

# Utfordringer i strategisk kompetanseutvikling i sykehus

## En kvalitativ studie av lederes erfaringer med et spesifikt kompetanseprogram



av

**Vibeke Irgens**

Masteroppgave i

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og

Helseøkonomi



Universitetet i Bergen

Det medisinske fakultet

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Høsten 2022



## **Forord**

Det har vært en utviklingsreise å skrive master, en blanding av modning, frustrasjon og mestring.

Jeg vil rette en takk til sykehuset jeg arbeider i, mine ledere Anne Mette Koch, Cathrine Bjorvatn og Frode Sirhaug som har gitt meg muligheten til å studere og som har tilrettelagt etter beste evne.

Jeg vil også takke de syv informantene som stilte opp og delte av sin kunnskap og til lederne som inkluderte meg i møtene jeg fikk ta del i.

Min hovedveileder Inger Lise Teig ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitet i Bergen fortjener en stor takk for inspirerende diskusjoner og alltid rask respons på henvendelser.

Til slutt vil jeg sende en enorm takk til min kjære mann og tre barn som gjennom fire år har holdt ut med en ektefelle og mor som har brukt mange helger og mye fritid på studier. Min far som alltid følger meg opp og viser enorm interesse fortjener en stor takk. Min mor og svigermor som alltid stiller opp og passer barn har vært til uvurderlig hjelp, uten dere hadde ikke dette prosjektet vært mulig.

# Innholdsfortegnelse

Forord .....	II
Sammendrag .....	V
Abstract .....	VI
1.0 Introduksjon .....	1
1.1 Bakgrunn, valg av emne og avgrensning.....	2
1.2 Case .....	3
1.3 Kunnskapsoppsummering .....	4
1.4 Hensikt og problemstilling .....	5
2.0 Teoretisk rammeverk.....	7
2.1 Hvordan fungerer organisasjoner?.....	7
2.2 Omgivelser.....	7
2.3 Formelle trekk i sykehusorganisasjonen.....	8
2.3.1 Ledernivåene i organisasjonen som studeres .....	9
2.4 Uformelle trekk.....	9
2.5 Ledelse på ulike nivå i sykehusorganisasjonen .....	10
2.6 Organisasjonsatferd og prosesser .....	10
3.0 Metode.....	11
3.1 Valg av strategi .....	11
3.2 Analysemetode .....	12
3.3 Utvalg .....	13
3.4 Metode for datainnsamling .....	14
3.4.1 Fremgangsmåte intervju.....	14
3.4.2 Fremgangsmåte observasjoner .....	15
3.4.3 Fremgangsmåte i analysen .....	16
3.5 Metodekritikk .....	17
3.5.1 Validitet og relabilitet .....	17
3.5.2 Refleksivitet .....	18
3.6 Etske refleksjoner .....	18
3.7 Overførbarhet.....	19
4.0 Resultater.....	20
4.1 Toppleder.....	20
4.1.1 Lange linjer .....	20
4.2 Avdelingsdirektør .....	22
4.2.1 Strukturelle grep.....	23

4.3 Mellomleder.....	24
4.3.1 Utrygghet .....	24
4.3.2 Tid til læring .....	25
5.0 Diskusjon.....	26
5.1 Utfordringer i strategisk kompetanseutvikling fra et topplederperspektiv .....	26
5.1.1 Kompetanseprogrammet som et virkemiddel i å løse utfordringene .....	29
5.2 Utfordringer i strategisk kompetanseutvikling fra et avdelingsdirektørs perspektiv	30
5.2.1 Kompetanseprogrammet som et virkemiddel i å løse utfordringene .....	31
5.3 Utfordringer i strategisk kompetanseutvikling fra mellomlederperspektivet.....	33
5.3.1 Kompetanseprogrammet som et virkemiddel i å løse utfordringene .....	34
6.0 Oppsummering av funn .....	36
7.0 Avsluttende refleksjoner .....	38
8.0 Referanseliste kappe.....	39
9.0 Artikkell.....	1
Strategisk kompetanseutvikling og et skreddersydd kompetanseprogram som hånd i hanske?	1
Sammendrag.....	2
Introduksjon .....	3
Komponenter i organisasjoner som teoretisk rammeverk .....	4
Metode.....	6
Resultater.....	7
Topplederens perspektiv på strategisk kompetanseutvikling .....	7
Avdelingsdirektørs perspektiv på strategisk kompetanseutvikling .....	8
Mellomlederens perspektiv på strategisk kompetanseutvikling .....	10
Diskusjon.....	12
Utfordringer i strategisk kompetanseutvikling fra ulike lederperspektiv .....	12
Kompetanseprogrammet som virkemiddel på de organisatoriske utfordringene .....	14
Oppsummering .....	16
Referanseliste artikkel .....	17
Vedlegg 1 Intervjuguide.....	2
Vedlegg 2 Observasjonsguide .....	5
Vedlegg 3 Informasjonsmail til informantene i forkant av intervju og observasjon.....	5
Vedlegg 4 Samtykkeskjema til intervju .....	7
Vedlegg 5 Samtykkeskjema til observasjon.....	10



## Sammendrag

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

Oppgavens tittel og undertittel Utfordringer med strategisk kompetanseutvikling løses i sykehus En kvalitativ studie av lederes erfaringer med et konkret kompetanseprogram				
Forfatter Vibeke Irgens				
Forfatterens stilling og arbeidssted Daglig leder senter for simulering og ferdighetstrening ved Haukeland Universitetssykehus				
Dato for godkjenning av oppgaven			Veileder Inger Lise Teig	
Antall sider 56	Språk oppgave NO	Språk sammendrag NO	ISSN-nummer	ISBN-nummer
<p><b>Bakgrunn:</b> Økende aldrende befolkning, hurtig medisinsk og teknologisk utvikling og mangel på kompetent personell utfordrer fremtidens helsevesen. Kompetent personell er sykehusenes viktigste innsatsfaktor og myndighetene peker på ledelsen som viktige aktører for å løse utfordringene. Regjeringen stiller krav til helseforetakene om å arbeide strategisk med kompetanseutvikling både regionalt og lokalt.</p> <p><b>Hensikt:</b> Studien ønsker å belyse hvilke organisatoriske utfordringer ledere på ulike nivå i sykehusorganisasjonen møter i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling. Et konkret kompetanseprogram etablert i et stort Universitetssykehus er anvendt som case i studien.</p> <p><b>Materiale:</b> Utvalget består av syv dybdeintervju av ledere på ulike nivå i sykehusorganisasjonen regionalt og lokalt og observasjon av fem ledermøter i de utvalgte avdelingene. Utvalget er basert på avdelinger i sykehuset som har hatt flest sykepleiere gjennom kompetanseprogrammet som anvendes som case i studien.</p> <p><b>Metode:</b> Kvalitativ casestudie med fenomenologisk tilnærming, noe som er relevant med bakgrunn i at studien søker å produsere subjektive data. Datainnsamlingen består av dybdeintervju og observasjon av ledermøter. Materialet er analysert etter tematisk analyse. Stegvis deduktiv induktiv metode brukes som analysegrep.</p> <p><b>Resultat:</b> Hovedtemaer som identifiseres er lange linjer, kultur, strukturelle grep, medisinsk logikk og utrygghet og tid til læring.</p> <p><b>Konklusjon:</b> De lange linjene utfordres av avhengighet til utdanningsinstitusjonene, både når det gjelder dimensjonering av personell og innhold i utdanningene. Autoritetslinjer, lav digital kompetanse og profesjonsverdier kan være med å skape utfordringene. Samtidig er det ulikheter i strukturer innad i sykehusorganisasjonen og innad i utdanningsinstitusjonene som kan skape verdikonflikter og behov for kompetanseprogrammet. Kultur identifiseres som utfordring i form av fastsatte mentale modeller som hinder for tverrfaglig samarbeid og oppgavdeling. Individuell trygghet og tid til læring for den enkelte medarbeider er sentralt for å få til læring på et høyere nivå i organisasjonen.</p> <p>Kompetanseprogrammet synliggjør et behov for innhold i utdanning, legger struktur for oppgavedeling og kan være med å iverksette dobbeltkretslæring, endring, mentale modeller og visjoner. Videre setter programmet struktur for ferdighetstrening og kunnskap, skaper forståelse av andre enheter. Det er læring satt i system hvor kompetansen er skreddersydd behovet, samtidig som det er gjennomførbart i en vanskelig driftssituasjon.</p>				
Nøkkelord: Strategi, strategisk kompetanseutvikling, kompetansetiltak, kompetanseprogram, helseledelse, ledernivå, lederperspektiv, organisatoriske utfordringer, kompetanseplanlegging, sykehusorganisasjonen				



## Abstract

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

Title and subtitle of the dissertation How to solve challenges within strategic competence development in hospitals? A qualitative case study on leaders experiences with a competence development program				
Author Vibeke Irgens				
Author's position and address Leader Senter for simulering og ferdighetstrening at Haukeland Universitetssykehus				
Date of approval			Supervisor Inger Lise Teig	
Number of pages	Language dissertation NO	Language abstract ENG	ISSN-number	ISBN-number
<p>Abstract</p> <p><b>Background:</b> The health care system is facing major challenges, because of an aging population, fast medical and technological development and lack of qualified personnel. Hospitals are knowledge driven organizations with human resources as the most important input factor. The Norwegian government points at leaders on different levels in the organisation to solve the challenges and makes demands of strategic competence development across the region and locally.</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose of this study is to put focus on witch challenges leaders on different levels in the hospital organization experience when they work strategic with competence development. Further on how an intensive competence program developed in the hospital can solve the challenges.</p> <p><b>Material:</b> The material exists of seven in depth interviews and observation of leader meetings. Representing three levels and perspectives of leadership. Selection of material is from on units who have the most experience with the intensive competence development program.</p> <p><b>Method:</b> A qualitative case study with a phenomenological approach because we are seeking subjective data. The study is analysed by a thematic analysis and with a deductive-inductive approach.</p> <p><b>Results:</b> Challenges that affect strategic competence development from a CEO`s perspective is direction and culture. Identified from a unit directors perspective is structure and medical logics. From a middle manager it is unsafety and time to learn.</p> <p><b>Conclusion:</b> Challenged by the hospital organisations dependence on the education system it is difficult to keep the direction on all the levels in a big hospital. Lines of authority, low digital competence and professional values complicate the picture. Different structure in the education system and the health system can create value conflict and needs for intensive competence development program in the hospital. Established mental models in the professional culture, can be a barrier for professional teamwork and task shift. Individual learning and safety is central organisational learning. The intensive competence development program pin points needs in the professional competence and may facilitate structures for task shift, double loop learning, mental models and shared visions. The program settles structure for skill training and knowledge that is needed in the units and it is feasible in a demanding situation..</p>				
Key word: Strategy, competence, competence development, intensive competence program, knowledge management, professional competence, employee incentive plans, leadership, clinical governance, nurse leader, organisational challenges, hospital organisation				

## 1.0 Introduksjon

Tanker fra en informant:

*Det er egentlig det som har vært lidenskapen i snart 10 år, samme metodikken ... uansett hvilken epoke du beveger deg i så er det jo fag som skal realiseres i praksis i hendene og i hodene til sykepleiere og leger, da må du investere i dem.  
(Avdelingsdirektør)*

Helsevesenet står overfor store fremtidige utfordringer og bildet er komplekst. Befolkningen blir stadig eldre og frem mot 2030 vil antallet personer over 70 år øke med 40%. I tråd med en større andel aldrende i befolkningen vil behovet for helsetjenester også intensiveres. Samtidig stiller hurtig medisinsk og teknologisk utvikling økende krav til spesialisert kompetanse for helsepersonell (Hjemås et al., 2019; Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, 2019a; Riksrevisjonen, 2019-2020).

Sykehus er kunnskapsorganisasjoner som skal utføre flere oppgaver innenfor komplekse organisatoriske rammer og utfordringer. På den ene siden skal de direkte pasientorienterte oppgavene som diagnostisering, pleie og behandling løses. Parallelt skal de kompetanseorienterte oppgavene innen utdanning og forskning ivaretas (Grund, 2006).

Helsepersonell er sykehusenes viktigste ressurs for å kunne tilby befolkningen helsetjenester (Grund, 2006). Kompetansen<sup>1</sup> til de menneskelige ressursene er sentralt for pasientsikkerheten, kvaliteten og effektiviteten i pasientbehandlingen (Lunden et al., 2017; Tørstad & Bjørk, 2007). Ressursene er knappe og vi vil ut fra SSBs beregninger mangle 35 000 helsepersonell i 2035 (Hjemås et al., 2019).

Sykehusorganisasjonene påvirkes av menneskelig atferd og organisasjonsprosesser, formelle trekk, uformelle trekk og avhengighet til omgivelsene (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Summen av kompleksiteten setter ledelsen sykehusene i et krevende krysspress av uløselige problemstillinger og uforenelige mål. Grund beskriver det som «dilemmaenes tyranni»

---

<sup>1</sup> «Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål» Lai, L. (2021). *Strategisk kompetanseledelse* (Vol. 4). Fagbokforlaget.



(Grund, 2006), Kjekshus som «floker» (Kjekshus, 2017) og Rittel og Webber som «wicked problems» (Kjekshus, 2017; Martinsen, 2019).

## **1.1 Bakgrunn, valg av emne og avgrensning**

Spesialisthelsetjenesten har fire lovpålagte kjerneoppgaver; pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og pasientopplæring (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Oppgavene kan inndeles i to hovedtyper, de som er direkte pasientorientert og de som er kompetanseorienterte (Grund, 2006). For å kunne utføre de pasientorienterte oppgavene må de kompetanseorienterte oppgavene ligge til grunn. Denne studien konsentrerer seg om sykehusenes kompetanseorienterte oppgaver. Dette er oppgaver som dreier seg om forskning, utdanning, videreutdanning og å sikre riktig kompetanse hos helsepersonell for å tilfredsstille fremtidens krav til pasientbehandling og pasientsikkerhet (Grund, 2006).

Gjennom nasjonal helse og sykehusplan stiller regjeringen krav til at helseforetakene skal skape heltidskultur og arbeide for å rekruttere og beholde ansatte i alle personellgrupper. Det påpekes også at utdanning og kompetanseutvikling er de viktigste virkemidlene helseforetakene har for å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og for å beholde personell (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, 2019). Myndighetene har tydelige forventninger og krav til at ledelsen er nøkkelen til å løse kompetanseutfordringene og forventer strategisk kompetanseplanlegging både på regionalt og lokalt nivå (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, 2019).

I lyset av at kompetanseutvikling fremstår som et viktig virkemiddel i å beholde ansatte, er det interessant å studere denne delen av strategisk kompetanseplanlegging som omhandler å utvikle kompetanse hos medarbeiderne. I lyset av at ledelsen på regionalt og lokalt nivå ses som nøkkel til å løse utfordringene er det interessant å studere ulike lederperspektiv på regionalt og lokalt nivå.

Med min bakgrunn som stabspersonell med helsefaglig bakgrunn i et stort universitetssykehus har jeg ofte undret meg over hvilke kryssende logikker ledere på ulike nivå i sykehusorganisasjonen opplever relatert til strategisk kompetanseutvikling. Innsikt i ledernes ulike perspektiv vil kunne være med å belyse kompleksiteten og kjernen i problemstillingene.

Sykehuset som studeres har etablert et praksisnært kompetanseprogram som strategisk virkemiddel for å utvikle nødvendig kompetanse for å ivareta kritisk syke pasienter som ligger i intermediærenhetene. Sykehuset har de senere år etablert flere intermediærsenger for å

ivareta kritisk syke og samtidig sikre at intensivsengene anvendes til intensivpasienter. Jeg ønsker å anvende kompetanseprogrammet som case i studien og belyse i hvilken grad programmet bidrar til å løse utfordringene ledere på ulike nivå i sykehus møter i strategisk kompetanseutvikling.

## 1.2 Case

### **Et praksisnært kompetanseutviklingstiltak: Kompetanseprogrammet**

Økende antall kritisk syke med sammensatte problemstillinger, samt den medisinsk-teknologiske utviklingen åpner for nye muligheter innenfor diagnostikk, behandling og oppfølging av alvorlig sykdom. Spesialsykepleiere er en begrenset ressurs i sykehus og intermedieenheter ved sengepostene er en forutsetning for effektiv bruk av de eksisterende intensivsengene. Pasienter ved avdelinger som behandlingsmessig er på et nivå mellom intensivene og sengepostene trenger sykepleiere som kan håndtere komplekse pasientsituasjoner og avansert teknologi. Programmet er målrettet til sykepleiere med minst ett års klinisk erfaring (uten intensiv eller anestesividereutdanning) som arbeider ved intermedieenheter. Programmet går over totalt 13 dager: 9 dager undervisning, 3 dager klinisk veiledning og 1 dag hospitering. 2 kull pr. år. Det er ca. 50:50 fordeling mellom undervisning og ferdighetstrening.

Hvert tema innledes med teoretisk undervisning og simulering av tilhørende case innen: sjokk, hjertesvikt, respirasjonssvikt, infeksjon/sepsis, nyresvikt, nevrologiske utfall. Undervisningen er etterfulgt av observasjoner og prioriteringer til aktuelle problemstillinger og ferdighetstrening i aktuelt utstyr.

Programmet skal ikke erstatte opplæring i avdelingene, men utfylle og standardisere de områdene som er felles, på tvers av enheter i sykehuset (Internt dokument, 2015).

### 1.3 Kunnskapsoppsummering

Det ble utført et litteratursøk i samarbeid med bibliotekar i to omganger 17.06.21 og 17.12.21.

Søkene ble utført i søkebasen Ovid Medline. I det første søket ble lagt arbeid i å finne engelske søkeord for kompetansestyring og det som i litteraturen ser ut til å være mest brukt er «knowledge management». Videre ble «Professional Competence», «competence development» og «Employee Incentive Plans» lagt inn som søkeord, se tabell 1. Ved å søke på alle tre søkeordene var resultatet høyt, 123094. Hospitals ble også inkludert og antall treff ble enda høyere, 1538911. Vi valgte derfor å kombinere alle søkeordene, men ekskluderte hospitals/hospital. Dette førte til 72 treff som ble gjennomgått. Av de 72 artiklene var det en systematisk oversikt som var spesielt interessant for denne studien. Oversikten omhandlet faktorer som påvirker kompetansestyring og sykepleieleders rolle (Lunden et al., 2017).

Nummer søkeord	Søkeord	Antall treff
1	"Knowledge management".ti,ab,kw.	1260
2	exp Knowledge Management/	377
3	1 or 2	1475
4	exp Professional Competence/	121093
5	Competence development.mp.	577
6	exp Employee Incentive Plans/	1572
7	4 or 5 or 6	123094
8	exp Hospitals/	286456
9	(Hospital or hospitals).mp.	1522265
10	8 or 9	1538911
11	3 and 7	72
12	exp Leadership/	43081

Tabell 1.

Med bakgrunn i kun en relevant artikkel ved første søk, ble det gjort nytt søk i desember 2021. På dette tidspunktet hadde studien formet seg mer og intervjuene var gjennomført og søkeordene var noe endret, se tabell 2. Søket resulterte i 134 artikler som ble gjennomgått, hvor åtte artikler hadde relevans inn i studiet. Fire av artiklene ble imidlertid ekskludert på grunn av at de var gjennomført i land det norske helsevesen ikke kan sammenlignes med.

Nummer søkeord	Søkeord	Antall treff
1	exp Professional Competence/	124,792
2	exp Employee Incentive Plans/	1,573
3	(Competence development or Clinical skill* or Professional skill* or Clinical competence or professional competence)	12,427
4	1 or 2 or 3	132,680
5	exp Nurse Administrators/	13,769
6	(Clinical governance or Head nurse* or Nurs* manage* or Charge nurse* or Nurs* director* or Nurse leader* or Administ* nurs*).	13,440
7	5 or 6	24,082
8	exp Leadership/	44,686
9	(hospital management or personnel management or improve* or develop* or model*)	8,963,209
10	8 or 9	8,993,952
11	4 and 7 and 10	1,768
12	exp Hospitals/	296,850
13	(Hospital or hospitals).	97
14	12 or 13	296,928
15	11 and 14	134

Den første relevante artikkelen omhandlet sykepleieres oppfatning av hva som påvirker deres profesjonelle utvikling. Lederstil og leders åpenhet for endring var funn i artikkelen (Hughes, 2005). Den andre artikkelen belyste anvendelse av strategibegrepet blant sykepleieledere og

Tabell 2.

konkluderte at det ikke er et begrep sykepleieledere har tatt til seg i stor grad (Carney, 2009). Den tredje artikkelen studerte faktorer som påvirker arbeidstilfredshet hos sykepleiere i Sverige og identifiserte profesjonell kompetanse, støtte for utvikling, utviklings- og karrieremuligheter samt årlig samtale om tilbakemelding på utførelse som sentralt (Gardulf et al., 2008). Den siste artikkelen belyste sykepleieledelse ut fra fire ulike perspektiv og konkluderte med at lederne relaterte synspunktene sine opp mot interessene i egen faggruppe (Lindholm et al., 1999).

Kompetanseprogrammet har positivt omdømme, og en evaluering gjennomført sommer 2022 viser at sykepleierne opplevde økt trygghet i møte med pasienter, fikk økt forståelse for behandling og overvåking av kritisk syke pasienter etter gjennomgått program. I tillegg har opplæringen bidratt til at de fremdeles arbeider i sykehuset (Internt dokument, oktober 2022).

Utover litteratursøket over er det gjort søk på norsk i google scholar og urio, med søkeordene strategisk kompetanseutvikling, kompetanseplanlegging, sykehus. I disse søkene kom det opp flere relevante masteroppgaver som berører emnet strategisk kompetanseutvikling. Oppgaven som var mest relevant for dette prosjektet var Frida Basmans oppgave fra 2020. Strategisk kompetanseutvikling ble i oppgaven diskutert opp mot styring eller ledelse. Basma konkluderer med at normativ teori om strategisk kompetansestyring ikke klarer å fange opp den faktiske problematikken som en avdeling med rekrutteringsutfordringer står i. Basma hevder videre at perspektivene styring og ledelse viser et spenningsforhold mellom teori og praksis (Basma, 2020). Agenda Kaupang laget i 2019 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) en kunnskapsoppsummering av førstelinjeledere i norske sykehus med vekt på forholdet mellom mulighet og ansvarsrom. Rapporten er interessant fordi de finner lite om førstelinjeleders strategiske funksjoner, at den administrative funksjonen i lederskapet tar stor plass og at profesjonsbakgrunn har betydning for lederrollen (Ekeland, 2019). Begrepet førstelinjeleder i denne rapporten tilsvarer begrepet mellomleder i denne studien.

#### **1.4 Hensikt og problemstilling**

Kunnskapsoppsummeringen viser at vi vet mye om den normative fremgangsmåten i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling. Videre er forventninger fra myndighetene og samarbeid mellom regionalt og lokalt helseforetak tydelig kommunisert (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, 2019). Det vi vet mindre om er hvordan lederne selv opplever å arbeide strategisk med kompetanseutvikling, hvilke utfordringer de møter på veien både regionalt og lokalt og

hvordan sykehusorganisasjonen påvirkes. Ved å anvende et allerede etablert kompetanseprogram som case er målet å belyse hvordan det konkrete tiltaket imøtekommer utfordringene.

Hensikten med studien er dermed todelt:

- Undersøke hvilke utfordringer som påvirker strategisk kompetanseutvikling sett fra ulike lederperspektiv
- Belyse i hvilken grad et praksisnært kompetanseprogram kan være et virkemiddel for å løse utfordringene

Hensikten med studien fører oss til følgende problemstilling:

***Hvilke organisatoriske utfordringer møter ledere på ulike nivå i sykehus i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling? Og i hvilken grad kan et praksisnært kompetanseprogram være et virkemiddel i å løse utfordringene?***

For å operasjonalisere problemstillingen vil jeg stille følgende forskningsspørsmål:

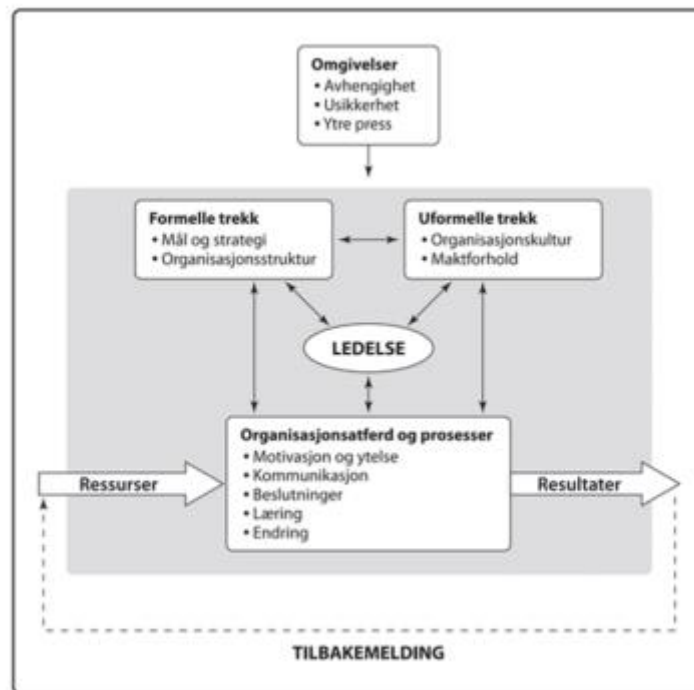
1. I lyset av hvordan organisasjoner fungerer, hvilke utfordringer identifiserer topplederen i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling?
2. I lyset av hvordan organisasjoner fungerer, hvilke utfordringer identifiserer avdelingsdirektøren i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling?
3. I lyset av hvordan organisasjoner fungerer, hvilke utfordringer identifiserer mellomlederen i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling?
4. På hvilken måte påvirker et konkret kompetanseprogram utfordringene som identifiseres fra de ulike lederperspektivene?

For å undersøke perspektivene ble tre overordnede ledere og tre mellomledere i det aktuelle sykehuset intervjuet. For å undersøke det regionale perspektivet ble en toppleder i regionalt helseforetak intervjuet. I tillegg ble det observert ledermøter hvor ledere fra ulike ledernivåer møttes. Nærmere redegjørelse for utvalget vil beskrives i metodedelen av studien.

## 2.0 Teoretisk rammeverk

### 2.1 Hvordan fungerer organisasjoner?

Jacobsen og Thorsvik beskriver en modell med 5 komponenter som påvirker hvordan organisasjoner fungerer (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Modellen brukes som et bakteppe i denne studien. For det første for å identifisere hvilke komponenter som aktiveres i organisasjonen ved utfordringer i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling. Deretter for å utforske hvordan kompetanseprogrammet virker på komponentene som løsning på utfordringene.



Modell 1. (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

### 2. 2 Omgivelser

Sykehusorganisasjonen er i press og avhengighetsforhold til omgivelsene for å kunne utføre samfunnsoppdraget (Grund, 2006; Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, 2019; Nyland & Pettersen, 2018). Jacobsen og Thorsvik skiller mellom organisasjoners tekniske og institusjonelle avhengighet til omgivelsene. Tekniske omgivelser beskrives som forhold i omgivelsene som har direkte betydning for at organisasjonens virksomhet og funksjon. Institusjonell avhengighet beskrives som forhold med betydning for organisasjonens omdømme i befolkningen (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Sykehusenes tekniske avhengighet til

omgivelsene som gjelder kompetanseutvikling er avhengighet til politisk styring, avhengighetsforhold til samarbeidsparter og avhengighet til den teknologiske utviklingen i samfunnet.

Sykehusene er i et teknisk avhengighets- og samarbeidsforhold til utdanningsinstitusjonene og deres utdanning av helsepersonell for å kunne ivareta samfunnsoppdraget. Det ville ikke være behov for helsefag ved høyskoler og universitet uten sykehus og sykehus ville ikke kunne fungert uten utdannet personell fra høyskole og universitet (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, 2019). Samtidig står sykehusene i en teknisk avhengighet til omgivelsene i kraft av utviklingen innenfor medisinsk teknologi<sup>2</sup> og digitalisering<sup>3</sup> i samfunnet. Teknologisk utvikling vil påvirke pasientbehandlingen og tilnærmingen til behandlingen. Eksempelvis medisinsk utstyr, persontilpasset medisin eller utvikling av elektronisk støtteverktøy (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Digitalisering til det beste for pasientene er avhengig av at medarbeidere i helsevesenet har grunnleggende teknologisk kompetanse og forståelse (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, 2019; OECD, 2019).

### **2.3 Formelle trekk i sykehusorganisasjonen**

Formell organisasjonsstruktur definerer arbeidsdeling mellom enhetene og fremstår som en maskin med rasjonelle systemer. Oppgavedeling er en del av de formelle strukturene og sykehus har de største faggruppene leger og sykepleiere tradisjonelt hatt særegne oppgaver i pasientbehandlingen hvor oppgavene ikke har vært delt mellom profesjonene (Grund, 2006; Forsetlund, 2013) Systemene eksisterer for å oppnå etablerte mål og strategien er en beskrivelse av veien til målet. Strategi handler om å forstå og analysere omgivelsene og forstå hvordan de påvirker egen organisasjon (Grund, 2006; Jacobsen & Thorsvik, 2019). Ifølge Grund og Vanebo bør strategiprosesser utføres på alle nivåer i organisasjonen, men det er naturlig at fokus vil være ulikt for ledernivåene. Toppledelsen må vite hva og utforme den strategiske plattformen, avdelingsdirektørene må vite hvorfor og oversette den strategiske plattformen, mellomlederne må vite hvordan og tilpasse individuell kunnskap til den strategiske plattformen (Grund, 2006; Vanebo, 2017). Makten ligger sterkt i de operative

---

<sup>2</sup> Teknologi er læren om teknikker og de tilhørende materielle produkter innenfor et bestemt område [Teknologi – Store norske leksikon \(snl.no\)](#).

<sup>3</sup> Digitalisering er det å legge til rette for generering av digital informasjon samt håndtering og utnyttelse av informasjon ved hjelp av informasjonsteknologi [digitalisering – Store norske leksikon \(snl.no\)](#).

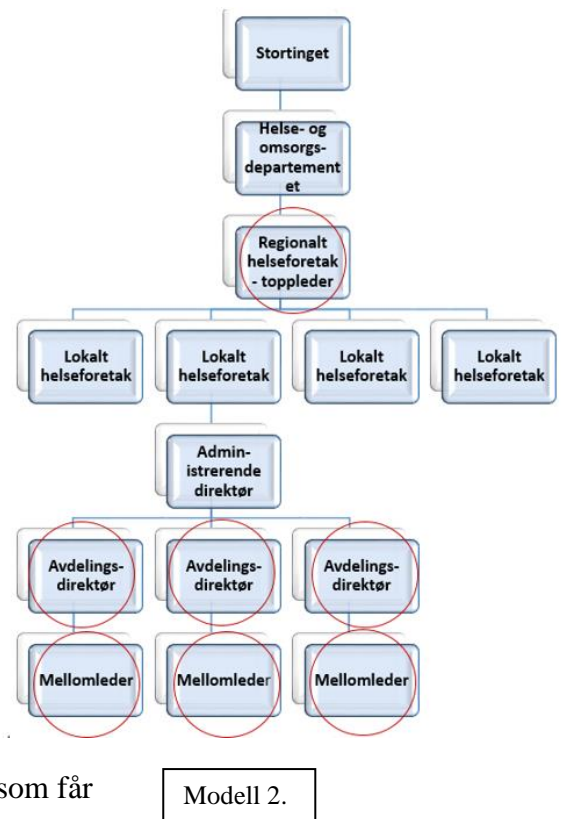
kjerneprosessene i kraft av spesialisering, profesjonsgruppene må derfor mobiliseres og det kreves samarbeid på alle nivå for å lykkes (Vanebo, 2017).

### 2.3.1 Ledernivåene i organisasjonen som studeres

Regionale helseforetak er definert som eier av sykehusene og har et sørge for ansvar for at alle som bor i regionen skal få et likeverdig tilbud av helsetjenester. Toppleder i denne studien defineres som en leder i en posisjon som må kunne ivareta den politiske ledelses behov og eksterne behov (Vanebo, 2017).

Avdelingsdirektør i denne studien defineres som den som har ansvar for det indirekte lederskapet i en avdeling og er et viktig bindeledd når det gjelder informasjonsflyt og koordinering, overvåking og rapportering av horisontale og vertikale prosesser i organisasjonen (Vanebo, 2017).

Mellomledere i denne studien defineres som den ansvarlige for operativ effektivitet og den direkte ledelsen overfor fagpersonene som skal utføre oppgavene som får virksomheten til å fungere (Vanebo, 2017).



Modell 2.

## 2.4 Uformelle trekk

Kultur handler om sykehusorganisasjonens verdier og normer (Strand, 2007). Edmund Scheins kultursirkel er relevant å bruke som bakgrunn for å forstå hva kultur betyr i organisasjonen. Schein beskriver en kultursirkel hvor det innerst i sirkelen befinner seg grunnleggende antakelser, rundt finner vi verdier, ritualer, helter, språklige uttrykk og ytterst artefakter. De grunnleggende antagelsene innerst i sirkelen kan ifølge Schein ikke endres uten at organisasjonens identitet trues. Verdiene kan endres, men det er en langsom prosess som vil være tidkrevende. De ytterste nivåene er det lettest å endre på (Strand, 2007).

I en kunnskapsorganisasjon som sykehus står profesjonene sterkt og vil derfor ha betydning for hvilke verdier som er viktig. De ulike profesjonenes målbilde vil kunne påvirke verdiene



og skape verdikonflikter, det kan oppstå konflikt mellom individuelle verdier, organisasjonsverdier eller kulturverdier (Nordby, 2017). Ifølge Nordby er forståelse av hverandres perspektiv sentralt for å løse opp i verdikonflikter (Nordby, 2017).

I sykehus har det tradisjonelt vært kultur for at kunnskapsoverføring skal foregå i form av mester- svennlære som kan sammenlignes med håndverkskultur. Innføringen av helseforetaksreformen i 2001 er imidlertid basert på industrikultur og effektivitet. Fosse i Helsetjenestens logikk tar til ordet for at NPM har skapt motsetningsfylte verdier som råder i sykehusene (Botten et al., 2014).

## 2.5 Ledelse på ulike nivå i sykehusorganisasjonen

Ifølge Henry Mintzberg inneholder ledelse fire ulike og overlappende funksjoner som enhver leder uavhengig av nivå må ivareta. Funksjonene vil ha ulikt innhold ut fra hvilken kontekst<sup>4</sup> det utøves ledelse i. De ulike funksjonene vil være overlappende og skal ikke fortrenge hverandre (Ekeland, 2019). I sykehusorganisasjonen har tradisjonelt sett den faglige ledelse, hvor den mest kompetente i faget er den beste lederen stått sterkt. En annen ledelsestradisjon er profesjonelle ledelse som dreier seg om ledelse som eget fag og innebærer at dersom en mestrer faget ledelse kan en lede hva som helst (Byrkjeflot, 2015).



Modell 3. (Ekeland, 2019)

## 2. 6 Organisasjonsatferd og prosesser

Sykehusenes viktigste ressurs er medarbeiderne og alle organisasjoner trenger motiverte medarbeidere (Grund, 2006; Jacobsen & Thorsvik, 2019). En kjent tilnærming for å forvalte organisasjonens menneskelige kapital i er Human Resource Management (HRM). I et HRM perspektiv tilstreber lederen å finne balanse mellom og gi den enkelte karrieremuligheter, anerkjennelse og å tilfredsstille organisasjonens behov for kompetanse og talenter. Tanken

<sup>4</sup> "Kontekst er en sammenheng noe befinner seg i, ofte den sammenhengen som gir bakgrunn for å forstå et ord, en ytring, en tekst eller et kunstverk. Kontekst er altså de forholdene i omgivelsene som er relevante for forståelsen eller tolkningen av en ytring, eller for produksjonen av den.» [kontekst – Store norske leksikon \(snl.no\)](http://snl.no/kontekst)

bak HRM er at balanse mellom individ og organisasjon vil skape effektivitet (Boleman & Deal, 2014; Jacobsen & Thorsvik, 2019; Martinsen, 2019).

Læring i organisasjoner er de siste tiårene utviklet seg til å bli et særdeles viktig tema i organisasjonslitteratur. Tenkningen handler om å se organisasjonen som en helhet og forstå at bakgrunnen for at det oppstår utfordringer et sted er en følge av en utfordring et annet sted. Det er ikke noens skyld at et problem oppstår, men det er en konsekvens av en hendelsesrekkefølge (Senge, 1999). En sentral teori innenfor læring er Argyris og Schøns enkel- og dobbelkrets læring. Ved enkeltkretslæring løses en utfordring med allerede eksisterende mentale modeller og verdiene som styrer atferden er tatt for gitt, spørsmål som hvordan kan jeg forbedre praksis stilles. Ved dobbelkretslæring kreves det en endring av dypere strukturer i måten å handle på og spørsmålet hvorfor skal jeg endre praksis må stilles. De mentale modellene til alle involverte må endres noe som kan være krevende i store organisasjoner (Boleman & Deal, 2014; Jacobsen & Thorsvik, 2019). Senges teori om systemtenkning er sentral innenfor lærende organisasjoner (Jacobsen & Thorsvik, 2019; Senge, 1999). Senge beskriver 5 disipliner som fører til systemtenkning hvor en av dem er mentale modeller som bygger på Argyris og Schøns teori. Ifølge Senge må de mentale modellene på hver enkelt medarbeider endres for å skape dypere læring. Vi er som mennesker vant til å hele tiden ta beslutninger i høyt tempo, noe som kan begrense ny læring fordi man ikke stopper opp og vurderer måten oppgaven løses på (Senge, 1999). Endring av de mentale bildene skal føre til felles visjoner i organisasjonen. Videre trekker Senge frem gruppelæring som sentral for å oppnå læring i organisasjoner. Senge hevder at læring i grupper er viktig for å oppnå mer klokhet enn et enkelt individ klarer å oppnå (Senge, 1999). De andre disiplinene i Peter Senges teori vil utdypes i artikkeldelen av oppgaven.

## **3.0 Metode**

### **3.1 Valg av strategi**

Valg av strategi for datakonstruksjon i denne studien er casesentrert i form av en enkeltcasestudie. Som case har jeg valgt et tiltak som er iverksatt i det gjeldende sykehuset og som er et eksempel på strategisk kompetanseutviklingstiltak. Caset vil brukes til å studere samsvaret mellom mønster i empiri og teori om det fenomenet som caset representerer og ha det som fokus i analysen (Bukve, 2016).

Datainnsamlingen består av dybdeintervju med tre overordnede ledere og tre mellomledere i de avdelingene som har hatt flest medarbeidere gjennom kompetanseprogrammet. En toppleder i regionalt helseforetak er også intervjuet for å inkludere et overordnet strategisk perspektiv. I tillegg er det utført observasjon av ledermøter hvor kompetanseutvikling var forventet å være på agendaen.

For å besvare problemstillingen i denne studien er det hensiktsmessig med en fenomenologisk tilnærming fordi fenomenologi søker å produsere subjektiv kunnskap. Edmund Husserl regnes som grunnleggeren av fenomenologien og han var opptatt av det enkelte menneskets opplevelse som grunnlag for hvordan vi kan forstå verden. Beskrivelse og ikke tolkning så han på som sentralt (Brottveit, 2018). I fenomenologien forsøker man som forsker å få deltakerne til å sette ord på hvordan det enkelte individ forstår sin verden, hvordan ting er og hvorfor de er slik (Tjora, 2021).

Vitenskapsteoretisk syn handler om hvordan vi forstår, forklarer eller nærmer oss den sosiale virkelighet. Som vitenskapsteoretisk utgangspunkt for å forstå de ulike perspektivene på kompetanseutvikling er sosialkonstruktivisme nyttig. Sosialkonstruktivisme bygger på fenomenologien, men tar utgangspunkt i at virkeligheten er samfunnsskapt og vi må forstå den basert på ulike sosiale faktorer. Dette perspektivet er interessant i denne sammenhengen fordi vi ønsker å søke forklaring på prosessene som fører frem til ulik virkelighetsoppfatning basert på at man befinner seg i ulike miljø og som et resultat av det fører til ulik forståelse av utfordringer på strategisk av kompetanseutvikling i sykehus (Tjora, 2021).

Studien har et teoretisk tolkende formål hvor teorier er blitt valgt ut underveis i den induktive tilnærmingen etter innsamling av empiri. Teoriene er altså ikke forhåndsbestemte, men valgt ut fra hva som kommer frem i empirien. Studien tar utgangspunkt i allerede kjente teorier og tar ikke sikte på å utvikle nye og blir derfor det Bukve kaller et en tolkende rekonstruksjon (Bukve, 2016). Denne måten å gjøre det på er relevant fordi formålet med oppgaven er ulike ledes forståelse av et fenomen og det unike i deres forståelse. Det kan vi ikke vite på forhånd og teoriene må derfor velges ut etter datainnsamling

### **3.2 Analysemetode**

Som analysemetode ble tematisk analyse anvendt. Som metode er tematisk analyse en fleksibel fremgangsmåte for å identifisere, analysere og gjenkjenne temaer i datasettet (Braun & Clarke, 2006). Med bakgrunn i at jeg har valgt et forstående formål i oppgaven er det

relevant med en fleksibel analyseramme. Videre er fenomenet jeg ønsker å forstå lite undersøkt tidligere noe som krever at rammene er fleksible og ikke strukturerte (Bukve, 2016).

Temaene i tematisk analyse utvikles fra datasettet enten ved å være forhåndsbestemt eller ved at dataene driver frem tema, en kombinasjon av de to er også en mulighet (Braun & Clarke, 2006). I denne studien ble det anvendt en kombinasjon av forhåndsbestemte og datadrevne tema. Noen tema var definert i forkant med bakgrunn i problemstillingen, forskningsspørsmålene og caset, andre synliggjorde seg gjennom empirien.

I tematisk analyse skilles det mellom semantiske- og latente temaer. I semantiske temaer er de identifiserte temaene basert på meninger på overflaten og som er eksplisitt uttrykt i empirien. Latente temaer er underliggende tanker og antagelser som er mer implisitt uttrykt i empirien (Braun & Clarke, 2006). Det er valgt en blanding av semantisk innhold i temaene og latent innhold i temaene i studien. Som analytisk grep ble stegvis deduktiv induktiv metode anvendt. En stegvis deduktiv induktiv tilnærming vil skape en god systematikk og fremdrift i analysen av dataene og er forenelig med at jeg ønsker å tolke relevant teori opp mot case og empiri (Tjora, 2021). Tjora beskriver den deduktive prosessen med at man analyserer data med utgangspunkt i teori og tolker det opp mot empirien. Den induktive prosessen består i å ta utgangspunkt i empirien og tolke den opp mot teorien (Tjora, 2021).

### **3.3 Utvalg**

Kjennetegn for alle avdelingene i utvalget er at det er avdelinger som benytter seg av kompetanseprogrammet som organisasjonen sentralt legger til rette for. Med dette som utgangspunkt vil det være naturlig å tenke at avdelingene i utvalget har et godt utgangspunkt for å kunne uttale seg om hvilke utfordringer som oppstår i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling. Utvalget er basert på mellomledere som arbeider i intermediære enheter med behov for sykepleiere med intermediær kompetanse og avdelingsdirektører i samme enheter. Utvalget er med bakgrunn i at de arbeider i enheter som har kjennskap til kompetanseprogrammet og fordi de arbeider på ulike nivå i organisasjonen. For å belyse et regionalt lederperspektiv er en regional toppleder tatt med i utvalget av dybdeintervju. Dette var viktig for å få frem hvilke utfordringer det regionale nivået ser på som viktige inn i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling.

For å identifisere utvalget fikk jeg en oversikt over hvilke avdelinger som hadde hatt sykepleiere gjennom programmet. De tre avdelingene i utvalget utpekte seg umiddelbart og hadde hatt betydelig flere gjennom programmet enn andre avdelinger i sykehuset.

Høsten 2021 skulle alle avdelingene ved sykehuset gjennomføre «ledelsens gjennomgang» (LGG). LGG er en systematisk egenvurdering av styringssystemet som belyser informasjon om virksomheten. Formålet er å sikre at den enkelte enhet jobber mot overordnede mål og skal være en hjelp til avdelingene til å identifisere forbedringstiltak (Arntzen, 2021; Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2017). Kompetanse er et av områdene som vurderes i LGG og det var derfor relevant å utføre observasjon av ledermøter basert på avdelingene i utvalget i forbindelse med gjennomgang av LGG. Det var imidlertid ikke gjennomførbart i alle avdelingene, gjennomføringen utdypes i kapittel 3.4.2 «Fremgangsmåte observasjoner».

### **3.4 Metode for datainnsamling**

Metode for datainnsamling var en kombinasjon av kvalitative intervju og observasjonsstudier. Kvalitativt intervju som metode vil være relevant i denne sammenheng med bakgrunn i et ønske om å få frem intervjupersonenes forståelse og virkelighetsoppfatning av et fenomen ut fra deres perspektiv og den situasjonen de er i (Kvale & Brinkmann, 2019; Tjora, 2021).

Observasjonsstudier egner seg ifølge Tjora som tilleggsdata til intervju og kan gi forskeren nyttig og relevant informasjon som ellers kunne godt tapt. De to metodene vil supplere hverandre på en hensiktsmessig måte fordi man ved intervju fanger hva folk sier eller tenker at de gjør, hvor man ved observasjon fanger opp hva de faktisk gjør (Tjora, 2021).

Observasjonene ble gjennomført høsten 2021 som fullstendig observatør. Det vil si at jeg var til stede i møtene uten å komme med innspill eller delta i diskusjoner.

#### **3.4.1 Fremgangsmåte intervju**

Det ble utført prøveintervju med to kollegaer med ledererfaring. Gjennom prøveintervjuene synliggjorde det seg noen spørsmål som ble stilt flere ganger og det utpekte seg områder som var ønskelig å gå mer i dybden med. Det ble derfor gjort justeringer, noen spørsmål ble fjernet og det ble lagt til oppfølgingsspørsmål.

Intervjuene ble gjennomført etter avtale med intervjuobjektene der hvor de følte seg mest komfortable. Noen av intervjuene ble derfor gjennomført på min arena og noen på deres

arena. Et av intervjuene ble gjennomført elektronisk. Før båndopptakeren ble slått på ble det informert om anonymitet og personvern og mulighet for å trekke seg etter eget ønske. Alle intervjuobjektene signerte samtykkeskjema før intervjuet startet (Kvale & Brinkmann, 2019).

Med min bakgrunn i sykehuset og kjennskap til noen av intervjuobjektene var det viktig å presisere min rolle i intervjuene. Det ble derfor informert om at min rolle som intervjuer var i regi av å være student på Universitetet i Bergen og ikke som medarbeider i sykehuset (Kvale & Brinkmann, 2019; Tjora, 2021).

Transkriberingen utførte jeg selv. Jeg valgte å ikke skrive på dialekt, men skrive ned ordrett alt som ble sagt. Hvis det var noe jeg stusset over i formuleringene, lyttet jeg igjen på opptaket for å forsikre meg om at det som ble sagt var reelt. Jeg valgte ikke å ha med fyllord som ehh og pauser. Dette kan være relevant med tanke på å få frem usikkerhet eller problemer med å velge ord for intervjuobjektet, men da jeg selv var tilstede i alle intervjuene valgte jeg dette som ikke relevant (Tjora, 2021).

#### 3.4.2 Fremgangsmåte observasjoner

I utgangspunktet var utvalget for observasjoner å delta i ledermøter med gjennomgang av LGG fordi kompetanse og opplæring er et av områdene som skal gjennomgås årlig. Jeg inviterte meg derfor inn i ledermøter i avdelingene i utvalget med LGG som formål. En avdeling skulle ha gjennomgangen nært forestående, og jeg ble ønsket velkommen til å være med. En annen avdeling hadde allerede gjennomført gjennomgang av LGG, men jeg fikk tilsendt sjekklisten med ledergruppens vurderinger av kompetanse og opplæring i avdelingen. I tillegg ble jeg invitert inn i utvidet ledermøte med verneombud og tillitsvalgte hvor budsjettet skulle godkjennes. Den siste avdelingen måtte utsette gjennomgang av LGG.

Jeg startet med å observere ledermøte i avdelingen som hadde dette på programmet nært forestående. Det var som i intervjuene viktig for meg å tydeliggjøre min rolle i møtet og at min tilstedeværelse var som student og ikke medarbeider i sykehuset. Jeg presenterte meg derfor som student og hadde ikke uniform eller sykehusets identitetskort på. Jeg fikk i starten av møtene jeg deltok i først komme med en kort introduksjon om hvem jeg var, en kort innføring i prosjektet og møteleder spurte deretter om noen av deltakerne hadde noe imot at jeg var til stede. Jeg var fullstendig observatør i møtene, det vil si at jeg kun var tilstede og observerte og deltok ikke i diskusjoner eller kom med innspill (Tjora, 2021). I det første møtet

jeg deltok i kom det frem at det var en egen gruppe i avdelingen som skulle jobbe med strategisk kompetanseplanlegging og jeg fikk delta i to møter med denne gruppen i etterkant.

Jeg deltok i budsjettmøte med den andre avdelingen og var da av praktiske årsaker med elektronisk.

Gjennom prosessen kom det frem at kompetanseprogrammet har en styringsgruppe som skulle ha sitt første møte høsten 2021. Jeg inviterte meg derfor også inn i dette møtet og fikk lov å delta. Resultatene fra observasjonene vil beskrives i resultatdelen sammen med resultatene fra intervjuene.

Kompetanseutvikling var på agendaen i direktørmøte mellom direktørene i det regionale helseforetaket og jeg fikk tilgang til sakspapirene i møtet.

### 3.4.3 Fremgangsmåte i analysen

Etter gjennomførte intervju og observasjoner ble empirien gjennomgått gjennom analyseformen tematisk innholdsanalyse med stegvis deduktiv-induktiv metode (SDI) som analytisk grep. Tjoras stegvise SDI ble fulgt i grove trekk, men ikke slavisk (Tjora, 2021).

Det første skrittet i analysen var å transkribere intervjuene og sammenfatte observasjonene fra ledermøtene. Gjennom transkriberingen dukket det opp mange koder som gikk igjen i materialet. Kodene ble skrevet ned som merknader i teksten underveis i transkriberingen. Det samme ble gjort ved renskrivning av observasjonene (Tjora, 2021). Etter ferdig transkribering lyttet jeg gjennom alle intervjuene på nytt og det ble da notert flere empirinære koder i margen. I denne fasen jobbet jeg induktivt. Den empirinære kodingen var nyttig for å gjøre det empiriske materialet mindre og mer håndterbart. Alle de empirinære kodene ble limt inn i et excelark og systematisert i det Tjora kaller kodegrupper og som jeg i fortsettelsen vil kalle tema (Tjora, 2021). Kodene fra toppleder, avdelingsdirektør og mellomleder ble skilt fra hverandre i excelarket for å synliggjøre om de snakket om ulike ting og for å finne ut om det ville være hensiktsmessig å ha ulike tema for de ulike ledergruppene i analysen.

På dette tidspunktet jobbet jeg fremdeles med en induktiv tilnærming til empirien og hadde identifisert 14 tema. Med bakgrunn i de mange temaene foretok jeg en ny gjennomgang hvor jeg skilte mellom latente og semantiske tema og fikk ned antallet tema ved å putte de latente temaene inn under de semantiske. Jeg endte deretter med to hovedtema for hvert ledernivå.

Jeg gikk gjennom temaene på nytt og fant koblinger opp mot hvordan organisasjoner påvirkes av strategisk kompetanseutvikling og besluttet å bruke Jacobsens og Thorsviks komponenter i organisasjoner som rammeverk opp mot empirien. Koblingen førte meg over i den deduktive fasen (Tjora, 2021). Deretter gikk jeg tilbake i en induktiv fase og fant mer dybde i empirien og endte med å endre på hovedtemaene. De latente og semantiske temaene som førte frem til hovedtemaene vil beskrives i resultatdelen av oppgaven.

### **3.5 Metodekritikk**

#### 3.5.1 Validitet og reliabilitet

Ifølge Tjora baserer validitet seg på begrepene pålitelighet, gyldighet og generalisering (Tjora, 2021). Pålitelighet handler om at empiri, teori og analyse henger sammen, altså at det er en intern sammenheng og rød tråd i studien. SDI er et grep for å ivareta påliteligheten i oppgaven (Tjora, 2021). Tematisk analyse vil hjelpe til å systematisk støtte den røde tråden gjennom empiri, teori og analyse (Braun & Clarke, 2006).

Studiens validitet ligger på denne måten i at metodene som er anvendt underbygger det studien ønsker å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2019).

Gyldighet handler om forskningen og konteksten den utføres i henger sammen. Det vil ifølge Tjora si at problemstilling, forskningsspørsmål, datagenering og teori henger sammen. Ved å kombinere dybdeintervju og observasjon synliggjøres både deltakernes forståelse og deres faktiske utførelse i praksis. Den fenomenologiske metodologiske tilnærmingen underbygger bruk av intervju, observasjon og den kvalitative tilnærmingen til forskningen.

Sosialkonstruktivisme er i tråd med at utvalget er fra ulike profesjoner og ulike ledernivå i sykehusorganisasjonen (Tjora, 2021). Når det gjelder generalisering vil målet ifølge Tjora være konseptuell generalisering hvor vi kan fremstille funnene i form av et konsept eller modell som kan brukes innenfor andre områder. Med bakgrunn i at jeg har valgt teoretisk tolkende formål og ikke teoriutviklende formål vil det ikke ut av oppgaven komme et konsept eller en modell. Generaliseringen vil derfor bestå i at etablert teori tolket opp mot empirien (Bukve, 2016).



### 3.5.2 Refleksivitet

Tjora beskriver refleksivitet som forskerens evne til å undersøke forskningsarbeidet og hvordan personlig ståsted og kunnskap kan påvirke forskningen (Tjora, 2021). Jeg har gjennom hele prosjektet gjort meg tanker omkring eget ståsted og påvirkningen inn i forskningen. Med min bakgrunn og erfaringer i sykehuset jeg forsker på er det viktig å være oppmerksom på at jeg ikke vil kunne ha en helt nøytral tilnærming til problemstillingen. Det er sentralt at jeg har et forhold til hvorfor jeg tolker resultatene som jeg gjør, hvilke elementer som påvirker min tolkning og at tolkningen henger sammen med min forståelse av organisasjonen. Dette har jeg gjennom hele analyseprosessen holdt høyt og stadig minnet meg selv om. Sett i lyset av avdelingen jeg arbeider i som av mange i sykehuset oppfattes som en kontrollavdeling var det viktig at jeg tydeliggjorde at jeg i intervjuene og observasjonene kun var tilstede som forsker og ikke som medarbeider i sykehuset (Kvale & Brinkmann, 2019; Tjora, 2021). På den andre siden tenker jeg at mitt kjennskap til organisasjonen har gjort det mulig for meg å navigere å finne interessante arenaer for observasjon i en stor organisasjon som det uten kjennskap til er vanskelig å finne frem i.

Ulemper ved metoden jeg har valgt er at det er få personer som blir intervjuet, et alternativ kunne være å bruke fokusgruppeintervju for å få frem flere synspunkter, enighet, uenighet eller posisjoner i grupper (Tjora, 2021). Toppledernivå i det lokale helseforetaket er ikke inkludert i studien med bakgrunn i begrensninger i studien.

### 3.6 Ethiske refleksjoner

Jeg gjorde meg en del etiske refleksjoner i forkant av intervjuene og observasjonene. I selve intervju- og observasjonssituasjonen var det ikke etiske dilemmaer som ble diskutert. Det var likevel viktig at informantene følte seg trygge i situasjonen. Tatt i betraktning av ledere med ulike roller på flere nivå i samme avdeling ble intervjuet kunne det potensielt oppstå dilemmaer hvor de snakket om hverandre. Titler og navn på avdelinger som var særegent for de aktuelle avdelingene ble derfor endret for å ivareta anonymitet. Informantene ble informert om at de til enhver tid kunne trekke tilbake sitt bidrag hvis det var ønskelig. Alle intervjuobjektene signerte samtykkeskjema før intervjuet startet. I observasjonssituasjonene fikk alle som var tilstede spørsmål om min tilstedeværelse var i orden og det ble informert om anonymitet og personvern (Kvale & Brinkmann, 2019). Studien ble meldt til RETTE som er UIB sitt personvernssystem og fikk saksnummer IDS1395.

### **3.7 Overførbarhet**

Analysene er basert på informantenes opplevelser og de kan ikke ubetinget generaliseres til andre lederperspektiv på samme nivå i andre sykehusorganisasjoner. Som vist i teoridelen er sykehusorganisasjonen komplekse systemer med mange variabler som kan gjøre det utfordrende å finne reelle årsak virkningssammenhenger. Kausale sammenhenger mellom et konkret kompetanseprogram som løsning på identifiserte utfordringer med mange variabler er derfor ekstremt vanskelig å finne. Funnene er likevel støttet av forskningslitteratur og emnet belyses grundig. Konklusjonene kan være farget av meg som forsker, mitt utgangspunkt og mitt perspektiv inn i organisasjonen jeg arbeider i og hvor jeg har arbeidet i over 10 år (Tjora, 2021).

## 4.0 Resultater

Resultatene vil i det følgende presenteres ut fra de ulike ledelsesperspektivene. Først presenteres resultatene fra et regionalt topplederperspektiv, deretter et avdelingsdirektørperspektiv og til sist et mellomlederperspektiv. Under hver overskrift vises en tabell over hvilke latente og semantiske tema som ligger innbakt i hovedtemaene som beskriver utfordringer i strategisk kompetanseutvikling. De semantiske og latente temaene vil være ulike i kappen og artikkelen på grunn av ulikt fokus, men hovedtemaene vil være like.

### 4.1 Toppleder

I empirien synliggjør temaene *lange linjer* og *kultur* seg som hovedtemaer sett ut fra et regionalt topplederperspektiv. Hovedtemaene er basert på semantiske og latente temaer som er identifisert gjennom intervjuene.

#### 4.1.1 Lange linjer

Lederperspektiv	Toppleder				
Semantisk tema	Teknologisk utvikling	Analyse	Samarbeid med Universitet og høgskolesektor (UH)	Oppgavedeling <sup>5</sup>	Teamarbeid
Latent tema	Digital kompetanse	Analyse	Planlegge	Endring	
Hovedtema utfordringer	<b>Lange linjer</b>			<b>Kultur</b>	

Tabell 1.

Toppleder formidler i intervjuene samarbeidet med universitet og høgskolesektor (UH) på flere nivå som sentralt for å imøtekomme fremtidens kompetansegap i helsevesenet.

Samarbeidet handler om at utdanningene må skaffe tilstrekkelig med helsepersonell til

---

<sup>5</sup> A process of delegation whereby tasks are moved, where appropriate, to less specialized health workers. By reorganizing the workforce in this way, task shifting presents a viable solution for improving health care coverage by making more efficient use of the human resources already available and by quickly increasing capacity while training and retention programs are expanded Linqvist, A. L. (2020). Oppgaveglidning kan gi bedre helsetjenester. *Sykepleien*, 108. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80852>

sykehusene i fremtiden. I tillegg handler det om at utdanningene faglig må tilpasses det behovet sykehusene møter i pasientbehandlingen nå og i fremtiden. Dette er ifølge topplederen ikke statisk og vil kreve kontinuerlig samarbeid.

*Det dreier seg om at det må være nok utdanningskapasitet og utdanningskapasiteten er ikke nok i seg selv men innholdet i utdanningen må være rett til de behovene som sykehusene har fremover og det endre seg jo. Det er jo ikke statisk det som studentene må kunne om fem år i forhold til det studentene må kunne nå. Så bare det med å tilegne alle helse profesjonene en form for teknologi kompetanse er jo et gigantisk løft for UH sektoren og de er ikke i nærheten av å kunne gi. (Toppleder)*

For å jobbe langsiktig er det investert i, og utviklet, elektroniske verktøy for å sette kompetanse i system og for å planlegge fremtidens kompetansebehov. En barriere som hindrer maksimal utnyttelse av teknologien, er at helsepersonell generelt ikke har den nødvendige grunnleggende digitale forståelsen til å følge utviklingen. Manglende forståelse skaper utfordringer ved å utnytte teknologien best mulig for ledere, den enkelte medarbeider og i interaksjon med pasientene. Topplederen referer til at i fremtidens helsevesen vil vi være avhengig av at pasientene selv bidrar inn egne forløp for å avlaste sykehusene. For at pasientene skal kunne utnytte teknologien best mulig er det en forutsetning at helsepersonell har en grunnleggende digital kompetanse som de kan bruke til å veilede pasientene. For å skape balanse må det ifølge informanten en varsom fremgang i kombinasjon med en viss fremdrift. Det oppstår altså et dilemma mellom å ikke gjøre det for overveldende for medarbeiderne, men at utviklingen heller ikke går for langsomt.

Informanten uttrykker det på denne måten

*For det er jo faren her for det var mye en bare kunne besluttet og sagt nå gjør vi det, men det hadde jo ikke virket. Og så denne fine balansen mellom det langsiktige, det strategiske og det operative som både er det daglige og hvis du ser liksom på noen år, balansen her er kjempefin. Det med å balansere, det er jo det som er kunsten her. (Toppleder)*

Toppleder synliggjør videre i intervjuet utfordringer med kompliserte målbilder i store organisasjoner, noe som krever at det gjøres dype analyser og grundig kjennskap til den enkelte avdeling før det settes i gang tiltak. Manglende kjennskap og vilje til å gå inn i krevende analyser kan ifølge informanten hemme bruken av elektroniske verktøy som er utarbeidet for å servere informasjon om framskrivninger og aktivitetsdata til avdelingene.

#### 4.1.2 Kultur

Informanten er opptatt av at det må foregå en kompetanseutvikling i form av oppgavedeling for at sykehusene skal kunne imøtekomme fremtidens kompetansegap. Det betyr at profesjonene kun utfører oppgavene det er behov for, basert på deres faglige kunnskap og at støttepersonell eller andre faggrupper må overta andre oppgaver. Oppgavedeling må settes på agendaen, hevder informanten, men understreker viktigheten av å trå varsom fordi profesjonskamp kan oppstå. Diskusjoner om oppgavedeling i intensivenheter trekkes frem som konkret eksempel hvor oppgavedeling ble oppfattet av fagpersonell som at intensivkompetansen var på «billigsalg». Informanten understreker at en endringsreise som å endre oppgavene til fagpersoner vil ta tid og kreve en strategisk tilnærming, tydelige beslutninger, forankring og langsiktig planlegging. For å nå ut med budskapet, hevder informanten, er det viktig å formidle at det handler om å avlaste fagfolkene på oppgaver de ikke må gjøre og formidler det slik:

*... det handler jo om å avlaste flinke folk for oppgaver som de kan avlastes for. Så er det alltid en kneik å komme over og så er det alltid noen vondter, men vi må gyve løs enda mer sånn at det blir enda kjekkere enda bedre å jobbe i sykehusene. Og oppgaver som er sånn at vi kan dele på det på en annen måte, at de rette gruppene og folkene gjør det og at teknologien avlaster maksimalt der ligger det. (Toppleder)*

Den største utfordringen for fremtiden vedrørende strategisk kompetanseutvikling er ifølge informanten å ikke klare å etablere tverrfaglig teamarbeid. Informanten uttrykker det på denne måten:

Hvis du skal oppsummere hva du tenker er den største utfordringen med å sikre rett kompetanse i fremtiden? (Intervjuer)

*Det er at man ikke lykkes med å etablere gode team altså tverrfaglig team enten det er på sengeposter eller det er på ulike deler av virksomhetene og at vi ikke klarer å beholde og medarbeidere gjennom en lang karriereforetaket. (Toppleder)*

#### **4.2 Avdelingsdirektør**

Gjennom intervjuene med avdelingsdirektørene er *strukturelle grep* og *medisinsk logikk* hovedtemaer for utfordringer i strategisk kompetanseutvikling. På grunn av studiens størrelse

vil kun struktur bli belyst i kappen. Artikkelen vil både strukturer og medisinsk logikk belyses.

<b>Lederperspektiv</b>	<b>Avdelingsdirektør</b>		
Semantisk tema	Spesialisering	Utdanning	Kliniske ferdigheter
Latent tema	Verdikonflikt	Læring	Kunnskap
<b>Hovedtema</b>	<b>Strukturelle grep</b>		

Tabell 2.

#### 4.2.1 Strukturelle grep

Organiseringen i sykehuset sett opp mot organiseringen i sykepleieutdanningen pekes på som en utfordring av avdelingsdirektør. Sykehuset er organisert i høyspesialiserte avdelinger etter medisinske fagområder og grunnutdanningen i sykepleie er en generell utdanning. Dette fører til at det kreves kontinuerlig kvalitets- og kompetanseopplæring i avdelingene. Informanten uttrykker det slik

*... og så har vi jo den utfordringen med det vi holder på med, for sykepleie siden det ikke hører hjemme i en etablert sykepleier spesialitet. Så vi er nødt til å drive med kontinuerlig kvalitets- eller kompetanseopplæring som er det du ønsker å snakke om i dag det er jo kompetanseprogrammet og hvordan få dette til, med å ha en stor intermediearenhet samtidig som vi lekker masse sykepleiere til intensiv og anestesi videreutdanning. (Avdelingsdirektør)*

Videreutdanningene i sykepleie innenfor de ulike fagområdene beskrives som nyttige for å få sykepleierne interessert i faget og for å beholde sykepleierne i avdelingen. Utfordringene som trekkes frem er at utdanningene oppfattes å være veldig teoretiske og den praktiske kompetansen og ferdighetene som kommer i retur er ikke samkjørt med behovet i den praktiske hverdagen. Det er besluttet på overordnet nivå i sykehuset at spesialsykepleiere kun skal arbeide i spesialavdelinger. Med bakgrunn i de overordnede rammene oppstår det et behov for kompetanseutvikling gjennom interne kliniske utviklingsprogrammer, videreutdanning i det aktuelle spesialet og kompetanseprogrammet. Likevel ønsker mange sykepleiere en videreutdanning som fører til at de arbeider andre steder i sykehuset som på intensiv eller operasjonsavdelingen. Dette er viktig for samfunnet og sykehuset som helhet, men er likevel krevende for systemet og lederne i den enkelte avdeling.

... er positiv til folk som ønsker å gå videre annen spesialisering etter hvert, men det er klart at det er jo litt tungt år etter år etter år for våre ledere og sykepleiere og leger og hele systemet som skal til for å holde dette gående få inn nye folk når de endelig er blitt knallgod. (Avdelingsdirektør)

Avdelingsdirektørene beskriver kompetanseprogrammet som veldig viktig for sykehuset på grunn av at det er skreddersydd for behovet. I observasjon av styringsgruppemøte i kompetanseprogrammet ble det også synlig hvor viktig programmet er for sykehuset. På grunn av ettertraktet kompetanse var det kamp om plassene i programmet og diskusjoner omkring hvilke avdelinger som skal få høyest prioritet. Er det avdelingen fysisk plassert lengst vekk fra intensivavdelingen, er det kompleksitet i behandlingen eller er det avdelingene med størst turnover og manglende kompetanse som skal prioriteres høyest.

### 4.3 Mellomleder

Gjennom intervjuene med mellomlederne er *utrygghet* og *tid til læring* utfordringer i strategisk kompetanseutvikling. Hovedtemaene er basert på følgende semantiske og latente tema som synliggjorde seg gjennom intervjuene.

Lederperspektiv	Mellomleder		
Semantisk tema	Individuell tilpassing	Individuell trygghet	Mester-svenn
Latent tema	Kjennskap til medarbeiderne		Motivasjon
Hovedtema	<b>Utrygghet</b>		<b>Tid til læring</b>

Tabell 3.

#### 4.3.1 Utrygghet

Ivaretagelse av utrygge medarbeidere trekkes som en hovedutfordring i kompetanseutvikling sett ut fra et mellomlederperspektiv. Alle informantene i denne gruppen understreket hvor viktig det er å kjenne medarbeiderne godt for å kunne finne deres kompetansenivå. En mellomleder uttrykker det slik.

*Vi må kjenne dem og vite hvem de er så vet vi at kompetansen er ulik. (Mellomleder)*

En informant trekker frem at det er svært viktig at kompetanseutviklingen er individuelt tilpasset. En trinnvis fremgang beskrives som sentralt for ikke å gape over for mye og gjøre medarbeideren utrygg. En av avdelingene har delt interne kurs opp trinnvis for å ivareta

individuell tilpasning. Stegene vurderes individuelt i samtaler som foregår i tett samarbeid med assisterende leder og fagansvarlig.

*Det handler jo litt om å se den enkeltes potensiale og enkelte var ikke klare, mens andre var ... det var steget videre for å utvikle seg sant. Så da blir det litt sånn som å sette brems på de som vil og så pusher man de som ikke vil sant. (Mellomleder)*

#### 4.3.2 Tid til læring

Mellomlederne beskriver hvordan nye sykepleiere lærer best ved å følge medarbeidere som har vært lenge i avdelingen. Mester-svenn tilnærming og mentorordning trekkes frem som sentrale viktig for å skape trygghet for den enkelte sykepleier.

En mellomleder reflekter omkring mester-svenn tilnærming på denne måten:

*Der må være en del teoretiske kunnskap i bunn ... og i tillegg at du har en god praksis og har jobbet og lært learning by doing som vi sier. Og gjort deg opp eller lært deg opp en god måte å jobbe på, via at du har fått kursing lokalt eller at du rett og slett går med noen som har jobbet en stund. (Mellomleder)*

En mellomleder reflekterer omkring mentorordningen på følgende måte:

*... det er det de gir gode tilbakemeldinger på at det har fungert veldig bra. Både for den som er veileder, men og for den som er ny da. Da blir man både kjent litt sånn med hverandre og hvordan man jobber og så vet de mentorene og veilederne hva den enkelte har vært igjennom ... (Mellomleder)*

Mellomlederne påpeker også på at sykepleierne har for mange oppgaver og deling av flere oppgaver med helsefagarbeidere er noe de ønsker å få til i sine avdelinger.



## 5.0 Diskusjon

I diskusjonsdelen drøftes de identifiserte hovedtemaene; lange linjer, kultur, strukturelle grep, utrygghet og tid til læring. Forskningsspørsmålene vil drøftes og besvares i denne delen av studien. Diskusjonsdelen er delt opp i deler hvor de ulike lederperspektivene drøftes hver for seg opp mot Jacobsen og Thorsviks organisasjonsmodell. Hvis det er relevant kan det forekomme at andre lederperspektiv trekkes inn. Avslutningsvis i hver del vil kompetanseprogrammet drøftes som virkemiddel i løsning av utfordringene som skisseres.

### 5.1 Utfordringer i strategisk kompetanseutvikling fra et topplerperspektiv

Informanten på regionalt topplernivå er opptatt av å legge de lange linjene og påpeker sykehusenes avhengighetsforhold til utdanningsinstitusjonene som en utfordring. Thorsvik og Jacobsen beskriver denne type avhengighet til omgivelsene som teknisk avhengighet fordi sykehusene ikke kan utføre sitt samfunnsoppdrag uten at utdanningsinstitusjonene sikrer dem kvalifisert personell (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Avhengigheten gjelder ifølge informanten for det første samarbeid omkring dimensjonering av utdanningskapasitet. For det andre samarbeid om utvikling av innholdet i utdanningene.

Når det gjelder dimensjonering må sykehusene kunne definere et tydelig behov for personell og kompetanse i fremtiden. Som støtte til dimensjoneringen beskriver informanten at det er utviklet en elektronisk modell som ved hjelp av ulike framtidsscenario simulerer behovet for framtidig kompetanse. Framskrivningene vil ikke skape et helt korrekt bilde for fremtiden, men det kan gi en felles forståelse av situasjonen. For at framskrivningen skal være reell kreves det vilje til dype analyser og kjennskap til den aktuelle kontekst og faggruppen som framskrives. Det er interessant å notere seg at i intervjuene med de andre ledernivåene er verktøyet ikke nevnt eller beskrevet som støtteverktøy som anvendes i operative enheter.

Informanten peker på formelle strukturer i organisasjonen som kan være begrensende for gunstig bruk av modellen. Ifølge informanten innehar stabsenhetene medarbeidere med analytisk kompetanse og er derfor sentrale for å anvende verktøyet på en gunstig måte. Manglende kjennskap til den enkelte avdeling og spesifikke kontekst kan imidlertid hemme bruken. Ifølge Grund kan dette forklares med at i kunnskapsorganisasjoner som sykehus er autoritet knyttet til linjen og stabsenheten er en egen sidestilt enhet som skal gi råd, støtte og

service (Grund, 2006). Fra dette synspunktet påvirker altså formelle strukturer som arbeidsdeling gunstig bruk av verktøy for å imøtekomme sykehusets avhengighetsforhold til UH.

Innholdet i utdanningene må ifølge informanten være dynamisk og ikke statisk. Teknologisk kompetanse trekkes frem som et viktig samarbeidsområde som må heves allerede i utdanningene. Informanten hevder at det er en grunnleggende manglende teknologisk kompetanse hos helsepersonell, noe som fører til at implementering av teknologiske fremskritt går mye langsommere enn utviklingen. Lignende bekymringer er også beskrevet i Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD). OECD slår fast at barrierer for digitale fremskritt i helsetjenestene er individuell grunnleggende manglende digital kompetanse, fragmenterte tjenester, struktur og manglende styring (OECD, 2019). Det kan imidlertid tenkes at det går et viktig skille mellom kompetansen på å sette sammen ulike elektroniske verktøy i en digital kompetanse og å anvende teknologi gjennom praktiske ferdigheter som går direkte på forbedring av pasientbehandlingen. Ifølge Tjora og Schambler har helsepersonell god kompetanse i å håndtere avansert teknologi i direkte pasientbehandling. De forklarer det med at helsepersonell har sterkere lojalitet til faget enn organisasjonen. I lyset av lojaliteten til faget kan digitale medisinske fremskritt som forenkler diagnostisering eller direkte behandling av pasientene fremstå som interessant. Elektroniske verktøy som støtter arbeidet med sykehusenes kompetanseorienterte oppgaver og indirekte pasientbehandlingen fremstår derimot ikke like interessant. (Tjora & Scambler, 2009). I lyset av Senges systemtenkning kan disiplinene felles visjoner, endring av mentale modeller og systemtenkning være med å skape en større forståelse for hele organisasjonen. Et annet poeng er at innholdet i utdanningene har betydning for hvordan profesjonskulturen utvikler seg. Hvis studentene jobber i tverrfaglige team under utdanning er det lettere å fortsette når de er ferdig utdannet (Grund, 2006). Dette fører oss over på de kulturelle utfordringene med strategisk kompetanseutvikling.

Ifølge informanten er den største utfordringen med strategisk kompetanseutvikling å oppnå endring av arbeidsprosesser til arbeid i tverrfaglige team. Endringene er utfordrende og krevende fordi det rører ved etablert kultur, strukturer og profesjonsidentitet (Grund, 2006; Jacobsen & Thorsvik, 2019). Videre peker informanten på at oppgavedeling er en utfordring som må imøtekommes i sykehusene og at andre faggrupper som helsefagarbeidere må involveres i flere oppgaver. Innspillet støttes av både mellomlederne og avdelingsdirektørene som er intervjuet, men det er likevel utfordrende å få til i praksis.

Bevissthet omkring Scheins kultursirkel kan være til hjelp for å analysere hvordan de uformelle strukturene i organisasjonen kan skape utfordringer for tverrfaglig samarbeid og oppgavedeling. Oppgavedeling er imidlertid et omdiskutert begrep og det er ifølge en rapport fra Kunnskapssenteret i 2013 er det oppgavedeling som er det mest korrekte begrepet fordi oppgavene skal deles helsepersonell imellom og ikke overtas (Forsetlund et al., 2013).

Innerst i sirkelen finnes de grunnleggende antagelsene i organisasjonen. I et sykehus er grunnleggende antagelser i all hovedsak felles. Verken ledere eller fagpersonell vil argumenter mot at syke pasienter skal få god behandling.

Verdier er ifølge Schein neste nivå i sirkelen og handler om at verdiene gir organisasjonen identitet og samhold og definerer hva som er riktig eller feil oppførsel. I sykehusorganisasjonen er verdiene spesielt preget av medarbeidernes sterke tilknytning til fag og profesjon. For å ta to dominante faggrupper i sykehus har legegruppen et verdsett basert på vitenskapelighet og spesialisering av enkelte deler av kroppen. Sykepleierne på sin side har tradisjonelt hatt moralske synspunkter som utgangspunkt og en holistisk tilnærming til pasienten (*Yrkesetiske retningslinjer*, 1983). Ulikhetene i verdsettene kan tenkes å ligge til grunn for utfordringene profesjonene har hatt for å samarbeid på tvers (Grund, 2006; Nyland & Pettersen, 2018). I tillegg til barrierene for det tverrfaglige samarbeidet kan det tenkes at profesjonenes verdsett hindrer endring i fordeling av oppgaver.

For å studere hva som må til for å endre arbeidet omkring pasienten og hvem som utfører hvilke oppgaver kan vi se til to teorier. Argyris og Schøns teori om enkel- og dobbelkretslæring og det Senge kaller sin andre disiplin om felles mentale modeller (Boleman & Deal, 2014; Jacobsen & Thorsvik, 2019; Senge, 1999). Teoriene hevder at for å skape endring er det behov for justering i grunnleggende tankegang og læring.

Ved enkeltkretslæring forbedres gjennomføring av oppgaver ut fra hvordan de kan utføres på en mer effektiv måte. For å endre organiseringen omkring pasienten og fordele oppgavene på en ny måte kan det tenkes at det må mer til. Det vil si at spørsmålet hvorfor skal vi gjøre oppgaven mer effektivt må stilles. Ved å stille hvorfor spørsmålet åpnes det opp for dypere refleksjon omkring hva målet er med oppgaven og det setter i gang en revurdering av hele situasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2019). For å oppnå dobbelkretslæring må altså alle profesjonene omkring pasienten stille spørsmål ved organiseringen og oppgavefordelingen. De mentale bildene til alle involverte fagpersoner må endres og det vil foregå læring på et

dypere nivå slik at forståelsen for endring i oppgavene vil kunne overgå profesjonsidentitet og verdier (Boleman & Deal, 2014; Jacobsen & Thorsvik, 2019; Senge, 1999).

Kultur og struktur henger tett sammen og i tillegg til å arbeide med de mentale modellene må kulturen og strukturene endres for å tilrettelegge for tverrfaglig arbeid (Grund, 2006).

Strukturene i sykehus er tradisjonelt bygget opp med egne legeenheter og sykepleieenheter og det er ikke tilrettelagt for tverrfaglige møtepunkt. Til tross for at målet med enhetlig ledelse som ble innført i 1997 var å løse opp i strukturene er det i dag enda tydeligere skiller (NOU, 1997) En annen begrensning har vært at sykehusene er bygget opp omkring legens fagfelt og ikke pasientenes koordinerte behov, det er imidlertid mange sentre som nå bygges opp omkring pasienten, hvor spesialisten skal komme til pasienten og ikke omvendt. På denne måten tilrettelegges det for strukturer som skaper rom for tverrfaglig samarbeid. I arbeidet med etablering av tverrfaglige team kreves det at profesjonene tilfører ulik kompetanse i stedet for en tradisjonell hierarkisk tilnærming (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

#### 5.1.1 Kompetanseprogrammet som et virkemiddel i å løse utfordringene

Kompetanseprogrammet ivaretar ikke utfordringene med avhengighet til omgivelsene direkte med tanke på dimensjonering og innhold. Samtidig synliggjør innholdet i programmet et behov overfor utdanningsinstitusjonene. Ut over det er programmet et godt eksempel på hvordan stab og autoritetslinjene utfyller hverandre i arbeidet med kompetanseutvikling. Med bakgrunn i at det identifiseres et endringsbehov iverksettes programmet overordnet i sykehuset og alle aktuelle avdelinger får tilbud om å delta. Lederne tettest på kompetanseutfordringen involveres i utarbeiding av programmet og skreddersyr det etter behovet i klinikken.

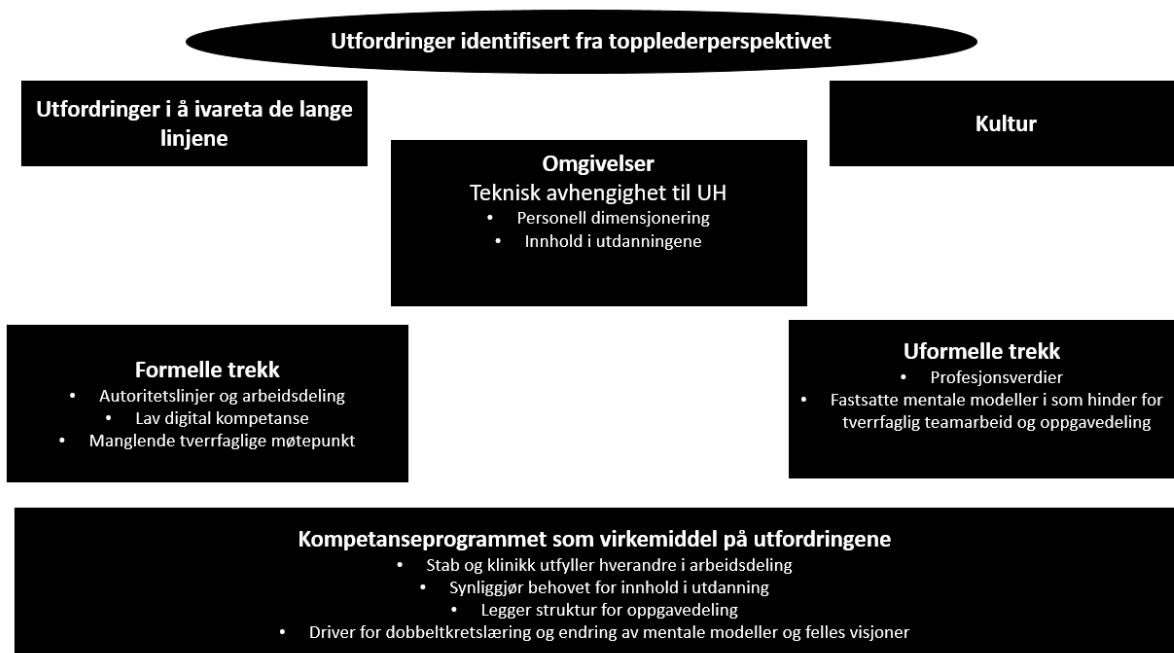
Den teknologiske kompetansen ivaretas i kompetanseprogrammet i form av en praktisk tilnærming på ferdighetstrening på medisinsk teknisk utstyr som har direkte relevans for pasientbehandlingen. I den forbindelse kommer skillet mellom den digitale kompetanse og teknologisk kompetanse på direkte pasientbehandling (Tjora & Scambler, 2009).

Kompetanseprogrammet tar inn over seg det avanserte teknologiske utstyret sykepleierne skal bruke i pasientbehandlingen. Programmet hjelper sykepleierne i å utvikle konkrete ferdigheter i å anvende teknologi, men det utvikler imidlertid ikke digital kompetanse i form av å legge til rette for å utvikle digital informasjon.

Ifølge informanten setter programmet søkelyset på oppgavedeling, uten at det blir uttrykt eksplisitt. Ved å opprette en avdeling som ivaretar pasienter med mer komplekse

behandlingsbehov enn pasienter på sengepostene avlastes intensivavdelingene. På denne måten gjøres det organisatoriske endringer for å ivareta pasientene, som kan forstås som oppgavedeling. Programmet er kun for en profesjon, det tilstrebes imidlertid at simuleringsøvelsene har en tverrfaglighet i seg, men det er ikke alltid gjennomførbart.

Drøftingen fører oss til min egen modell som viser hvilke komponenter i organisasjonen som er involvert i utfordringene i strategisk kompetanseutvikling og hvordan kompetanseprogrammet påvirker utfordringene.



Modell 4.

## 5.2 Utfordringer i strategisk kompetanseutvikling fra et avdelingsdirektørs perspektiv

Avdelingsdirektørene i intervjuene peker også på avhengighet til utdanningsinstitusjonene som setter føringer for kompetanseutvikling innad i den enkelte avdeling.

Avdelingsdirektørene har likevel et annet perspektiv enn toppleder. Informantene på avdelingsdirektørnivået trekker frem ulikhetene i utdanningsinstitusjonenes struktur og sykehusenes struktur som en utfordring. Med bakgrunn i at sykepleierne ikke hører hjemme i en etablert sykepleiespesialitet beskriver informantene at det medfører et behov for kontinuerlig kvalitet og kompetanseopplæring i høyspesialiserte sykehusavdelinger. Som nevnt over har avdelingene i sykehus tradisjonelt vært og er fremdeles i stor grad organisert ut fra legenes spesialområde (Grund, 2006; Kjekshus, 2017). Høgskolene derimot utdanner

generalister i sykepleie uten spisskompetansen som spesialitetene i sykehusorganisasjonen er bygget på. Etter endt grunnutdanning er det lagt opp til videreutdanning eller masterutdanning og 2 års yrkespraksis med et overfylt program (Fonn, 2019; Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). Forskyvningen fra organisasjonsekstern utdanning til organisasjonsintern skreddersydd opplæring fører til mer ansvar på lederne i organisasjonen (Tørstad & Bjørk, 2007).

Informantene hevder at den organisasjonsinterne opplæringen kan føre til at intermediæravdelingene blir et springbrett for sykepleiere som ønsker å ta en videreutdanning i eksempelvis intensivsykepleie. På sykehusnivå er rekrutteringen nyttig fordi det er stort behov for intensivsykepleiere, men for den enkelte leder er den krevende. Det er altså en teknisk avhengighet til ytre omgivelser som kompliserer bildet og som kan være krevende for lederne i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Både informantene på avdelingsdirektørnivå og mellomledernivå problematiserer imidlertid ikke utfordringen utover å konstatere at det er noe de må forholde seg til.

En tilleggs dimensjon er at spesialsykepleierne er en ressurs det er mangle på og det er derfor besluttet overordnet i sykehuset at intensivsykepleiere kun skal ansettes i spesialavdelinger. Med bakgrunn i interne strukturer er det derfor ikke mulig for lederne å få tilbake sykepleierne i avdelingen etter endt videreutdanning i eksempelvis intensivsykepleie. Det blir med andre ord kun en vei ut og ingen vei tilbake.

I lys av de strukturelle begrensningene trekker avdelingsdirektørene frem fagspesifikke videreutdanningene som særdeles viktige for kompetanseutvikling i avdelingene fordi de oppfatter at det øker sjansen for at sykepleierne blir i spesialiteten. Det kan med andre ord argumenteres for at strukturene i organisasjonen fører til verdikonflikt ved at behovene til den enkelte leder og avdeling ikke er samkjørt med sykehusets overordnet behov (Nordby, 2017). I styringsgruppemøte som ble observert ble verdikonfliktene synliggjort i form av kamp om plasser i kompetanseprogrammet. For alle ledere er deres kontekst den viktigste, kompleksiteten i pasientbehandlingen, avstand til intensivavdelingen og turnover var utfordringer som ble skissert fra de ulike lederne.

#### 5.2.1 Kompetanseprogrammet som et virkemiddel i å løse utfordringene

Som et resultat av ulikheter mellom utdanningsinstitusjonene og sykehusets formelle struktur etableres kompetanseprogrammet for å imøtekomme sykehusets behov for opplæring. Sykehuset må ivareta kritisk syke pasienter og kapasiteten på intensivene er for liten.

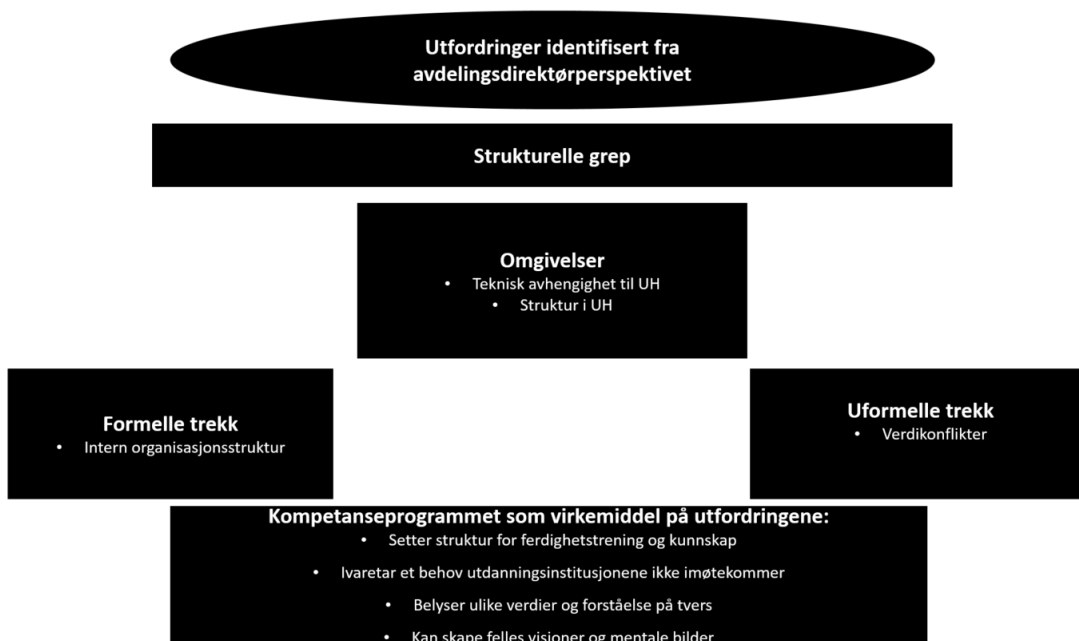
Veien til målet er å etablere kompetanseprogrammet slik at pasientene kan behandles i en annen enhet enn intensivavdelingen. Organisasjonens egne strukturer tvinger altså frem behovet for kompetanseprogrammet. Samtidig blir programmet viktig på grunn av forskyvning fra ekstern opplæring til intern opplæring og større ansvar på lederne. Programmet avlaster ved å gjøre sykepleierne hurtig funksjonsdyktige, motiverer til læring og avlastar lederne i arbeidet med kompetanseutvikling.

På den andre siden kan programmet være et steg på veien til at sykepleierne forsvinner ut av avdelingen uten mulighet for å komme tilbake.

Verdikonflikt kommer til syne gjennom kompetanseprogrammet fordi kompetansen er så ettertraktet og ønsket av lederne. Videre er kompetanseprogrammet ifølge avdelingsdirektørene et virkemiddel for å heve kompetanse gjennom teoretisk kunnskap ved hjelp av undervisning. Evner ved hjelp av å anvende den teoretiske kunnskapen i simuleringstrening. Ferdigheter utvikles ved praktisk «hands-on» ferdighetstrening og har et element av holdningsskapende arbeid i seg ved at deltakerne møter medarbeidere fra andre avdelinger og får innsikt i hvordan andre arbeider. Dette kan i tråd med Senges tankegang være ledd i en systemorientert måte å forstå hvordan de ulike avdelingene i sykehuset påvirker hverandre og på denne måten være ledd i en kulturendring (Senge, 1999).

Fellesskapet omkring kompetanseprogrammet på tvers av avdelingene i sykehuset skal bidra til å skape bedre samspill og kommunikasjon i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Ved at lederne møtes i styringsgruppermøte hvor det blir formidlet behov for kompetansen kan det tenkes at innsikten overfor de andre avdelingene kan øke (Nordby, 2009). Det kan være med til å igangsette en prosess for endring av verdiene i Scheins kultursirkel, endre mentale bilder og løse opp i verdikonfliktene (Jacobsen & Thorsvik, 2019; Strand, 2007).

Styringsgruppen har i tillegg den strukturelle funksjonen at den kobler kompetanseprogrammet med de overordnede strategiene i sykehuset inn i en langsiktig plan og tydeliggjør sykehusets overordnede mål. Noe som kan være med å skape en felles visjon og tankesett i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2019; Senge, 1999). Diskusjonen fører oss til min egen modell som illustrerer komponentene i organisasjonen som påvirkes av utfordringene sett fra et avdelingsdirektørperspektiv. Og hvordan kompetanseprogrammet fungerer som virkemiddel.



Modell 5.

### 5.3 Utfordringer i strategisk kompetanseutvikling fra mellomlederperspektivet

Mellomlederne i intervjuene er hovedsakelig opptatt av HRM og skape balanse mellom individet og organisasjonen ved at den enkelte medarbeiders behov skal imøtekommes (Boleman & Deal, 2014; Jacobsen & Thorsvik, 2019). Den individuelle kompetanseutviklingen er sentral for dem og de ser det som en utfordring å skape tilstrekkelig trygghet for den enkelte medarbeider. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at den individuelle læringen ikke er tilstrekkelig for å skape en lærende organisasjon.

Kompetanseutviklingen starter i det enkelte individ, men aktiveres ikke i et vakuum. For at utviklingen skal skape verdi må den enkeltes kompetanse mobiliseres sammen med resten av personalgruppen, det må være en kultur for læring og endring og strukturene må være tilrettelagt (Senge, 1999; Tørstad & Bjørk, 2007). En av mellomlederne er opptatt av å formidle at det krever tid for å bli trygg i en avdeling og er opptatt av å gi sykepleierne med ekstra kompetanse dedikerte oppgaver i avdelingen. På denne måten forvalter lederen den individuelle læringen til en kultur for kompetansemobilisering og setter den individuelle læringen i et systemperspektiv (Senge, 1999; Tørstad & Bjørk, 2007).

Mellomledernes fremgangsmåte i den individuelle kompetanseutviklingen er tilrettelegging for mester-svennoppfølging. Mesterlære er en tradisjon som tradisjonelt sett har tilhørt håndverksindustrien (Botten et al., 2014). Informantene formidler at å gå sammen med noen som kan faget fører til læring, trygghet og kompetanseutvikling (Botten et al., 2014). Hvis vi



ser til utviklingen av det norske helsevesen de siste 20 årene har målet for myndighetene vært kostnadseffektivitet, kontrollmekanismer og konkurransegrep (Grund, 2006; Nyland & Pettersen, 2018). Gjennom innføringen av ISF har effektiviteten vært målt ut fra antall behandlede pasienter. Det industrialiserte perspektivet ISF representerer er på mange måter uforenelig med håndverkstradisjonen og mester-svenn tilnærmingen mellomlederne beskriver hvor opplæring og trygghet er i viktige. Fra et industrielt perspektiv er mester-svenn tankegangen lite effektiv og uøkonomisk (Botten et al., 2014). Det kan videre argumenteres for at måten ISF er organisert på ved DRG-systemet har målefeil fordi systemet ikke synliggjør kompleksiteten i sykdomsbildet til pasienten. DRG systemet er ikke et finansieringssystem, men et system for å klassifisere pasienter i mest mulig homogene grupper. Det er bygget opp med diagnosegrupper inndelt etter kroppens anatomi hvor man i hver gruppe setter en stykkpris. Sykehuset får så refundert en satt prosent av gjennomsnittskostnaden av antall behandlede pasienter registrert i hver DRG gruppe. Utfordringen er at pasientene gjerne har flere sykdommer og ulik alvorlighetsgrad av sykdommen og DRG viser derfor ikke kompleksiteten i behandlingen og derved behovet for kompetanse hos den enkelte medarbeider og ressursbehovet i avdelingen (Nyland & Pettersen, 2018).

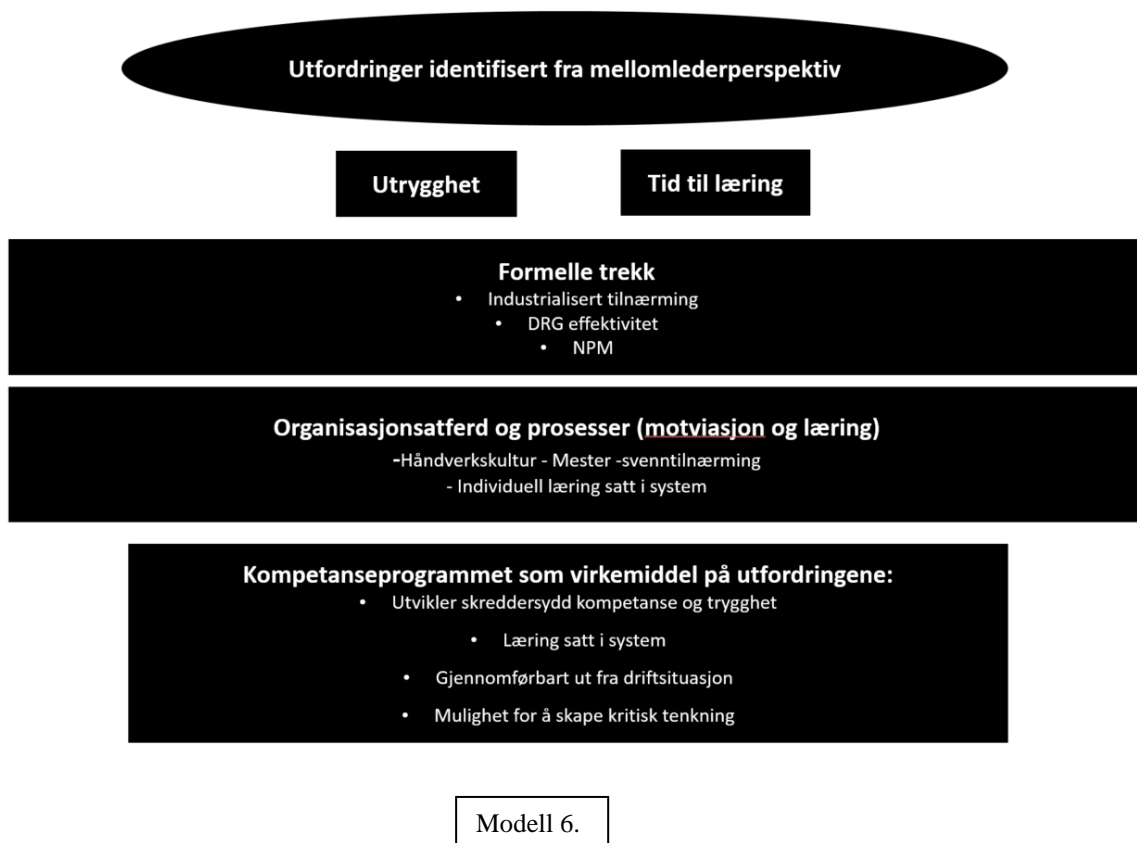
De tidkrevende HRM prosessene omkring individuell kompetanseutviklingen er sjelden viktig i den tradisjonelle strategiske ledelsesfunksjonen og budsjettprosesser (Jacobsen & Thorsvik, 2019; Tørstad & Bjørk, 2007).

### 5.31 Kompetanseprogrammet som et virkemiddel i å løse utfordringene

For mellomlederne imøtekommer kompetanseprogrammet mange av utfordringene de står i daglig. Programmet slik som det beskrives og evalueringen viser er det et virkemiddel på kort sikt for å få opp sykepleiernes intermediærkompetanse på en smertefri måte. Ifølge studiene til Tørstad og Bjørk vedrørende lederes syn på klinisk stige som profesjonell kompetanseutvikling utviklet deltakere i klinisk stige ferdigheter i å tenke kritisk og stille spørsmål ved egen praksis. Det kan tenkes at kompetanseprogrammet på samme måte kan være en katalysator for dobbelkretslæring og endring av mentale bilder. Ved å observere andre måter å håndtere en oppgave på, kan det være lettere å stille spørsmålet hvorfor gjør vi det slik og hvordan påvirker vi organisasjonen ved å løse oppgavene på denne måten (Boleman & Deal, 2014; Jacobsen & Thorsvik, 2019). Å utvikle den kritiske tenkeren er ifølge Hughes sentralt for å kunne forbedre kvalitet på behandling (Hughes, 2005).

Mellomlederne hevder at kompetanseprogrammet skaper åpenhet avdelinger imellom og åpenhet omkring hvordan oppgaver løses i andre avdelinger i sykehuset.

Kompetanseprogrammet tar innover seg mester-svenntilnærmingen på mange måter. Undervisningen i programmet og ferdighetstreningen formidles av ekspertene på området. I tillegg er det lagt opp til veiledning av intensivsykepleiere for at deltakerne i programmet skal få se hvordan ekspertene arbeider i praksis. Den pedagogiske tilnærmingen med simulering og klinisk ferdighetstrening beskrives som uunnværlig for å trygge sykepleierne i intermediæravdelingene. Ifølge mellomlederne skaper kompetanseprogrammet et grunnleggende teoretisk fundament i tillegg til praktisk ferdighetstrening som medarbeiderne ikke får ved videreutdanning. Diskusjonen fører oss til min egen figur som illustrerer hvilke utfordringer det er i strategisk kompetanseutvikling sett fra et mellomlederperspektiv og hvordan kompetanseprogrammet virker inn på utfordringene.



## 6.0 Oppsummering av funn

Problemstillingen i studien stilte følgende spørsmål:

*Hvilke organisatoriske utfordringer møter ledere på ulike nivå i sykehus i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling? Og i hvilken grad kan et praksisnært kompetanseprogram være et virkemiddel i å løse utfordringene?*

Studien viser at ledere i sykehus møter ulike utfordringer ut fra hvor i organisasjonen de befinner seg. Det synliggjøres på regionalt toppledernivå utfordringer i å ivareta de lange linjene i organisasjonen med bakgrunn i teknisk avhengighet til UH. Avhengigheten viser behov for samspill om dimensjonering og innhold i utdanningene. Tydelighet omkring dimensjonering fra sykehusets side kan hemmes av formelle strukturer i organiseringen hvor støttefunksjonene er en sidestilt enhet til autoritetslinjene. Heving av digital kompetanse og bevisstgjøring omkring faggruppens lojalitet til faget og ikke organisasjonen er poeng som må bringes inn i samarbeidet. Å skape felles visjoner, mentale modeller og endring av innhold i utdanningene kan være med å påvirke organisasjonsforståelsen til medarbeiderne.

Videre identifiseres det i topplederperspektivet utfordringer i kultur for å endre arbeid med tverrfaglige team og oppgavedeling. Utfordringene kan finnes både i sykehusene uformelle- og formelle trekk. Faggruppens ulike profesjonsverdier som henholdsvis moralsk og vitenskapelig tilnærming til faget kan skape utfordringer i tverrfaglig samarbeid. Formelle trekk som manglende struktur for tverrfaglige møtepunkt kan også fremstå som barrierer. Dobbelkretslæring, endring av mentale modeller og systemtenkning kan være med å belyse utfordringene.

Sett i lyset av at programmet er et sykehusinternt program tar det ikke direkte opp i seg de tekniske avhengighetsutfordringene til utdanningsinstitusjonen, men synliggjør likevel et behov for innhold i utdanningene. Programmet er på mange måter oppgavedeling i praksis fordi grepet med å gjøre organisatoriske endringer for å avlaste intensivavdelingene overfører oppgaver fra intensivsykepleiere til sykepleiere. Programmet kan tenkes å være driver for dobbeltkretslæring, endring av mentale modeller og felles visjoner i kraft av at medarbeidere fra flere avdelinger lærer det samme. Kompetanseprogrammet er et eksempel på hvordan stab og autoritetslinjer utfyller hverandre. Et behov for kompetanse er synliggjort i sykehuset og det etableres et opplæringstilbud i samarbeid mellom stab og de aktuelle avdelingene.

Ut fra et avdelingsdirektørperspektiv belyses strukturelle grep som organisatoriske hovedutfordring i strategisk kompetanseutvikling. Igjen løftes avhengighet til utdanningene som en utfordring, men med fokus på strukturene i utdanningsinstitusjonene og strukturene i sykehus. Ved at sykepleieutdanningen er bygget opp som en generalistutdanning og sykehusenes organisering er bygget opp omkring legenes spesialisering tvinges det fram et behov for skreddersydde program som kompetanseprogrammet for å dekke kompetansegap. Strukturer innad i sykehuset medfører at sykepleierne forsvinner ut av intermediærenhetene uten mulighet til å komme tilbake. Det ligger altså et paradoks i at samtidig som strukturene presser frem behovet for kompetanseprogrammet, blir det også et springbrett for å forsvinne ut av avdelingen. Behovet for den ettertraktede kompetansen kan føre til verdikonflikt mellom avdelingene.

Kompetanseprogrammet imøtekommer et opplæringsbehov i sykehuset som ikke utdanningsinstitusjonene ivaretar. Ved forskyvningen fra ekstern opplæring til intern opplæring hviler det et større ansvar på lederne og kompetanseprogrammet blir kjærkomment. Videre setter det en struktur for å heve ferdigheter, evner og kunnskap og skape rask funksjonsdyktighet. Ved at programmet er strategisk forankret med en styringsgruppe på tvers av avdelinger og ledernivå er det nærliggende å tenke at innsikten i andre avdelinger økes. Dette kan i tråd med Senges tankegang være ledd i en systemorientert måte å forstå hvordan de ulike avdelingene i sykehuset påvirker hverandre og på denne måten være ledd i en kulturendring.

Gjennom intervju med mellomlederne ble det identifisert utfordringer i individuell trygghet og tid til læring som utfordringer i strategisk kompetanseutvikling. Mellomlederne er opptatt av HRM og den individuelle kompetanseutviklingen som tar tid. Mellomlederne støtter seg til håndverkskulturen og mester-svennlæring som den beste måten å skape trygghet og læring på. Fokuset på effektivitet i sykehusene har fra myndighetene de siste 30 årene springer ut fra en industrialisert tradisjon som ikke er forenelig med mester-svenn tilnærmingen.

Kompetanseprogrammet tar inn over seg mester-svenn tilnærmingen på mange områder. Kunnskap formidles av ekspertene til de ferske sykepleierne. Det er lagt opp til veiledning av mester som er intensivsykepleier, på den måten får sykepleierne se hvordan mesteren arbeider i praksis. For mellomlederne imøtekommer programmet de operative utfordringene de til daglig møter i sitt arbeid. Ved å sende sykepleierne vekk i ni dager i tillegg til noen dager veiledning oppleves det som en smertefri løsning på kompetansen som lekker ut av

avdelingen. I tillegg har et element av holdningsskapende arbeid i seg ved at deltakerne møter medarbeidere fra andre avdelinger og får innsikt i hvordan andre arbeider.

## **7.0 Avsluttende refleksjoner**

Det er mange fasetter ved strategisk kompetanseutvikling som ikke er belyst i denne studien. I hvilken grad det faktisk foregår utvikling av kompetanse som følge av kompetanseprogrammet er ikke belyst og kan være interessant for videre forskning. Tatt i betraktning mengden ressurser som anvendes på opplæring kan det være relevant å undersøke hvordan kvaliteten på behandlingen påvirkes av kompetanseprogrammet. Endrer sykepleierne atferd etter gjennomgått opplæring, hvordan påvirker programmet arbeidsmiljø og turn over og blir behandlingen mer effektiv av kompetanseprogrammet? Kirkpatrick's fire nivåer modell for evaluering av medarbeidertrening med mål om å vurdere reaksjoner etter et konkret opplæringsprogram kan være relevant i denne sammenheng. Modellen tar for seg umiddelbar læringsrespons i situasjonen, læring av ferdigheter og ny kunnskap, endring i atferd som konsekvens av opplæringen og resultatene som oppstår som følge av treningen (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2005).

## 8.0 Referanseliste kappe

- Arntzen, E. (2021). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten* (2. utgave ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Basma, F. (2020). *Strategisk kompetanseutvikling - styring eller ledelse?* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. Oslo.
- Boleman, L. G., & Deal, T. E. (2014). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse* (Vol. 5. utgave). Gyldendal Akademisk.
- Botten, S., Frich, J., Hagen, T. P., Iversen, T., & Nordby, H. (2014). *Helsetjenestens nye logikk*. Akademika forlag.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brottveit, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder* (1. opplag ed., Vol. 1. utgave). Gyldendal Akademisk.
- Bukve, O. (2016). *Forstå forklare forandre*. Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot, H. (2015). *Ledelse på norsk: Motsrtdende tradisjoner og idealer?* . Fagbokforlaget.
- Carney, M. (2009). Enhancing the nurses` role in healthcare delivery through strategic management: recognizing its importance or not? *Journal of Nursing Management*, 17, 707-717. <https://doi.org/DOI: 10.1111/j.1365-2834.2009.01018.x>
- Ekeland, E. (2019). *Førstelinjeledere i norske sykehus - en kunnskapsoppsummering*, (R1020712). [https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2019/04/Rapport\\_HOD\\_F%C3%B8rstelinjeledere-i-norske-sykehus-en-kunnskapsoppsummering\\_AK.pdf](https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2019/04/Rapport_HOD_F%C3%B8rstelinjeledere-i-norske-sykehus-en-kunnskapsoppsummering_AK.pdf)
- Fonn, M. (2019). Hva skal ut av sykepleierutdanningen? *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2019/10/hva-skal-ut-av-sykepleierutdanningen>
- Forsetlund, L., Vist, G. E., Dalsbø, T. K., Straumann, G. H., Underland, V., Norderhaug, I. N., & Holte, H. H. (2013). *Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus* (978-82-8121-547-4 ). [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rapport\\_2013\\_12Oppgavedeling\\_i\\_sykehus.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rapport_2013_12Oppgavedeling_i_sykehus.pdf)

- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019).  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412?q=Forskrift%20om%20nasjonal%20retningslinje%20for>
- Gardulf, A., Orton, M. L., Eriksson, L. E., Uden, M., Arnetz, B., Kajermo, K. N., & Nordstrøm, G. (2008). Factors of importance for work satisfaction among nurses in a university hospital in Sweden. *Scandinavian journal of Caring Sciences*, 22(2), 151-160. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-6712.2007.00504.x>
- Grund, J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk*. Universitetsforlaget.
- Hjemås, G., Zhiayang, J., Kornstad, T., & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035* (ISBN 978-82-537-9925-4). <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/385822?ts=16c855ce368>
- Hughes, E. (2005). Nurses' perceptions of continuing professional development. *Nursing standard*, 19(43), 41-49. <https://www.proquest.com/docview/219858182?pq-origsite=primo&parentSessionId=0k55ZzLmX9AcqoLKGdV9h60bDaG7a8%2B8M7OpVsqrnEE%3D>
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5 ed., Vol. 5). Fagbokforlaget.
- Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2005). *Transferring Learning to Behavior: Using the Four Levels to Improve Performance*. Berrett-Koehler Publishers, Incorporated.
- Kirkpatrick, I., Jespersen, P. K., Dent, M., & Neogy, I. (2009). Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England. *Sociology of health & illness*, 31(5), 642-658. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01157.x>
- Kjekshus, L. E. (2017). Sykehusets floker i møte med reformer. *Det norske medicinske selskab*, 14(19), 86-94.
- Kjekshus, L. E. (2020). Ledelse og styring i helsesektoren - en balansekunst mellom tillit og kontroll. *Norsk Administrativt Tidsskrift*, 97(1).
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave ed., Vol. 5. Opplag). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lai, L. (2021). *Strategisk kompetanseledelse* (Vol. 4). Fagbokforlaget.
- Lindholm, M., Uden, G., & Råstam, I. (1999). Management from four different perspectives. *Journal of nursing management*, 7, 101-111. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2834.1999.00035.x>
- Linqvist, A. L. (2020). Oppgaveglidning kan gi bedre helsetjenester. *Sykepleien*, 108. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80852>

- Lunden, A., Terä, M., Kvist, T., & Häggman-Laitila, A. (2017). A systematic review of factors influencing knowledge management and the nurse leaders' role. *Journal of Nursing Management*, 25(6), 407-420.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12478>
- Martinsen, Ø. L. (2019). *Perspektiver på ledelse* (Vol. 5. utgave). Gyldendal.
- Nasjonal helse- og sykehusplan 202-2023. (2019). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Regjeringen.no Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>
- Nordby, H. (2009). *Kommunikasjon og helseledelse*. Cappelen akademiske forlag.
- Nordby, H. (2017). *Konflikthåndtering for ledere* (Vol. 1). Gyldendal Akademisk.
- NOU. (1997). *Pasienten først! - Ledelse og organisering i sykehus*. Regjeringen.no: Regjeringen Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/?ch=3>
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2018). *Penger og helse* (Fagbokforlaget, Ed. 1. utgave ed., Vol. 1. utgave). Fagbokforlaget.
- OECD. (2019). *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems* (ISBN 978-92-64-91094-2 ).
- Riksrevisjonen. (2019-2020). Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m, (1999). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Senge, P. M. (1999). *Den femte disiplin Kunsten å skape en lærende organisasjon*. Egmont hjemmets bokforlag.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (3. opplag ed., Vol. 2. utgave). Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (1. opplag ed., Vol. 4. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tjora, A. H., & Scambler, G. (2009). Square pegs in round holes: Information systems, hospitals and the significance of contextual awareness. *Social Science and medicine, Volume 68*(Issue 3), 519-525. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.11.005>
- Tørstad, S., & Bjørk, I. T. (2007). Nurse leaders' views on clinical ladders as a strategy in professional development. *Journal of nursing management*, 15(8), 817-824.  
<https://doi.org/> <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2007.00769.x>



Vanebo, J. O. (2017). *Ledelse og ledelsespraksis i det offentlige*. Universitetsforlaget.

*Yrkesetiske retningslinjer*. (1983, 2019). Norsk sykepleieforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

## 9.0 Artikkel

# Strategisk kompetanseutvikling og et skreddersydd kompetanseprogram som hånd i hanske?



## Sammendrag

Sykehus er kunnskapsdrevne organisasjoner med menneskelige ressurser som viktigste innsatsfaktor. Helsevesenet står over for store utfordringer med en aldrende befolkning og behov for spesialisert kompetanse, samtidig som ressursene på personell er knappe. Myndighetene stiller krav til strategisk kompetanseutvikling regionalt og lokalt og peker på ledelsen i sykehusene som viktige brikker for å løse utfordringene.

Artikkelen analyserer organisatoriske utfordringer som påvirker arbeid med strategisk kompetanseutvikling på ulike nivå i sykehus og hvordan et kompetanseprogram for sykepleiere er et virkemiddel i å løse utfordringene.

Studien er en kvalitativ casestudie av det aktuelle kompetanseprogrammet. Dybdeintervju av ledere på regionalt og lokalt nivå og observasjon av ledermøter er anvendt for å belyse problemstillingen. Studien er analysert etter tematisk analyse med stegvis deduktiv induktiv metode som analysegrep.

Hovedtemaene som identifiseres er de lange linjene og kulturen som utfordres av de mange nivåene i organisasjonen og som kan ha behov for tillit, felles visjoner og symmetrisk informasjon for å nå helt ut i de operative enhetene. Den medisinske logikken anvendes i kombinasjon med strukturelle grep av avdelingsdirektørene. Begge anvender strukturelle grep, men ulik fremgangsmåte. Mellomlederne er opptatt av individuell læring, trygghet og tid til læring.

Kompetanseprogrammet har en «nedenfra og opp» tilnærming til faget og en «ovenfra og ned» infrastruktur som gjør det lett for mellomlederne å planlegge langsiktig samtidig som de får være med å påvirke innholdet etter behov i avdelingen. I tillegg har programmet som intensjon å sørge for rask kompetanseutvikling og trygghet i kompetanse. Samtidig tar programmet hensyn til driftsituasjonen. Tydelighet i målet for hvorfor programmet er etablert kan føre til symmetrisk informasjon på tvers av ledernivåene.

## Introduksjon

Vi står overfor utfordringer i fremtidens helsevesen, med en økende aldrende befolkning, rask teknologisk og medisinsk utvikling og en anslått mangel på 35 000 helsepersonell i 2035 (Hjemås et al., 2019; Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, 2019; Riksrevisjonen, 2019-2020). Parallelt er det i befolkningen en økende forventning til kvalitet på behandlingen (Arntzen, 2021). Sykehus er kunnskapsdrevne organisasjoner preget av sterke profesjoner og komplekse prosesser med menneskelig ressurser som viktigste innsatsfaktor (Grund, 2006; Jacobsen & Thorsvik, 2019; Martinsen, 2019; Nyland & Pettersen, 2018). Kompetansen til de menneskelige ressursene har en logisk, men ikke kausalt dokumentert påvirkning på pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet av pasientbehandlingen (Lunden et al., 2017; Tørstad & Bjørk, 2007).

Ledere på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten blir pekt på av myndighetene som viktige brikker i å løse utfordringene. Gjennom nasjonal helse- og sykehusplan formidles det at sykehusene skal foreta kompetanse-planlegging både regionalt og lokalt (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, 2019).

Denne artikkelen søker å studere de organisatoriske utfordringer i arbeidet med strategisk kompetanseplanlegging, avgrenset til den delen av kompetanseplanlegging som omhandler kompetanseutvikling for sykepleiere som allerede arbeider i organisasjonen (Lai, 2021). Et konkret kompetanseprogram vil anvendes som case for å utforske hvordan det virker på utfordringene.

### **Et praksisnært kompetanseutviklingstiltak: Kompetanseprogrammet**

Økende antall kritisk syke med sammensatte problemstillinger, samt den medisinsk-teknologiske utviklingen åpner for nye muligheter innenfor diagnostikk, behandling og oppfølging av alvorlig sykdom. Spesialsykepleiere er en begrenset ressurs i sykehuset og intermediærenheter ved sengepostene er en forutsetning for effektiv bruk av de eksisterende intensivsengene. Pasienter ved avdelinger som behandlingsmessig er på et nivå mellom intensivhetene og sengepostene trenger sykepleiere som kan håndtere komplekse pasientsituasjoner og avansert teknologi. Programmet er målrettet til sykepleiere med minst ett års klinisk erfaring (uten intensiv eller anestesi videreutdanning) som arbeider ved intermediærenheter. Programmet går over totalt 13 dager: 9 dager undervisning, 3 dager klinisk veiledning og 1 dag hospitering. 2 kull pr. år. Det er ca. 50:50 fordeling mellom undervisning og ferdighetstrening.

Hvert tema innledes med teoretisk undervisning og simulering av tilhørende case innen: sjokk, hjertesvikt, respirasjonssvikt, infeksjon/sepsis, nyresvikt, neurologiske utfall. Undervisningen er etterfulgt av observasjoner og prioriteringer til aktuelle problemstillinger og ferdighetstrening i aktuelt utstyr.

Programmet skal ikke erstatte opplæring i avdelingene, men utfylle og standardisere de områdene som er felles, på tvers av enheter i sykehuset (Internt dokument, 2015).

For å studere de organisatoriske utfordringene er det relevant å trekke inn ulike lederperspektiv. Med bakgrunn i nasjonal helse- og sykehusplan er både regionale og lokale lederperspektiv er interessante (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, 2019).

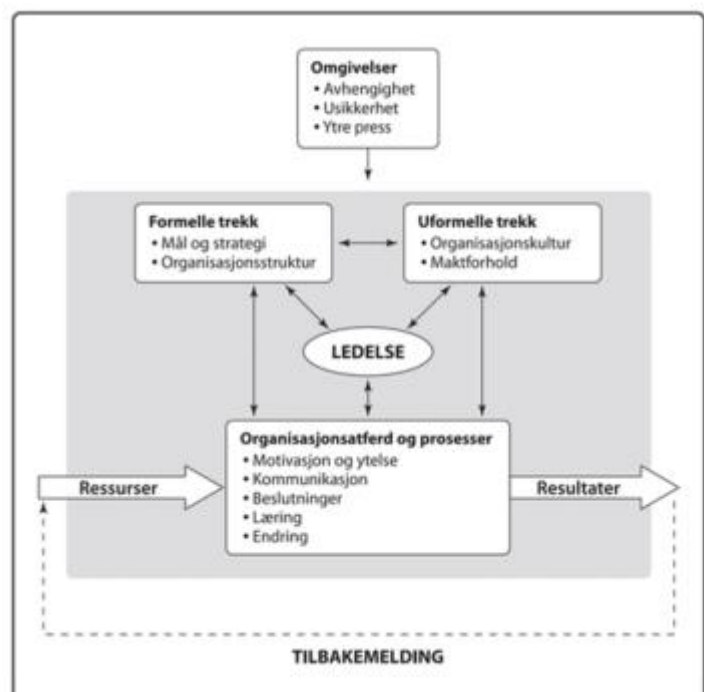
Tankegangen fører oss til et todelt formål med studien.

- Identifisere utfordringer i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling sett ut fra ulike lederperspektiver både regionalt og lokalt
- Diskutere rollen til et konkret kompetanseprogram i å løse utfordringene.

Artikkelen starter med en redegjørelse av komponentene i Jacobsen og Thorsviks modell for hvordan organisasjoner fungerer. Komponenten omgivelser vil ikke bli belyst. Videre følger en beskrivelse av den metodiske tilnærmingen og presentasjon av resultatene fra dybdeintervjuene og observasjonene. I diskusjonsdelen vil de identifiserte utfordringene i arbeidet strategisk kompetanseutvikling og kompetanseprogrammet analyseres i lys av Jacobsen og Thorsvik komponenter i organisasjoner (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

## Komponenter i organisasjoner som teoretisk rammeverk

Struktur, mål og strategi er formelle trekk i en organisasjon (Boleman & Deal, 2014; Grund, 2006; Jacobsen & Thorsvik, 2019). Begrepene strategi, mål og visjon tilhørte tidligere privat sektor, men med inntog av New public management (NPM) i offentlig sektor på 1980-90 tallet og innføringen av reformer med organisatoriske grep som eksempelvis helseforetaksreformen har offentlig sektor tatt til seg begrepene (Grund, 2006; Nyland & Pettersen, 2018). Formelle strukturer som helseforetaksreformen er basert på markedslogikk hvor det regionale



Modell 1. (Jacobsen & Thorsvik, 2019)

helseforetaket har en prinspal-agent avhengighetsforhold til de lokale helseforetakene.

Prinspal bestiller tjenester fra agenten fra distanse uten mulighet til å kontrollere agenten som

skal utføre oppdraget (Helseforetaksloven, 2001; Nyland & Pettersen, 2018). Prinsipal-agent forholdet kan også ses mellom ulike ledernivå lenger ned i organisasjonen.

Kultur er uformelle trekk i organisasjonen og limet som holder den sammen gjennom felles verdier og normer (Grund, 2006; Strand, 2007). I sykehus står profesjonsgenererte normer og verdier sterkt (Nyland & Pettersen, 2018). Tillit<sup>6</sup> er et sentralt begrep i denne sammenheng fordi tillit i sykehus er basert på fagkunnskap og er avhengig blant annet av kulturen (Gjerstad et al., 2020; Nyland & Pettersen, 2018).

Thorsrud-tradisjonen og Kenning-tradisjonen er to ulike ledertradisjoner som har vokst frem i etterkrigstiden (Berg et al., 2010; Byrkjeflot, 2015; Kirkpatrick et al., 2009; Kjekshus, 2020). Thorsrud-tradisjonen var preget av faglig ledelse med troen på at det er den beste og mest kompetente i faget er den som skal lede (Byrkjeflot, 2015). I Kenning-tradisjonen var mantra at ledelse er et eget fag og så lenge du har lært deg faget kan du lede hva som helst (Byrkjeflot, 2015). Kjekshus kaller ledertradisjonene fagledelse og profesjonell ledelse og skiller retningene som i modellen under.

<b>Makt og autoritet</b>	<b>Fagledelse Ekspertise</b>	<b>Profesjonell ledelse Posisjon, hierarki</b>
<b>Styring</b>	Normer, sosialisering, nedenfra-og-opp perspektiv	Mål og resultatstyring, ovenfra-og-ned perspektiv
<b>Ansvar</b>	Individuell	Kollektiv
<b>Lojalitet</b>	Faget, kosmopolitisk	Organisasjonen, lokal
<b>Rasjonalitet</b>	Optimal	Begrenset
<b>Koordinering</b>	Standardisering av ferdigheter	Organisasjonsstruktur
<b>Allokering</b>	Forhandling	Knappe ressurser, absolutte rammer

### Modell 2 (Kjekshus, 2020)

Myndighetene har forsøkt å endre ledelsestradisjonene fra faglig til profesjonell ledelse i sykehus gjennom innføringen av enhetlig ledelse (NOU, 1997). Reformen hadde som mål om å bedre pasientbehandlingen gjennom å anvende ledelse som verktøy for effektivitet og tydeliggjøring av ansvar (NOU 1997). Mange vil hevde at dette ikke har lyktes og at en blanding av de to ledelsestradisjonene har vært resultatet (Berg et al., 2010).

<sup>6</sup> «Tillit er å overlate noe til en annen part uten å beholde kontrollen over det» Grimen, H. (2009). *Profesjon og tillit* (Vol. 1). Universitetsforlaget.

Organisasjonsatferd og prosesser handler om hvordan menneskene påvirker organisasjonen. Peter Senges teori om systemtenkning er sentral vedrørende læring i organisasjoner og beskriver 5 disipliner som må til for å oppnå læring i organisasjoner. Disiplinene er individuell læring, mentale modeller, felles visjoner, gruppelæring og systemtenkning. Vi skal i det følgende trekke frem disiplinene individuell læring og systemtenkning. Ifølge Senge starter læring i organisasjoner med læring hos den enkelte medarbeider. Den individuelle læringen handler om å kontinuerlig utfordre spenningen som ligger mellom virkeligheten og indre visjoner. Dette er en kreativ spennings som må utnyttes til å hele tiden utvikle seg og lære. Systemisk tenking er den femte disiplinen som integrerer de andre disiplinene. For å utvikle en lærende organisasjon må medarbeiderne se seg selv som en del av utfordringene og en del av løsningene og ikke kun fordele skyld utenfor seg selv (Jacobsen & Thorsvik, 2019; Senge, 1999).

## **Metode**

Forankret i at målet for studien er å utforske lederes opplevelse sett fra deres nivå i organisasjonen er kvalitativ forskningsmetode med en fenomenologisk tilnærming relevant. Herunder er en sosialkonstruktivistisk fremgangsmåte interessant fordi den tar utgangspunkt i at ulik virkelighetsoppfatning er påvirket av miljøet man er en del av (Brottveit, 2018; Bukve, 2016; Kvale & Brinkmann, 2019; Tjora, 2021).

Kvalitativt intervju som metode vil være aktuelt i denne sammenheng med bakgrunn i et ønske om å få frem intervjupersonenes forståelse et fenomen ut fra deres perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2019; Tjora, 2021).

Observasjonsstudier egner seg ifølge Tjora som tilleggsdata til intervju og kan gi forskeren nyttig og relevant informasjon som ellers kunne godt tapt. De to metodene vil supplere hverandre på en hensiktsmessig måte fordi man ved intervju fanger hva folk sier eller tenker at de gjør, hvor man ved observasjon fanger opp hva de faktisk gjør (Tjora, 2021). Intervjuene og observasjonene ble gjennomført høsten 2021. Observasjonene som fullstendig observatør. Det vil si at jeg var til stede i møtene uten å komme med innspill eller delta i diskusjoner. Det ble utført syv dybdeintervjuer og observasjon av fem ledermøter.

Utvalget i studien er ledere på overordnet nivå og mellomledernivå i de tre avdelingene i sykehuset som har hatt flest sykepleiere gjennom kompetanseprogrammet. Observasjonene ble utført av ledermøter i avdelingene utvalget representerer. For å utforske ulike perspektiv

mellom regionalt helseforetak og lokalt helseforetak ble det utført dybdeintervju av en toppleder i regionalt helseforetak.

Etter datainnsamling ble materialet transkribert, og hovedtemaer ble identifisert etter tematisk analyse forankret i at tematisk analyse er en fleksibel framgangsmåte som egner seg til et forstående formål. Det ble identifisert to hovedtema på hvert ledernivå som var en kombinasjon av forhåndsbestemte, datadrevne, semantiske og latente tema (Braun & Clarke, 2006).

Som analytisk grep ble stegvis deduktiv induktiv metode anvendt. En stegvis deduktiv induktiv tilnærming vil skape en god systematikk og fremdrift i analysen av dataene og er forenelig med ønske om å tolke relevant teori opp mot case og empiri (Tjora, 2021). Tjora beskriver den deduktive prosessen med at man analyserer data med utgangspunkt i teori og tolker det opp mot empirien som i denne oppgaven er intervju og observasjoner. Den induktive prosessen består i å ta utgangspunkt i empirien og tolke den opp mot teoriene (Tjora, 2021).

## Resultater

Resultatene fra intervjuene og observasjonene vil bli presentert ut fra de identifiserte hovedtemaene. Under overskriften av hvert perspektiv vil en modell illustrere hvilke latente og semantiske temaer som førte til hovedtemaene (Braun & Clarke, 2006).

### Topplederens perspektiv på strategisk kompetanseutvikling

<b>Lederperspektiv: Toppleder</b>				
Semantisk tema	Elektroniske verktøy	Strategi	Organisasjonskultur	Fagfolkene må med
Latent tema	Profesjonell ledelse	Komplisert målbilde	Tillit	Ulike mål
<b>Hovedtema</b>	<b>Lange linjer</b>		<b>Kultur</b>	

Tabell 1.

Toppleder formidler i intervjuet en sentral investering i et elektronisk verktøy på regionalt nivå som en langsiktig strategi for å sette kompetanse i system. Verktøyet skulle kartlegge og



dokumentere kompetanse, identifisere behov for opplæring og kompetanseutvikling.

Informanten beskriver det på denne måten.

*Og bestemme oss for at vi må utvikle portalen både som et verktøy som er nært den enkelte medarbeider og leder og ikke minst sørge for at vi også kan lage de lange felles linjene på en del områder. Det har vært en enormt lang utviklingsreise både for ledere og medarbeidere men ikke minst strategisk, operativt og teknologisk.*  
(Toppleder)

Informanten reflekter over at strategi ikke har noen verdi hvis kulturen i organisasjonen går i en annen retning. Informanten er derfor opptatt av at fagfolkene må være med i prosessene.

*Og da må du ha med fagfolkene som er med på å utøve det når en jobber strategisk, for hvis ikke de skjønner det strategiske langsiktige bilde så vil de aldri være i stand til å være med og ta de gode beslutningene på kort sikt.* (Toppleder)

Tillit synliggjør seg som latent tema i topplers refleksjoner omkring hvordan fagfolkene skal inkluderes i prosessene. Ved å skrive å framtidsscenarioer involveres fagfolkene på overordnet nivå.

### **Avdelingsdirektørs perspektiv på strategisk kompetanseutvikling**

<b>Lederperspektiv: Avdelingsdirektør</b>				
Semantisk tema	System	Budsjett	Forskning	Tydelige mål
Latent tema	Tilrettelegge	Kompetanse-mobilisering <sup>7</sup>	Bottom up	
<b>Hovedtema</b>	<b>Strukturelle grep</b>		<b>Medisinsk logikk</b>	

Tabell 2.

En informant beskriver hvordan hensiktsmessig anvendelse av kompetanse ofte kan være en større utfordring enn manglende kompetanse. Informanten ser struktur og organisering av kompetansen som grunnleggende faktorer for å tilrettelegge for kompetanseutvikling. Som informanten forklarer

<sup>7</sup> Kompetansemobilisering omfatter tiltak som i størst mulig grad sikrer at kompetansen medarbeiderne innehar blir anvendt hensiktsmessig. Lai, L. (2021). *Strategisk kompetanseledelse* (Vol. 4). Fagbokforlaget.

*... Slik at hele tiden du prøver å kartlegge, hva er det du har av kompetanse, det er mye kompetanse man har på plass. Noen ganger er det ikke selve kompetansen du mangler, men organisering og bruk av den kompetansen. (Avdelingsdirektør)*

Informanten peker med dette på at hensiktsmessig organisering må til for å sikre gunstig utnyttelse av kompetansen. Et enkelt grep som å samle pasientene med behov for intermediærmedisin i enkelte rom gjorde det lettere for ledelsen å utnytte og utvikle kompetansen hos medarbeiderne.

En avdelingsdirektør uttrykker hvordan budsjett kan være hinder eller driver for utvikling av kompetanse. Å være villig til å bruke deler av budsjettet til å tilrettelegge for forskningsstillinger hevder informanten kan være grep for å fremme strategisk kompetanseutvikling.

Investering i og tilrettelegging for medarbeiderne ser de overordnede lederne på som viktig. Tilretteleggingen handler slik informantene uttrykker det om et «bottom up» perspektiv hvor det settes sammen tverrfaglige team som finner forbedringsområder og hvor teamet deretter selv står for implementering av prosjektet. Det tilrettelegges for tid til arbeidet og ved at ideene kommer fra fagpersonene selv forenkles implementeringsprosessen uttrykker informantene.

*Så tror jeg de lærer mye av hverandre så det er en del av den kompetanseutviklingen vi ønsker i avdelingen sant som er på en måte vevd inn i den strukturen og organiseringen der. (Avdelingsdirektør)*

Til tross for fokuset på strukturer, synliggjorde det seg få formelle arenaer i avdelingene hvor strategisk kompetanseutvikling blir diskutert. I en avdeling var det etablert en prosjektgruppe som konkret jobbet med kompetanseplanlegging og herunder kompetanseutvikling. I ledermøtene som ble observert var det lite diskusjoner omkring kompetanse, noe som kan tolkes i retning av at utvalget besto av avdelinger som har etablert gode systemer for kompetanseutvikling.

En av avdelingsdirektørene eksemplifiserer framgangsmåte i kompetanseutvikling på følgende måte. Pasienter som kommer inn med tung pust blir behandlet med pustemaskin. Det eksisterer imidlertid globale retningslinjer som ikke definerer tung pust som indikasjon for behandling med pustemaskin. Første tiltak blir derfor å implementere retningslinjene og tydeliggjøre indikasjon for behandling. Tiltaket fører til behov for opplæring i

blodprøvetaking da det er nødvendig for å identifisere indikasjon. For å måle forbedring blir faglig standard på 20% mortalitet på diagnosen måleparameter. I eksempelet er forbedringsmetodikk en rød tråd, noe som informantene er opptatt av som metodikk for kompetanseutvikling. En av informantene uttrykker det slik

*Det må ofte systematikk og tid og vilje til å få det til en slags forbedring som vi i helse liker at vi tror at vi driver mye med. Kontinuerlig forbedringsarbeid det er jo mye av det vi holder på med, kompetanseforbedring. (Avdelingsdirektør)*

Læring av konkrete kliniske ferdigheter i kombinasjon med tilrettelagte strukturer står sentralt i strategisk kompetanseutvikling for avdelingsdirektørene. De trekker frem kompetanseprogrammet som et program som treffer et behov i intermedieravdelingene som ikke videreutdanningene imøtekommer. Programmet ivaretar den praktiske realkunnskapen det er behov for å kunne ivareta pasientene. En av informantene uttrykker det slik:

*Jeg tror jo at det er et veldig viktig program for sykehuset vårt, det er jo veldig konkret på å lære opp folk i kliniske ferdigheter. Skreddersydd for på en måte å løse de utfordringene ift intermedier- og intensivmedisin, gir ikke så veldig mye sånn formelt, men praktisk realkunnskap ift det vi har behov for. (Avdelingsdirektør)*

Programmet imøtekommer med andre ord konkret realkunnskap, men ivaretar ikke den formelle kompetansen.

### **Mellomlederens perspektiv på strategisk kompetanseutvikling**

<b>Lederperspektiv</b>	<b>Mellomleder</b>		
Semantisk tema	Individuell trygghet		Kompetanseprogrammet
Latent tema	Motivasjon	Oppgavedeling	Læring
<b>Hovedtema</b>	<b>Utrygghet</b>		<b>Tid til læring</b>

Tabell 3.

Mellomlederne som er intervjuet, er opptatt av at utrygge medarbeidere ikke oppnår kompetanseutvikling. For at medarbeiderne skal kunne utvikle seg faglig er det ifølge informantene en forutsetning å oppleve trygghet i arbeidsoppgavene. For å oppnå trygghet blant den enkelte medarbeider hevder mellomlederne at er det mester – svenntilnærming i kombinasjon med ferdighetstrening, simulering og teori som fungerer best.

Informantene trekker frem at det som utfordrer tryggheten til den enkelte medarbeider er kompetansegapet som oppstår når medarbeidere slutter. Tiden det krever å bygge opp ny kompetanse står ikke i sammenheng med tiden som er til rådighet. Som en mellomleder bemerker

*Altså, det som er vanskelig er jo å få lært de opp på kortest mulig tid og få trygget de, sånn at de tørr å stå alene og det tar sin tid. (Mellomleder)*

I intervjuene vektlegges det at medarbeiderne må rustes til å stå i tøffe situasjoner med dårlige pasienter. Det kan bli kostbart for en nyutdannet sykepleier å ta hovedansvaret for en kompleks pasient før den individuelle tryggheten er til stede. Som en mellomleder uttrykker det

*..... enten de tar ansvar eller de får ansvaret også skjer det et eller annet som påvirker de på psyken og det er klart det er tøft. Det kan være noen som dør og du synes dette var forferdelig eller kunne jeg gjort ting annerledes? (Mellomleder)*

To av informantene i mellomledergruppen informerer om at det i avdelingen er utarbeidet kartleggingsverktøy hvor sykepleierne selv skal vurdere egen kompetanse. I tillegg fremheves tett dialog mellom ledere, assisterende leder og fagsykepleier som viktig for å trygge medarbeiderne.

En mellomleder understreker viktigheten av å formidle til medarbeiderne at å være lenge på et sted gir enormt mye trygghet og kompetanse. Det uttrykkes det på denne måten.

*Jeg er veldig opptatt av at de skal vite at å være fem år i en avdeling, da kommer du i flytsonen. Sant, at å få erfaring og ikke bare jage etter noe annet nytt, men å være lenge på et sted gir deg enormt mye kompetanse. (Mellomleder)*

Overordnet strategisk arbeid med kompetanseutvikling er det kompetanseprogrammet som er mellomledernes referanse. Mellomlederne beskriver programmet som et verktøy til å sette kompetanseutvikling i system. De beskriver det som nyttig at det gjøres felles på overordnet nivå i sykehuset og som et virkemiddel for å få tryggere medarbeiderne. Medarbeiderne er meget motiverte til å gå på programmet ifølge mellomlederne. Informantene beskriver engasjerte medarbeidere som kommer tilbake fra programmet og som har fått innblikk i hvordan ulike prosedyrer håndteres i andre avdelinger. En av informantene beskriver det slik

*Det er et veldig bra program fordi at det tar noe av belastningen av våre skuldre. Og det er et opplegg som har fungert, det har jo utviklet seg over mange år. (Mellomleder)*

Programmet er bygget opp over mange år og lederne i avdelingene som skal bruke programmet har vært med å utvikle innholdet. Programmet fører på denne måten ifølge mellomlederne til forutsigbarhet og de får mulighet til å påvirke innholdet. Samtidig som det er en smertefri og effektiv måte å få opp kompetansen på da hver enkelt medarbeider er vekke fra turnus i tre uker.

## **Diskusjon**

De identifiserte hovedutfordringene; lange linjer, kultur, strukturelle grep, utrygghet og tid til læring vil i diskusjonen drøftes opp mot Jacobsen og Thorsviks organisasjonsmodell. (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Hvordan kompetanseprogrammet virker på utfordringene vil drøftes til slutt i diskusjonsdelen.

### **Utfordringer i strategisk kompetanseutvikling fra ulike lederperspektiv**

I lyset av Kjekshus modell om fagledelse og profesjonell ledelse kan vi i intervjuene identifisere både faglig ledelse og profesjonell ledelse. Topplederen ser på det som sin oppgave å legge de lange linjene i regionen. Investeringen i et elektronisk verktøy er en strategisk langsiktig handling som etablerer strukturer for å sette kompetanse i system, gjennom de formelle trekkene i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Dette er i tråd med en profesjonell ledelsestradisjon hvor formell struktur anvendes for å oppnå et mål og som har et «ovenfra og ned perspektiv» (Byrkjeflot, 2015; Kjekshus, 2020).

I intervjuene med avdelingsdirektørene kan vi med støtte i Kjekshus (modell 2, s.5) identifisere elementer fra den faglige ledelsestradisjonen (Kjekshus, 2020) Informantene anvender en reduksjonistisk fremgangsmåte i arbeidet med kompetanseutvikling. Med andre ord en fremgangsmåte etter medisinsk logikk hvor en diagnose stilles ved å avsløre hva som ikke er galt (Grund, 2006). På samme måte identifiseres behov for kompetanseutvikling i eksempelet med bruk av pustemaskin. Hvert skritt på veien til diagnose fører til nye spørsmål. Målene for behandlingen baseres på forskning og vitenskapelig dokumentasjon som dermed er forankret i faget. Når det gjennom prosessen oppstår nye oppgaver som skal utføres, identifiseres opplæringsbehovene gjennom faglige standarder og deretter tilrettelegges det for opplæring i de nye ferdighetene. Fokuset på et «nedenfra og opp» perspektiv ved å etablere team som skal jobbe med forbedring og på den måten lette implementeringen gjør at kompetanseutviklingen springer ut fra fagmiljøene.

Informanten hevder at ved å samle pasienter med samme diagnose i samme rom fører til mer effektivt bruk av kompetansen til medarbeiderne. På denne måten anvendes kunnskapen og ferdighetene til medarbeiderne som utgangspunkt for organisering av driften og pasientoppfølgingen. Med tilslutning til Kjekshus anvender begge ledernivåene formelle strukturer i sitt arbeid med strategisk kompetanseutvikling, men ulike logikker i fremgangsmåten.

Prinsipal-agentteorien kan være med å belyse hvorfor de ulike logikkene kan resultere i utfordringer i strategisk kompetanseutvikling. Ved å innføre eksempelvis et elektronisk verktøy for å systematisere kompetanse er prinsipalen avhengig av to ting. Felles målsettinger og symmetrisk informasjon om formålet med verktøyet må nå ut til alle nivå i organisasjonen for å oppnå best mulig kobling mellom prinsipal og agent (Nyland & Pettersen, 2018). Det som utfordrer bilde er at det er store organisasjoner med flere prinsipal-agentforhold. Det være prinsipal-agentforhold mellom den regionale topplederen og sykehusdirektøren, mellom avdelingsdirektøren og mellomlederen og mellom mellomlederen og medarbeiderne.

Informasjonen og formålet vil derfor kunne endre seg på veien og bli asymmetrisk. Forskning viser at tillit, motivasjon og dialog er sentralt for å oppnå best mulig kobling mellom agentens innsats og resultat (Nyland & Pettersen, 2018). På denne måten kan det tenkes at den overordnede strategiske kompetanseutviklingen må baseres på tillit som en viktig faktor for et godt samspill (Grimen, 2009; Kjekshus, 2020). Prinsipal-agentforholdet mellom regional toppleder og avdelingsdirektør er spesielt fordi den som delegerer ikke innehar fagkompetansen som den som skal utføre oppgavene (Grimen, 2009). Ifølge Kjekshus er det profesjonelle ledelsesidealet spesielt utsatt for mistillit i sykehus på grunn av profesjonenes sterke forankring i faget (Kjekshus, 2020).

Topplederen er i intervjuene oppmerksom på at fagfolkene må være med å sette strategiene ved å utarbeide konkrete framtidsscenario. Arbeidet kan tenkes å skape kobling mellom prinsipal og agent. I henhold til Peter Senges tankegang om å skape felles visjoner kan det tenkes at arbeidet med framtidsscenarier kan koble de store visjonene og fremtidsutfordringene opp mot den enkelte fagarbeiders daglige utfordringsbilde. Felles visjoner kan ifølge Senge være med på å skape felles identitet overfor bedriften som er et viktig element for å skape en lærende organisasjon (Senge, 1999).

I lyset av kombinasjon av faglig ledelse og profesjonell ledelse er et begrep hybridledelse oppstått. Hybridledelse betegnes som en vridningseffekt av innføringen av enhetlig ledelse i 1999 (Berg et al., 2010; Liewellyn, 2001; NOU, 1997). I lyset av strategisk

kompetanseutvikling slår hybridledelse ut som en positiv kraft ved at medisinsk logikk ligger som en grunnleggende base for alle beslutninger, samtidig som organiseringen setter strukturene. Avdelingsdirektøren som anvender deler av budsjettet for å utvikle kompetanse er et eksempel på hvordan de to logikkene kan brukes på en konstruktiv måte. På den andre siden kan de kryssende logikkene som anvendes i å sette strukturer tenkes å føre til mange tiltak, komplekse målbilder og som vist over utfordringer mellom prinsipal og agent (Grund, 2006; Nyland & Pettersen, 2018). Som Nugus med flere beskriver at det er behov for både «oven fra og ned» tilnærming og «nedenfra og opp» tilnærming og at dialogen mellom nivåene er helt sentral (Nugus et al., 2019).

Mellomlederne er opptatt av individet i organisasjonen og beskriver trygghet som et premiss for faglig utvikling. Lederne på dette nivået streber etter balanse mellom medarbeidernes motivasjon, energi og organisasjonens behov for å skape effektivitet og imøtekomme pasientenes forventninger. Komponenten «organisasjons atferd og prosesser» og spesielt tilrettelegging for motivasjon og læring er framtrødende (Boleman & Deal, 2014; Jacobsen & Thorsvik, 2019). Sett i lyset av Senges teori begynner læringen i organisasjonen med enkeltindividet. Uten at den enkelte lærer og utvikler seg i spenningen mellom kreativitet og visjon vil ikke organisasjonen utvikle seg. Mellomleders rolle i å tilrettelegge for enkelte medarbeiders kompetanse er derfor helt sentral for å oppnå strategisk kompetanseutvikling. Leders rolle er i denne sammenheng å trekke medarbeideren i en retning som skaper kreativ spenning og ikke press. Mellomlederne beskriver hvordan de balanserer mellom å tilrettelegge for trygghet og utvikling ved mester-svenn læring og samtidig gi utfordringer etter behov. Mellomlederne befinner seg dermed i spenningen mellom kreativitet og balansegangen vil ifølge Senge fostre utholdenhet og tålmodighet. (Senge, 1999). Ifølge Gardulf med flere er læringen og utviklingen noen av faktorene som gjør sykepleiere fornøyd med jobben (Gardulf et al., 2008).

Viktigheten av personlig mestring legger en ekstra dimensjon i strategisk kompetanseutvikling som er krevende å ivareta. Tryggheten til den enkelte medarbeider er en komponent en leder ikke råder over fordi den foregår i individet selv og vil være ulik fra person til person (Boleman & Deal, 2014; Jacobsen & Thorsvik, 2019).

### **Kompetanseprogrammet som virkemiddel på de organisatoriske utfordringene**

Programmet anvender de formelle strukturene i sykehuset ved sette strukturer for kompetanseutvikling i et «ovenfra og ned» perspektiv internt i sykehuset. Programmet

ivaretas i et system overordnet i sykehuset hvor lederne ikke selv trenger å bruke ressurser for å iverksette, men får lov å være med å påvirke innholdet i et «nedenfra og opp perspektiv» Slik kan mellomlederne skreddersy programmet til behovet for kompetanseutvikling i avdelingen. Ledelsesideal fra profesjonell ledelsestradisjon og faglig ledelsestradisjon blir på denne måten ivaretatt i et målrettet samarbeid. Målet er tydelig både på avdelingsdirektørnivå og mellomledernivå. Agenten får være med å tilpasse behovet for kompetanseutvikling og prinsipalen lytter til innspillene og justerer etter behov. Den symmetriske informasjonen kan derfor tenkes å skape kobling mellom agenten og prinsipalen (Nyland & Pettersen, 2018) Medarbeiderne kommer tilbake etter endt program med en styrket trygghet i faget, noe som for mellomlederne skaper en opplevelse av at belastningen tas fra deres skuldre. Hvis vi trekker linjene til komponenten organisasjonsatferd og prosesser i organisasjonen er motivasjon sentralt. Mellomlederne beskriver at medarbeiderne kommer tilbake etter endt program med økt trygghet med bakgrunn i at de har lært konkrete ferdigheter som de skal bruke i pasientbehandlingen. Trygghet og læring er i tråd med Senges dimensjon om personlig mestring for å skape en lærende organisasjon (Senge, 1999).

De uformelle trekkene i organisasjonen, kommer frem gjennom mellomledernes beskrivelser av hvordan medarbeiderne lærer om organisasjonen ved å delta i programmet. Sykepleierne blir begeistret over å lære hvordan andre avdelinger løser ulike oppgaver og de lærer hverandre å kjenne på tvers. Dette kan være et ledd i å skape felles visjon, verdier og tillit til hverandre i organisasjonen (Senge, 1999; Strand, 2007).



## Oppsummering

Studien utforsker hvilke organisatoriske utfordringer som påvirker arbeidet med strategisk kompetanseutvikling på ulike ledernivå i sykehus og i hvilken grad et kompetanseprogram kan være et virkemiddel i å løse utfordringene.

I intervjuene med syv ledere på ulike nivå i sykehusorganisasjonen fremkommer det at lederne forholder seg til ulike logikker i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling. På et regionalt toppledernivå synliggjøres utfordringer i å skape de lange linjene og kultur som barriere for endring. Formelle strukturer, beskrives som et virkemiddel for å skape retningen og de lange linjene i strategisk kompetanseutvikling. Som fagpersoner er medarbeiderne i sykehus sterkt knyttet til profesjon, noe som styrer verdier og normer. Som følge av profesjonens sterke føringer er et tillitsforhold mellom regionalt og lokalt helseforetak sentralt for at strukturene skal fungere som retning helt ut i de operative leddene. Tillit og felles visjoner er premisser som kan støtte de lange linjene gjennom organisasjonens nivåer. Prinspal-agent teorien kan være en støtte i å forstå eventuelle vridningseffekter

Avdelingsdirektørens perspektiv taler for at strukturelle grep og medisinsk logikk er vevd sammen i en blanding av profesjonell og faglig ledelse, noe som fører til hensiktsmessig organisering, rom for kompetanseutvikling og respekt for faget.

Mellomlederne er opptatt av trygghet og læring for den enkelte medarbeider for å oppnå kompetanseutvikling. Det er i tråd med Peter Segnes teori om lærende organisasjoner, fokuset på individuell læring er sentralt for å få til læring på et høyere nivå i organisasjonen.

Kompetanseprogrammet kan ut fra diskusjonen analyseres i tråd med kjennetegn i faglig ledelse ved at det er en «nedenfra og opp» tilnærming. Mellomlederne har vært med å utvikle programmet etter medarbeidernes og pasientenes behov. Samtidig er programmet bygget på formelle strukturer basert på profesjonell ledelse med en «ovenfra og ned» infrastruktur.

Kompetanseprogrammet kan analyseres som at det ivaretar medarbeidernes behov for rask kompetanseutvikling samtidig som det ivaretar lederens mulighet for å kunne utøve driften i avdelingen. At det er en tydelig formulering på hvorfor programmet ble opprettet fører til en symmetrisk informasjon på tvers av ledernivå, og er slik en direkte kobling mellom agent og prinspal. I tillegg til trygghet viser analysen at programmet gir læring om resten av organisasjonen, noe som bidrar til å skape tillit til programmet og å øke opplevelsen av viktigheten av programmet for de involverte.

## Referanseliste artikkel

- Arntzen, E. (2021). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten* (2. utgave ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berg, L. N., Byrkjeflot, H., & Kvåle, G. (2010). Hybridledelse i sykehus- en gjennomgang av litteraturen. *Nordiske organisasjonsstudier*, 3. [https://bora.uib.no/bora-xmllui/bitstream/handle/1956/11612/Hybrid%20ledelse%20i%20sykehus\\_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://bora.uib.no/bora-xmllui/bitstream/handle/1956/11612/Hybrid%20ledelse%20i%20sykehus_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Boleman, L. G., & Deal, T. E. (2014). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse* (Vol. 5. utgave). Gyldendal Akademisk.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brottveit, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder* (1. opplag ed., Vol. 1. utgave). Gyldendal Akademisk.
- Bukve, O. (2016). *Forstå forklare forandre*. Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot, H. (2015). *Ledelse på norsk: Motsridende tradisjoner og idealer?* . Fagbokforlaget.
- Gardulf, A., Orton, M. L., Eriksson, L. E., Unden, M., Arnetz, B., Kajermo, K. N., & Nordstrøm, G. (2008). Factors of importance for work satisfaction among nurses in a university hospital in Sweden. *Scandinavian journal of Caring Sciences*, 22(2), 151-160. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-6712.2007.00504.x>
- Gjerstad, B., Nødland, S. I., & Teig, I. L. (2020). Trust building in a Norwegian municipal acute ward. *Journal of Health Organization and Management*, 34(6), 673-684. [file:///C:/Users/virg/Downloads/Trust\\_building\\_in\\_a\\_Norwegian\\_%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/virg/Downloads/Trust_building_in_a_Norwegian_%20(2).pdf)
- Grimen, H. (2009). *Profesjon og tillit* (Vol. 1). Universitetsforlaget.
- Grund, J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk*. Universitetsforlaget.
- Lov om helseforetak m. m., (2001). [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93/KAPITTEL\\_7#KAPITTEL\\_7](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7)
- Hjemås, G., Zhiayang, J., Kornstad, T., & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035* (ISBN 978-82-537-9925-4). [https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/385822?\\_ts=16c855ce368](https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368)
- Hughes, E. (2005). Nurses` perceptions of continuing professional development. *Nursing standard*, 19(43), 41-49. <https://www.proquest.com/docview/219858182?pq-origsite=primo&parentSessionId=0k55ZzLmX9AcqoLKGdV9h60bDaG7a8%2B8M7QpVsqRnEE%3D>

- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer?* (5 ed., Vol. 5). Fagbokforlaget.
- Kjekshus, L. E. (2020). Ledelse og styring i helsesektoren - en balansekunst mellom tillit og kontroll. *Norsk Administrativ Tidsskrift*, 97(1).  
<https://journals.oslomet.no/index.php/nat/article/view/4090/3689>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave ed., Vol. 5. Opplag). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lai, L. (2021). *Strategisk kompetanseledelse* (Vol. 4). Fagbokforlaget.
- Liewellyn, S. (2001). "Two way windows": Clinicians as Medical Managers. *Organization studies*, 22(4), 593-623. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0170840601224003>
- Martinsen, Ø. L. (2019). *Perspektiver på ledelse* (Vol. 5. utgave). Gyldendal.
- Nasjonal helse- og sykehusplan 202-2023. (2019). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Regjeringen.no Retrieved from  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>
- NOU. (1997). *Pasienten først! - Ledelse og organisering i sykehus*. Regjeringen.no: Regjeringen Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/?ch=3>
- Nugus, P., Denis, J.-L., & Chenevert, D. (2019). Governance and coordination in health care: organic processes and structural capacity. *Journal of Health Organization and Management*, 33(7/8), 757-763. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2019-0284>
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2018). *Penger og helse* (Fagbokforlaget, Ed. 1. utgave ed., Vol. 1. utgave). Fagbokforlaget.
- Riksrevisjonen. (2019-2020). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf>
- Senge, P. M. (1999). *Den femte disiplin Kunsten å skape en lærende organisasjon*. Egmont hjemmets bokforlag.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (3. opplag ed., Vol. 2. utgave). Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (1. opplag ed., Vol. 4. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tørstad, S., & Bjørk, I. T. (2007). Nurse leaders' views on clinical ladders as a strategy in professional development. *Journal of nursing management*, 15(8), 817-824.  
<https://doi.org/> <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2007.00769.x>



# Vedlegg 1 Intervjuguide

*På hvilken måte kan strategisk planlegging av kompetanseutvikling i sykehus forstås ut fra et overordnet ledernivå og mellomledernivå? Et casestudie i lyset av et sentralt kompetanseprogram i et stort universitetssykehus*

Master i helseledelse, interessert i kompetanseutvikling i sykehus, kompetanseprogrammet, utvalg avdelingene i sykehuset som har hatt flest gjennom programmet.

Formålet med oppgaven er firedeelt:

1. Undersøke hvordan ledere på ulike nivå forstår strategisk planlegging av kompetanseutvikling relatert til OK programmet
2. Belyse hvilke prosesser som ligger bak planlegging av kompetanseutvikling på ulike ledernivå
3. Synliggjøre hvilke behov for støtte ledere på ulike nivå har i sitt arbeid med strategisk kompetanseplanlegging
4. Utrede overføringsverdi av metodikken i kompetanseprogrammet til andre faggrupper

Planen er å skrive en artikkelbasert masteroppgave som skal utgis i tidsskriftet Magma som er et norsk tidsskrift for ledelse og økonomi. Informasjonen du gir vil kun brukes til formålene beskrevet over. Opplysningene om deg vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun meg som student som har tilgang til materialet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres adskilt fra øvrige data.

Jeg vil notere underveis hvis jeg har oppfølgingsspørsmål og ting jeg må huske i tillegg til det som blir tatt opp på bånd.

## **Del 1, bakgrunns spørsmål**

1. Hvor mange år har du arbeidet som leder?
2. Hvilken utdanning har du?
3. Har du formell lederkompetanse annen kompetanse som du har nytte av i din lederstilling? (Internt i sykehuset, Universitet, Høgskole, topplederprogram, annet?)
  - Hva lærte du om strategi og kompetanseutvikling dette programmet?
4. Hvor lenge har du vært i helseforetaket og i denne stillingen?
5. Har du vært leder på annet nivå i spesialisthelsetjenesten tidligere?

## **Del 2, Kompetanse og kompetanseutvikling**

1. **Hva legger du i begrepet kompetanse?** (Handler det kun om kunnskap?  
Stikkord: Holdninger, personlig egnethet, konkrete ferdigheter, formalkompetanse, erfaringskompetanse, realkompetanse).
  - Og hva legger du i **kompetanseutvikling**?

2. **Kjenner du til kompetanseutviklingstiltak som har fungert bra?** (På ditt nivå) Kan du fortelle om et konkret? (Da tenker jeg spesielt på planer for å utvikle kompetanse som vil løse bemanningsbehovet i fremtiden på en bærekraftig måte, eks metodikk for systematisk analyse av framtidig kompetanse eller analyser av kompetanse)
- Hvorfor fungerer det bra?
  - **Er det noen kompetanseutviklingstiltak som ikke har fungert bra?**
  - Hva er det som gjør at det ikke har fungert?
3. **Som leder i spesialisthelsetjenesten blir du av myndighetene sett på som en viktig brikke i strategisk kompetanseplanlegging, dette henger sammen med kompetanseutvikling som vi snakker om her. Hvilke tiltak kan iverksettes på ditt nivå for å utvikle kompetanse og løse bemanningsbehovet på en bærekraftig måte?**
- Kapasitet
  - Tid
  - Støtte, blir du lyttet til?
  - Myndighet
  - Makt legitimitet
  - Opplever du at du løser oppgavene?
  - Hvordan?
4. **Hvordan ser du selv på ditt handlingsrom til å utføre oppgavene som forventes?**
5. **Hvordan skal vi jobbe regionalt og lokalt sammen for å ruste oss best for å planlegge for den kompetansen vi trenger i fremtiden?**
5. **Når du og dine ledere jobber fremtidsrettet med kompetansesammensetning og behov for kompetanseutvikling i regionen/avdelingen, hvordan foregår det konkret?**
- På hvilken måte diskuterer dere dette i ledergruppen?
  - Hvilke profesjoner er det i ledergruppen?
  - Hvilken tilnærming har de ulike profesjonene til strategisk kompetanseutvikling?
  - Likhetene?
  - Ulikhetene?
  - Hvilke mål jobber dere mot? (Avdelingens kompetansestrategi, Myndighetens mål, sykehusets mål, sykehusets kompetansestrategi, utviklingsplan, klinikkens mål, enhetens mål, opptatt av pasientgruppen?)
  - Hvilke samfunnsfaktorer forholder du deg til som viktige når det gjelder kompetanseutvikling (Endringer i befolkningsgrunnlaget, sykdomsutvikling, medisinsk teknologisk utvikling, samhandling med utdanningsinstitusjoner og kommuner)
    - Hvilken støtte eller hjelp får du til å kartlegge samfunnsfaktorene?
  - Hvilke verktøy har du til å kartlegge samfunnsfaktorene?
  - Hvilke verktøy har du behov for?
    - Får du tilstrekkelig opplæring til å tilegne deg verktøyene?
  - Opplever du at støtten gir deg tilstrekkelig innsikt i hva du kommer til å ha behov for av kompetanse 5 år frem i tid?

**6. Hva tenker du er de største utfordringene med å sikre rett kompetanse i fremtiden?**

- Hva er løsningene?

**Del 3, kompetansetiltak, kompetanseprogrammet som kompetanseutviklingstiltak.**

1. Et kompetanseutviklingstiltak som er utarbeidet sentralt i sykehuset er kompetanseprogrammet. Kjenner du til programmet?
2. Hva er din oppfatning av kompetanseprogrammet?
  - Hva er bra?
  - Hva er mindre bra?
- a. 3. Er dette etter din mening en måte å jobbe med strategisk planlegging av kompetanseutvikling?
3. Er modellen i kompetanseprogrammet mulig å bruke også for andre faggrupper? Har du noen ideer tanker om hvordan det kunne vært gjort?
4. Sykehuset har hatt .... gjennom programmet? Hva tenker du om denne måten å drive opplæring på?
5. Er det andre grupper man kunne tenke seg var relevante?
6. Er dette et program som også kunne vært overført til andre sykehus i regionen (kun til topplerer regionalt)?
7. Hva tenker du kan være gevinster ved at opplæring foregår på denne måten?

**Del 4, Avslutningsvis**

Er det noe mer du vil utdype som vi ikke har snakket om?

## Vedlegg 2 Observasjonsguide

### Fokus for observasjonene

- Organisatorisk
  - o Hvem snakker, hvilken profesjon har de som snakker, hierarki? Hvem tar styringen?
- Kompetanseplanlegging
  - o Er medarbeidernes kompetanse kartlagt?
  - o Hvilken type kompetanse snakker de om. Er det enkelte profesjoner som trekkes frem?
  - o Hvilke opplysninger baseres planene på?
  - o Kortsiktig eller langsiktig planlegging?
- Kompetanseutvikling
  - o Diskuteres kompetanseprogrammet? Hvordan omtales det?
  - o Hvordan omtales andre profesjoner som ikke har dette tilbud om dette programmet?

### Utklipp fra punktene om kompetanse og opplæring i LGG

C. Kompetanse og opplæring		Skår (1-5)	Kommentarer
<i>Ledelsen skal ha oversikt over medarbeiderne sin kompetanse og behov for opplæring. Videre skal en sørge for at de har nødvendig kunnskap og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk og i selve styringsystemet. Sykehuset skal også drive kompetanseutviklingsarbeid.</i>	<b>Vi arbeider systematisk med kompetanse og opplæring i vår enhet</b>		
	<b>For å forbedre dette området skal vi prioritere å...</b>	<b>Kryss av</b>	<b>Hvorfor prioriterer vi området?</b>
	Kartlegge medarbeiderne sin kompetanse og behov for opplæring	...	
	Lage en strategisk plan for å sikre tilstrekkelig bemanning/riktig kompetansesammensetning	...	
	Lage planer for opplæring av nyansatte innen alle yrkesgrupper	...	
	Bruke simulering som læringsmetode i opplæring av medarbeidere	...	
	Bruke Kompetanseportalen til planlegging, gjennomføring og oppfølging av medarbeidere sin kompetanseutvikling	...	
	Andre forbedringsområder (fritekst)	...	



## **Vedlegg 3 Informasjonsmail til informantene i forkant av intervju og observasjon**

Hei

Jeg skriver masteroppgave i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen (UIB) og er i den forbindelse interessert i .....avdeling fordi det er en av tre avdelinger i sykehuset som har hatt flest medarbeidere gjennom et sentralt kompetanseutviklingsprogrammet for sykepleiere i sykehus.

### **Oppgaven har foreløpig følgende tittel:**

*Strategisk planlegging av kompetanseutvikling i sykehus*

*– en kvalitativ studie i lyset av et sentralt etablert kompetanseprogram i et stort universitetssykehus*

### **Problemstilling er:**

*På hvilken måte kan strategisk planlegging av kompetanseutvikling i sykehus forstås ut fra et overordnet ledernivå og mellomledernivå? En casestudie i lyset av et sentralt kompetanseprogram i et stort universitetssykehus*

### **Formålet med oppgaven er firedelt**

- undersøke hvordan ledere på ulike nivå forstår strategisk planlegging av kompetanseutvikling relatert til kompetanseprogrammet
- belyse hvilke prosesser som ligger til grunn ved planlegging av kompetanseutvikling i gjeldende klinikk/avdeling
- synliggjøre hvilke behov for støtte ledere på ulike nivå har i sitt arbeid med strategisk kompetanseplanlegging
- utrede overføringsmuligheter av metodikken i kompetanseprogrammet til andre yrkesgrupper

### **Hva krever det av dere å delta?**

Observasjon: At jeg får lov til å observere ledermøter hvor dere diskuterer kompetanseutvikling for medarbeiderne. Jeg er spesielt interessert i møter med fokus på Ledelsens gjennomgang (LGG) hvor jeg vet kompetanse er et av punktene på agendaen, men evt også andre møter som kan være relevante.

Intervju: Til sammen inn til to timer av deres tid, det vil si en time av din tid som avdelingsdirektør og en time av en av dine mellomledere.

Jeg arbeider i sykehuset, men det er viktig å understreke at mitt perspektiv inn i forskningsprosjektet er som student ved UIB og ikke som medarbeider.

Jeg håper på positivt svar og ringer deg ila av de nærmeste dagene for å høre hva du tenker. Vedlagt samtykkeskjema til henholdsvis intervju og observasjon.

Mvh

Vibeke Irgens

## Vedlegg 4 Samtykkeskjema til intervju

### Vil du delta i forskningsprosjektet

«*Strategisk planlegging av kompetanseutvikling i sykehus*

- *En kvalitativt studie i lyset av et sentralt etablert kompetanseprogram i et stort universitetssykehus»*

Dette er et spørsmål til deg som leder i et regionalt/lokalt helseforetak om å delta i et forskningsprosjekt med tema strategisk planlegging av kompetanseutvikling for medarbeidere i sykehus. Kompetanseutviklingsprogrammet Intermediær-Kompetanse hos sykepleiere i sykehus vil brukes som case i prosjektet.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med prosjektet er firedele

- Undersøke hvordan ledere på ulike nivå forstår strategisk planlegging av kompetanseutvikling relatert til kompetanseprogrammet
- Belyse hvilke prosesser som ligger bak planleggingen av kompetanseutvikling i sykehus
- Synliggjøre hvilke behov for støtte ledere på ulike nivå har i sitt arbeid med strategisk kompetanseutvikling
- Utrede overføringsmuligheter av metodikken i kompetanseprogrammet til andre yrkesgrupper og sykehus

#### **Problemstilling:**

*På hvilken måte kan strategisk planlegging av kompetanseutvikling forstås ut fra et overordnet ledernivå og mellomledernivå? En casestudie i lyset av et sentralt kompetanseprogram i et stort universitetssykehus.*

Intervjuene er en del av masterstudiet helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen (UIB) og utgjør 30 studiepoeng.

#### **Hvem er ansvarlig for prosjektet?**

UIB er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Ifølge nasjonal helse og sykehusplan skal vi i spesialisthelsetjenesten foreta strategisk kompetanseplanlegging både regionalt og lokalt, en del av dette er kompetanseutvikling som

prosjektet er avgrenset til. Det er derfor ønskelig å intervju en leder fra regionalt helseforetak for å inkludere et overordnet regionalt lederperspektiv.

Det resterende utvalget er basert på avdelinger i sykehuset som har hatt flest medarbeidere gjennom det sentrale kompetanseprogrammet.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta innebærer det å la seg intervju. Intervjuet vil ta opp til 60 minutter. Intervjuet vil bli gjennomført i løpet av september og desember 2021 ut fra hva som passer best for dere. Opplysningene vil bli registrert via notater for å sikre at ikke viktig informasjon går tapt og lydopptak til transkribering i ettertid. Intervjuene vil foregå på norsk og kunne ut i en artikkel som blir skrevet på norsk og sendt inn til tidsskriftet MAGMA (Econas tidsskrift for økonomi og ledelse). All informasjon som samles inn vil bli behandlet uten navn eller gjenkjennende opplysninger og lagres via kodenøkkel som slettes etter innlevering av oppgaven. Alle opplysninger vil anonymiseres og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den endelige artikkelen.

Temaene for intervjuene vil være kompetanse, kompetanseutvikling og kompetanseprogrammet.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Jeg jobber i sykehuset men det er viktig å understreke at mitt perspektiv inn forskningsprosjektet er som masterstudent ved UIB.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun student som vil ha tilgang til materialet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. I artikkelen som skrives i forbindelse med oppgaven vil opplysningene være anonyme.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er sommer 2022, senest jul 2022. Personopplysningene vil på dette tidspunktet slettes og lydbåndopptak slettes og alt datamateriale vil være anonymisert.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

UIB ved RETTE har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Ansvarlig for masteroppgaven [vibeke.irgens@helse-bergen.no](mailto:vibeke.irgens@helse-bergen.no)
- Prosjektansvarlig og veileder, Førsteamanuensis, Inger Lise Teig, [inger.teig@uib.no](mailto:inger.teig@uib.no)
- Vårt personvernombud: Janecke Helen Veim, [personvernombud@uib.no](mailto:personvernombud@uib.no)

Med vennlig hilsen

*Student*

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*Strategisk planlegging av kompetanseutvikling i sykehus*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 5 Samtykkeskjema til observasjon

Vil du delta i forskningsprosjektet

«*Strategisk planlegging av kompetanseutvikling i sykehus*

- *En kvalitativt studie i lyset av et sentralt etablert kompetanseprogram i et stort universitetssykehus»*

Dette er et spørsmål til din avdeling/klinikk om å delta i et forskningsprosjekt med tema strategisk planlegging av kompetanseutvikling for medarbeidere i sykehus.

Kompetanseutviklingsprogrammet Intermediær-Kompetanse hos sykepleiere i sykehus vil brukes som case i prosjektet.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med prosjektet er firedele

- Undersøke hvordan ledere på ulike nivå forstår strategisk planlegging av kompetanseutvikling relatert til kompetanseprogrammet
- Belyse hvilke prosesser som ligger bak planleggingen av kompetanseutvikling i avdelingen/klinikken
- Synliggjøre hvilke behov for støtte ledere på ulike nivå har i sitt arbeid med strategisk kompetanseplanlegging
- Utrede overføringsmuligheter av metodikken i kompetanseprogrammet til andre yrkesgrupper

### **Problemstilling:**

*På hvilken måte kan strategisk planlegging av kompetanseutvikling forstås ut fra et overordnet ledernivå og mellomledernivå? En casestudie i lyset av et sentralt kompetanseprogram i et stort universitetssykehus.*

Observasjonene er en del av masterstudiet helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen og utgjør 30 studiepoeng.

### **Hvem er ansvarlig for prosjektet?**

Universitetet i Bergen er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Utvalget er basert på avdelinger/klinikker som har videreutdannet flest medarbeidere gjennom det sentrale kompetanseutviklingsprogrammet kompetanseprogrammet.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis din avdeling/klinikk velger å delta betyr det at du tillater at jeg kan være med å observere ledermøte/r i din avdeling vedrørende ledelsens gjennomgang (LGG) eller andre ledermøter hvor arbeidet med kompetanse skal diskuteres. Observasjonene vil bli registrert via notater. Observasjonene vil i kombinasjon med intervjuer kunne ut i en artikkel som blir skrevet på norsk. All informasjon som samles inn vil bli behandlet uten navn eller gjenkjennende opplysninger og lagres via kodenøkkel som slettes etter innlevering av oppgaven. Alle opplysninger vil anonymiseres og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den endelige artikkelen.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Jeg jobber i sykehuset, men det er viktig å understreke at mitt perspektiv inn forskningsprosjektet er som masterstudent ved UIB.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun student som vil ha tilgang til materialet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. I artikkelen som skrives i forbindelse med oppgaven vil opplysningene være anonyme.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er sommer 2022, senest jul 2022. Personopplysningene vil på dette tidspunktet slettes og lydbandopptak slettes og alt datamateriale vil være anonymisert.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

UIB ved RETTE har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene

- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Ansvarlig for masteroppgaven [vibeke.irgens@helse-bergen.no](mailto:vibeke.irgens@helse-bergen.no)
- Prosjektansvarlig og veileder, Førsteamanuensis, Inger Lise Teig, [inger.teig@uib.no](mailto:inger.teig@uib.no)
- Vårt personvernombud: Janecke Helen Veim, [personvernombud@uib.no](mailto:personvernombud@uib.no)

Med vennlig hilsen

*Student*

Vibeke Irgens

---

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*Strategisk planlegging av kompetanseutvikling i sykehus*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i observasjon

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)