

Korleis oppfattar og handterer leiarar i sjukehus
eventuelle rekrutteringsutfordringar knytt til
mangel på sjukepleiarar?

Gunn Iren Hovda Engvold

Masteroppgåve

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og
helseøkonomi



Universitetet i Bergen

Det medisinske fakultet

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Vår 2023

Forord

Hausten 2019 tok eg til på første mastermodul i Helseledelse, Kvalitetsforbedring og Helseøkonomi ved Universitetet i Bergen. No er eg straks ved vegs ende i masterløpet. Kompetansen eg har tileigna meg har utvikla og styrka meg som leiar. Modulane har kvar for seg tilført nye perspektiv, som gjer at eg kan stille med ei vidare forståing for fenomen rundt oss i helsetenesta. Det har vore krevjande å kombinere studiar og jobb, og mange fortener takk for å ha støtta og losa meg gjennom. Først og fremst ynskjer eg å takke informantane, som gjennom å dele sine erfaringar og opplevingar har bidrege til resultatane i mitt forskingsprosjekt. Vidare vil eg takke rettleiarane mine, Inger Lise Teig og Kristine Bærøe, som har bidrege med gode råd, litteraturtips og oppmuntrande ord undervegs.

Mykje har vorte sett på vent i perioden eg har skrive masteroppgåva. Takk til deg, Nils Arne, som har støtta meg heile vegen og drifta heimebanen vår. Takk til mine barn, som har synt stor forståing for at eg i ein periode har prioritert oppgåveskriving – de har heia på meg og gjeve meg ro til å fullføre oppgåva. Takk også til arbeidsgjevar, Helse Bergen – Voss sjukehus, som har gjeve meg moglegheit til å ta leiarutdanning. Dette har tilført meg kunnskap som eg er trygg på kjem til nytte i arbeidskvardagen for både meg sjølv og mine kollegaer.

Til sist ynskjer eg å gje meg sjølv eit klapp på skuldra. Tidens mest solrike påske vart tilbrakt på verandaen, ikledd dunjakke, solbriller og ullteppe i skiparadiset på hytta – medan familien boltra seg i snø, sol og ski. Framføre meg stod lap-top'en og ein meterhøg stabel med litteratur. Helger har gått, der eg har blenda vindauga for å ikkje miste fokus av finvær og andre sine aktivitetar til fordel for oppgåveskriving. Sjølv om negative tankar slo meg hardt eit stykke inn i forløpet klarte eg å reise meg og ta det siste taket. Kontrollfriken i meg har måtta vike for tillit til at min ektemann har organisert heimebanen og alt det inneber – ein jobb som eg inntil starten på masteroppgåva hadde fullt herredøme på.

Voss, juni 2023

Gunn Iren Hovda Engvold

Innhald

Samandrag	1
Summary.....	2
Forkortingar.....	3
1. Introduksjon	4
2. Bakgrunn.....	5
3. Avgrensing, problemstilling og omgrepsavklaring	10
4. Metode	13
4.1 Kvalitativ metode	13
5. Analyse.....	19
5.1 Systematisk tekstkondensering	19
5.2 Reliabilitet, validitet og generalisering.....	21
5.3 Ethiske aspekt.....	23
6. Presentasjon av hovudfunn	25
6.1 Mykje snakk, lite handling	25
6.2 Krysspress	28
6.3 Oppgåvedeling.....	31
6.4 Leiarrolla i møte med retorikk	32
6.5 Oppsummering funn	33
7. Teoretisk-analytisk tilnærming.....	34
8 Drøfting	39
8.1 Mykje snakk, lite handling – spenningsforhold i linja mellom politikk og operasjonelt nivå	39
8.2 Krysspress i ein kvardag prega av krav og forventningar	46
8.3 Oppgåvedeling – ein viktig løysingsfaktor som krev systematisk tilnærming.....	51
8.4 Leiarrolla i møte med retorikk hjå politikarar, fagforeining og media	54
9. Konklusjon	58
10. Styrker, svakheiter og vidare forskning.....	59
11. Kjelder.....	61



Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel <i>Korleis oppfattar og handterer leiarar i sjukehus eventuelle rekrutteringsutfordringar knytt til mangel på sjukepleiarar?</i>				
Forfatter Gunn Iren Hovda Engvold				
Forfatterens stilling og arbeidssted Assisterende direktør, Voss sjukehus				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Inger Lise Teig og Kristine Bærøe		
Antall sider 60	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
<h3>Samandrag</h3> <p>Bakgrunn: Aukande tal eldre som vil ha behov for helsetenester stiller helsetenesta framføre store utfordringar når det kjem til å rekruttere og behalde arbeidskraft (Riksrevisjonen, 2019). Dette vert skildra som ei av dei største samfunnsutfordringane i vår tid (Rambøll og Menon, 2022).</p> <p>Hensikt: Hensikta med forskingsprosjektet er å undersøkje korleis leiarar opplever og handterer eventuell redusert tilgang på sjukepleiarpersonell med fylgjande problemstilling: <i>Korleis oppfattar og handterer leiarar i sjukehus eventuelle rekrutteringsutfordringar knytt til mangel på sjukepleiarar?</i></p> <p>Analyse: Systematisk tekstkondensering er nytta som analyseverktøy, jamfør Malterud (2017) si framstilling. Dette inneber trinnvis tilnærming til materialet på vegen mot kategoriane «Mykje snakk, lite handling», «Krysspress», «Oppgåvedeling » og «Leiarrolla i møte med retorikk».</p> <p>Metode: Det er nytta kvalitativ metode, i form av djubdeintervju av ni informantar på ulike nivå i fleire helseføretak. Intervjua vart gjennomført på Teams, det vart gjort lydopptak og deretter vart intervjua transkriberte.</p> <p>Resultat: Det synast å vere eit spenningsforhold mellom dei ulike styringsnivåa i helseføretak og politisk nivå. Motstridande krav og forventningar er ein stor del av leiarkvardagen, mange opplever dette som eit krysspress. Informantane fremjar oppgåvedeling som eit av dei viktigaste løysingsaspekta knytt til handtering av sjukepleiarmangelen. Oppfatning av konservative haldningar i sjukepleiargruppa vert framheva som ei barriere. Retorikk frå politikarar, fagforeiningar og media vert oppfatta som eit viktig element i omdømmet til helsetenesta</p> <p>Konklusjon: Leiarane opplever i ulik grad at mangel på sjukepleiarressursar er ei utfordring i dag. Det synast å vere eit spenningsforhold i linja mellom nasjonalt politisk nivå og operativt nivå i helseføretaka. Avgjersler som står i samsvar med kapasiteten helsetenesta har vert særleg framheva som utfordrande. Profesjonsidentitet og makt gjer seg gjeldande i leiarane sin kvardag knytt til oppgåvedeling, som vert framheva som eit viktig løysingsaspekt. Retorikk og bruk av kriseomgrep vert ofte oppfatta som utfordrande for rekruttering. Fleire av leiarane uttrykkjer bekymring for framtidig rekruttering av sjukepleiarar.</p>				
Nøkkelord Rekruttering, sjukehus, sjukepleiarmangel, leiing				



Dissertation submitted for the degree of
 Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics in The
 University of Bergen

Title and subtitle of the dissertation <i>How do managers in hospitals perceive and handle possible recruitment challenges linked to a shortage of nurses?</i>				
Author Gunn Iren Hovda Engvold				
Author's position and address Assistant director, Hospital of Voss				
Date of approval			Supervisor Inger Lise Teig and Kristine Bærøe	
Number of pages 60	Language dissertation Norwegian	Language abstract English	ISSN-number	ISBN-number
<p>Summary</p> <p>Background: The increasing number of elderly people who will need health services presents the health services with major challenges when it comes to recruiting and retaining labour (Riksrevisjonen, 2019). This is described as one of the biggest societal challenges of our time (Rambøll and Menon, 2022).</p> <p>Purpose: The purpose of the research project is to examine how managers experience and handle any reduced access to nursing personnel with the following problem: <i>How do managers in hospitals perceive and handle possible recruitment challenges linked to a shortage of nurses?</i></p> <p>Analysis: Systematic text condensation is used as an analysis tool, compare Malterud's (2017) presentation. This means a step-by-step approach to the material on the way to the categories "Lots of talk, little action", "Cross-pressure", "Task sharing" and "The leaders role in the face of rhetoric".</p> <p>Method: A qualitative method is used, in the form of in-depth interviews with nine informants at different levels in several health enterprises. The interview was conducted on Teams, an audio recording was made and then the interview was transcribed.</p> <p>Result: There seems to be a tension between the different levels of management in health enterprises and the political level. Conflicting demands and expectations are a large part of a manager's daily life, many experience this as cross pressure. The informants promote the division of tasks as one of the most important solution aspects linked to handling the nursing shortage. Perception of conservative attitudes in the nursing group is highlighted as a barrier. Rhetoric from politicians, trade unions and the media is perceived as an important element in the reputation of the health service.</p> <p>Conclusion: The managers feel to varying degrees that a lack of nursing resources is a challenge today. There seems to be a tension between the national political level and the operational level of the health enterprise. Decisions that are in line with the capacity of the health service have been particularly highlighted as challenging. Professional identity and power become important in the leaders' everyday life linked to task sharing, which is highlighted as an important solution aspect. Rhetoric and the use of crisis management are often perceived as challenging for recruitment. Several of the managers express concern about the future recruitment of nurses.</p>				
Key word Recruitment, hospital, nursing shortage, management				

Forkortingar

HF: Helseføretak

NAOB: Det norske akademis ordbok

NAV: Arbeids- og velferdsforvaltninga

NSF: Norsk sykepleierforbund

NOU: Norges offentlige utredninger

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

RETTE: System for Risiko og Etterlevelse

REK: Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

RHF: Regionalt helseføretak

SAFE: Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur (UiB sikkert skrivebord)

STC: Systematisk tekstkondensering

UIB: Universitetet i Bergen

1. Introduksjon

Hensikta med forskingsprosjektet er å undersøkje korleis leiarar opplever redusert tilgang på sjukepleiarpersonell, jamfør Helsepersonellkommissjonen (2023) si skildring av no-situasjon og korleis dette vil arte seg i framtida. Helsepersonellkommissjonen skildrar tilgangen på sjukepleiarpersonell som ei samfunnsutfordring, som vil verte endå meir utfordrande i framtida. Med dette som bakgrunn studerer eg haldningar, meiningar og erfaringar hjå leiarar på ulike leiarnivå ut frå fylgjande problemstilling: ***Korleis oppfattar og handterer leiarar i sjukehus eventuelle rekrutteringsutfordringar knytt til mangel på sjukepleiarar?***

Ein tek med seg ei bør inn i prosjektet, før det startar. Dette kallar ein forforståing, og vil påverke måten ein samlar, les og analyserer data på. Dette er ofte vår motivasjon til å starte med eit prosjekt (Malterud, 2017). Mi forforståing er tufta på at sjukepleiarmangelen i Noreg har bygd seg opp over lengre tid. Eg har ikkje inntrykk av at det finst ein klar politisk retning for korleis utfordringa knytt til redusert tilgang på personell bør handterast. Media og fagforeiningane ropar varsku og nyttar kriseomgrepet aktivt. Med sentral leiarstilling i sjukehus har eg sjølv erfart at sjukepleiarmangelen gjer seg gjeldande og er høgst reell. I mi stilling deltek eg aktivt i rekruttering av sjukepleiarar, og erfarar at dette har vorte stadig meir utfordrande – nokre gonger er det ikkje søkjarar i det heile. Eg er bevisst på at mi forforståing og perspektiv fargar oppgåva, og er å oppteken av å vere open for nye perspektiv og oppdagingar. Forforståinga legg grunnlag for ny kunnskap, og det vil ikkje vere mogleg å leggje den til sides. Det er viktig å vere bevisst på forforståinga slik at det ikkje overskuggar kunnskap frå det empiriske materialet (Malterud, 2017), og at mine forventningar om funn ikkje påverkar forskingsprosessen. Min motivasjon for å studere problemfeltet er at eg er nyfiken på korleis leiarar faktisk stiller seg til sjukepleiarmangelen. Dette ynskjer eg å utforske ved å stille fylgjande forskingsspørsmål:

1. Opplever leiarar at mangel på sjukepleiarressursar er ei utfordring i dag?
2. Kva ser leiarane som hovudårsaka/ene til eventuelle rekrutteringsutfordringar?
3. Korleis oppfattar leiarane bruk av goder i rekruttering?
4. Kva meiner leiarar må til for å løyse rekrutteringsutfordringane?

2. Bakgrunn

I ein artikkel i Aftenposten i 2009 advarte dei tidlegare statsministrane Jagland, Bondevik, Willoch og Nordli om ei komande rekrutteringskrise i helse og omsorgstenesta. Dei påpeika at det kom til å mangle både hender og pengar i helse og omsorgstenesta innan eit tiår. Willoch minna om at eit regjeringsutval allereie i 1985 skildra desse problema. Dei tidlegare statsministrane tok saman til orde for at utfordringane krev langt mindre straum av politiske løfter, og at handling er påkravd. Det vert framheva at ubehagelege konsekvensar lettare vert handtert politisk mellom valperiodar, når veljarane er lenger ute av syne. Bondevik argumenterte med at det er lettare å treffe modige slutningar om ein er eit stykke frå val (Hornburg T., 2009).

Kommunale leiarar fortel i ei undersøking at dei nyttar mykje tid og store ressursar på å rekruttere og behalde helsepersonell (Grut et al., 2020). Rekrutteringsproblem i kommunehelsetenesta vart i ei undersøking forklart med at det var lite tilgang på personell i enkelte geografiske område, sjukepleiarar føretrekk å jobbe i sjukehus og utkonkurrering av andre kommunar på lønnsnivå vart sett på som eit problem (Gautun, 2012). Tilsette i sjukeheim peikar på leiinga som ein av dei viktigaste faktorane for trivsel og arbeidstilfredsheit, og at det kan vere avgjerande for at sjukepleiarar let seg rekruttere og vil verte verande (Häggström et al., 2005). Ei gjennomgåande årsak til at sjukepleiarar sluttar på sjukehus er at mange sjukepleiarar opplever å gjere andre oppgåver enn det dei meiner dei burde gjere (Hayward et al., 2016), og høgt arbeidspress, og kjensle av å ikkje strekkje til og at ein ikkje får ynskt fagutvikling (Tummers et al., 2013). Berge and Eilertsen (2020) fann i ei undersøking om erfaringane til avdelingssjukepleiarar på sjukeheim at dei var særleg opptekne av trivselen til dei tilsette, og at dei tilsette fekk moglegheita til å utvikle seg fagleg. Fagutvikling vart framheva som ein av dei viktigaste faktorane for å motivere sjukepleiarane til å verte verande. Undersøkinga synte store variasjonar mellom deltakarane knytt til planlegging av rekruttering av sjukepleiarar til si respektive avdeling. Dei som ikkje systematisk planla for framtida synte til at dei ikkje kjende på rekrutteringsutfordringane og difor ikkje brukte tid på dette. Økonomi vart opplevd som eit hinder i rekruttering, då det vart opplevd lite handlingsrom. Informantane i undersøkinga sa at dei framleis rekrutterte godt, men at dei var bekymra for framtida.

Helsepersonellkommissjonen skildrar at mange kommunar allereie står i ei bemanningskrise, det har vorte merkbart vanskelegare å rekruttere særleg sjukepleiarar dei siste åra. Det er også utfordrande å behalde personellet. Mange kommunar har i dag utfordringar med å tilby tenester som innbyggjarane har krav på. Sjukehusa har lenge hatt mindre rekrutteringsutfordringar enn kommunane. Den seinare tid har imidlertid fleire sjukehus erfart at det kan vere vanskeleg å rekruttere (Helsepersonellkommissjonen, 2023).

Sjukepleiarmangelen har vorte varsla i fleire år, men det er først no den synast å gjere seg gjeldande i sjukehus (Helsepersonellkommissjonen, 2023; Norsk sykepleierforbund, 2021a; Riksrevisjonen, 2019). Eg oppfattar at få studiar omhandlar leiarperspektivet knytt til rekruttering av sjukepleiarar til sjukehus. Dette har gjort meg nyfiken på korleis utfordringar knytt til rekruttering av sjukepleiarar vert oppfatta og handtert av leiarar i norske sjukehus i dag.

Utfordringsbilette

Fram mot 2030 aukar talet innbyggjarar over 70 år med 40 % i Noreg, og det vil etter prognosane vere fleire eldre enn born (Statistisk sentralbyrå, 2020). Då eldre har behov for fleire helsetenester enn yngre befolkning, vil behovet for arbeidskraft i spesialisthelsetenesta auke meir enn befolkningsveksten. Dette stiller helsetenesta framføre store utfordringar når det kjem til å rekruttere og behalde arbeidskraft. Riksrevisjonen (2019) si undersøking konstaterer at det allereie er utfordringar med å rekruttere sjukepleiarar, jordmødre og spsjalsjukepleiarar. Det er krevjande å rekruttere sjukepleiarkraft, mellom anna grunna høg andel deltid, høgt sjukefråver og turnover (antal tilsette som startar og sluttar i løpet av ein definert periode). Utstrekt bruk av overtid og innleige av personell fører til store økonomiske konsekvensar, medan sjukefråver og turnover kan ha direkte innverknad på arbeidsmiljø og kvaliteten i helsetenesta – i tillegg til å påverke omdømmet til organisasjonen negativt og føre til utfordringar med rekruttering (Riksrevisjonen, 2019). I 2022 mangla det 5900 sjukepleiarar i Noreg. Dette er dermed det enkeltyrket det er størst mangel på, uavhengig av næring (NAV, 2022).

Rambøll og Menon (2022) understrekar at ei av dei største samfunnsutfordringane i vår tid vert skildra å vere å sikre tilstrekkeleg tilgang på helsepersonell. Sjølv om utfordringa har vore kjent i fleire ti-år, er det ikkje teke naudsynte grep for å møte samfunnet sine aukande behov. Noreg er det OECD-landet med høgast andel av arbeidsstyrken tilsett i helsesektoren,

samstundes som ein ser akselererande vekst i behovet for arbeidskraft (OECD, 2021). Statistisk sentralbyrå estimerer at talet årsverk i helse- og omsorgssektoren må auke med 35% fram mot 2035 om ein ikkje set i verk tiltak for å betre utnyttinga av tilgjengelege ressursar (Statistisk sentralbyrå, 2020). Rambøll og Menon (2022) nyttar omgrepet krise når dei peikar på at utfordringa har vore varsla for lenge sidan, men ikkje vorte møtt med tilstrekkelege grep. Tvert om står norsk helsevesen no i ein situasjon med store bemanningsutfordringar i helsesektoren, der mangelen på helsepersonell er høg – og veksande inn i framtida. Det framtidige bemanningsbehovet overgår dagens kapasitet. Retrospektivt er auke i helsetenesteetterspørselen løyst gjennom auka kapasitet. Det synast klart at ytterlegare auke i antal årsverk ikkje er berekraftig. Å møte det framtidige bemanningsbehovet som tidlegare, vil føre til at ein tredjedel av den totale arbeidsstyrken i Noreg må vere sysselsett i helse og omsorgssektoren. Alternativet til å auke ressursbruken er å auke produktiviteten, altså å anvende ressursane meir effektivt. Dette tyder ikkje at helsepersonellet skal springe fortare, men ha fokus på å unngå dobbeltarbeid, sikre rett kompetanse og rett utstyr for å kunne løyse arbeidsoppgåver effektivt (Rambøll og Menon, 2022).

Norsk sykepleierforbund (2021b) slår i ei undersøking fast at sjukepleiarmangelen også har kome til sjukehusa i Noreg, ved at dei fleste føretaka har utfordringar med å få tilgang til nok sjukepleiarar. Talet søkjarar til sjukepleiarstillingar på sengepostar er sterkt avtakande, og situasjonen har vorte markant verre etter covid19-pandemien (Helsepersonellkommissjonen, 2023). Riksrevisjonen peikar på at 40% av kliniske einingar i norske sjukehus hadde forsøkt å rekruttere medarbeidarar til stillingar utan hell i den seinare tid (Riksrevisjonen, 2019).

Både Helsepersonellkommissjonen (2023) og Riksrevisjonen (2019) skildrar at gapet mellom tilbod og etterspørsel etter sjukepleiarar aukar, ikkje berre i Noreg – men i heile verda. Demografiske endringar i samfunnet stiller helsetenesta ovanfor store utfordringar når det kjem til mellom anna å rekruttere og behalde arbeidskraft. Helseføretaka manglar allereie personell, og særleg sjukepleiarar. Sjukepleiarar er vanskeleg å rekruttere – mange jobbar deltid, sjukefråværet er høgt og mange sluttar i jobben. Når medarbeidarar har redusert stillingsstorleik går ein glipp av arbeidskraft samanlikna med om dei går i full stilling. Utgifter til innleige av personell gjev økonomiske konsekvensar, sjukefråver vil ha betydning for arbeidsmiljø og høg turnover kan svekke omdømmet (Helsepersonellkommissjonen, 2023; Riksrevisjonen, 2019). Ei undersøking gjort i primærhelsetenesta syner ein vesentleg

samanheng mellom bemanningsutfordringar, arbeidsmiljø og kvaliteten på tenestetilbodet (Gautun, 2020).

Ei undersøking gjort av Riksrevisjonen i 2019 synte at to av tre undersøkte einingar i Noreg har ubesette sjukepleiarstillingar. Vidare fann dei at i løpet av eitt år sluttar kvar 8.sjukepleiar utan å byrje i ny stilling i helseføretaka. Det syner seg også at ein del av sjukepleiarane går over til å jobbe i primærhelsetenesta, noko som kan vere positivt for kompetansebehovet i kommunen og samarbeid mellom sjukehus og kommune fordi tilsette då har erfaring frå begge sektorar. Men det kan skape utfordringar for den kliniske eininga på sjukehuset der vedkomande slutta. Det varierer kor vanskeleg det er for sjukehusa å rekruttere (Riksrevisjonen, 2019). Gautun (2020) syner til at sjukepleiarar er den yrkesgruppa det er vanskelegast å rekruttere. Nyutdanna sjukepleiarar synast å føretrekkje sjukehus. Høg arbeidsbelastning, lita moglegheit for kompetanseutvikling, lønnsnivå og at sjukepleiarstudentar får eit dårleg bilete av helsetenesta når dei er i praksis vert oppgjeve som nokre av grunnane til at sjukeheim og heimesjukepleie har utfordringar med å rekruttere sjukepleiarar (Gautun, 2020).

Ein måte å handtere bemanningsutfordringane på er å mobilisere meir av arbeidskrafta som finst i sjukehusa, ved å redusere sjukefråver og auka talet heiltidsstillingar. Helse og omsorgsdepartementet har heilt sidan 2007 stilt krav om å auke talet heiltidsstillingar. Dei siste åra har fleire helseføretak satsa meir på dette. I 2018 hadde kun eit fåtal av Helseføretak (HF) strategiplanar for rekruttering og bemanning på lågare nivå (seksjonsnivå). Det er stilt krav til Regionalt helseføretak (RHF) om at dei skal ha strategiar for å rekruttere og behalde personell. RHF har på ulike måtar vidareført dette til HF. Sjølv om HF enten har, eller vil få store rekrutteringsutfordringar, syner undersøkinga til Riksrevisjonen at få kan dokumentere planar for dette (Riksrevisjonen, 2019). Ei finsk undersøking peikar på at leiarar i sjukehus er klar over framtidige utfordringar knytt til rekruttering av sjukepleiarar, men at det er behov for meir heilskapleg tilnærming og samarbeid på tvers av profesjonar. Forsterking av strategisk leiing vert peika på som ein av dei essensielle faktorane for å lukkast med framtidig rekruttering, men rekrutteringsstrategien til sjukehusa var gjerne ikkje klar og tydeleg nok – om den i det heile fanst (Saarnio et al., 2016).

NOU 2023:4 «Tid for handling» skildrar at demografisk utvikling syner at populasjonen av eldre i distrikta vert stadig høgare, og delen yngre stadig lågare. Dette har betydning for

behovet for helsehjelp, men også for arbeidskrafttilbudet. Om sysselsetjinga i helse og omsorg fortset som det er framskrive, vert det mangel på arbeidskraft i Noreg, og distrikta vil merke det både først og mest (Helsepersonellkommissjonen, 2023).

Spesialisthelsetenestelova § 2–1 beskriv at: «*Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste.*» (Lovdata, 2001). Helseføretaksmodellen er utvikla for statleg eigarskap til spesialisthelsetenesta, der sjukehusa er ein sentral del. Moderne sjukehus er komplekse organisasjonar, kunnskapsbedrifter som stiller store krav til styringa av den daglege verksemda, både når det gjeld styringskompetanse og autoritet. NOU 2019:24 «Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak» skildrar at målsetjinga med føretaksmodellen er først og fremst å klargjere rolle- og ansvarsfordeling. Helseføretakslova regulerer forholdet mellom eigar og føretaka og mellom styringsorgana inne i føretaka. RHF er eigd av staten, ved helse- og omsorgsdepartementet (Regjeringa, 2019). Helse og omsorgsdepartementet skal gje faglege innspel til regjeringa sin politikk og sørge for iverksetjing av Regjeringa og Stortinget sin vedtekne politikk (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019). RHF skal oppfylle sine plikter via sørge-for-ansvar og iverksetje den nasjonale helsepolitikken, med andre ord sørge for at pasientane sin rett til naudsynt helsehjelp. Det nedste nivået er HF som er eigd av RHF. HF er det utøvande leddet og har arbeidsgjevaransvaret for sjukehusstilsette. Tilbudet skal iverksetjast i tråd med overordna helsepolitiske målsetjingar og slutningar, lokalt behov og effektiv forvaltning av tildelte ressursar (Regjeringa, 2019). Noreg er inndelt i fire helseregionar. I kvar helseregion er det eitt RHF, som vidare er delt inn i fleire HF. Begge nivå er eigne rettssubjekt, som gjev sjølvstendig ansvar for drift og resultat, i tillegg til å styre verksemda på ein heilskapleg måte. Staten er altså indirekte eigar av HF, gjennom sitt eigarskap til RHF. Statleg eigarskap til spesialisthelsetenesta gjev høve til sterk nasjonal og overordna politisk styring (Regjeringa, 2011-2012).

I denne oppgåva har eg gjennomgått ei stor mengd studiar og bakgrunns litteratur for å få innsikt i korleis den varsla sjukepleiarmangelen utartar seg for rekruttering til sjukehus i Noreg. Eg har nytta Google Scholar og PubMed som søkjeverktøy for å orientere meg i aktuell litteratur, i tillegg til bøker. Eg finn ei rekkje artiklar om utfordringar knytt til emnet i primærhelsetenesta, men relativt få som eg kunne relatere til mi problemstilling og avgrensing i spesialisthelsetenesta. Eg ynskjer difor å intervju aktørar som er sentralt plassert i forhold til problemstillinga i spesialisthelsetenesta.

3. Avgrensing, problemstilling og omgrepsavklaring

Avgrensing

Dei viktigaste faktorane knytt til bemanningsutfordringar i sjukehus er rekruttering, mobilisering (sjukefråver og stillingsprosent) og å redusere turnover (Riksrevisjonen, 2019). Tilnærminga til berekraftig handtering av framtidige bemanningsutfordringar er kompleks; det inkluderar utdanning, rekruttering, teknologi, endring i arbeidsform og oppgåvedeling (Kontroll og konstitujsjonskomiteen, 2020). Som avgrensing i denne oppgåva vel eg å ha fokus på korleis leiarar oppfatar og handterer rekrutteringsutfordringar på ulike nivå i sjukehus.

Eg ynskjer å undersøkje korleis leiarar opplever rekrutteringsutfordringar knytt til tilgang på sjukepleiarpersonell; korleis dei opplever situasjonen, kva utfordringar dei står i, kva spenningar som kan oppstå, kva prioriteringar som må gjerast og korleis dei meiner at utfordringane kan løysast. Poenget er ikkje å samanlikne, men å etablere kunnskap om korleis sjukepleiarmangelen vert opplevd og handtert ut frå leiarane sine perspektiv. Dette ynskjer eg å belyse ved å nytte fylgjande problemstilling:

Problemstilling

Korleis oppfatar og handterer leiarar i sjukehus eventuelle rekrutteringsutfordringar knytt til mangel på sjukepleiarar?

Forskingsspørsmål

1. Opplever leiarar at mangel på sjukepleiarressursar er ei utfordring i dag?
2. Kva ser leiarane som hovudårsaka/ene til eventuelle rekrutteringsutfordringar?
3. Korleis oppfatar leiarane bruk av goder i rekruttering?
4. Kva meiner leiarar må til for å løyse rekrutteringsutfordringane?

Disposisjon

Oppgåva startar med innføring i sentrale begrep, før eg går vidare til presentasjon av metodisk tilnærming der eg gjer greie for val av metode, informantar og gjennomføring av intervju. Deretter presenterast enkeltfunn gjort i intervjuet ved hjelp av metoden «systematisk tekstkondensering», jamfør Malterud (2017). Eg har valt å framstille analyseprosessen trinn for trinn, slik at lesaren lett kan fylgje forskingsprosessen opp mot problemstillinga. Slik eg

ser det heng funna saman og påverkar kvarandre, noko som saman med teoretisk analyse legg grunnlaget for drøftinga i drøftingsdelen. Enkeltfunn vert her knytt opp mot empiri, og plassert i eit heilskapsbilete.

Sentrale omgrep

Rekruttering: handlar om kva verksemda gjer for å knyte medarbeidarar til seg. Omfattar prosessen frå behovet oppstår til medarbeidaren er på plass i organisasjonen (Sagberg, 2021).

Vakant stilling/vakt: Dette forstås eg som ubesett stilling / vakt, jamfør skildring i Det norske akademis ordbok (2023).

Teoretisk rammeverk kring problemstilling

Helsepersonellkommissjonen (2023) slår fast at tilgangen på helsepersonell, særleg sjukepleiarar, er ein mangelfaktor i helsetenesta. Mangelfaktoren vert grunngeve med at ein framleis auke i personellvekst ikkje vil vere berekraftig med tanke på behov knytt til samfunnet sin totale arbeidsstyrke. Frå år 2030 vil talet personar i yrkesaktiv alder falle i Noreg, og det vil forsterkast etter 2040. Det vil både vere ei auke i talet eldre og ein reduksjon i talet personar i arbeidsfør alder samstundes. Situasjonen med rekrutteringsutfordringar i helsetenesta er aukande og det vil verte færre tilsette per pasient (Helsepersonellkommissjonen, 2023). Fram mot 2030 aukar talet over 70 år med 40 % i Noreg. Då eldre i større grad vil ha behov for fleire helsetenester enn yngre befolkning, vil behovet for arbeidskraft i spesialisthelsetenesta auke meir enn befolkningsveksten. Også Riksrevisjonen peikar på at det vil verte mangel på mellom anna sjukepleiarar (Riksrevisjonen, 2019). Tal frå OECD syner Noreg i 2019 hadde 17,9 sjukepleiarar per 1000 innbyggjarar, noko som gjer at Noreg ligg heilt i verdstoppen. Til samanlikning har Sverige 10,9 og Danmark 10,1 (OECD, 2021).

I fylgje Det norske akademis ordbok (NAOB) er omgrepet «utfordring» «*noe som krever kamp, innsats for å overvinnes; problem; vanskelighet*». Eg ser rekrutteringsutfordringar i tråd med NAOB si skildring av omgrepet utfordring – det krev innsats for å overvinnast. Mi forståing av omgrepet rekrutteringsutfordringar er at aktørar aktivt har forsøkt å rekruttere nye medarbeidarar, utan å lukkast. Dette har gjort meg nyfiken på korleis leiarar oppfattar eventuelle rekrutteringsutfordringar og korleis dei meiner at det kan løysast.

Helsedirektoratet har definert bemanningsnorm for enkelte spesialitetar innan sjukepleie, til dømes Nyføddintensiv (Helsedirektoratet, 2017) og Fødselsomsorg (Helsedirektoratet, 2022), men etter det eg kjenner til finst det ikkje ein offisiell godkjent bemanningsplan for til dømes sengepostar på sjukehus. Bratt and Gautun (2015) studerte om det var mogleg å talfeste ei norm for bemanning i sjukeheim og fann mellom anna store variasjonar i tal sjukepleiarar både på sjukeheims- og avdelingsnivå. Forskarane peika på at det er vanskeleg å talfeste ei bemanningsnorm på bakgrunn av informantane sitt syn på optimal bemanning, og at behova på dei ulike sjukeheimane og avdelingane varierte så mykje at det var vanskeleg å samanlikne. Oppfatninga av kva bemanningsnorm som burde vere gjeldande var ulik mellom dei ulike informantane – målt ut frå kva den enkelte meinte var naudsynt for å utføre fagleg forsvarleg arbeid (Bratt & Gautun, 2015). Mitt forskingsstudie tek utgangspunkt i at leiarar har vorte gjeve skjønnsmyndigheit til å vurdere kva den enkelte forstår med omgrepet rekrutteringsutfordringar og antaking om at det er eit leiaransvar å vurdere om tilgang på kvalifisert personell i ein rekrutteringsprosess medfører utfordringar eller ikkje. Eg legg dermed til grunn at omgrepet rekrutteringsutfordringar vil kunne forståast og definerast ulikt av kvar enkelt leiar.

Eg ynskjer å studere haldningar, meiningar og erfaringar hjå leiarar på ulike leiarnivå i helsetenesta. Mi forståing av helseføretaka si oppbygning er tufta på Mintzberg (1979) si skildring av dei ulike nivåa i styringspyramiden; med fokus på operativ kjerne, mellomleiarar og strategisk toppleining. Desse nivåa er alle involverte i sjukepleiarrekruttering, men på ulike måtar. For å belyse problemstillinga frå fleire sider har eg valt informantar frå operativt nivå (operating core), mellomleiarar (middle line) og strategisk nivå (strategic apex). Det operative nivået utgjer tilsette som produserer tenester og produkt. Mellomleiar-nivået skal ivareta interessene til tilsette både på operativt nivå og det strategiske nivået. Det strategiske nivået skal sjå til at organisasjonen ivaretek oppdraget på ein effektiv måte, og er bindeleddet til oppdragsgjevar (Mintzberg, 1979). Sett i kontekst med norske HF forstår eg strategisk nivå som nivå 1 (ved administrerande direktør), mellomleiararnivå som nivå 2 (klinikkleiar) og operativt som nivå 3 (seksjonsleiar). Dei ulike nivåa i styringspyramiden vert skildra nærare i kapittel 7.

4. Metode

4.1 Kvalitativ metode

Kva slags metode ein ynskjer å nytte i forskning vert gjerne styrt av både faglege hensyn og praktiske forhold. Døme på praktiske forhold som spelar inn er praktiske moglegheiter til å gjennomføre intervju, tilgang til informantar, krav til empiri hjå lesar, publiseringsmåte, ressursar og kunnskap hjå den som skal gjennomføre undersøkinga. Val av deltakarar veljast etter kva ein er ute etter å finne svar på (Tjora, 2021). Kvalitative metodar siktar mot å forstå og ikkje forklare. Målet er å beskrive, heller enn å predikere (Malterud, 2017). Eg har nytta kvalitativ metode, i form av djubdeintervju, som har gjeve meg høve til å etablere kunnskap om korleis sjukepleiarmangelen vert opplevd og handtert ut frå leiarane sine perspektiv for korleis dei oppfattar og omtalar rekrutteringsutfordringar.

Vitskapsteoretisk perspektiv

Mi forforståing bidreg til val av perspektiv, og kva som fangar merksemda mi. Dette betyr at andre fruktbare alternativ vert utelukka. Det er viktig at forskaren er bevisst på dette når tileigna materiale skal arbeidast med (Malterud, 2017). For å underbygge den vitskaplege kvaliteten i oppgåva ynskjer eg å setje metoden eg har valt inn i eit vitskapsteoretisk perspektiv. Alle kvalitative metodar inneheld element av teksttolking, kombinasjon av del av heilskap og forståing av menneske sine erfaringar (Wifstad, 2018).

Eg har valt å forstå forskingsintervjua ut frå eit fenomenologisk inspirert perspektiv. Fenomenologi er eit omgrep som peikar på ei interesse for å forstå informanten si livsverd ut frå den verkelegheita vedkomande oppfattar (Kvale et al., 2015), altså ei undersøking av korleis ulike fenomen framtrer (Wifstad, 2018). Bevisstgjerjing av intervjuar på å setje si eiga forforståing til sides og å la perspektiva til informanten kome fram gjev grunnlag for å skape forståing for vedkomande sine subjektive erfaringar og bevisstheit (Malterud, 2017). Ein føresetnad for forståing er å setje forforståing i parentes. Merksemda skal rettast mot individet si livsverd (Kvale et al., 2015). Forventningar om kva og korleis noko er, påverkar korleis «noko» framtrer for oss. Fenomenologi kan forståast som ei systematisk utforsking av ulike verkelegheitsoppfatningar, kvar ein søkjer å forstå den andre sin måte å oppfatte verkelegheita på (Wifstad, 2018).

Hermeneutikk er lære om fortolking og forståing. Føremålet er å oppnå gyldig og allmenn forståing av kva ein tekst betyr. Ein kvar tekst får si meining frå ein kontekst. Forforståing er eit viktig element for å kunne tolke datamaterialet ein tileignar seg gjennom eit intervju (Kvale et al., 2015). Wifstad (2018) syner til den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer (1900-2002) når han forklarar at forskaren si tidlegare oppfatning alltid vil farge framstillinga av forståinga. Fortolking og forståing er eit universelt aspekt ved ei kvar kunnskapsdanning. Ein kan til dømes berre forstå ein tekst ved å sjå den av lys i teksten som heilskap. Heilskapen må forståast i lys av delane. Det vil ikkje vere praktisk mogleg å frå det ein har vand seg til å meine. All forståing er eit forhold mellom spørsmål og svar, og krev openheit for nye perspektiv frå intervjuaren si side. Språk og kommunikasjon er ein felles streben etter å forstå (Wifstad, 2018).

Ut frå Wifstad (2018), Malterud (2017) og Kvale et al. (2015) si framstilling av vitskapsteori går det fram at mi tilnærming til forskingsintervjua i denne oppgåva er fenomenologisk-hermeneutisk.

Rekruttering av informantar

«Hovedregelen for utvalg i kvalitative intervjustudier er at man velger informanter som av ulike grunner vil kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet» (Tjora, 2021, p. 145). Malterud (2017) fremjar at kjenneteikn ved utvalet påverkar våre tolkingar og funn. Utvalsstrategi er essensielt, då det fører til at materialet inneheld data om fenomenet ein vil utforske. Utvalet legg grunnlaget for kva sider av saka me kan sei noko om. Utvalet skal setjast saman slik at forskaren sit att med eit breitt materiale når studiet er gjennomført. Malterud nyttar informasjonsstyrke heller enn representativitet. Eit representativt, tilfellebasert utval kan true gyldigheita i kvalitativ forskning, og det er viktig at materialet inneheld tilstrekkeleg varierte data. Materialet kan verte meir variert om ein til dømes rekrutterer informantar med ulik fartstid. Feltkunnskap og teoretisk bakgrunn hjå forskaren er viktige føresetnadar for forståing for kva som er relevante datakjelder (Malterud, 2017). Eg gjorde eit strategisk utval av leiarar i helseføretak i Noreg då eg rekrutterte informantar. Leiarane var tilsett på ulike nivå ved fleire føretak, og med ulik storleik på føretak, klinikk og seksjon; tre seksjonsleiarar, tre klinikkdirektørar og tre administrerande direktørar i Helseføretak – og dei hadde ulik fartstid. Denne variasjonsbreidda kan gje høve til å skildre fleire nyansar av same fenomen, jamfør framstillinga til Malterud (2017). Føremålet med dette var å kunne undersøkje den enkelte leiar si oppfatning og handtering, og at det gjerne

kunne vere ulike betraktningar på ulike nivå. Eg forsøkte å få til intervju i tre ulike nivå i same føretak, men eg lukkast kun med dette i eitt av føretaka. Dette fordi eg ynskte å undersøke om det finst spenningsforhold mellom nivåa når det gjeld oppfatning og handtering utfordringar knytt til sjukepleiarmangelen. Fokus var ikkje å samanlikne, men å etablere kunnskap om korleis sjukepleiarmangelen vert opplevd og handtert ut frå leiarane sine perspektiv knytt til den nasjonale sjukepleiarmangelen. Djubdeintervju legg til rette for ein relativt fri samtale kring spesifikke tema forskaren har sett på førehand (Tjora, 2021). Min intensjon var å få informanten til å reflektere over eigne erfaringar og meiningar knytt til eventuelle utfordringar knytt til sjukepleiarrekruttering i sjukehus. Eg har søkt etter skildringar sett frå informantane sin ståstad, særleg ut frå verkelegheitsforståing, erfaring og opplevingar dei har.

Førespurnad om å delta i intervju vart først sendt på e-post til ei rekkje leiarar på ulike nivå, ved ulike sjukehus, i fleire helseføretak i Noreg. Eg fekk svar kun frå eit fåtal. Eg tok difor telefonen fatt og lukkast på denne måten å rekruttere ni informantar til intervju via Teams. Alle fekk tilsendt informasjons- og samtykkeskjema og signerte på dette i forkant av intervjuet.

Karakteristika ved informantane

Median på alderen til informantane var 55 år. Informantane hadde i gjennomsnitt vore leiarar i 17 år, der den med lågast erfaring hadde to år og den med mest hadde 28 års erfaring. Sju av informantane har helsefagleg grunnutdanning. Tabellen på neste side framstiller nivåtilhøyre (ut frå styringspyramiden), tittel og kjønn.

Karakteristika på informantane

Nummer	Nivåtilhøyre	Tittel	Kjønn
1	Operativt nivå Nivå 3	Seksjonsleiar	Kvinne
2	Operativt nivå Nivå 3	Seksjonsleiar	Kvinne
3	Operativt nivå Nivå 3	Seksjonsleiar	Kvinne
4	Mellomleiar nivå Nivå 2	Klinikkdirektør	Mann
5	Strategisk nivå Nivå 1	Administrerende direktør	Mann
6	Mellomleiar nivå Nivå 2	Klinikkdirektør	Mann
7	Strategisk nivå Nivå 1	Administrerende direktør	Kvinne
8	Mellomleiar nivå Nivå 2	Klinikkdirektør	Kvinne
9	Strategisk nivå Nivå 1	Administrerende direktør	Kvinne

Figur 1

Intervjuguide

Eg utforma ein intervjuguide som eg har nytta i intervju. Undervegs i intervjuprosessen har spørsmåla i seg sjølve vorte spissa, nokre er tekne vekk, og nokre lagt til. Eg starta med relativt mange spørsmål, og erfarte straks at det var lurt å gjere det meir «fritt» - slik at eg kunne fylgje opp svara til informantane ved å gå i djupna. I eit semistrukturert intervju vil intervjuguiden innehalde oversikt over emne og forslag til spørsmål. Spørsmål skal fremje positivt samspel, halde samtalen i gang og stimulere informanten til å snakke og forklare (Kvale et al., 2015). Malterud (2017) påpeikar at forskaren gjerne vel individualintervju når

han ynskjer å gje informanten høve til å hente fram erfaringar og tankar som krev tryggleik og ettertanke for å delast. Det er viktig å ikkje gjere intervjuguiden for detaljert eller fylgje den slavisk – det skal fungere som ei hugseliste. Det er ikkje naudsynt å standardisere intervjusituasjonen, men intervjuet skal heller ikkje vere ustrukturert. Balanse mellom fleksibilitet og styring er ikkje lett (Malterud, 2017). Eg opplevde det som utfordrande å vere både open og fokusert på same tid, særleg om informantten snakka om noko eg der og då oppfatta som eit sidespor. Malterud (2017) minnar om at det kan vere lurt å ha is i magen og avvente nysgjerrig når informantten fortel om noko eg oppfattar som eit sidespor, då ny kunnskap gjerne kjem fram på denne måten (Malterud, 2017). Dette opplevde eg mellom anna då ein av informantane var mest oppteken av rekruttering av legar. Med Malterud si anbefaling oppdaga eg at det informantten snakka om var like overførbart til spesialsjukepleiarar, noko som tilførte undersøkinga eit viktig aspekt.

Ut frå personleg preferanse valde eg å ha ferdigformulerte, fullstendige spørsmål med stikkord som underpunkt i intervjuguiden. Intervjuguiden kan forstyrre den frie, uformelle samtalen som ligg til djubdeintervju (Tjora, 2021). Eg oppfatta dette som ein tryggleik i dei første intervju, og at eg klarte halde ein viss flyt. Etter dei første intervju kjende eg at eg «modna» og klarte å frigjere meg meir frå intervjuguiden.

Intervjusituasjonen

Eg valde å nytte Teams som intervjuverktøy, då eg ynskte å nå informantar i heile Noreg. Dette opplevde eg som effektivt. Som hovudregel i djubdeintervju vert det nytta lydopptak. Dette sikrar at eg får med meg det som vert sagt, slik at eg i intervjusituasjonen kan fokusere på kva informantten seier (Tjora, 2021). Sidan informantane er spreidd over heile Noreg vart det for meg eit naturleg val å gjennomføre intervju via Teams. Dette gav meg høve til å bruke, og tolke, kroppsspråk, og eg opplevde at samtaleaspektet var godt. Eg opplevde ikkje at nokon vart skeptiske til at det vart gjort lydopptak. Informantane fekk også høve til å stille spørsmål før intervjuet starta. Sidan eg har ei sentral leiarstilling i klinikken eg tilhøyrer valde eg å ikkje gjennomføre intervju i denne, då min posisjon kan føre til at betraktningar ikkje kjem fram.

Intervju vart gjennomført med ei ramme på inntil 1 time. Kvalitet på djubdeintervju heng saman med opparbeida tillit mellom forskar og informant (Tjora, 2021). Slik eg oppfatta det synte informantane meg stor tillit og ærlegdom. Eg observerte at emnet

sjukepleiarrekruttering engasjerte leiarane, og at dei hadde mange betraktningar – så mange at det kunne vere utfordrande for meg å pense intervjuet innan den avgrensinga eg ynskte. Sjølv om eg undervegs i nokre av intervjuane tykte at dette var utfordrande, ser eg verdien av at dei fekk snakke relativt fritt. Transkribering tilførte dimensjonar og ikkje reflekterte rundt under sjølve intervjuet, og eg kunne dra parallellar og setje alt inn i ein heilskap – også i forhold til det eg først tenkte ikkje hadde relevans. Som døme vart eg gjennom transkriberinga meir merksam på dei ulike leiarane sine refleksjonar kring bekymringsomgrepet. Dei har alle ulike måtar å uttrykkje seg på. Ved å vere merksam på tonefall, tenkepause og måten dei formulerer seg på oppfatta eg å verte tilført nye element gjennom transkriberinga. Sidan eg transkriberte sjølv etter kvart intervju vart eg tidleg merksam på dette, og kunne fylgje opp dette i fylgjande intervju. Malterud (2017) understrekar at gjennomføring og transkribering av kvalitative forskingsintervju er krevjande. Forfattaren skildrar at ei vanleg nybyrjarfeil er å bestemme tal informantar og vente med analyse til alle intervju er gjennomført. Ho anbefalar trinnvis analyse, fordi det gjev betre grunnlag for fokusering og fleksibilitet. Dette kan bidra til fornuftig avgrensing av materialet, som legg eit godt grunnlag for å gjere analysearbeidet grundig og systematisk (Malterud, 2017).

Det transkriberte materialet utgjorde i alt 150 tekstsider med enkel linjeavstand. Dette la grunnlaget for Systematisk tekstkondensering.

Metning

Det kan opplevast vanskeleg å vite kor mange ein bør intervju. Hovudregelen er at ein avsluttar når ein opplever å ha ein metningsomsyn – det vil seie at det ikkje synast å kome fram nye moment i kvart nytt intervju (Tjora, 2021). Etter intervju med tre seksjonsleiarar, tre klinikkdirektørar og tre administrerande helseføretakdirektørar opplevde eg på dei siste intervjuane at mykje av dei same betraktningane vart fremja. «*Metning er oppnådd når man vurderer at ytterligere datainnsamling ikke tilfører ny kunnskap*» (Malterud, 2017, p. 65). Det kan vere fleire grunnar til at forskaren ikkje finn noko nytt i påfølgjande data. Dårleg intervjuteknikk, uskarpt fokus eller at forskaren ikkje har nok innsikt i feltet kan føre til at data som eigentleg ligg i materialet ikkje vert henta fram (Malterud, 2017). Sjølv med dette teke i betraktning, oppfatta eg at datamaterialet eg tileigna meg etter ni intervju var rikt og tilstrekkeleg for å kunne svare på studiet sine forskingsspørsmål. Det er viktigare å ha eit utval med god informasjonsstyrke, heller enn å bestemme eit visst antal informantar. Med høg

informasjonsstyrke treng ein færre intervju. Informasjonsstyrken har samanheng med mellom anna problemstillinga, kvalitet i dialogane og valt analysestrategi (Malterud, 2017).

5. Analyse

Tolkingsprosessen i analysa inneber å nytte systematiske prosedyrar for å skildre menneskeleg meining inn i dei fenomena som omgjev oss. I analysa stiller ein spørsmål til det empiriske materialet, les og organiserer data systematisk med støtte frå relevant teori og å kunne formidle svara på ein forståeleg måte. I denne fasen bestemmer ein seg for kva fokus spørsmåla skal ha, og kva teoretiske fortolkingar som kan bidra til fortolking. Dess tydelegare ein veit kva ein spør om, desto meir spesifikke svar får ein. Utvalsstrategien er med på å bestemme kva spørsmål me skal belyse. Ei vel gjennomført analyse basert på empiriske data kan gje skildringar som gjev ny innsikt i eit fenomen. Analysa er ikkje tilstrekkeleg utan at ein syner kva ein ville undersøkje og korleis ein organiserer data, utan å vise kva ein fann (Malterud, 2017).

5.1 Systematisk tekstkondensering

Eg har nytta systematisk tekstkondensering (STC), som metode for tematisk analyse av datamaterialet intervju produsere. Malterud (2017) skildrar at STC ligg nær sosialkonstruktivisme, ved at ein ikkje leitar etter essensar, men tenkjer at eit fenomen kan framtre i fleire versjonar – avhengig av perspektiv. I sosialkonstruktivisme erkjenner ein at det finst mange ulike versjonar av verkelegheita som samstundes kan vere gyldige. Sosiale fenomen vert akta som utforma og skapt gjennom menneskeleg samhandling kvar det relative og lokale får større tyngd enn det absolutte og universelle (Malterud, 2017).

Analysa er induktiv, som betyr at eg har intervju eit antal personar for å sei noko generelt om gruppa eg har intervju (Kvale et al., 2015). Den vert gjennomført i fire trinn:

1. Få eit heilskapsinntrykk
2. Identifisere meiningsdannande einingar
3. Abstraksjon av innhaldet i meiningsdannande einingar
4. Samanfatte betydninga av dette (Malterud, 2017).

Eg erfarte STC som ein detaljert analysemetode, og at det var ein god måte å nærme seg materialet mitt på. Det var også tidkrevjande, der eg hadde gjentekne gjennomgangar av

transkripsjonen for å identifisere meningsdannande einingar og abstrahere desse. Dette var nyttig for at eg skulle verte skikkeleg kjend med materialet og gjentekne rundar tilførte nye refleksjonar.

Analyseprosessen

1. Få eit heilskapsinntrykk

I dette trinnet vart eg kjend med materialet. Eg las gjennom alle transkriberte sider for å skape meg eit heilskapsbilete, og søkte moglege tema. Det var utfordrande å setje mi eiga forforståing til sides, og ikkje ta omsyn til denne i gjennomgangen av datamaterialet – eg forsøkte difor å ivareta perspektivet som lekmann. Eg kom fram til foreløpige tema og skisserte desse, ved å lage ei liste med midlertidige namn. Malterud (2017) understrekar at ein i dette trinnet skal motstå trong til å systematisere, eg tykte det var utfordrande å ikkje systematisere frå starten av.

2. Identifisere meningsdannande einingar

Dette trinnet inneber systematisering av den delen av materialet som eg skulle undersøkje nærare. Denne delen gjennomførte eg saman med ein av rettleiarane mine. Fleire personar sitt blikk på materialet kan utfordre og minske fortolkings skeivheit. Dette fann eg svært nyttig. Eg fekk då også auge på detaljar eg ikkje såg aleine. Ut frå dette laga eg kodegrupper, med utgangspunkt i intervjuet – linje for linje, og sorterte ut den teksten eg meinte belyste mi problemstilling og såg på kodane i samanheng med ulike fenomen. Dette gjorde eg ved å klippe ut sitat frå transkribert materiale og plasserte dei i ulike kodegrupper, noko som bidrog til systematikk. Eg oppdaga at eg koda ei og same meningsberande eining til fleire kodegrupper. Malterud (2017) understrekar at det ikkje er noko i vegen for dette, så lenge ikkje det ikkje vert for mykje av det – noko som kan bety at kodane ikkje har vore presise nok. Eg gjekk difor nokre skritt attende og vurderte kodegruppene på nytt. Kodinga inneber systematisk dekontekstualisering, der eg hentar tekst ut frå opphavleg samanheng og seinare set den i samanheng med liknande tekstelement i lys av dei teoretiske perspektiva (Malterud, 2017).

3. Abstraksjon av innhaldet i meningsdannande einingar

I dette trinnet abstraherte eg den systematiserte informasjonen eg identifiserte i 2. analysetrinn. Eg kondenserte innhaldet i alle meningsberande einingar som var koda saman, deretter sorterte eg materialet i fire subgrupper. Det vart utarbeida kondensat (kunstig sitat) til

kvar subgruppe. I denne prosessen gjekk eg gjennom kvar meningsberande eining og inkluderte dei i kondensatet. Her fann eg at eg flytta nokre subgrupper, medan andre vart utelete. Kondensata utgjer summen av deltakarane sine stemmer om fenomenet subgruppa representerer. Deretter utforma eg eit «gullsitat» for å sjekke gyldigheit av kondensatet og konkretisering av mine hovudfunn.

4. Syntese – rekontekstualisering, setje bitane saman att

I dette trinnet set ein bitane saman att. Eg samanfatta funna i form av fortolka syntesar. Dei vart sett inn att i den samanhengen dei vart teke ut frå, men i ei anna form, og i 3.person. Refleksjonen dette medførte opplevde eg som nyttig for å sjå på teksten med eit nytt friskt perspektiv. Det tykte eg var nyttig, då eg oppdaga nye sider ved materialet eg ikkje hadde observert tidlegare. Formidling av fellestrekk med variasjonar frå fleire informantar står sentralt. Vidare vurderte eg «gullsitatet» som eg tidlegare identifiserte, og sjekka om det framleis representerte ein dekkande illustrasjon. Eg gav kategoriane namna «Mykje snakk, lite handling», «Krysspress», «Oppgåvedeling » og «Leiarrolla i møte med retorikk», som dannar grunnlaget for underavsnitta i resultatkapittelet.

Analysa eg har gjort inneber ei induktiv tilnærming, som betyr at empiriske data frå enkeltpersonar bidreg til å belyse forskingsspørsmålet og gjennom mi fortolking abstraherer eg funna slik at dei kan sei noko allment. I ein slik prosess er det naudsynt å ha ein systematisk framgangsmåte for å gå nøye gjennom kva som kan styrke kor overførbare funna er. Analyseprosessen er utfordrande balanse mellom strenge prosedyrar og kreativ logikk (Malterud, 2017). Eg forstår framgangsmåten som ein iterativ prosess, då eg ved å gå fram og attende søkjer ulike, og nye, mønster. Ved hjelp av dette har eg hatt moglegheita til å stoppe opp og gå attende til tidlegare tekst for å undersøke fenomen nærare. Framgangsmåten i systematisk tekstkondensering har bidrege til at eg har funne ei systematisk tilnærming til datamaterialet i transkriberinga. Prosjektloggen har vore eit viktig arbeidsdokument.

5.2 Reliabilitet, validitet og generalisering

Reliabilitet

Mi forståing av reliabilitet er knytt til pålitelegheit, at metoden skal vere transparent og etterprøvbar av andre. Innhald og truverd er viktige faktorar (Kvale et al., 2015). For å sjekke reliabilitet har eg høyrte gjennom lydopptaka fleire gonger, og lese transkripsjonar stykkevis og delt. Eg har bevisst latt det gå tid mellom gjennomgangane, for at eg i minst mogleg grad

skal fargast av inntrykka eg hadde med meg første gong frå sjølve intervjuet og transkripsjonsprosessen. Dei inntrykka eg sat att med etter fleire gjennomgangar er dei eg har presentert i analysedelen. Eg har helde meg strengt til, og gjort greie for, dei ulike stega i STC-modellen, jamfør Malterud (2017) si framstilling. Gullsitata har også vore nyttige i denne samanhengen, då eg oppfattar dei som ein sjekk på meiningsberande element i intervjuet, innanfor dei tematikkane eg fatta interesse ved. Transkripsjon vart gjennomgått saman med ein av rettleiarane mine, slik at me ilag var einige om tematikkar som til stades i materialet og som hadde relevans for forskingsspørsmåla. I etterkant har eg kategorisert og slått nokre tematikkar saman i STC-prosessen. Dette meiner eg aukar reliabiliteten.

Forhold ved datainnsamlinga som kan ha verka inn på studiet si pålitelegheit er at eg etter å ha høyrte gjennom lydfilene gjentekne gonger erfarer at eg i nokre tilfelle spissa spørsmåla ytterlegare om informanten brukte tid på å svare – i staden for at informanten fekk tenkje seg om eller sei at vedkomande ikkje forstod spørsmålet. Dette kan i nokre tilfelle ha påverka svaret til informanten til å ikkje vere så fritt som det kunne vore om ikkje eg gjorde presiseringar. Eg oppfattar at dette nokre gonger kan ha ført til ledande spørsmål. Dette vart eg sjølv merksam på då eg høyrde intervjuet gjentekne gonger, og har forsøkt å leggje til sides meiningane som kom fram på denne måten.

Validitet

Validitet handlar om korvidt forskinga eg har gjort faktisk handlar om fenomena som er undersøkt, og om tolkinga er gyldig. Dette kan gjerast ved å sjekke kor godt resultatata samsvarar med etablerte teoriar (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017). Eg har forsøkt å skildre forskingsprosessen transparent og har heile tida vore bevisst på å setje mi eiga forforståing til side. I intervjuet har eg streva etter å fylgje informanten sine svar ved å gå i djupna. Eksempel på spørsmålsstilling knytt til dette er; «kan du sei meir om...», «kva meinte du med...», «kva førte det til...». I analysedelen har eg nytta utsegner som døme for å eksemplifisere meiningar som vart fremja i intervjuet. Eg har justert både problemstillinga og forskingsspørsmåla undervegs i prosessen. Alt presentert materiale er bevisst sjekka opp i forhold til spørsmålsformuleringa. Dekontekstualiseringa i analysa vart etterfølgd av rekontekstualisering, der eg tilbakeførte mine funn til den samanhengen den vart henta frå – i denne ramma vurderte eg også validitet.

Generaliserbarheit

Eit spørsmål som høyrer til intervjuundersøkingar er om dei er generaliserbare, altså om dei kan overførast til andre intervjupersonar, kontekstar og situasjonar. Ei vanleg innvending er at det er for få intervjupersonar til at resultatane kan generaliserast (Kvale et al., 2015). Funna i undersøkinga representerer erfaring og oppleving til dei eg har intervjuet. Sjølv om eg har valt ei induktiv tilnærming med informantar på tvers av nivå, sjukehus og helseføretak vil eg ikkje påstå at funna er generaliserbare. Ingen kunnskap gjeld under alle omstende for eitkvart formål. Generalisering er difor eit problematisk omgrep. Likevel er overførbarheit ein viktig ambisjon for forskaren, slik at funna kan gjere seg gjeldande som forståing som andre kan ha nytte av i andre samanhengar (Malterud, 2017). Sjølv om eg opplevde metning i intervjuet kan eg ikkje slå fast at funna er meiningsberande for mesteparten av leiarar i norske sjukehus. Til grunn for oppgåva har eg lagt at det vil vere opp til kvar enkelt leiar å definere si forståing av sjukepleiarmangel, dette gjer at kvar av leiarane vil ha ulike utgangspunkt. Dette forstår eg spelar inn på generaliserbarheit i form av at det vil vere subjektive oppfatningar som ligg til grunn frå starten av, og som dermed vil forme funn. Eg har intervjuet personell på ulike nivå i seks ulike helseføretak, men desse representerer ikkje alle helseføretak i Noreg. Dette tenkjer eg også kan spele inn på generaliserbarheit – at eg gjerne kunne fått andre svar om eg systematisk hadde hatt fokus på å intervjuet personell på alle nivå i alle helseføretak. Det kan også hende at eg hadde fått eit betre grunnlag for generaliserbarheit om eg berre hadde intervjuet leiarar på eitt nivå. Likevel finn eg grunn til å tru at kunnskapen eg har bringa fram kan nyttast som forståing som er mogleg å byggje på eller fordjupe seg ytterlegare i.

5.3 Ethiske aspekt

I fylgje Malterud (2017) skildrar kvalitative data menneske sine livserfaringar og tankar, der det språklege uttrykket tilfører ein sensitiv og personleg karakter til forskingsmaterialet. Dette stiller strenge krav til *informert samtykke*. Informanten skal ha informasjon nok til å stilling til om vedkomande ynskjer å bidra med sin kunnskap eller ikkje, og korleis data skal behandlast og lagrast. Det må vere mogleg for deltakaren å trekkje seg frå forskingsprosjektet, på kva som helst tidspunkt – og då skal all informasjon som informanten har kome med slettast og ikkje nyttast i studiet. Informanten skal kjenne seg trygg på at personvern og anonymitet vert tilfredsstillande ivareteke. Kunnskapsdeling i kvalitative intervju fordrar ei gjensidig forventning om at føremålet er å finne noko nytt. Forskaren må sørge for at det ikkje vert gjennomført unødvendig omfattande datainnsamling – informantane investerer både tid og tillit. I tillegg kan dette føre til at høve til ei grundig analyse vert svekka (Malterud, 2017).

Studiet er meldt til *godkjenning* hjå RETTE, då den handterer personopplysningar knytt til informantar. Studiet er ikkje meldepliktig til REK, fordi studiet ikkje involverer forskning på menneske, menneskeleg biologisk materiale eller helseopplysningar (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2023).

Intervjua vart utført via Teams, der eg gjorde lydopptak på Taleopptak på mobiltelefon og lagra i Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur (SAFE) på grunn av personvernomsyn. Straks taleopptaket var overført til SAFE vart det sletta på mobiltelefonen.

Som forskar bør ein ta hensyn til moglege etiske problem i heile forskingsprosessen (Kvale et al., 2015). Tidlegare skildra eg at eg ynskte å intervjuje informantar på ulike nivå i same helseføretak. Dette gjorde eg i eitt av helseføretaka, fordi eg ynskte å sjå nivåa opp mot kvarandre ut frå ei tru om at der var eit spenningsforhold. Etter refleksjon saman med rettleiarane mine kom eg fram til at dette kunne vere etisk problematisk, då eg for det første ikkje hadde opplyst om dette i informasjons- og samtykkeskjema eller under intervjuet. For det andre oppfatta eg etterkvart at mi forforståing kunne spele inn på resultatet. Eg valde difor å gå vekk frå idéen om å direkte sjå nivåa opp mot kvarandre, og fokuserte heller å sjå på meningsberande element på tvers av informantane som heilskap.

6. Presentasjon av hovudfunn

Gjennom systematisk tekstkondensering (STC) har eg identifisert funn som vert presentert i dette kapitlet. Eg tek utgangspunkt i problemstillinga: «*Korleis oppfattar og handterer leiarar i sjukehus eventuelle rekrutteringsutfordringar knytt til mangel på sjukepleiarar?*»

Forskingsspørsmål som har bidrege til å belyse problemstillinga

1. Opplever leiarar at mangel på sjukepleiarressursar er ei utfordring i dag?
2. Kva ser leiarane som hovudårsaka/ene til eventuelle rekrutteringsutfordringar?
3. Korleis oppfattar leiarane bruk av goder i rekruttering?
4. Kva meiner leiarar må til for å løyse rekrutteringsutfordringane?

Med bakgrunn i analyseprosessen kom eg fram til fylgjande kategoriar som eg ynskjer å belyse:

- Mykje snakk, lite handling
- Krysspress
- Oppgåvedeling
- Leiarrolla i møte med retorikk

Funna består av mi tolking og analyse, og er ei samanstilling av det informantane har formidla. Mitt perspektiv fargar framstillinga, det kan tenkjast at ein anna forskar ville funne andre perspektiv, ut frå bakgrunn og forforståing (Malterud, 2017). Utvald tematikk belyser problemstillinga frå fleire sider med underkategoriar. Desse representerer utvalde hovudfunn, jamfør Malterud (2017) si framstilling av Systematisk tekstkondensering. I ein kvalitativ studie løftar forskaren fram tematikk som kan fortelje oss noko me ikkje visste frå før (Malterud, 2017).

6.1 Mykje snakk, lite handling

Avstand mellom helseføretak og politikarar

Den aukande mangelen på sjukepleiarar har vore varsla i fleire år (Helsepersonellkommissjonen, 2023; Hornburg T., 2009; Riksrevisjonen, 2019). Mange av informantane peikar på at det synast som politikarane også er einige i at ein har ei utfordring, men at lite har vorte gjort frå politisk hald for å løyse det. Informant nummer 7 formidla dette slik:

«Ja, eg syns dei er flinke til å slå fast at me har eit problem, men eg høyrer ikkje mykje om korleis me skal løyse det.»

Det vert framheva at det har vorte mykje snakk og lite handling, og ulik forståing om kva utfordringar helsetenesta står i. Det synast å vere lik forståing blant informantane om at politikarar skal gje styringssignal og at helseføretaka skal operasjonalisere. Ein av informantane meiner at helseministeren har vore god på å setje prioritering på dagsorden, ved å nasjonalt ta til orde for fulle, faste stillingar, og oppgåvedeling. Men dei fleste peikar på at den politiske retninga er for vag, og at det er utfordrande å løyse på alle nivå. Det er for lang avstand mellom dei som «veit kvar skoen trykkjer» og politikarar, og ulikt korleis nivå 1-leiarane opplever tilgangen på politikarar. Alle må forhalde seg til at Regionalt helseføretak er dei som har direkte tilgang. Ein av leiarane går aktivt inn for møter med Stortingspolitikarane på fylkesbenken, men tykte likevel ikkje han fekk gjennomslag for det han formidla. Fleire av nivå 1-leiarane nemner det som ein «hemske» at dei ikkje har direkte tilgang på nasjonale politikarar. Det er likevel tru på at å jobbe med tilnærmingar så oppnår ein betre kunnskap og forståing hjå politikarane, sjølv om ein har eit mellomledd i Regionalt helseføretak.

Prioritering

Informantar på alle nivå framhevar at det er naudsynt at politikarar held det dei lovar, og i større grad gjer ei grundigare risikovurdering for om alle rettighetene dei etablerer er hensiktsmessige. Dei som til sist skal levere er jo helseføretaka. Det betyr at leiing og fagmiljø må ta eit stort ansvar for prioriteringane helsetenesta skal gjere, og då er det viktig at politikarar og desse aktørane jobbar tett saman. Fleire av leiarane poengterer at helsetenesta sjølve har ansvar for å invitere seg inn i diskusjonen om korleis det skal løysast. Informant nummer 3 uttrykkjer seg slik:

«Me må tenkje meir saman. Me kan ikkje sitje på vår eiga tue og løyse dette problemet. Me må tenkje strategi og... saman... som sjukehus og på politikarnivå eigentleg. Det må kome noko ovanfrå for at me kan klare dette.»

Informant nummer 7 kallar det «strutsepolitikk» om ein ikkje gjer dette, skildra ved at ein begravar hovudet i sanden etter å ha konstatert at det er ille - for så å konstatere at det har vorte verre, utan å ha møtt utfordringane med tiltak i mellomtida.

Fleire leiarar peikar på at helsetenesta til no har klart å betale seg ut av bemanningsutfordringar, der løysinga til politikarane har vore å auke økonomisk ressurstilgang. Ingen av leiarane meiner at dette vil vere berekraftig i framtida. Det vert peika på at informantane tykkjer det er eit paradoks at politikarar er med på å auke samfunnsforventninga til kva helsetenesta kan levere, samstundes som dei gjev mindre ressursar. Det vert sagt at dette er det ein må forhalde seg til, og tilpasse seg til, sett i lys av Helsepersonellkommisjonen sine framskrivingar.

Avgjersler

Flesteparten av informantane framhevar spenningsforhold knytt til politiske vedtak og sjølve utøvinga i helsetenesta. Ein av informantane nemner eksempel der ein ikkje har klart å rekruttere nok helsepersonell til å halde spesialavdeling open, og har sett seg nøydd til å stenge. Då har politikarane gjort Stortingsvedtak på at spesialavdelinga måtte opne att – utan at helseføretaket hadde tilgang til tilstrekkeleg personell med riktig kompetanse til å halde avdelinga open. Informant 8 er mellom leiarane som peikar på at det er viktig at politikarane forstår konsekvensen av dei avgjerslene dei treff og rettighetene dei etablerer:

«Og så krevst det også politikarane må ta på alvor sine beslutningar. Det er jo dei som set rammene våre, gjev oss rammer. Slik at når me må prioritere, gjere endringar, så må også politikarane stå for det.»

Det vert formidla at ein treng heile det politiske laget med på reisa mellom avgjersler og operasjonalisering. Det vil alltid vere samheng mellom det politikarar lovar og det helsetenesta har høve til å gjennomføre. Politikarane må love det helsetenesta kan halde. I dette ligg det at dei må tenkje nøye gjennom kva rettigheter dei etablerer, og at dei er hensiktsmessige. Politikarane må vedkjenne seg ansvaret for tenesta dei er ansvarlege for og så må dei stå ved satsingane.

Fleire av informantane meiner at politikarane har vorte flinkare til å ikkje gå inn i enkeltsaker dei siste åra, men at det likevel finst eksempel på at det framleis skjer – og at det skapar utfordringar. Utfordringa knytt til sjukepleiarmangel er vanskeleg å løyse. Det er noko ulikskap mellom informantane i oppfatning om i kor stor grad politikarane forstår kva utfordringar helsetenesta står i og handlingsviljen dei syner. Fleire nemner at i den grad

politikarane prøver å handtere problemet vert dei til dømes møtt av enkeltpasientar si erfaring som gjer at det stoppar opp. Eit døme er korleis informant nummer 9 uttrykkjer det:

«Dei kan ta i det, og så når enkeltpasientar si erfaring dukkar opp så vert det for vanskeleg å stå i det. Så det har eg også opplevd. Dette er eit problem både lokalt og nasjonalt. Men å vere det partiet som skal hente ned pasientrettigheitar, eller den regjeringa som gjer det... Det vert ein ikkje gjenvalt på. Det er så tøft at det må vere krise før det skjer, trur eg.»

6.2 Krysspress

Krav og forventningar

Handlingsrommet hjå nivå 3/4-leiarar er lite når det kjem til lønskrav frå tilsette. Dei må alle vende seg til leiar over seg om slike krav vert framsett. Ingen nemner at dette hemmar dei, eller at det burde vore annleis. Handlingsrommet dei opplever å disponere er til dømes ulike turnusordningar og satsing på fagutvikling, og det synast dei å nytte aktivt – og har tru på at det er dette helsetenesta må satse på også i framtida. Det synast å vere noko ambivalens blant leiarane på korleis dei ser på bonusordningar for å tiltrekkje seg sjukepleiarar. I intervjuet ser eg at dette gjerne har samanheng med demografi, og korleis ein oppfatar rekrutteringsutfordringa per i dag. Grad av rekrutteringsutfordring synast ulik ut frå kvar i landet informanten representerer. Det er ikkje nødvendigvis slik at dei som oppgjev å nytte økonomiske goder ynskjer å gjere det. Fleire av leiarane tenkjer at det er problematisk med økonomiske goder, då det er stort fokus på likebehandling og eventuelle skeivheiter. Det vert også framheva at i eit berekraftsperspektiv bør me prøve å finne løysingar som ikkje fører til at helsetenesta må bruke ekstra midlar på nokre profesjonar.

Distrikta strevar med rekruttering meir enn byane, men også leiarar i byane angjev aukande utfordringar – og dette synast å vere eit nytt fenomen for dei. Informantane gjev inntrykk av at distrikta har kjend på rekrutteringsutfordringar lenge, men at det no også gjer seg gjeldande i byane. Alle leiarane seier at det er færre søkjarar no enn før. Dette kan føre til at ein må tilsetje arbeidstakarar dei eigentleg ikkje ville ha tilsett om det var fleire søkjarar. Informant nummer 3 formulerte seg slik på resultatet av førstegongsutlysing av sjukepleiarstilling:

«Det var litt skummelt. For det var jo då det gjekk opp for meg dette her... det er jo ikkje sjukepleiarar.»

Informant nummer 9 ordlegg seg på fylgjande måte:

«For me slit skikkeleg. Me har gått frå at me hadde god rekruttering, god tilgang til søkjarar på stillingane våre til at me no har få søkjarar».

Nokre av leiarane seier at dei stiller seg positive til økonomiske goder og at det vil vere naudsynt for å rekruttere. Dei meiner at det er forståeleg at sjukehus i distrikta må ty til ekstra goder for å rekruttere. Øvrige informantar peikar på at dette kan skape misnøye blant dei som allereie jobbar der, då det vil opplevast urettferdig om nyttilsette med kortare erfaring får lik eller høgare løn/goder enn dei som allereie er der.

Fleire av informantane tek risikoen med å tilsetje fleire enn det dei har budsjett til, slik at dei tek høgde for at nokon sluttar, sjølv om dei risikerer å sitje att med overtalligheit og overskriding av budsjett. Fleire nemner at dei vert målt av leiinga over dei på brutto og netto månadsforbruk, der kostnadar knytt til personell utgjer størstedelen. Slik vert leiarane sjekka, at ein forhold seg til budsjettet. Informantane framhevar at dette er vanskeleg, og fører til ein «skvis-situasjon» med kjensle av krysspress. Drift av sjukehus/avdeling innan ei knapp ramme der ein må nedbemanne og møter motstand frå personalet vert løfta fram som eksempel. Ein møter heile tida ulike interesser, interessentar med ulike og gjerne motstridande mål. Det kan vere krevjande å navigere mellom desse interessene og leiinga sine interesser.

Sjukepleiarmangelen synast krevjande og belastande for ein stor del av informantane, og særleg nokre av nivå 3-leiarane opplever at dei vert sitjande med oppgåva med å løyse rekrutteringsutfordringar i einsemd. Nivå 3-leiarane synast å kjenne på eit personleg ansvar for å skaffe tilstrekkeleg personell med riktig kompetanse. Det vert framheva at kan gå ut over familieliv, når dei sjølve må dekke vakter som ikkje dei klarar å dekke på andre måtar. Som leiar jobbar ein fulltid, og det kan vere belastande å skulle jobbe ekstra i tillegg. Fokus ligg på å syne at dette er eit felles prosjekt, noko ein løyser saman som leiar og tilsett. Mange etterlyser ein klarare felles strategi frå nivået over, då rekruttering vert løfta opp som eit felles ansvar. Det vert også poengtert at det er viktig å ha fokus på å behalde personalet ein allereie har, i tillegg til å ha fokus på rekruttering. Alle informantane opplever å vere tett på rekrutteringsutfordringa, og at det er naudsynt – uavhengig av nivå. Bekymring er også knytt til at forventningane i samfunnet aukar, medan ressurstilgangen minkar. Nokon av leiarane, på tvers av nivå, skildrar at dei er bekymra for korleis dei skal klare å fylle dette gapet når dei

til sist skal levere på retorikken til politikarar som bidreg til å auke samfunnsforventningane. Informant nummer 9 uttrykkjer det på denne måten:

«Eg kjenner på ei bekymring. Bekymringar kan vere gode å ha fordi at dei fører til at du må finne tiltak for å redusere bekymringa. Det er jo det me brukar bekymringa til.»

Sjølv om mange av leiarane oppgjev at dei er bekymra poengterer fleire av dei at dei ikkje mistar motivasjonen. Ein av informantane seier til og med at dette gjer kvardagen ekstra spennande.

Heiltidsstillingar

Heile faste stillingar er eit prioritert satsingsområde i alle undersøkte helseføretak. Leiarane definerer det som motstridande krav at det frå føretaksleiinga vert formidla ein strategi om heiltidsstillingar, samstundes som dei fylgjer strengt med på at klinikkane skal halde budsjetta sine. Heiltidsstillingar fører til risiko for overskriding av budsjett. Fleire av leiarane peika på at dei fann det vanskeleg at leiinga hadde krav og forventning til at ein ikkje skal overskride budsjettet. Dette vart av nokon peika på som eit paradoks, som dei hadde stilt spørsmål til lenger oppe i systemet. Dei opplevde ikkje at dei til no har fått eit godt svar på korleis dei skal handtere dette, anna enn at det framleis vert forventa at dei held seg til budsjettet.

Overskridingar med tanke på overtalligheit vert sett som ei utfordring, sidan det framleis er eit krav at leiarane skal halde budsjetta sine. Informant nummer 4 ordlegg seg slik:

«Eg har underskot fordi eg har forhelde meg til eit vedtak i føretaksleiinga. Nemleg at me tilset folk fast, og så vert det så mange sjukepleiarar som me ikkje har behov for.»

Bruk av vikarbyrå

Ein del av informantane tok opp at utfordringar knytt til vakante stillingar og ledige vakter fører til at nokon sjukehus må nytte vikarbyrå. Dei som nytta vikarbyrå framhevar at dei ikkje ynskjer det, men at dei må gjere det for å innfri krav om bemanning. Dette får implikasjon for budsjett, ved at det vert overskride. Nokon av klinikleiarane oppgav fleire titals millionar i minus som i stor grad skuldast innleige av personell og at dette får konsekvensar for mellom anna fagutvikling, då ein må betale dyrt for vikarar og det ikkje vert midlar att til anna. Dagar som er øyremerka fagutvikling for personell har fleire måtta ta vekk. Eksterne vikarar er dyrt,

men nokre av leiarane ser ikkje anna val enn å leige inn, sjølv om det går hardt ut over økonomien. Informant nummer 2 skildrar at:

«Men økonomisk går ikkje det bra, for å seie det slik. For det er jo veldig dyrt og ha dei eksterne vikarane. Men det har me vore heilt avhengige av no for å klare å drifte posten»

Nokre av leiarane formidlar at dei tykkjer at politikarane burde vore tøffare i prioriteringane sine når det gjeld bruk av vikarbyrå, og sei at helsetenesta ikkje fekk lov til nytte seg av det. På den andre sida belyser nokon at dei no ikkje hadde klart seg utan, og at ein i større eller mindre grad er nøydd til å nytte vikarbyrå.

6.3 Oppgåvedeling

Alle informantane nemner oppgåvedeling som ein av dei viktigaste løysingsfaktorane for å møte sjukepleiarmangelen på ein berekraftig måte. Det synast ulikt kor langt helseføretaka som er undersøkt har kome i prosessen med oppgåvedeling. Nokre leiarar nemner at dei har kome langt, og har til dømes tilsett apotekteknikar til medikament-handtering og tilsett portør for å frigjere sjukepleiarar til andre oppgåver. Det vert også satsa på oppgåvedeling til helsefagarbeidarar og sekretærenesta, og biletet synast klart ut frå informant nummer 2 si skildring:

«Det er mange oppgåver i ein sengepost som veldig mange sjukepleiarar gjer oppgåver som eg tenkjer ein ikkje treng sjukepleiarkompetanse til.»

Alle informantar stiller seg positive til oppgåvedeling, og seier at dette enten er noko som det vert jobba med, og/eller som dei tenkjer skal jobbast med i framtida.

Nokre av informantane løftar fram at oppgåvedeling kan vere vanskeleg, mellom anna fordi at dei også har utfordringar med å få fatt i helsefagarbeidarar. Fleire framhevar at dei opplever ein form for konservatisme blant sjukepleiarar, ved at dei ikkje ynskjer å gje frå seg oppgåver dei gjer i dag. Nummer 9 uttrykkjer:

«Og oppgåvedeling, det har me jobba med i fleire år. Men det er ein form for konservatisme i yrkesgruppene, også sjukepleiaryrket. [...] Akkurat som at ein tviheld på dei oppgåvene.»

Det vert formidla at om du tilset ein sjukepleiar kan løyse fleire oppgåver, og det er viktig for å skape fleksibilitet. Men på den andre sida veit ein jo at det vert stadig færre sjukepleiarar å få tak i, og andre profesjonar må difor ta over oppgåver som tradisjonelt har vore sjukepleiaroppgåver. Fleire av leiarane peikar på haldning når dei snakkar om korleis dei opplever innføring av oppgåvedeling i helsetenesta, til dømes ved informant nummer 5:

«Men det kan også vere ein idè om at... me er sjukepleiarar og treng fleire sjukepleiarar. Og dei andre greiene er berre ei plage. Litt skummelt å sei det slik. Men det er jo eit spørsmål om haldning då. Det er jo rett kompetanse på rette oppgåver, inn i eit team. Så må det vere respekt for dei ulike si rolle og kompetanse. Sikre involvering på rett måte.»

6.4 Leiarrolla i møte med retorikk

Både fagforeiningar, politikarar og media nyttar retorikk for å framheve ytringar knytt til sjukepleiarmangelen. Det er ulike meiningar hjå informantane knytt til korleis dette spelar inn på den enkelte sin kvardag. Særleg Norsk sykepleierforbund (NSF) vert oppfatta å «svartmale» situasjonen, utan å fokusere så mykje på det positive med sjukepleiaryrket. Nokre av leiarane meiner at dette fører til negativ fokus og dermed også kan gå ut over omdømmet til sjukepleiaryrket. Leiarane stiller seg avventande til å nytte kriseomgrepet, slik media og fagforeiningar gjer. Det er meiningsberande at kriseomgrepet ikkje bør nyttast på noverande tidspunkt. I staden for vert det nytta skildringar som «ei utfordring me må ha særleg fokus på» og «urovekkande utvikling som må viast merksemd». Om det ikkje vert handtert uttrykkjer nokon at det kan verte ei krise, men at det ikkje er det endå.

Leiarane opplever ulik retorikk frå politikarar og at det er svært viktig at politikarar ikkje gjev lovnadar dei ikkje klarar å halde. Fleire uttrykkjer at dette har skjedd fleire gonger tidlegare, og at informantane som leiarar i helsetenesta må ta konsekvensen av at lovnadar overgår rom for leveranse. Informant 5 uttrykkjer dette slik:

«Politikarane må love det me kan halde. Dei må tenkje nøye gjennom kva rettigheter me deler ut. At dei rettighetene er hensiktsmessige. Det er jo delt ut betydeleg med rettigheter siste 15-20 åra. Politikarane må snakke om tenesta dei sjølve er ansvarlege for. Og så må dei inngå breie forlik om satsingane og så må dei stå ved satsingane.»

Informant 8 set fram eit døme på korleis vedtak kan framstå som lite heilskapleg:

«Og så krevst det også politikarane må ta på alvor sine beslutningar. Det er jo dei som set rammene våre, gjev oss rammer. Slik at når me må prioritere, gjere endringar, så må også politikarane stå for det. Så når me seier at me ikkje klarar å rekruttere nok fagpersonell til ei spesialavdeling, og dermed har måtta leggje ned avdelinga, og så kjem politikarar med eit Stortingsvedtak som vedtek at me skal gjenopne ei avdeling som me ikkje får tak i bemanning til. Og det meiner eg er den største utfordringa me har. At me ikkje tenkjer heilskapleg.»

Leiarane vedgår også sjølv å nytte retorikk aktivt i arbeid med å bevisstgjere, eller påverke, politikarar og andre innbyggjarar.

6.5 Oppsummering funn

I dette kapitlet har eg presentert det som framstår som hovudfunna i forskingsstudiet, ut frå eige perspektiv og problemstilling: «*Korleis oppfattar og handterer leiarar i sjukehus eventuelle rekrutteringsutfordringar knytt til mangel på sjukepleiarar?*»

Problemstillinga er belyst frå fleire perspektiv, som syner eit mangfald i korleis rekrutteringar vert oppfatta og handtert. Til saman har leiarane gjeve moglegheit for eit djupdykk i korleis kvardagen deira artar seg i lys av forventningar frå politikarar, arbeidsgjevar og samfunn. Me har også fått innblikk i korleis leiaren navigerer i spenningsforholdet mellom ulike interessentar, og mangfaldet det gjev i heilskapen. Utfordringa er samansett, men vert også opplevd som handterbar ut frå leiarane sitt synspunkt, per i dag.

7. Teoretisk-analytisk tilnærming

I dette kapitlet presenterer eg dei teoretiske innfallsvinklane eg dreg veksler på etter å ha gjennomgått forskingsmaterialet.

Governance

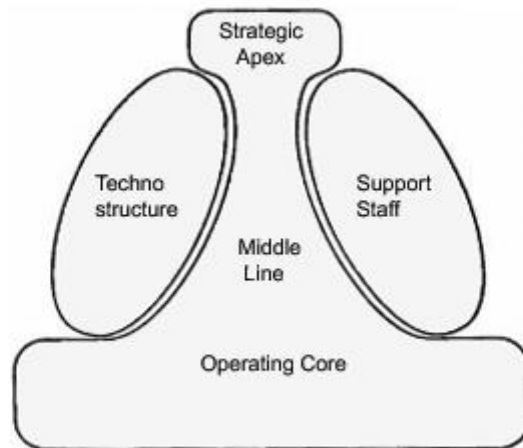
Omgrepet governance nyttast ofte om offentleg styring, og forholdet mellom dei ulike aktørane som inngår i denne (From, 2004). Christensen et al. (2021) skildrar at merksemda vert retta mot fordeling av oppgåver og ressursar mellom anna mellom aktørar og nivå i det politisk-administrative systemet. Staten sin kapasitet og administrative evner er ein viktig føresetnad for eit godt styresett. Merksemda vert retta mot staten si organisering og dei forvaltningsorgana som er ansvarlege for å iverksetje politikken. Offentlege organisasjonar vert oppfatta som ein integrert del av det politisk-administrative systemet, og dei dynamiske relasjonane mellom politiske, administrative og offentlege aktørar vert viktig.

Organisasjonsmedlemmar og avgjersletakarar har avgrensa kapasitet til å danne seg full oversikt og vil handle på grunnlag av forenkla modellar av verkelegheita. Dei har ikkje høve eller kapasitet til å ha oversikt over alle alternativ eller moglege konsekvensar av dei ulike alternativa. Dei vert difor ståande ovanfor kapasitets- forståings- og autoritetsutfordringar. Offentlege organisasjonar må sjåast som politiske aktørar med dynamiske relasjonar til politisk leiing og til aktørar i samfunnet kring dei. Offentlege organisasjonar iverkset vedtak og kan difor vere viktige bidragsytarar i utforminga av politikken (Christensen et al., 2021).

Styringspyramiden

Mintzberg (1979) skildrar ulike hierarkiske nivå i offentleg styring, i styringspyramiden. Basen utgjer det operative nivået, tilsette som produserer tenester og produkt – verdiskapinga i organisasjonen. Mellomleiarernivået skildrar mellomleiarar i linja mellom strategisk leiing og operativt nivå. Mellomleiarane er svært viktige for koordineringa i organisasjonen, og står for den næraste kontakten med tilsette på operativt nivå. Dei fungerer som bodbringerar, der dei både skal ivareta interessene til tilsette på operativt nivå, og det strategiske nivået. Leiarar på det strategiske nivået har det overordna ansvaret for organisasjonen. Det strategiske nivået skal sjå til at organisasjonen varetek oppdraget på ein effektiv måte, og er bindeleddet til oppdragsgjevar. Strategisk nivå utformar organisasjonen sin strategi, og sørger for at den vert formidla og teke imot på mellomleiarernivå. Teknostrukturen består mellom anna av funksjonar

som utformar analysar og standardisering av arbeidsprosessar, for alle nivå. Dette gjer at leiarar ikkje treng gjere direkte supervisjon, fordi at systemet tek seg av dette. Det gjer det også lettare å ha oversikt på måloppnåing. Støttepersonell produserer tenester til alle nivåa i organisasjonen, i form av til dømes lønnsutbetalingar, reinhald og kantinedrift (Mintzberg, 1979).



Figur 2 Mintzberg (1979) si framstilling av basisnivå i organisasjonar. Kjelde: Figur henta frå ACCA .

Alle nivåa i Mintzberg sin modell står i eit avhengigheitsforhold til kvarandre, men det kan opplevast som lang avstand mellom dei som tek avgjerder og nivået som skal operasjonalisere desse (Mintzberg, 1979). Brunsson (2019) peikar på at dei ulike nivåa kan oppleve at snakk, vedtak og handling ikkje nødvendigvis er knytt opp mot kvarandre, særleg når det kjem til politikarar. I dette ligg det ei form for hykleri, å snakke på ein måte som tilfredsstillar den første, å gjere vedtak som tilfredsstillar den andre og å syne handling for å tilfredsstillar den tredje. Dette vert kalla «double talk» og kjem som eit resultat av ulike interesser og idear mellom aktørane i dei ulike nivå i statleg styring (Brunsson, 2019). Vedtak forpliktar til handling og kan ha stor innverknad på heile organisasjonen, og det er viktig at ulike strategiar i organisasjonen samsvarar med kvarandre (Mintzberg, 1979). Vedtak kan få ulike typar konsekvensar, både ynskte og uynskte. Dette kan påverke villigheit til å ta ansvar og treffe vedtak. Avgjersletakarar som ynskjer å sleppe å handtere eit spørsmål prøver gjerne å leggje det over på nokon andre, gjerne til eit anna nivå. Dette kan føre til at avgjersler ikkje vert teke (Brunsson et al., 2015).

Krysspress

Store organisasjonar i offentleg sektor møter ofte kryssande forventningar frå omgjevnadane (Knudsen et al., 2015). Særleg mellomleiar står i eit krysspress mellom forventningane mellom strategisk og operativt nivå, der dei skal ivareta begge nivåa og sørge for samsvar mellom det som vert utført og strategiar utforma av toppleiinga (Mintzberg, 1979). Nyland and Pettersen (2010) forklarar at offentlege verksemdar er budsjettkopla og leiarane har på kvart sitt nivå ansvar for balanse mellom budsjett og resultat. Ulike styringsverktøy vert nytta for å kontrollere og fylgje opp verksemdene. Staten (politikarar og myndigheiter) spelar ei prinsipalrolle, medan underliggjande aktørar er staten sine agentar. Prinsipal-agentteori er eit omgrep i økonomisk litteratur. Teorien skildrar aktørar som utfører skjulte motspel i staden for å jobbe saman for å realisere vedtekne målsetjingar. Motspela kan skuldast ulike målsetjingar hjå prinsipal og agent. Dei ulike aktørane har ulik informasjon; asymmetrisk informasjon. Dette inneber at agenten har viktig kunnskap som prinsipalen ikkje har. I helseføretaka vil det vere fleire prinsipal-agent-relasjonar. Det er ein gjensidig relasjon mellom desse fordi prinsipalen er avhengig av agenten sin leveranse, medan agenten er avhengig av prinsipalen si aksept og anerkjening (Nyland & Pettersen, 2018).

Profesjonsidentitet

Molander et al. (2008) skildrar at det innan profesjonar i ulik grad kan evnast å skape sterk profesjonsidentitet. Sterk oppslutnad om profesjonsidentiteten kan skuldast felles kamp for formell aksept av kompetanse, arbeidsoppgåver og løn. Det handlar om kven ein er og kven ein ynskjer å vere. Det handlar også om å identifisere seg med eit yrkesfelt og ein profesjon, og å identifisere seg sjølv som profesjonell utøvar i dette feltet. Individ vil alltid ha ulike tilknytningar til kollektiv eller organisasjonar. Profesjonsidentitet er eit døme på kollektiv identitet. Kollektiv identitet er knytt til mellom anna verksemdar, profesjonar eller samfunn. Når yrkesutøvaren er medlem av profesjonen, ventar ein at vedkomande sluttar opp om profesjonen sitt formål og arbeidsmåtar. Profesjonar kan i ulik grad skape sterk profesjonsidentitet hjå medlemmane sine. Ein profesjon som kjempar hardt for til dømes formell aksept for kompetanse og arbeidsoppgåver medverke til sterk oppslutnad om profesjonsidentiteten (Molander et al., 2008).

Jacobsen and Thorsvik (2019) peikar på at organisasjonskultur kan ha effekt på åtferda til medlemmane i organisasjonen. Det gjev grunnlag for sosialt fellesskap og kjensle av å høyre til ei gruppe. Dette kan redusere utryggleik, fordi individet vert del av ei gruppe der menneska

tenkjer og handlar relativt likt. Kulturen vil i stor grad definere eins identitet. Det vil seie kven ein sjølv opplever at ein er, og korleis andre opplever at ein er. Opplevinga av eit sterkt sosialt fellesskap kan verke motiverande. Kultur skapar tilhøyre, oppleving av fellesskap og tillit mellom dei som er innan same kultur. Innan kulturar kan det utviklast gruppetenking. Fenomenet kjenneteiknast ved at medlemene i gruppa overvurderer gruppa si makt og moral. Ein trur at det gruppa gjer, og aktar å gjere, er moralsk rett. Medlemene kan også vere prega av å vere trongsynte og ha manglande evne og vilje til å forstå kritikk eller alternative synspunkt. Det kan også verte utvikla eit kollektivt press i retning av einsarta tenking. Eigne tankar kan verte sensurert når det er tvil om forslag er fornuftige. Når alle i ei gruppe ser verkelegheita på same måte, er det lite som skapar nytenking. Profesjonar søkjer saman på arbeidsplassen og forsterkar evna til å tenkje og handle likt. Om organisasjonen sine normer og verdiar for arbeidet kjem i konflikt med deira faglege normer, verdiar og standard vil gjerne profesjonelle vere meir lojale mot eigen profesjonskultur enn organisasjonen sin (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Jacobsen and Thorsvik (2019) formulerer definisjonen på makt som «*En person eller en gruppe har makt når denne er i stand til å påvirke en situasjon til sin fordel*» (Jacobsen og Thorsvik, 2019, side 157). Alle som utøver makt må kontrollere eller «eige» noko som gjer dei mektigare enn andre. Alle organisasjonar består av deloppgåver som er avhengige av kvarandre, og nokre oppgåver vil vere meir kritiske enn andre. Dess meir kritisk ei oppgåve er, dess meir makt representerer gruppa som innehar denne oppgåva. Kunnskap er makt. Oppgåvefordelinga er i dag i endring, både i form av at stadig meir vert digitalisert – men også at oppgåver vert fordelt til andre profesjonar. Motstand kan vere tufta på frykt for tap av identitet. Endring kan bety at eit mønster av makt og innflytelse vert reorganisert (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Retorikk

Berge (2014) skriv at retorikk har som formål å overtale og har betydning for politikken sine kvalitetar i eit samfunn, kvar språkleg basert og forankra overtiding, utgjer ein avgjerande føresetnad for korleis vedtak vert gjort. Det er ein avgjerande føresetnad for ei velfungerande offentlegheit at ytringane som vert framsette i ein offentleg debatt, der avgjersler som kan få betydning, er sjølvstendige, saklege og kunnskapsbaserte. For at politikk skal forhalde seg til etablert kunnskap er det viktig at ytringskulturar er basert på det same. «Den fjerde statsmakt», pressa, er både dagsordensetjar og gravande. Den er no ein kompromisslaus

kritikar av makthavarar, enten det er folkevalde politikarar eller tilsette i forvaltninga. Pressa har vorte ein stad kvar den politiske debatten og retorikken samlar seg (Berge, 2014).

Jacobsen and Thorsvik (2019) understrekar at avgjersler vert fatta heile tida, overalt – i alle organisasjonar. Kvaliteten på avgjerslene er avhengig av at kor godt informasjonsgrunnlaget er. Informasjon må formidlast til dei som skal ta avgjersler, og rett informasjon må vere tilgjengeleg når behovet er der. Kommunikasjon er ikkje berre overføring av informasjon, men også overføring av haldningar og kjensler frå ein aktør til ein anna. Ein kvar kommunikasjon består av to aktørar – ein sendar som ynskjer å formidle eit budskap, og ein mottakar som mottok informasjonen. Om organisasjonen ynskjer at omgjevnadane skal oppfatte den på ein spesiell måte må det bevisst skapast eit omdømme – altså eit bilete mot omgjevnadane. Eksempelvis kan godt arbeidsmiljø vere noko ein organisasjon har lyst til å formidle. Dette kan vere viktig for å tiltrekke seg gode søkjarar. Omdømmet vert bygd gjennom kommunikasjon med omgjevnadane. Men, organisasjonen sin formelle kommunikasjon kjem til kort i møtet med ryktebørs. Medarbeidarar er ein viktig drivar i formidling av organisasjonen sitt omdømme, og kan vere avgjerande for å tiltrekke seg nye søkjarar til stillingar. Kommunikasjon er ein naudsynt føresetnad for avgjersler og ein integrert del av ein kvar avgjersleprosess. utfordringar knytt til vertikal kommunikasjon kan oppstå når informasjon kommuniserast vertikalt nedover eller oppover gjennom fleire hierarkiske nivå – den kan verte fordreidd. Mottakar vil tolke meldinga ut frå sin eigen arbeidssituasjon og situasjonsoppfatning og vidareformidle ut frå dette (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

8 Drøfting

I dette kapittelet drøftar eg hovudfunna i analysen, relatert til aktuell teori og forskning.

8.1 Mykje snakk, lite handling – spenningsforhold i linja mellom politikk og operasjonelt nivå

Offentleg sektor byggjer på hierarkisk styring, kvar politisk leiing formulerer forvaltninga sine oppgåver, mottek bistand og rådgjeving frå departementa, har ansvar for å intervenere i dagleg forvaltning og drift, tek stilling til mellom anna utfordringar som vert formidla gjennom styringshierarkiet (der den politiske leiinga utgjer toppen), har ansvar for oppgåver, bemanning og økonomi og politisk ansvar for utfordringa (problemet) si løysing. Oppgåvene som ligg til politisk leiing er omfattande. Det er naudsynt med omfattande delegering til departement og underliggjande institusjonar og verksemder (Christensen, 2013). I 2002 vart Føretaksreforma innført i Noreg. Tanken var mellom anna meir heilskapleg styring, klarare ansvar og rollefordeling mellom politisk leiing og administrativ instans (Magnussen et al., 2016). Helseføretaka skal iverksetje offentleg politikk (Vabo & Vabø, 2014).

I styringspyramiden, jamfør omtale i kapittel 7, plasserast administrativ leiing øvst og operativ leiing nedst. Det operative nivået står nærast daglege aktivitetar og sørger for produksjonen i organisasjonen. Administrativ leiing er delt i to grupper; toppleiarar som utgjer strategisk nivå og mellomleiarar som sørger for samanheng mellom strategisk og operativt nivå. Alle nivåa står i eit avhengigheitsforhold til kvarandre. Toppleiinga skal sørge for at organisasjonen løyser oppdraget gjeve av overordna, politikarar og myndigheiter, på ein effektiv måte. Ei viktig oppgåve for toppleinga er å utvikle strategi (Mintzberg, 1979; Nyland & Pettersen, 2018). Mellomleiarar har ei viktig oppgåve i å sikre at strategisk og operativt nivå er kopla tett saman (Nyland & Pettersen, 2018).

Ulike posisjonar betyr ulike interesser på ulike nivå, både mellom politisk og administrativt nivå og inne i helseføretaket. Politikarar skal gje styringssignal (Knudsen et al., 2015). Politikarane si utfordring er at dei skal vere heilskapsorienterte og strategiske og ta grep som helsesektoren sin «konsernleiar» samstundes som dei skal vere «ombodsmenn» for enkeltveljarar som er viktige for meiningstraumane i befolkninga (Grund, 2006). Toppleiinga i helseføretak har heilskapleg perspektiv i organisasjonen og er oppteken av at strategiar skal tene denne som heilskap (Knudsen et al., 2015). Leiing på dette nivået må ta hensyn til ei

rekkje formelle krav og inkonsistente bindingar, som fører til at sjølve leiinga vert kompleks og utfordrande. Ein mellomleiar skal på den eine sida formidle toppleiinga sine vedtak og bidra til operasjonisering. Samstundes skal leiinga på dette nivået formidle synspunkt, krav og normer frå operasjonelt nivå. Det særprega ved mellomleiing er at leiar vert ståande i krysspress både ovanfrå og nedanfrå i organisasjonen. Det operative nivået har lita friheit og handlingsrom. Dette nivået har flest reglar som styrer leiar si åtferd (Christensen et al., 2021).

Omgrepet «governance» nyttast ofte om offentlig styring, og omhandlar relasjonar mellom dei ulike aktørane som inngår i denne (From, 2004). Eg forstår det som eigarstyring, der politikarane framstår som øvste ansvarlege for verksemda. Greer et al. (2016) fremjar ulike dimensjonar som viktige faktorar for suksessfull statleg ‘governance’, eller styring, i helsevesenet:

Dimensjon jmf. Greer et al. (2016)

Refleksjon om dimensjonane ut frå funn i mitt forskingsstudie

<p><i>Gjennomsiktighet i vedtak</i></p>	<p>Leiarane formidlar at det er viktig at avgjersler vert grunnjevne med fagleg tyngd ved at personell frå helsetenesta er med på utforminga av desse, og at ikkje enkeltsaker eller enkeltinteresser skapar grunnlaget for kva som vert vedteke.</p>
<p><i>Partar vedtaket får konsekvensar for får høve til å engasjere seg i vedtaksprosessen</i></p>	<p>Få av leiarane har inngåande kjennskap til korleis politikarane jobbar med problemstillingar knytt til sjukepleiarmangel. Det vert fremja at politikarar ikkje nødvendigvis veit «kvar skoen trykkjer», og dermed har naudsynte betraktningar knytt til løysingsaspekt. Sidan alle leiarnivåa har nivå over seg i hierarkiet</p>

Ansvarlegging

formidlar fleire av dei at det er vanskeleg å
nå fram til politikarane.

Alle leiarane synast bevisst på sitt eige
ansvar. På den eine sida overvakar leiar på
nivå 2 og 3 styringsdata for nivåa under
seg, medan på den andre sida vert alle nivåa
overvaka og kontrollert av overordna. Dette
vert formidla som krysspress, noko eg kjem
attende til i kapittel 8.2.

*Organisatorisk integritet der roller
og ansvar er veldefinert*

Fordi det vert samhandla gjennom nivåa i
hierarkiet, formidlar nokre av leiarane at
dette kan kjennast utfordrande. På den eine
sida sit innehar dei ei stort ansvar i rolla si,
samstundes er det fleire av dei som må ha
godkjenning på avgjersler ved å vende seg
til nivået over. Samstundes kjenner enkelte
seg einsame i handtering av redusert tilgang
på kompetent personell.

*Myndighetene har tilstrekkeleg
informasjon til å gjere opplyste tiltak*

Fleire av informantane kjenner på ansvar
for bevisstgjerjing av politikarar slik at dei
skal få betre kjennskap til utfordringane
som oppstår i helsetenesta, og søker etter å
formidle dette i ulike kanalar.

Tabell 3

Det går fram av intervjuet at det vert opplevd å vere stor avstand mellom politisk nivå og operativt nivå. Særleg nivå 1-leiarane nemnde at det kunne opplevast som «ein hemske» at RHF var eit mellomnivå mellom dei og politikarane. Samstundes vart det peika på at dei kjende på eit ansvar for å bevisstgjere politikarane på korleis situasjonen er, slik at dei kunne ha tilstrekkeleg informasjon til å treffe opplyste avgjerder. Dei ynskjer å inngå i den offentlege diskursen. Molander et al. (2008) formidlar at det vert forventa av offentlege leiarar at dei deltek i ein opplyst og offentlig diskusjon om saker som ligg innanfor deira område. Forfatarane formidlar at ein organisasjon som ikkje opptre kommunikativt sjølv bidreg til å undergrave sin kompetansepresentasjon. Vidare peikar dei på at ei rasjonell politisk avgjersle er avhengig av ekspertise. Profesjonar tek del i den offentlege diskursen både om sine saksfelt, men også i vedtaksførebuande prosessar. På denne måten kan dei ivareta organisasjonen sine interesser. Leiarane vert forventa å delta i ein opplyst og opplysende offentlig diskusjon om spørsmål som ligg innan deira område. Stortinget er omgjeve av ei rekkje vedtaksførebuande organ, komitear, råd og utval – med ekspertrepresentasjon. Deltaking i desse inneber å utøve innflyting på offentlege tiltak, til dømes korleis det offentlege bør handtere eit problem. Det kan også utøvast politisk innflytelse ved å medverke til at tema kjem inn i politisk dagsorden. Dette gjer at det er svært viktig at leiarane opptre med streng fagkunne, og ikkje private meiningar, når dei uttrykkjer seg offentlig (Molander et al., 2008). Ut frå intervjuet teiknar det seg eit spenningsforhold i relasjonane mellom dei ulike aktørane i offentlig styring. Informantar på alle nivå opplever å ikkje ha eit forhold til politikarane, anna enn at dei står ansvarlege for å operasjonalisere avgjerdene. Fleire av leiarane etterlyser konkrete tiltak på korleis ein skal løyse sjukepleiarmangelen. Dette kjem til uttrykk i at fleire av leiarane formidlar at politikarar er einige i at helsetenesta har utfordringar knytt til rekruttering, men at det ikkje vert lagt fram berekraftige løysingsalternativ. Dette framhevar leiarane si oppleving av mykje snakk og lite handling. Det vert antyda at den politiske styringa er for vag, og at ein ikkje finn tilstrekkeleg retning eller konkrete tiltak for å løyse bemanningsutfordringane – informantane formidlar dette som krevjande i sine kvardagar.

Bemanningsutfordringar har vore varsla i lenger tid, og synast vanskelege å løyse (Riksrevisjonen, 2019). Det synast lang avstand mellom avgjerder som vert gjort og dei som skal operasjonalisere desse. Helsepersonellkommisjonen (2023) slår i sin NOU fast at det er «Tid for handling». Fleire av leiarane fremjar at det er på høg tid å fatte vedtak og setje konkret retning for å løyse bemanningsutfordringane. Det er ei oppfatning blant informantane

om at utfordringa er så vanskeleg at den ikkje har vorte teke nok tak i av politikarane. Brunsson (2019) forklarar dette med at politikarar ynskjer å vinne legitimitet og støtte frå veljarane. Ein opplever difor at snakk, vedtak og handling er ikkje nødvendigvis knytt opp mot kvarandre. Han set det på spissen ved å formulere det som at styrka til politikarar er å snakke om problem, ikkje å finne løysingar. Fleire av leiarane framhevar at dei har opplevd at politikarane kan vere villige til å ta i eit problem, men når enkeltpasientar si erfaring dukkar opp så vert det for vanskeleg å stå i. Det vert peika på at ein forstår det som at det å verte valt eller gjenvalt er så viktig at partia ikkje torer å ta i til dømes det som har med å endre, i form av å redusere, pasientrettigheter.

Brunsson (2019) hevdar at det her ligg ei form for hykleri: å snakke på ein måte som tilfredstillar den første, å gjere vedtak som tilfredstillar den andre og å syne handling for å tilfredsstille den tredje. Dette vert kalla «double talk», der motstridande idear kan synast betre i teorien enn når dei skal utøvast i praksis. Brunsson poengterer at denne motstridande tilnærminga er naturleg, då politikarane har ulike ideologiar som utgangspunkt. Handling skjer her og no, snakk og vedtak er ofte knytt inn mot framtida. Double talk og hykleri er eit naturleg resultat av ulike interesser og idear, mellom ulike grupperingar – og ulike personar. Når vedtaka skal overførast til organisasjonar oppstår det gjerne dilemma: nokre problem må handterast utan å vere løyselege. I denne samanhengen kan hykleri forståast som at idear og handling ikkje direkte står i samsvar med kvarandre (Brunsson, 2019). Informantane legg trykk på at det er viktig at politikarane forstår konsekvensen av vedtaka dei treff. Fleire framhevar spenningsforholdet knytt til politiske vedtak og sjølve utøvinga som ei utfordring som helseføretaka må handtere i det daglege. Motstridande krav er sentrale. Det vert formidla at politikarane må ta sine avgjersler på alvor. Dei set rammene, og dermed definerer dei handlingsrom for kva som kan leverast. Når helsetenesta må prioritere og gjere endringar så må også politikarane stå for det ut frå dei rammene som er tildelt. Det vert påpeika at det alltid vil vere samheng mellom det politikarane lovar og det helsetenesta kan levere. Nokre av leiarane eksemplifiserer dette ved at avgjersler kan føre til auka behov for personell, og dette kan vere vanskeleg for helseføretaka å handtere i praksis – når det allereie er utfordrande å rekruttere.

Ein vedtaksprosess inneber rekkja av vurderingar som fører fram til vedtak (intensjon) og iverksetjing (handling) av ei avgjersle. For det første må det som bør gjerast noko med definerast, deretter må ein samle informasjon om kva ein kan gjere med problemet, ta stilling

til informasjonen, velje eit handlingsalternativ og til sist iverksetje alternativet. Ein slik prosess inneber mange hensyn, interesser, mykje informasjon og usikkerheit (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Vedtak forpliktar til handling. Det operative nivået tek ofte ad-hoc-vedtak, medan mellomleiar nivået tek vedtak meint for å skape retning og koordinering. Også på dette nivået vert det gjort ad-hoc-vedtak. På toppleiar nivå vert det gjort avgjersler med vedtak for heilskapen i organisasjonen. Strategiske vedtak på dette nivået tek gjerne fleire år, og kjem gjerne som eit resultat av fleire små strategiar i organisasjonen. Strategiske vedtak kan ha stor innverknad på heile organisasjonen, og for koordineringa sin del er det viktig at dei små strategiane samsvarar med dei overordna (Mintzberg, 1979). Informantane gjev uttrykk for at dei tykkjer det er vanskeleg å finne retning for å løyse dei framskrivne bemanningsutfordringane, men at dei så langt har klart å handtere det med eigne strategiar. Det vert peika på at helsetenesta bør jobbe tettare saman om rekrutteringsutfordringane, men for å peike ut ei tydeleg retning må det kome føringar frå politikarnivå.

Fleire av informantane uttrykkjer at det kan kjennast einsamt å skulle løyse problem aleine. Det er behov for styringssignal frå politikarane og avgjersler må vere mogleg å setje om til praksis. Den hierarkiske modellen kan opplevast som eit hinder. Det vil vere utfordrande å involvere heile linja i hierarkiet i denne prosessen, men leiarane på nivå 1 formidlar særleg at dei kjenner på dette ansvaret, nemleg å bevisstgjere politikarar på løysingsaspekta. Dei opplever derimot ikkje å lukkast, hovudsakleg fordi det er eitt eller fleire nivå mellom dei og politikarane.

Brunsson (2019) argumenterer med at vedtak kan få både ynskte og uynskte konsekvensar, noko som kan påverke villigheita til å ta avgjersler. Han fremjar at om avgjersletakarar ynskjer å unngå ansvar for eigen del, prøver dei gjerne å få andre til å treffe avgjerda. Vidare framhevar han at nokon spørsmål er så vanskeleg og kompliserte å ta opp at nokon politikarar ynskjer å hindre at avgjerda kjem på den politiske dagsordenen i det heile. Årsaka til at spørsmål som er aktuelle for vedtak ikkje vert handtert kan vere mangfaldig. Den eine er at vedtaksprosessen har stått på for lenge, det ser ut til at ein kan klare seg utan avgjersle. Ein vert van til ein situasjon som tidlegare har vorte forventa å handtere. Det andre er at det kjem nye politikarar eller tenestemenn som har andre spørsmål på dagsorden. Til slutt kan eit spørsmål fortregast av eit anna. Avgjersletakarar vil ha vanskar med å handtere eit uendeleg antal spørsmål samstundes, og ein må prioritere mellom kva som må handterast først. Nokre saker passar i fleire organisasjonar og då kan ein prøve å få dei til å leggjast over på andre.

Det er likevel ikkje sikkert at organisasjonane er innstilt på å på ta seg vanskelege spørsmål – særleg der det manglar ei enkel og tydeleg løysing. Avgjersletakarar som gjerne vil sleppe å handtere eit spørsmål prøver gjerne å leggje det over på andre – til dømes til eit anna politisk nivå eller ein krets av ekspertar frå ulike organisasjonar. Mange aspekt ved eit spørsmål kan også føre til at avgjersletakarar vert overvelda av all informasjonen og handlingslamma. Dermed vert inga avgjersle teke (Brunsson et al., 2015).

Bemanningsutfordringane har vore varsla i fleire år (Hornburg T., 2009; Norsk sykepleierforbund, 2018; Rambøll og Menon, 2022). Men det er ikkje så lett å sjå inn i framtida. I mange situasjonar kan avgjerdstakarar ha ein tendens til å skyve på avgjersler. Nokon kan verte freista til å tenkje at vanskelege spørsmål vil løyse seg, og at tolmod er nøkkelen til at det ordnar seg. Vanskelege avgjersler kan føre til kritikk og kan difor vere freistande å unngå, det finst difor situasjonar kvar avgjersler ikkje vert trefte. Det å unngå avgjersler kan vere ein strategi for å få meir makt. Det skjer også at avgjersla vert forenkla ved at det ikkje vert samla inn så mykje informasjon om framtida, at ein i staden for nyttar den handfaste informasjonen ein har tilgjengeleg. Vedtak kan dermed verte tufta på feil føresetnadar. Avgjersler med stor praktisk betydning, og som kan vere vanskelege, kan føre til at avgjersletakaren tek minste motstands veg. Når ein vert stilt ovanfor vanskelege spørsmål som krev anstrengande vurderingar vil nokon søke å gjere det lettare for seg sjølv ved å løyse kortsiktige problem heller enn langsiktige (Brunsson et al., 2015)

Avgjersletakar opplever gjerne situasjonen så uklar at dei ikkje veit kva avgjersle dei skal treffe. I tillegg kan det oppstå hendingar som gjer at avgjersletakar sitt fokus vert flytta til anna område. Ein måte å kome fram til avgjersler som gjeld framtid er å lage strategiar. I desse forklarar organisasjonen kva dei kjem til å fokusere på i framtida. Nokre strategiar er så rundt formulert at dei ikkje vert opplevd å gje konkret retning. Dette kan føre til fleire ulike avgjersler nedover i organisasjonen (Brunsson et al., 2015).

Helsepersonellkommissjonen (2023) peikar på at helsetenesta til no har klart å betale seg ut av bemanningsutfordringar, då politikarar til no har løyst det ved å auke økonomisk ressurstilgang. Dette vil ikkje vere berekraftig i framtida, det synast også informantane å vere einige i. Politikarar må bevisstgjeras på korleis dei bidreg til å auke samfunnsforventninga til kva helsetenesta kan levere, samstundes som framskrivinga tilseier at me får redusert tilgang til personell og at det må gjerast hardare prioriteringar innan økonomi. Leiarane formidlar

dette som motstridande krav. Demografiske endringar og auka forventningar er nokre av dei viktigaste faktorane som skapar konstant stigande etterspørsel eller helsetenester. Ressursane er derimot avgrensa, slik at det er naudsynt å måtte prioritere (Magnussen et al., 2016).

Motstridande krav er noko føretak må handtere. Om eitt krav vert prioritert går det gjerne på bekostning av eit anna (Brunsson et al., 2015).

8.2 Krysspress i ein kvardag prega av krav og forventningar

Fosse and Abelsen (2023) peikar på at sjukepleiarmangelen er stor, og venta å auke i åra som kjem. Distrikta er hardast ramma. Lokale helsetenester må handtere demografisk utfordring med aukande andel eldre, noko som skapar store utfordringar når tilgangen på sjukepleiarpersonell minkar (Fosse & Abelsen, 2023). Grad av rekrutteringsutfordringar synast noko ulikt blant informantane. Nokon av informantane oppgjev at dei ikkje opplever så store utfordringar knytt til rekrutteringa av sjukepleiarar, anna enn at det er merkbart færre søkjarar no enn tidlegare. Andre har merkbare utfordringar som mellom anna fører til at leiarane må tilsetje personell dei gjerne elles ikkje hadde tilsett. Fleire av leiarane uttrykkjer det som utfordrande å kjenne på at dei har gått frå å ha god tilgang til søkjarar til ledige stillingar, til at dei no har gå søkjarar. Dette samsvarar med Helsepersonellkommissjonen (2023) si skildring av korleis situasjonen knytt til tilgang på personell er per i dag. I løpet av kort tid har tilgang til kompetente søkjarar vorte stadig lågare, og no byrjar også sjukehusa å kjenne på dette. Redusert tilgang på personell skapar utfordringar i leiarar sine kvardagar ved at dei må bruke meir tid på å få rekruttert. Om dei ikkje lukkast i rekrutteringa resulterer det i vakante vakter og eventuelt innleige av dyre vikarbyrå. Leiarane på operativt nivå oppgjev at det går med mykje tid til rekruttering og inndekking av vakante vakter, som dei gjerne heller skulle ha nytta til andre leiaroppgåver.

Sjukepleiarmangelen synast krevjande og belastande for ein kvardagen til ein stor del av informantane, og særleg nivå 3-leiarane opplever at dei vert sitjande med oppgåva med å løyse rekrutteringsutfordringar i einsemd. Nokre etterlyser ein klarare felles strategi frå leiarnivået over, då rekruttering vert løfta opp som eit felles ansvar i føretaket. Alle leiarane opplever å vere tett på rekrutteringsutfordringa. Nivå 3-leiarane synast å kjenne på eit personleg ansvar for å skaffe nok personell. Nokon uttrykkjer at det går ut over vedkomande sin familie, når dei sjølve fyller vakter som ikkje ein klarar å dekke på andre måtar. Som leiar jobbar ein allereie mykje, og det kan vere belastande å skulle jobbe ekstra i tillegg. Fokus og

motivasjon ligg mellom anna på å syne medarbeidarar at dette er eit felles prosjekt, noko ein løyser saman. Leiarar ynskjer gjerne å vere synlege og tilgjengelege for kollegaer i det daglege arbeidet (Berge & Eilertsen, 2020). Vabo and Vabø (2014) skildrar krysspresset mellomleiarane står i når det kjem til organisasjonen sine kjerneoppgåver og den sine politiske og administrative omgjevnadar. Tenesta er politisk vedteken, og baserer seg på styringsutspel frå nivåa over. Det vert forventa at leiarar i forvaltninga skal tene politiske avgjersler og fungere som nøytrale administratorar.

Informantane fekk mellom anna spørsmål om korleis dei stiller seg til insentiv som økonomiske goder i rekrutteringssamanheng. Eit insentiv er noko som oppmuntrar til handling og val, og kan sjåast på som ein motivasjonsfaktor (Venåsen, 2010). Økonomiske insentiv er dei vanlegaste tiltaka i rekrutteringssamanheng, men forskinga på slike tiltak er ikkje eintydig (Fosse & Abelsen, 2023). I ei undersøking utført av Oslo Economics (2020) svarar 22 av 28 kommunar at dei har iverksett tiltak for å tilby søkjarar goder eller fordelar, for å rekruttere ny arbeidskraft. Dei tre tiltaka som vert nytta mest er auka lønsnivå, stipend/permisjon til etterutdanning og kompetansehevingstiltak. Auka lønsnivå framstår som det mest vellukka, men forfattarane peikar på at det kan vere ein risiko for at det oppstår spiralar der kommunane sin kamp om personell gjer at kommunane stel personell frå kvarandre, og stadig vert nøydde til å by over kvarandre med nye tiltak. Det kan vere kostbart for kommunane om det skulle oppstå ein slik spiral (Oslo Economics, 2020). I mi undersøking fann eg at fleire av informantane framheva bekymring for misnøye blant personell dei allereie har om dei gav økonomiske goder til nyrekruterte. Fleire peikar på fare for presedens, altså at same avgjersle kan verte lagt til grunn i liknande avgjersler. Oslo Economics (2020) gjorde i sitt studie funn som tyda på at resultatet av økonomiske insentiv i rekrutteringsføremål vart eit generelt høgare lønsnivå for alle, fordi tilsette med lang ansiennitet vart misnøgde då dei opplevde å verte sett mindre pris på enn dei som vart nyrekrutert. Nokre kommunar har oppstartsbonus til nyrekruterte. Eit beløp vert utbetalt ved oppstart, og bindingstid er høyrer ofte med. Undersøkinga synte at dei nyrekruterte ofte ikkje vart i stillinga utover bindingstida, og at dei i nokre tilfelle slutta like etter at oppstartsbonusen vart utbetalt. Inntrykket var at tiltaket kunne ha effekt på kort sikt, men ikkje på lengre sikt (Oslo Economics, 2020).

Flesteparten av informantane stiller seg negative til bruk av økonomiske incentiv for å rekruttere sjukepleiarar. Det som går att hjå fleire er ynskje om å fokusere på fag og

kompetanseutvikling, men at det er vanskeleg å stille i konkurransen med dette opp mot økonomiske insentiv. Det vert framheva at folk lever av lønna si og at økonomiske goder kan freiste meir enn sjølve faget. Tiltak informantane oppgjev å bruke av økonomiske insentiv per i dag er mellom anna bonusordningar, nedskrivning av studielån, heiltidsstillingar, betalt bustad og stipendordningar. I tillegg vert det nemnt betalte heimreiser. Tiltak som er assosiert med auka sannsyn for å lukkast i rekruttering er mellom anna økonomiske insentiv (løn, oppstartsbonus, nedskrivning av studielån), arbeidstidsordningar (heiltidsstilling), oppgåvedeling, fagutvikling og arbeidsmiljø (Fosse & Abelsen, 2023). Molander et al. (2008) skil mellom to hovudmoment når det gjeld ulike typar påskjøningar som arbeidet kan gje: indre og ytre påskjøningar. Indre påskjøningar oppnår arbeidstakar når arbeidsoppgåvene vert opplevd som positive og tilfredsstillande i seg sjølv. Ytre påskjøningar betyr at noko anna gjev tilfredsstilling, til dømes pengar. Også godt arbeidsmiljø og låge krav til arbeidsinnsats kan betraktast som ytre påskjøningar. Ytre påskjøningar kan ha negativ effekt på opplevinga av autonomi, ved at dei reduserer opplevinga av at handlingar vert utført fordi dei er interessante eller tilfredsstillande i seg sjølve – i staden vert opplevinga prega av å verte kontrollert av ytre forhold. Profesjonelt arbeid vil i stor grad vere relativt rikt på indre påskjøningar. Arbeidet kan skildrast som prega av ei høg grad av autonomi – som heng saman med variasjon og faglege utfordringar. Profesjonelt arbeid er vanskeleg og ressurskrevjande å kontrollere: kor hardt individet jobbar og kvaliteten på det som vert gjort (Molander et al., 2008). I intervjuet gjekk eg ikkje nærare inn på korleis leiarane erfarte at tiltaka hadde effekt, men fleire gav uttrykk for at dei var på leit etter andre insentiv enn økonomiske.

Informantane oppgjev lite handlingsrom knytt til å møte lønskrav frå tilsette. Dei må alle forhalde seg til leiar over i hierarkiet. Nivå 3-leiar er bunden av nivå 2-leiar, som igjen er bunden av nivå 1-leiar (administrerande direktør). Administrerande direktør er også bunden av rammer og føringar sett av styret i HF. Det synast å vere ulike oppfatningar blant leiarane om bruk av økonomiske insentiv i rekrutteringssamanheng. Informantane ber preg av demografisk tilhøyr og erfaring med rekrutteringsutfordringar ut frå kor positive dei er til bruken av dei. Det vert også framheva at bruk av økonomiske goder kan vere problematisk, då det er fokus på likebehandling og å unngå skeivheiter. Det er viktig å tenkje berekraft når ein søker løysingar, slik at det ikkje fører til at ein må nytte mykje ekstra midlar på nokre profesjonar for å få rekruttert.

Informantane opplever ein «skvis-situasjon» knytt til forvaltninga av budsjett sett opp mot bemanning. Dette syner att i risikoen leiarane må ta ved å tilsetje fleire enn det dei har budsjett til. Landsmøtet for Norsk sjukepleiarforbund vedtok i 2019 at medlemmane ikkje kunne påleggast arbeid oftare enn tredje kvar helg (Norsk sykepleierforbund, 2019). Helseminister Ingvild Kjerkol formidla i Føretaksmøtet til Helse Vest (HF sitt øvste organ) at satsinga på faste heiltidsstillingar skal aukast, også i sjukehusa (Helse og omsorgsdepartementet, 2023). Heiltidskultur er ein sentral løysingsdimensjon for å møte dei framskrivne bemanningsutfordringane i Noreg. Det er også ein viktig føresetnad for å realisere gevinst i andre løysingsdimensjonar, til dømes oppgåvedeling. Heiltidsstillingar skapar stabilitet i bemanninga (Rambøll og Menon, 2022). For å ivareta bemanningsbehov på helg er ein avhengig av eit visst antal tilsette. Når desse skal tilsetjast i full stilling vil det verte overtalligheit på personell i vekedagane, og budsjett står i fare for å verte overskride. Dette peikar fleire av leiarane på som motstridande faktorar, der forventningar om tilrettelegging for heiltidsstillingar ikkje går ilag med budsjetttramma. Det kan syne seg underleg at eitt av dei tiltaka som vert framheva som eit av løysingsaspekta på sjukepleiarmangelen, å tilsetje folk i fulle faste stillingar (Fosse & Abelsen, 2023; Helsepersonellkommissjonen, 2023), også kan føre til overtalligheit for nokre avdelingar. Kopling av strategi, drift og budsjett kan vere utfordrande. Det hender at det vert formulert strategiske mål som er relativt frikopla frå budsjettmessige moglegheiter (Grund, 2006). Det vert etterlyst tiltak for korleis dette skal handterast, då fleire av leiarane finn det utfordrande med motstridande krav frå leiing og politikarar. Leiarane formidlar at dei ofte møter ulike interesser med motstridande mål. Å måtte tilsetje personell i fulle, faste stillingar vert nemnd som ei av dei, då dei vert forventa å forhalde seg både til økonomisk stillingsramme og satsing på faste heiltidsstillingar samstundes.

Leiarane har på kvart sitt nivå ansvar knytt balanse mellom budsjett og resultat. Ulike styringsverktøy vert nytta for å kontrollere og fylgje opp einingane. Offentlege verksemder er budsjettkopla. Årsaka til dette er at staten er avhengig av at befolkninga er trygge på at økonomiske midlar vert nytta på ein hensiktsmessig måte. Det gjer det naudsynt med dialog og oppfylgning, analyse og kontroll (Nyland & Pettersen, 2018). Leiarane vert ofte stilt ovanfor motstridande krav i form av at dei skal opptre støttande for arbeidstakarar dei leiar, samstundes som dei opplever eit press for å imøtekomme krav om budsjettdisiplin frå nivåa over seg i systemet. Stramme styringskrav frå nivå over og uventa problemstillingar frå nivå under vil føre til krysspress i leiarrolla (Vabo & Vabø, 2014).

Nyland and Pettersen (2018) peikar på at prinsipal-agentteori er eit omgrep i økonomisk litteratur. Teorien skildrar aktørar som utfører skjulte motspel i staden for å jobbe saman for å realisere vedtekne målsetjingar. Motspela kan skuldast ulike målsetjingar hjå prinsipal og agent. Dei ulike aktørane har ulik informasjon; asymmetrisk informasjon. Dette inneber at agenten har viktig kunnskap som prinsipalen ikkje har. I helseføretaka vil det vere fleire prinsipal-agent-relasjonar i hierarkiet. Det er ein gjensidig relasjon mellom desse fordi prinsipalen er avhengig av agenten sin leveranse, medan agenten er avhengig av prinsipalen si aksept og anerkjenning (Nyland & Pettersen, 2018). Eg forstår dette som at RHF kan definerast som prinsipal for HF. Nivå 1-leiar vil vere prinsipal for nivå 2 og så vidare. Eg vil difor argumentere for at ein som leiar i helsetenesta kan vere både prinsipal og agent. I intervjuet oppgjev alle leiarane at dei må forhalde seg til leiarar både over og under seg i hierarkiet. Nyland and Pettersen (2018) skildrar at skjulte handlingar og informasjon kan gjere styringsforholdet utfordrande. I dette ligg det at prinsipalen har avgrensa høve til å kontrollere agenten sine aktivitetar. Det er difor naudsynt med eit styringssystem som gjer at ein har høve til å fylgje opp og evaluere. For å setje retning utarbeidar politikarane styringsdokument for RHF, som kan sjåast på som ein kontrakt for korleis styringa skal føregå (Nyland & Pettersen, 2010).

I Føretaksmøtet i januar 2023 formidla helseminister Kjerkol at bruken av vikarbyrå skal avgrensast, og at helseføretaka framover skal ha fokus på tiltak som kan redusere innleige som del av bemanningsbehovet. Helseføretaka må rapportere på denne utviklinga i juni 2023 (Helse og omsorgsdepartementet, 2023). Til Dagsavisen uttrykkjer ho at det er ei klar forventning frå politisk side om å avgrense innleige, men at situasjonen som helsetenesta i dag står i tilseier at nokon er nøydd til å ha unntak for regelen om avgrense innleige for å kunne drive ansvarleg i heile Noreg (Lillo-Stenberg, 2023). Fleire av informantane ser seg nøydd til å nytte vikarbyrå, for å dekkje grunnbemanning. Det vert fremja at dei eigentleg ikkje ynskjer denne løysinga, då dette får implikasjon for budsjett, ved at det vert overskride. Konsekvensen av at midlar frå budsjett går til dyrt innleige er mellom anna at det går på bekostning av kurs og anna fagutvikling til personell i faste stillingar. Likevel ser fleire seg nøydd til å nytte vikarbyrå, noko som framstår som eit lukka val. Det er dyrt, og leiarane ynskjer det eigentleg ikkje. Men dei ser ikkje anna utveg enn å nytte vikarbyrå for å få drifta til å gå rundt. Innleigd personell krev meir leiarskap, fordi det er eit vidt spekter av arbeidsoppgåver som skal utførast og pasientar som har store variasjonar i sine behov. Kollegaer må forhalde seg til stadig nye kollegaer som berre er i avdelinga i kortare periodar,

dette kan påverke arbeidsmiljø på ein negativ måte (Kirkhaug, 2019). Dette synet kjem også fram i nokre av leiarintervjua. Nokre av leiarane formidlar at dei tykkjer at politikarane burde vore tøffare i prioriteringane når det gjeld bruk av vikarbyrå, og bestemme at helsetenesta ikkje fekk lov til nytte seg av det. På den andre sida belyst det at dei no ikkje hadde klart seg utan, og at ein i større eller mindre grad er nøydd til å nytte vikarbyrå. Fagforeiningane Norsk sjukepleiarforbund, UNIO og Fagforbundet er kritiske til bruk av vikarbyrå fordi dei meiner at ordinær drift bør dekkjast av eigne tilsette og ikkje innleigd arbeidskraft (Lillo-Stenberg, 2023). Ved einingar der leiarar opplever at det er vanskeleg å rekruttere, er også omfang av bruk av vikarar frå byrå høgare (Riksrevisjonen, 2019). Innleige av vikarar kan føre til svakare lojalitet mellom yrkesutøvar og organisasjonen, som igjen kan føre til lågare kvalitet på tenesta (Molander et al., 2008).

8.3 Oppgåvedeling – ein viktig løysingsfaktor som krev systematisk tilnærming

Oppgåvedeling er ein delegeringsprosess der spesifikke oppgåver vert flytta til yrkesgrupper med lågare kvalifikasjonar. Denne organiseringa kan føre til meir effektiv ressursutnytting og betre dekning av helsepersonell. I ei tid der helsetenesta treng fleire personellressursar kan det vere nyttig med delegering av definerte oppgåver til ei anna yrkesgruppe. Oppgåvedeling har i lengre tid vorte nytta i fleire land som eit svar på akutt mangel på helsepersonell. Under HIV/AIDS-pandemien i afrikanske land tidleg på 2000-talet vart oppgåvedeling nytta som eit av tiltaka for å møte den stadig aukande pasientmassen (World Health Organization, 2007).

Alle informantane nemner oppgåvedeling som ein av dei viktigaste løysingsfaktorane for å møte sjukepleiarmangelen på ein berekraftig måte. Dette fell godt saman med empiri, der oppgåvedeling har synt seg nyttig og effektivt og forskarar stadfestar gode resultat på kvalitet (Callaghan et al., 2010). Oppgåvedeling er ein omfattande prosess, som må vere gjennomtenkt. Den må forankrast på myndigheitsnivå, og pådriving gjennom lover og reguleringar kan vere naudsynt. Oppgåvedeling kan utgjere eit viktig bidrag til å byggje eit berekraftig og effektivt helsevesen (Lehmann et al., 2009).

Melby et al. (2022) slår fast at i Noreg skjer oppgåvedeling i liten grad systematisk, og dermed er det også gjenstand for lite forskning. Oppgåvedeling førekjem hyppig, men på ein meir uformell måte (Melby et al., 2022). Nokre av leiarane oppgjev at oppgåvedeling er forankra i organisasjonen sin strategi, men at det synast ulikt kor langt dei har kome med implementering. Fleire nemner at dei ynskjer å jobbe meir med dette i tida som kjem.

Kartleggingar som vert nemnt av fleire av informantane understøttar at gjennomgang av oppgåver avdekkar at sjukepleiarar til dagleg gjer oppgåver andre yrkesgrupper kunne ha gjort.

Moglegheitene som ligg i optimal oppgåvedeling vert løfta fram som ein nøkkelfaktor for god samhandling og berekraftig bemanning i åra som kjem. Betre oppgåvedeling er mellom faktorane som kan bidra til auka kapasitet i helsesektoren. Potensialet for gevinst ligg i kor stor avstand det er frå korleis oppgåver vert fordelt i dag, til kva som er optimal oppgåvedeling. Per i dag ser ein at det finst utfordringar knytt til dagens organisering av oppgåver (Rambøll og Menon, 2022).

Grund (2006) peikar på at fordelinga av arbeidsoppgåver mellom profesjonar i helsetenesta har vore regulert gjennom kunnskapsutvikling, lover, reglar og tradisjonar. Sjukepleiargruppa er ei av dei mest dominante gruppene i sjukehusa. Ofte har denne gruppa større lojalitet til sine fag enn til heilskapen i organisasjonen. Dei har utvikla sterkare medvit om sitt eige fag, er godt organisert og har oppnådd ein sentral posisjon i sjukehusorganisasjonen (Grund, 2006).

Fleire av informantane framhevar at dei opplever ein form for konservatisme blant nokre sjukepleiargrupper når det gjeld oppgåvedeling. Det vert sett på som eit paradoks at sjukepleiarar ynskjer mindre belastning, men ikkje å gje frå seg oppgåver. Eg forstår oppgåvedeling som noko som medfører endring i organisering og arbeidsprosessar. Endring kan vere krevjande fordi det rører ved kultur, strukturar og profesjonsidentitet. For å få til endring er det viktig at leiarane lukkast i å skape ei oppleving i store delar av organisasjonen at endring er naudsynt. Ulike aktørar vil tolke og oppfatte ulikt kor eintydige endringane er og kva konsekvensar det vil føre til. Dette kan utfordre den etablerte organisasjonskulturen, som i sterk grad vil definere eins identitet. Organisasjonen ein jobbar i, og arbeidet ein utfører bestemmer kven me er, og som andre definerer at me er. Kultur skapar tilhøyrse, oppleving av fellesskap og tillit mellom dei som er seg i kulturen. Ved at dei tilsette ynskjer å samarbeide, og ikkje vert tvunge til det, kan kultur bidra til at felles aktivitetar lettare kan koordinerast (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Fleire av leiarane fremjar profesjonstilhøyrse og kultur som sentralt i forståing av kvifor oppgåvedeling kan vere utfordrande å innføre.

Den opplevde konservatismen hjå sjukepleiargruppa gjer at fleire av leiarane formidla at dei tykte at dette var utfordrande i innføringa av oppgåvedeling. Eg oppfattar at kultur, makt og

profesjonsidentitet her gjer seg gjeldande som tema. Som yrkesutøvar er det viktig å identifisere seg med eit yrkesfelt og å identifisere seg som profesjonell utøvar i dette feltet. Dette handlar om kven ein er og kven ein ynskjer å vere. Kollektiv identitet er knytt til mellom anna grupper eller profesjonar – og knyter seg dermed til profesjonsidentitet. Dette inneber eit kollektiv som «kjenner seg att», og der handlinga skapar eit kollektivt handlingsgrunnlag. Å definere det ein har til felles inneber eit skilje mellom «oss og dei». Profesjonar kan i ulik grad evne å skape sterk profesjonsidentitet blant medlemne sine. Om det kjempast hardt for formell aksept av kompetanse, arbeidsoppgåver og løn kan det føre til sterk oppslutnad om profesjonsidentiteten (Molander et al., 2008).

Organisasjonskulturar kan ha ulikt innhald og det er ulikt kor sterke kulturane er. Sterke kulturar kan vere forankra i ein slags motkultur mot leiinga si tenking kring organisasjonen. Organisasjonar kan vere prega av kulturelt mangfald og konflikhtar mellom ulike verdiar og meiningar (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Innan profesjonelle yrker føreligg det ein profesjonsorganisasjon, som varetek gruppa si interesse – men også har ein viss innflytelse på profesjonsmedlemne si åtferd og relasjonane til andre instansar (Molander et al., 2008). Ein sterk organisasjonskultur forbindast gjerne med eit veldefinert oppdrag, klare verdiar og lojalitet mot eigen organisasjon (Knudsen et al., 2015). Men innan sterke kulturar kan det også utviklast gruppetenking, som kan utfordre leiarrolla og oppfattast som motstand. Gruppetenking kan hindre innovasjon og nytenking, ved at gruppa utviklar sterke meiningar som startar med nokre meiningsbærarar, og som er lite villige til å sjå andre perspektiv. Organisasjonar består av både enkeltindivid og grupper. Desse kan ha ulike mål, ambisjonar og preferansar. Ulikheiter mellom desse aktørane skapar fort interessekonflikhtar. Alle organisasjonar består av grunnoppgåver som i ulik grad er avhengige av kvarandre. Nokre oppgåver er meir kritiske enn andre – om oppgåva ikkje vert gjort så stansar produksjonen. Dess meir kritisk ei oppgåve er, dess meir makt får dei som kontrollerer denne oppgåva. Dess meir ei gruppe har monopol på ei oppgåve, dess sterkare vert makta (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Makt kan nyttast til å skape felles mål og interesser. Om ein forstår sjukepleiargruppa som ei interessegruppe i organisasjonen, kan ein sjå på det som ei gruppe som konkurrerer om ressursar og felles innflytelse, og som forsøker å tileigne seg mest mogleg av det som har verdi for gruppa. Det finst ulike grunnlag for makt, nemleg maktbasar. I «oppgåvekjeda» er nokre oppgåver meir kritiske enn andre, om dei kritiske oppgåvene ikkje vert utført stoppar

organisasjonen opp. Kontroll over arbeidsoppgåver og kunnskap kan definerast som ein maktbase – og dermed som grunnlag for makt (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Informantane si skildring av korleis dei opplever sjukepleiargruppa gjev meg ei antydning om at den opplevde konservatismen som gjeld å ville halde på arbeidsoppgåvene kan skuldast at oppgåvedeling er ei endring som mellom anna kan påverke maktforhold.

Informantane framhevar oppgåvedeling som eit viktig løysingsaspekt, men også at det er viktig å vere bevisst på barrierane som kan oppstå i samband med innføring. Leiarane synast å oppfatte konservatismen til sjukepleiargruppa som ei form for motstand. Motstand mot endring er ein rasjonell reaksjon frå enkeltindivid og grupper. Jacobsen and Thorsvik (2019) argumenterer for at utgangspunktet for motstand kan vere tufta på at gruppa forsvarar det som er kjent, og ikkje ynskjer å gå inn i ukjent «terreng». Motstand kan også vere tufta på frykt for tap av identitet. Har ein arbeida lenge i ein organisasjon kan ein ha kjensla av at det ein gjer er viktig for organisasjonen, ein identifiserer seg med det ein har drive med. Ved organisasjonsendring kan det oppstå frykt om at identiteten går tapt. Endring vil gjerne bety at eit mønster av makt og innflytelse vert reorganisert. Nokon kan motsetje seg endring fordi dei fryktar at moglegheit for innflytelse minkar. Dei som mistar makt, vil ofte motsetje seg endring (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Motstand er ein viktig del av endringsprosessen, då det tilfører aspekt som elles ikkje hadde vore framheva. Motstand frå grupper har særleg kraft. Dette kan føre til styringsproblem og det er viktig at leiing på ulike nivå i organisasjonen står synleg saman (Hennestad et al., 2012).

8.4 Leiarrolla i møte med retorikk hjå politikarar, fagforeining og media

Retorikk kan skildrast som «kunsten å tale for å overtyde». I denne samanhengen heng det saman med kunsten å overtyde med språklege midlar og fokus på korleis språkleg overtyding føregår. Analyse av kommunikasjon og verkemidlar er viktig for å forstå politikk og samfunn. All språkbruk har eit retorisk innslag, der kunnskap om retorikk kan brukast til kritisk vurdering av informasjon som vert gjeve i ulike media (Svendsen, 2022). Omgrepet diskurs betyr samtale og refererer til skriftleg eller munnleg kommunikasjon, og kulturen sin måte å omtale eit fenomen på. Språket får betydning ved å skape symbolsk makt knytt til kunnskap, politikk eller historie (Malterud, 2017). Sidan eg har gjort lydopptak av intervju av leiarane har eg høyrte gjennom intervju og lese gjennom transkriberingane gjentekne gonger. Ved å ha fokus på diskurs har eg oppdaga at informantane er bevisste på ordbruk i omgjevnadane, også knytt til omtale om sjukepleiarmangelen. I forlenginga av dette finn eg det interessant å

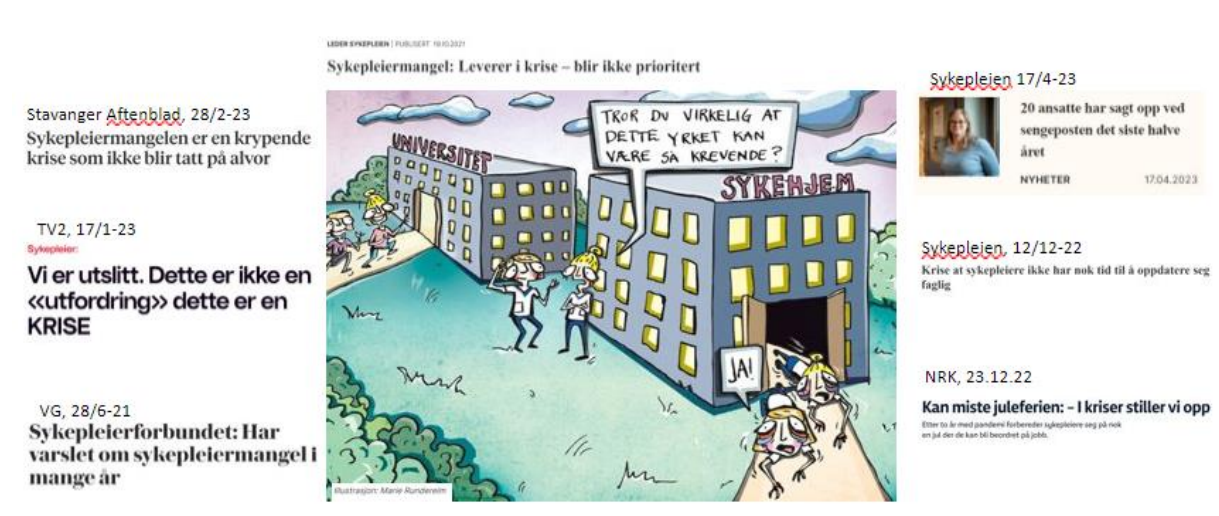
studere korleis leiarane erfarar måten fagforeiningar, politikarar og media påverkar deira handtering av sjukepleiarmangelen.

Informantane synast å ha ulike betraktningar knytt til fagforeiningane, politikarar og media si framstilling av sjukepleiarmangelen. Gjennomgåande er leiarane fornøgd med samarbeid og ytringar til lokale tillitsvalde, men heller skeptiske til nokre av sentral fagforeiningsleiing sine ytringar. Det vert oppfatta at særleg Norsk Sjukepleiarforbund (NSF) med sin retorikk bidreg til «svartmaling» av yrket med negative ytringar og overskrifter i media, som leiarane meiner at kan verke negativt på rekruttering til sjukepleiaryrket – fordi negativt fokus kan verke negativt på omdømmet. Nokre av informantane uttrykkjer også misnøye med måten politikarar omtalar utfordringane på, då dei lovar meir enn det helseføretaka kan halde. Politikk og retorikk er nært forbunde (Berge, 2014). Brunsson (2019) si skildring av hykleri ser eg her som relevant, då det kan oppstå lause koplingar mellom det politikarar ytrar og det helsetenesta til slutt kan klare å levere. Han set det på spissen ved å sei at politikarar si styrke er å peike på problem, ikkje å løyse dei. Informantane formidlar bekymring i retning av at dei meiner at den politiske diskursen kan føre til høgare forventningar i samfunnet enn det helseføretaka kan levere på og dermed gå på bekostning av omdømme. Leiarar, på tvers av nivå, skildrar at dei er bekymra for korleis dei skal klare å fylle dette gapet. Samstundes vert bekymringar løfta fram som noko positivt, fordi bekymringar krev at dei må finne tiltak for å redusere bekymringa – i tillegg til at det gjer kvardagen meir spanande.

Norsk sjukepleiarforbund (NSF) nyttar gjerne kriseomgrepet som retorisk tilnærming når dei framhevar framleis si bekymring på at ein aldri har mangla så mange sjukepleiarar som no. Tidlegare forbundsleiar Eli Gunhild Bye ytra at «*Sykepleierforbundets melding er klar: Vi er nå inne i en varslet krise. En krise politikerne burde sett komme. –Vi mangler helt konkrete tiltak for å gjøre noe med denne krisen. Nå er det viktig at politikerne tar grep (...)*» (Norsk sykepleierforbund, 2018). Noverande forbundsleiar, Lill Sverresdatter Larsen, meiner det er på høg tid at Stortinget og regjeringa tek grep, og at Noreg om kort tid står i fare for å miste det offentlege helsesystemet slik me kjenner det i dag. Lønna må opp og belastninga ned – det vil vere ei ansvarsfråskrivning om sjukepleiarmangelen no ikkje vert teken tak i. Ho karakteriserer dette som ei varsla krise frå fleire instansar (Norsk sykepleierforbund, 2021a).

«Krise» er eit vanskeleg konsept som ofte vert nytta i ordvekslinga i samfunnet. Fordi omgrepet vert nytta vidt er det vanskeleg å gje det ein spesifikk definisjon (Eastham et al.,

1970). «Krise er en vanskelig situasjon, et avgjørende vendepunkt eller en plutselig forandring.» (Gundersen, 2021). Omgrepet «krise» er innlemma i daglegtalet, og vert brukt vidt. Ofte er kjensler relatert til «krise». Krise kan indikere ei tilstand av kortare eller lengre varigheit. Om ein tek i betraktning kor ofte kriseomgrepet vert nytta kan ein kalle vår tidsalder for «the age of crisis». No når omgrepet har vorte så vanleg framstår den som ein slags nyanse på uttrykk og korleis ein ynskjer at mottakaren skal oppfatte det. Det har utvikla seg til å verte eit slagord. Kriseomgrepet kan no oppfatast som ei ibuande, permanent tilstand i verda. Media må ta mykje av skulda for at det nærast har gått inflasjon i bruk av ordet. Sidan ordet har vorte så avflata kan ikkje omgrepet verte ståande aleine utan avklaring i tillegg. Krise vert ofte nytta i samheng med uro, konflikt og forstyrrende kjensler eller situasjonar (Koselleck & Richter, 2006). Media er ein institusjon som gjerne vert omtala som «den fjerde statsmakt». Dei har påvirkingsmakt og er både dagsordensetjar og gravande. Den er ein kompromisslaus kritiker av innehavarane av den formelle makta og kan også seiast til ei viss grad å vere premissgjevar for politisk debatt (Berge, 2014). Politikarar er opptekne av attval og er avhengig av opinion og positiv medieomtale. Dei må heile tida forhalde seg til at media tek opp enkeltsaker som krev handlekraft og fokus (Grund, 2006). Fleire av informantane formidlar at dei opplever enkeltsaker som vert teke opp i media bidreg til å gjere prioritering vanskeleg. På den andre sida gjev fleire av leiarane på nivå 1 uttrykk for at dei bevisst nyttar media for å påverke både politikarar og å dra ned forventningar i samfunnet. Figur 4 illustrerer utklipp frå norske nettsider og aviser, der aviser, fagforeiningar og politikarar uttrykkjer seg om sjukepleiarmangelen.



Figur 4 Døme på framstilling i media og fagforeining

Koselleck and Richter (2006) tek til orde for at ein bør vere meir bevisst på bruken av omgrepet krise, leiarane eg har intervjuja synast å vere nøye med å ikkje bruke omgrepet. Informantane omtalar i staden for situasjonen som utfordrande og ei urovekkande utvikling som ein må vie stor merksemd, og som det hastar å løyse. Om ikkje det vert handtert vert det av fleire sagt at det kan utvikle seg til ei krise i framtida. Fleire av informantane uttrykte at ordet krise kun bør nyttast når det verkeleg ikkje er løysingsforslag att, og at det er viktig å tenkje gjennom korleis ein kommuniserer om status knytt til rekrutteringsutfordringar – noko eg tolkar antydgar at leiarane er bevisste på bruken av kriseomgrepet og korleis det kan verke inn på kvardagen deira.

Berge and Eilertsen (2020) skildrar at måten me kommuniserer på verkar inn på omdømme og å tiltrekkje seg personell. Omdømme er ein viktig faktor i rekruttering. Eit godt omdømme tek tid å byggje opp, men er lett å rive ned. Sjukepleiarar rekrutterer nye sjukepleiarar ved å snakke positivt om arbeidsplassen sin. I ei undersøking antyda deltakarane omdømme til å vere den sterkaste pådrivaren i å rekruttere sjukepleiarar. Å vere bevisst på kommunikasjon og omdømmebygging er eit viktig og kontinuerleg arbeid (Berge & Eilertsen, 2020). Me både formar og vert forma av diskursar. Desse forteljingane er med på å skape vår identitet og me vert prega av tankesett som me er klar over (Wifstad, 2018). Informantane synast bevisst på at det er viktig for dei å bidra aktivt inn i desse forteljingane, nettopp for å prege tankesettet til politikarar og andre innbyggjarar. Det vert framheva at dei som kjenner drifta og utfordringane må vere med i diskusjonen om korleis utfordringar kan løysast. Leiarane fryktar at eit negativt nyhendebilete og fagforeiningar som fokuserer mykje på det negative kan verke inn på tankesettet til både noverande og framtidig personell i helsetenesta, og gjere leiarane si handtering av sjukepleiarmangelen vanskelegare.

9. Konklusjon

Hensikta med forskingsprosjektet har vore å undersøkje om leiarar opplever rekrutteringsutfordringar knytt til tilgang på sjukepleiarpersonell og korleis dei eventuelt møter slike utfordringar. Med dette som bakgrunn har eg studert haldningar, meiningar og erfaringar hjå leiarar på ulike leiarnivå ut frå fylgjande problemstilling: ***Korleis oppfattar og handterer leiarar i sjukehus eventuelle rekrutteringsutfordringar knytt til mangel på sjukepleiarar?***

Leiarane opplever i ulik grad at mangel på sjukepleiarressursar er ei utfordring i dag. Alle erfarer at det er færre søkjarar til ledige stillingar og stiller seg bak skildringa til Helsepersonellkommisjonen (2023) om at helsetenesta no står i eit skilje knytt til tilgang på sjukepleiarpersonell. Det synast å vere eit spenningsforhold i linja mellom nasjonalt politisk nivå og operativt nivå i helseføretaka. Det går fram av intervjuar at leiarane oppfattar uhensiktsmessig stor avstand mellom helseføretak og politikarar, uttrykt som «Mykje snakk, lite handling». Informantane etterspør særleg avgjersler frå politikarane som står i samsvar med det helsetenesta kan levere – og mange opplever dette som utfordrande å stå i. Også mellom dei ulike leiarnivåa i sjukehuset oppstår det spenningsforhold når det kjem til avgjersler og utøving av desse. Det vert framheva at nokre avgjersler fører leiarane inn i eit krysspress, kvar forventning knytt til leveranse ikkje står i samsvar med den økonomiske ramma – som dei også vert forventa å levere innan.

Oppgåvedeling vert peika på som eit sentralt løysingsaspekt for å løyse sjukepleiarmangelen. Leiarane oppfattar ei form for motstand i nokre sjukepleiargrupper når det kjem til å gje frå seg oppgåver til andre yrkesgrupper. Profesjonsidentitet og makt er nøkkelord som er viktige for å forstå den opplevde motstanden – der det trengs systematisk tilnærming og involvering for å lukkast.

Diskursen i politikk, media og fagforeiningar påverkar leiar sin kvardag direkte. Aktørane har makt ved at dei i stor grad bidreg til å setje dagsorden – og dei nyttar ofte kriseomgrepet når dei omtalar sjukepleiarmangelen. Retorikken verkar inn på omdømmet til helsetenesta, som er viktig for rekruttering. Leiarane er bevisste på å ikkje bruke kriseomgrepet og deler ulik grad av bekymring for framtidig rekruttering av sjukepleiarar. Fleire av leiarane tek til orde for at

dei er bekymra for utfordringa det vil vere å rekruttere nok personell – men også at utfordringar er til for å løysast.

10. Styrker, svakheiter og vidare forskning

Styrker og svakheiter

Forskningsarbeidet er basert på ei kvalitativ undersøking som gjev innblikk i ulike leiarar si oppfatning av og erfaring knytt til eventuelle rekrutteringsutfordringar knytt til sjukepleiarmangel. Ut frå Malterud (2017) si skildring kan eg ikkje påstå at funna er generaliserbare. Men eg meiner dei kan bidra til diskusjon kring korleis leiarar i ulike delar av Noreg oppfattar og handterer utfordringane som kjem i kjølvatnet av den nasjonale sjukepleiarmangelen – som i fylgje framskrivningane til Helsepersonellkommissjonen (2023) er venta å auke. På denne måten kan ein setje problemstillinga knytt til samfunnsutfordringa i struktur, noko som vil vere naudsynt for heilskapsforståinga. Eg håpar funna kan skape refleksjon kring vidare handtering av utfordringa – og inspirere til å bidra til framtidsretta, berekraftige løysingar.

Eg har under heile prosessen vore bevisst mi eiga forforståing, og jobba for å leggje den til sides. Eg oppfattar å lukkast med dette, sjølv om eg syns det har vore krevjande. Eg har intervjuar personar spreidd med geografisk spreiding over heile Noreg. Dette kan gjere det vanskeleg å etterprøve funna mine, då eg har eit relativt lågt antal informantar, og ikkje alle helseføretak er representert. På grunn av relativt få informantar sett i forhold til personvern har eg bevisst utelate å nemne kva helseføretak informantane har tilhøyring til.

Ei styrke i analysedelen er at eg saman med rettleiar gjekk gjennom transkribert materiale då eg skulle analysere, slik at me saman vart einige om tematikkar som var til stades i forskingsmaterialet og som hadde relevans for problemstilling og forskingsspørsmål. Dette kan ha redusert skeivskap i framstillinga. Undervegs kjende eg på kjensla av manglande erfaring med å analysere datamateriale, eg ser at gjennomgangen saman med rettleiar var svært viktig for vidare arbeid. Ved å transkribere etter kvart som eg har gjennomført intervju meiner eg å ha fått eit godt utgangspunkt for å endre og spisse spørsmåla gjennom intervjuprosessen. Transkriberinga har tilført nye refleksjonar som eg ikkje oppfatta i sjølv intervjuprosessen. Ved å gå fram og attende i forskingsmaterialet, i ein iterativ prosess, har eg hatt moglegheit til å stoppe opp og gå attende til tidlegare tekst for å undersøke fenomen

nærare. Å transkribere undervegs har gjort det mogleg for meg å studere materialet, og setje fokus på fenomen etter kvart.

Forhold som kan ha verka inn på studiet si pålitelegheit er at eg etter å ha høyrte gjennom lydfilene gjentekne gonger erfarer at eg i nokre tilfelle spissa spørsmåla ytterlegare om informanten brukte tid på å svare – i staden for at informanten fekk tenkje seg om eller sei at vedkomande ikkje forstod spørsmålet. Dette kan i nokre tilfelle ha påverka svaret til informanten til å ikkje vere så fritt som det kunne vore om ikkje eg gjorde presiseringar. Eg oppfattar at dette nokre gonger kan ha ført til ledande spørsmål. Dette vart eg sjølv merksam på då eg høyrde intervjuet gjentekne gonger, og har forsøkt å leggje til sides meiningane som kom fram på denne måten.

Vidare forskning

Eg vart overraska over at eg ikkje fann så mykje relevant forskning på rekrutteringsutfordringar eller sjukepleiarmangel i spesialisthelsetenesta. Til gjengjeld identifiserte eg store mengder forskning om det same fenomenet i primærhelsetenesta. Mi oppfatning er at dette er eit relativt nytt problem i spesialisthelsetenesta, jamfør Norsk sykepleierforbund (2021b); Riksrevisjonen (2019) og Helsepersonellkommissjonen (2023) si skildring. Gjennom funna eg gjorde meg i dette studiet teiknar det seg eit bilete av at sjukepleiarmangelen vert oppfatta ulikt, men at det vedkjem alle – i større eller mindre grad. Framskrivingane knytt til sjukepleiarmangelen syner behovet for bevisstgjerings og planlegging for ei berekraftig helseteneste i framtida. Det hadde vore interessant å undersøke fleire helseføretak, for å sjå om nye aspekt kjem fram – også sett i lys av demografiske forskjellar. Eg tykte det var spanande å sjå på korleis leiarar på ulike nivå oppfatta utfordringa, og at dei uttrykte ei form for bekymring for framtida om ikkje tiltak vert sett i verk på liknande måtar. Denne oppgåva ser sjukepleiarmangelen i lys av kva som vert akseptert og definert som eit behov av den enkelte leiar. Eg har lagt til grunn at det vil vere opp til den enkelte å definere sjukepleiarmangel, og kvar leiar kan difor ha ulik forståing. I forlengelsen av studiet ville det difor vere interessant å undersøkje nærare korleis eit slikt konstrukt vert forma.

Vidare forskning på utvikling av rekrutteringsutfordringane vil vere viktig for å finne fram til tilpassa berekraftige løysingar i helsetenesta.

11. Kjelder

Utklipp i Figur 4:

Hafstad, Anne (2021, 19.10.) Sykepleierne leverer i krise, men det tas ikke grep om sykepleiermangelen. Sykepleien. Lasta ned 22.04.23.

<https://sykepleien.no/meninger/2021/10/sykepleierne-leverer-i-krise-men-det-tas-ikke-grep-om-sykepleiermangelen>

Stavanger Aftenblad (2023, 28.02.). Sykepleiermangelen er en krypende krise som ikke blir tatt på alvor. Lasta ned 22.04.23.

<https://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/i/y6pxr/sykepleiermangelen-er-en-krypende-krise-som-ikke-blir-tatt-paa-alvor>

Thoresen, Rebekka (2023, 17.01.) Vi er utslitt. Dette er ikke en «utfordring». Dette er en KRISE. TV2. Lasta ned 22.04.23.

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/zgdqrr/sykepleierforbundet-har-varslet-om-sykepleiermangel-i-mange-aar>

Sæther, A.S & Skjetne L., (2021, 28.06.) Sykepleierforbundet: Har varslet om sykepleiermangel i mange år. VG. Lasta ned 22.04.23.

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/zgdqrr/sykepleierforbundet-har-varslet-om-sykepleiermangel-i-mange-aar>

Hofstad, Eivor (2023, 17.04.) 20 ansatte har sagt opp ved sengeposten det siste året.

Sykepleien Lasta ned 22.04.23. <https://sykepleien.no/2023/04/20-ansatte-har-sagt-opp-ved-sengeposten-det-siste-halve-aret>

Kristiansen, Nina (2022, 12.12.) Krise at sykepleiere ikke har nok tid til å oppdatere seg.

Sykepleien. Lasta ned 22.04.23. <https://sykepleien.no/meninger/2022/10/krise-sykepleiere-ikke-har-nok-tid-til-oppdatere-seg-faglig>

Øverbø S, Ditlefsen, H, Hansen, F, (2022, 23.12.) Kan miste juleferien: – I kriser stiller vi opp. NRK. Lasta ned 22.04.23. https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/sykepleiere-kan-miste-juleferien_-_-i-kriser-stiller-vi-opp-1.16232271

ACCA. *Mintzberg's theory on organisations*,. Utklipp.

<https://www.accaglobal.com/gb/en/student/exam-support-resources/fundamentals-exams-study-resources/f1/technical-articles/mintzberg-theory.html>

Berge, H., & Eilertsen, G. (2020). Beholde og rekruttere sykepleiere til sykehjem, en kvalitativ studie av avdelingssykepleieres erfaringer. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 16(1), 21-21.

Berge, K. L. (2014). Hva er politisk retorikk? *Rhetorica Scandinavica*, 18(66/67), 11-34.

Bratt, C., & Gautun, H. (2015). Bemanningsnormer i sykehjem-National norms for staffing in nursing homes. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(2), 98-106.

<https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/ISSN2387-5984-2015-02-06>

Brunsson, K., Brunsson, N., & Holmes, I. S. (2015). *Beslutninger*. Cappelen Damm akademisk.

Brunsson, N. (2019). *The organization of hypocrisy : talk, decisions and actions in organizations* (3rd ed. ed.). The author and CBS Press 2019.

Callaghan, M., Ford, N., & Schneider, H. (2010). A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. *Human resources for health*, 8, 1-9.

<https://link.springer.com/article/10.1186/1478-4491-8-8>

Christensen, J. (2013). *Arbejdsdelingen mellem politikere og embedsmænd*. Notat til Produktivitetskommissionen.

https://produktivitetskommissionen.dk/media/18601/baggrundsrapport_arbejdsdelingen-mellem-politikere-og-embedsmaend.pdf

- Christensen, T., Læg Reid, P., Røvik, K. A., & Christensen, T. (2021). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (4. utgave. ed.). Universitetsforlaget.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2023). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*. <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/rek/>
- Det norske akademis ordbok. (2023). *vakant*. Retrieved 28.05.2023 from <https://naob.no/ordbok/vakant>
- Eastham, K., Coates, D., & Allodi, F. (1970). The concept of crisis. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 15(5), 463-472. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674377001500508>
- Fosse, A., & Abelsen, B. (2023). *Rekruttere og beholde sykepleiere i distriktskommuner. En kunnskapsoppsummering*. <https://www.nsdm.no/old/wp-content/uploads/2023/02/Kunnskapsoppsummering-rekruttere-og-beholde-sykepleiere-i-distrikt.pdf>
- From, J. (2004). Hva er Governance? *Plan*, 34(6), 22-25. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3045-2002-06-04>
- Gautun, H. (2012). Planlagt og faktisk bemanning. In: Fafo-rapport. [20232.pdf \(faf.no\)](https://www.faf.no/20232.pdf)
- Gautun, H. (2020). En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. https://www.nosf.no/sites/default/files/2022-01/nova-2020-en-utvikling-som-ma-snus-rapport-14-20_.pdf
- Greer, S., Wismar, M., & Figueras Josep. (2016). *Strengthening Health System Governance. Better policies, stronger performance*. . WHO. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf
- Grund, J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk : dilemmaenes tyranni*. Universitetsforl.
- Grut, L., Lippestad, J. W., Monkerud, L. C., Zeiner, H. H., Nesje, K., Olsen, D. S., & Aamodt, P. O. (2020). Evaluering av Kompetanseløft 2020. Delrapport II. *SINTEF AS* <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/3092/Evaluering%20av%20Kompetansel%20c3%b8ft%202020-delrapport%20%20april%202020-signert.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gundersen, D. (2021). krise i Store norske leksikon. In *Store Norske leksikon*.
- Hayward, D., Bungay, V., Wolff, A. C., & MacDonald, V. (2016). A qualitative study of experienced nurses' voluntary turnover: learning from their perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), 1336-1345. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.13210>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2023). *Protokoll frå føretaksmøte i Helse Vest RHF, 17. januar 2023. Krav og rammer for 2023*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/9b86ba87436c4766a9dfcb2f9a2920cb/protokoll-foretaksmote-i-helse-vest-rhf-17-januar-krav-og-rammer-2023.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). Bemanningsnorm for nyfødttintensivavdelinger, nasjonal faglig retningslinje. In.
- Helsedirektoratet. (2022). Fødselsomsorgen (HØRINGSUTKAST). In.
- Helsepersonellkommissjonen. (2023). *Tid for handling*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Hennestad, B. W., Revang, Ø., & Strønen, F. H. (2012). *Endringsledelse og ledelsesendring* (2. utg. ed.). Universitetsforl.
- Hornburg T. (2009, 09.09.2009). Jagland: Skattene må økes. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/jBGAb/jagland-skattene-maa-oekes>

- Hägström, E., Skovdahl, K., Fläckman, B., Kihlgren, A. L., & Kihlgren, M. (2005). Work satisfaction and dissatisfaction—caregivers' experiences after a two-year intervention in a newly opened nursing home. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 9-19. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2004.00977.x>
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utgave. ed.). Fagbokforlaget.
- Kirkhaug, R. (2019). *Lederskap : person og funksjon* (2. utgave. ed.). Universitetsforlaget.
- Knudsen, H., Flåten, B.-T., Falkenberg, J., Holbek, J., Johnsen, Å., & Stensaker, I. G. (2015). *Strategisk ledelse*. Cappelen Damm akademisk.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2019). *Om forholdet mellom politisk ledelse og embetsverk. Retningslinjer*. Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/8145632385cb477cba018d4a8dfaf6f8/no/pdfs/om_forholdet_mellom_politisk_ledelse_og_embetsverk.pdf
- Kontroll og konstitusjonskomiteen. (2020). *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper – 2018*. Retrieved from <https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2019-2020/inns-201920-174s/?all=true>
- Koselleck, R., & Richter, M. W. (2006). Crisis. *Journal of the History of Ideas*, 67(2), 357-400. <https://www.jstor.org/stable/30141882>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Lehmann, U., Van Damme, W., Barten, F., & Sanders, D. (2009). Task shifting: the answer to the human resources crisis in Africa? *Human resources for health*, 7(1), 1-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19545398/>
- Lillo-Stenberg, H. (2023, 16.01.23). Helseministeren med marsjordre til helseforetakene: – Vi ser en utvikling som bekymrer oss. *Dagsavisen*. <https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/2023/01/16/helseministeren-med-marsjordre-til-helseforetakene-vi-ser-en-utvikling-som-bekymrer-oss/>
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), (2001). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Magnussen, J., Vrangbæk, K., Martinussen, P., & Frich, J. (2016). *Mellom politikk og administrasjon. Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge*. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2740058/mellom-politikk-og-administrasjon.pdf>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Universitetsforl.
- Melby, L., Gunnes, M., Haukelien, H., & Obstfelder, A. U. (2022). Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi. *SINTEF Rapport*. https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/3037836/Frigj%25C3%25B8ring%2bav%2bsykepleierkapasitet%2b-%2bendelig%2brapport_mai22_sign.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations : a synthesis of the research*. Prentice-Hall.
- Molander, A., Terum, L. I., & Studier av profesjonell yrkesutøvelse - kompetanseoppbygging i, p. (2008). *Profesjonsstudier*. Universitetsforl.
- NAV. (2022). *Bedriftsundersøkelsen våren 2022*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/bedriftsundersokelsen>

- Norsk sykepleierforbund. (2018, 06.05.2018). *Stor sykepleiermangel: – Dette er en varslet krise*. Retrieved 22.01. from https://www.nrk.no/norge/stor-sykepleiermangel_-_-dette-er-en-varslet-krise-1.14037979
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Protokoll Norsk Sykepleierforbunds landsmøte 4. – 8. november 2019* <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/protokoll.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2021a). Norge mangler nesten 7000 sykepleiere. *Sykepleien*. <https://www.nsf.no/artikkel/norge-mangler-nesten-7000-sykepleiere>
- Norsk sykepleierforbund. (2021b). Sykepleiermangelen har kommet til sykehusene også. *Sykepleien*, 12/21. <https://sykepleien.no/2021/12/sykepleiermangelen-har-kommet-til-sykehusene-ogsa>
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2010). Økonomistyring i staten - likhet eller mangfold? *Magma*, 4/2010. https://www.researchgate.net/profile/Inger-Pettersen/publication/258169376_Okonomistyring_i_staten_-_likhet_eller_mangfold/links/545228ee0cf24884d8876d8e/Okonomistyring-i-staten-likhet-eller-mangfold.pdf
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2018). *Penger og helse : fra enkel til kompleks styring i helsesektoren*. Fagbokforl.
- OECD. (2021). *Health at a Glance 2021 : OECD Indicators*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/015d1834-en/index.html?itemId=/content/component/015d1834-en>
- Oslo Economics. (2020). *Kartlegging og vurdering av lokale ordninger for å beholde og rekruttere arbeidskraft i Nord-Norge*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/e9f910fd17b340cebde5fead194a05c5/rapport---oslo-economics-rekruttering-av-arbeidskraft-1.pdf>
- Rambøll og Menon. (2022). *Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren - utfordringsbildet og løsningsdimensjoner*. <https://www.ks.no/contentassets/a93715d6039a44bf865a0f1482462b84/Sluttrapport-Bemanningsutfordringer-i-helse-og-omsorgssektoren-Ramboll-og-Menon.pdf>
- Regjeringen. (2011-2012). *Prop. 120 L (2011–2012) Endringer i helseforetaksloven mv*. Retrieved 21.01 from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-120-l-20112012/id683103/?ch=3>
- Regjeringen. (2019). *NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-24/id2682523/?ch=4>
- Riksrevisjonen. (2019). *Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*. Riksrevisjonen. Retrieved 09.august from <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2019-2020/undersokelse-av-bemanningsutfordringer-i-helseforetakene/>
- Sagberg, I. (2021). rekruttering (av medarbeidere). In *Store Norske Leksikon*.
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Nasjonale befolkningsframskrivninger, 2020-2100. Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>
- Svendsen, L. F. H. G., J.,. (2022). retorikk. In *Store Norske Leksikon*.
- Saarnio, R., Suhonen, M., & Isola, A. (2016). Nurse managers' visions of future challenges in health care organizations. *Journal of nursing*, 3(2), 1-8. https://www.researchgate.net/profile/Marjo-Suhonen/publication/294860557_Nurse_managers'_visions_of_future_challenges_in_health_care_organizations/links/56ea90cd08ae3a5b48ce54b3/Nurse-managers-visions-of-future-challenges-in-health-care-organizations.pdf?_sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave. ed.). Gyldendal.

- Tummers, L. G., Groeneveld, S. M., & Lankhaar, M. (2013). Why do nurses intend to leave their organization? A large-scale analysis in long-term care. *Journal of advanced nursing*, 69(12), 2826-2838.
https://www.researchgate.net/publication/256477906_Why_do_nurses_intend_to_leave_their_organization_A_large-scale_analysis_in_long-term_care
- Vabo, S. I., & Vabø, M. (2014). *Velferdens organisering* (Vol. 2.opplag 2021). Universitetsforl.
- Venåsen, T. E. (2010). *Økonomiske insentiver og prestasjon.: Over-eller undermotiverte ansatte?*
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforl.
- World Health Organization. (2007). Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43821/9789241596312_eng.pdf

VEDLEGG I: Informasjons og samtykkeskjema

Vil du delta i forskingsprosjektet

«Korleis oppfattar og handterer leiarar i sjukehus eventuelle rekrutteringsutfordringar knytt til mangel på sjukepleiarar?»

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i eit forskingsprosjekt der føremålet er å studere korleis rekrutteringsutfordringar knytt til tilgang på sjukepleiarar vert opplevd og handtert av leiarar i sjukehus. I dette skrivet gjev me deg informasjon om måla for prosjektet og om kva deltaking vil innebere for deg.

Føremål

Føremålet med dette prosjektet er å gå i djupna på korleis leiarar opplever rekrutteringsutfordringar knytt til tilgang på sjukepleiarpersonell. Me ynskjer å ha fokus på korleis leiarar handterer situasjonen, kva utfordringar dei står i, kva prioriteringar som må gjerast og korleis dei meiner at utfordringane kan løysast. Med dette som bakgrunn vil me studere haldningar, meiningar og erfaringar. Studiet er eit masterprosjekt ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

Kven er ansvarleg for forskingsprosjektet?

Kristine Bærøe og Inger Lise Teig (rettleiarar) er ansvarlege for prosjektet.
Gunn Iren Hovda Engvold (masterstudent) utfører studiet.

Kvifor får du spørsmål om å delta?

Me har valt ut leiarar på ulike nivå på fleire sjukehus, der me ynskjer å gå i djupna på korleis leiarar opplever rekruttering knytt til sjukepleiarar.

Kva inneber det for deg å delta?

I samband med masterprosjektet vil me gjere ei empirisk undersøking, med djubdeintervju. Deltaking i prosjektet inneber at du deltek som informant. Det vil verte gjort taleopptak av intervjuet, som deretter vert skrive ut som tekst (transkribert). Etter endt prosjekt vil opptaket verte sletta. I mellomtida vil lydopptak samt datamaterialet verte lagra i SAFE (Sikker Adgang til Forskingsdata og E-infrastruktur), der kun masterstudent og rettleiarar (Bærøe/Teig) har tilgang. Transkripsjonane vert anonymisert. Lydopptak vil ikkje vere tilgjengeleg for andre enn masterstudent og tilhøyrande rettleiarar ved universitetet. Om du vel å delta i prosjektet, inneber det at du deltek på eit intervju via Teams. Berekna tidsbruk er inntil 1 time.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du vel å delta, kan du når som helst trekkje samtykket tilbake utan å gje nokon grunn. Alle personopplysingane dine vil då bli sletta. Det vil ikkje føre til nokon negative konsekvensar for deg dersom du ikkje vil delta eller seinare vel å trekkje deg.

Ditt personvern – korleis vi oppbevarer og bruker opplysingane dine

Me vil berre bruke opplysingane om deg til føremåla vi har fortalt om i dette skrivet. Me behandlar opplysingane konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Gjennom prosjektet vil rettleiarar, Kristine Bærøe og Inger Lise Teig, og masterstudent Gunn Iren Hovda Engvold ha tilgang til innsamla materiale
- Namnet og kontaktopplysingane dine vil erstattast med ein kode som blir lagra på ei namneliste skild frå resten av dataa, og datamaterialet vert lagra i SAFE
- Ved ferdigstilling av prosjektet vil du som deltakar kunne gjenkjenne dine egne svar frå intervjuet. Det vert ellers ikkje vere mogleg å kunne gjenkjenne deltakarane då identifiserbar informasjon vil verte anonymisert. Namn på sjukehus/avdeling vert også anonymisert.

Kva skjer med opplysingane dine når vi avsluttar forskingsprosjektet?

Opplysingane blir sletta når prosjektet er avslutta/oppgåva er godkjend, noko som etter planen er 15.desember 2023. Opptak vert også sletta ved prosjektslutt.

Kva gjev oss rett til å behandle personopplysingar om deg?

Me behandlar opplysingar om deg basert på samtykket ditt. Prosjektet er registrert i RETTE.

På oppdrag frå Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen har Personverntjenester vurdert at behandlinga av personopplysingar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettar

Så lenge du kan identifiserast i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i kva opplysingar vi behandlar om deg, og å få utlevert ein kopi av opplysingane,
- å få retta opplysingar om deg som er feil eller misvisande,
- å få sletta personopplysingar om deg,
- å sende klage til Datatilsynet om behandlinga av personopplysingane dine.

Dersom du har spørsmål til studien, eller om du ønskjer å vite meir eller utøve rettane dine, ta kontakt med:

- Universitetet i Bergen, Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Kristine Bærøe (kristine.baroe@uib.no) og Inger Lise Teig (inger.teig@uib.no)
- Gunn Iren Hovda Engvold (engv@helse-bergen.no, tlf. 41694311)

Dersom du har spørsmål knytt til Personverntjenester si vurdering av prosjektet kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester, på e-post (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.
- Vårt personvernombod: Janeke Helene Veim (Janecke.Veim@uib.no, tlf. 93030721)

Venleg helsing

Kristine Bærøe og Inger Lise Teig
(Forskarar/rettleiarar)

Gunn Iren Hovda Engvold
(Masterstudent)

Samtykkeerklæring

Eg har motteke og forstått informasjon om prosjektet «*Korleis oppfattar og handterer leiarar i sjukehus eventuelle rekrutteringsutfordringar knytt til mangel på sjukepleiarar?*»

og har fått høve til å stille spørsmål. Eg samtykker til:

- å delta i intervju

Eg samtykker til at opplysingane mine kan behandlast fram til prosjektet er avslutta.

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

VEDLEGG II - INTERVJUGUIDE

Intervjuguide

Bakgrunnsinformasjon – føremålet med intervjuet og presentasjon av meg sjølv

Gunn Iren Engvold, bakgrunn som sjukepleiar.

Leiarutdanning ved Universitetet i Bergen, mastermodular innan helseledelse, kvalitetsforbedring og økonomi. No masteroppgåve, som skal vere ferdig seinast 15. desember 2023.

Jobbar i dag med leiing ved Voss sjukehus

Formålet med intervjuet er å få innblikk i din kvardag når det kjem til rekruttering av sjukepleiarar, kva utfordringar du eventuelt møter på og dine refleksjonar knytt til dette. Eg ynskjer å undersøke korleis rekruttering vert handtert i praksis, med fokus på system og planleggingsstrategi.

Informasjon om informert samtykke og anonymitet.

Informasjon om korleis eg har tenkt å gå fram dei neste 60 minutta.

Eg har ein intervjuguide, med ulike spørsmål. Du svarar ut frå din ståstad. Så ser me kvar samtalen fører oss.

Etterspørje om informanten lurar på noko.

Som opningsspørsmål ynskjer eg å høyre litt om bakgrunnen din.

- alder
- kva utdanningsbakgrunn han/ho har,
- kor mange år vedkomande har som leiar,
- kva nivå er du leiar på
- kva han/ho ellers kan fortelje om klinikken
- Kjønn

HANDTERING

Rekruttering av sjukepleiarar

Korleis set føretaket/klinikken/avdelinga/seksjonen du er leiar for fokus på rekruttering?

Overordna plan i føretaket/avdelingsvise planar? Strategi?

Opplever du isåfall at leiarar under deg forhold seg aktivt til denne?

Evt. forhold du deg aktivt til denne?

Involverer du deg i rekruttering, evt. korleis?

Er du kjent med om føretaket/klinikken/avdelinga/seksjonen du er leiar for opplever, eller har opplevd, rekrutteringsutfordringar knytt til sjukepleiarar?

Om ja: Kva ser du som hovudårsakene til rekrutteringsutfordringar?

Om nei: Kva ser du som hovudårsakene til at de lukkast i rekruttering av sjukepleiarar?

I fylgje NAV manglar Noreg pr. i dag 5900 sjukepleiarar, og er venta mangedobla inn mot 2035. I rapporten Fremtidige kompetansebehov III (NOU, 2020:2) beskrives sykepleiere som en av yrkesgruppene det er høyest mangel på innen helse- og omsorgstjenestene og det er problemer med rekruttering av sykepleiere i dag.

Kan du sei litt om korleis du vil beteikne den nasjonale rekrutteringsutfordringa av sjukepleiarar i dag, og framskrivingane knytt til dette?

Korleis påverkar dette deg som leiar, og korleis forhold du deg til det?

Kjenner du på bekymring?

Korleis omtalar du utfordringane knytt til mangel på sjukepleiarar, i kvardagen din?

Korleis opplever du politikarar og fagforeningar tilnærmar seg, og omtalar, rekrutteringsutfordringa?

Nokon nyttar begrepet «krise» i samband med rekrutteringsutfordringane knytt til sjukepleiarar i dag (t.d. fagforeiningar og media), kva tenkjer du om det?

OPPFATNING

Kva erfaring har du knytt til strategi/ «bestilling» frå dine overordna når det gjeld rekruttering?

Opplever du at det er kjennskap til skriftlege dokument knytt til dette, blant leiarar i linjene under deg? (omskriftleg strategi fins)

Korleis opplever du at sjukepleiarmangelen vert handtert av myndigheiter og politikarar?

Korleis opplever du politikarar og fagforbund tilnærmar seg, og omtalar, rekrutteringsutfordringa?

Nokon beteiknar sjukepleiarmangelen som ei krise (t.d. media og Sjukepleiarforbundet). Kva tenkjer du om dette?

Korleis påverkar minkande tilgang på sjukepleiarpersonell ditt føretak/klinikk/avdeling/seksjon?

Korleis påverkar dette leiarane i linja under deg (om aktuelt)?

Korleis opplever du at sjukepleiarmangelen vert handtert av leing over deg?

Korleis opplever du at sjukepleiarmangelen vert handtert av myndigheiter og politikarar?

Verkemidlar

Kva tenkjer du om at andre i helsesektoren nyttar ulike verkemidlar, som t.d. bonus, bustad, andre tilretteleggingar?

Brukar de ekstraordinære goder i klinikken du er leiar for?

Planlegging

Kva planleggingshorisont opplever du at det er mogleg å ha knytt til rekruttering av sjukepleiarar?

Kva meiner du skal til for å møte framtidig utfordring med å ha tilgang til nok sjukepleiarar i helsetenesta?

Korleis tenkjer du at helsetenesta på kort sikt bør sikre seg nok tilgang på sjukepleiarar?

Korleis tenkjer du at helsetenesta på lang sikt bør sikre seg nok tilgang på sjukepleiarar?

Før intervjuet vert avslutta:

Samandrag av hovudpunkta intervjuet har gjeve meg.

- Eg har ikkje fleire spørsmål. Har du noko meir du ynskjer å sei før eg avsluttar intervjuet?

Etter at intervjuet er avslutta:

- Korleis var di oppleving av intervjuet?