sjukepleie 1»-stilling med eit særskilt ansvar for fagleg utvikling. Utfordringa med «sjukepleie 1» var at dei ofte måtte nyttast til dagleg drift. Fleire sa dei måtte jobbe med ei holdningsendring både hjå seg sjølv og i avdelinga, slik at fagleg utviklingsarbeid ikkje vart nedprioritert med ein gong det var travelt i avdelinga. Leiarane sa kvardagen var hektisk og at det var vanskeleg å planlegge fagleg aktivitet. Stadig fleire personaladministrative

## ” Sjukepleielearane såg det som si oppgåve å legge til rette for læring og utvikling.

med utdanning i administrasjon og leing og tre var i gang med tilsvarende studie (8).

Dei individuelle intervjuar varte vel ein time, vart gjennomført på informantane sin arbeidsplass og tatt opp på band. Med utgangspunkt i ein halvstrukturert intervjuguide vart det søkt tilgang på informantane si historie. Hermeneutisk tilnærming vart nytta for å finne mening og forståing gjennom å beskrive og fortolke informasjonen til informantane innanfor samanhengen den vart formidla i (35). Ei metodisk utfordring var det at informasjonen alt var fortolka av informantane sjølve. Intervjua vart så raskt som råd fullstendig transkribert og deretter lest igjennom i heilskap. Tematisk analyse vart nytta for å identifisere og systematisere stoffet. Tema vart organisert med delspørsmål med fokus på arbeidsdagen til sjukepleielearane, vurdering av dagens sjukepleiefagleg kompetanse, kompetanseutviklingsarbeidet og kva dei meinte fremma og hemma dette arbeidet (35, 36).

I det metodiske arbeidet vart det vektlagt å møte forskings-

på informantane sitt perspektiv og stille utfyllande spørsmål undervegs i intervjuar. Reliabilitet knytt til transkripsjon av data vart søkt oppretthaldd ved å sjølv skrive direkte av intervjuar ord for ord. Under transkripsjon vart det nytta kodar på informantane for å sikre anonymitet (35).

### RESULTAT

#### Kompetanseutvikling

Alle sjukepleielearane sa dei hadde ansvar for arbeidet med kompetanseutvikling for pleiepersonalet. Ansvar for kompetanseutvikling var presisert i leiarane sin stillingsinstruks. Instruksjonen var ikkje oppdatert etter innføring av ny leiingsstruktur og fleire gav uttrykk for å jobbe som før: «Ein veit ein har nye personar som sjefar, men i det daglege er mykje som før.» Informantane var opptatt av at deira sjukepleiefaglege bakgrunn gav god føresetnad for vurdering av kompetansebehovet hjå personalet og pasientane sitt behov for sjukepleie. Nokre leiarar overlet vurderinga av behovet for kompetanseutvikling til dei tilsette sjølv: «Dei sjukepleiarane som er interessert reiser på kurs og

oppgåver vart lagt til avdelingsnivå: «Før dreide dagen seg om behandlinga pasientane skulle få, men no dreier det seg meir om pengar, personell og drift ...» Informantane sa dei kjende på ei auka utfordring i høve det å få tid til disposisjon som stod i samsvar med oppgåvene.

### Under press

Informantane fortalde om år prega av stor aktivitet, omleggingar og samanslåing av postar. Fleire problematiserte endring i pasientgruppa. Ein skildra situasjonen slik: «Vi har sagt at sjukepleiarane må ta dei pasientane ein kan fyrst og fremst, og så må ein hjelpe kvarandre over grensene ... Vi har ikkje så mykje rom for opplæring.» Det å ta ansvar for nye pasientgrupper utan skikkeleg opplæring, gjorde sjukepleiarane usikre og bekymra. Ein sa det slik: «Det er klart det har vore veldig usikkert for mange når ein må forholde seg til ei heilt ny pasientgruppe. Det har vore fryketeleg vanskeleg ...» Leiarane var bekymra for pulverisering av den sjukepleiefaglege kompetansen. Dei fortalde at økonomi og effektivitet stod i fokus og produksjon og tal var det som vart etterspurd. Ein informant sa det slik: «Kravet til effektivitet har endra seg. No er det snakk om produksjon, det einaste som tel er tal – så og så mange fleire pasientar. Fleire og fleire helsefolk i føretaket ser ikkje pasienten og heilheten. Det er skremmande.»

### Nye utfordringar

Sjukepleieleiarane sa at arbeidsoppgåvene deira var mykje som før, men fleire opplevde no å ikkje bli tatt med i avgjerdsprosessar som direkte involverte deira avdeling. Ein forklarte

dette slik: «Eg er ikkje med på leiarmøter. Eg ser stadig vekk at eg ikkje får informasjonen eg skulle hatt ...» Avdelingssjef og klinikkdirektør er på leiarmøta og viktige avgjersler kan bli fatta utan representantar frå sjukepleietenesta. Informantane fortalde om problem med å påverke vedtak i forkant og å få informasjon om vedtaka i etterkant, noko som gjorde det vanskeleg å vere i forkant med kompetanseutviklingstiltak. «Når eg fyrst skal vere leiar må eg i alle fall ha tilgang på informasjon og vere på arenaen elles så kan eg ikkje vere leiar», sa ein informant.

### Sjukepleiefellesskapet

Sakn av drøftingspartnar vart trekt fram. Informantane ynskja eit forum for diskusjon og erfaringsutveksling av sjukepleiefaget. Ei av utsegnene var slik: «Du sit aleine som oversjukepleiar. Det er ikkje fellesmøte med unntak av om det er noko informasjon vi skal få. Ingen tid til sjukepleiefaglege diskusjonar, ikkje noko fora å utveksle erfaringar i. «Dei fleste informantane sa dei sakna betre oppfølging. Berre ein sjukepleieleiar hadde medarbeidersamtale som fast ordning.

### DISKUSJON

Studien stadfestar anna forskning som syner varierende prioritering av arbeidet med kompetanseutvikling (29-32). Bjørk m.fl. (30) trekkjer særleg fram kor avgjerande det er med sjukepleieleiarar som kan argumentere for økonomi og kvalitet i eit langtidsperspektiv og som har engasjement til å følge opp kompetanseutviklingsarbeidet. Studien min viser spesielt at det var utfordrande å ha ansvar for dagleg drift og samtidig

arbeide med kompetanseutvikling. Kompetanseutviklingstiltak som internundervisning, fagmøte og fagdagar på turnus var sett i verk, men tiltaka vart lett nedprioritert ved hektisk aktivitet i avdelinga. Leiarane skildra nye utfordringar som konsekvens av dei organisatoriske endringane i sjukehusa. Einskapleg leing, endra krav til effektivitet og meir fokus på økonomi vart særleg trekt fram. Fleire informantar gav uttrykk for mindre tid til å vere tilstades i det daglege virke på sengeposten. Dermed fekk dei arbeidd mindre med det faglege miljøet, noko som er ein viktig faktor for utvikling av god kvalitet, trivsel, kompetanse og fagleg engasjement på arbeidsplassen (1, 18, 38). Resultat frå Nilsen (39) si forskning på kompetanseutvikling i norske sjukehus syner at omorganiseringar og effektivitetskrav har gjort at dei tilsette har mindre kontakt med kvarandre i arbeidssituasjonar. Dermed lærer ein også mindre av kvarandre. Som leiar av sengeavdelingar arbeidar ein med faglig utvikling via arbeid med arbeidsmiljø, samarbeid i pleiegruppa og den daglege drifta. Gjennom å «holde hjula i gang» ligg også eit fokus på å halde kompetansen oppe i personalgruppa og skape prosessar for at læring og kunnskapsutvikling «automatisk» kan bli satt i gang (38, 40). Manglande medvit på desse prosessane kunne ein sjå hos nokre informantar. Dette kan hindre den kollektive utviklinga og på sikt få konsekvensar for avdelingas utviklingspotensiale (4, 30, 39). Fleire informantar sa også at dei visste at dei sjølv burde jobbe med kulturen i avdelinga og egne holdningar ved prioritering av oppgåver.



Sjukepleieleiarane såg det som si oppgåve å legge til rette for læring og utvikling, men dei sakna meir støtte frå den øvre føretaksleiinga. Einskapleg leiing skulle klargjere ansvarstilhøva i norske sjukehus med å ha både eit administrativt og fagleg overordna ansvar (11, 15). Trass i intensjonane tyder funn i denne studien på at sjukepleieleiarane stod aleine og utan mynde i arbeidet med kompetanseutvikling. Dagens leiingsstruktur kan slik sett bidra til å undergrave kompetanseutvikling som ei sentral leiaroppgåve. Informantane etterlyste koordinator/sjef for sjukepleietenesta, felles fagleg forum for drøfting av sjukepleiefaget og deltaking på leiarmøte ved saker som angår sjukepleietenesta. Endring i leiingsstrukturen kan ha ført til at sjukepleietenesta har mista koordineringsleddet for eiga teneste (25, 26). Informasjon i god tid og ei tettare oppfølging frå leiar var også moment som kom fram. Senge (34:16) seier nettopp at ein må involvere leiarane på «grasrota» for å lykkast med omstillingar: «We have rarely seen any successful change initiative that did not involve imaginative, committed local line leaders. By «local line leaders», we mean people with accountability for results and sufficient authority to undertake changes in the way that work is organized and conducted at their local level». Arbeidet med kompetanseutvikling for sjukepleietenesta kan bli hindra av at leiarar ved dei ulike nivåa ikkje snakkar nok saman og i fellesskap vurderar arbeidsoppgåver.

Profesjonell leiing som eit av dei sentrale elementa med sjukehusreforma og innføring av einskapleg leiing kan synast å ha gitt nye utfordringar. Det å

finne ei god tilpassing av leiarrolla kan ifølgje mine informantar synes vanskeleg, i og med at rolla vert utøvd i eit komplisert samspel mellom individuelle faktorar, organisasjonsforhold, kulturelle faktorar og bevisste reformtiltak. Fagleg utvikling vil framleis trenge leiing av fagleg karakter. Og integrering av ny leiarrolle, saman med fagleiing og forvaltning, kan synes utfordrande, men er viktig å få

tid til disposisjon som står i samsvar med oppgåvene, og at mynde og arbeidsoppgåver går hand i hand ved delegering av oppgåver.

## KONKLUSJON

Organisasjonsmessige strukturar påverkar mulighetene for å utføre arbeidet med kompetanseutvikling. Omorganiseringar med ny leiingsstruktur, meir fokus på organisasjon,

” Helseføretaka bør kritisk vurdere det faglege innhaldet i sjukepleieleiaren sitt arbeid og rolle.

til (5, 6, 28). Forsking syner at ein treng leiarar med strategisk kompetanse som ser utvikling og bruk av kompetanse som nødvendig for å oppnå høg kvalitet på sjukepleietenesta (3, 41). Funna i studien kan tyde på behov for å involvere og følgje betre opp sjukepleieleiarane. På hi sida kan funna også tyde på at sjukepleieleiarane sjølve må argumentere for sjukepleiefaget og behovet dei har for oppfølging og utvikling oppover i organisasjonen. Internasjonale studiar presiserar sjukepleieleiarars viktige rolle, i høve det å argumentere for og setje i verk ny sjukepleiekunnskap. For å vere i stand til å fylle rolla må sjukepleieleiing satsast på og fylgjast opp av leiinga på alle nivå i sjukehusorganisasjonen (3, 18, 41). Det er grunn til å tru at ei felles prioritering av korleis helseføretaket skal arbeide og utvikle den sjukepleiefaglege kompetansen kunne ha styrka kvaliteten på sjukepleietenesta på sikt. Utfordringa informantane spesielt tok fram var, å få

produksjon og effektivitet, kan føra til ei svekking av det profesjonsfaglege fokuset. Sjukepleieleiarane ser ut til å ha dagane oppfylt med administrativt arbeid. Fleire gjev uttrykk for at det er vanskeleg å finne rom for å arbeide systematisk med kompetanseutvikling. Studien tyder på at sjukepleieleiarane er sentrale i å sette kompetanseutvikling på dagsorden, men å stå aleine i arbeidet med dagens økonomiske og styringsideologiske rammes verkar vanskeleg. Om ein ynskjer å systematisere og målrette arbeidet med kompetanseutvikling for sjukepleietenesta, indikerer funna i studien at helseføretaka bør kritisk vurdere det faglege innhaldet i sjukepleieleiaren sitt arbeid og rolle. Studiens avgrensa omfang vekker behov for ytterlegare systematiske studiar av sjukepleieleiarane sine vilkår for faglig kompetanseutvikling i dagens helseføretak.

Les kommentaren på side 293 >>

## REFERANSER

1. Akerjordet K, Severinsson E. Emotionally intelligent nurse leadership: a literature review study. *Journal of Nurse Management*. 2008;16:565-77.
2. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital Staffing, Organization and Quality of care: Cross-National Findings. *Nursing Outlook* 2002;50:124-33.
3. Tørstad S, Bjørk IT. Nurse leaders' views on clinical ladders as a strategy in professional development. *Journal of Nursing Management*. 2007;15:817-24.
4. Furåker C, Berntsson L. Vårdenhetscheferes mål og arbete. *Vård i Norden*. 2003;23:27-32.
5. Torjesen DO. Foretak, management og medikrati - en sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten. Doktoravhandling. Universitetet i Bergen, Bergen, 2008.
6. Johansen SM. Mellom profesjon og reform - En kvalitativ analyse av ledelsesidealer og lederpraksis blant leger og sykepleiere i norske somatiske sykehus. Nordiske Organisasjonsstudier Nr 1. Fagbokforlaget, Oslo, 2008.
7. Mo TO. Doctors as managers: moving towards general management? The case of unitary management reform in Norwegian hospitals. *Journal of Health Organization and Management*. 2008;22:400-15.
8. Naustdal AG. Sjukepleieleiaren sitt arbeid med kompetanseutvikling i sykehus: sett i lys av erfaringar med innføring av sjukehusreforma. Masteroppgåve. Høgskulen i Sogn og Fjordane, 2006.
9. Lovdata. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. [spesialisthelsetseteloven] Tilgjengeleg frå: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html> (15.05.09).
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helseplan [2007-2010]. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006-2007) kapittel 6.
11. Helse- og omsorgsdepartementet. Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus, NOU 1997:2.
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr.47 2008-2009 Samhandlingsreformen - rett behandling - på rett sted - til rett tid.
13. Lovdata. Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. (Helsepersonelloven) Tilgjengeleg frå: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html> (15.05.09).
14. Helsedirektoratet. ... og bedre skal det bli! Bli med å forme morgendagens sosial- og helsetjenester. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenester, (2005-2015). 2006.
15. Helsedepartementet, Ledelse i sykehus, Oslo, 2002.
16. Islamoska J, Nilsson R, Sjøstrøm K, Willman A. Arbeidsmodeller som sikrer sjukskøterkekompetensen - en systematisk litteratursammenstilling. *Vård i Norden*. 2009;29:44-7.
17. Martinsen K. Samtalen, skjønnet og evidensen. Akribe, Oslo, 2005.
18. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *The Journal of Nursing Administration* 2009;39:45-51.
19. Brooten D, Youngblu J. Nurse Dose as a Concept. *Journal of Nursing Scholarship* 2006;38:94-9.
20. Van den Heede K, Clarke SP, Sermeus W, Vleugels A, Aiken LH. International Experts' Perspectives on the State of the Nurse Staffing and Patient Outcomes Literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 2007;39:290-7.
21. Melby K. Kall og kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie. Cappelen Forlag, Oslo, 1990.
22. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. Tano, Oslo, 1993.
23. Torjesen DO. Kunnskap, profesjoner og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 2007;48:275-90.
24. Opedal S, Stigen IM (red). Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen. Fagbokforlaget, Bergen, 2005.
25. Kjekshus LE, Westlie A. Helseforetakenes interne organisering og ledelse - INTORG 2007, Skriftserie 2008:1. Universitetet i Oslo, Institutt for helseledelse og helseøkonomi: Oslo, 2008.
26. Kjekshus LE. De somatiske sykehusenes interne organisering - En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003. SINTEF Helse, Økonomi, kvalitet og tilgjengelighet. Oslo, 2004.
27. Mo TO. Ledelse til begjær eller besvær - om reformer, fag og ledelse i sykehus. Doktoravhandling. Trondheim: NTNU: Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, 2006.
28. Fjeldbraaten E, Torjesen DO. Changing roles and identities among clinical managers. Does a health enterprise reform make any difference? Paper Nordic Workshop on Health Management and Organization: København, 2006.
29. Vareide PK, Norvoll HC, Røhne KR. Stykkevis og helt - sykepleiernes arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus. Sintef-rapport. Oslo, 2001.
30. Bjørk IT, Samdal HB, Tørstad GB, Hamilton GA. Evaluation of Clinical Ladder Participation in Norway. *Journal of Nursing Scholarship*, 2007;39:88-94.
31. Vrenne ÅB. Ledelse av sykepleiefaglig kompetanseutvikling i sykehus: hva skal til? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2007;2:56-69.
32. Normann L. Enhetlig todelt ledelse kraftpotensiale eller konflikt? Hovedfagsoppgave. Institutt for sykepleievitenskap, Universitet i Oslo, 2001.
33. Senge P M. The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. New York: Doubleday/Currency, 2006.
34. Senge P, Kleiner A, Roberts C, Ross R, Roth G, Smith B. The Dance of Change: The Challenges of Sustaining Momentum in Learning Organizations, New York: Doubleday/Currency, 1999.
35. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Akademiske, Oslo, 1997.
36. Gilje N, Grimen H. Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi. Universitetsforlaget, Oslo, 1993.
37. Ry Nielsen JC, Repstad, P. Fra nærhet til distanse og tilbake igjen - om å analysere sin egen organisasjon. *Samfunnsvitenskapene*, København, 1993.
38. Bjørk IT. Sykehusavdelingen - et miljø for læring? *Vård i Norden*, 2001;21:4-9.
39. Nilsen RE. Opportunities for learning and knowledge creation in practice. Oslo: BI Handelshøgskolen, 2010.
40. Pearson A, Laschinger H, Porritt K, Jordan Z, Tucker D, Long L. Comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in healthcare. *Int J Evid Based Healthc* 2007;5:208-53.
41. Sorensen R, Ledema R, Severinsson E. Beyond profession: nursing leadership in contemporary healthcare. *Journal of Nursing Management*, 2008;16:535-44.