



Opplæring av nyutdannede sykepleiere
– leder sin rolle

Mona Oppedal

Masteroppgave i pedagogikk
Vår 2011

UNIVERSITETET I BERGEN

Det psykologiske fakultet

Institutt for pedagogikk

FORORD

En lang reise mot økt kunnskap nærmer seg endestasjonen. På denne reisen har det vært mange medpassasjerer og reiseledere som har bidratt på ulike måter.

Jeg vil rette en stor takk til veileder og arbeidsgiver som reiseledere. Takk til veileder førsteamanuensis Gunn Elisabeth Søreide ved Universitetet i Bergen, som hele veien har oppmuntret og støttet meg, spesielt gjennom en lang skriveprosess. Takk til arbeidsgiver, klinikkdirektør Lars Oddvar Arnestad ved Ortopedisk klinikk, for oppmuntring til å starte på mastergradsstudiet og tilrettelegging av arbeidstid gjennom studiet.

Som medpassasjerer vil jeg takke mine medstudenter for godt faglig samarbeid gjennom de to første årene av utdanningen, bibliotekarer for god søkehjelp, familie og venner for forståelse, oppmuntring og tillit til at jeg skulle klare å gjennomføre mastergraden. Ingen nevnt – ingen glemt.

Som bidrag til reisekassen vil jeg takke Helse Bergen, NSF og NSF-LSL for økonomisk støtte.

Til slutt - takk til mine informanter som i en travel hverdag stilte opp til intervju. Uten dem hadde ikke dette prosjektet vært mulig å gjennomføre.

Bergen, januar 2011

INNHOLD

SAMMENDRAG	5
SUMMARY	6
1. INNLEDNING	7
1.1 Hvorfor fokusere på opplæring av nyutdannede sykepleiere?	7
1.2 Problemstilling	8
1.3 Hvorfor forske på opplæring av nyutdannede sykepleiere?	10
1.3.1 Sykepleieledelse i sykehus	10
1.3.2 Avdelingssykepleier sin rolle i opplæring	11
1.3.3 Opplæring, planer og gjennomføring	11
1.3.4 Hvordan lærer sykepleiere?	12
1.3.5 Nyutdannet og nyansatt; fra student til arbeidstaker	13
1.4 Hva kan min studie tilføre?	13
1.5 Oversikt over oppgavens kapitler	14
2. KUNNSKAPSLEDELSE I EKSPERTORGANISASJONER	16
2.1 Sykehus som ekspertorganisasjon	16
2.1.1 Kjennetegn på en tjenesteytende organisasjon	17
2.1.2 Organisasjonsstruktur og ledelse	18
2.2 Ledelse	20
2.2.1 Ledelse som samhandling i kontekst	20
2.2.2 Ledelse i ekspertorganisasjon	23
2.2.3 Ledelse av kunnskapsprosesser	27
2.3 Kunnskap	29
2.3.1 Sykepleiekunnskap	31
2.4 Læring	32
2.4.1 Mesterlæring i praksisfelleskap	33
2.4.2 Opplæringskultur	35
3. METODE	36
3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt og metodisk design	36
3.2 Utvalg	37
3.2.1 Presentasjon av informantene	38
3.3 Datainnsamling	40
3.3.1 Intervjuguide	41
3.3.2 Pilotintervju	42
3.3.3 Intervju	42

3.4	Transkribering	43
3.5	Analyse	45
3.6	Forskningsetiske utfordringer	48
3.7	Validitet / reliabilitet/ overførbarhet	50
3.7.1	Validitet	50
3.7.2	Reliabilitet	51
3.7.3	Overførbarhet	52
3.8	Å forske i eget fagfelt	53
4.	PRESENTASJON AV EMPIRI	55
4.1	Rekruttering	55
4.2	Organisering av opplæringen	57
4.2.1	Planer og skriftlig materiell	58
4.2.2	Perioder og nivå	58
4.2.3	Fadder / kontaktsykepleier	60
4.3	Kurs	60
4.4	Hvordan beskriver sykepleielederne sin rolle?	61
4.5	Forventninger til nyutdannede sykepleiere	62
4.6	Hvilke type kunnskap vektlegger leder?	63
4.6.1	De nyutdannedes fokus	63
4.6.2	Ledernes fokus	64
4.7	Hvordan lærer sykepleiere?	65
4.8	Motivasjon	66
4.9	Evaluering	67
4.9.1	Evalueringssamtaler	67
4.9.2	Hva evalueres	68
4.10	Oppsummering	69
5.	DISKUSJON	71
5.1	Leders vektlegging av administrativ kunnskap	71
5.2	Evaluering / tilbakemelding, leders manglende systematikk.	74
5.3	Sykepleieleder, faglig leder eller administrator?	76
5.4	Ulike oppfatninger om opplæring	78
6.	KONKLUSJON / AVSLUTNING	81
6.1	Implikasjoner for...	81
6.1.1	- sykepleierutdanningen	81
6.1.2	- arbeidet med opplæring av nyansatte og nyutdannede sykepleiere	82
6.1.3	- videre forskning	82

7. LITTERATURLISTE	84
8. FIGUROVERSIKT	93
9. VEDLEGG	94

SAMMENDRAG

Målet med min studie har vært å få ett innblikk i hvordan sykepleieledere *selv* beskriver sitt arbeid med opplæring av nyutdannede sykepleiere i somatiske sykehus. I studien ble det spesielt fokusert på hvilke type kunnskap ledere vektlegger i opplæringsperioden, og hvordan ledere motiverer og evaluerer nyutdannede sykepleiere.

Jeg har gjennomført en kvalitativ studie, der jeg har intervjuet syv sykepleieledere ved fire sykehus, alle på kirurgiske enheter. Alle informantene er enhetlige linjeledere på sine enheter, og har personalansvar. Dataanalysen er gjennomført basert på temasentrert tilnærming.

Opplæring av nyutdannede sykepleiere handler om å utvikle kunnskap og ferdigheter i et praktisk yrke, og i en taus kunnskapstradisjon. Mine informanter refererer til læring i praksisfellesskap og mesterlære når de beskriver hvordan sykepleiere lærer og hvordan opplæring praktiseres i sine enheter. Informantene skiller mellom opplæringsperiode og nyansattperiode, og anser nyutdannede sykepleiere til å være nyansatte i minimum et år.

Informantene angir rekruttering som en viktig oppgave i sitt arbeid med opplæring, og definerer nyutdannede sykepleiere i to grupper; de som er kjent i avdelingen fra studenttiden – og de som er helt ukjente. Informantene er eksplisitte på at hvem de rekrutterer, om de er kjente eller ukjente, har innvirkning på hvordan opplæringen gjennomføres. Lederne uttrykker bekymring for at nyutdannede sykepleiere starter sin yrkeskarriere på et kaotisk tidspunkt i avdelingene, med avvikling av sommerferie.

Sykepleielederne er opptatt av å være faglige premissleverandører, men er lite aktive i den praktiske gjennomføringen av opplæringen. Alle enhetene har skriftlig materiell og tilbud om kurs. De fleste praktiserer en ordning med fadder eller kontaktsykepleier. Administrative oppgaver prioriteres i opplæringsperioden. Informantene opplever de nyutdannede sykepleierne som motiverte for å lære. Systematisk evaluering blir i liten grad gjennomført og dokumentert.

Nøkkelord: opplæring, sykepleier, nyutdannede, ledere, sykehus

SUMMARY

The object of this thesis has been to gain insight into how Nurse Managers themselves describe training of newly educated nurses in somatic hospitals. The thesis focuses in particular on what kind of knowledge managers emphasize during the nurses training period, and how managers motivate and assess newly educated nurses.

I have conducted a qualitative study, interviewing seven Nurse Managers at four different hospitals, all in surgical units. All informants are unit leaders and their work includes Human Resource management activities of the department/unit. The data analysis is performed based on a “theme centered” approach.

Training of newly educated nurses is all about developing knowledge and skills in a practical profession, and a tacit “know-how”-tradition. When describing how nurses learn, my informants refer to learning through a training community and “mesterlære”. The informants differentiate between “training period” and “newly employed period”, and consider newly educated nurses to be newly employed for one year.

The informants consider recruitment as an important task in their work with training, and they define the newly educated nurses to be in one of two groups: those how became familiar with the unit whilst studying, and those who are completely unfamiliar. The informants explicitly state that the aspect of the newly employed nurses being familiar or unfamiliar has an effect on how their training is facilitated. Managers express concern that recently educated nurses start their careers during summer when units suffer chaotic times due to staff on summer holidays.

Nurse Managers aspire to convey professional premises, though they are little involved in the practical completion of nurse training. All units have written manuals and offer courses. In most of the units the newly employed nurses have a tutor or contact nurse. Administrative tasks are prioritized during training. The newly educated nurses come across as willing to learn, according to my informants. Systematic evaluation is used and documented only too little extent.

Key words: Training, nurse, newly educated, Nurse Manager, hospital

1. INNLEDNING

Å utdanne seg til sykepleier er å utdanne seg til ett yrke. Å arbeide som sykepleier er å utøve et praktisk yrke. Florence Nightingale, den moderne, verdslige sykepleiens grunnlegger, så på sykepleie som en kunst, den fineste av alle kunster. En kunst som måtte læres, og som krevde like mye hengivenhet fra sykepleiernes side som det en kunstner ga sitt kunstverk (Fause & Micaelsen, 2002).

Mitt valg av tema er opplæring av nyutdannede sykepleiere i somatiske sykehus, og leder sin rolle i forhold til dette. Opplæring og fagutvikling har vært et av mine interesefelt nesten like lenge som jeg har vært utdannet sykepleier, og er grunnen til at jeg studerer pedagogikk. Som relativt nyutdannet sykepleier fikk jeg en nyopprettet stilling med opplæring og fagutvikling som hovedoppgave. Jeg erfarte at systematisk opplæring av nyutdannede var nødvendig, både for å sikre kvalitet på tjenesten og for å ivareta sykepleierne. Jeg har arbeidet på flere ulike kliniske avdelinger, og opplæring og fagutvikling har alltid hatt ett sterkt fokus i min arbeidshverdag.

Jeg har i mange år arbeidet som leder og har erfart at lederrollen i spesialisthelsetjenesten og sykehuset som organisasjon, har endret seg i løpet av disse årene. Leder sin rolle i forhold til opplæring er derfor interessant for meg å forske på.

I følge Habermas har pedagogikk ett tosidig mål; tilfredsstillende systemets behov for materiell reproduksjon i form av tilpasning, kvalifisering og selektering, og tilfredsstillende livsverdens symbolske reproduksjon i form av at den enkelte skal ha en identitet, føle solidaritet og at tilværelsen har en mening (Pedersen, 2007). Opplæring av nyutdannede sykepleiere skal både utvikle og kvalifisere gode yrkesutøvere, og gi den enkelte en identitet og mulighet til å kunne utøve faget sitt på en etisk og forsvarlig måte.

1.1 Hvorfor fokusere på opplæring av nyutdannede sykepleiere?

Dagens sykepleierutdanning er en 3-årig høyskoleutdanning som beskrives som en profesjonsutdanning og kvalifiserer for en bachelorgrad. Nasjonale rammeplaner fastsatt av Kunnskapsdepartementet angir mål og innhold i utdanningen. Irgens (2007, s. 18) definerer en profesjonsutdanning som: "En profesjonsutdanning går gjerne over flere år og

har som siktemål at du skal utvikle ekspertise innenfor et felt. Den fører fram til et bestemt yrke og ofte til en bestemt yrkestittel". Sykepleie er et regulert yrke, det betyr at alle som skal arbeide som sykepleiere, må ha autorisasjon. Autorisasjon som sykepleier innebærer at myndighetene, ved Statens Autorisasjonskontor, har bekreftet at man oppfyller de formelle og faglige kravene som er nødvendige for å kunne bruke yrkestittelen sykepleier (Norsk Sykepleierforbund, 2008).

Arbeidsgiver sitt ansvar for å arbeide med opplæring av nyutdannede sykepleier har en tydelig forankring i lovverk og strategidokument. I Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) heter det i § 4-2: "I utformingen av den enkeltes arbeidssituasjon skal: e) det gis tilstrekkelig informasjon og opplæring slik at arbeidstaker er i stand til å utføre arbeidet når det skjer endringer som berører vedkommendes arbeidssituasjon". Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) beskriver i § 3-10 følgende:

"Opplæring, etterutdanning og videreutdanning.

Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig".

Helse Vest sin strategiplan (2007), HELSE 2020, nevner introduksjonsprogram for nyansatte som et av tiltakene for å være en framtidsretta kompetanseorganisasjon. Norsk sykepleierforbund skriver i sitt prinsippprogram for 2008 – 2011 (s.11) følgende om utdanning, fagutvikling og forskning: "- veiledningsoppfølging av nyutdannede sykepleiere skal gjennomføres".

Opplæring er med andre ord ikke en oppgave sykepleieledere kan velge bort. Både ut fra lovverk og personalpolitiske hensyn må sykepleieledere arbeide med opplæring av nyutdannede sykepleiere. At sykepleierutdanningen de siste årene har endret karakter slik at den inneholder mindre praksisrelatert undervisning, stiller også krav til arbeidsplassen om å ivareta og tilrettelegge for opplæring av nyutdannede sykepleiere.

1.2 Problemstilling

Min hovedproblemstilling er:

Hvordan arbeider sykepleieledere i somatiske sykehus systematisk med opplæring av nyutdannede sykepleiere?

Sykehus betegnes som en ekspertorganisasjon der posisjonen som leder i stor grad er basert på yrkesmessig status og erfaring, og nær knyttet til rollen som fagkyndig (Strand, 2007). Sykepleietjenesten på den enkelte enhet ledes av en sykepleier som har det faglige ansvaret for kvalitet på tjenesten.

Mine forskningsspørsmål som har vært ledende i analysen av empirien handler om kunnskap, motivasjon og evaluering.

Min erfaring er at den første perioden er preget av usikkerhet, når en som nyutdannet sykepleier skal stole på egne vurderinger, og utføre handlinger uten å bli kontrollert. Videre skal man administrere eget og gjerne andre sitt arbeid innenfor rammene av tildelt tid. I en opplæringsfase må den nyansatte tilegne seg kunnskap om organisasjonen i tillegg til kunnskap i selve arbeidsprosessen. Kunnskap i forhold til jobbutførelsen, handler om å skaffe seg de kunnskaper og praktiske ferdigheter som er nødvendige for selve arbeidet, og ikke minst, lære seg fagspråket og det kulturelle språket (Bakkevig Dagsland & Einarsen, 2005). Mitt første forskningsspørsmål handler derfor om kunnskap:

Hvilke type kunnskap vektlegger leder ved opplæring av nyutdannede sykepleiere?

I et sosiokulturelt perspektiv ser man på motivasjon som innebygde forventninger fra kulturen og det samfunnet man er en del av. Om vi ønsker å lære, vil avhenge av om vi opplever det som viktig (Dysthe, 2006). Spurkeland (2000) hevder at det er motiverende for medarbeidere å bli utfordret av spørsmål, og at ledere må trene seg i å stille gode spørsmål i stedet for å gi svar. Mitt forskningsspørsmål knyttet til motivasjon er derfor formulert på følgende måte:

Hvordan motiverer lederne nyutdannede sykepleiere til å delta i opplæringsprogram?

Evaluering blir, i et sosiokulturelt perspektiv, sett på som en integrert del av det å lære. En fokuserer på den enkelte sin kvalitet på deltakelsen i læringsaktivitetene. Det blir derfor viktig at evaluering blir sett på som en integrert del av læringsprosessen (Dysthe, 2006). Mitt siste forskningsspørsmål handler derfor om evaluering:

Hvordan arbeider sykepleieledere med evaluering, og hva evalueres?

Jeg har valgt å avgrense oppgaven ved at jeg fokuserer på leder sitt arbeid ved opplæring av nyutdannede sykepleiere. Jeg avgrenser studien også til å omhandle opplæringsperioden. Når det gjelder ledelse går jeg ikke inn på utfordringer knyttet til tillit, maktforhold eller konfliktproblematikk.

1.3 Hvorfor forske på opplæring av nyutdannede sykepleiere?

Det er overraskende lite forskning på hvordan sykepleieledere arbeider systematisk med opplæring av nyutdannede sykepleiere, og som tar utgangspunkt i praksis og leder sin egen beskrivelse av emnet. Det finnes forskning på hvordan nyutdannede sykepleiere opplever overgangen fra utdanning til arbeidsliv, og det finnes forskning på praksisstudier i sykepleierutdanningen. I den grad det finnes forskning der ledere er involvert, handler dette i stor grad om hvordan leder påvirker arbeidsmiljøet eller læringsmiljøet.

I arbeidet med å finne relevant forskning har jeg søkt i pedagogiske, psykologiske og medisinske databaser. Søkeordene som er brukt er: novice – beginner – workplace learning – job training – nurse – hospital. Videre har jeg søkt i NORA, Norwegian Open Research Archives. Første søk ble gjennomført i mars 2009 og siste søk i oktober 2010.

Den forskningen jeg har funnet og som jeg velger å presentere her omhandler sykepleieledelse i sykehus og avdelingssykepleier sin betydning for opplæring av nyutdannede sykepleiere, planer og gjennomføring av opplæring. Videre presenterer jeg forskning om hvordan sykepleiere lærer, og hvordan nyutdannede sykepleiere opplever overgangen fra studentliv til arbeidsliv.

1.3.1 Sykepleieledelse i sykehus

Innføring av foretaksreformen og enhetlig ledelse i sykehus aktualiserte diskusjonene om hvem som skal lede de enkelte enheter enhetlig, og hvilken kompetanse som er påkrevd. Skjøld Johansen (2009) finner at både sykepleiere og leger hevder at enhetlig leder i kliniske avdelinger bør inneha medisinsk faglig kompetanse, men definerer denne kompetansen ulikt. Legene mener medisinsk faglig kompetanse kun er legefaglig

kompetanse, mens sykepleierne definerer det som legefaglig eller sykepleiefaglig kompetanse. Når det gjelder ledelse generelt hevder legene at ledelse i kliniske avdelinger handler om faglig ledelse, mens sykepleierne hevder at det handler om en kombinasjon av faglig og administrativ ledelse.

Naustdal (2006) finner at rammebetingelsen for sykepleielederne til å drive faglig forsvarlig og kvalitativ god sykepleietjeneste er utfordret etter innføring av foretaksreformen. Dette begrunnes i at den enkelte sykepleieleder er mer overlatt til seg selv i den nye organisasjonsstrukturen, og at administrativt arbeid prioriteres foran faglige arbeidsoppgaver.

1.3.2 Avdelingssykepleier sin rolle i opplæring

Flere studier viser at sykepleielederne vektlegger arbeidet med læring på ulike måter, og at hver avdeling har sin unike læringskontekst knyttet til ledelse, personalgruppe og strukturelle faktorer. Dette til tross for at lederne jobber innenfor samme helseforetak og det finnes overordnede målsettinger og føringer på arbeidet med opplæring og kompetanseutvikling. Avdelingssykepleiers egen kompetanse og holdning til kunnskap og læring blir derfor avgjørende for hvilke tiltak som blir iverksatt i den enkelte enhet. Lederen spiller en viktig rolle i ressursfordelingen, for hvilken vektlegging og utforming opplæringen får i avdelingen, og for å skape en støttende læringskultur (Eraut, 2007, Hovland & Andersen, 2007, Skistad, 2006, Tøien, 2009).

1.3.3 Opplæring, planer og gjennomføring

Sykepleieres kunnskapsdeling skjer i stor grad tilfeldig og med liten grad av struktur. Det utarbeides opplæringsplaner, men gjennomføringen av disse planene varierer. Dette har sammenheng med at det uformelle arbeidet med læring står sterkt, at det formelle arbeidet står svakt og at kunnskapsdeling oftest skjer gjennom felles oppgaveløsning (Juuhl & Tronrud, 2009, Kyrkjebø, 2008, Naustdal, 2006).

NSF's faggruppe for sykepleiere i undervisning og fagutvikling gjennomførte i 2002/2003 en kartlegging av introduksjonsopplegg / organisert opplæring for nyutdannede sykepleiere i spesialisthelsetjenesten i Norge. Kartleggingen ble gjennomført på oppdrag fra Norsk sykepleierforbund (NSF). Den ble gjennomført ved at spørreskjema

ble sendt til alle landets sykehus med en svarprosent på 53,5 % (23 sykehus). Resultatet viste at alle unntatt ett sykehus bekreftet at de hadde introduksjonsprogram, men at innhold, omfang og varighet varierte. Alle unntatt to sykehus hadde skriftlig materiell knyttet til opplæringsprogrammet. Varighet på opplæringen spenner fra en dag til et år, med en sentrering rundt 2-4 uker. 39 sykehus oppgir at de har oppfølging av kontaktsykepleier, 34 sykehus tilbyr kurs og 33 sykehus har evaluering av sykepleiernes praksis. Noen sykehus har oppfølging av avdelingssykepleier, men dette er ikke tallfestet. Ingen av respondentene bruker rammeplan for sykepleierutdanningen som referanse for opplæringsprogrammet (Tørstad, 2003).

Førland (2005) finner at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og som arbeider i somatiske avdelinger, i stor grad har fått opplæring som nyutdannede sykepleiere. Videre finner Førland (2005) at 6 av 10 sykepleiere følte seg trygg i sykepleierollen et år etter avsluttet utdanning. Caspersen (2007) finner at sykepleiere opplever det som positivt å motta systematisk oppfølging i arbeidslivet, at opplæringen er tilstrekkelig for å gjøre en god jobb, og at opplæringen har videreført det de lærte i utdanningen.

Fagutviklingssykepleiere er sentrale som tilrettleggere for opplæring av nyansatte sykepleiere, men oppleves ikke som flinke til å gi tilbakemelding (Christiansen, Carlsten & Jensen, 2009, Wangensteen, Johansson & Nordström, 2008).

1.3.4 Hvordan lærer sykepleiere?

Eraut (2007) finner at nyansatte sykepleier er redde for å stille spørsmål som kan skade deres rykte / omdømme med mindre de føler sterk tillit til den de spør. Andre studier viser at sykepleiere lærer i praksisfellesskap og at uformell læring knyttet til det daglige arbeidet regnes som viktigst. Arbeidsmiljø og kolleger har stor betydning for utvikling av kunnskap. Sykepleiere oppgir at de søker råd og veiledning hos erfarne kolleger og at de foretrekker muntlige kilder framfor skriftlige. Faglitteratur som bøker og oppslagsverk, samt kurs, seminarer, formaliserte fagmøter og samlinger på arbeidsplassen er relevante kunnskapskilder (Caspersen, 2007, Hovland & Andersen, 2007, Naustdal, 2006, Staff, 2002, Thidemann, 2005, Tøien, 2009).

1.3.5 Nyutdannet og nyansatt; fra student til arbeidstaker

Overgangen til arbeidslivet oppleves stor for mange nyutdannede sykepleiere. Det oppleves som en stor overgang å skulle ha ansvar uten en veileder å støtte seg til (Skår, 2010). Studier viser at nyutdannede sykepleiere etterlyser systematisk, strukturert og individuelt tilrettelagt opplæring (Thidemann, 2005, Vareide, Hofseth, Norvoll & Røhme, 2001), og systematisk tilbakemelding (Bjørk, 1999). Systematisk tilbakemelding er særlig viktig de første månedene i ny jobb og systematisk tilbakemelding bør inneholde respons på at arbeidet er utført og på hvordan oppgaven er utført (Eraut, 2007, Wangensteen et al., 2008). Dersom samme person både skal veilede og evaluere, må denne trenes i begge rollene, og det bør utarbeides retningslinjer for evaluering (Le Maistre, Boudreau & Paré, 2006).

Ellers er det også rapportert at det å starte i ny jobb om sommeren i sykehus, er ganske tøft. Selv om mange startet der de hadde vært studenter, og på den måten var kjent i avdelingen, opplevde de at rollen som sykepleier var utfordrende (Wangensteen et al., 2008).

Nyutdannede sykepleier opplever et kompetansegap, et gap mellom hva de kan og hvilke forventninger de møter på arbeidsplassen. Dette gjelder manglende faktakunnskaper i medisinske fag; anatomi, fysiologi, sykdomslære og hygiene, og manglende organisatorisk kompetanse (Bjørk, 2006, Havn & Vedi, 1997, Vareide et al., 2001).

Både Bjørk (2006) og Solli (2009) hevder at sykepleieledere har urealistiske forventninger til sykepleierutdanningen, og dermed urealistiske forventninger til nyutdannede sykepleiere. Solli (2009) beskriver at nyutdannede sykepleiere ser ut til å oppnå handlingskompetanse i den administrative sykepleiefunksjonen etter nærmere tre år, men at arbeidsgiver forventer denne kompetansen ved ansettelse, og beskriver stor grad av misforhold mellom hvilke krav sykepleiere møter i starten av sin karriere og hvor lang tid det tar før de faktisk utvikler tilstrekkelig kompetanse til å oppleve mestring.

1.4 Hva kan min studie tilføre?

At det ikke finnes tidligere forskning på hvordan sykepleieledere arbeider systematisk med opplæring av nyutdannede sykepleiere, mener jeg viser et behov for forskning på

temaet. Min studie tar utgangspunkt i praksis og sykepleieledere sine egne beskrivelser av hvordan de arbeider med opplæring av nyutdannede sykepleiere, og jeg oppfatter den som en ny innfallsvinkel. Jeg mener derfor at min studie vil kunne tilføre ny kunnskap som har verdi for både utdanning og praksisfelt. For utdanningen må det være interessant å merke seg både ledere sine forventninger til nyutdannede sykepleiere og hvilken kunnskap ledere prioriterer i opplæringen. For praksisfeltet håper jeg at mine funn kan inspirere ledere til å formidle sitt arbeid med opplæring.

1.5 Oversikt over oppgavens kapitler

Teori

Med min hovedproblemstilling; *hvordan sykepleieledere i somatiske sykehus arbeider systematisk med opplæring av nyutdannede sykepleiere*, har jeg hatt fokus på tre teoretiske områder; sykehuset som organisasjon, ledelse og kunnskap/læring.

Metode

Jeg har gjennomført en kvalitativ studie ved hjelp av samtaleintervju. Metodekapittelet inneholder en redegjørelse for mitt utvalg av informanter samt en presentasjon av disse. Datainnsamling med utvikling av intervjuguide, pilotintervju, gjennomføring av intervju og transkribering beskrives. Jeg har brukt en temasentrert analyse, og beskriver hvordan jeg har gjennomført denne, illustrert ved hjelp av tabeller. Jeg belyser ulike forskningsetiske utfordringer og vurderer min studie sin validitet, reliabilitet og overførbarhet. Avslutningsvis diskuterer jeg utfordringer med å forske i eget fagfelt.

Presentasjon av empiri

Funnene i min studie presenteres ved bruk av meningsfortetning og sitat fra informantene. Funnene som presenteres er forhold knyttet til rekruttering, organisering av opplæringen med vekt på planer og skriftlig materiell, opplæringsperiode, bruk av fadder/kontaktsykepleier og kurs. Videre presenteres hvordan sykepleieledere beskriver sin rolle i opplæringen, og hvilke kunnskap ledere vektlegger i opplæringsperioden. Mine informanter fokuserer på hvordan sykepleiere lærer, og vektlegger praksisfellesskapet. Informantene opplever nyutdannede sykepleiere som motiverte for å lære. Informantene fokuserer på spontane tilbakemeldinger, men de fleste gjennomfører ikke evaluering systematisk.

Diskusjon

I diskusjonens første del tar jeg opp lederes vektlegging av administrativ kunnskap i opplæringen, og lederes manglende systematikk når det gjelder evaluering av nyutdannede sykepleiere. Videre diskuterer jeg om sykepleieledere i ekspertorganisasjoner er faglige eller administrative ledere. Diskusjonskapittelet avsluttes med en sammenligning av ulike oppfatninger av opplæring av nyutdannede sykepleiere i publisert forskning sammenholdt med egne funn i min studie.

2. KUNNSKAPSLEDELSE I EKSPERTORGANISASJONER

Med utgangspunkt i min hovedproblemstilling, *hvordan arbeider sykepleieledere i somatiske sykehus systematisk med opplæring av nyutdannede sykepleiere*, har jeg valgt å presentere teorier og begreper innefor tre teoretiske områder i dette kapittelet; sykehuset som organisasjon, ledelse og kunnskap/læring. I dette kapittelet presenterer jeg den teoretiske forståelsen jeg har for organisasjon, ledelse, kunnskap og læring og skisserer dermed det teoretiske og begrepsmessige rammeverket og fundamentet jeg har for prosjektet.

Først presenteres sykehuset som organisasjon. Det gjøres rede for sykehus sine lovpålagte oppgaver. Videre presenteres sykehus som en tjenesteytende organisasjon og som ekspertorganisasjon, og jeg beskriver de sentrale trekkene ved en slik organisasjon.

Når det gjelder ledelse velger jeg å fokusere på ledelse som samhandling i kontekst, relasjonsledelse og situasjonsbestemt ledelse med en presentasjon av lederstiler. Jeg beskriver ledelse i ekspertorganisasjon med fokus på enhetlig ledelse i sykehus og ledelse av sykepleietjenesten. Min presentasjon av ledelse av kunnskapsprosesser tar utgangspunkt i pedagogisk ledelse og læringsledelse.

Jeg beskriver videre ulike kunnskapsformer med særlig vekt på sykepleiekunnskap som yrkesrelevant kunnskap. Når det gjelder læring velger jeg å forankre oppgaven i et sosiokulturelt læringsperspektiv, med læring i praksisfellesskap og mesterlære som referanse

2.1 Sykehus som ekspertorganisasjon

De første sykehus ble etablert som hospitaler på 1200-tallet og var tilknyttet kirken og ledet av diakoner. Nestekjærlighet og hjelp til de svake i samfunnet lå til grunn for etableringen. I det 20. århundre utviklet sykehusene seg fra å være pleieinstitusjoner og et tilbud til de fattige, til å bli behandlingsinstitusjoner ved alvorlig lidelse og sykdom. Framgang innen medisinsk vitenskap og teknologi, spesielt innenfor kirurgi, var sentral for utviklingen av det moderne sykehuset (NOU, 1997). I dag er sykehus avanserte kunnskapsorganisasjoner, og blir betraktet som ekspertorganisasjon / fagbyråkrati. Da-

gens sykehus er en tjenesteproduserende virksomhet der tjenesten utøves av profesjonelle med betydelig fagkompetanse.

I henhold til Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 skal dagens sykehus særlig ivareta følgende oppgaver:

1. pasientbehandling,
2. utdanning av helsepersonell,
3. forskning, og
4. opplæring av pasienter og pårørende

Organisasjonsmessig er norske sykehus for tiden preget av det siste tiårets endringer med overgang til helseforetak, og innføring av enhetlig ledelse på alle nivå med bakgrunn i New Public Management (NPM) ideologien. NPM, ny offentlig ledelse, var opprinnelig en næringslivsideologi, men brukes nå i offentlig sektor. Et kjennetegn på NPM er en sterk tro på ledelse og prinsippet om enhetlig ledelse med klare kommandolinjer. Profesjonell ledelse innebærer at lederen primært er leder og ikke fagperson (Høst, 2005, Irgens, 2007, Orvik, 2004).

2.1.1 Kjennetegn på en tjenesteytende organisasjon

En organisasjon består både av en samling enkeltindivider og et fellesskap, der både enkeltindividene og fellesskapet innehar interesser og følelser knyttet til organisasjonens oppgave. Gruppen av enkeltindivider som danner organisasjonens fellesskap, arbeider mot et felles mål. Denne samhandlingen er formalisert gjennom regler og prosedyrer som det enkelte medlemmet i fellesskapet må ta hensyn til og forholde seg til (Busch, Vanebo & Dehlin, 2010, Visholm, 2009, Yukl, 2009).

Organisasjoner betraktes som virkemidler for å løse oppgaver eller realisere bestemte mål, og kan inndeles etter hva de produserer; varer eller tjenester. Helsevesenet og sykehus beskrives som en tjenesteytende virksomhet. Tjenestene konsumeres samtidig som de produseres og betegnes som immaterielle, da det ikke er fysiske ting som produseres. Tjenesteproduksjon er som regel arbeidsintensiv, og skjer i en samhandling mellom den som produserer tjenesten og kunden, og må følgelig finne sted der kunden befinner seg. Tjenesteproduksjon handler altså om en direkte relasjon mellom mennesker med kunnskaper og ferdigheter, og mennesker som har behov for de aktuelle tjenestene

(Jacobsen & Thorsvik, 2007). Da pasientene kommer til sykehus for å få behandling av kompetent helsepersonell er dette et godt eksempel på en tjenesteproduserende virksomhet.

2.1.2 Organisasjonsstruktur og ledelse

Organisasjonsstruktur handler om arbeidsdeling, fordeling av ansvar og myndighet mellom personer eller enheter i organisasjonen. Både interne og eksterne forhold bidrar til å utvikle strukturen i en organisasjon. Internt er struktur knyttet til størrelse, arbeidsoppgaver, ansatte og tilgang på teknologi. Eksternt er struktur knyttet til stabilitet i markedet, kompleksitet, og til en viss grad trender i samfunnet, jfr. innføring av NPM i helsevesenet (Irgens, 2007).

De ansatte i et fagbyråkrati eller en ekspertorganisasjon er tildelt mye beslutningsmyndighet og har stor autonomi i det daglige arbeidet. Beslutningssystemet består både av vertikal og horisontal desentralisering. Beslutningsmyndighet desentraliseres fordi de ansatte i et fagbyråkrati består av profesjonelle og vitenskapelig skolerte yrkesutøvere, som gjennom utdanningen har tilegnet seg kunnskaper og ferdigheter som er nødvendig for å løse oppgavene på en tilfredsstillende måte. Med bakgrunn i sin profesjonsutdanning har ansatte i ekspertorganisasjoner stor handlefrihet og beslutningsmakt i det faglige arbeidet. Standardisering av kunnskap som koordineringsmekanisme stiller krav til hvilke kunnskaper og ferdigheter de ansatte i en organisasjon skal ha (Busch et al., 2010, Jacobsen & Thorsvik, 2007).

I en organisasjon hvor arbeidet er delt opp ved å skape spesialiserte roller, funksjoner og enheter, må det brukes vertikale og horisontale integreringsmetoder for å binde de forskjellige elementene sammen igjen. Vertikale metoder for integrering er bruk av formelle virkemidler der overordnede nivåer koordinerer og kontrollerer arbeidet. Horisontale former for samordning, som for eksempel etablering av klinikkvise ledergrupper eller prosjektgrupper for å løse aktuelle problemstillinger, er mindre formelle og mer fleksible, og fungerer dermed enklere og raskere (Bolman & Deal, 2009, Busch et al., 2010).

Sykehus som ekspertorganisasjon bruker standardisering av faglige kunnskaper som koordineringsmekanisme og arbeidsfordelingen skjer med utgangspunkt i kunnskap,

profesjonell utdanning og opplæring. Sykehusets avdelinger inndeles ofte i kirurgiske og medisinske fagfelt. Deretter skjer det (på større sykehus) en subspecialisering, gjerne med utgangspunkt i organer, for eksempel øre - nese- hals avdelinger og gastroavdelinger som arbeider med mage - tarm sykdommer.

I en organisasjon vil det være ledelse på ulike nivå. En vanlig nivåinndeling er det institusjonelle nivå der vi finner toppledelsen, et administrativt nivå der vi finner mellomledere med et overordna ansvar for et begrenset område av organisasjonens virksomhet, og et operativt nivå der lederne har det daglige oppfølgingsansvaret for organisasjonens kjernevirksomhet. Denne inndelingen av ledelse betegnes som linjeorganisering, og illustreres som en pyramide med den øverste lederen på toppen og de som står for produksjonen nederst. Pyramiden illustrerer at det går en ubrutt linje med myndighetsrelasjoner mellom de ulike nivåene i organisasjonen. Linjeorganisering viser det formelle hierarkiet av beslutningsmyndighet, og forutsetter at organisasjonen fungerer etter et hierarkisk prinsipp, der makt og myndighet er klart definert. I praksis betyr det at den som sitter over en annen i linjen, kan foreta beslutninger eller bestemme over den som er under (Busch et al., 2010, Irgens, 2007, Jacobsen & Thorsvik, 2007). I en linjeorganisasjon vil det ofte være behov for stabsavdelinger som kan ivareta oppgaver knyttet til fellesfunksjoner (for eksempel lønnsutbetalinger), og som kan bistå ledelsen i å styre og lede organisasjonen. Stabsavdelinger har i en linjestruktur en rådgivende, og ingen instruerende funksjon i forhold til de enkelte linjelederne (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

Sykehus beskrives også som en lærende organisasjon. I Helse Bergen sin strategiplan, 2008-2012 heter det for eksempel at foretaket skal være "Ein framtidsretta kompetanseorganisasjon". Dette konkretiseres med at både ledere og medarbeidere skal ta ansvar for å skape gode resultater. Foretaket skal være en lærende arbeidsplass der nye metoder, basert på best tilgjengelig kunnskap, og ny teknologi iverksettes. Forskning, utdanning og fagutvikling framstår som viktige satsingsområder for Helse Bergen i strategiplanen.

Lærende organisasjoner kjennetegnes av at organisasjonskulturen verdsetter læring som en verdi. Både å utvikle og implementere ny kunnskap er viktige oppgaver for en lærende organisasjon og slike organisasjoner krever dermed en kunnskapsorientert ledelse som integrerer ledelse og læring, og som fokuserer på pedagogisk ledelse med kontinu-

erlig utvikling av medarbeiderne i et praksisfellesskap. Ledelse vil i en lærende organisasjon oppfattes som en samhandlingsprosess mellom ledere og medarbeidere (Wadel, 2002, 2008, Wadel, C.C., 2009).

2.2 Ledelse

Ledelse defineres og beskrives på mange ulike måter, men det finnes to sentrale fellesstrekk. Det ene er at ledelse oppfattes som et relasjonelt forhold mellom leder og den gruppen vedkommende er leder for, og det andre er at ledelse utøves i en bestemt situasjon; situasjonsbestemt ledelse (Høst, 2005).

Som funksjon består ledelse i målformulering, resultatoppnåelse og formidling av dette, samt problemløsning i sanntid (Sirnes, 2009). En leders formelle myndighet vil variere etter hvilke myndighet som er delegert til vedkommende og hvor stort mandatområde vedkommende har (Høst, 2005).

I dette kapittelet beskriver jeg enhetlig ledelse i sykehus og sykepleieleidelse. Videre beskriver jeg noen av de ulike definisjonene på ledelse jeg mener er relevante for mitt prosjekt. Jeg beskriver kjennetegn ved pedagogisk ledelse og læringsledelse, da jeg i min undersøkelse finner at opplæring gjennomføres ved bruk av læringsledere, og at informantene beskriver seg selv som pedagogiske ledere.

2.2.1 Ledelse som samhandling i kontekst

Skal man virke som leder er man avhengig av samhandling med andre. Ledelse er et forhold mellom to eller flere mennesker. ”Å lede er å være i en aktiv relasjon til noen du har lederansvar for” (Spurkeland, 2000, s.19).

2.2.1.1 Relasjonsledelse

Relasjonsledelse er menneskeorientert, og bygger på et positivt menneskesyn med grunnleggende respekt for andre mennesker (Spurkeland 2000). Relasjonsledelse er relevant for sykepleieleidere fordi relasjonsledelse handler om å gjøre andre gode gjennom å påvirke og bruke de muligheter som ligger i rommet mellom leder og medarbeider, og å forstå andre sine behov. På samme måte som i sykepleie, er kommunikasjon

og ferdigheter knyttet til samhandling grunnleggende i relasjonsledelse. Et viktig mål i relasjonsbygging er å bevare og forbedre egen og andres selvfølelse (Spurkeland 2000).

Relasjoner er noe en besitter i fellesskap med andre mennesker og mellommenneskelige relasjoner forvaltes i dette fellesskapet (Wadel, 2005). Disse relasjonene skapes gjennom dialog. Når en sykepleieleder skal arbeide med opplæring av nyutdannede sykepleiere, er dialog et viktig og nødvendig verktøy. ”Med dialog menes *den likeverdige og balanserte samtalen*” (Spurkeland, 2000, s. 45), som gir oppmerksomhet og bekreftelse til menneskene som deltar, og der alle deltakerne har en følelse av å bli ivaretatt og sitter igjen med gevinst (Spurkeland, 2000).

I relasjonsledelse er samhandlingen mellom leder og medarbeidere, og mellom arbeidskolleger sentralt. Relasjonsledelse forutsetter personlige, mellommenneskelige og gruppeorienterte relasjonelle og sosiale ferdigheter hos lederen. Personlige ferdigheter innebærer at leder har selvinnsikt, er kreativ, og evner både problemløsning og stressmestring. Mellommenneskelige ferdigheter innebærer kommunikative ferdigheter i form av å være lyttende og støttende overfor medarbeiderne. Ferdigheter og kunnskap om mellommenneskelig atferd og prosesser, herunder å forstå følelser, holdninger og motiver, er nødvendig for en leder for å kunne etablere et godt forhold til og mellom både over- / under- / sideordnede og eksterne samarbeidspartnere. Evne til å motivere, påvirke og håndtere konflikter er også nødvendige mellommenneskelige ferdigheter i relasjonsledelse. Evne til delegering og velfungerende teambygging vektlegges som gruppeorienterte ferdigheter (Høst, 2009, Orvik, 2004).

2.2.1.2 *Situasjonsbestemt ledelse*

Situasjonsbestemt ledelse bygger på forutsetningen om at ”lederen er i stand til å variere egen atferd samt tilpasse lederstil til situasjon på en måte som har gunstig effekt på medarbeidernes prestasjoner” (Thompson, 2009, s. 138). Et sentralt element i teorien om situasjonsbestemt ledelse er forståelsen av at det finnes ulike lederstiler som beskriver forholdet mellom leder og medarbeider. Ingen lederstil er i seg selv den beste, men det handler om å finne riktig lederstil i forhold til det som situasjonen krever. Hvilken lederstil som skal velges, avhenger av lederens totale situasjon, og hvordan han eller hun diagnostiserer situasjonen. Leder må ha evne til vurdere og å se hvilken lederstil

som er mest hensiktsmessig i den aktuelle situasjonen. Dette forutsetter at medarbeiderne ser behovet for at leder bruker ulike lederstiler, samtidig som leders atferd til en viss grad må være forutsigbar slik at det ikke oppstår utrygghet hos medarbeiderne (Busch, et al., 2010).

I situasjonsbestemt ledelsesteori skilles det mellom støttende og styrende lederstil. Med en høy grad av medarbeiderorientering velges en støttende lederstil, mens en styrende lederstil sammenfaller med oppgaveorientert ledelse (Busch et al., 2010, Orvik, 2004).

Støttende atferd (høy)	Høy støttende og lav styrende	Høy styrende og høy støttende
	Lav støttende og lav styrende	Høy styrende og lav støttende
(lav)	(lav)	(høy)

Styrende atferd

Figur 1: Figur som viser fire lederstiler (Thompson, 2000, s. 43).

Medarbeiderens kompetanse i forhold til mål og handlingsplan	Lederstil
Kan ikke Vil	Instruerende lederstil
Kan ikke Vil ikke	Overtalende lederstil
Kan Vil ikke	Deltakende lederstil
Kan Vil	Delegerende lederstil

Figur 2: Figur som viser sammenheng mellom kompetansenivå og valg av lederstil (Thompson, 2000, s. 50).

Valg av lederstil skjer med bakgrunn i og vurdering av medarbeidernes utviklingsnivå i form av kompetanse; kunnskaper og ferdigheter knyttet til å løse bestemte arbeidsoppgaver, og motivasjon og selvtillit (Thompson, 2009).

For sykepleieledere som arbeider med opplæring av nyutdannede sykepleiere, vil det være nærliggende å anta at en instruerende lederstil benyttes i opplæringsfasen. Avhenging av hvordan den nyutdannede sykepleieren tilegner seg kunnskaper, vil leder mest sannsynlig kunne gå over til å bruke en delegerende lederstil utover i nyansattperioden.

2.2.2 Ledelse i ekspertorganisasjon

Å være leder i en ekspertorganisasjon er å være leder i en virksomhet der en møter ulike og til tider motstridende krav og forventninger. Som leder skal man ivareta forventninger og krav fra overordnede ledere og myndigheter om å drive faglig forsvarlig innenfor tildelte økonomiske rammer, og samtidig skal man som leder støtte og ivareta den enkelte medarbeider sine behov for å ta faglige beslutninger. Dette handler om forholdet mellom styring og faglig autonomi hos de ansatte, og deres individuelle og kollektive frihet. Individuell frihet handler om den enkelte medarbeider sitt behov for å ta faglige beslutninger med basis i profesjonskunnskaper. Kollektiv frihet handler om medarbeiderne som gruppe, og denne gruppen sitt behov for å påvirke virksomhetens faglige utvikling (Høst, 2005). En lege eller sykepleier tar gjennom en arbeidsdag, mange faglige beslutninger i sine møter med pasienter og pårørende. Spesielt legers autonomi i faglige beslutninger, kan være en kilde til konflikt dersom det ikke korresponderer med overordnede styringsprinsipper.

I en ekspertorganisasjon er leder også ansvarlig for utviklingen av et godt fagmiljø, og er dermed også en faglig leder. Forskjellene mellom administrativ og faglig ledelse kan beskrives på følgende måte: Mens administrativ ledelse er profesjonsnøytral og innebærer at leder har totalansvar for avdelingen, er faglig ledelse profesjonsspesifikk, og innebærer at leder har et avgrenset faglig ansvar. Sentralt i faglig ledelse er at veiledningsansvar er begrenset til eget fagområde, og en forpliktelse om at det faglige blir utført innenfor kravet om faglig forsvarlighet (Orvik, 2004). Mens administrativ leder har arbeidsgiveransvar og budsjettansvar, har faglig leder et medansvar for enhetens ressurs-

forvaltning. Det stilles selvsagt krav om faglig forsvarlig drift til både administrativ og faglig ledelse.

Den mest kritiske ressursen i en ekspertorganisasjon er medarbeidernes kunnskaper og kompetanse. Den enkelte medarbeider innehar og kontrollerer organisasjonens viktigste ressurs. Ledere sin rolle og utfordring blir dermed å være både en tilrettelegger, støtte-spiller, veileder og inspirator for medarbeiderne, og leder må følgelig utøve en delegerende lederstil. Prosesser må ledes på en måte som medfører at medarbeiderne føler seg ivaretatt og delaktige i beslutninger og fordeling av ressurser (Høst, 2005).

2.2.2.1 *Enhetlig leder i sykehus*

I Norge har vi i dag helseforetak på to nivå, et regionalt overordna organisatorisk nivå, og et utøvende nivå der sykehus står for tjenesteproduksjonen. Sykehus betegnes som en ekspertorganisasjon eller kunnskapsorganisasjon som kjennetegnes ved at den baserer seg på spesiell kunnskap, spesialisert språk, lavt hierarki og behandling av komplekse problemstillinger. Lederrollen er dessuten nært knyttet til rollen som fagperson (Strand, 2007).

Innføring av helseforetak ved inngangen av 2002, kombinert med nye helselover, medførte store endringer i sykehussektoren, ikke minst med tanke på ledelse. Todelt ledelse på avdelingsnivå, med en sykepleier som ledet sykepleietjenesten og en lege som hadde det medisinske faglige ansvaret, ble erstattet med *en* ansvarlig leder, enhetlig ledelse. Enhetlig ledelse betyr at det er en ansvarlig leder med en profesjonsnøytral tittel som skal ha det helhetlige ansvaret for den totale virksomheten i sin resultatenhet. Dette har ført til et skifte av fokus fra eget fag til ledelse. Spesialisthelsetjenesteloven beskriver hvordan ledelse i sykehus skal være: § 3-9. Ledelse i sykehus

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner.

Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinsk-faglige rådgivere.

Stortingsproposisjon nr. 1, 2006-2007 (s. 266), konkretiserer dette:

Ledelse på alle nivå bærer det helhetlige ansvar for at aktivitetene og resultatene er i henhold til lov og forskrifter, herunder forsvarlighetskravet. Det hører også til

ledernes ansvar å sikre at det faglige arbeidet skjer i henhold til mål og rammer fastsatt av myndigheter og sykehuseier. Ledere har ansvar for det faglige innhold, kvalitet, fordeling av tjenestene og økonomiske resultat.

I Helse Bergen stilles det ikke krav til formell lederutdanning ved ansettelse av nye ledere. Helseforetaket har utarbeidet en modulbasert lederopplæring med tema som: relasjonell ledelse, helse- miljø- og sikkerhetsarbeid, rekruttering, helselovgivning, økonomi og aktivitet. Varighet på de enkelte modulene varierer fra 3,5 timer til 2 dager. Det er ikke krav fra Helse Bergen om at lederopplæring skal gjennomføres, det er kun et tilbud til nye ledere.¹

2.2.2.2 Sykepleieleidelse

Norsk Sykepleierforbund startet allerede i 1925 en videreutdanning i ledelse for sykepleiere, med en varighet på tre måneder. Tema var administrasjon og undervisning, og sosialt arbeid. Det at sykepleierne kunne ta en videreutdanning som utdannet dem til ledere, betydde at sykepleierne selv kunne ta ledelse over eget fag (Melby, 1990).

Historisk har sykepleietjenesten i sykehus blitt ledet av en avdelingssykepleier på den enkelte enhet som rapporterte til en oversykepleier. Ved innføring av enhetlig ledelse og foretaksreformen ble dette endret. Oversykepleierleddet ble på de fleste avdelinger og sykehus fjernet. Helsereformen hadde som mål å innføre enhetlig ledelse på alle nivå i organisasjonen, men praksis fra eget sykehus, og som bekreftes av mine informanter, viser at sykepleietjenesten ledes av en med sykepleiefaglig utdannelse på den enkelte enhet, men ofte med en profesjonsnøytral tittel som enhetsleder. I Helse Bergen sin veiledning for inngåelse av arbeidsavtale for ledere heter det følgende: ”Det er besluttet at ledere i Helse Bergen skal ha profesjonsnøytrale stillingstitler” (vedlegg 1). Hvem sykepleielederne rapporterer til er også endret. I stedet for å rapportere til en oversykepleier, rapporterer de nå til en klinikkdirektør / avdelingsleder som ofte er en lege.

Å være faglig leder forutsetter kunnskaper både i faget og i ledelse. Å være sykepleieleder handler om å lede et fag, og den faglige ledelsen må være i overensstemmelse med

¹ Opplysningene er hentet fra Helse Bergen sin personalhåndbok, og bekreftet i samtale med spesialkonsulent Marianne Bille, Seksjon for organisasjons- og lederutvikling, Personal- og organisasjonsavdelingen 03.09.10.

fagets verdier, teorier og metoder. Sykepleielederen har ansvar for å lede tjenesten slik at den holder kvalitativt høyt nivå, og at den faglige utviklingen samsvarer med samfunnets endringer i behov, krav og forventninger til tjenesten (Jakobsen, 2005).

Norsk Sykepleierforbund (2005) beskriver at sykepleieledere har et helhetlig ansvar, med fire likeverdige ansvarsområder; administrativt, faglig, juridisk og etisk ansvar. Det administrative ansvaret innebærer å tydeliggjøre organisasjonens mål, strategier og iverksette tiltak for å nå disse målene. Det faglige ansvaret innebærer å sikre sykepleie og helsehjelp av høy kvalitet til befolkningen og pasientene. Det juridiske ansvaret fordrer grunnleggende kunnskaper om aktuelt lovverk både hos sykepleielederne og medarbeiderne. Det etiske ansvaret omhandler respekten for det enkelte menneskets liv, helse og egenverd, og sykepleiernes etiske retningslinjer danner grunnlaget her.

Norsk Sykepleierforbund (2005) beskriver ulike perspektiver på sykepleiefaglig ledelse. De ulike perspektivene handler om et helhets-, et pasient-, et kvalitets- og et læringsperspektiv. I et helhetsperspektiv vektlegges at sykepleietjenesten må plasseres i en hel-sapolitisk sammenheng, og være et tydelig bidrag i pasientenes behandlingsskjede. I et pasientperspektiv vektlegges at sykepleietjenesten må ta hensyn til pasientens behov, og at tjenesten utøves av rett person på rett plass til rett tid. I et kvalitetsperspektiv vektlegges det at sykepleielederne skal sørge for helhet og kvalitet i pasientforløpet samt at de skal ha fokus på overordnede prioriteringer, koordinering og samhandling. I et læringsperspektiv vektlegges tilrettelegging av faglige etter- og videreutdanninger og et utviklende arbeidsmiljø. Læringsperspektivet har relevans for min oppgave, da det peker på leder sitt ansvar for å tilrettelegge for opplæring av nyutdannede sykepleiere og sørge for kompetente medarbeidere som kan bidra til å gjennomføre opplæringen på en faglig og etisk tilfredsstillende måte.

Når det gjelder hvilke kompetanse sykepleieledere trenger, beskriver Norsk Sykepleierforbund (2007) at sykepleieledere trenger kompetanse innenfor sykepleiefaget, ledelse og forbedring. Sykepleiefaglig kompetanse betyr at sykepleielederen framstår som en rollemodell med en høy faglig og etisk integritet og har fokus på utvikling av den enkelte ansatte sin fagkompetanse, arbeidsmiljø og samhandling med både interne og eksterne samarbeidsparter. Ledelseskompetanse betyr at sykepleielederen både er visjonær, deltar i beslutningsprosesser, ivaretar personalpolitiske og mellommenneskelige for-

hold, samt viser gode administrative ferdigheter. Kompetanse om forbedring handler om at sykepleielederen har kompetanse til å kartlegge, utvikle og evaluere sykepleietjenesten, og gjennom dette skape en kultur for forbedring.

Sykepleieledere på den enkelte enhet betraktes som førstelinjeleder. Det innebærer et de har et definert ansvarsområde, at de ikke har noen annen leder under seg, og er derfor lavest i hierarkiet. Førstelinjeledere representerer arbeidsgiver, og er leder for en gruppe ansatte som er i den direkte tjenesteproduksjonen, utøvelse av sykepleie. Førstelinjeledere kan ofte føle seg dratt mellom ulike interesser og motstridende forventninger og krav. I mange sammenhenger kan førstelinjeledere oppfatte seg selv både som leder og kollega (Høst, 2005).

Ledere i helse- og sosialsektoren har ofte samme fagutdanning som medarbeiderne, spesielt gjør dette seg gjeldende på de lavere ledelsesnivåene. For sykepleiere på en kirurgisk sengepost handler dette om at deres nærmeste leder har samme profesjonsutdanning som den selv. Hvor dyktig fagperson lederen er, kan derfor ha betydning for i hvilken grad vedkommende blir akseptert som leder, noe som også vil virke inn på samarbeidsrelasjonene med medarbeiderne. Andre forhold som påvirker i hvilken grad leder blir akseptert, vil være relasjonen mellom leder og medarbeiderne, og relasjonen mellom medarbeiderne. Hvordan de følelsesmessige forholdene er, hvordan samarbeidet fungerer og hvem medarbeiderne har lojalitet overfor, vil ha innvirkning på hvordan lederen blir akseptert (Høst, 2005).

2.2.3 Ledelse av kunnskapsprosesser

Ettersom jeg er interessert i å finne ut noe om hvordan sykepleieledere arbeider systematisk med opplæring av nyutdannede sykepleiere, er teorier om pedagogisk ledelse og læringsledelse viktig i mitt prosjekt. Jeg oppfatter at begrepene pedagogisk ledelse og læringsledelse er beslektet, at de både har noe felles og noen ulikheter. Jeg oppfatter videre pedagogisk ledelse som overordnet læringsledelse, som er på et mer operativt nivå.

Mens administrativ ledelse handler om å sikre organisasjonens daglige drift, handler pedagogisk ledelse om organisasjonsutvikling både i nær framtid og på lengre sikt. Pe-

dagogisk ledelse er knyttet til utvikling av organisasjonens verdigrunnlag, og bidrar til at disse verdiene blir styrende for samhandling i organisasjonen. Pedagogisk ledelse som er eksplisitt knyttet til læring kalles læringsledelse (Wadel, C.C., 2009).

Lillejord (2003) viser til at læringsledelse i et historisk lys, tradisjonelt blir forstått som ledelse av en skoles pedagogiske virksomhet og som noe som krever noe annet enn administrativ kompetanse. Lillejord (2003) hevder imidlertid at pedagogisk ledelse også kan forstås som ledelse av læringsprosesser, og derfor blir viktig i andre organisasjoner enn skolen.

2.2.3.1 Pedagogisk ledelse

Pedagogisk ledelse handler om å skape utvikling og fornyelse, og å initiere, stimulere og lede refleksjons- og læringsprosesser. Pedagogisk ledelse er knyttet til avklaring og utvikling av verdier for læring, utvikling av læringsforhold og oppbygging av lærings-systemer. Utvikling av læringsforhold innebærer muligheter for medarbeideren å tilegne seg ny kunnskap, ferdigheter, handlemåter og verdier, mens oppbygging av lærings-systemer handler om at leder må utvikle og etablere formelle og uformelle systemer for innhenting, lagring og formidling av informasjon. Begge disse oppgavene tilfaller den formelle lederen i organisasjonen (Wadel, C.C., 2009).

Å drive med pedagogisk ledelse handler altså om å skape formelle og uformelle læringsforhold både mellom leder og medarbeider, og mellom medarbeiderne (Wadel, 2008). Pedagogisk ledelse kan betraktes som en samhandlingsprosess som krever innsats og ferdigheter både fra leder og medarbeider og forutsetter dermed høy grad av relasjonelle kunnskaper og ferdigheter hos lederen. For å få til en vellykket utvikling og læring i organisasjonen, er det derfor nødvendig at leder har gode kommunikative ferdigheter, og bruker dialog som verktøy (Wadel, 2008).

Med bakgrunn i definisjonene av pedagogisk ledelse mener jeg at sykepleieledere innehar rollen som pedagogiske ledere i sine enheter. Arbeidet med å sikre etablering og gjennomføring av et opplæringsprogram for nyutdannede sykepleiere er en sentral og viktig oppgave for sykepleieledere.

2.2.3.2 Læringsledelse

Læringsledelse innebærer to sett av relasjoner; en leder - ledet relasjon, og en lærer – lærende relasjon, og læringsledelse må ivareta begge disse relasjonene samtidig (Wadel, 2002). Læringsledelse blir derfor ikke noe som kun læringsledere står for, men noe som også krever aktiv deltakelse fra de ledede / lærendes side, og som derfor krever at en har et relasjonelt syn både på læring og ledelse.

Læringsledelse krever ikke bare ferdigheter i å lære fra seg, men også at lederen er i stand til å etablere mottakerferdigheter hos den eller dem som skal lære noe. Det er også viktig å skape og utvikle læringsforhold de lærende imellom. Medarbeidere utøver for eksempel læringsledelse, gjennom undervisning / opplæring av nye medarbeidere. Gjennom samhandling i konkrete arbeidssituasjoner i et praksisfellesskap, vil en erfaren sykepleier opptre som en læringsleder overfor en novise i faget. Læringsledelse utøvd av medarbeidere vil på denne måten være et supplement til den formelle leders pedagogiske ledelse, og er nødvendig for læring og utvikling i organisasjonen (Wadel, C.C., 2009).

Ledere vil som regel ha bedre kunnskap enn medarbeiderne på områder som handler om administrasjon av organisasjonen, mens medarbeiderne gjerne har en overlegen kunnskap om sine fagområder i organisasjonen (Wadel, 2002). Etersom læringsledelse integrerer både organisasjonen sine oppgaver og medarbeiderdimensjonen, må moderne ledelse være læringsledelse (Hounsgaard, Elgaard Sørensen, Ryberg & Boye Andersen, 2009) og læringsledere må ha ferdigheter i både å lære fra seg og å lære til seg (Wadel, 2002).

Jeg erfarer at bruk av læringsledere er svært utbredt i mitt yrke. De fleste avdelinger har en etablert praksis med bruk av en opplæringsansvarlig og / eller fadder / kontaktsykepleier, og disse oppfatter jeg er læringsledere for de nyutdannede sykepleierne.

2.3 Kunnskap

Molander (2004) skiller mellom tre typer kunnskapsformer; teoretisk kunnskap uttrykt gjennom påstander, taus kunnskap som kommer til uttrykk gjennom ferdigheter og taus kunnskap i form av fortrolighet med ulike fenomen. Kunnskap er en ressurs som brukes

i hverdagen for å løse og håndtere kommunikative og praktiske problemstillinger på en formålstjenlig måte. Kunnskap hjelper oss til å gjenkjenne et problem eller fenomen som noe en har erfaring med (Säljö, 2007) og utvikling av kunnskap er en dynamisk, relasjonell prosess knyttet til menneskelig aktivitet (Von Krogh, Ichijo & Nonaka, 2001).

Et kjennetegn ved sykepleieryrke er at kunnskapen man har gjerne omtales som taus, fordi det kan være vanskelig å beskrive utøvelsen av sykepleie med ord. Taus kunnskap kan defineres som kunnskap som er nedlagt i mennesket som en personlig eiendel og som ikke kan skilles fra den som har den. Taus kunnskap defineres også som kunnskap som ikke kan beskrives, eller at vi vet mer enn vi kan beskrive. Kunnskapens tause former er å se, gjøre og være. Kunnskapen er i håndlaget og i de vurderinger som gjøres i yrkesutøvelsen. I en praktisk kunnskapstradisjon, som sykepleiefaget står i, skjer formidling av kunnskap gjennom forbilder, øving og personlig erfaring. En måte å forstå taus kunnskap på blir derfor å se på taus kunnskap som kunnskap som overføres ved å vise gjennom å gjøre (Molander, 2004, Polanyi, 2000, Von Krogh et al., 2001).

Kunnskap som distribueres mellom mennesker i et fellesskap og i en kulturell kontekst, omtales som situert kunnskap. Situert kunnskap eksisterer aldri i et vakuum, men i en historisk og kulturell kontekst, og kan derfor ikke automatisk overføres fra en kontekst til en annen (Dysthe, 2006, Nielsen og Kvale, 2007). Når man i en avdeling arbeider med opplæring av nyutdannede sykepleiere, er målet å utvikle den enkelte sin kunnskap i henhold til sin yrkesutøvelse på den aktuelle avdelingen. Rammeplan for sykepleierutdanning (2008) vektlegger arbeidsgivers ansvar for å ivareta og forestå opplæring av sykepleiernes handlingsberedskap. Denne handlingsberedskapen viser nettopp til den situerte kunnskapen med lokal forankring.

For å utvikle kunnskap må man både ønske å vite mer, og erkjenne mangel på kunnskap, man trenger en forforståelse om grensene for egen kunnskap og et opplevd behov for mer kunnskap (Molander, 2004). I følge Gadamer er forforståelse ”et nødvendig vilkår for at forståelse overhodet skal være mulig” (Gilje & Grimen, 2005, s. 148). I en persons forforståelse kan språk og begreper, trosoppfatninger og individuelle og personlige erfaringer inngå. En person kan ha et mer eller mindre bevisst og reflektert holdning til egen forforståelse. Forforståelse kan enten være taus eller eksplisitt, og den kan

endres i møte med nye erfaringer (Gilje & Grimen, 2005). Nyutdannede sykepleiere har med seg en forforståelse fra sin grunnutdanning. Denne forforståelsen gjør at de kan nyttiggjøre seg fellesskapets ressurser og på den måten videreutvikle sin sykepleiekunnskap når de starter med opplæring i en klinisk avdeling.

2.3.1 Sykepleiekunnskap

Sykepleiekunnskap er kunnskap om hvordan man utøver sykepleie og dette er dermed yrkesrelevant kunnskap. Med yrkesrelevante kunnskaper forstår en kunnskap om fagfeltets problemstillinger, aktuelle lover og forskrifter som regulerer profesjonsutøvelsen, i tillegg til kunnskap om aktuelle samarbeidspartnere. Yrkesrelevante kunnskaper omhandler også den kunnskap personen har om seg selv, som egne relasjonelle ferdigheter og evne til samhandling og konflikthåndtering (Nilsen, Fauske & Nygren, 2007).

Det finnes mange sykepleieteoretikere, sykepleieteorier og definisjoner av hva sykepleie og sykepleiekunnskap er. Med bakgrunn i oppgaves omfang og problemstilling, velger jeg ikke å gå inne på ulike teoretikers definisjoner og diskuterer disse, men tar utgangspunkt i Norsk Sykepleierforbund (NSF) sin beskrivelse av sykepleie. NSF hevder at sykepleiens særegne funksjon er: ”Å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov”². Med bakgrunn i denne definisjonen, beskriver NSF sykepleiekunnskap på følgende måte:

- Teoretisk kunnskap utgjør fundamentet for å forstå, handle og reflektere. Den danner grunnlaget for hvordan og hvorfor sykepleiere skal utøve sitt fag.
- Praktisk kunnskap er å beherske teknikker, metoder og fremgangsmåter som er relevante for sykepleie og som er tilpasset de ulike pasientsituasjonene.
- Etisk kunnskap innebærer å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag, slik at det viser seg i handlinger og holdninger. Etisk kunnskap handler om hvordan sykepleiere bedømmer situasjoner og dermed handler moralsk riktig.
- Erfaringskunnskap handler om å anvende den teoretiske kunnskapen og om å bruke og å trene opp ferdigheter.
- Det er den enkelte sykepleiers samlede erfaringer, ervervet gjennom livserfaring og yrkespraksis. En sykepleier trenger både praktiske ferdigheter, rasjonelle ferdigheter og samhandlingsferdigheter (NSF, 2008).

²https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/ArtikkelMedLenker?p_dimension_id=267817&p_menu_id=17038

Kunnskap og tro på egne ferdigheter, spiller en viktig rolle for yrkesidentiteten. Yrkesidentitet handler om å føle tilhørighet til den faggruppen en er en del av og ”å oppleve faggruppens målsettinger som meningsfulle og viktige” (Jakobsen, 2005, s. 148). For sykepleiere vil yrkesidentiteten og fagidentiteten være knyttet til den spesielle kompetansen de har og som både den enkelte pasient og samfunnet som helhet har bruk for og verdsetter (Jakobsen, 2005, Molander, 2004).

2.4 Læring

Allment refererer begrepet læring til det å tilegne seg kunnskap eller ferdigheter gjennom studier, opplevelser eller undervisning. Mitt utgangspunkt er at jeg ser på læring som individuelle endringsprosesser som skjer i et kollegialt samspill og jeg har dermed valgt et sosiokulturelt læringsperspektiv som forankring for min oppgave.

Sosiokulturell læringsteori vektlegger læring som deltaking i sosiale praksiser. Situasjonen den enkelte lærer i, og interaksjonen med andre er viktig for hvordan man lærer og hva som blir lært. Læring blir dermed både en individuell og en sosial prosess der samspill mellom mennesker er sentralt (Dysthe, 2005, Dysthe, 2006). I et sosiokulturelt perspektiv ser man på motivasjon som innebygde forventninger fra kulturen og det samfunnet man er en del av, og det å kunne noe er dermed knyttet til praksisfellesskapets sosiale kontekst. Om vi ønsker å lære, vil avhenge av om vi opplever det som skal læres som viktig (Dysthe, 2006).

Skolastisk læring forstås som ”Formell, verbal eller tekstuell instruksjon i klasserom og skoler, løsrevet fra praksis” (Nielsen & Kvale, 2007, s. 242). Ikke-skolastisk læring er ”Læring som foregår utenfor eller som supplement til det etablerte utdanningssystemet, det vil si gjennom praksis (...)” (Nielsen & Kvale, 2007, s. 242). Ikke-skolastisk læring refererer til den lærende som en aktiv deltaker i et praksisfellesskap, der hensikten er å tilegne seg personlig og faglig erfaring. Kunnskapen i ikke-skolastisk læring er oftest taus kunnskap (Nielsen & Kvale, 2007).

Oppsummert forstår jeg dermed opplæring av nyutdannede sykepleiere som ikke-skolastisk læring som foregår på den enkelte sin arbeidsplass, gjennom konkrete arbeids-

oppgaver og som bygger på den enkelte sin forforståelse fra grunnutdanningen i sykepleie.

2.4.1 Mesterlæring i praksisfellesskap

Læring er noe som skjer gjennom deltakelse i sosial praksis; et praksisfellesskap. Et praksisfellesskap beskrives som: (...) ” et handlingssystem, hvor deltagerne deler en felles forståelse af, hva de gør og hva det betyder for deres liv og for fellesskabet” (Lave & Wenger, 2005, s. 233). Praksisfellesskap etableres oftest som uformelle grupper av mennesker med omtrent samme utfordringer når det gjelder problemløsning og læring (Blåka & Filstad, 2007, Wadel, 2002). I en organisasjon kan det være mange praksisfellesskap.

I sykehus er kunnskap grunnleggende for at organisasjonen skal fungere og kunne yte sine tjenester. Praksisfellesskap vil i en kunnskapsbedrift ha en tolknings-, formidlings- og ivaretaende funksjon, og er med på å gi deltakerne identitet ved at deres interessefelt danner utgangspunkt for arbeidsorganiseringen (Wadel, 2002). Praksisfellesskap oppleves som viktig i alle organisasjoner, men er derfor spesielt viktig i kunnskapsbedrifter.

Begrepene ”legitim perifer deltakelse” og ”deltakerbaner” beskriver prosessen der den nyansatte blir en del av et praksisfellesskap, med læring som en integrerende bestanddel. Begrepene beskriver den lærende sin vei, eller bane, inn i praksisfellesskapet, og understreker betydningen av at læring er en viktig del av det å bli et fullverdig medlem. I relasjon til et enkelt fag, som læres gjennom legitim perifer deltakelse, utvikles evnen til å lære i nær relasjon til evnen til å utføre en oppgave (Lave & Wenger, 2005, Nielsen & Kvale, 2007). Slik jeg forstår dette, beskriver dette en prosess hvor den enkelte stadig lærer og utvikler seg som yrkesutøver, fram mot høy kompetanse og dermed også full deltakelse, og at fellesskapet har mye å si for den enkelte sin utvikling av kunnskap. Jeg opplever at dette betegner prosessen nyutdannede sykepleiere gjennomgår.

I et praksisfellesskap handler læringsforholdene om å skape, dele, organisere, revidere og videreformidle kunnskap (Wadel, 2002), og transparens er derfor en forutsetning for at læring skal være mulig. ”Transparens skal forstås som gennemsiktighet i bred forstand” (Lave & Wenger, 2005, s. 234). Deltakere i et fellesskap utvikler gjerne et felles

språk, en felles stil, standarder og løsninger på hva de ønsker å gjøre og hvordan. Skal den nyutdannede sykepleier kunne tilegne seg, appropriere, de ferdigheter som er nødvendige for å utøve yrket på en faglig og etisk god måte, trenger hun språket som verk-
tøy. Ikke bare for å kunne ha en relasjon til sine omgivelser; pasienter, pårørende, kolle-
ger og samarbeidspartnere, men også for å kunne utvikle sine egne kunnskaper og fer-
digheter (Säljö, 2007, Von Krogh et al., 2001). For en nyutdannet sykepleier er det der-
for viktig å lære de faglige uttrykkene, sjargongen og humoren på den nye arbeidsplas-
sen.

Mange beskrivelser av læring i praksisfellesskap bruker mesterlære som referanse. Mes-
terlære defineres som: ”Læring gjennom deltakelse i praksisfellesskap med gjensidig
forpliktelser for mester og lærling i en spesifikk sosial struktur over et lengre tidsrom”
(Nielsen & Kvale, 2007, s. 243). I mesterlære skjer læring ved deltakelse i produktivt
arbeid ved at faget læres i samme situasjon som det utøves. Læring og anvendelse blir
to sider av samme sak. Med arbeidsplassen som basis fungerer mesterlære som en grad-
vis kobling mellom teoretisk viten, og hvordan den kan brukes i praksis (Nielsen &
Kvale, 2007). Denne definisjonen av mesterlære er veldig parallell med hvordan opplæ-
ring av nyutdannede sykepleiere foregår.

Som en generell metafor kan mesterlære brukes på forhold der en novise lærer et fag av
en mer erfaren person. Mesterlære betegner da det asymmetriske forholdet mellom en
som mestrer faget, ekspertten eller mesteren, og en som ikke gjør det, novisen (Nielsen
& Kvale, 2007). I min kontekst betyr dette at den nyutdannede sykepleieren vil tilegne
seg kunnskap ved å observere og arbeide sammen med en erfaren sykepleier. Fagets
ferdigheter, kunnskaper og verdier tilegnes gradvis ved at man utvikler faglig identitet
som medlem av et praksisfellesskap. ”Stillasbygging” er et begrep som illustrerer sam-
handlingen mellom mester og lærling, novisen og en mer erfaren yrkesutøver. Det be-
skriver måten mesteren ”selektivt griper inn på og gir den lærende redskap til å utvide
sin evne til å håndtere ulike oppgaver, og dermed gir den lærende muligheter til å løse
oppgaver den ellers ikke ville klart å løse på egenhånd” (Nielsen & Kvale, 2007, s. 21).
Å arbeide med inspirasjon fra teorier om mesterlære i praksisfellesskap kan bidra til å
reducere praksissjokket for nyutdannede yrkesutøvere i overgangen fra en utdanningsin-
stusjon til arbeidslivet.

2.4.2 Opplæringskultur

”Med opplæring menes tilrettelegging av aktiviteter som har til hensikt å utvikle kompetanse (kunnskaper, ferdigheter og holdninger) hos en eller flere deltagere” (Torgersen & Steiro, 2009, s. 210). Opplæring er altså en bevisst og målrettet aktivitet som er mer organisert og strukturert enn at den nyansatte bare deltar i den daglige virksomheten på avdelingen.

Ved planlegging av opplæring i organisasjoner må en ta hensyn til læringsmål, deltakernes faglige og sosiale forutsetninger, det konkrete innholdet opplæringen skal ha, og tematisk progresjon. Videre må en ta hensyn til valg av metoder, instruktørens faglige kompetanse, hva en har av tilgjengelige ressurser og tidsramme til opplæringen. Det å utvikle en felles opplæringskultur hos ledere og ansatte, krever felles forståelse av og felles holdninger til grunnleggende læringsbegreper (Torgersen & Steiro, 2009). Opplæring i en praktisk yrkesutøvelse som sykepleie, vil derfor fordre et kommunikativt samspill mellom kolleger selv om mye av læringen skjer gjennom praktisk arbeid.

Nye arbeidstakere må lære seg og forstå det profesjonelle språket og måten det uttrykkes på, for å kunne tilegne seg kunnskap. Gjennom språklig forklaring og fortolkning vil kunnskapen bli gjort levende og brukbar slik at omverdenen blir meningsfull (Blåka & Filstad, 2007, Dysthe, 2005, Säljö, 2007). Taus kunnskap er vanskeligere å tilegne seg enn eksplisitt kunnskap som er nedtegnet i dokumenter og manualer, men den tause kunnskapen kan formidles gjennom diskusjon og refleksjon. En inviterende holdning og en tillitsfull atmosfære, vil ha en sterk og positiv innvirkning på spredning av taus kunnskap (Von Krogh et al., 2001) og det er derfor viktig at sykepleierlederen arbeider bevisst for å få dette til. Den nyutdannede sykepleieren vil få del i den tause kunnskapen i en avdeling ved observasjon, aktiv lytting, oppmerksomhet på hvordan oppgavene løses og ved å delta sammen med erfarne profesjonelle sykepleiere som er bevisst sin rolle som støttende stillas. Nybegynneren må utvikle egen erfaring i hvordan oppgaver kan løses gjennom veiledning fra en erfaren sykepleier, slik at kunnskapen blir integrert og overført til den nyansattes personlige og tause kunnskap (Blåka & Filstad, 2007).

3. METODE

Det metodiske designet er utviklet med utgangspunkt i følgende hovedproblemstilling og 3 forskningsspørsmål:

Hvordan arbeider sykepleieledere i somatiske sykehus systematisk med opplæring av nyutdannede sykepleiere?

- *Hvilke type kunnskap vektlegger leder ved opplæring av nyutdannede sykepleiere?*
- *Hvordan motiverer lederne nyutdannede sykepleiere til å delta i opplæringsprogram?*
- *Hvordan arbeider sykepleieledere med evaluering, og hva evalueres?*

I følge Gall kan forskning ha tre faglige funksjoner: beskrivelse, prediksjon, og forklaring (Befring, 2007). Min oppgave har en deskriptiv funksjon da jeg beskriver hvordan ledere arbeider systematisk med opplæring av nyutdannede sykepleiere. For å kunne gi relevante svar på problemstillingen er prosjektet mitt plassert innenfor en kvalitativ forskningstradisjon.

Som forsker har jeg et vitenskapelig ansvar overfor profesjonen og mine informanter, om at mitt forskningsprosjekt produserer kunnskap av verdi, og at forskningsprosessen er valid (Kvale, 2007). Som et ledd i en slik validering vil jeg derfor i dette kapitlet beskrive og diskutere de ulike metodiske fasene og valgene i mitt prosjekt. Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (vedlegg 2).

3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt og metodisk design

Forskningshistorisk er det relevant å skille mellom to vitenskapelige hovedretninger: hermeneutikk og positivisme. Hermeneutikken har utspring i humanistiske fag og har fortolkning av menneskers opplevelser og erfaringer som mål, mens positivismen er knyttet til naturvitenskapen der målet er å finne fram til en absolutt og objektiv kunnskap (Befring, 2007).

For å få svar på min problemstilling har jeg plassert prosjektet mitt innenfor kvalitativ forskningsmetode. En kvalitativ forskningsmetode vil ha en hermeneutisk bakgrunn. I

hermeneutikken er det forståelse, mening og refleksjon som er det sentrale, og en hermeneutisk tolkning handler om å tolke menneskelig mening. Den hermeneutiske metoden omtales gjerne som fortolkningskunst da observerte fakta ikke er tilstrekkelig som kunnskapsgrunnlag, men fordrer en fortolkningsprosess for å oppnå helhetlig forståelse. I kvalitativ forskning fokuseres det på folks opplevelser og situasjonsforståelse av eget hverdagsliv, og menneskenes subjektive erfaringer anses som gyldig kunnskap (Befring, 2007, Malterud, 2003). I min studie intervjuer jeg syv sykepleieledere som selv forteller hvordan de arbeider med opplæring av nyutdannede sykepleiere, og deres uttalelser blir så analysert og fortolket.

Kvalitativ metode tar utgangspunkt i at den sosiale verden konstrueres gjennom individers handlinger, og søken etter mening og formålsforklaringer er kjennetegnet på denne tilnærmingen. Kvalitativ metode henter rik og dyp informasjon fra få analyseenheter, med nærhet til analyseenhetene / det som studeres og bygger analysene på tekstdata, det vil si; en språklig framstilling av opplevelser, observasjoner eller samtaler (Ringdal, 2007).

Som forskningsdesign har jeg valgt tverrsnittsdesign gjennomført ved samtaleintervju. Et samtaleintervju er en fleksibel intervjuteknikk der formålet er å hente inn informasjon, ikke måling av teoretiske variabler. Tverrsnittsdesign ved en kvalitativ metode innebærer at intervjuer skjer i et avgrenset tidsrom, og hensikten er først og fremst å beskrive forhold i nåtid. Data registreres bare en gang for hver informant (Ringdal, 2007).

3.2 Utvalg

Før jeg kunne starte med datainnsamlingen, måtte jeg foreta et utvalg av de informantene jeg skulle intervjuer. I min undersøkelse er sykepleieledere informanter. De arbeider alle ved kirurgiske avdelinger, og jeg har valgt sykepleieledere på ”vanlige” sengeposter. Her stilles det krav til generell sykepleiekompetanse, og det er gjerne den type avdelinger nyutdannede sykepleiere starter sin yrkeskarriere i. Da jeg ikke ønsket å forske på noen jeg kjenner, valgte jeg ledere fra andre byer og sykehus enn der jeg selv er ansatt.

Jeg kontaktet flere sykehus for å få tak i aktuelle ledere. Jeg fant adresser på sykehuse-nes Internett-sider, og jeg sendte forespørsler til klinikkdirektører og ledere for Fag, utvikling og forskningsavdelinger, der jeg spurte om å få intervjuer aktuelle ledere, og få tilsendt navn på disse lederne. Totalt sendte jeg forespørsel til seks sykehus / helseforetak. I utgangspunktet hadde jeg planlagt å intervjuer åtte ledere fra to sykehus, men måtte revurdere dette på grunn av responsen jeg fikk på forespørselene mine. Sykehus nr 1 av- slo å delta på grunn av budsjettarbeid. Sykehus nr 2 sendte meg navn på tre aktuelle kandidater, som jeg gjorde avtale med. Sykehus nr 3 var i utgangspunktet positive, men kom aldri med tilbakemelding om navn, og svarte heller ikke på ny forespørsel. Syke- hus nr 4 svarte umiddelbart, her fikk jeg fem navn, og to ble intervjuet. En leder av- slo på grunn av at vedkommende bare var konstituert i lederstillingen, og to andre ble ikke forespurt på grunn av geografiske avstander. Sykehus nr 5 ga tilbakemelding om fem kandidater, men kun en ønsket å la seg intervjuer. De som takket nei til å delta begrunnet dette i en travel hverdag og at de var på etterskudd arbeidsmessig. Noen ga uttrykk for at de lurte på om jeg skulle kontrollere hva de hadde av opplæringsmateriell. På sykehus nr 6 fikk jeg to aktuelle i kandidater, her var det bare en som ønsket å delta, den andre aktuelle personen mente at hun hadde så sjelden nyansettelser at hun ikke ville ha noe å bidra med.

3.2.1 Presentasjon av informantene

Jeg har gjennomført samtaleintervju med syv sykepleieledere fra fire ulike helseforetak/sykehus. Sykehusene er geografisk spredd i landet. Tre informanter arbeidet på samme universitetssykehus, to informanter arbeidet på samme lokalsykehus, og de to siste arbeidet på hvert sitt sykehus, et universitetssykehus og et lokal- / sentralsykehus. Alle informantene er ledere med personalansvar, og arbeider på kirurgiske sengeposter.

Informantene bestod av seks kvinner og en mann i alderen 36 til 59 år, med en gjennomsnittsalder på 46 år. Alle har lang erfaring som sykepleiere, gjennomsnittlig 20 år, og seks er utdannet ved sykepleierhøyskoler i tilknytning til arbeidssted, mens en er utdannet i et annet land. To var utdannet på tidlig åttital, fire rundt 1990, mens den yngste var utdannet i 2000.

Tre av informantene beskriver det som en tilfeldighet at de ble sykepleiere. En søkte på utdanningen fordi hun hadde en venninne som ville bli sykepleier. Fire oppgir at de ønsket å arbeide med mennesker, to av dem hadde alltid visst at de ville bli sykepleier. To av informantene oppgir sykdom i nær familie som en inspirasjon for yrkesvalget og en informant hadde en mor som var sykepleier, og mente at hun kanskje var ”arvelig belastet”.

Sykehus er etablert som en linjeorganisasjon, og de sykepleielederne jeg har intervjuet i min studie, befinner seg på det laveste nivået i pyramiden. De har lederansvar for de ansatte som arbeider i sykehusets tjenesteproduksjon, pasientbehandling og pleie. Sykepleielederne jeg intervjuet har ikke andre ledere under seg, men noen har en underordnet sykepleier som har en profesjonsnøytral tittel som koordinator eller lignende. Disse koordinatorene har en slags stabsfunksjon på vegne av lederen, og de har ikke formelt personalansvar

Tittelen på informantenes lederstilling og organiseringen av enheten de hadde ansvar for varierte fra sykehus til sykehus. Tre av informantene hadde tittelen avdelingssykepleier, en var oversykepleier, en var seksjonssjef / avdelingssykepleier, en seksjonssykepleier og en seksjonsleder. Tre av dem hadde ansvar for poliklinikk i tillegg til sengepost. Fem rapporterte til leder som var lege, en til klinikkdirektør som var sykepleier og en rapporterte til oversykepleier. Sengepostene varierte i størrelse fra 10 til 34 senger. Antall ansatte informantene hadde personalansvar for varierte fra 15 til 60. De fleste hadde ansvar for sykepleiere og hjelpepleiere, kun en hadde bare sykepleiere og en hadde også ansvar for leger.

Antall år som leder varierte fra 22 år til 1,5 år. Kun to av informantene hadde ledererfaring fra andre institusjoner, og den ene av disse to hadde ledererfaring fra annen sektor. Noen hadde vært i en assisterende avdelingssykepleierfunksjon før de gikk inn i lederstillingen, og to hadde vært konstituerte i jobben før de ble fast ansatt. Flere av informantene sa at det var uklart for dem hvilket nivå i organisasjonen de var ledere på, noe som blant annet ble begrunnet med stadige omorganiseringer. Alle oppga at de hadde en stillings-/ funksjonsbeskrivelse, og noen hadde en fullmaktsmatrise i tillegg som de oppfattet som veldig generell.

På spørsmål om hvorfor og hvordan de ble leder, oppgav to av informantene familiesituasjon og arbeidstid som medvirkende grunner. En av informantene hadde ikke hatt noe ønske om å bli leder, men hadde blitt forespurt og oppfordret til å bli konstituert i stillingen, og med bakgrunn i tilbakemeldinger fra den perioden, søkte hun stillingen når den ble lyst ut. Mange av de andre informantene forteller også at det var tilfeldigheter kombinert med forespørsel om å gå inn i lederjobben og engasjement for faget, som førte til at de ble ledere. Det var kun en informant som eksplisitt sa at lederjobben var søkt med utgangspunkt i et ønske om å være leder. Jeg spurte også informantene spesifikt om hva som motiverte dem til å bli leder. Her oppgav de nye, spennende og utfordrende arbeidsoppgaver og muligheter for å påvirke som motivasjonsfaktorer.

Jeg var også interessert i om informantene hadde lederutdanning og eventuell annen relevant utdanning eller videreutdanning. To av informantene hadde ikke noe lederutdanning, men en av dem hadde forpliktet seg til å ta en slik utdanning når hun fikk lederstillingen. En hadde videreutdanning i pedagogikk og psykologi, og hun hadde også to års lederutdanning. En hadde videreutdanning i veiledning, samt mastergrad i organisasjon og ledelse. Tre hadde et års studium i helseledelse fra BI, og sykehusinterne lederkurs. En informant hadde utdanning innen arbeids- og organisasjonspsykologi, og en hadde startet på master i verdibasert ledelse høsten 09.

3.3 Datainnsamling

Jeg har i min undersøkelse innhentet primærdata. ”Primærdata innsamles av forskeren selv eller planlegges av forskeren for prosjektets formål” (Ringdal, 2007, s. 102). Til dette har jeg brukt intervju. Forskningsintervjuet er en faglig konversasjon som har til hensikt å innhente og forstå data om intervjupersonenes dagligliv fra den intervjuedes eget perspektiv. Det er ikke en samtale mellom likeverdige parter, fordi det er forskeren som definerer og kontrollerer situasjonen. En intervjuguide brukes som et utgangspunkt for spørsmål som stilles, og skal sikre at aktuelle tema blir berørte, men spørsmålene kan variere fra informant til informant (Kvale, 2007, Ringdal, 2007).

3.3.1 Intervjuguide

Min problemstilling søker å få et innblikk i, og beskrive hvordan sykepleieledere på utvalgte sykehusavdelinger arbeider med opplæring av nyutdannede sykepleiere. En problemstilling er det spørsmålet forskeren ønsker å få belyst, og kan formes som spørsmål eller som hypotese, der spørsmålene er åpne, mens hypoteser er påstander om virkeligheten (Ringdal, 2007). Jeg har brukt åpne spørsmål for å belyse min problemstilling, og utarbeidet en intervjuguide som jeg brukte som disposisjon for intervjuene (vedlegg 3). Jeg hadde med spørsmål som fokuserte på praktiske forhold; om de kunne beskrive hvordan opplæring gjennomføres, hvem som har ansvar for opplæringen, om de hadde fadderordning, om opplæringen var inndelt i nivå og om tid til opplæring var innarbeidet i turnus. Jeg fokuserte også på kurs som en del av opplæringen og spurte om de hadde kurs for nyansatte, om kursene var obligatoriske, og i tilfelle ja, hvilke kurs som var det. Videre spurte jeg hvordan kursene organiseres, hvem som har ansvaret for at de nyansatte kommer på kurs, tema, hvem som foreleser, om det er eksamen, og om kursdager er innarbeidet i turnus.

Jeg har i mer enn ti år arbeidet med et nivåinndelt opplæringsprogram basert på Benner (1995) sin modell "Fra novise til ekspert". Det er en omarbeiding / tilrettelegging av Dreyfus & Dreyfus sin modell om profesjonell utvikling som er tilpasset sykepleietjenesten. På hvert nivå er det utarbeidet en målsetting og en beskrivelse på hvordan man kan nå målet. På de første nivåene er ferdighetstrening det sentrale og fokus er å lære seg praktiske ferdigheter og observasjoner. Etter hvert blir det stilt større krav til vurdering, etisk refleksjon og organisering av arbeidet. Erfaringsmessig har jeg sett at den første tiden som nyansatt blir mer oversiktlig når ikke alt er like viktig å lære seg med en gang. Med bakgrunn i dette spurte jeg derfor om opplæringen er inndelt i nivå.

Jeg stilte også mer holdningsrelaterte spørsmål som hvordan og hva de som sykepleieledere definerte som opplæring, hvor lang de definerte nyansattperioden og hvilke forventninger de har til nyutdannede sykepleiere. Jeg ba dessuten informantene om å beskrive sin rolle i opplæringen. I forhold til type kunnskap spurte jeg om hvilken type kunnskap / ferdigheter sykepleielederne har erfaring med at nyansatte har fokus på, og hvordan de møter disse forventningene. Videre om hvilke typer kunnskap/ ferdigheter leder vektlegger som sentrale i nyansattperioden.

Jeg stilte også spørsmål om motivasjon og evaluering. Jeg var innom hva lederne mener er viktige faktorer for å motivere nyutdannede sykepleiere for å gjennomføre et opplæringsprogram, og hvordan de motiverte sine nyansatte sykepleiere. Jeg spurte om det brukes evaluering / tilbakemelding i nyansattperioden, hvordan den nyansatte vurderes, hva som er fokus og hensikt ved tilbakemelding / evaluering, og hvem som gir tilbakemelding / evaluering. Videre spurte jeg om de praktiserer oppfølgingssamtaler, og i tillegg hvem som har ansvar for gjennomføringen og hvordan disse samtalene gjennomføres.

3.3.2 Pilotintervju

Før jeg gjennomførte selve datainnsamlingen, hadde jeg to pilotintervju for å prøve ut spørsmålene i intervjuguiden. Pilotintervjuene ble gjennomført med sykepleieledere som jobber på samme sykehus hvor jeg er ansatt, men på en annen avdeling. Jeg har et samarbeidsforhold til disse to sykepleielederne, men viste ikke noe om hvordan de arbeider med opplæring av nyutdannede sykepleiere på sin avdeling. Jeg kjenner disse personene så godt at jeg visste at jeg ville få nyttig og konstruktiv tilbakemelding på intervju spørsmålene mine. Pilotintervjuene ble gjennomført uten at jeg tok opptak, men jeg noterte underveis. Informantene opplevde et spørsmål om hvilken type kunnskap de jobbet med, som teoretisk og litt vanskelig å uttale seg om. I den endelige intervjuguiden ble derfor spørsmålet omformulert i et mer hverdagslig språk og kombinert med spørsmål om ferdigheter.

3.3.3 Intervju

Selve datainnsamlingen ble gjennomført i løpet av ni dager i november 2009. På forhånd hadde jeg sendt ut informasjonsbrev (vedlegg 4) godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) med forespørsel om å delta i studien, og prosjektplan til seks av informantene. Den syvende informanten fikk dessverre ikke tilsendt dette materialet på grunn av en forglemmelse. Det viste seg imidlertid at ingen av informantene som hadde fått informasjonen, hadde lest den. Noen hadde ikke fått tid, andre hadde ikke fått åpnet dokumentet fordi det var sendt i en nyere Word versjon enn de hadde på sin datamaskin, men ingen av dem dette gjaldt hadde gitt meg tilbakemelding om dette i forkant av intervjuet. Seks av syv husket at de hadde sagt ja til at jeg skulle komme, men ikke hva problemstillingen handlet om. Jeg satte derfor av tid til at informantene

fikk lest informasjonen før intervjuene startet, og alle signerte samtykkeerklæring (vedlegg 5). Alle intervjuene ble tatt opp ved hjelp av diktafon og informantene samtykket også til dette.

Intervjuene ble gjennomført på den enkelte informant sin arbeidsplass. Fire informanter hadde sørget for egne møterom der vi satt, men likevel ble det noen avbrytelser. Tre av intervjuene ble gjennomført på kontoret til den jeg intervjuet. Tidsbruken varierte fra 35 til 58 minutter. Gjennomsnittlig brukte jeg 48 minutter. De gangene jeg hadde flere intervju samme dag, ble intervju 2 kortere enn intervju 1. En av informantene hadde ikke anledning til å snakke med meg på avtalt tidspunkt så jeg måtte komme tilbake neste dag.

Etter at jeg hadde spurt den enkelte om deres bakgrunn, gikk jeg over til selve intervjuet, og startet med å snakke generelt om opplæring. Jeg informerte om bakgrunnen for mitt temavalg, og hva som var hovedproblemstillingen. Jeg opplevde at jeg fikk til en god dialog og at mange av spørsmålene jeg hadde skrevet i guiden ble besvart uten at jeg måtte stille dem direkte. De som lot seg intervjuet var, slik jeg oppfattet det, opptatt av problemstillingen om opplæring av nyutdannede sykepleiere. En av informantene var mastergradsstudent, og en hadde allerede en mastergrad. Informantene var dermed positive både til temaet og til forskning, og jeg opplevde intervjusituasjonen mer som en samtale enn et intervju. Alle ønsket å gi meg det opplæringsmaterialet de hadde tilgjengelig, men en informant hadde det ikke tilgjengelig fordi det var til revidering.

Kvale (2007) beskriver at det at noen lytter til hva en har å si i en lengre periode, og lyttingens kvalitet, kan gjøre intervjuet til en unik opplevelse. På den måten kan intervjuforskeren også gi noe til intervjupersonen. Dette erfarte jeg. En av informantene mente at de hadde et mangelfullt opplegg for opplæring av nyutdannede sykepleiere, men endte, etter intervjuet, opp med å konkludere for seg selv at situasjonen var mye mer positiv enn først tenkt.

3.4 Transkribering

For å klargjøre intervjumaterialet for analyse, å få tale til skrift, må materialet transkriberes. Formålet er å fange opp samtalen på en måte som representerer det informantene

hadde til hensikt å meddele. I skriveprosessen må den som skriver vurdere hensyn til konfidensialitet, og hva som vil være en mest mulig lojal, skriftlig gjengivelse av informantens muntlige uttalelser (Kvale, 2007, Malterud, 2003).

Transkriberingen av materialet ble startet umiddelbart etter datainnsamlingen var avsluttet. Jeg gjorde skrivearbeidet selv, og det ble ikke brukt noe spesielt dataverktøy eller program til dette. Diktafonen ble koblet til datamaskinen og jeg hørte intervjuene via Mediaplayer. Dette ga en relativt god lyd kvalitet, og muligheter for å justere hastighet i avspillingen og spole tilbake underveis i transkriberingen.

Malterud (2003) hevder at det alltid skjer en fordreining av hendelsen ved overføring fra tale til skrift, selv ved detaljert gjengivelse ord for ord, da det naturlige talespråket som regel er oppstykket og uformelt i forhold til skriftspråket. Forskeren må derfor være oppmerksom på hvordan informanten framstilles ved en mest mulig ordrett skriftliggjøring av samtalen, og unngå for eksempel å latterliggjøre informanten med å referere ”stotrende” uttalelser. Som regel må teksten redigeres under skriving, og forskeren må velge en prosedyre for transkripsjon som er egnet for å få fram det som studeres. Jeg begynte transkriberingen med det siste intervjuet, og i starten brukte jeg en del tid på å finne en form som fungerte. Først skrev jeg ned alle gangene både informantene og jeg som intervjuer sa ”ehhh”, men dette ble etter hvert erstattet med – (bindestrek) for å markere tenkepause eller opphold i samtalen. Intervjuer sine spørsmål og uttalelser ble markert med · (kulepunkt) og innrykk i teksten (se vedlegg 6).

Jeg hadde ulike utfordringer i transkriberingen av intervjuene. To av intervjuene hadde dårligere lyd kvalitet enn de andre, og på ett av dem var det også en del pauser, noe jeg husker skyldes at informanten nikket eller ristet på hodet underveis i intervjuet. En av informantene var preget av at samtalen ble tatt opp og ble litt reservert i sine uttalelser, mens et annet intervju var krevende å transkribere på grunn av informantens dialekt, halve ord og stamming. Et av intervjuene var med en sykepleieleder som ikke er etnisk norsk. I dette tilfellet var det en del formuleringer og uttaler av ord som var vanskelig å forstå. Dette er det intervjuet der jeg stiller mest kontrollspørsmål for å forsikre meg om jeg har oppfattet det informanten har sagt.

3.5 Analyse

Befring (2007) beskriver dataanalyse i kvalitativ forskning som å avdekke typiske mønster i materialet, og å lete etter både det spesielle og det som er sentrale fellestrekk. Dataanalyse består av tre element, datareduksjon, datapresentasjon og konkludering. Hensikten med en analyse er å sammenfatte og fortolke datamaterialet. All vitenskapelig analyse krever en eller annen form for filtrering og reduksjon. Med datareduksjon forstår en å lage oppsummeringer, plukke ut interessante svar / relevant materiale og kode materialet i kategorier. Intervjupersonenes uttalelser blir fortettet til kortere formuleringer, og meningsinnholdet blir referert med mer konsise formuleringer. I en slik datareduksjon er det imidlertid viktig at kunnskapen må sammenfattes på en måte som er lojal mot den enkelte informants uttrykk og erfaringer (Malterud, 2003).

Jeg har gjennomført en analyse basert på temasentrert tilnærning. Temasentrert analyse innebærer en sammenligning av informasjon om hvert tema fra alle informantene, og at teksten inndeles i kategorier som representerer sentrale temaer i studien (Thagaard, 2009). Analysen har jeg gjennomført i to omganger, og med noe tid i mellom.

Umiddelbart etter transkriberingen startet jeg med å sortere materialet med utgangspunkt i temaene i intervjuguiden (vedlegg 3). Jeg brukte dermed intervjuguiden som en disposisjon for den første kategoriseringen. Sorteringen ble gjort manuelt ved hjelp av klipp og lim funksjonen i Word. For å beholde oversikten på materialet fikk hver informant et nummer og utsagn fra den enkelte informant ble merket med dette nummeret. Denne prosessen gjorde at jeg ble godt kjent med materialet, men etter denne første sorteringen lot jeg materialet ligge i noen uker. Dette gav meg litt avstand til datamaterialet, slik at jeg kunne se hva informantene faktisk hadde svart med litt ”nye” øyne ved neste gjennomlesning.

Ved denne nye gjennomgangen av datamaterialet startet jeg arbeidet med kategorisering og datareduksjon. Jeg leste alle intervjuene på nytt for å få et helhetsbilde av datamaterialet. Jeg markerte aktuelle uttalelser i de transkriberte intervjuene som jeg mente var relevante for min problemstilling. De markerte uttalelsene ble ikke systematisert i denne første fasen, men dannet grunnlag for det påfølgende analysearbeidet av råmaterialet.

I neste fase av analysen jobbet jeg med å systematisere de markerte enhetene i teksten. I denne systematiseringen utarbeidet jeg et analyseskjema der jeg tok utgangspunkt i spørsmålene i intervjuguiden og laget følgende tematiske kategorier: systematisk arbeid med opplæring, kurs, kunnskapsformer, motivasjon og evaluering. I den aller første gjennomlesingen av materialet, hadde jeg dessuten oppdaget et tema i tillegg til spørsmålene jeg hadde i intervjuguiden. Dette temaet omhandler rekruttering, og dette temaet ble også tatt inn i analyseskjemaet. Analyseskjemaet innholdt dermed følgende kategorier: rekruttering, generelt om opplæring, kurs, kunnskap, motivasjon og evaluering. Under de fleste kategoriene hadde jeg i tillegg til spørsmål fra intervjuguiden, et felt der jeg skrev inn andre aktuelle elementer som kom fram i løpet av intervjuet.

Informant	Har dere kurs for nyansatte?	Hvilke kurs er obligatoriske?	Hvem har ansvar for at de kommer på kurs?	Hvordan organiseres kursene?
2	3 dagers kurs nyansattkurs på sykehuset	brann sertifisering MTU	sykepleiekoordinator	i regi av klinikken
3	faglige møter om tirsdagen	sertifisering MTU	avdelingssykepleier og fagsykepleier	tilrettelegges etter tilbud

Figur 3: Tabell som viser hvordan analyseskjemaet ble satt opp.

Jeg gjennomgikk så alle intervjuene på nytt, og de markerte uttalelsene fra første fase ble plassert inn i relevant tematisk kategori i analyseskjemaet. Thagaard (2009) kaller denne fasen i temasentrert analyse som den beskrivende fasen, i det den gir en oversikt over datamaterialet innenfor hver temakategori, og gir muligheter for å sammenligne de enkelte informantens uttalelser.

Hvem gir tilbakemelding?	Oppfølgingssamtaler	Bruker dere sjekklister?	Aktuelle kommentarer
-gruppeleder den uken de går opplæring sammen med en erfaren sykepleier - jeg prater med dem hele tida	har planer som ikke følges	kompedium med sjekklister	-bruker ikke prøvetid -tester de som ekstravakter -kvitter meg med de som ikke fungerer -fagsykepleier går litt turnus - ser hvordan ting fungerer
fagsykepleier, avdelingssykepleier, kontaktsykepleier	etter 14 dager og etter 4 uker	har sjekklister, bruker denne aktivt	selvvurdering

Figur 4: Tabell som viser et eksempel på hvordan jeg plasserte informantenes uttalelser inn i analyseskjemaet.

I neste fase laget jeg en sammenfatning av meningsinnholdet i hver enkelt tematisk kategori i analyseskjemaet. Denne fasen kaller Malterud (2003) for rekontekstualisering. Dette innebærer at forskeren sammenfatter funnene i hver kategori ved å gjenfortelle meningsinnholdet i kategoriene med egne ord. Målet med en slik sammenfatning er at den skal ende opp med beskrivelser som kan formidles til andre, samtidig som man utviser lojalitet til informantens uttalelser.

Tematisk kategori	Sitater / uttaleser fra informanter	Sammenfatning / beskrivelse av kategori
<p><i>Spørsmål fra intervjuguiden:</i></p> <p>- Hvordan og hva definerer du som opplæring?</p>	<p>Nei altså opplæring er jo framtida det er jo det viktigste vi egentlig driver med - Men det vi driver med i dag skal jo være altså er jo inputen til resultater som du kanskje ikke ser før om et år – (1)</p> <p>Alt de er gjennom den første tiden tenker jeg (2).</p> <p>Nei altså det er jo det at de jeg vet ikke om jeg gjør dette riktig altså det er det å så bli drillet på ting både mentalt og praktisk og at du føler en viss trygghet for det er kjempeviktig men nei har egentlig ikke tenkt på det (4)</p> <p>Nei altså opplæring kan være så mangt men det må vel være en form for opplæring som gjør at du kan fungere best mulig i den jobben du skal utøve sånn at det ikke skjer at de gjør feil eller de føler seg utrygge at de slutter for det at de ikke har fått den oppfølgingen de trenger eller opplæringen vil jeg tro (5)</p> <p>jeg tenker generell opplæring altså bli kjent i posten (6)</p> <p>Det må være noe som er en planlagt strukturert prosess - det kan ikke være tilfeldig (7).</p>	<p>Sykepleielederne definerer opplæring som ”alt de nyansatte skal gjennom den første tiden”. Det handler om at de nyansatte skal bli kjent i avdelingen, lære seg diagnoser, behandling og prosedyrer slik at de føler seg trygge og kan fungere best mulig i jobben. En av informantene mente at opplæring er en viktig og langsiktig investering i framtiden, og en forutsetning for at driften skal fungere.</p>

Figur 5: Tabell som viser analyseprosessen.

Til slutt laget jeg en presentasjon av funnene med beskrivelse av hver kategori som kom fram i analysen.

3.6 Forskningsetiske utfordringer

Etiske regler og teorier gir retningslinjer som må vurderes i forhold til et prosjekts spesifikke situasjoner. For forskning på mennesker gjelder tre etiske regler; det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser (Kvale, 2007). ”Et *informert samtykke* in-

nebærer at intervjupersonene informeres om undersøkelsens overordnede mål, om hovedtrekkene i prosjektplanen, og om mulige fordeler og ulemper med å delta i forskningsprosjektet” (Kvale, 2007, s. 67). Videre at forskeren får intervjupersonen til å delta på frivillig basis, og informerer om muligheten for å trekke seg underveis. Med konfidensialitet menes at forskeren ikke offentliggjør personlige data som kan avsløre intervjupersonens identitet. ”Konsekvensene av en intervjustudie bør vurderes med hensyn til mulig skade som kan påføres intervjupersonene, såvel som de forventede fordelene personen kan ha av å delta” (Kvale, 2007, s. 69). Stake (2000) påpeker også at nærheten til informantene i en kvalitativ studie, innebærer at forskeren må være nøye med - og utvise gode manerer. Denne nærheten stiller også strenge krav til forskeren om sin etiske bevissthet i intervjusituasjonen.

I min studie fikk alle informantene informasjon om prosjektet før intervjuet ble startet, og alle signerte samtykkeerklæring. I mitt prosjekt mener jeg at kravet om anonymisering var mest relevant å ha høyt fokus på. Jeg informerte om at det ville bli tatt hensyn til dette. Det var viktig at den enkelte kunne svare i trygg forvisning om at materialet blir behandlet konfidensielt og at ikke svarene kan spores tilbake til den enkelte informant. Intervjuene er nummererte, navn er ikke brukt, og jeg nevner heller ikke hvilke avdelingen eller sykehus informantene arbeider ved. Jeg har brukt temasentrert analyse, og denne anses å ivareta anonymiteten til den enkelte informant på en god måte, da den enkelte informants uttalelser ikke presenteres i sin helhet, og derfor blir vanskeligere å spore (Thagaard, 2009). I den grad det brukes sitater, er disse skrevet på normalisert bokmål, slik at en ikke kan spore verken dialekter eller aksenter.

I en hektisk hverdag med tid som en knapphetsfaktor, var det viktig at ikke intervjuene tok for lang tid, slik at det ville oppleves som en belastning å delta. Likevel erfarte jeg at tiden ble brukt som en årsak til ikke å delta. Jeg brukte pilotintervjuene for å få et innblikk i hvor lang tid det ville ta med hensyn til de spørsmålene jeg hadde utarbeidet i intervjuguiden. Jeg skisserte ca en time, og ingen av de gjennomførte intervjuene overskred tidsrammen.

3.7 Validitet / reliabilitet/ overførbarhet

Begrepe validitet/ reliabilitet / generaliserbarhet er nær knyttet til kvantitativ måling, og noen foretrekker å bruke begrepe troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet i kvalitative studier. Jeg velger likevel å bruke validitet og reliabilitet, da det er de begrepe som brukes hos de forfatterne som jeg har lest og som skriver om kvalitativ metode (Kvale, 2007, Malterud, 2003). Disse forfatterne bruker imidlertid overførbarhet i større grad enn generalisering. Jeg erfarer også at disse forfatterne har mest fokus på validitet i kvalitative studier.

3.7.1 Validitet

Validitet handler om gyldighet. I en vid tolkning av validitet handler det om i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke, og i denne tolkningen gir kvalitativ forskning valid, vitenskapelig kunnskap. Når en skal validere en studie, stiller en spørsmål om kunnskapens gyldighet – hva er dette gyldig kunnskap om, og under hvilke betingelser? Et kriterium for validering er å stille spørsmål om mine tolkninger er i overensstemmelse med den virkeligheten jeg har studert (Kvale, 2007, Malterud, 2003, Thagaard, 2009).

Kvale (2007) hevder at validitet berører alle stadiene i forskningsprosessen, og fungerer som kvalitetskontroll i alle stadiene av denne. I tematiseringen handler dette om hvor solide studiens teoretiske antakelser er, og hvor logisk utledningen fra teori til forskningsspørsmål er. I planleggingsfasen handler det om kvalitet på undersøkelsesopplegget, og metodene som skal brukes. I selve intervjuet handler det om intervjuerpersonenes troverdighet, og kvaliteten på selve intervjuet med kontinuerlig kontroll av informasjonen som gis. Videre vil språk i transkripsjonen, og analysen av datamaterialet være avhengig av hvorvidt spørsmålene er gyldige, og hvorvidt tolkningene er logiske. I rapporteringen gjelder validitet om hvorvidt en rapport gir en valid beskrivelse av hovedfunnene i en studie, samt leserens rolle som validitetsbedømmer av resultatene.

Kvale (2007) beskriver to typer validitet: kommunikativ og pragmatisk validitet. Kommunikativ validitet handler om forskerens evne til å kommunisere sin forskning og dermed påvirke den gyldighet som kunnskapen får. Dette gjelder både resultatene og selve forskningsprosessen. Dette betyr at det vil være avgjørende for validiteten av min

studie at den forskningsprosessen jeg har gjennomført både er troverdig og gjennom-siktig. Jeg har derfor i dette metodekapittelet forsøkt å formidle ganske konkret hva jeg har gjort, hvorfor jeg har valgt disse fremgangsmåtene og hvordan datainnsamling og analyser er gjennomført. Pragmatisk validitet handler om kunnskapens brukbarhet, altså om en kommer fram til kunnskap som kan brukes (Malterud, 2003). For meg som enkeltforsker er dette vanskelig å forutse, men målet mitt er at mine funn og diskusjonene av dem skal fremstilles på en måte som vil føre til økt kunnskap og forståelse om hvordan sykepleieledere arbeider med opplæring av nyutdannede sykepleiere i sykehus.

Malterud (2003) skiller mellom intern og eksternt validitet. Ved eksternt validitet ser en på overførbarhet, noe jeg beskriver i et eget underkapittel. Ved intern validitet, stiller en spørsmålet, hva er dette sant om? Her er relevans et nyttig stikkord og hva kunnskapen kan brukes til, er sentralt for validering av en studie. Når en skal validere bør en derfor stille spørsmål om relevans til formulering av problemstilling, utvalg, datainnsamling, teoretisk referanseramme, analysestrategi og presentasjon (Malterud, 2003).

Har jeg valgt en relevant metode og er min datainnsamling relevant for å belyse min problemstilling? Min studie forteller hvordan syv tilfeldig utvalgte sykepleieledere beskriver hvordan de arbeider med opplæring av nyutdannede sykepleiere. Hvordan forskningsprosessen er gjennomført og begrunnelse for hvilke valg jeg har tatt, er beskrevet i ulike avsnitt i dette kapittelet og utgjør en viktig del av valideringen av mitt prosjekt.

3.7.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet. Hensikten med reliabilitet er å overbevise en kritisk leser om at forskningen er utført på en tillitvekkende måte. Reliabilitet i kvalitativ forskning knyttes til om forskeren gjør rede for hvordan data utvikles gjennom forskningsprosessen (Thagaard, 2009). Min vei gjennom studien, fra utforming av problemstilling og til presentasjon av empiri, er presentert tidligere i metodekapittelet.

Reliabilitet baseres også på at forskeren omtaler sine relasjoner til informantene, og hvilken betydning egne erfaringer har for de dataene forskeren innhenter (Thagaard, 2009). I min studie var informantene ukjente for meg, men fellesskapet med dem ligger

i felles utdannings- og erfaringsbakgrunn. Min bakgrunn som sykepleier og leder har hatt innvirkning på valg av problemstilling og utformning av intervjuguide, og gjør det også lettere å forstå ord og uttrykk som informantene bruke i intervjuet. Fordeler og ulemper med å forske i eget fagfelt blir diskutert senere i kapittelet. Når informantene snakker om viktigheten av at nyutdannede sykepleiere lærer seg gruppelederfunksjonen, kan jeg med min bakgrunn assosiere til konkrete arbeidsoppgaver knyttet til denne, men jeg stilte likevel spørsmål om hva de mener denne funksjonene inneholder av oppgaver, og hvordan de organiserer det i sine avdelinger.

En vurdering av reliabilitet i kvalitative data er forskerens evne til å reflektere over hvordan datainnsamlingen har foregått med tanke på mulige feilkilder (Ringdal, 2007). Jeg valgte en tverrsnittsstudie som design og intervjuet syv sykepleieledere. Jeg har beskrevet hvordan disse ble valgt ut tidligere. Jeg fikk avtale med informanter som var opptatt av opplæring og som ser at dette er et viktig område / en viktig arbeidsoppgave. Dette kan kanskje ha noe å si for reliabiliteten til mine funn. Dersom jeg har intervjuet sykepleieledere som er genuint interessert i opplæring av nyutdannede sykepleiere, kan det medføre at funnene mine gjenspeiler denne interessen. Dersom jeg hadde intervjuet informanter som ikke synes opplæring av nyansatte og nyutdannede sykepleiere er en viktig arbeidsoppgave, ville muligens svarene ha vært annerledes.

3.7.3 Overførbarhet

For at kunnskap skal kunne deles med andre, må den være overførbar. I kvalitative studier er det tolkningen og ikke beskrivelse av mønstre i dataene, som gir grunnlag for overførbarhet. Overførbarhet går på om den forståelsen som utvikles i et enkelt prosjekt, også kan ha relevans i andre situasjoner. Forskeren må argumentere for de betingelsene som bidrar til at tolkning basert på en studie kan ha relevans i en større sammenheng. Overførbarhet knyttes også til om tolkningen kan gjenkjennes hos lesere med kjennskap til de fenomenene som studeres (Malterud, 2003, Thagaard, 2009).

Kan mine funn ha overføringsverdi? Funnene i min undersøkelse viser at opplæring praktiseres på tilnærmet samme måte, og at de ulike sykepleielederne sitt arbeid med dette har mange fellestrekk. Min datainnsamling er gjennomført på fire ulike sykehus av ulik størrelse, slik at funnene bør kunne gi et relativt betegnende bilde av hvordan ledere

arbeider systematisk med opplæring av nyutdannede sykepleiere. Jeg mener at mine funn vil kunne ha en overføringsverdi, da jeg tror og regner med at mange sykepleiere vil kjenne seg igjen i både data og tolkninger. Funnene kan med andre ord ikke generaliseres til å gjelde for alle sykepleiere i somatiske sykehus som arbeider med opplæring, men de beskriver opplevelser og erfaringer med det å være sykepleier med ansvar for opplæring av nyutdannede sykepleiere hos syv sykepleiere på fire sykehus og som er relevant for andre sykepleiere andre steder.

Jeg håper også at mine funn vil ha interesse og kunne bidra til at en både kan se kritisk på praksisundervisningen i utdanningen, og tidspunkt for å avslutte utdanningen om våren, og videre hvordan og når man rekrutterer og ansetter nyutdannede sykepleiere. Da jeg ved søk i diverse databaser ikke finner særlig mye forskning og litteratur om sykepleiere sitt arbeid med og engasjement i opplæring av nyutdannede sykepleiere, mener jeg at mine funn kan bidra med ny kunnskap innenfor et aktuelt emne.

3.8 Å forske i eget fagfelt

Jeg har forsket i mitt eget fagfelt. Å forske i eget felt innebærer at jeg befinner meg i kjente omgivelser og med kjente problemstillinger. Jeg er både sykepleier og leder, og jeg har i mer enn tjue år interessert meg for - og arbeidet med opplæring av nyutdannede sykepleiere. Dette skaper min forforståelse om mitt forskningsprosjekt. Forforståelse er en forutsetning for at forståelse skal være mulig, og rommer blant annet individuelle og personlige erfaringer. Man kan ha et mer eller mindre reflektert forhold til egen forforståelse, og den trenger ikke være eksplisitt. Forforståelse endres i møte med nye erfaringer som skaper ny forståelse. At ny innsikt og forståelse gir ny forforståelse som igjen fører til ny forståelse, betegnes som den hermeneutiske sirkel som er uten begynnelse og uten slutt (Gilje & Grimen, 2005).

Min egen forforståelse kan være både en styrke og en utfordring i min studie. Fordelen med å forske i eget fagfelt er at jeg forstår både språklige utsagn og kulturelle innfallsvinkler til temaet. Utfordringen er å etablere tilstrekkelig distanse til egne forventninger om funn, det å høre hva som *faktisk* blir sagt, og ikke hva en *forventer* blir sagt. Dette er en utfordring jeg har vært bevisst på i hele prosessen, og i datainnsamlingen var jeg bevisst på å skille rollen som forsker og sykepleier. Beskrivelsene av det teoretiske

rammeverket for oppgaven og den metodiske gjennomføringen sørger for transparens og synliggjør også min forforståelse.

Jeg har brukt min forforståelse om opplæring av nyutdannede sykepleiere til å utarbeide intervjuguiden. Jeg mener at min forforståelse har bidratt til at spørsmålene er relevante med tanke på å få svar på min problemstilling og mine forskningsspørsmål, men kan også ha en negativ side ved at jeg er for lite undrende og kanskje for ”smal” i områdene jeg tar opp.

Nærhet til tema og informanter, kombinert med mangel på standardisering i samtaleintervjuet, kan føre til, bevisst eller ubevisst, at jeg som forsker søker etter sitater som underbygger eller bekrefter min forforståelse. Dette kaller Ringdal (2007) for *biased view-point-effect*. For å redusere denne effekten intervjuet jeg sykepleieledere som arbeider på sykehus spredd geografisk i landet og som jeg ikke kjente fra før, men jeg har samme utdanning og arbeidserfaring som dem.

Når det gjelder gjennomføringen av intervjuene, og spørsmålene som ble stilt, erfarte jeg allerede i første intervju at praksis hos informantene avvok fra egne erfaringer, noe som gjorde det enklere for meg. At informantenes praksis var ulik mine egne erfaringer, førte til at jeg ble mer søkende i intervjusituasjonene, og dermed mer observant på hva som faktisk ble sagt, mer enn at jeg var ute etter å få bekreftelse på egne erfaringer. Dette mener jeg har skapt den nødvendige avstand når jeg har tolket svarene.

Jeg har lang erfaring med å gjennomføre intervju med jobbsøkere, og denne erfaringen var nyttig for å kunne gjennomføre datainnsamlingen som samtaleintervju. Når en intervjuer en jobbsøker er denne som regel ganske nervøs. Derfor blir det viktig å skape en god stemning under intervjusituasjonen. Jeg har en disposisjon med spørsmål jeg vil ha besvart, men følger ikke denne konsekvent. Erfaringen med å improvisere ut fra en intervjuguide, var nyttig når jeg gjennomførte datainnsamlingen.

4. PRESENTASJON AV EMPIRI

I denne presentasjonen av min empiri bruker jeg, som utgangspunkt, kategorier som kom fram gjennom analysearbeidet. Hver hovedkategori har fått sine avsnitt med beskrivelser av funn. Noen kategorier har også undergrupper av funn som beskrives i egne avsnitt. Jeg har brukt mine egne beskrivelser og sammenfatning av meningsinnholdet i flere informanternes uttalelser kombinert med sitater hentet fra enkeltinformanter for å eksemplifisere innholdet i kategoriene. Informantene er gitt nummer som det refereres til ved sitering.

4.1 Rekruttering

Rekruttering var opprinnelig ikke et tema i intervjuguiden, men dette var et tema som alle informantene på ulike måter berørte i løpet av intervjuet. Fem av syv informanter sier at de i all hovedsak rekrutterer nyutdannede sykepleiere som har vært studenter i avdelingen, og de beskriver dette som en stor fordel fordi de nyansatte kjenner avdelingen og pasientgruppen fra før. De sykepleierstudentene som oppleves som flinke i praksisperioden velges ut og brukes som ekstravakter i helger fra de er ferdig med praksisperioden og fram til de avslutter utdannelsen.

”Jeg prøver å plukke ut de beste studentene når de er her og så tester vi de ut via ekstravakter og ser at de faglig holder mål” (1).

Lederne velger også ut sykepleierstudenter som de mener vil passe inn i det sosiale og faglige miljøet.

”det er først og fremst veldig viktig å velge en person som passer inn - både i sykepleiegruppen og til pasientgruppen vår” (3).

En av informantene begynte selv i avdelingen etter avsluttet studentperiode, og erfarte dette som gunstig.

”Jeg trengte ikke å lete etter eller lære meg hvor alt utstyret var, jeg viste hvor det var, jeg kunne begynne å konsentrere meg om sykepleieoppgaver - det syns jeg var veldig befriende og ikke skulle bli kjent med alt” (2).

Informantene er bevisst at det at den nyutdannede sykepleieren er kjent i avdelingen kan være utfordrende for de nyansatte fordi man regner med at de allerede kan mye og er godt kjent. Når en sykepleierstudent har arbeidet ekstravakter i helger, er det andre krav til vedkommende, og en annen rolle denne skal fylle enn når man er fast ansatt med

daglig ansvar for pasienter og arbeidsoppgaver. Overgangen med rolleendring kan derfor være vanskelig både for den nyansatte og for de erfarne sykepleierne i avdelingen. Den nyansatte kan vegre seg for å gå inn i nye oppgaver, og kan dermed bruke lenger tid på å tilpasse seg sykepleierrollen. For avdelingen kan dette vise seg ved at personalet tror den nyansatte kan mer enn han/hun reelt gjør fordi han/hun er kjent. Dermed kreves det lett for mye av den nyansatte. Skjer det en feil eller forglemmelse, kan dette lett føre til irritasjon i personalet, noe som beskrives av informant 2 på følgende måte:

”Så blir det litt murring rundt omkring fordi man ser at noe ikke fungerer - og så er det egentlig kun vår egen feil - fordi vi går ut fra at det burde de kunne - de har vært her så lenge - og så tenker vi ikke på hva de faktisk skal gjennom” (2).

En annen konsekvens kan bli at man tar for lett på opplæringen fordi man regner med at de nyansatte kan mer enn det de faktisk gjør.

”De er i utgangspunktet godt kjent i avdelingen i forhold til daglige rutiner og hvor de finner ting - men så glemmer en at de var student i går men er sykepleiere i dag og det kan av og til gå utover det med opplæringsfaser” (2).

En annen informant beskriver rekrutteringen som en viktig del av sin rolle i opplæringen, og forteller at hun rekrutterte også andre enn de som har vært studenter. Det kommer også fram at dersom man rekrutterer andre enn de som har vært studenter, så vil det påvirke hvordan opplæringen gjennomføres. Dersom den nyansatte er ukjent i avdelingen / enheten, må en innføring i avdelingens pasientgruppe, diagnoser, behandlingsformer og rutiner vektlegges.

Tidspunktet for oppstart i avdelingen er et annet forhold knytte til rekruttering som opptar flere av informantene, og som de mener har betydning for hvordan opplæringen gjennomføres. Det at sykepleierutdanningen avsluttes rett før oppstart av avvikling av sommerferie i avdelingene i juni, slik at de fleste nyutdannede starter sin første jobb som sykepleier midt i ferieavviklingen, oppleves som en utfordring både for den nyutdannede og for avdelingen. Dette er en travel tid på de fleste sykehus, så tidspunktet har mye å si for hvordan opplæringen kan gjennomføres de første ukene. Informant 5 beskriver det slik: ”De fleste ansettes ofte på våren eller på sommeren rett før sommerferieavvikling så de kommer ofte inn i et kaos” (5).

En av informantene uttrykker ønske om at utdanningen burde vært avsluttet i mai, slik at en kunne få en måned med systematisk opplæringsarbeid før den hektiske ferieavvik-

lingen begynner: ”Men hvis de hadde sluttet på skolen i mai var det flere uker (...) men de er ikke tilgjengelige” (5). Vedkommende informant har positiv erfaring med å ansette nyutdannede sykepleiere i januar: ”Vi fikk to som var ferdige i januar, det var fantastisk, de begynte etter de var i praksis i desember, (...) så når sommeren kom var de på en måte så rutinerte” (5). Det nevnes også at fasen som nyansatt kan bli forlenget fordi en ikke får kvalitetssikret arbeidet med opplæringen i sommermånedene. Informant 5 sier det slik: ”Den varer veldig lenge fordi de ofte begynner på feil tid av året, de begynner på den verste tiden” (5).

Det at arbeidsmarkedet er stramt når det gjelder ledige sykepleierstillinger i spesialisthelsetjenesten, er også en problemstilling i forhold til rekruttering og opplæring av nyutdannede sykepleiere informantene er opptatt av: ”En annen ting som spiller ganske mye inn er at det ikke er lange vikariat (...) slik det er blitt her i helseforetaket så er det ikke så lett lenger å få seg jobb” (7). De nyutdannede sykepleierne får gjerne bare korte vikariater i starten, men konkret hvordan dette påvirker innholdet i og gjennomføringen av opplæringen, er ikke mine informanter tydelige på. Men jeg oppfatter det slik at de planlegger og gjennomfører ”vanlige” opplæringsløp, og regner med at det blir ledige stillinger i løpet av påfølgende høst / vinter. Informant 1 sier det på denne måte: ”Jeg har folk som var ferdige sykepleiere i sommer - som er gitt full opplæring - for jeg vet at de får vikariat i vinter” (1). Selv om sykepleielederne uttrykker bekymring over at de kun kan tilby de nyutdannede sykepleierne korte vikariater, tenker de fremover og gjennomfører opplæring med tanke på å ansette nyutdannede sykepleiere i fremtidige ledige vikariater og stillinger: ”Noen går som ekstravakt opptil et år - før jeg får ledig stilling til dem” (1).

4.2 Organisering av opplæringen

Innledningsvis i intervjuet ba jeg informantene om å beskrive hvordan opplæringen av nyutdannede sykepleiere organiseres og gjennomføres på deres avdelinger eller enheter, og hva de mener opplæring er. Alle informantene forteller at de har en plan for opplæringen, men at det i gjennomføringen varierer hvor mye de holder seg til denne planen. Sykepleielederne definerer opplæring som ”alt de nyansatte skal gjennom den første tiden” (2). Det handler om at de nyansatte skal bli kjent i avdelingen, lære seg diagnoser, behandling og prosedyrer slik at de føler seg trygge og kan fungere best mulig i

jobben. En av informantene mente at opplæring er en viktig og langsiktig investering i framtiden, og en forutsetning for at driften skal fungere.

4.2.1 Planer og skriftlig materiell

Alle nyansatte får utdelt skriftlig materiale når de begynner. Informantene navngir det skriftlige materialet i de 4 institusjonene ulikt; kompendium, nyansatthefte, informasjonshefte og introduksjonsbok. Innholdet i materialet varierer også, fra prosedyrer til informasjon om avdelingen og sjekklister, forventninger til den nyansatte, diagnoser og prosedyrer.

Informant:	Navn og innhold:
1	Opplæringsprogram for nyansatte sykepleiere. 30 sider som inneholder generell informasjon, opplæringsprogram, plan for oppfølgingssamtaler, undervisnings- og opplæringstiltak, sjekklister, anbefalt litteratur. Sjekklisten signeres fortløpende under hvert punkt Egen ordliste som inneholder ord og uttrykk om aktuell pasientgruppe.
2	Prosedyre for opplæring av nyansatte, 4 sider. Planen er utarbeidet som en prosedyre med beskrivelse av formål, ansvar og framgangsmåte og referanser. Framgangsmåten beskriver plan for første året i avdelingen.
3	<i>(Fikk ikke noe her, da det var til revidering.)</i>
4	For nyansatte på aktuell avdeling. 1,5 sider med oppramsing av diagnoser, prosedyrer, organisering og personal administrativ informasjon. Den nyansatte og leder skal signere på gjennomgått opplæring.
5	Velkommen som nyansatt på aktuell seksjon. 20 sider som inneholder generell informasjon om avdelingen, sjekklister for prosedyrer og observasjoner, oversikt over aktuelle diagnoser, døgnrytmeplan, beskrivelse av arbeidsoppgaver på aktuell enhet. 8 av sidene inneholder rutiner for utvalgte pasientgrupper. Sjekklisten signeres fortløpende
6	Sjekklister for aktuell klinikk. Felles for hele klinikken, men hver avdeling har sine fargekoder for det spesielle i sin enhet. Tema: organisering av avdelingen, mottak / utskriving av pasient, pasientbehandling og pleie, akutte situasjoner, prøver og undersøkelser, legemiddelhåndtering, hygiene, medisinsk teknisk utstyr, andre pasientrutiner. Gjennomført program skal signeres av leder, nyansatt og fadder.
7	Sjekklister nyansatte. 1,5 sider med følgende emner: elektromedisinsk utstyr, rutiner i akutte situasjoner, brann og beredskap, spesielle rutiner til aktuell pasientgruppe og administrativ funksjon som gruppeleder.

Tabell 6: Oversikt over skriftlig materiell.

4.2.2 Perioder og nivå

Alle informantene skiller mellom opplæringsperiode, og nyansattperiode. Opplæringsperioden er den perioden hvor de nyansatte sykepleierne får opplæring. I denne perio-

den teller ikke den nyansatte med i bemanningen, men overlapper med andre ansatte. Lengden på denne perioden varierer fra tre dager / vakter til fire uker. En av informantene hadde ikke noe tidsperspektiv på hvor lang perioden skulle være, men vurderte det individuelt. En informant beskriver det som en utfordring at de starter i ferieavviklingen, og at det fører til at antall arbeidsdager de får overlapping med en erfaren sykepleier, blir på et minimum.

Alle informantene definerer nyansattperioden som lenger enn opplæringsperioden. På de ulike stedene varierer det lederne betegner som nyansattperiode fra tre måneder til ett og et halvt år til to år. En av informantene har, grunnet omorganisering, hatt seksten nyansettelser i avdelingen i løpet av det siste året, og de fleste har vært nyutdannede sykepleiere. Denne lederen definerte nyansattperioden kortest og sier: ”Jeg tenker i første omgang tre måneder, og når de nærmer seg et år er de jo veteraner” (6).

En av informantene definerte nyansattperioden til å være opp til to år. Dette er det lengste noen av lederne definerte denne perioden til å være og hun begrunnet dette med fagfeltets egenart og krav til kompetanse. Informant nr. 5 mente at det var veldig individuelt hvor lenge noen kunne defineres som nyansatt, og at noen så ut til ikke å komme ut av denne fasen heller. Denne informanten er også den som har høyest fokus på utfordringen med at de nyutdannede sykepleierne starter å jobbe i ferien, og hun gir uttrykk for at både opplærings- og nyansattperioden kan bli lenger av den grunn.

Jeg spurte informantene om det var noen som hadde en eller annen form for nivåinndeling på nyansattperioden. Det var det ingen av avdelingene som hadde, selv om noen tilkjennega at de forstod at spørsmålet ble stilt, som for eksempel informant 1. ”Nei, vi har ikke bevisst lagt inn nivå men jeg skjønner hva du prater om” (1). Tre av informantene nevnte imidlertid klinisk stige som en nivåinndeling. Klinisk stige er et sykehusinternt utviklingsprogram som ble utarbeidet på nittitallet som blant annet hadde som hensikt å beholde sykepleiere i klinisk praksis, tilby faglig utvikling og en klinisk karrierevei (Bjørk, Sætre Hansen, Samdal & Tørstad, 2005). På enkelte sykehus blir det knyttet lønn til programmet, men det gir ikke rett til studiepoeng. To av informantene oppga at deres opplæringsprogram var utarbeidet slik at det kunne brukes som første trinn i klinisk stige. En av informantene var innom teorien om nivåinndeling i forbindelse med

hvordan sykepleiere lærer, men de hadde ikke noe inndeling på selve opplæringen i avdelingen, og heller ikke klinisk stige.

4.2.3 Fadder / kontaktsykepleier

I den første perioden går den nyansatte som oftest sammen med en erfaren sykepleier. Fem av de syv lederne forteller at de har en eller annen form for fadderordning. Noen av informantene kaller det fadder, en kaller det kontaktsykepleier og en bruker begrepet primærkontakt. Kontaktsykepleier / fadder deltar som regel på oppfølgingssamtaler i løpet av opplæringsperioden. En informant forteller at de har gått bort fra slik ordning, og mener at siden det er så mange erfarne sykepleiere i avdelingen, er det mange som kan lære opp de nye sykepleierne og at det derfor ikke spiller noen rolle hvem de nyansatte jobber sammen med.

Lederne gir uttrykk for at det kan være en utfordring å få til gode løsninger når det er mange nyansatte. Informant 1 sier: ”det å få systematikken i dette er utfordringen når du har mange nye som skal læres opp samtidig” (1). En leder forteller at de har forsøkt å tildele faddere til nyansatte, men at dette ikke har fungert på grunn av at mange er ansatt i deltidsstillinger. En annen leder har erfart at det på grunn av turnus trengs mer enn kun *en* fadder pr nyansatt for at et slikt opplegg skal fungere i praksis. En informant uttrykker skepsis til hvordan slike fadderordninger fungerer i praksis, dersom ikke fadder sine oppgaver er relativt konkrete. Det er ingen av informantene som planlegger tid til opplæring i turnus. De tilpasser de nyansatte sykepleierne sin turnus etter kontaktsykepleier / fadder sin turnus, og i forhold til oppgaver den nyansatte skal lære seg, for eksempel gruppelederopplæring.

4.3 Kurs

Alle informantene sier at avdelingen og / eller foretaket arrangerer kurs for nyansatte. Slik jeg oppfatter informantene handler disse kursene stort sett om brannvern, hjerte - / lungeredning, medisinsk teknisk utstyr, dokumentasjon, hygiene og IT sikkerhet, ofte kombinert med en presentasjon av organisasjonen. Kurslengden varierer fra en til fire dager.

Alle informantene oppgir årlige kurs og gjennomganger av hjerte- /lungeredning, brannvern og IT – sikkerhet som obligatoriske. Noen avdelinger har også et tilbud om kurs i smertebehandling og medikamenthåndtering, men slik jeg oppfatter informantene er ikke disse obligatoriske.

Avdelingene arrangerer også interne kurs, der lederne selv velger tema og underviser. Temaet for disse kursene er fagspesifikt, med utgangspunkt i hvilke diagnoser som behandles på den aktuelle avdelingen. Hyppigheten og lengden på kursene varierer. Ved flere av avdelingene / enhetene er fagdager eller studiedager i turnus en innarbeidet praksis. Her varierer det mellom at lederne planlegger tema, og de ansatte selv velger hva de vil fordype seg i.

Ingen av informantene oppgav at det var eksamen i kursene, når jeg spurte konkret om det, men to av informantene fortalte at kursene i opplæringsperioden teller med i godkjenningen til klinisk spesialist. Det som imidlertid alle nevner er at det er krav til sertifisering på medisinsk teknisk utstyr.

På spørsmål om hvem som har ansvar for at de nyansatte kommer seg på kurs, svarer alle informantene at det er deres ansvar. Informant 3 sier for eksempel: ”Det er meg og fagutviklingssykepleier” (3). Dette reflekterer hvordan opplæringen på avdelingen er organisert, og korresponderer med hvem de sier har ansvar for opplæringen.

4.4 Hvordan beskriver sykepleielederne sin rolle?

En av lederne forteller at det viktigste i hennes lederrolle når det gjelder opplæring, er knyttet til rekruttering og motivasjon. Det å ansette riktig person, og motivere både kontaktsykepleier og kollegiet til å ta i mot den nyansatte anser hun som det mest sentrale hun gjør i opplæringen. En av de andre informantene er veldig opptatt av trivsel, og at den nyansatte skal føle seg velkommen og sett, og sier: ”Jeg er opptatt av de skal trives og at det er noen som ser dem og har tid til dem” (4). I denne avdelingen har arbeidsmiljø et høyt fokus, og de har også mottatt en arbeidsmiljøpris.

Tre av lederne sier eksplisitt at de har en koordinerende funksjon når det gjelder opplæring av nyansatte, og at de har fokus på tilrettelegging og oppfølging. En av informantene

ne reflekterer over sin rolle i intervjuet: ”nesten en litt sånn kontrollfunksjon høres det ut for at jeg har” (4) og hun gir uttrykk for at hun synes det er negativt at hun har en slik kontrollfunksjon. De fleste av lederne beskriver seg selv som en viktig premissleverandør for det faglige innholdet i opplæringen, og at de ønsker å formidle og videreføre sine holdninger og verdier.

Alle informantene sier at de har en viktig rolle i opplæringen av de nyansatte, og framhever det at de er mye til stede i avdelingen, er med på rapporter og har kontor i avdelingen, som viktige faktorer i deres rolle i opplæringen. Alle har også en eller annen form for møtepunkt med de nyansatte som for eksempel morgenrapporter, som utenom pasientopplysninger brukes til formidling av faglige temaer. Disse møtepunktene gir også leder god tilbakemelding om kunnskaps- og funksjonsnivå til den enkelte sykepleier.

Med tanke på min hovedproblemstilling, mente jeg det var relevant å få kartlagt hvem sykepleielederne mener har ansvaret for opplæringen av de nyansatte. Fem av syv har delegert ansvaret for den praktiske gjennomføringen til en annen sykepleier. Titlene på disse varierer fra sykehus til sykehus: fagsykepleier, koordinator, sykepleier med administrative oppgaver eller assisterende avdelingssykepleier. Selv om den praktiske gjennomføringen av opplæringen er delegert, poengterer informantene at de har det overordnede ansvaret.

”Jeg har det faglige ansvaret som leder på posten, men vi har jo delegert en del til assisterende avdelingssykepleier” (6).

”premissene og kravene til den ansatte må jeg ha, jeg må kunne vite at det er et opplæringsprogram som er funksjonelt for avdelingen” (2).

4.5 Forventninger til nyutdannede sykepleiere

Intensjonen var at jeg skulle spørre alle lederne om hvilke forventninger de har til de nyutdannede sykepleierne. Ved gjennomgang av intervjuene ser jeg at jeg dessverre ikke har stilt dette spørsmålet til to av informantene. De fem lederne som har sagt noe om dette snakker stort sett om personlige egenskaper og mellommenneskelige relasjoner når de blir spurt om forventninger til nyutdannede sykepleiere. Informant 1's vektlegging av det relasjonelle og mellommenneskelige med henblikk på arbeidsmiljø og

kollegiet, er en god illustrasjon på ledernes holdning: ”At de går inn i gruppa som sådan og kan være et positivt bidrag er jo nesten vel så viktig i starten - å se at de sosialt sett fungerer” (1).

At de nyansatte har humor, er positive, blide og ærlige vektlegges. Videre er det viktig at de viser interesse og initiativ til å lære, og at de stiller spørsmål når de er usikre eller føler at de ikke mestrer arbeidsoppgavene. At de tilpasser seg arbeidslivets krav og forventninger om presist frammøte, lite fravær, fleksibilitet og at de er pliktoppfyllende, nevnes også.

En av informantene mener at hun har mindre forventninger til den nyansatte enn det de fleste nyansatte har til seg selv, og at hun ved å kommunisere sine forventninger reduserer stress hos den nyansatte sykepleieren. ”Jeg opplever at de ofte har større forventninger til seg selv enn de forventningene som jeg har til dem - og når de får høre det, så senker de skuldrene og puster litt ut” (7).

Når det gjelder faglige forventninger er ikke lederne eksplisitt på dette i særlig grad, men det er tydelig at forventningene varierer mellom de syv lederne. En av informantene sier det slik: ”sånn faglig har jeg ikke noen forventninger - altså de er nyutdannede så hva kan jeg forvente” (6), mens en annen leder har noe høyere forventninger til kompetanse og progresjon: ”Jeg har jo store forventninger til dem - ikke første dagen - men at de i løpet av første året skal bygges opp til å bli flinke sykepleiere” (1).

4.6 Hvilke type kunnskap vektlegger leder?

Jeg spurte lederne om hvilken kunnskap / ferdigheter de har erfaring med at nyutdannede sykepleiere har fokus på. Hva opplever de at de nyutdannede ønsker å lære mest om i starten? Og hvilke kunnskap eller ferdigheter er det som har høyest fokus hos lederne?

4.6.1 De nyutdannedes fokus

De syv lederne er ganske samstemte, de erfarer at nyutdannede sykepleier har høyt fokus på teknisk kunnskap, sykepleieprosedyrer og administrativ kunnskap som for eksempel gruppelederfunksjonen. Videre at medikamenthåndtering er en utfordring for de fleste. Som student blir en kontrollert hele tiden, slik at det å stole på seg selv ved ad-

ministrering av medikamenter, er en utfordring. En informant beskriver det slik: ”De ønsker å lære mest om medisiner og kunne ha den delen (...) men jeg tror de er så redde for at de skal gjøre feil” (4).

En leder forteller at noen nyansatte helst vil være med pasientene, og at hun må motivere den enkelte til å ta på seg nye oppgaver som å være gruppeleder, men slik jeg forstår henne handler dette mer om enkeltindivider, enn at det kjennetegner nyansatte som gruppe. En av informantene kommenterer at de nyutdannede sykepleierne vil lære alt med en gang, en annen opplever vel noe av det samme, men uttaler at hun ikke vet om de nye helt vet hva de vil lære. ”Jeg vet ikke om de vet det helt selv” (5).

Når jeg spurte hvordan de som ledere møter disse forventningene, svarte lederne at de bruker sin lederrolle til å styre de nyansatte inn på aktuelt arbeidsområde og at de gjennom samtaler gir tilbakemelding om hva de nyansatte skal prioritere å ha fokus på.

4.6.2 Ledernes fokus

På spørsmålet om hva lederne selv vektlegger i opplæringsperioden, var det for meg et overraskende høyt fokus på administrativ kunnskap. De lederne som har dette som høyeste prioritet, er stort sett de lederne som har den korteste opplæringsperioden. På disse avdelingene må den nyansatte være gruppeleder allerede andre uken.

”I uke to blir de satt opp på det - så kan det være folk som har så godt fokus at jeg kan si kanskje tredje dagen at nå må du prøve deg på gruppen” (4).

Lederne begrunner denne praksisen med at å være gruppeleder er en viktig funksjon, og noe det er nødvendig å ha erfaring med, både for å få oversikt og å lære seg å prioritere oppgaver.

”Hvis ikke de takler det (*å være gruppeleder*) så blir det vanskeligere å takle resten for der er så mye som ligger i akkurat det å ha gruppearbeid og gå legevisitt og hele den administrative delen” (4).

En av informantene hevder at det å kunne den administrative delen er en forutsetning for å kunne forstå pasientbehandlingen. ”Jeg tror nok i den første tiden at det er viktig å lære seg administrasjon fordi hvis de får en viss kontroll over det så skjønner de også pasientbehandlingen ut fra det” (2). Samtidig erkjenner denne informanten at dette nok har sin bakgrunn i at de som begynner i avdelingen har vært i praksis som sykepleiestu-

denter der, og at hun ville prioritert på en annen måte dersom hun hadde ansatt noen som ikke kjente pasientgruppen. ”De må jo lære diagnoser og behandling og alle de tingene før de kan gå ut og administrere” (2).

De av lederne som har et lenger tidsperspektiv på opplæringen, har også mer fokus på den sykepleiefaglige kunnskapen. ”Jeg vil de skal lære seg det sykepleiefaglige” (6) sier informant 6. Disse lederne gir uttrykk for at de nyansatte først må lære seg pasientpleie og få nødvendig kunnskap om diagnoser og behandling, før de kan være gruppeledere. Og at de ikke kan ha denne funksjonen, der en av oppgavene er å delta i legevisitt, før de faktisk vet hva de skal observere og formidle om pasientene. ”De må lære seg hvordan avdelingen fungerer, hvordan organiserer vi oss, før de går inn i gruppelederfunksjonen” (7) og hun fortsetter: ”De må kunne noe for å gå inn og være gruppeleder” (7).

I intervjuet er de fleste sykepleielederne innom utfordringene den nyutdannede har med å få oversikt og prioritere både hva de skal lære og oppgaver de skal utføre. Det å sette det hele sammen til en helhet, uten at det blir kaos, opplever lederne som en stor utfordring for de nyutdannede sykepleierne. Videre har mange av lederne erfart at de nyutdannede er så opptatt av å lære seg prosedyrer at de kanskje glemmer pasienten og det mellommenneskelige.

”Jeg håper de ikke glemmer pasienten oppe i det, men de glemmer kanskje helhetsbegrepet som har med omsorg og empati å gjøre og blir veldig fokusert på et smalt område” (2).

4.7 Hvordan lærer sykepleiere?

Noe av det som kommer fram i løpet av intervjuene, men som jeg ikke spurte direkte om, er ledernes oppfatning av hvilket læringsmiljø som er viktig for at de nyutdannende og nyansatte sykepleierne skal lære. En leder nevner spesifikt mesterlæring som metode for hvordan sykepleiere lærer. Miljøet på avdelingen blir av alle beskrevet som en viktig faktor i opplæringen. Informantene vektlegger at de har erfarne sykepleiere på sine avdelinger som er flinke til å lære fra seg. Videre understreker de at der er stor takhøyde for å være ny, og at der er en trygghet i miljøet som gjør at det er lett for de nyansatte å spørre dersom en er usikker. Informant 1 vektlegger kollegiet og gode rollemodeller som en forutsetning for å utvikle og dyktiggjøre den nyutdannede sykepleieren, og sier

følgende: ”Så blir det på en måte avdelingen sin oppgave å fylle på med fag og ballast sånn at de at de kan utføre sykepleieoppgavene i trygghet selv” (1).

4.8 Motivasjon

Lederne jeg intervjuet mener alle at motivasjon er viktig, og informant 4 sier: ”Å ja altså det er jo noe av det viktigste det” (4).

Informantene mener at nyansatte i utgangspunktet er motiverte for å lære. To av informantene mener at dette henger sammen med at det er vanskelig å få fast ansettelse på denne typen avdeling. Nyutdannede sykepleiere starter enten som ekstravakter eller i vikariat, og de vet at for å kunne få ansettelse i avdelingen så må de prestere i jobben.

”De er veldig motivert de som får jobb - de går ofte i ekstravakter i påvente av at det kanskje kommer et eller annet, så de er veldig motivert” (2).

Når det gjelder motivasjon sender informantene litt selvmotsigende signaler i intervjuene, på den ene siden hevder de at de nyansatte er motiverte til å lære, mens på den andre siden kommenterer de at de nyansatte er lite villige til å bruke fritiden til å gå på undervisning, lese og oppdatere seg, men kanskje de da refererer til de som har vært ansatt lenger. En av informantene etterlyser også initiativ til å trene på ferdigheter når det er rolige perioder i avdelingen, og å ta ansvar for egen læring. ”Jeg føler ofte at de ikke er flinke til å bruke tid når det er en rolig vakt - så blir det bare at de sitter og snakker og koser seg - de tar ikke ansvar for egen læring” (6).

To av informantene kommenterer lønn som motivasjonsfaktor. Den ene nevner at hun ikke har muligheter til å bruke lønn, den andre har muligheter for å gi lønnskompensasjon ved gjennomføring av klinisk stige, men opplever at de ansatte ikke er interesserte i det.

”jeg prøver jo å si det til dem men det virker ikke som om at det har så mye å si i dag - det er ikke store summen (...) klinisk spesialister her da har du 20000 i lønnsøkning” (2).

Som andre motivasjonsfaktorer oppgir informantene arbeidsmiljø, kollegiet og bruk av tilbakemelding. I forhold til arbeidsmiljøet og kollegiet vektlegges det at den nyansatte blir sett, respektert og tatt på alvor, at de har erfarne rollemodeller, at miljøet driver dem fram og at de dermed gjensidig motiverer seg. Informant 3 sier: ”Vi har et fantastisk

arbeidsmiljø her hos oss - de motiverer seg gjensidig” (3). Mens informant 1 understreker fagmiljøets gjensidige motivasjon på denne måten: ”Det er mye som skal læres og det er mye som skal settes sammen til en helhet, så de må bruke hverandre selvfølgelig” (1).

Når det gjelder tilbakemelding som motivasjonsfaktor, henviser lederne til både formelle samtaler og spontane tilbakemeldinger i hverdagen. Det alle kommenterer er at de er mye til stede i avdelingen, og på den måten selv kan fange opp hvordan den enkelte fungerer og utvikler seg, at de dermed har en unik mulighet til å gi tilbakemeldinger i sanntid. Lederne mener at tilbakemeldinger er viktig for å motivere de nyansatte og informant 5 formulerer det slik: ”Alle vil jo ha mer ros og høre at de er flinke, alt dette motiverer jo når folk faktisk sier de bryr seg om deg og at de gjør en god jobb” (5).

4.9 Evaluering

Da jeg i intervjuene spurte om evaluering av nyansatte, og hvordan den gjennomføres kom informantene med ulike svar. Jeg ser av transkripsjonen at jeg ikke har vært konsekvent når jeg snakket om evaluering, men brukt begrepene vurdering, evaluering og tilbakemelding når jeg har spurt om hva som er fokus for evalueringen. Alle har likevel en eller annen form for evaluering og de fleste har en eller annen form for evalueringssamtaler med de nyansatte.

4.9.1 Evalueringssamtaler

Selv om de fleste lederne sier at de har evalueringssamtaler, varierer det hvordan de organiseres og hvor systematiske de er. Noen sier at de har planer for formelle samtaler, men at disse planene er for ambisiøse, slik at samtaler ikke gjennomføres som planlagt. Bare en av informantene beskriver hvordan de på hennes avdeling gjennomfører samtaler etter planen. Andre ledere sier at de ikke har noen plan for evaluering, men forteller at det hadde vært ønskelig med mer systematikk omkring dette. Videre sier flere at det tar tid å skulle gjennomføre systematisk tilbakemelding, og at tid er en knapphetsfaktor.

”vi burde kanskje vært bedre på systematikken rundt det du spør om, men det er også et visst tidsaspekt”(1).

Hvem som har ansvaret for å gjennomføre samtale, hvem som deltar og hyppigheten av samtale varierer. To av informantene har en koordinator som gjennomfører samtale. Den ene av disse sykepleielederne ønsker helst å gjennomføre samtale selv, men har ikke kapasitet / tid til det. Den andre lederen blir koblet inn ved spesielle problemstillinger. De som har fadderordning, har fadderne med på de formelle samtale. Gjennomføring og ansvar for de formelle evalueringssamtale korresponderer med hvordan informantene også beskriver opplegget for opplæring, og hvem de definerer har ansvar for opplæringen.

Tidsintervallene for evalueringssamtale øker etter hvor lenge den nyutdannede sykepleieren har vært ansatt. I begynnelsen har man gjerne samtaler etter to og fire uker, og så forlenges intervallene ut over i nyansattperioden.

4.9.2 Hva evalueres

De som forteller at de har formelle samtaler angir at de har fokus på prøving av kunnskap samtidig som de prøver å stimulere til videre læring. Det å få den enkelte til selv å reflektere over egen utvikling, nevnes også som et mål med evalueringssamtale.

Alle informantene forteller at de har en ”sjekkliste” som de evaluerer de nyansatte ut i fra, men slik jeg oppfatter det, varierer innhold og form, noe som også bekreftes i det skriftlige materialet de gav meg (tabell side 58).

To av informantene bruker ”sjekklister” til å kartlegge videre undervisnings- / opplæringsbehov. Informant 4 sier: ”Det er faktisk sånn at de må skrive under på hva de trenger mer undervisning i” (4). Ellers oppfatter jeg det som varierende i hvilken grad de nyansattes progresjon og evaluering blir dokumentert, utover å krysse av på ”sjekklister”.

Alle lederne beskriver at de har en kultur på sin arbeidsplass hvor det er vanlig at sykepleierne gir hverandre spontane tilbakemeldinger. Jeg oppfatter at dette stort sett gjelder positive tilbakemeldinger. De negative tilbakemeldingene går til leder, som i sin tur må ta det opp med den aktuelle sykepleieren. Det å gi spontane positive tilbakemeldinger oppleves som et ledd i det å ivareta hverandre, og å gi kolleger bekreftelse på at de gjør

en god jobb. Lederne understreker at den sykepleieren som har ansvar for å ha med seg en nyansatt i det daglige arbeide, også har ansvar for å gi tilbakemelding.

”Så får de tilbakemeldinger fortløpende, og når de er gruppeledere, så er den ansvarlige gruppelederen den uken, ansvarlig for å følge opp - og gi en evaluering” (1).

En av informantene er opptatt av at tilbakemeldingen uansett må være konkret slik at de som får tilbakemeldingene forstår hva det handler om, mens en annen mener at hun selv ikke har muligheter for å vurdere kunnskapsnivået hos den nyansatte, men at hun er mer opptatt av hvordan den enkelte fungerer i arbeidsmiljøet

I intervjusamtalene snakket vi også om bruk av prøvetid, og om det får noen konsekvenser dersom ikke den nyansatte oppfyller de forventinger og krav som avdelingen stiller. Det var ingen av dem som jeg snakket om dette med, som aktivt brukte de sanksjonsmuligheter som ligger i prøvetiden. Praksisen med manglende bruk av prøvetid, begrunnes med at de nyansatte på forhånd er kjent i avdelingen og har vært brukt som ekstravakter. Informant 1 sier: ”Og det kommer jo inn en del ekstravakter som ikke fungerer og de kvitter jeg meg med - så jeg vil vel si en sånn halvveis prøveperiode” (1).

4.10 Oppsummering

Informantene er samstemte om at opplæring er en viktig og nødvendig oppgave, både for at den enkelte nyansatte sykepleier skal føle seg ivaretatt og kunne utvikle seg til en dyktig sykepleier, og for at avdelingens drift skal fungere. Informantene ansetter i hovedsak nyutdannede sykepleiere som har vært studenter i avdelingen, men uttrykker bekymring for at de starter i forbindelse med avvikling av sommerferien.

Alle lederne sier at de har en viktig rolle som premissleverandører for det faglige innholdet i opplæringen. Videre sier informantene at de har et overordnet koordineringsansvar i opplæringen, men at den praktiske opplæringen delegeres.

Informantene forteller at opplæringsplaner følges i varierende grad. Alle enheter har skriftlig materiell som den nyansatte får ved oppstart, og de fleste har en eller annen form for fadder- / kontaktsykepleierordning. Informantene vektlegger det kollegiale miljøet som sentralt for at nyutdannende sykepleiere skal lære seg faget sykepleie. Alle informantene skiller mellom opplæringsperiode og nyansattperiode.

Sykepleielederne har forventninger til nyutdannede sykepleiere om at de skal være interesserte og lærevillige, men lite eksplisitte forventninger til det faglige nivået. Personlige egenskaper og hvordan de mener de nyansatte vil passe inn i det kollegiale arbeidsfellesskapet, vektlegges ved rekruttering. De fleste av informantene vektlegger og prioriterer administrativ kunnskap i opplæringen.

De sykepleielederne jeg intervjuet mener i hovedsak at de nyutdannede er motiverte til å gjennomføre et opplæringsprogram. Et tøft arbeidsmarked med få ledige sykepleiestillinger i spesialisthelsetjenesten, er en medvirkende faktor til at de nyutdannede vet at de må vise interesse for å være attraktive som arbeidstakere.

Alle informantene angir at det på deres enheter avvikles en eller annen form for evalueringssamtaler. Innhold, hyppighet, hvem som deltar og grad av formalia varierer fra sted til sted. At tilbakemeldinger må være konkrete benevnes av informantene som en forutsetning for at de skal ha en hensikt for den nyutdannede, og informanten er også opptatt av å gi tilbakemeldinger i sanntid.

5. DISKUSJON

I den første delen av dette diskusjonskapittelet velger jeg å ta utgangspunkt i de funnene som overrasket meg både under datainnsamlingen og i analysen. Dette gjelder følgende tema:

- Leders vektlegging av administrativ kunnskap i opplæringen.
- Leders manglende systematikk i evalueringsarbeidet i nyansattperioden.

I tillegg diskuterer jeg hvordan lederne beskriver sitt arbeid med opplæring i lys av teorier om det å være leder i ekspertorganisasjon. Til slutt diskuterer jeg opplæring av nyutdannede sykepleiere med utgangspunkt i min egen studie og tidligere forskning.

5.1 Leders vektlegging av administrativ kunnskap

Som sykepleier innehar en både allmenne og unike kunnskaper i tillegg til at man er juridisk ansvarlig for egne handlinger. Medisinske og sykepleiefaglige teorier representerer det allmenne og danner grunnlaget for å forstå, handle og reflektere i praksis. I praktiske arbeidssituasjoner møter sykepleieren det unike i faget. Praktisk kunnskap innebærer tekniske ferdigheter, metoder og fremgangsmåter tilpasset den enkelte pasient sitt behov for sykepleie (Jakobsen, 2005, Norsk Sykepleierforbund, 2008).

At informantene vektlegger administrativ kunnskap i opplæringen overrasket meg fordi jeg trodde de ville ha større fokus på utvikling av sykepleiekunnskap og praktiske ferdigheter. Jeg forventet at informantene ville ha mindre forventninger om at de nyutdannede sykepleierne skulle ivareta gruppelederfunksjonen så tidlig i nyansattfasen som de forteller at de faktisk må.

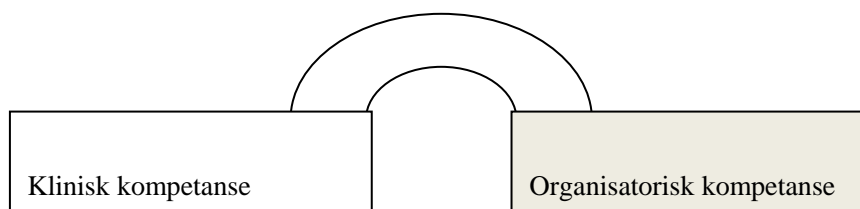
Hva forstår vi så med gruppelederfunksjonen? Gruppesykepleie ble etablert som system og en måte å organisere sykepleien på i 1970-årene. Hensikten var å sikre helhetlig sykepleie til pasientene. Gruppesykepleie innebærer at en sykepleier har hovedansvaret for en større gruppe pasienter. Som gruppeleder vil man delta i det tverrfaglige samarbeidet og på legevisitter. Det å organisere både eget og andres arbeid er også en viktig del av gruppelederoppgaven (Pfeiffer, 2002). Oftest har gruppeleder også ansvar for medikamenthåndtering. Å organisere sykepleietjenesten som gruppesykepleie med en

gruppeleder brukes mange steder og alle mine informanter beskriver at de har organisert sine enheter på denne måten.

Orvik (2004) beskriver sykepleiekompetanse innen administrativ og organisatorisk kunnskap som organisasjonskompetanse og organiseringskompetanse:

”Organisatorisk kompetanse i form av organisasjonskompetanse - å forstå helseorganisasjonen som system. Organisatorisk kompetanse i form av organiseringskompetanse - å kunne organisere pasientarbeidet” (Orvik, 2004, s.17).

Orvik (2002) hevder at det kan ha stor betydning for pasientene at sykepleiere har gode ferdigheter i organisering ved at klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse utfyller hverandre som vist i følgende modell:



Figur 7: ”Den dobbelte sykepleierkompetanse. Klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse som gjensidig utfyllende kompetanseområder” (Orvik, 2004, s. 34).

I målsettingen til Rammeplan for sykepleierutdanning (2008) brukes begrepene handlingskompetanse og handlingsberedskap for å beskrive hvilke forventninger arbeidsgiver skal kunne ha til en nyutdannet sykepleier i forhold til aktuelle arbeidsoppgaver. Handlingskompetanse refererer til de områder der utdanningen har ansvar for å bidra til at sykepleieren skal kunne fungere selvstendig, og handler om å kunne ivareta grunnleggende sykepleiefunksjoner; ”Yrkesrelevante handlingskompetanser defineres som de kompetanser som trengs for å kunne løse faglige oppgaver i konkrete yrkespraksiser” (Nilsen et al., 2007, s. 62). Handlingsberedskap innebærer at den nyutdannede sykepleieren skal ha kunnskap om aktuelle tema, men trenger opplæring og trening i regi av arbeidsgiver (Rammeplan for sykepleierutdanning, 2008).

I følge Rammeplan for sykepleierutdanningen (2008, s. 7-8) kan arbeidsgiver forvente at nyutdannede sykepleiere kan ”· lede og administrere sykepleieutøvelsen overfor en-

kelpasienter og deres pårørende”, men de kan ikke forvente at de skal ”lede og administrere sykepleieutøvelsen overfor grupper av pasienter og medarbeidere”. Her må arbeidsgiver altså tilrettelegge for opplæring.

Mine informanter vektlegger opplæring i administrative oppgaver. Informant 4 mener at dette er nødvendig for at den nyansatte sykepleierne skal kunne takle andre arbeidsoppgaver: ”for der er så mye som ligger i akkurat det der å ha gruppearbeid og gå legevisitt og hele den administrative delen” (4). Og informant 2 hevder: ”jeg tror nok i den første tiden at det er viktig å lære seg administrasjon - for vi administrerer veldig mye”(2). Informant 2 mener også at det å få kontroll over de daglige driftsmessige oppgavene vil bidra til å bedre forstå pasientbehandlingen.

I følge Vareide et al. (2001) mangler mange nyutdannede sykepleiere organisatorisk kompetanse. I følge Førland (2005) bruker sykepleierne 42 % av arbeidstiden til administrative oppgaver, og han finner at opplæring i gruppelederfunksjonen er viktig i somatiske sykehus. Funnene til Vareide et al. og Førland indikerer at det er et stort behov for opplæring i den administrative sykepleiefunksjonen.

Solli (2009) hevder at nyutdannede sykepleiere ser ut til å oppnå handlingskompetanse i den administrative sykepleiefunksjonen etter nærmere tre år. Men sykepleierne sin opplevelse er at arbeidsgiver forventer denne kompetansen ved ansettelse. Mine informanter er eksplisitte på at de differensierer forventingene til de nyansatte: ”Det er ikke slik at når tre måneder er gått så forventer jeg at de skal kunne prestere som en som har vært her i tre eller fem år” (7). Informantene sier også at det er individuelt hva de kan forvente av den enkelte og hvor lang tid den enkelte trenger for å oppnå handlingskompetanse: ”Noen har problemer med å ha gruppen og da må de kanskje vente litt med det - de er veldig forskjellige - så det er veldig individuelt” (5).

Min studie viser at sykepleielederne ser behovet for opplæring i den administrative delen av sykepleiekompetansen hos nyutdannede sykepleiere. Videre vil jeg hevde at sykepleielederne er klar over rammeplanenes innhold og hva de kan forvente av nyutdannedes kompetanse, og at de derfor prioriterer opplæring i administrative oppgaver fremfor utvikling av sykepleiekunnskap og praktiske ferdigheter.

5.2 Evaluering / tilbakemelding, leders manglende systematikk.

I følge Spurkeland (2000) er tilbakemelding ferskvare, og skal følge umiddelbart etter hendelsen, den skal være konkret og ikke for generell i formen, og den skal være balansert. Evaluering i et sosiokulturelt perspektiv vektlegger den enkelte sin kvalitet på deltakelsen i læringsaktivitetene. Et sosiokulturelt perspektiv ser også på evaluering som en integrert del av det å lære (Dysthe, 2006). I mesterlære skjer evaluering gjennom praksis, ved kontinuerlig utprøving av ferdigheter i arbeidssituasjonen med fortløpende tilbakemelding på hvordan dette fungerer (Nielsen & Kvale, 2007).

I min studie ser jeg av transkripsjonen at jeg har brukt både begrepene evaluering, vurdering og tilbakemelding i samtaleintervjuene. Smith (2009) bruker begrepet evaluering på et overordnet organisasjons- eller institusjonsnivå, og vurdering på et individnivå med fokus på innsats og resultat både av læringsprosesser og arbeidsprosesser. Felles for både evaluering og vurdering er å kartlegge her og nå situasjonen, og planlegge forbedringsaktiviteter. Videre hevder Smith (2009) at systematisk evaluering er nødvendig for profesjonell utvikling.

I følge Eraut (2007) er tilbakemelding viktig når det gjelder opplæring av nyutdannede sykepleiere, og Caspersen (2007) finner at sykepleiere opplever det som positivt å motta systematisk oppfølging i arbeidslivet, mens Bjørk (1999) og Wangensteen et al. (2008) finner at nyutdannede sykepleierne *etterlyser* systematisk og konkret tilbakemelding. Wangensteen et al. (2008) finner at de fleste faddere eller kontaktsykepleier ikke er flinke til å gi tilbakemelding. Dette kan ha sin bakgrunn i at det er lite gunstig at samme person innehar både veilederrollen og rollen som evaluator. En forutsetning for at samme person både skal veilede og evaluere, er at denne skoles i begge oppgavene. Videre bør det utarbeides retningslinjer om innhold og form på gjennomføring av evaluering (Le Maistre et al., 2006).

Det overrasket meg at sykepleielederne jeg intervjuet hadde lite fokus på dokumentert og systematisk tilbakemelding i den praktiske gjennomføringen av opplæringen. Informantene forteller at de har detaljerte, men altfor ambisiøse planer for systematisk vurdering og oppfølging. Informant 1 sier det slik: ”Vi har egentlig laget et altfor avansert tilbakemeldingsverktøy som vi ikke klarer å følge” (1). I praksis synes dokumentasjon i

opplærings- og nyansattfasen å være tilfeldig. Skistad (2006) beskriver at sykepleieledere har lister over ulike prosedyrer som en viktig del av kompetanse- og kvalitetssikringsarbeidet der hensikten er å dokumentere hva den enkelte kan. Mine informanter henviser også til sjekklister, og forteller at de har sjekklister på de områdene som er pålagt i følge Forskrift om systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften), og sertifisering innenfor for eksempel medisinsk teknisk utstyr. Om det blir dokumentert noe på eventuelle oppfølgingssamtaler er i større grad varierende. En informant sier at de ikke dokumenterer veiledning, opplæring, progresjon og tilbakemelding: ”Skriver ikke ned noen plass, nei vi har de (*oppfølgingssamtaler*) bare” (5).

Det som informantene derimot har fokus på i den praktiske gjennomføringen av nyanstoppplæringen, er uformelle vurderinger i form av spontane tilbakemeldinger, både positive og negative. ”Jeg gir mye tilbakemeldinger - det er ikke alltid at det er positivt, men jeg tar dem ganske kjapt tilsides - jeg forklarer hvorfor jeg gjør det” (4). At tilbakemeldinger må være konkrete, mener informantene er en forutsetning for at de skal fungere: ”Det er forskjell på måter å melde tilbake på - det må være konkret slik at de forstår hva det handler om” (7).

Jeg opplever at sykepleielederne jeg intervjuet mener at de har oversikt over de nyutdannede sykepleierne sin utvikling. Informantene vektlegger at de er svært tilgjengelige og i nær kontakt med aktivitetene på avdelingen ved at de har kontor i avdelingen, og er til stede i aktuelle samlingsfora som morgenrapporter. Denne nærheten fører til at de ser hva som skjer og kan følge med på progresjon, utvikling og læring hos de nyansatte: ”Jeg er jo i avdelingen så jeg har en fordel (...) og jeg er alltid med på rapportene om morgningen og hører og ser og observerer - en gjør jo mange observasjoner da” (7). Blåka & Filstad (2007) beskriver møtepunkt som rapporter, visitter og andre samarbeidsfora som viktige møtepunkt for kunnskapsformidling, og integrering av den nyutdannede sykepleieren. En informant beskriver den muntlige rapporten som en god informasjonskilde for å kunne vurdere de nyansattes funksjonsnivå: ”Jeg hører de gir rapport - så jeg hører jo om de er trygge på seg selv når de snakker (6)”. Men til tross for at sykepleielederne oppgir mange kilder til å skaffe seg opplysninger om utviklingen til den nyutdannede sykepleieren, brukes ikke denne kunnskapen til å gi eksplisitt og sys-

tematisk tilbakemelding til de nyansatte i opplæringsperioden. Sporadiske og spontane tilbakemeldinger er den formen for evaluering som beskrives av informantene.

Min oppfatning er altså at sykepleierne jeg intervjuet er opptatt av spontane tilbakemeldinger, men ikke bruker oppfølgingssamtaler systematisk i opplæringen. Dokumentasjon utover bruk av sjekklister ser ut til å være sporadisk eller fraværende. Manglende systematisk tilbakemelding vil ha innvirkning på den enkelte sin profesjonelle utvikling, og kan være en medvirkende årsak til at nyutdannede sykepleiere etterlyser mer opplæring, og at det tar lang tid før sykepleierne opplever handlingskompetanse i for eksempel administrative arbeidsoppgaver.

5.3 Sykepleieleder, faglig leder eller administrator?

Jakobsen (2005, s. 14) skriver: ”Å lede et fag krever både kunnskaper i faget og kunnskaper i ledelse” og sier videre at helsevesenets utvikling har ført til økt krav om kunnskap og personlig kompetanse i ledelse. Innføring av New Public Management som vektlegger ledelse som en profesjon med ansvar for utviklingsarbeid (Høst, 2005), i offentlig sektor spiller en sentral rolle i denne utviklingen. NSF understreker også at sykepleieledere har et helhetlig ansvar, med fire likeverdige ansvarsområder; administrativt, faglig, juridisk og etisk ansvar (Norsk Sykepleierforbund, 2005). Hvordan håndterer sykepleierlederne jeg intervjuet dette ansvarsmangfoldet?

I kapittel 2 har jeg beskrevet sykehus som ekspertorganisasjon. Et kjennetegn på en ekspertorganisasjon er at rollen som leder er nær knyttet til rollen som fagperson. Mange ledelsesoppgave nøytraliseres fordi behovet for veiledning og resultatvurdering kan bli tilfredsstilte av kolleger i stedet for av leder (Strand, 2007). Andre ledelsesoppgaver blir utført mer indirekte med vekt på tilrettelegging og organisering av arbeidsgrupper og team. ”Lederens rolle og utfordring i denne typen virksomhet blir på mange måter å være en tilrettelegger, støttespiller, veileder og inspirator for medarbeiderne” (Høst, 2005, s. 68). En annen side ved ledelse i en ekspertorganisasjon er at leder i tillegg til å være organisasjonens administrator, også er en faglig leder med ansvar for utvikling av et godt fagmiljø.

Hovland & Andersen (2007) hevder at opplæring av nyutdannede sykepleiere i praksisfellesskap er et lederansvar, og at det er av betydning at sykepleielederne synliggjør sine verdier og sin visjon for praksisfellesskapet gjennom hvordan dette organiseres. Lederen spiller en viktig rolle i ressursfordeling, og bestemmer hvilken vektlegging og utforming opplæringen får i avdelingen. Mine informanter er tydelige på at de er premissleverandører og er faglig ansvarlige for innholdet i opplæringen. Informant 2 sier: ”Jeg tenker at jeg setter noen premisser for hvordan jeg ønsker at det skal være - jeg bør ha et overordnet ansvar der” (2). Og informant 1 beskriver møtearenaer som rapporter, som viktige fordi: ”der får jeg på en måte formidlet litt av holdningene mine” (1). Informant 5 har en annen vinkling på det samme, og tror at hun som leder er viktig fordi hun er til stede og har oversikten og dermed kan se både styrker og svakheter hos de nyansatte: ”En leder skal jo ha oversikten og følge de opp og vite hva de kan og hva de ikke kan”(5).

Christiansen et al. (2009) har gjennomført en studie av, mellom annet, hvilke arbeidsoppgaver fagutviklingssykepleiere har. Studien konkluderer med at fagutviklingssykepleierne har en viktig rolle i arbeidet som tilrettelegger for opplæring av nyansatte og kompetanseutvikling blant sykepleiere. Mine informanter er også tydelige på at de ikke har muligheter for å gjennomføre den praktiske delen av opplæringen selv, men er avhengig av å delegerer dette til andre ressurspersoner i sine enheter, gjerne en fagutviklingssykepleier. Sykepleielederne jeg har intervjuet beskriver på denne måten at de delegerer deler av lederansvaret til det man kan kalle ”læringsledere” i sine enheter. Sykepleieledere har selv det overordnede ansvaret som pedagogiske ledere.

Skjøld Johansen (2009) finner at sykepleielederne bruker gjennomsnittlig 38 av 39 arbeidstimer pr uke på administrative oppgaver. Informantene beskriver at det administrative arbeidet tar stadig mer tid, som følge av at mange administrative oppgaver er delegerte. Den praktiske gjennomføringen av opplæringen delegeres derfor til fagutviklingssykepleiere eller faddere / kontaktsykepleiere. Informant 1 begrunner nødvendig arbeidsfordeling på denne måten: ”For å få hverdagens til å gå så er vi god på hver våre områder - å være god på alt er helt umulig, det klarer vi ikke - det jeg har kommet fram til” (1). Informantene berører på denne måten dilemmaet med å holde seg faglig oppdatert samtidig som de skal være oppdaterte på ledelse og administrative oppgaver. Infor-

mantene mener at en delegering av arbeidsoppgaver dermed sikrer kvaliteten både på det faglige og det administrative arbeidet.

Mine informanter beskriver seg selv både som administratorer og faglige ledere. Eller som informant 1 sier: ”er jo som en slags potet da som kan brukes til alt - du kan litt om fryktelig mye” (1). For å løse de utfordringene de møter som ledere i en ekspertorganisasjon delegerer informantene konkrete og praktiske arbeidsoppgaver til andre ledere eller ansatte på avdelingen. Veiledning og resultatvurdering ivaretas av for eksempel fagutviklingssykepleiere eller faddere. Informantene beskriver sin lederrolle som tilrettelegger og støttespiller og de er tydelige på at selv om de administrative oppgavene tar mye tid, er de som ledere først og fremst faglige premissleverandører.

5.4 Ulike oppfatninger om opplæring

Å avslutte en utdanning og skulle sosialiseres inn i arbeidslivet oppleves som en stor overgang for de fleste yrkesutøvere, og omtales som et realitetssjokk eller virkelighets-sjokk. Orvik (2004) beskriver realitetssjokket som en kriseopplevelse, en reaksjon som oppstår hos sykepleiere når de oppdager at de ikke kan praktisere det de har lært, og som de gjerne vil praktisere.

Utdanningsinstitusjonene sin oppgave er å forberede studentene på hva de skal møte i et arbeidsliv med stadige endringer og krav til ny kompetanse. Den formelle utdanningen har fokus på generell og teoretisk kunnskap, og formidler stort sett eksplisitt kunnskap i en oversiktlig læringskontekst. I arbeidsfellesskapet på et sykehus vil fokus være på den kliniske og anvendbare kunnskapen, hvordan bestemte oppgaver utføres og hvordan man bør handle riktig og innsiktsfullt i møte med konkrete arbeidssituasjoner. Her er læringskonteksten ofte uoversiktlig, preget av motstridende krav og tidspress, og kunnskapen er ofte taus innenfor profesjonen, med få standardiserte og entydige svar (Blåka & Filstad, 2007).

Mine informanter beskriver nyansattperioden som kaotisk for de nyutdannede sykepleierne. ”Det er kaos når de begynner som nyutdannede - for de skal være ansvarlige selv - de er sykepleiere - så jeg tror det er en del som raser på en måte da” (5). Informantene er tydelige på at de ikke har store faglige forventninger til nyutdannede sykepleiere i star-

ten, men forventer at den nyutdannede sykepleieren skal inneha mellommenneskelige ferdigheter som å være omgjengelig og pliktoppfyllende. Videre forventer informantene at de nyutdannede sykepleierne skal være lærevillige og mottakelig for veiledning. ”Jeg forventer at de er interesserte og at de viser initiativ” (4).

Det virker å være ulik oppfatning hos mine informanter og publisert forskning om nyutdannede sykepleiere sitt møte med arbeidsplassen og hvor vidt opplæring gjennomføres / tilbys. Mens sykepleielederne jeg har intervjuet beskriver hvordan de nyansatte får opplæring gjennom å utføre arbeidsoppgaver i et praksisfellesskap, viser andre studier at nyutdannede sykepleiere opplever at de ikke får opplæring i tilstrekkelig grad og at opplæringen ikke er strukturert, systematisk og individuelt tilrettelagt (Bjørk, 2006, Thidemann, 2005). Mine informanter er eksplisitte på at de nyutdannede er veldig forskjellige og at opplæringen dermed må tilpasses den enkelte sitt behov. ”Det er voldsomt store individuelle forskjeller, og noen som bruker kjempelang tid på å komme inn i det” (5).

Bjørk (2006) hevder at arbeidsgivere stiller for høye krav til nyutdannede og har feil forventning til sykepleierutdanningen. ”Det kan synes som om forventningen til sykepleierutdanningen fortsatt er slik at de nyutdannede skal kunne gli inn som fullbafarne sykepleiere med én gang de går over terskelen til praksisfeltet” (Bjørk, 2006, s. 29). Dette blir ikke bekreftet av mine informanter, som heller tilkjenner at de vurderer hver enkelt nyansatt i forhold til hvilke krav de kan stille. ”Og i forhold til gruppelederansvar - da ser vi og vurderer det - og ser hvor langt de har kommet” (3).

I følge Alvsvåg (2007) trenger nyutdannede sykepleiere både undervisningsbasert opplæring i form av introduksjonskurs, og praksisrelatert opplæring. Mine informanter er svært opptatt av og bevisste på hvordan sykepleiere lærer, men beskrivelsene deres av denne læringen ligner på den mer ikke-skolastiske læringen vi finner i mesterlære og læring i praksisfellesskap: ”Så at de lærer egentlig i hverdagen” (3). Mine informanter beskriver med andre ord legitim perifer deltakelse; den nyutdannede sin bane fra novise til fullverdig medlem i praksisfellesskapet, når de forteller om opplæring Oppfatningen av hvilken form for opplæring nyutdannede sykepleiere møter, og bør møte, i sin første jobb kan dermed oppleves som sprikende.

Læring av praktisk arbeid på arbeidsplassen påvirkes av arbeidsplassens læringspotensial og læringsmiljø, muligheter for å kombinere formell og uformell læring, veiledning og støtte. Situasjonen den enkelte lærer i, og interaksjonen med andre, er viktig for hvordan man lærer, og hva som blir lært. En vesentlig del av arbeidsplasslæring er å samle erfaringer og reflektere over disse erfaringene (Dysthe, 2005, Wahlgren, Høyrup, Pedersen, & Rattleff (2004) og det er disse prosessene sykepleierlederne beskriver i intervjuene. Men det kommer også frem at sykepleiereledere ikke alltid eksplisitt formidler sitt arbeid med opplæring til de nyansatte sykepleierne. I følge Von Krogh et al. (2001) må ledere utvikle en bevissthet om samtaler for kunnskapsutvikling. Kanskje kan gjennomføring av systematiske oppfølgingssamtaler være en måte sykepleierledere kan formidle sitt arbeid med opplæring, og dermed imøtegå kritikken fra akademia og nyutdannede sykepleiere om mangelfull opplæring?

Heldigvis viser ikke alle undersøkelser like negative resultater når det gjelder opplæring av nyutdannede sykepleiere. NSF's faggruppe for sykepleiere i undervisning og fagutvikling sin kartlegging av introduksjonsopplegg/organisert opplæring for nyutdannede sykepleiere i spesialisthelsetjenesten i Norge, viste at alle unntatt ett sykehus hadde introduksjonsprogram, men ingen brukte Rammeplan for sykepleierutdanningen som referanse i opplæringsprogrammet. Alle unntatt to sykehus hadde skriftlig materiell knyttet til introduksjonsprogrammet. I oppfølgingssamtaler var fokus å avklare forventninger, samt gi en status på hvordan sykepleieren utviklet seg (Tørstad, 2003). Førland (2005) finner at tre av fire nyutdannede sykepleiere har fått opplæring og at det er sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, somatisk sektor som i størst grad har fått opplæring. Omlag 6 av 10 sykepleiere følte seg trygg i sykepleierrollen et år etter avsluttet utdanning.

Spørsmålet er om det finnes en sannhet når det gjelder opplæring av nyutdannede sykepleiere? Er nyutdannede sykepleieres manglende evne til å ta initiativ til egen læring årsak til at de etterlyser mer opplæring? Eller er det de nyutdannede sine egne forventninger om prestasjon som gjør at de opplever for høye krav, selv om sykepleierlederne i realiteten har god og realistisk forståelse for den nyansattes situasjon? Eller handler dette rett og slett om at det i den "tause" og praksisnære sykepleierhverdagen ikke er tradisjon for å kommunisere eksplisitt rundt kunnskap og ulike forventninger?

6. KONKLUSJON / AVSLUTNING

I henhold til min hovedproblemstilling, *hvordan sykepleieledere arbeider systematisk med opplæring av nyutdannede sykepleiere*, og mine forskningsspørsmål om *hvilke type kunnskap ledere vektlegger ved opplæring av nyutdannede sykepleiere, hvordan ledere motiverer nyutdannede sykepleiere til å delta i opplæringsprogram, og hvordan sykepleieledere arbeider med evaluering, og hva som evalueres*, trekker jeg følgende konklusjon:

Mine informanter beskriver at de har planer for opplæring, men at den praktiske gjennomføringen er lite systematisk. Informantene er lite delaktige i den praktiske gjennomføringen av opplæringen som delegeres til ressurspersoner i avdelingen. Informantene ønsker å være premissleverandører for det faglige innholdet i opplæringen, og angir møtepunkter som morgenrapporter som arenaer for å formidle dette til nyutdannede sykepleiere.

Opplæring i administrativ kunnskap, med spesielt fokus på gruppelederfunksjonen har høy prioritet i opplæringsperioden. Informantene opplever nyutdannede sykepleiere som motiverte for å lære, men uttrykker bekymring for at nyutdannede sykepleier starter sin yrkeskarriere i forbindelse med sommerferieavvikling, samt et stramt arbeidsmarked som medfører kun korte vikariater. Systematisk tilbakemelding / evaluering praktiseres og dokumenteres i liten grad, men alle informantene beskriver at de har kultur for spontane tilbakemeldinger.

6.1 Implikasjoner for...

6.1.1 - sykepleierutdanningen

At mine informanter er så eksplisitte på at de *ikke* har faglige forventninger til nyutdannede sykepleiere mener jeg må være et tankekors for de som arbeider med utdanning av sykepleiere. Jeg mener at det bør få konsekvenser spesielt for praksisopplæringen i utdanningen. Denne undervisningen må være basert på og realistisk i forhold til framtidige arbeidssituasjoner. At Rammepan for sykepleierutdanningen (2008) har som mål at ferdigutdannede skal ha handlingskunnskap til å ivareta kun en pasient, er et mål som

ikke samsvarer med arbeidslivets realiteter. Få sykehusavdelinger har en bemanningsfaktor som tilsvarer en-til-en situasjon, og de avdelinger som har det, er spesialavdelinger som intensivmedisin, og dette er ikke avdelinger der nyutdannede sykepleiere starter sin yrkeskarriere.

6.1.2 - arbeidet med opplæring av nyansatte og nyutdannede sykepleiere

Min studie viser at sykepleieledere mener at opplæring av nyutdannede sykepleiere er nødvendig både ut fra hensyn til den enkelte sykepleier og for at avdelingens drift skal fungere. For å imøtekomme de nyutdannedes behov opplever jeg at lederne må bli tydeligere på å formidle både forventninger til den nyutdannede og hvilke opplæringstilbud avdelingen har. Informantene beskriver læring i praksisfellesskap som metode for å tillegge seg sykepleierferdigheter, og dette må formidles til den enkelte nyansatte sykepleier. Et intervju vil være en gunstig arena til å starte dette arbeidet.

Jeg vil også hevde at sykepleieledere må arbeide for bedre rammevilkår til å ivareta nyutdannede sykepleiere. Jeg tror vel ikke at det nødvendigvis skal være flere dager / uker med overlapping, men at det er muligheter for å kunne ha systematiske oppfølgingsamtaler med konstruktiv tilbakemelding / evaluering, og dokumentasjon, mener jeg vil være nyttig for å integrere nyansatte raskere i avdelingen.

6.1.3 - videre forskning

I og med at det finnes lite forskning om hvordan ledere arbeider med opplæring, og som har sitt utgangspunkt i praksisarenaen, ser jeg for meg mange ulike innfallsvinkler til videre forskning.

Det kunne vært interessant å gjøre en generell og landsomfattende kartlegging av hvordan opplæring praktiseres. Hvor mye ressurser som trengs og brukes i forbindelse med ansettelse av nyutdannede sykepleiere, vil sikker være av interesse for arbeidsgivere og sykehuseiere.

Videre kunne det vært interessant å forske mer på hvilke kunnskapsformer som sykepleieledere mener det er nødvendig å ha fokus på i opplæringen. Resultater av en slik studie må være særlig interessant for utdanningsinstitusjonene.

En komparativ studie med intervju av ledere og nyutdannede sykepleiere på samme enhet er også en aktuell problemstilling. En del forskning viser at nyutdannede sykepleiere ikke alltid opplever systematisk opplæring, mens mine informanter beskriver at opplæring gjennomføres. Ved å sammenligne uttalelser fra både leder og ansatte på samme enheter, vil en kunne identifisere grunner til ulike oppfatninger på gjennomføring av opplæring, og hvilke behov for kunnskap nyutdannede sykepleiere har i en opplæringsfase. Resultatene av en slik studie vil dermed ha verdi både for arbeidsstedet og for utdanningsinstitusjonene.

7. LITTERATURLISTE

- Alvsvåg, H. (2007). På kollisjonskurs med arbeidsgivers interesse? Sykepleiernes syn på opplæringen av nyansatte. I H. Alvsvåg & O. Førland (Red.), *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 171- 187). Oslo: Akribes.
- Bakkevig Dagsland, Å. & Einarsen, S. (2005). Sosialisering av unge til arbeidslivet. I: S. Einarsen & A. Skogstad (Red.), *Den dyktige medarbeider* (s. 321-345). Bergen: Fagbokforlaget.
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk* (3. utg.). Oslo: Det Norske Samlaget.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert*. Norsk utgivelse. TANO i samarbeid med Munksgaard.
- Bjørk, I. T. (1999). *Hands-on nursing: new graduates' practical skill development in the clinical setting*. Avhandling for dr. polit. graden, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Bjørk, I. T. (2006). Nyutdannede sykepleieres manglende praktiske sykepleieferdigheter. *Klinisk sykepleie, nr 4, ss. 23-30*
- Bjørk, I. T., Sætre Hansen, B., Samdal, G. B. & Tørstad, S. (2005). Hva skal en klinisk stige være? *Sykepleien 2005 93(01):44-47*, doi: 10.4220/sykepleiens.2005.0004
- Blåka, G. & Filstad, C. (2007). *Læring i helseorganisasjoner*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS.
- Bolman, L.G. & Deal, T.E. (2009). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Busch, T., Vanebo, J. O. & Dehlin, E. (2010). *Organisasjon og organisering* (6. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Caspersen, J. (2007). *Kvalifisering av nyutdannede sykepleiere – en undersøkelse av læringsstrategier og opplæring i arbeidslivet*. Oslo: Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier.
- Christiansen, B. Carlsten, T.C. & Jensen, K. (2009). Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Sykepleien Forskning* 4(2):100-106, doi:10.4220/sykepleienf.2009.0053
- Dysthe, O. (2005). ”Læring gjennom dialog” – kva innebær det i høgare utdanning? I: O. Dysthe (Red.), *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning* (s. 105-135). Oslo: J.W. Cappelens Forlag as
- Dysthe, O. (2006). Sosiokulturelle teoriperspektiv på kunnskap og læring. I: O. Dysthe (Red). *Dialog, samspel, læring* (s. 33-72). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Eraut, M. (2007). Learning from other people in the workplace. *Oxford Review of Education*, 33(4), 403, doi: 1308389061.
- Fause, Å. & Micaelsen, A. (2002). *Et fag i kamp for livet. Sykepleiens historie i Norge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Førland, O. (2005). *Fra student til sykepleier*. Bergen: Fou - rapport Diakonissehjemmets høgskole 1/2005.
- Gilje, N. & Grimen, H. (2005). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Havn, V. & Vedi, C. (1997). *PÅ DYPT VANN – Om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møte med en somatisk sengpost*. Trondheim: SINTEF IFIM.

- Helse Bergen (udatert). *Strategiplan 2008-2012*. Hentet fra <http://www.helse-bergen.no/omoss/strategier/Documents/Strategiplan%202008%20-%202012.pdf>
- Helse Vest (2007). *HELSE 2020. Strategiplan for helseregionen*. Hentet fra <http://www.helse-vest.no/omoss/strategier/Sider/side.aspx>
- Hounsgaard, L., Elgaard Sørensen, E., Ryberg, B. & Boye Andersen (2009). Ledelse og organisation i en sammenheng. I: E. Elgaard Sørensen, L. Hounsgaard, B. Ryberg & F. Boye Andersen. *Ledelse og læring – i organisasjoner* (s. 9-23). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hovland, O.J. & Andresen, G.S. (2007). Integrering i praksisfellesskapet med refleksjon som verktøy. I H. Alvsvåg & O. Førland (Red.). *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 189-203). Oslo: Akribe.
- Høst, T. (2005). *Ledelse i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Høst, T. (2009). *Ledelse - en helhetlig modell*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Irgens, E.J. (2007). *Profesjon og organisasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jakobsen, R. (2005). *Klar for fremtiden? - om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieleidelse* 2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Juuhl; J. & Tronrud, B. (2009). *Kunnskapsdeling – en rik kilde til læring. En undersøkelse av vilkår for kunnskapsdeling i arbeidslivet*. Masteroppgave i voksenpedagogikk, Institutt for pedagogikk og lærerutdanning, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø, Tromsø.

- Kommunal – og arbeidsdepartementet (1997). *Forskrift om systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontroll-forskriften)*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet, Miljøverndepartementet, Justis- og politidepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=77838>
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kvale, S. (2007). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kyrkjebø, D. (2008). *Sliten kunnskapsleiar eller glødande motivator? Ein studie av korleis sjukepleieleiaren arbeider med læring i sjukehusavdelingar*. Masteroppgåve i organisasjon og leing, helse- sosialeiing og utdanningsleing, Høgskulen i Sogn og Fjordane, Førde.
- Lave, J. & Wenger, L. (2005). *Situert læring – og andre tekster*. København: Hans Reizels Forlag A/S.
- Le Maistre, S., Boudreau, S., & Paré, A. (2006). Mentor or evaluator? Assisting and assessing newcomers to the professions. *Journal of Workplace Learning*, 18(6), 344-354, doi: 1117958891.
- Lillejord, S. (2003). *Ledelse i en lærende skole*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag A-S.
- Molander, B. (2004). *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Bokförlaget Daidalos AB.

- Naustdal, A.-G. (2006). *Sjukepleiaren sitt arbeid med kompetanseutvikling i sjukehus – sett i lys av erfaringar av sjukehusreforma*. Masteroppgåve i organisasjon og leiing, Helse- og sosialadministrasjon, Høgskulen i Sogn og Fjordane, Førde.
- Nielsen, K. & Kvale, S. (Red.) (2007). *Mesterlære. Læring som sosial praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nielsen, K. & Kvale, S. (2007). Mesterlære som aktuell læringsform. I: K. Nielsen & S. Kvale (Red.): *Mesterlære. Læring som sosial praksis*. (s. 17-33). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nilsen, S., Fauske, H. & Nygren, P. (2007). *Læring i fellesskap – En pedagogisk modell i profesjonsutdanningar*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk Sykepleierforbund (2005). *Sykepleier med lederansvar – god på fag og ledelse*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet fra <https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/ArtikkelMedLenker>
- Norsk Sykepleierforbund (2007). *Kloke grep – fortellinger fra sykepleiere med lederansvar*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet fra <https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/ArtikkelMedLenker>
- Norsk Sykepleierforbund (2008). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet fra <https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/ArtikkelMedLenker>
- Norsk Sykepleierforbunds formål, prinsippprogram, vedtekter m.m. Gjeldende for perioden 2008-2011: Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet fra <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/141316/NSFs%20form%E51,%20prinsippprogram,%20vedtekter%20m.m.%20for%20perioden%202008-2011.pdf>

- NOU 1997: 2 (1997). *Pasienten først. Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Sosial – og helsedepartementet, doi: 140689.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag a.s.
- Orvik, A. (2002). Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. *Sykepleien* 90(8):42-46, doi: 120573.
- Pedersen, P. M. (2007). om Jurgen Habermas. I: S. G. Olesen & P. M. Pedersen (Red.). *Pædagogik i sosiologisk perspektiv* (s. 164-189). Viborg: Forlaget PUC
- Pfeiffer, R. (2002). *Sykepleier og leder. Den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Polanyi, M. (2000). *Den tause dimensjonen. En introduksjon til taus kunnskap*. Oslo: Sparacus forlag AS.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sirnes, T. (2009). Ledelse av tverrprofesjonell virksomhet. I E. Willumsen (Red.): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (s. 116-128). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skistad, M. (2006). *Lærende sykehusavdelinger? - Hva gjør avdelingsledere for å skape et miljø for læring i sykehusavdelingen?* Masteroppgåve i organisasjon og leing, Helse- og sosialadministrasjon, Høgskulen i Sogn og Fjordane, Gjøvik.
- Skjøld Johansen, M. (2009). *Mellom profesjon og reform. Om fremveksten og implementering av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen*. Avhandling for PhD graden, Institutt for ledelse og organisasjon, Handelshøyskolen BI, Oslo.

- Skår, R. (2010). *Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse. En studie av sykepleieres læringserfaringer*. Avhandling for PhD graden, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Smith, K (2009). *Evaluering – til hinder eller støtte i profesjonell utvikling?* Hentet fra http://prosjekt.hib.no/forpro/ep_tmp/files/198844b2673785a883.pdf
- Solli, H (2009). Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. *Sykepleien Forskning 2009 4(1):52-60*. DOI: 10.4220/sykepleienf.2009.0036
- Stake, R. S. (2000). Case studies. I: Denzin, K. Norman. & Lincoln, S. Yvonna (Red.) *Handbook of Qualitative Research* (2. utg.). Thousand oaks, London, New Dehli: SAGE Publications, Inc
- Spurkeland, J. (2000). *Relasjonsledelse*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Staff, T. (2002). *Jobbtrivsel hos nyutdannede sykepleier. –En empirisk studie av hvordan psykososialt arbeidsmiljø henger sammen ned trivsel i sykehusavdeling og yrke* –. Hovedfagsoppgave, Det Medisinske Fakultet / Det Psykologiske Fakultet, HEMIL -senteret, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Stortingsproposisjon nr. 1 (2006-2007) FOR BUDSJETTÅRET 2007. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/20062007/stprp-nr-1-2006-2007-.html?id=213031>
- Säljö, R. (2007). *Læring i praksis. Et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo, J. W. Cappelens Forlag a.s.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse*. En innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget.

- Thidemann, I.-J. (2005). Den sårbare læringsarenaen - om praksisfellesskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. *VÅRD I NORDEN* 1/2005. PUBL. NO. 75 VOL. 25 NO. 1 PP 10–15. Hentet fra http://www.uio.no/studier/emner/medisin/isv/SYKVIT4222/v05/SYKVIT4222_artikk_el.pdf
- Thompson, G. (2000). *Situasjonsbestemt ledelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thompson, G. (2009). Situasjonstilpasning som ledelsesstrategi. I: Ø. L. Martinsen (Red.). *Perspektiver på ledelse*. (3. utgave, ss. 121-147). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Torgersen, G.-E. & Steiro T.J. (2009). *Ledelse, samhandling og opplæring i fleksible organisasjoner: en menneskeligjøring av styringssystemer*. Stjørdal: Læringsforlaget.
- Tøien, M. (2009). *Hvordan fungerer sykehusavdelinger som kontekst for kontinuerlig læring for sykepleiere?* Mastergradsoppgave, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Tørstad, S. (2003). *Kartlegging av introduksjonsopplegg / organisert opplæring for nyutdannede sykepleier i spesialisthelsetjenesten i Norge*. Rapport utarbeidet av NSF's faggruppen for sykepleiere i undervisning og fagutvikling. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Vareide, P.K., Hofseth, C., Norvoll, R. & Røhme, K., (2001). *Stykkevis og helt. – Sykepleiers arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet sykehus*. Oslo: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning
- Visholm, S. (2009). Ledelse i den postmoderne organisation – fra roller i struktur til personer i relationer. I: E. Elgaard Sørensen, L. Hounsgaard, B. Ryberg & F. Boye Andersen. *Ledelse og læring – i organisationer* (s. 136-168). København: Hans Reitzels Forlag.

- Von Krogh, G., Ichijo, K. & Nonaka, I., (2001). *Slik skapes kunnskap*. Oslo: NKS Forlaget.
- Wadel, C. (2002). *Læring i lærende organisasjoner*. Flekkefjord: SEEK a/s.
- Wadel, C. (2005). *Samhandling og relasjoner*. Flekkefjord: SEEK a/s.
- Wadel, C. (2008). *En lærende organisasjon. Et mellommenneskelig perspektiv*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Wadel, C. C. (2009): Pædagogisk ledelse og utvikling av lærende organisationer. I: E. Elgaard Sørensen, L. Hounsgaard, B. Ryberg & F. Boye Andersen. *Ledelse og læring – i organisationer* (s. 54-86). København: Hans Reitzels Forlag.
- Wahlgren, B., Høyrup, S., Pedersen, K. & Rattleff, P. (2004). *Refleksion og læring. Kompetenceudvikling i arbejdslivet*. Fredriksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Wangensteen, S., Johansson, I.S. & Nordström, G. (2008). The first year as a graduate nurse – an experience of growth and development. *Journal of Clinical Nursing*. Volume 17, Issue 14, pages 1877–1885, doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02229.x.
- Yukl, G. (2009). Å lede organisasjonsendringer. I: Ø. L. Martinsen (Red.). *Perspektiver på ledelse* (3. utgave, s. 167-208). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

8. FIGUROVERSIKT

Figur 1: Figur som viser fire lederstiler (Thompson, 2000, s. 43).

Figur 2: Figur som viser sammenheng mellom kompetansenivå og valg av lederstil (Thompson, 2000, s. 50).

Figur 3: Tabell som viser hvordan analyseskjemaet ble satt opp.

Figur 4: Tabell som viser et eksempel på hvordan jeg plasserte informantenes uttalelser inn i analyseskjemaet.

Figur 5: Tabell som viser analyseprosessen.

Figur 6: Oversikt over skriftlig materiell.

Figur 7: ”Den dobbelte sykepleierkompetanse. Klinisk kompetanse og organisatorisk kompetansesom som gjensidig utfyllende kompetanseområder” (Orvik, 2004, s. 34).

9. VEDLEGG

1. VEILEDNING – INNGÅELSE AV ARBEIDSAVTALE FOR LEDERE
2. Kopi av innsendt meldeskjema til NSD
3. Intervjuguide
4. Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave.
5. INFORMERT SAMTYKKE
6. Eksempel på transkribert side

Vedlegg 1

VEILEDNING – INNGÅELSE AV ARBEIDSAVTALE FOR LEDERE

Formål

Veiledningen er kun ment å være et hjelpemiddel for ledere som skal inngå arbeidsavtaler med underordnet leder, og har i seg selv ingen juridisk forpliktende føringer. P & O avdelingen kan kontaktes for råd og bistand knyttet til veiledningen.

Inngåelse av arbeidsavtale med leder

Alle ledere med personalansvar og/eller budsjettansvar skal ha arbeidsavtale som leder, se mal for lederstillinger.

Malen som er vedlagt er en tilpasset mal som skal brukes ved fornyelse av arbeidsavtalen i tilknytning til prosessen med å sikre at alle ledere har kontrakter som ledere, ref. vedtak i foretaksledelsen som oppfølging av ”organisasjon og ledelse”.

Ledere som tidligere (tidlig i 2007) har fått presentert og har underskrevet på ny arbeidsavtale, skal gis mulighet til å få underskrive på den endrede malen.

Kommentarer til noen sentrale punkter i malen

Ansettelse

Det er besluttet at ledere i Helse Bergen skal ha profesjonsnøytrale stillingstitler.

Ledere som er ansatt med en fagspesifikk stillingstittel, f. eks seksjonsoverlege eller avdelingssykepleier, kan beholde den nevnte tittelen i arbeidsavtalen i tillegg til den profesjonsnøytrale. F. eks Seksjonsleder/seksjonsoverlege, Seksjonsleder / avdelingssykepleier, seksjonsleder /sykepleier.

Det primære her er at det klart fremgår at vedkommende er leder med personalansvar. (Dette er ikke til hinder for at vedkommende leder også kan benytte fagspesifikke titler i tillegg til ledertittelen i det daglige, på navneskilt, slik som f. eks seksjonsleder/ seksjonsoverlege/professor dr. med).

Arbeidsoppgaver og ansvarsområde

Ledere med personal og/eller budsjettansvar skal i tillegg til arbeidsavtale ha en:

- Stillingsbeskrivelse som gir en mer detaljert beskrivelse av stillingens arbeidsoppgaver og ansvarsområde

- Fullmaktsmatrise som viser oversikt over viktige delegerte administrative fullmakter.

Stillingsbeskrivelse og fullmaktsmatrise supplerer arbeidsavtalen. Overordnet leder kan etter drøfting med leder, endre eller tilpasse stillingsbeskrivelsen eller fullmaktsmatrisen, forutsatt at man ikke endrer stillingens grunnpreg, se nærmere under.

Hva betyr det at ledere må påregne endringer i arbeidsoppgaver og ansvarsområde?

Lederstillinger vil over tid kunne gradvis endres med hensyn til arbeidsoppgaver og/eller ansvarsforhold, tilsvarende hva andre ansatte må akseptere. Slike endringer i stillingen kan gi grunnlag for at det foretas endringer av stillingsbeskrivelse og/eller fullmaktsmatrise. Dette skal gjøres i dialog med den ansatte, men om nødvendig kan endringer i stillingsbeskrivelse eller fullmaktsmatrise gjennomføres uten at partene er enig på alle punkter.

Men: Dersom man har til hensikt å foreta en endring i stillingens grunnpreg (det som særpreger stillingen), blir det viktig å gå frem på en korrekt måte og overholde alle formaliteter. P & O avdelingen ved Arbeidsgiverseksjonen bør kontaktes for råd og veiledning.

Arbeidstid

I perioder må ledere påregne å arbeide mer enn ordinær arbeidstid, men ledere skal som andre ansatte ha forsvarlige og rimelige arbeidsforhold. Den vanlige kompensasjonen en leder får for merarbeid, er at lederen gis mulighet til å avspasere merarbeidstid når driften tillater dette. Det betyr ikke at ledere skal pålegges vesentlig mer arbeidstid uten noen kompensasjon for dette.

Det at en leder har signert på en kontrakt der en er unntatt for arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid, er ikke til hinder for at man i ekstraordinære tidsbegrensede situasjoner gir en ekstra særskilt fastsatt godtgjøring. Normalt bør dette kun gjelde hvor arbeidet ikke er en del av ens normale gjøremål, eller spesielle forhold gjør at arbeidsbelastningen blir ekstraordinært stor for en gitt periode.

Ut over dette vil kompensasjon for en stor arbeidsbelastning/arbeidsmengde være forhold som skal vurderes i forbindelse med de årlige lønnsforhandlinger.

Leder som i tillegg til lederstillingen har avtale om å arbeide klinisk, f. eks som deltaker i vaktordninger, skal ha en samlet arbeidstid som er forsvarlig.

Lønn

Det er en målsetting at alle ledere med et totalansvar for økonomi og/eller personal skal ha en totallønn som er justert i forhold til vedkommendes arbeidsoppgaver og ansvarsområde. Helse Bergen skal tilby sine ledere konkurransedyktige betingelser, men skal ikke være lønnsledende.

Det er åpnet for at ansatte i lederstillinger på nivå 3 kan ha en lønn for lederstillingen og i tillegg en avtalt kompensasjon for klinisk arbeid. Dette kan gjøres på 2 alternative måter:

1. Et fast tillegg for avtalt klinisk arbeid.

Ordningen er et alternativ til en totallønnsordning for seksjonsoverleger/seksjonsledere som i tillegg til lederansvaret arbeider klinisk og /eller vakt.

2. Lønn bygges opp tilsvarende overleger som følger legeoverenskomsten, med minimumslønn, personlige tillegg i - eller utenom basislønn og eventuelle tillegg for vakttjeneste.

Ordningen er et alternativ til øvrige 2 ordninger for seksjonsoverleger som utelukkende har et faglig ledelsesansvar.

Prøvetid

Bestemmelser om 6 måneders prøvetid mv vil bli tatt inn i den generelle malen for arbeidsavtaler for ledere i Skjemasentralen.

Oppsigelse

Det er tatt inn de vanlige frister som gjelder for oppsigelse. Oppsigelsestiden er etter utløpet av prøvetiden normalt 3 måneder. Når det gjelder lederstillinger som ikke omfattes av overenskomstene og uorganiserte ledere, kan leder og underordnet leder avtale inntil 6 måneders gjensidig oppsigelsesfrist når det vurderes som riktig.

Annet

De aller fleste ledere på nivå 2 og ledere som rapporterer til nivå 2, er i dag unntatt fra overenskomsten. Det betyr at arbeidsgiver kan fastsette deres lønnsbetingelser uten at tillitsvalgte er den del av prosessen. Lederne som er unntatt fra overenskomsten samt uorganiserte ledere, er likevel sikret rettigheter på samme nivå som andre i forhold til pensjon, rettigheter ved sykdom, ulykke og død. Dette er også nå presisert i arbeidsavtalen.

For noen ledere med legebakgrunn under nivå 2, kan det være aktuelt å presisere i avtalen at man er sikret tilsvarende permisjon som overleger er etter overenskomsten med DNLF.

Vedlegg 2

Meldeskjema for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrif- ter)	2008 4
---	--------

Kopi av innsendt meldeskjema

Prosjektnummer: 22319

1. PROSJEKTTITTEL		
Opplæring av nyutdannede sykepleiere i sykehus - leder sin rolle		
2. BEHANDLINGSANSVARLIG INSTITUSJON		
Institusjon: Universitetet i Bergen		
Avdeling/fakultet: Det psykologiske fakultet	Institutt:	
3. DAGLIG ANSVARLIG		
Navn(fornavn og etternavn): Gunn Elisabeth Søreide		
Arbeidssted(avdeling/seksjon/institutt): Det psykologiske fakultet Universitetet i Bergen	Akademisk grad: Doktorgrad	Stilling: Førsteamanuensis
Adresse - arbeidssted:	Postnum-	Poststed:

Christiesgate 13		mer: 5020	BERGEN
Telefon: 55583975	Mobil:	Telefaks: 55589871	E-post: gunn.soreide@iuh.uib.no
4. VED STUDENTPROSJEKT (studiested må alltid være samme som arbeidssted til daglig ansvarlig)			
Navn(fornavn og etternavn) på student: Mona Oppedal		Akademisk grad: Høyere grad	
Adresse - privat: Nordahl Rolfsens vei 1		Postnummer: 5094	Poststed: BERGEN
Telefon: 55281699	Mobil: 95209902	Telefaks:	E-post: mop021@student.uib.no
5. FORMÅL MED PROSJEKTET			
Problemstillinger, forskningsspørsmål, eller lignende.	<p>Formålet med prosjektet: INNLEDNING</p> <p>Å utdanne seg til sykepleier er å utdanne seg til ett yrke. Å arbeide som sykepleier er å utøve et praktisk yrke. Det å avslutte en utdanning for å starte i arbeidslivet oppleves for mange som en stor overgang. I løpet av utdanningen er de inno m ulike avdelinger og fagfelt, men får ikke noe selvstendig ansvar. Det er derfor en stor overgang å skulle ta ansvar for egne handlinger, og stole på egne vurderinger. Utdanningen har også endret karakter til å inneholde mindre praksisrelatert undervisning, noen som stiller krav til arbeidsplassen om å ivareta og tilrettelegge for opplæring (Skår, 2003).</p> <p>Kravene til den enkelte helsearbeider sin kvalitet på tjenesten, og det personlige ansvaret for faglig forsvarlighet, er</p>		

	<p>tydelig uttalt i Helsepersonelloven, Specialisthelsetjenesteloven og i Norsk sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer. Opplæring er med bakgrunn i dette, ikke noe en kan velge bort, men som leder må ha et aktivt og bevisst forhold til.</p> <p>Med bakgrunn i helselover og yrkesetiske retningslinjer sine krav om faglig forsvarlighet, ser jeg det som et viktig område å forske på opplæring av sykepleiere. Målet med min oppgave vil være å få innsikt i et felt jeg har oppdaget at det finnes lite eller ingen forskning på.</p> <p>Hvordan kan jeg tilføre noe nytt? Med det sparsomme resultatet jeg har opplevd når det gjelder søk etter vitenskapelige artikler og tidligere forskning, tenker jeg at jeg har funnet et tema som er eksklusivt, og som det trengs</p>
--	--

6. PROSJEKTOMFANG

§ Enkelt institusjon	o Nasjonal multi-senterstudie Angi øvrige institusjoner som skal delta:	o Internasjonal multi-senterstudie
----------------------	--	------------------------------------

7. UTVALGSBESKRIVELSE

<p><u>Beskrivelse av utvalget.</u></p> <p><i>Gi en kort beskrivelse av hvilke personer eller grupper av personer som inngår i prosjektet (f.eks. skolebarn, pasienter, soldater).</i></p>	<p>Sykepleieledere på kirurgisk / medisinsk avdeling i sykehus.</p>
<p><u>Rekruttering og trekking.</u></p> <p><i>Oppgi hvordan utvalget rekrutteres og hvem som foretar rekrutteringen/</i></p>	<p>Informantene skal rekrutteres fra sykehus i Oslo. Jeg planlegger å ta kontakt med klinikkdirektører, og få en oversikt over aktuelle kandidater.</p>

<i>trekkingen.</i>					
<u><i>Førstegangskontakt.</i></u> <i>Oppgi hvem som oppretter førstegangskontakt med utvalget.</i>	Jeg planlegger å ta kontakt selv i samarbeid med veileder.				
<i>Oppgi alder på utvalget</i>	<table border="1"> <tr> <td>o Barn (0-15 år)</td> <td>o Ungdom (16-17år)</td> <td>ξ Voksne (over 18 år)</td> </tr> </table>	o Barn (0-15 år)	o Ungdom (16-17år)	ξ Voksne (over 18 år)	
o Barn (0-15 år)	o Ungdom (16-17år)	ξ Voksne (over 18 år)			
<i>Antall personer som inngår i utvalget.</i>	I samarbeid med veileder har jeg kommet fram til at 8 personer vil være et relevant antall.				
<i>Dersom det inkluderes personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse, beskriv denne del av utvalget nærmere.</i>					
8. INFORMASJON OG SAMTYKKE					
<i>Oppgi hvordan informasjon til respondenten gis.</i>	<table border="1"> <tr> <td>o Det gis skriftlig informasjon.</td> </tr> <tr> <td>o Det gis muntlig informasjon.</td> </tr> <tr> <td>Redegjør for hvilken informasjon som gis</td> </tr> <tr> <td>o Det gis ikke informasjon. Forklar hvorfor det ikke gies informasjon.</td> </tr> </table>	o Det gis skriftlig informasjon.	o Det gis muntlig informasjon.	Redegjør for hvilken informasjon som gis	o Det gis ikke informasjon. Forklar hvorfor det ikke gies informasjon.
o Det gis skriftlig informasjon.					
o Det gis muntlig informasjon.					
Redegjør for hvilken informasjon som gis					
o Det gis ikke informasjon. Forklar hvorfor det ikke gies informasjon.					
<u><i>Samtykke</i></u> <i>Innhentes samtykke fra den registrerte?NB. Se veiledning for krav til samtykke.</i>	<table border="1"> <tr> <td>ξ Ja</td> </tr> <tr> <td>Oppgi hvordan samtykke innhentes.</td> </tr> <tr> <td>Samtykke innhentes ved oppstart av intervju, og vil inneholde opplysninger om utdanning, og ledererfaring.</td> </tr> </table>	ξ Ja	Oppgi hvordan samtykke innhentes.	Samtykke innhentes ved oppstart av intervju, og vil inneholde opplysninger om utdanning, og ledererfaring.	
ξ Ja					
Oppgi hvordan samtykke innhentes.					
Samtykke innhentes ved oppstart av intervju, og vil inneholde opplysninger om utdanning, og ledererfaring.					
	<table border="1"> <tr> <td>o Nei</td> </tr> <tr> <td>Gi en redegjørelse for hvorfor det anses nødvendig å gjennomføre prosjektet uten samtykke fra respondenten.</td> </tr> </table>	o Nei	Gi en redegjørelse for hvorfor det anses nødvendig å gjennomføre prosjektet uten samtykke fra respondenten.		
o Nei					
Gi en redegjørelse for hvorfor det anses nødvendig å gjennomføre prosjektet uten samtykke fra respondenten.					
9. METODE FOR INNSAMLING AV PERSONOPPLYSNINGER					

<p><i>Kryss av for hvilke data-innsamlingsmetoder og datakilder som skal benyttes</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Spørreskjema</p> <p><input type="checkbox"/> Personlig intervju</p> <p><input type="checkbox"/> Observasjon</p> <p><input type="checkbox"/> Gruppeintervju</p> <p><input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester</p> <p><input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester</p> <p><input type="checkbox"/> Journaldata</p> <p><input type="checkbox"/> Registerdata</p> <p><input type="checkbox"/> Biologisk materiale</p> <p><input type="checkbox"/> Utprøving av legemidler</p> <p><input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken:</p>	
		<p>Kommentar til metode for innsamling av personopplysninger:</p>

10. DATAMATERIALETS INNHOLD

<p><i>Gjør kort rede for hvilke opplysninger som skal samles inn. Legg ved spørreskjema, intervjuguide, registreringskjema e. a., som foreligger ferdig utarbeidet eller som utkast.</i></p>	<p>Det vil være aktuelt å samle opplysninger om utdanning og ledererfaring hos intervjuobjektet. Videre vil datainnsamlingen inneholde spørsmål som skal svare på min problemstilling. Jeg har ikke ferdig noen intervjuguide ennå.</p>	
<p><i>Registreres det direkte personidentifiserende opplysninger?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p>	<p>Hvis ja, oppgi hvilke:</p> <p><input type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato</p> <p><input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer</p>
<p><i>Registreres det indirekte identifiserende personopplysninger</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p>	<p>Hvis ja, oppgi hvilke:</p> <p>Utdanning, ledererfaring.</p>
<p><i>Behandles det sensitive</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Hvis ja, oppgi hvilke:</p>

<i>personopplysninger?</i>	ξ Nei	<ul style="list-style-type: none"> o Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning. o At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling. o Helseforhold. o Seksuelle forhold. o Medlemskap i fagforeninger.
<i>Behandles det opplysninger om tredjeperson?</i>	<ul style="list-style-type: none"> o Ja ξ Nei 	<p>Hvis ja, hvordan blir tredjeperson informert om behandlingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> o Får skriftlig informasjon. o Får muntlig informasjon. o Blir ikke informert.
11. INFORMASJONSSIKKERHET		
<i>Redegjør for hvordan datamaterialet registreres og oppbevares.</i>		<ul style="list-style-type: none"> o Direkte personidentifiserende opplysninger (spesifiser hvilke på punkt 10) erstattes med et referansenummer som viser til en manuell/elektronisk navneliste som oppbevares atskilt fra det øvrige datamaterialet. <p>Oppgi hvordan koblingsnøkkelen lagres og hvem som har tilgang til denne.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> o Direkte personopplysninger lagres sammen med det øvrige materialet. <p>Oppgi hvorfor det er nødvendig med oppbevaring av direkte identifikasjonsopplysninger sammen med det øvrige datamaterialet:</p>
		<ul style="list-style-type: none"> o Annet <p>Spesifiser:</p>
<i>Hvordan skal datamaterialet registreres og oppbevares? Sett flere kryss dersom opplysninger registreres flere steder.</i>	<ul style="list-style-type: none"> o Fysisk isolert pc tilhørende virksomheten o Pc i nettverksystem tilhørende virksomheten 	<ul style="list-style-type: none"> o Lydopptak o Manuelt/papir o Annet: <p>Hvis annen lagring, beskriv nær-</p>

	<p>ten</p> <p><input type="radio"/> Pc i nettverksystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten</p> <p><input type="radio"/> Isolert privat pc</p> <p><input type="checkbox"/> Privat pc tilknyttet Internett</p> <p><input type="radio"/> Videoopptak/fotografi</p>	<p>mere:</p> <p>Behandles lyd/videopptak på pc?</p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p>
<i>Sikring av konfidensialitet.</i>	<p>Beskriv hvordan datamaterialet er beskyttet mot at uvedkommende får innsyn i opplysningene?</p> <p>Data oppbevares på privat PC, den er beskyttet med brukernavn, og befinner seg i låsbart rom.</p>	
<i>Vil prosjektet ha prosjektmedarbeidere som skal ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/ student?</i>	<p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p>	Oppgi hvilke:
<i>Innhentes eller overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/internett/eksternt datanett?</i>	<p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p>	Hvis ja, beskriv hvilke opplysninger og hvilken form de har.
<i>Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?</i>	<p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p>	Hvis ja, til hvem:
<i>Skal opplysninger samles inn/bearbeides ved hjelp av databehandler?</i>	<p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p>	Hvis ja, redegjør for hvem som skal samle inn data og hvilke data dette gjelder:
<i>Hvis multisenterstudie:</i>	Redegjør for hvordan samarbeidet mellom institusjonene foregår. Hvem har tilgang til materialet og hvordan regule-	

	res tilgangen:	
12. VURDERING/GODKJENNING AV ANDRE INSTANSER		
Er prosjektet fremlegges-pliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)?	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse.
Dersom det anvendes biologisk materiale, er det søkt REK om opprettelse av forskningsbiobank?	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse.
Er det nødvendig å søke om dispensasjon fra taushetsplikt for å få tilgang til data?	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse.
Er det nødvendig med melding til Statens legemiddelverk?	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse.
Andre	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Angi hvem.
13. PROSJEKTPERIODE		
<i>Oppgi tidspunkt for når datainnsamlingen starter - <u>prosjektstart</u> samt tidspunkt når behandlingen av person-opplysninger opphører - <u>prosjektslutt</u>.</i>	Prosjektstart (ddmmåååå): 07.09.2009 Prosjektslutt (ddmmåååå): 15.05.2011	

Vedlegg 3

Intervjuguide

Kjønn og alder:

Sykehus:

Klinikk / avdeling:

Stilling:

Utdanning:

Hvilken utdanning har du? Hvor og når utdannet?

Hvorfor ble du sykepleier?

Hvorfor eller hvordan ble du leder?

Hva motiverte deg til å bli leder?

Har du lederutdanning, eller annen relevant videreutdanning? Hva, hvor og når?

Lederutfordringer:

Hva er din tittel?

Hvilket nivå er du leder på?

Har du en stillings-/ funksjonsbeskrivelse?

Hvem / hva er din nærmeste overordnede?

Hvor mange ansatte har du ansvar for?

Har du ansvar for andre yrkesgrupper? Evt. hva?

Hvor lenge har du vært leder?

Har du erfaring som leder fra andre steder?

Hvor mange pasienter har avdelingen?

Generelt om opplæring:

- *Hvordan arbeider sykepleiere i somatiske sykehus systematisk med opplæring av nyutdannede sykepleiere?*

Kan du beskrive hvordan opplæring praktiseres / gjennomføres hos dere?

Hvordan og hva definerer du som opplæring?

Hvor lenge vil du definere nyansattperioden?

Hvem har ansvaret for opplæringen?

Har dere fadderordning?

Hvilke forventninger har du til nyansatte som er nyutdannet?

Er opplæringen inndelt i nivå?

Er opplæring innarbeidet i arbeidsplaner / turnus?

Kurs:

Har dere kurs for nyansatte?

Hvilke kurs er obligatoriske?

Hvem har ansvaret for at kommer på kurs?

Hvordan organiseres de?

Hva er tema?

Hvem er forelesere?

Er det eksamen?

Er kurs innarbeidet i arbeidsplaner / turnus?

Hvordan vil du beskrive din rolle i opplæringen?

- *Hvilke type kunnskap vektlegger leder ved opplæring av nyutdannede sykepleiere?*

Hvilken type kunnskap / ferdigheter har du erfaring med at den nyansatte ønsker å ha fokus på?

Hvordan møter du disse forventningene?

Hva må den nyansatte gjøre for å få lære dette?

Hvilke typer kunnskap/ ferdigheter vektlegger du som sentrale i nyansattperioden?

- Organisasjonens verdier, mål og kultur
- Arbeidsgruppens (kollegiets) verdier og normer
- Kunnskaper og ferdigheter som er nødvendige for å gjøre selve arbeidet

- Personlig kompetanse; kunnskap, etikk, handling, ferdighet, og personlighet.

Vektlegges administrativ kompetanse?

- ***Hvordan motiverer lederne nyutdannede sykepleiere til å delta i opplæringsprogram?***

Hva mener du er viktige faktorer for å motivere for å gjennomføre opplæring?

Hvordan motiverer du dine ansatte?

- ***Hvordan arbeider sykepleieledere med evaluering, og hva evalueres?***

Brukes det evaluering / tilbakemelding i nyansattperioden?

Hvordan vurderes den nyansatte i opplæringsperioden?

Hva er fokus ved tilbakemelding / evaluering?

Hva er hensikten med tilbakemelding? Stimulere til læring eller prøving av kunnskapsnivå?

Hvem gir tilbakemelding / evaluering?

Har dere oppfølgingssamtaler?

Evt.: Hvem deltar og hvordan gjennomføres de?

Bruker dere sjekklister?

Evt.: Hvordan brukes disse?

Vedlegg 4

Mona Oppedal
Nordahl Rolfsens vei 1,
5094 Bergen

Bergen, 21.10.09

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave.

Jeg er masterstudent i pedagogikk ved Universitetet i Bergen og holder nå på med masteroppgaven. Temaet for oppgaven er opplæring av nyutdannede sykepleiere i somatiske sykehus, og jeg skal undersøke hvordan ledere arbeider systematisk med dette. Jeg skal finne ut hvilke type kunnskap de vektlegger, og hvordan de motiverer og evaluerer nyansatte.

For å finne ut om dette, ønsker jeg å intervju 8 ledere. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen 01.06. 2011.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 95 20 99 02, eller sende en e-post til mop021@student.uib.no. Du kan også kontakte min veileder Gunn Elisabeth Søreide ved Universitetet i Bergen på telefonnummer 55 58 39 75.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen
Mona Oppedal

Vedlegg 5

INFORMERT SAMTYKKE

Jeg har fått informasjon om prosjektet – hensikt og gjennomføring, og gir mitt samtykke til dette.

Jeg skriver med dette under på at jeg har fått orientering om at dette er en frivillig deltakelse, og at jeg har rett til å trekke meg ut av prosjektet på et hvilket som helst tidspunkt, fram til oppgaven er skrevet, uten at det får konsekvenser for meg.

Jeg er gjort kjent med at deltakelsen er anonym, intervju og opplysninger blir behandlet konfidensielt, og at datamaterialet blir makulert når oppgaven er ferdig.

Jeg har fått orientering om hva forskningen innebærer og formålet med forskningen.

Jeg er kjent med hva resultatet skal brukes til.

På dette grunnlag skriver jeg under denne erklæringen.

Sted, dato

Navn

Vedlegg 6

Eksempel på transkribert side:

- det med det med å kunne gå en legevisitt selv pasientene er de jeg syns de er kjempeflinke altså de som jeg har vært bort i de vil gjerne være med pasientene så det er ikke der ligger det ikke noen sånn barriere som jeg har sett i hvert fall men det er det er det å organisere og få oversikten over alt for å gå en visitt det er kjempeviktig

- Er det det du opplever at de har mest fokus på å lære seg?

- nei hem av og til har de ikke helt av og til så kan de ikke helt se det så jeg styrer de ofte og så sier at i dag så skal du være med henne - og ha gruppen og gå legevisitt - for neste dag så kan du være med og dele ut medisiner for der er jeg kan jo si det på vår gruppe så er det 2 sykepleiere på dag og 1 hjelpepleier, en sykepleier har gruppen med legevisitt og den andre har medisindeling og den som har - gruppen det er den som har det største trykket altså de skal ha dette samarbeidet med kommunene søke om hjemmebaserte tjenester og de skal snakke med pårørende de skal forholde seg til legen og de skal være klar når han kommer så det det - det er akkurat det der altså der der føler jeg at de må ha mest opplæring

- Du føler at det er det viktige å få de inn i den administrative funksjonen?

Ja for ja for det at det hvis ikke de takler det så blir det vanskeligere å takle - resten for der er så mye som ligger i akkurat det der å ha gruppearbeid og gå legevisitt og hele den den administrative delen

- Blir de satt til det i uke 2? Eller er det litt lenger perspektiv på det?

Nei i uke 2 blir de satt opp på det og det sånn som jeg gjør det da for det det kan godt være at de går på topp i uke 2 og kanskje en og to dager dette er helt individuelt og da sier jeg at du skal ha gruppen og den som skal den andre som du liksom går sammen med da den skal gå ved siden av deg men av og til så kan det være folk som er så - har så god fokus at det at jeg kan si kanskje 3 dagen at nå må du prøve deg på gruppen så står den andre ved siden av for det det er liksom da de - føler på det at her er det hull og her er det hull men allikevel så er det en trygghet bak forbi deg

- Hva opplever du at de nyutdannede sykepleierne ønsker å lære mest til å begynne med?

De ønsker å - lære mest om medisiner og - kunne ha den delen der for det at det jeg har inntrykk av at det skremmer dem dette med å gi medisiner men vi har et kjempegodt - system her med at det blir lagt medisiner på - altså der er farmasøyter som legger medisiner for oss til alle pasientene en gang i døgnet eller teknikere det trenger ikke være farmasøyt men der er jo tilgjengelig der så vi får det ferdig i traller i endosepakker som vanlig nei som oftest så det er - det er jo kjempebra altså men jeg tror de er så redde for at de skal gjøre feil at de det er det de stresser med den der medisinen men så er det egentlig så mye mer enn en medisin