



**Lederutdanning blant sykepleieledere –
gir det økt opplevelse av
mestring og trivsel?**

av

Wibeke Krokås

**Erfaringsbasert master i helseledelse,
kvalitetsforbedring og helseøkonomi**

Juli 2009

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Det medisinsk-odontologiske fakultet

Senter for etter- og videreutdanning, Universitetet i Bergen

FORORD

Å skrive denne masteroppgaven har vært som en lang prosess, med mange oppturer og nedturer. Jeg er nå ved veis ende og er både glad og stolt over at jeg har klart å fullføre.

Det har vært både lærerikt, spennende og krevende å jobbe med denne oppgaven. Jeg har lært mye om fagområdene jeg har fordypet meg i, det har vært spennende å gjennomføre en spørreundersøkelse og analysere dataene og det har vært utfordrende å skulle jobbe med denne oppgaven ved siden av full jobb.

Det er mange som fortjener en takk for støtte på veien og som har bidratt til at jeg har lykkes med dette prosjektet. Takk til veileder Otto Brun Pedersen for gode og konstruktive innspill underveis. Takk til Andreas Henriksen for bistand til analyse av datamaterialet.

Takk til Anne Taule og Elisabeth Vikøren for alle gode diskusjoner og oppmuntrende ord underveis. Møtene med dere har vært et viktig bidrag til at jeg har klart å fullføre arbeidet med denne oppgaven.

Takk til mine to barn Ørjan og Hege og min kjære mann Roger som har hatt tålmodighet med meg og gitt meg tid til å jobbe med denne oppgaven.

Bergen, juli 2009

Wibeke Krokås

*”Mot er å motstå frykt, å mestre frykt
- men ikke fravær av frykt”*

Mark Twain

INNHOLDSFORTEGNELSE	3
SAMMENDRAG	5
1.0 BAKGRUNN	7
2.0 TEORIDEL	8
2.1 Ledelse.....	8
2.2 Lederrollen	10
2.3 Kompetanse og erfaringslæring	11
2.3.1 Kompetanse	11
2.3.2 Erfaringslæring.....	13
2.3.3 Opplevelse av mestring.....	15
2.4 Mestring.....	17
2.5 Jobbtilfredshet	20
2.6 Tidligere forskning på området.....	23
2.6.1 Forskning hvor “General Self-Efficacy Scale”(GSE) er brukt	25
2.6.2 Forskning hvor “Mastery scale” er brukt	26
2.6.3 Forskning hvor ”Job Satisfaction Questionnaire” er brukt	27
2.7 Oppsummering.....	27
3.0 PROBLEMSTILLING	28
3.1 Formål.....	28
3.2 Forskningsspørsmål.....	28
4.0 DESIGN OG METODE	29
4.1 Design.....	29
4.2 Metode.....	29
4.3 Datainnsamling	29
5.0 ETISKE PROBLEMSTILLINGER	30
6.0 MATERIALE.....	31
6.1 Utarbeidelse av spørreskjema.....	31
6.2 Reliabilitet og validitet.....	33
6.3 Utvalg	34
6.4 Frafall.....	35
7.0 METODE FOR ANALYSE AV DATA	36
8.0 RESULTATER	37
8.1 Svarprosent.....	37
8.2 Demografiske data	37
8.3 Tilleggsutdanning innen ledelse eller intern lederutdanning.....	39
8.4 Vurdert å slutte og forhold til nærmeste leder.....	40
8.5 Opplevelse av mestring og trivsel	42
8.5.1 General Self-efficacy (GSE)	42
8.5.2 Mastery scale	42
8.5.3 Job Satisfaction Questionnaire	42

8.5.4	Finnes det en sammenheng mellom leders erfarings- og utdanningsnivå og opplevd mestring og trivsel i arbeidet?	42
8.5.5	Finnes det noen forskjell på opplevd mestring og trivsel blant ledere for somatiske avdelinger i forhold til psykiatriske avdelinger?.....	44
8.5.7	Finnes det noen forskjell på opplevd mestring og trivsel mellom kjønn? ...	45
9.0	DISKUSJON.....	46
9.1	Metode for datainnsamling	46
9.2	Forskningsspørsmål 1: Finnes det en sammenheng mellom lederes erfarings- og utdanningsnivå og opplevd mestring og trivsel i arbeidet?.....	46
9.2.1	Utdanning og opplevelse av mestring.....	47
9.2.2	Utdanning og opplevelse av trivsel	48
9.2.3	Erfaring og opplevelse av mestring.....	49
9.2.4	Erfaring og opplevelse av trivsel	50
9.3	Forskningsspørsmål 2: Finnes det noen forskjell på opplevd mestring og trivsel blant ledere ved somatiske avdelinger i forhold til ledere ved psykiatriske avdelinger?.....	50
9.4	Forskningsspørsmål 3: Finnes det noen forskjell på opplevd mestring og trivsel hos ledere som har vurdert å slutte i forhold til ledere som ikke har vurdert å slutte?.....	51
9.4.1	Vurdert å slutte og forhold til nærmeste leder.....	51
9.4.2	Vurdert å slutte og opplevelse av mestring og trivsel.....	52
9.5	Forskningsspørsmål 4: Finnes det noen forskjell på opplevde mestring og trivsel mellom kjønn?.....	52
9.5.1	Kjønn og opplevelse av mestring.....	52
9.5.2	Kjønn og opplevelse av trivsel	53
10.0	KONKLUSJON	53
11.0	REFERANSER	55



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

Oppgavens tittel og undertittel Lederutdanning blant sykepleieledere – gir det økt opplevelse av mestring og trivsel?				
Forfatter Wibeke Krokås				
Forfatterens stilling og arbeidssted Rådgiver, Personal og organisasjonsavdelingen, Haukeland universitetssykehus				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Førsteamanuensis Otto Brun Pedersen Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen		
Antall sider 57	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk/Engelsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
Sammendrag Bakgrunn: Innholdet i lederrollen i helsevesenet har endret seg mye de siste årene. Fra å være delaktig i operativt arbeide har nå lederen ansvar for økonomi, system, fag, personell og administrative oppgaver. Ny ledertenkning (NPM) er kommet til og dette sammen med endring i lovverk (NOU 1997:2) påvirker lederfunksjonens utførelse. For å kunne mestre rollen som leder trengs det kompetanse og ferdigheter. Hensikt: Studien hadde til hensikt å finne ut hvor stor andel av sykepleieledere som har formell tilleggsutdannelse innen ledelse eller har deltatt i intern lederutdanning, og hvordan dette påvirker opplevelse av mestring og trivsel. Hypotesen er at ledere med tilleggsutdannelse mestrer jobben og trives bedre enn de som ikke har tilleggsutdannelse. Materiale: Utvalget består av mellomledere i et helseforetak. Det ble sendt ut 145 spørreskjema til 98 ledere ved somatiske avdelinger og 47 ved psykiatriske avdelinger. 100 svarskjema ble inkludert i studien og det ga en svarprosent på 69 %. Metode: Studien er en spørreskjemaundersøkelse i fire deler. Del en og fire inneholder demografiske spørsmål. Del to måler grad av mestring ved hjelp av "General Self-Efficacy Scale" og "Mastery scale". Del tre måler grad av jobbtilfredshet ved hjelp av "Job Satisfaction Questionnaire" Resultat: Mer enn halvparten av respondentene, (61,6 %) har tilleggsutdannelse innen ledelse. Ledere med tilleggsutdannelse opplever større mestring enn de uten ($p < 0.05$), mens det er ingen signifikant forskjell på opplevelse av trivsel. Antall år (erfaring) som leder viste ingen positiv sammenheng på opplevelse av mestring og trivsel. Ledere som ikke har vurdert å slutte opplever større mestring ($p < 0.05$) og trivsel ($p < 0.05$) enn de som har vurdert å slutte. Mellom kjønn er det ingen signifikant forskjell på opplevelse av mestring, mens kvinne trives bedre enn menn ($p < 0.05$). Konklusjon: Lederutdanning blant sykepleieleder ser ut til å gi økt opplevelse av mestring, men lederutdanning gir ikke økt opplevelse av jobbtilfredshet.				
Nøkkelord: Sykepleieleder, mestring, trivsel, utdanning, kompetanse, erfaring				



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

Title and subtitle of the dissertation Leadership education among nurse managers – does it increase the feeling of job mastery and job satisfaction?				
Author Wibeke Krokås				
Author's position and address Adviser, HR Department, Haukeland University Hospital				
Date of approval		Supervisor Associate professor Otto Brun Pedersen Institute of Community Medicine, University of Bergen		
Number of pages 57	Language dissertation Norwegian	Language abstract English/Norwegian	ISSN-number	ISBN-number
<p>Background: The leader role in the health service has been changing a lot during the last years. From taking part in patient care, the leaders are now responsible for finance, systems, human resources and administration. New management thinking (NPM) has emerged and this together with change in legislation (NOU 1997:2) has influenced how the leaders perform their jobs. To manage the role as leader it is needed competences and skills.</p> <p>Purpose: The purpose of this study was to examine how many of the nurse leaders had further formal education in leadership and how this education influence the feeling of mastery and satisfaction. The hypotheses are that leaders with management education master their job better and are more satisfied than those who have no further education.</p> <p>Material: The respondents are midlevel nurse leaders in a hospital. 145 questionnaires were sent to leaders at somatic units (98) and to leaders at psychiatric units (47). 100 questionnaires were included in the study and the response rate was 69 %.</p> <p>Method: The study is a survey with a questionnaire in four parts. Part one and four contain demographic variables. "General Self-Efficacy Scale" and "Mastery scale" were used to measure degree of mastery. "Job Satisfaction Questionnaire" was used to measure degree of job satisfaction.</p> <p>Results: More than half of the respondents, (61, 6 %) have further education in leadership. Leaders with further education feel greater mastery than they without ($p < 0.05$), but there are no significant differences in satisfaction. Numbers of year (experience) as leader show no positive relation to mastery and satisfaction. Leaders who had not considered to quit their job feel greater mastery ($p < 0.05$) and satisfaction ($p < 0.05$) than those who had considered to quit. Between gender there are no significant differences in perception of mastery, but women are more satisfied with their job than men ($p < 0.05$).</p> <p>Conclusion: Leadership education among nurse leaders seems to give an increased feeling of mastery, but not an increased feeling of job satisfaction.</p>				
Keywords: Nurse leader, mastery, satisfaction, education, competence, experience				

1.0 BAKGRUNN

Lederfunksjonen i det norske helsevesen har endret seg drastisk de siste årene. Sykehusene er i større grad blitt betraktet som bedrifter og flere oppgaver og mer ansvar er flyttet nedover i organisasjonen og ut i linjen. Fra å være en leder som deltok i operativt arbeid, er lederen i dag endret til en administrator, økonomiansvarlig, systemansvarlig, fag- og personelleder.

På 1980-tallet kom New Public Management (NPM) som et paradigmeskifte og endret tenkningen i store deler av den offentlige forvaltning. NPM fikk også innpass i helsetjenesten og i dag er store deler av helsetjenesten organisert og styrt etter NPM-tankegangen (NSF 2005). Sentralt i denne nye styringsformen er markeds-, bruker- og serviceorienteringen, resultatmålinger, ny regnskapspraksis og nye incentivsystemer. Nye nøkkelord for ledelse i offentlig sektor ble produktivitet og effektivitet (efficiency og effectiveness) (Busch, Johnsen m. fl. 2003).

Ledelse som fag i seg selv er etter hvert blitt viktig i offentlig sektor og ble synliggjort gjennom det ledelsesfokus som kom til uttrykk gjennom *NOU 1997:2 Pasienten først!* Her vektlegges det en profesjonalisering av lederfunksjonen og at leder må ha kompetanse som gir autoritet og at reell lederkompetanse må vurderes ut fra tre kriterier:

- Personlige egenskaper og egnethet
- Relevant erfaring
- Formell lederkompetanse

Utredningen førte frem til innføring av enhetlig ledelse på alle nivåer i sykehusene, *Lov om spesialisthelsetjenesten §3-9, Ledelse i sykehus.*

Disse endringene i ledertenkning og nye helselover har ført til at innholdet i lederrollen har endret seg og at ledelse er blitt et anerkjent begrep. Nye faktorer er personalets kompetanse, motivasjon og omstillingsevne. Andre faktorer er kravet om lojalitet og effektivt å kunne gjennomføre store forandringer. En siste faktor er kravet om å finne ut av og ta hensyn til brukernes oppfatning (Strand 2007).

Tradisjonelt har det å kvalifisere seg til å bli leder vært en viktig karrierevei for sykepleiere. Gjennom mange 10-år har sykepleiere utøvd ledelse på alle nivåer i helsesektoren.

Avdelingssykepleier blir, som alle andre ledere i helsesektoren, stilt overfor komplekse oppgaver. De skal forvaltere store ressurser; både menneskelige og økonomiske. De skal fronte tøffe problemstillinger som er knyttet til ressursmangel, nedskjæringer og effektiviseringspålegg. Lederne blir skviset mellom krav fra øverste ledelse i foretaket og forventingene fra pasienter, pårørende og personalet.

For å kunne takle lederoppgavene har forskning vist at ledere i helsetjenesten bør ha allsidig lederkompetanse bestående av helsefaglig kompetanse, ledelseskompetanse og kompetanse i forbedringskunnskap (NSF 2007).

2.0 TEORIDEL

I dette kapittelet blir det redegjort for teorier knyttet til følgende begreper: ledelse, lederrollen, kompetanse og erfaringslære, mestring og jobbtrivsel. Kapittelet inneholder også en oversikt over et utvalg av tidligere forskning på området.

2.1 Ledelse

Det finnes en rekke definisjoner på hva ledelse er og ulike oppfatninger av hva som er en leders funksjoner. Hersey & Blanchard (Thompson 2004) definerer ledelse slik:

”Ledelse er ethvert forsøk på å påvirke atferden til et individs eller en gruppe slik at man kan oppnå resultater.” Grønhaug (Grønhaug, Hellesøy m fl. 2001) oppsummerer de ulike definisjoner av ledelse i to nøkkelbegreper; *sosial innflytelse og måloppnåelse*. Ledelse utøves når en personen har innflytelse over et større eller mindre antall underordnede. Lederens sentrale oppgave er å motivere de ansatte til innsats og sørge for at arbeidet blir samordnet, organisert og utført på en slik måte at virksomheten når de målene som er satt.

Strand (Strand 2007) beskriver ledelse som en meget sammensatt, skiftende og kompleks aktivitet. Det som skiller den fra annen aktivitet er tempoet, skiftningene, de hyppige avbruddene, den sterke sosial intensiteten og den høye synligheten i organisasjonen.

Ledelse inkluderer alt fra langsiktig strategiutvikling, til å si ja eller nei, og til ”å gå omkring”. Til nå har begrepet ledelse vært tydeliggjort gjennom rasjonelle kategorier, men i det siste har også emosjonelle, relasjonelle, kontekstuelle, symbolske og verdiorienterte dimensjoner blitt holdt frem som viktige delaspekter. De to viktigste støtteordene for å forstå hva ledelse er: *er moral og kontekst*. Moral dreier seg om oppfatningen av rett og galt i ulike situasjoner. Kontekst handler om alt som ligger rundt organisasjonen og lederen – samfunnsstrukturer, kulturelle normer og verdier, klienter, kunder, storsamfunn og lokalmiljø (Aadland 2004).

Norsk sykepleierforbund (NSF) har definert ledelse som: ”Et ansvar som innebærer organisering, planlegging og forvaltning av de økonomiske og personellmessige ressurser, herunder plassering av ansvar, ressurser og fullmakter til de ulike delene av organisasjonen” (NSF 2000). NSF beskriver lederansvar som et helhetlig ansvar som inndeles i fire likeverdige ansvarsområder: det administrative, faglige, juridiske og etiske. Vektlegging av ansvarsområdene vil variere i ulike lederposisjoner. Ansvarsområdene griper inn i hverandre og vil i praksis være uatskillelige (NSF 2005).

Det å bli leder har en rekke personlige følger og er et personlig prosjekt. Fra å være fagpersonen innen profesjonen sin trer lederen inn i en rolle som krever nye ferdigheter, nye holdninger og nye rolleoppfatninger. For å kunne lykkes som leder er det en forutsetning at for å lede må man være bevisst på de kravene som stilles og ha kunnskap om hvilken kapasitet og motiver en selv har for å imøtekomme og omforme disse kravene (Strand 2007).

- Nye ferdigheter av teknisk og analytisk art er gjerne det mest åpenbare og lettes å imøtekomme.
- Nye holdninger er mer utfordrende og innebærer en aktiv og ansvarlig holdning overfor ubehagelige hendelser, konflikter og usikre situasjoner som en som leder ikke kan henvise til andre.

- Nye rolleoppfatninger er nye forventninger, nye mandater og nye spilleregler som skal utforskes, bearbeides og godtas.

En person som vurderer å gå inn i en lederstilling bør tenke igjennom om han eller hun har både evner, mot og lyst til å være i en slik posisjon.

2.2 Lederrollen

Aubert (Strand 2007) har definert rolle som: ”*En rolle utgjøres av summen av de normene som knytter seg til en posisjon*”.

Ledere pålegges, inntar og skaper roller i organisasjonen. Atferden de utøver blir en balanse mellom organisasjonen formelle krav, andres forventninger og lederens egne valg og tolkninger (Strand 2007).

Å være leder innebærer å ha ulike roller og beherske disse. Rollen som lederne inntar blir gjerne styrt av *forventninger, rammer og fortellinger*. De ansatte har gjerne forventninger om at leder skal utføre bestemte oppgaver og handlinger og at vedkommende har bestemte personlige egenskaper. Rammene utgjør selve konteksten der lederskapet skal foregå. Fortellingene utgjør det ”stykket” som skal spilles. Det er ikke en forfatter som har skrevet teksten til lederrollen. I stedet er det mange aktører som har bidratt til organisasjonens historie og utformet forventningene. Rollefortellingene er en vesentlig del av kulturen i organisasjonen (Aadland 2004).

Adizes (Holter 1995) beskriver fire lederroller som han mener ledelsen i en organisasjon må ivareta. De fire rollene er Produsent, Administrator, Entreprenør, og Integrator.

- *Produsentrollen* er å produsere og skape resultater. Lederen må kjenne sitt fag og ha det nødvendige drivet for å holde hjulene i gang for å kunne utøve denne funksjonen.
- *Administratorrollen* er å sørge for orden, systemer og kontroll. En administrator må sørge for at systemet virker. Dette krever detaljplanlegging, koordinering, regler, rutiner, prosedyrer og kontroll av at resultater oppnåes.
- *Entreprenørrollen* er å tenke nytt og sørge for nødvendige endringer. Det innebærer å sette nye mål og å endre systemer for å gjennomføre disse.

- *Integratorrollen* er å sørge for enighet og at alle trekker i samme retning, og å samle en hel organisasjon om felles mål og strategier.

Alle rollene er nødvendig for at en organisasjon både skal drives effektivt og utvikles for morgendagen.

2.3 Kompetanse og erfaringslæring

2.3.1 Kompetanse

Begrepet *kompetanse* forbinder de fleste med hva man kan være i stand til å utføre eller hvilket potensiale man har for handlinger på ulike områder. I praksis vil kompetansebegrepet beskrive folks handlingspotensial i forhold til arbeidsoppgavers krav. Arbeidsoppgaver kan være sammensatt og kreve mange ulike former for kompetanse. Kompetansebegrepet omhandler ikke bare kunnskap og ferdigheter, men også evner, personlighet og holdninger (Martinsen 2001).

Kompetansebegrepet er blitt definert på en rekke ulike måter i litteraturen. Begrepet kompetanse kommer fra den latinske termen *competentia* som viser til ”å være funksjonsdyktig eller å ha tilstrekkelig kunnskap, vurderingsevne, ferdigheter eller styrke til å utføre oppgaver og oppnå ønskede resultater” (Lai 2004). Av nyere definisjoner av begrepet kompetanse kan nevnes Nordhaugs (Nordhaug 1987) definisjon: ”*anvendte og anvendbare kunnskaper, ferdigheter og evner som har bruksverdi i arbeidslivet.*” Gullichsen (Lai 2004) utdyper denne definisjonen ved å peke på at: ”*Kompetanse er ingen egenskap hos et individ, men et uttrykk for relasjoner mellom individet og hans/hennes oppgaver, der vedkommendes egenskaper og ferdigheter prøves opp mot de krav som organisasjonen stiller.*”

Kompetanse består av fire komponenter: kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger. Kunnskaper refererer til det individet *vet*, eller helst det man *tror at man vet*, mens ferdigheter refererer til en spesiell dyktighet i det å *utføre* gitte komplekse arbeidsoppgaver. Evner dekker individets *potensiale* når det gjelder talenter og egenskaper som påvirker mulighetene til å utføre en oppgave. Holdninger påvirker direkte hvordan oppgaver utføres. Holdning har også betydning i tilegnelse av kompetanse, i det holdninger påvirker tilegnelsen så vel som utnyttelsen av kompetanse.

I praksis vil disse komponentene gli over i hverandre og sammen gi et meningsfylt uttrykk for en persons kompetanse (Einarsen & Skogstad 2005; Lai 2004).

En kompetent leder må ha kunnskap om og praktisk kompetanse på fire områder. De fire områdene er faglig, strategisk, administrativ og relasjonell kompetanse (Skivik 2004). Når det er samsvar mellom kompetansekrav og leders kompetanse oppfattes denne lederen som kompetent. Når det er manglende samsvar, oppfattes lederen som inkompetent. Inkompetanse kan defineres som manglende, ufullstendig eller inadekvat kompetanse. Inkompetanse innebærer derved kompetanseinkongruens, det vil si manglende samsvar mellom kompetansekrav og kompetansebeholdning i en gitt sammenheng. Inkompetanse forbindes vanligvis med manglende eller for lav kompetanse, men det kan også være for høy kompetanse eller feil eller uegnet kompetanse (Lai 2004).

En persons realkompetanse består av formell og uformell kompetanse. Formell kompetanse kan dokumenteres gjennom utdanningssystemet eller godkjente sertifiseringsordninger og de stillinger man formelt har hatt. Uformell kompetanse er hva man har tilegnet seg av kunnskaper og ferdigheter, samt hva man har utviklet gjennom erfaringslæring i arbeidslivet og på andre arenaer. Å være kompetent betyr at man faktisk utfører oppgavene godt. Kompetanse er noe en person *har*, mens kompetent atferd er noe som *vises* i konkrete situasjoner (Lai 2004; Einarsen & Skogstad 2005).

American Organization of Nurse Executives (ANNE) har beskrevet fem nøkkelområder sykepleieledere bør ha kompetanse innenfor, for å kunne møte utfordringene i helsevesenet i det 21. århundre. Disse områdene er: 1) kommunikasjon og personaladministrasjon, 2) kunnskap om helsevesenet, 3) ledelse, 4) profesjonalitet og 5) kunnskap om økonomiske prinsipper (Shirey 2007).

Hvilken kompetanse som er verdifull og anvendbar i praksis vil være avhengig av organisasjonens krav. Kompetanse er et uttrykk for atferds- eller handlingspotensiale og ikke faktisk handling. Personer med lik kompetanse vil ikke nødvendigvis utføre de samme oppgavene på identisk måte. En person kan inneha en kompetanse som er verdifull og anvendbar uten at den umiddelbart kommer til uttrykk gjennom atferd og handlingsmønster. Kompetanse er en ressurs som innebærer potensiale til å angripe

både eksisterende og nye oppgaver på en dertil egnet måte. Hvordan og i hvilken grad kompetanse anvendes og hvilken kompetanse man benytter vil være person- og situasjonsavhengig (Lai 2004).

2.3.2 Erfaringslæring

Læring er definert som: ”*erverving av kunnskap og ferdigheter som er relativt permanente og som har sitt utspring i erfaring*” (Kaufmann & Kaufmann 1998). Læring kan også defineres som en prosess som fører til varig endring i en eller flere kunnskapstyper. Resultat av læring består i at vi har fått ny kunnskap eller at vi anvender vår gamle kunnskap på en ny måte. Voksne har en selvstyrt læring. Denne typen for læring kjennetegnes ved at det er den enkelte som velger hva han eller hun vil lære, og hvordan læringen skal gjennomføres. Læringen bygger på tidligere kunnskap og behovet for å lære mer (Pedersen m fl. 2001).

Erfaringslæring er den formen for læring som har størst betydning for vedlikehold og utvikling av klinisk kompetanse. Erfaringslæring er gjerne beskrevet som en sirkulær prosess i tre trinn (figur 1):

1) Oppdagelsen av en problemstilling

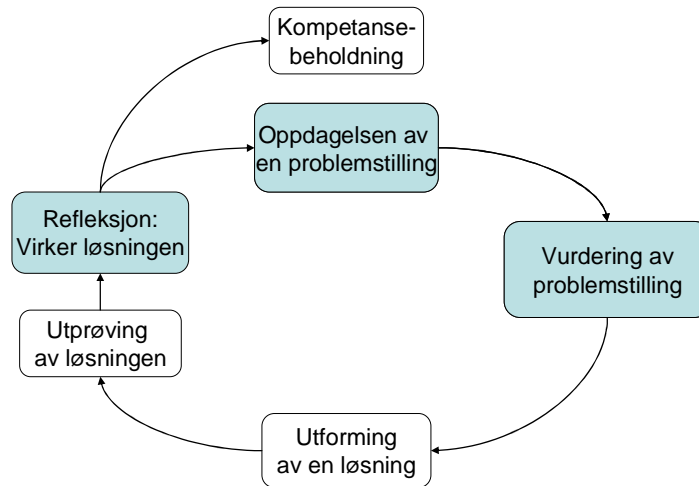
- Læringen starter når vi oppdager at vi står overfor noe nytt i forhold til tidligere kunnskap

2) Vurderingen av problemstillingen

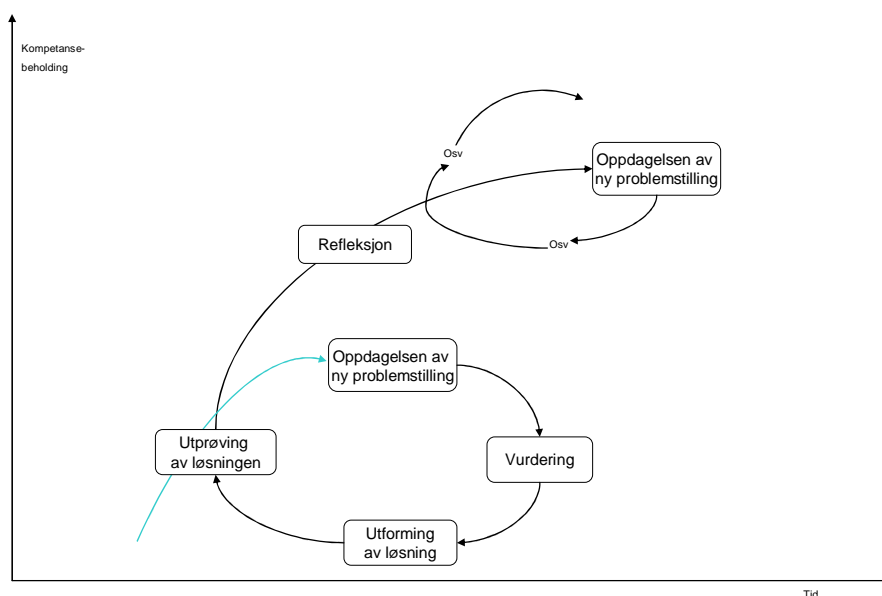
- Vurdere aktuell problemstilling i forhold til tidligere kunnskap, finner løsning og prøver ut

3) Refleksjon: Virker løsningen?

- Bedømming av resultat

Figur 1. Erfaringslæring, en sirkulær prosess (Pedersen m fl. 2001).

Modellen for erfaringslæring kan også illustreres som en spiral (figur 2). Gjennom refleksjon får vi en ny erfaring som vi tar med i en tilsvarende situasjon. Kompetansen på området øker for hver gang vi møtet den aktuelle problemstillingen.

Figur 2. Kompetanseutvikling gjennom livslang læring (Pedersen m fl. 2001).

En leder trenger formell utdanning på feltet, for å forstå situasjoner og ha begreper til å analysere dem. Erfaringslæringen skjer da gjennom refleksjon over egen praksis. Den som mangler formell kompetanse, vil ha problemer med å få til effektiv erfaringslæring.

2.3.3 Opplevelse av mestring

Forskning har vist at subjektiv mestringsevne (SME) (beskrevet nærmere i kapittel 2.4) er viktig for læring og problemløsende ytelser, ofte viktigere enn den rent objektive evnen. Subjektiv mestringsevne kan sies å påvirke læring på tre forskjellige måter (Kaufmann & Kaufmann 1998):

1) Målsetting:

- Person med lav SME tror ikke han/hun duger til noe, setter seg ikke vanskelige mål og tør ikke å sette i gang med å lære vanskelige oppgaver. Det motsatte forhold finnes hos personer med høy SME.

2) Innsats:

- Personer med høy SME anstrenger seg mye for å kunne lære seg å mestre vanskelige jobboppgaver. Individuer med lav SME tror ikke de vil lykkes og legge ikke inn noen stor innsats for å lære å mestre.

3) Vedvarenhet:

- Personer med høy SME tror på at de vil lykkes til slutt og ”står på” for å lære. Individuer med lav SME har en tendens til å gi opp så snart de møter motstand.

Læring foregår ikke bare i enkeltstående sosiale sammenhenger, men også i en større organisatorisk helhet. Organisasjonens egenskaper kan være svært viktige rammebetingelse for læring (Kaufmann & Kaufmann 1998).

Brødrene Dreyfus har utviklet en modell, ”*fra novise til ekspert*”, som inneholder fem stadier i hvordan et individ lærer seg og utvikler ferdigheter. Benner har gjennom sin forskning videreutviklet denne modell. Selv om Benners ferdighetsservervelsesmodell er utviklet for anvendelse blant sykepleiere i klinisk virksomhet, kan den også anvendes av sykepleieledere (Shirey 2007).

De fem punktene i modellen er (Benner 1995; Shirey 2007):

Stadium 1: *Novise*

- Nybegynneren har ingen erfaring med de situasjoner det forventes at de skal yte en innsats i.
- For eksempel; en erfaren (ekspert) sykepleier som er begynt som leder vil være ekspert i klinisk virksomhet, men novise som leder.

Stadium 2: *Viderekommende begynner*

- Viderekommende begynner er i stand til å prestere en tilnærmet akseptabel innsats.
- En viderekommende sykepleieleder er vanligvis en leder som har praktisert som leder en stund. Lederen er nå i stand til å kjenne igjen situasjoner og handle på bakgrunn av disse.

Stadium 3: *Kompetent*

- Kompetanse kjennetegnes ved at sykepleiere har holdt på med det samme i to-tre år. Sykepleieren lar sine handlinger bli styrt av langsiktige mål og planer.
- En kompetent sykepleieleder kjennetegnes ved at handlingene er mer preget av langtidsplanlegging. Planleggingen gir den kompetente sykepleieleder et perspektiv og det hviler på en betydelig, bevist, abstrakt og analytisk overveielse av problemet. Lederen viser en betydelig mestring og evne til å takle konsekvenser ved det å være leder, men mangler evnen til "multitasking".

Stadium 4: *Dyktig*

- Den dyktige oppfatter situasjonene som helheter og handler intuitivt. Den dyktige sykepleier vet av erfaring hvilke typiske begivenheter man kan vente seg av situasjonen og hvordan planene må revideres som følge av dette.
- Den dyktige sykepleieleder fokuserer på helhetlig forståelse av situasjonen og tilnærmer seg beslutningen ut i fra dette perspektivet. Den dyktige lederen kan som oftest, i motsetning til nybegynneren, gjenkjenne kompleksiteten i situasjonen og se potensielle faresignaler før de blir synlig.

Stadium 5: *Ekspert*

- Eksperten har med sin erfaringsbakgrunn fått et intuitivt grep om enhver situasjon og finner fort frem til løsningen.

- Ekspert sykepleielederen kjennetegnes ved at det er en som vanligvis har en vid bakgrunn og store ekspertise. Eksperten kan fort zoome inn på problemstillingen uten å bruke tid på alternative diagnoser og løsninger.

Det tar tid å bli ekspert og det er ikke alle som kommer opp på dette nivået. Men det er samtidig viktig å merke seg at ferdigheter i en rolle, er en viktigere indikator for kompetanse enn tiden i rollen. Benner (Benner 1995) sier at erfaring ikke er ensbetydende med hvor lenge sykepleieren (lederen) har arbeidet. Erfaring henviser til en aktiv prosess hvor sykepleieren (lederen) bearbeider og forandrer teorier, begreper og tiltak etter hvilken situasjon sykepleieren (lederen) er i. På denne måten blir erfaring en forutsetning for ekspertise. Erfaring og lærte ferdigheter brukes til å mestre situasjoner der kunnskapen er relevant.

2.4 Mestring

Begrepet *mestring* har vært definert på mange måter. Lazarus (Skogstad & Einarsen 2002) definerer mestring som: ”*forsøk på problemløsning av individer som står overfor utfordringer som er særlig betydningsfulle for hans/hennes velferd, og som overskrider tilpassningsressursene*”. Mestring er et forsøk på håndtere, overkomme, tolerere, redusere eller minimalisere ytre og indre krav og konflikter mellom krav som overskrider personens ressurser. Mestring er problemløsningsprosesser som iverksettes når ledere står overfor drastiske forandringer eller problemer. Mestring dreier seg om både emosjonelt velvære og balanse, og realistisk problemløsning som kan foregå på det intrapsykiske og på det sosial og organisasjonsmessige plan (Skogstad & Einarsen 2002).

Menneske har et behov for og et selvstendig ønske om å mestre. På jobben driver vi oss selv og hverandre til gode prestasjoner. Mestring er en vesentlig del av vår livskvalitet. På spørsmål om hva som gir arbeidsglede, svarer de fleste at det er å lykkes med det de driver med. Kilden til arbeidsglede er glede over mestring (Melhus & Haugen 2006).

Thompson (Eriksen, Gad m fl. 2003) har beskrevet en modell for relasjonen mellom arbeidsmetoder og oppgavetrykk (figur 3).

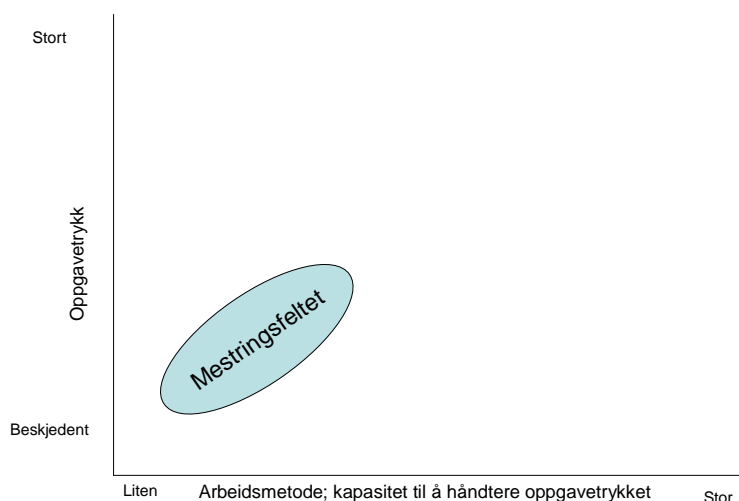
”Modellen består av tre elementer: Oppgavetrykk, arbeidsmetoder og mestringsfeltet. Oppgavetrykket bestemmes av oppgavemengden i forhold til

disponibel arbeidstid, deadline pr oppgave og kontroll med oppgavestrømmen. Oppgavetrykket vil variere fra beskjedent til stort.

Arbeidsmetoder dreier seg om måten oppgaver håndteres på. Metodikken påvirker den tiden vi bruker til å utføre oppgavene. Tilgjengelig teknologi samt kompetanse til å kunne utnytte teknologien, styringssystemer, herunder rutiner og prosedyrer, normer, verdier og samarbeidsmønstre, påvirker måten oppgavene håndteres på.

Mestringsfeltet er balansen mellom trykk og metodikk. Når man befinner seg i mestringsfeltet, gir det en følelse av selveffektivitet, det vil si tiltro til egne oppgaver.”

Figur. 3 Relasjon mellom oppgavetrykk og arbeidsmetode (Eriksen, Gad m fl. 2003)



Når vi har kunnskap og hjelpemidler til å løse oppgavene, og vi har tid nok til å gjøre alle oppgavene, er vi innenfor mestringsfeltet. Blir det for mange oppgaver i forhold til tilgjengelig tid, eller våre teknikker eller hjelpemidler ikke oppleves som gode nok, faller man utenfor mestringsfeltet. Vi har arbeids glede når vi er innenfor mestringsfeltet.

Bandura (Bandura 1995) har beskrevet teorien om "self-efficacy" eller mestringstro og har definert "self-efficacy" som: "*Self-efficacy is the belief in one's capabilities to organize and execute the sources of action required to manage prospective situations*".

Bandura (Kaufmann & Kaufmann 1998) har beskrevet fire hovedkilder til høy mestringsevne (SME):

1) Tidligere erfaring:

- Erfaring med hvordan man har lyktes med tidligere jobboppgaver

2) Vikarierende erfaring:

- Smitteeffekt – se kollega lykkes

3) Overbevisning:

- Overbevisning fra andre om at du mestrer vanskelige læringsoppgaver

4) Fysiologiske tilstander:

- Kroppslige tegn på velbefinnende kan i motsetning til ubehag ha betydelig effekt på mestringsevnen

Selveffektivitet handler om hvordan lærte forventninger fører til suksess og troen på at vi effektivt kan utføre handlinger vellykket og med dyktighet. Troen på egen evne til å mestre er det grunnleggende i selveffektivitet og vil være uavhengig av tidligere feil eller nåværende hindringer. Handlingsmønster og atferd er for det meste kontrollert av den enkeltes forventinger om hvordan de vil prestere. Jo høyere selveffektivitet i en situasjon, jo bedre vil ferdigheten i situasjonen være (Wormnes & Manger 2005).

Graden av opplevd self-efficacy kan styrkes og endres gjennom hele livet. Self-efficacy kan påvirkes av omgivelsene og miljømessige forhold som informasjon, forventninger og støtte fra andre. Personer som skårer høyt på self-efficacy tilnærmer seg vanskelige oppgaver med en innstilling om at utfordringen kan mestres, har lengre utholdenhet og anstrenger seg mer for å løse oppgaven enn personer som skårer lavt på self-efficacy (Bandura,1997). Bandura (1997) sier videre at høy grad av self-efficacy innen et område ikke nødvendigvis fører til at en person har høy grad av self-efficacy innen et annet felt.

2.5 Jobbtilfredshet

Begrepet *jobbtilfredshet* er blitt definert av mange og på ulike måter. Ingen enkeltdefinisjon er allment akseptert blant forskere. En av de meste anerkjente og benyttede definisjonene er definisjonen til Locke: *”Jobbtilfredshet er en positiv emosjonell tilstand som er resultatet av ens bedømmelse av erfaringer med og i jobben”*. Definisjonen omfatter ikke bare selve jobben som blir utført, men også spesifikke sider ved jobben som ledelse, lønn, frynsegoder, kolleger, karrieremuligheter osv (Kaufmann & Kaufmann 1998).

Andre definisjoner på jobbtilfredshet er: *”jobbtilfredshet dreier seg om i hvilken grad personer liker (er tilfreds med) eller misliker (er mistilfreds med) sitt arbeid”* eller *”som funksjon av samsvar mellom arbeidsmiljøets belønningssystemer og individets behov”* eller *”som en følelsesmessig reaksjon på en jobb som et resultat av personens sammenligning av faktisk utbytte i jobben med det som er ønsket og forventet”*. Jobbtilfredshet kan sees på som et globalt begrep som uttrykker hvor fornøyd den ansatte er med jobben ut fra en samlet vurdering (Matthiesen 2005).

Jobbtilfredshet er et abstrakt begrep som henviser til en vurdering av den ansattes helhetlige jobbsituasjon og dreier seg om en individuell reaksjon og uttrykker individuelle forskjeller blant de ansatte (Kaufmann & Kaufmann 1998).

I omtale av jobbtilfredshet skilles det mellom to forhold: ”indre” (intrinsic) forhold og ”ytre” (extrinsic) forhold. ”Indre” jobbforhold som selve arbeidet, ansvar og forhold som har med prestasjoner i jobben å gjøre er faktorer arbeidstakeren nevner som gjør dem tilfreds. ”Ytre” forhold som presonalpolitikk, lønn, dårlig psykososialt miljø og mangler i det fysiske arbeidsmiljøet er faktorer arbeidstakeren nevner av faktorer som gjør dem misfornøyd på jobb. Trivsel og mistrivsel påvirkes altså av ulike faktorer (Matthiesen 2005).

Herzbergs sin tofaktorteori også kalt motivasjonsteori ble utviklet på grunnlag av en større undersøkelse av jobbtilfredshet. I undersøkelsen ble arbeidstakere spurt om hvilke faktorer som førte til trivsel og hvilke faktorer som førte til mistrivsel. Ut fra analyse av resultatene konkluderte Herzberg med at det finnes to aspekter ved jobbtilfredshet og

disse aspektene kan forklares ut fra grunnleggende behov. Det ene behovet, *hygienefaktoren*, omhandler et sunt og trygt arbeidsmiljø, god lønn, en sikker jobb og at forholdet til overordnede er positivt. Hygienefaktoren dreier seg mest om forholdene rundt arbeidet. Det andre behovet, *motivasjonsfaktoren*, dreier seg om personlig vekst og utvikling, om prestasjoner, anerkjennelse og ansvar. Motivasjonsfaktoren har mest med jobbinnhold å gjøre.

Disse to faktorene har hver sin rolle med tanke på jobbtilfredshet og jobbmisnøye. Hygienefaktoren har med utilfredshet å gjøre, mens motivasjonsfaktoren har med tilfredshet å gjøre. Motivasjonsfaktorene skaper trivsel i den grad de er til sted, men ikke mistrivsel hvis de ikke er til sted. Hygienefaktorene skaper mistrivsel i den grad de ikke er tilsted, men ikke trivsel dersom de er tilstede (Kaufmann 1998; Aarø 2005; Matthiesen 2005).

Det er verdt å merke seg at selv om Hertzbergs teori er omtalt i en rekke lærebøker så er den blitt kritisert av mange. Utenom Hertzberg og medarbeidere så er det ingen som har funnet empirisk grunnlag for at jobbtrivsel og jobbmistrivsel er to atskilte fenomen. Tvert imot har andre studier vist at både ”indre” og ”ytre” jobbforhold bidrar til jobbtrivsel og jobbmisnøye (Matthiesen 2005).

Den teorien som har hatt størst innflytelse på hvordan forhold ved jobben påvirker mennesker, er Hackman og Oldhams (1976 i Matthiesen 2005; Kaufmann & Kaufmann 1998) teori om jobbkarakteristika. Hackman og Oldhams beskriver fem sentrale kjennetegn i arbeidsmiljøet som påvirker jobbtrivsel:

- Ferdighetsvariasjon
- Oppgaveidentitet
- Oppgaveviktighet
- Autonomi
- Tilbakemelding

Disse fem punktene har likhetstrekk med Thorsrud og Emerys (1970 i Matthiesen 2005; Haukedal 2005) psykologiske jobbkrav:

- Behov for innhold i jobben
- Behov for å kunne lære

- Behov for å kunne treffe beslutninger
- Behov for anseelse
- Behov for å kunne se sammenheng mellom arbeid og omverdenen
- Behov for å se at jobben er forenlig med en ønskverdig fremtid

Mye av forskningen har generelt vist at økt jobbtrivsel påvirker livskvalitet, gir bedre helse og stabilitet i jobben. Forskningen har også vist at det er en sammenheng mellom jobbtilfredshet, gjennomtrekk (turnover) og fravær. Når det gjelder produktivitet og jobbtilfredshet har ikke forskningen viste en klar sammenheng her. Forskere heller mer til at det er faktorer som belønning og rettferdighet som betyr mest for å skape tilfredse medarbeidere og dermed økt produktivitet (Kaufmann & Kaufmann 1998).

Det er gjort en rekke studier av jobbtilfredshet hos sykepleiere og hvilke faktorer som påvirker den. Det som fremkommer i flere studier (McNeese-Smith 1999; Bjørk 2007; Blegen 1993), er at det er mange variabler som blir satt i sammenheng med jobbtilfredshet. Stress, for stor arbeidsbyrde, organisatoriske faktorer og urettferdighet var de faktorene som var relatert til jobbtilfredshet på en negativ måte. Engasjement, autonomi, variasjon i arbeidet, relasjon til overordnet leder og kollega, kontroll og rettferdighet, anerkjennelse og profesjonalitet var de faktorene som var relatert til positivt jobbtilfredshet.

I jobbtilfredshetsstudier er det også sett på sammenhengen mellom demografiske variabler og tilfredshet. Blegen (Blegen 1993) fant i sin meta-analyse at det var lav, men stabil sammenheng mellom alder, utdanning og jobbtilfredshet. Bjørk m fl. (Bjørk m fl. 2007) fant i sin studie at eldre sykepleiere var mer tilfredse enn yngre. Sykepleiere utdannet før 1999 var mer tilfreds enn sykepleiere utdannet i løpet av de siste 5 år. Sykepleiere med mastergrad eller annen videreutdanning var mer tilfreds enn de uten. Og sykepleier som hadde jobbet mer enn 8 år på samme sykehuset eller mer enn 5 år på samme avdeling var mer tilfreds enn de som hadde jobbet kortere tid. Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom jobbtilfredshet, kjønn eller familie situasjon. Dette viser at det er mange og varierte faktorer som påvirker utvikling og opplevelse av jobbtilfredshet.

2.6 Tidligere forskning på området

I artikkelen *Nurse Manager Characteristics and Skills: Curriculum Implications* av Dienemann & Shaffer (Dienemann & Shaffer 1993) refereres det til en spørreundersøkelse blant 73 avdelingssykepleiere ved 6 sykehus og 2 kommunale helseinstitusjoner. Hensikten med denne studien var å kartlegge hvilken oppfatning avdelingssykepleiere har på hvilke kvalifikasjoner og ferdigheter de mener er viktigst å ha for effektiv jobbutførelse.

Resultatene viste at menneskelige relasjoner og kommunikasjonsferdigheter ble rangert som nummer en. Sykepleiekunnskap og klinisk erfaring ble rangert som nummer to. Mer erfarne ledere (mer enn 10 års erfaring) rangerte økonomi- og lederkompetanse som mer viktig enn det de mindre erfarne lederne gjorde. Blant de mindre erfarne lederne rangerte alle kommunikasjonsferdigheter som det viktigste.

Kleinmann (Kleinman 2003) beskriver i sin artikkel *Leadership Roles, Competencies and Education* en spørreundersøkelse som hadde til hensikt å innhente informasjon fra sykepleieledere. Respondentene ble spurt om deres oppfatning hva angår kompetanse og grunnleggende utdanning som er å anbefale for "nurse manager" og "nurse executives" rollen. I studien deltok 35 "nurse managers" og 93 "nurse executives".

Resultatene viste at "nurse manager" og "nurse executive" hadde både likheter og forskjeller i deres oppfatning av hvilken kompetanse og utdanning som er å anbefale for sykepleierlederfunksjonen. Begge gruppene var enig i at personaladministrasjon og arbeidstidsplanlegging, lederskap og menneskelige ressurser er de tre viktigste kompetanse områdene hos sykepleierledere. "Nurse managers" rangerte økonomi og lederskap som de to viktigste kompetansene "nurse executive" burde inneha. "Nurse executive" mente at strategisk planlegging, økonomi og menneskelige ressurser var de viktigste kompetanseområdene for "nurse executive".

Mens begge gruppene mente at en mastergrad ville øke ferdighetene, var gruppen uenig i om nødvendigheten av å ha en mastergrad for å kunne utføre lederjobben. Begge gruppene mente at det var viktig at "nurse executive" hadde høyere utdanning for å kunne utføre lederjobben. "Nurse manager" gruppen rangerte ikke viktigheten av

høyere utdanning for ”nurse manager” gruppen så viktig som ”nurse executive” gruppen.

I det canadiske tidsskriftet *Journal of Nursing Management* har Thorpe og Loo (Thorpe & Loo 2003) beskrevet en studie om balansen mellom profesjonell og personlig tilfredshet blant sykepleieledere. Hensikten med studien var å: utforske og beskrive den fremtidige rollen til sykepleieledere, identifisere deres nødvendige kunnskap, ferdigheter og kompetanse, og bestemme/fastslå hvilken trening og utvikling som er nødvendig for disse lederne. Metoden som ble brukt var en kombinasjon av personlig intervju (26 respondenter) og Delphi metoden (41 respondenter).

Respondentene beskrev flere endringer som påvirker hvordan lederrollen skal utføres. For eksempel: flere arbeidsoppgaver, vektlegging på effektivitet og menneskelige ressurser (bemanning). Av fremtidige utfordringer svarte respondentene at det var: å rekruttere og beholde personell og leder- og ansattfrustrasjon som var de viktigste faktorene.

Deltagerne ble invitert til å identifisere kilder til jobbtfredshet og personlig tilfredshet for nåtid og fremtid. Måloppnåelse og effektiv ledelse av personellressurser ble nevnt som kilder til jobbtfredshet i nåtid. Kilder for oppnåelse av fremtidig jobbtfredshet ble identifisert som: sørge for kvalitet i pasientbehandling, rekruttere og utvikle de ansatte og oppnå endring gjennom eget lederskap.

Respondentene identifiserte personlig tilfredshet i nåtid med høy kvalitet i privatlivet og arbeidslivet, samt å oppnå endring. Høy livskvalitet og å utvikle god helse og positive holdninger var kilder til oppnåelse av personlig tilfredshet i fremtid.

Bjövell & Brodin (Bjövell & Brodin 1992) har skrevet en artikkel, *Hospital Staff Members are Satisfied with their Jobs*, som referere til en studie fra fem indre medisinske avdelinger på et sykehus i Sverige. Studien evaluerte jobbtfredshet hos 66 sykepleiere, 18 leger, 43 hjelpepleiere og 26 assistenter. Studien hadde to hensikter: 1) å beskrive og sammenligne personalgrupper med hensyn til deres oppfatning av jobbtfredshet, samarbeid, arbeidsmengde, relevans til profesjonsutdanning,

kollegastøtte, profesjonell selvstendighet og følelsen av å være viktig i egen jobb. 2) å øke forståelsen for grunnene til den høye ”turnover” blant personalet.

Resultatene viste at de fleste i alle gruppene opplevde høy jobbtilfredshet selv om nesten halvparten av personalet ønsket å slutte i jobben. De som planla å slutte i jobben opplevde å være mindre fornøyd med deler av jobben som for eksempel samarbeid, jobbkompleksitet, kollegaveiledning og tid til pasientomsorg enn de som ikke hadde planer om å slutte i jobben.

Katherine A. Mathena (Mathena 2002) har skrevet artikkelen *Nursing Manager Leadership Skills* som omhandler hvilke ferdigheter sykepleieledere bør ha for å kunne lykkes og mestre lederjobben. Studien hadde to hensikter. Det først var å kartlegge de viktigste ferdigheter som er nødvendig for at ledere skal lykkes i jobben. Det andre var å kartlegge hvilke ferdigheter det var nødvendig å ha videreutdanning i. Studien inkluderte 55 sykepleier med erfaring fra ledelse.

Resultatene viste at det var en statistisk signifikans mellom hva sykepleieledere mener er viktige ferdigheter for å lykkes og hvilke ferdigheter som trenger å videreutvikles. Sykepleielederne rangerte generelle ferdigheter i ledelse, medmenneskelighet og personalutvikling som de tre øverste kategoriene som de viktigste for å lykkes som leder. Tekniske ferdigheter ble rangert som den minst viktige. De rangerte økonomiske, tekniske og generelle ferdigheter som de viktigste områder der det var behov for videreutdanning. Kliniske ferdigheter var rangert som det området det var minst viktig med videreutdanning.

2.6.1 Forskning hvor “General Self-Efficacy Scale”(GSE) er brukt

General Self-Efficacy Scale (GSE) består av ti utsagn som er utviklet for å kartlegge i hvilken grad man opplever å ha evne til å takle en rekke vanskelige situasjoner og problemer. Respondentene krysser av for hvert utsagn på en fire punkts Likert-skala fra helt galt (1) til helt riktig (4) (Røysamb, Schwarzer m. fl. 1998).

Hilde Nesse (Nesse 2008) har skrevet masteroppgave om ”*Nærvær i arbeidslivet – en survey undersøkelse av forpleiningsansatte i Nordsjøen*”. Hensikten med oppgaven var å finne svar på: 1) Hva karakteriserer de forpleiningsansatte offshore som hadde null

fraværsdager i løpet av 2 år? 2) Er det sammenhenger mellom nærvær hos forpleiningsansatte offshore og mestring, jobbengasjement, organisatorisk rettferdighet, krav, kontroll og sosial støtte?

Det ble gjort en spørreskjemaundersøkelse blant 323 ansatt fra 10 plattformer i Nordsjøen. Måling av mestring var en del av skjema og ble gjort med *General Self-Efficacy Scale* og CODE (basert på Ulresht Coping List og Defense Mechanisms Inventory) / IMOC (Instrumental Mastery Oriented Coping) (Eriksen m fl. 1997; Eriksen & Ursin 1999).

Det var en svarprosent på 61 %. Resultatene viste at 42 % hadde hatt langtidsnærvær og 25 % hadde hatt fravær siste 6 måneder. Lav opplevelse av mestring var assosiert med høy grad av nærvær. Dette ble tolket som bruk av fravær som en aktiv mestringsstrategi fremfor å være på jobb med sykenærvær.

I artikkelen *Perceived self-efficacy in health behaviour research: conceptualisation, measurement and correlates* av Anette Leganger m fl. (Leganger, Kraft m fl. 2000) beskrives to studier hvor den ene beskriver forholdet mellom GSE og forskjellige typer av “task-specific self-efficacy (TSSE).. Respondentene var 421 norske daglig røykere i alderen 16-19 år og 1576 norske 18-åringer.

Resultatene viste en kompleks sammenheng mellom GSE og kjønn, alder og utdanning. Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell mellom GSE og kjønn. Videre ble ikke den forventede positive forskjellen mellom GSE og utdanning funnet. Respondentene var delt i tre utdanningsgrupper; lav, medium og høy. Ved å se på kjønn og utdanning fant man at blant kvinner var det en marginal signifikans mellom GSE og utdanning.

2.6.2 Forskning hvor “Mastery scale” er brukt

Mastery scale består av syv utsagn og måler i hvilken grad individet opplever at de har kontroll og mestrer livet sitt og arbeidssituasjonen sin. Respondentene krysser av for hvert utsagn på en fire punkts Likert-skala fra helt galt (1) til helt riktig (4) (Pearlin & Schooler 1978).

Wendy Stevenson m.fl (Stevenson, Maton m fl. 1998) har skrevet artikkelen ”*School Importance and Dropout Among Pregnant Adolescent*” som omhandler en studie som

hadde til hensikt å undersøke psykisk velbefinnende (mestring), sosial støtte og demografiske variabler blant gravide tenåringer som fortsatte skolegang eller sluttet (dropout).

Studien inkluderte 119 ungdommer som svarte på spørreskjema om depresjon, selverkjennelse, mestring, støtte fra foreldre og venner, demografiske data og betydningen av å gå på skole. Mestring ble målt ved hjelp av ”*Mastery scale*”.

Resultatene viste at de fleste ungdommen gikk på skole eller hadde avsluttet skolegang. Mestring var positivt korrelert med betydningen (viktighet) av å gå på skole.

2.6.3 Forskning hvor ”Job Satisfaction Questionnaire” er brukt

Job Satisfaction Questionnaire består av 18 utsagn og måler ”samlet” eller ”global” jobbtilfredshet. Respondentene krysser av for hvert utsagn på en fem punkts Likert-skala fra helt uenig (1) til helt enig (5) (Brayfield & Rothe 1951).

I artikkelen ”*Job Satisfaction in a Rural Differentiated-Practice Setting*” av Anderko m. fl (Anderko 1999) beskrives en studie gjennomført over en tre års periode hvor jobbtilfredshet blant sykepleiepersonell ved et ”rural nursing center” ble vurdert. I studien ble det også undersøkt hvilke faktorer som blir assosiert med jobbtilfredshet. Det ble brukt tre instrumenter for å måle jobbtilfredshet. Et av disse var Brayfields ”*Job Satisfaction Questionnaire (BJSQ)*” (Brayfield & Rothe 1951).

Resultatene viste en høy grad av jobbtilfredshet gjennom alle tre årene med en samlet BJSQ gjennomsnittsskår mellom 65-86. De fleste respondentene oppga at de var fornøyd med: lønn; samarbeid med kollega; arbeidsmodellen som ble brukt ved senteret; ros, annekjennelse, oppmuntring og positiv tilbakemeldinger de fikk fra kollega; arbeidsmiljø; ansvar og delaktighet.

2.7 Oppsummering

I dette kapitlet er ledelsesbegrepet og lederrollen beskrevet. Det er gitt en oversikt av kompetansebegrepet og hvordan kompetanse, lærte ferdigheter og erfaring benyttes/trengs for å mestre ulike situasjoner. Det er gitt en beskrivelse av begrepene mestring og jobbtilfredshet. Graden av opplevd mestring endres gjennom hele livet og

kan måles ved hjelp av ulike skalaer. Det er mange faktorer som påvirker jobbtilfredshet, noen er mer sensitiv for mistrivsel, mens andre er mer sensitiv for trivsel.

3.0 PROBLEMSTILLING

Som sykepleieleder blir man hver eneste dag, i varierende grad, stilt overfor utfordrende oppgaver som skal løses. Noen er enkle, andre mer kompliserte. Å mestre disse oppgavene er viktig både for egen selvfølelse og trivsel. Spørsmålet er i hvilken grad sykepleieledere opplever mestring og trivsel i jobben som leder og om dette påvirkes av for eksempel utdanning og erfaring.

3.1 Formål

Denne studien har til hensikt å finne ut hvor stor andel av ledere som har tilleggsutdanning innen ledelse og/eller deltatt i intern lederutdanning og hvordan dette påvirker opplevelse av mestring og trivsel.

Hypotesen er at ledere med tilleggsutdanning mester jobben og trives bedre og enn de som ikke har tilleggsutdanning.

3.2 Forskningsspørsmål

Problemstillingen for oppgaven er:

- *Finnes det en sammenheng mellom lederes erfarings- og utdanningsnivå og opplevd mestring og trivsel i arbeidet?*
- *Finnes det noen forskjell på opplevd mestring og trivsel blant ledere for somatiske avdelinger i forhold til psykiatriske avdelinger?*
- *Finnes det noen forskjell på opplevd mestring og trivsel hos ledere som har vurdert å slutte i forhold til leder som ikke har vurdert å slutte?*
- *Finnes det noen forskjell på opplevd mestring og trivsel mellom kjønn?*

4.0 DESIGN OG METODE

4.1 Design

I denne oppgaven brukes *survey-design*. Studien hadde som hensikt å gjøre en måling i en avgrenset tidsperiode. Valg av designtype falt da på tverrsnittdesign. Tverrsnittdesign er den enkleste designtypen (Skog 2005) og den har sine svakheter i at prosesser som utfolder seg over tid, bare indirekte kan observeres (Ringdal 2001).

En annen grunn for å velge denne designtypen er at det tar relativt kort tid å gjennomføre en slik type studie enn for eksempel ved longitudinelle studier. I en studie med tverrsnittdata vil det være mulig å se korrelasjoner og korrelasjonsmønstre, den muligheten er også tilstede ved longitudinelle studier (Skog 2005).

4.2 Metode

En kvalitativ tilnærming med dybdeintervju vil ikke være hensiktsmessig for den undersøkelsen jeg ønsket å gjennomføre. En kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ tilnærming kunne vært aktuelt, men med tanke på tidsaspektet oppgaven skulle gjennomføres på frafalt også dette valget. Jeg har valgt en *kvantitativ tilnærming* da hensikten var å samle informasjon fra et større antall ledere.

4.3 Datainnsamling

Innsamling av data etter survey-metoden skjer ved hjelp av spørreskjema, besøk - eller telefonintervju. Metoden er en standardisert utspørring av et (stort) antall personer om et hvilken som helst tema (Ringdal 2001). I denne studien ble *spørreskjema* benyttet som verktøy for datainnsamling.

I besøksintervju møtes intervjuer og respondent. Deltakerne har klart definerte roller. Det er intervjueren som stiller spørsmål og respondenten som svarer. Denne rollefordelingen skiller intervjuet fra en vanlig samtale. (Fowler & Magione i Ringdal 2001) Besøksintervju er ressurskrevende både med tanke på økonomi og tid til gjennomføring, men samtidig er dette den beste datainnsamlingsteknikken. Frafallet er gjerne minst ved besøksintervju (Ringdal 2001).

Spørreskjema er i motsetning til intervju selvadministrerende. Respondenten leser spørsmålet og noterer selv svaret. Spørreskjema kan distribueres til et stort antall respondenter uavhengig av avstand og bosted. Metoden er lite ressurskrevende (billig) og ved elektronisk utsendelse kan man nå et stort antall på kort tid (Ringdal 2001; Framnes 2006; Polit 2004).

Ved en spørreskjemaundersøkelse er det mulig med full anonymitet, noe som kan være avgjørende for om respondenten vil delta i undersøkelsen, spesielt når det er personlige og sensitive spørsmål. Respondenten blir ikke påvirket av at en intervjuer er tilstede og kan selv velge tidspunkt for utfylling av spørreskjema. Respondentene får dermed bedre tid til å tenke igjennom svarene (Polit 2004; Framnes 2006; Ringdal 2001).

Den største svakheten med spørreskjemaundersøkelser er risikoen for lav svarprosent. Svarprosenten vil være avhengig av at man klarer å motivere respondentene. Det er derfor viktig at det legges arbeid i utforming av spørreskjema, oppbygging av spørsmål og utarbeidelse av følgebrev som forteller respondentene hva man ønsker at de skal gjøre og hvorfor (Framnes 2006; Ringdal 2001).

Hver enkelt av disse metodene har sine sterke og svake sider, og det vil være en vurdering av disse i forhold til problemstillingen og tilgjengelige ressurser som vil være avgjørende for valg av metode (Ringdal 2001). I valg av metode var det av betydning at undersøkelsen skulle nå flest mulig og være minst mulig ressurskrevende i forhold til tid, både for forskeren og respondenten. En annen grunn var ønske om at undersøkelsen i størst mulig grad skulle ivareta anonymitet.

5.0 ETISKE PROBLEMSTILLINGER

I henhold til krav fra datatilsynet ble prosjektbeskrivelse, spørreskjema og følgebrev sendt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD). Godkjenning fra NSD ble gitt (vedlegg 1a og b).

Alle spørreskjema ble kodet og koblet til navneliste. Dette for å kunne sende purring til respondenter som ikke svarte ved første gangs henvendelse. Kobling mellom kode og navneliste ble lagret sikkert (passordbeskyttet på PC) og har ikke vært tilgjengelig for andre enn meg selv.

Respondenten ble opplyst i følgebrev om at: *”Det er frivillig å delta i undersøkelsen og du kan trekke deg fra undersøkelsen så lenge studien pågår, uten at det oppgis noen grunn. Jeg har taushetsplikt og opplysningene fra spørreskjemaet vil bli behandlet konfidensielt, slik at ingen opplysninger som publiseres kan tilbakeføres til enkeltpersoner eller den enkelte arbeidsplassen.”* Videre ble de også informert om at: *”Lagret datamateriell vil bli anonymisert og spørreskjema vil bli makulert ved prosjektslutt, mars 2009”* (vedlegg 2).

6.0 MATERIALE

Undersøkelsen er gjennomført i et større helseforetak i perioden september-november 2008.

6.1 Utarbeidelse av spørreskjema

Det ble laget et spørreskjema (vedlegg 3) med strukturerte spørsmål hvor svaralternativene ble gitt gjennom ja-nei svar eller Likert-skala. Skalaen består av flere påstander respondenten skal vurdere. Respondenten blir bedt om å angi i hvilken grad de er enig – uenig i påstanden. Som for eksempel: *Helt enig, Noe enig, Noe uenig og Helt uenig*, noen ganger med en nøytral kategori i midten. Antall svarkategorier kan variere fra fire til sju (Ringdal 2001; Polit 2004).

Skal man bruke Likert-skalaen eller andre beslektede skaleringer for å måle holdninger, må påstanden oppfylle visse krav. Påstanden må ikke være faktaorientert, den må være lett å forstå og den må være entydig. Det må være lik fordeling mellom positive og negative påstander og påstanden må kun reflektere et tema (Sander 2004).

Spørreskjema består av to sider inndelt i fire hovedområder med til sammen 36 spørsmål. Den første og siste delen inneholder til sammen 14 demografiske spørsmål. Demografiske variabler omhandler egenskaper som kjønn og alder, men også utdanning, yrke og inntekt (Ringdal 2001).

Den andre delen inneholder 17 spørsmål om respondentens opplevelse av mestring i arbeidsdagen. Spørsmål 4-13 er den norske versjonen av "*General Self-Efficacy Scale*". (GSE) Instrumentet ble opprinnelig utviklet på tysk av Matthias Jerusalem og Ralf Schwarzer i 1981. I motsetning til andre instrumenter som er laget for å måle optimisme relaterer denne seg eksplisitt til troen på egen handlinger som en årsak til å oppnå positive resultater. (Røysamb, Schwarzer m fl. 1998). Instrumentet har 10 utsagn som er utviklet for å kartlegge en optimistisk tro på at man har evne til å takle en rekke vanskelige situasjoner og problemer i livet. Instrumentet inneholder utsagn som: "*Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok*". Respondentene krysser av for hvert utsagn på en firepunkts Likert-skala fra helt galt (1) til helt riktig (4). I denne studien har skalaen en Cronbaches Alpha på 0.82 som viser en tilfredsstillende reliabilitet (vedlegg 4).

Spørsmål 14-20 er en oversatt versjon av Pearlin & Schoolers "*Mastery scale*" (Pearlin & Schooler 1978). Utsagnene er oversatt og omformulert, slik at de skulle passe til denne undersøkelsen, av organisasjonspsykolog Giske Holst. Dette er et skjema med 7 utsagn som hvor respondentene krysser av for hvert utsagn på en firepunkts Likert-skala fra helt galt (1) til helt riktig (4) Instrumentet inneholder utsagn som: "*Jeg har liten grad av kontroll over ting som hender meg i min arbeidssituasjon*". Dette er et instrumentet som er mye brukt innen helseforskning og måler i hvilken grad individet opplever at de har kontroll og mestrer sitt liv og arbeidssituasjon. Jo høyere skår, jo høyere grad av mestring. Cronbaches Alpha i denne studien er 0.79 og viser en tilfredsstillende reliabilitet (vedlegg 4).

Den tredje delen (spørsmål 21-25) inneholder fem utsagn om respondentens opplevelse av trivsel i jobben. Instrumentet heter "*Job Satisfaction Questionnaire*" og er utviklet av Brayfield & Rothe (1951). Det måler "samlet" eller "global" jobbtilfredshet ved hjelp av flere påstander som respondenten skal ta stilling til. Instrumentet inneholder opprinnelig 18 spørsmål, men i denne studien har jeg valgt å benytte 5 spørsmål som

bygger på originalspørreskjema og er presentert i norsk oversettelse av Stig Berge Matthiesen (Matthiesen 2005). En av påstandene i instrumentet er: ”*Jeg er ganske fornøyd med min nåværende jobb*”. Svaralternativene er en fempunkts Likert-skala og går fra helt uenig (1) til helt enig (5). Skalaen i denne studien har en Cronbaches Alpha på 0.75 og viser en tilfredsstillende reliabilitet (vedlegg 4).

6.2 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet og validitet er sentrale begreper i vitenskaplige undersøkelser. Reliabilitet handler om nøyaktighet og pålitelighet, og om gjentatt målinger med samme måleinstrument gir samme resultat. Validitet handler om gyldighet og om en faktisk måler det en vil måle (Ringdal 2001; Wenstøp 2006).

Det ble ikke gjennomført noen pilotundersøkelse i forkant av denne studien. Instrumentene som er benyttet i denne studien har lang historie. Så langt tilbake som i 1951 ble *Job Satisfaction Questionnaire* utviklet av Brayfield & Rothe (Brayfield 1951) og er siden brukt i en rekke studier, også innenfor sykepleieforskning. Intern konsistens reliabilitet er funnet varierende fra Alpha = 0.77 - 0.88 (Anderko 1999; Boettcher 1989). Bevis for validitet er dokumentert av Brayfield & Rothe (Brayfield 1951).

General Self-Efficacy Scale (GSE) ble utviklet i 1981 av Jerusalem & Schwarzer (Røysamb 1998), er oversatt til en rekke språk og hundretusener har deltatt i studier. GSE skalaen har vist en tilfredsstillende validitet og reliabilitet (Leganger 2000; Røysamb 1997). Intern konsistens for GSE er funnet varierende fra Alpha = 0.72 - 0.84 (Holst 2008; Nesse 2008; Ystrom 2008).

Pearlin & Schooler (Pearlin 1978) utviklet i 1978 *Mastery scale* også denne skalaen er siden referert til og brukt i mange studier. Intern konsistens reliabilitet er funnet varierende fra Alpha = 0.66 – 0.77 (Marchall 1990; Stevenson 1998)

I spørreskjemaet som ble sendt ut ble det i etterkant oppdaget at det var en skrivefeil i Likert-skalen for spørsmål 21-25 om trivsel. ”Helt uenig” var angitt som svaralternativ to ganger. Flere av respondentene oppdaget denne feilen og har korrigert

svaralternativet. Til sammen 10 (10%) skjema ble på grunn av dette ekskludert fra den delen av studien som omhandlet trivsel.

Av de spørreskjemaene som ble returnert var det få spørsmål som ikke var besvart. Det kan indikere at respondentene har forstått spørsmålene slik at de var i stand til å svare på dem.

6.3 Utvalg

Når det skal gjennomføres en spørreundersøkelse må det foretas et utvalg av enheter på en eller annen måte fra en større populasjon av enheten. I kvantitative undersøkelser er ofte statistisk generalisering av betydning og dette krever sannsynlighetsutvelging (Ringdal 2001).

Målgruppen (populasjonen) for undersøkelsen var *mellomledere i et helseforetak*. I spørreskjemaundersøkelser kan frafallet lett bli 50% eller mer. Utvalget bør derfor begrenses til spesielle grupper der respondenten lettest kan motiveres til å svare (Ringdal 2001).

For å begrense utvalget ble ledere med sykepleier- eller vernepleierutdanning valgt. Initialt var det først tenkt at utvalget skulle bestå av ledere ved somatiske og psykiatriske sengeposter. Etter en nærmere vurdering ble også ledere ved poliklinikker og spesialavdelinger inkludert. Dette ble gjort for å oppnå et større antall respondenter. Et stort utvalg gir større sannsynlighet for at egenskapene ved utvalget er lik populasjonen. Men et lite representativ utvalg gir mer troverdig resultat enn et større ikke-representativ utvalg (Halvorsen 2008).

Til innsamling av data ble elektronisk utsending av spørreskjema vurdert. Medstudenter og veileder har erfart at elektronisk utsending gir lav svarprosent. På bakgrunn av dette ble intern post valgt. Spørreskjema ble sendt ut i adresserte konvolutter med tittel og navn på leder og avdeling, totalt 145 spørreskjema.

Ved utsending av *purring* ble navn på leder kun tatt med der jeg var sikker på at vedkommende fortsatt var leder på aktuell avdeling. De øvrige konvoluttene ble

adressert med tittel, som seksjonsleder, avdelingssykepleier eller enhetsleder og navn på avdeling. Dette fordi jeg ønsket å sikre at spørreskjema kom frem til den som var leder pr dato. Noen tilbakemeldinger fra førstegangsendelse tydet på at enkelte ledere jeg hadde på min liste var sluttet som leder. Totalt ble det sendt ut 67 purrebrev.

6.4 Frafall

En av svakhetene ved spørreskjemaundersøkelse er at frafallet lett kan bli så stort at det svekker studiens verdi. Av totalt 145 utsendte skjema ble 100 returnert i utfylt form. Dette gir en svarprosent på 69 %.

Frafallet i denne undersøkelsen er 31 %. Dersom man forutsetter at det er tilfeldig og ikke systematisk kan undersøkelsen sies å være representativ for populasjonen. Det er lite sannsynlig at gruppen ledere som ikke har svart skiller seg vesentlig fra de som har svart, men dette kan man ikke si med sikkerhet. At frafallet er tilfeldig er vurdert ut fra at det er vanlig med et vist frafall i spørreskjemaundersøkelser og frafallsårsaken kan være: sykdom, ønsker ikke å delta eller glemt å svare (Ringdal 2001).

Av de som har svart består utvalget av 82 % kvinner og 17 % menn. Dette frafallet er mest sannsynlig tilfeldig da det stemmer overens med andelen kvinner med helse- og sosialfaglig utdanning på 89% (ssb.no).

Ringdal (Ringdal 2001) hevder at hvis frafallet er større enn 50 % kan en stille spørsmål om utvalget er representativt for populasjonen. I gruppen ved psykiatriske avdelinger er frafallet 49 % og ligger tett opptil denne grensen. Ved somatiske avdelinger er frafallet 22,5 %. Det er færre ledere ved psykiatriske avdelinger som har tilleggsutdannelse. Hvis dette er representativt for gruppen ledere ved psykiatriske avdelinger kan det ha påvirket motivasjonen for å delta i en undersøkelse som spør om lederutdanning og kan være et systematisk frafall.

7.0 METODE FOR ANALYSE AV DATA

Alle data ble registrert i SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences). For å sikre mulige registreringsfeil ble alle skjema gjennomgått en gang til og det ble kontrollert at korrekte data var registrert. Svarene på spørsmål 14-18, 23 og 25 ble reversert. Deretter ble datafilen overført til statistikkprogrammet "R".

R er programmeringsspråk og et system for statistiske beregninger og grafikk som opprinnelig ble utviklet av Ross Ihaka og Robert Gentleman ved University of Auckland, New Zealand. I motsetning til andre programmer for statistiske beregninger som f.eks. SPSS, Statistica, Stat-A er brukergrensesnittet ikke primært grafisk, kontrollen av beregningene foregår ved at man skriver kommandoer (Wikipedia).

Dataene er delvis analysert i SPSS og delvis i statistikk- og grafikkprogrammet "R".

For å få svar på problemstillingen for oppgaven har jeg fått bistand til å gjøre nødvendige analyser. Statistikeren som har gjort analysene har beskrevet fremgangsmåten for analysene på følgende måte:

"Når jeg har kjørt tester på dette datasettet har jeg valgt å bruke en uparet Wilcoxon-test. Først og fremst siden dette er en ikke-parametrisk test som ikke tar utgangspunkt i noen form for fordeling i datasettet, i motsetning til en t-test, som også er veldig vanlig å bruke i slike tester.

Wilcoxon-testen bygger på forutsetningen om at tetthetsfunksjonene for de to gruppene har samme form. Imidlertid kan disse tetthetene være forskjøvet med x-enheter i forhold til hverandre. Testens nullhypotese sier at fordelingene til de to gruppene er like, mens den alternative hypotesen sier at fordelingene er forskjøvet i forhold til hverandre:

I arbeidet med å teste dette datasettet har jeg valgt å betrakte hvert enkelt svaralternativ fremfor å se på gjennomsnittet til hver person. Dette for å få en mer nøyaktig fremstilling av dataene. Ved å bare se på snittet ville enkelte av testene bestått av lite tilfredsstillende mengder datamateriale. Dette er også grunnen til at W-verdiene blir så store."

8.0 RESULTATER

8.1 Svarprosent

Av 145 utsendte spørreskjema ble 98 sendt til somatisk avdelinger og 47 til psykiatrisk avdelinger. 100 skjema ble returnert i utfylt form, 76 fra somatiske avdelinger og 24 fra psykiatriske avdelinger. Dette gir en svarprosent på 69 %. For somatisk og psykiatriske avdelinger var svarprosenten henholdsvis 77,6 % og 51 % (Tabell 1).

Tabell 1. Svarprosent

	Prosent	Antall
Totalt	69,0	n=100
Somatiske avdelinger	77,6	n=76
Psykiatriske avdelinger	51,0	n=24

8.2 Demografiske data

Utvalget består av 17 menn og 82 kvinner. Aldersmessig er det fleste i gruppen 50-54 år, 25 personer. Deretter er det flest i gruppene 35-39, 40-44 år og 45-49 år med henholdsvis 15, 18 og 19 personer (Tabell 2).

Tabell 2. Alder og kjønn

		Alder									Total
		25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-70	
Kjønn	Mann	0	2	8	1	4	0	2	0	0	17
	Kvinne	2	5	7	17	15	25	5	4	2	82
Ikke besvart											1
Totalt		2	7	15	18	19	25	7	4	2	100

Alle deltakerne i undersøkelsen har 3-årig høyskoleutdanning innen sykepleie (98) eller vernepleie (2). Det er i gjennomsnitt 20 år siden deltakerne i undersøkelsen fullført utdanningen, varierende fra 4 år til 40 år (Tabell 3).

Tabell 3. Antall år siden fullført utdanning

	År								Totalt
	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	
Somatisk	1	12	10	14	11	16	6	4	74
Psykiatri	0	4	8	4	3	3	1	1	24
Ikke utfyllt									2
Totalt	1	16	18	18	14	19	7	5	100

Deltageren i undersøkelsen har vært leder fra 0,5 år til 34 år med et gjennomsnitt på 8 år. Flertallet, 42 personer har vært leder 0,5-5 år. Videre har 32 personer vært leder 5-10 år og 26 personer har vært leder i mer enn 10 år (Tabell 4).

Tabell 4. Antall år som leder

	År							Totalt
	0,5-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-34	
Somatisk	32	24	12	5	3	0	0	76
Psykiatri	10	8	1	2	0	2	1	24
Antall ledere	42	32	13	7	3	2	1	100

Antall ansatte i ledernes avdelinger varierer fra 4 til 100, med et gjennomsnitt på 34 ansatte. Halvparten oppgir at de er leder for 4-30 ansatte. 31 respondenter oppgir at de er leder for 30-50 ansatte og 19 respondenter oppgir at de har mer enn 50 ansatte de er leder for (Tabell 5).

Tabell 5. Antall ansatte som respondentene er leder for

	Antall ansatte									Totalt
	4-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	90-100	
Somatisk	25	13	11	11	7	4	4	1	0	76
Psykiatri	7	5	5	4	1	1	0	0	1	24
Antall ledere	32	18	16	15	8	5	4	1	1	100

Respondentene fordeler seg på ulike typer avdelinger, med 56 ved sengeposter, 28 ved spesialavdelinger (spesialavdeling er definert som: operasjons-, intensiv-, anestesi-, fødeavdeling eller akuttmottak) og 16 ved poliklinikker (Tabell 6).

Tabell 6. Pasientkategori og type avdeling

		Hvilken type avdeling er du leder for?			Total
		Poliklinikk	Sengepost	Spesial-avdeling	
Hvilken pasientkategori er du leder for?	Somatisk	15	33	28	76
	Psykiatri	1	23	0	24
Total		16	56	28	100

8.3 Tilleggsutdanning innen ledelse eller intern lederutdanning

Med tilleggsutdanning menes studier eller kurs som er gjennomført på høyskole eller universitetsnivå. Med intern lederutdanning menes deltagelse på interne kurs som er arrangert av foretaket.

Mer enn halvparten, 61,6 % (61) av lederne har formell tilleggsutdanning innen området ledelse, av disse er det 11,4 % (7) menn. 38,3 % (38) av lederne har ikke tilleggsutdanning, av disse er det 26,3 % (10) menn. Ved somatiske avdelinger har 64,5 % (49) av lederne tilleggsutdanning og ved psykiatriske avdelinger har 50 % (12) av lederne tilleggsutdanning (Tabell 7).

Tabell 7. Kjønn, pasientkategori og tilleggsutdanning innen området ledelse (n=99)

Har du tilleggsutdanning innen området ledelse?			Kjønn		Total
			Mann	Kvinne	
Ja	Hvilken pasientkategori er du leder for?	Somatisk	4	45	49
		Psykiatri	3	9	12
	Total		7	54	61
Nei	Hvilken pasientkategori er du leder for?	Somatisk	6	20	26
		Psykiatri	4	8	12
	Total		10	28	38

78,5 % (77) av lederne har deltatt på intern lederutdanning, av disse er det 16,8 % (13) menn. 21,4 % (21) av lederne har ikke deltatt på intern lederutdanning, av disse er det 19 % (4) menn. Ved somatiske avdelinger har 80,2 % (61) av lederne deltatt på intern lederutdanning og ved psykiatriske avdelinger har 66,6 % (16) av lederne deltatt på intern lederutdanning (Tabell 8).

Tabell 8. Kjønn, pasientkategori og intern lederutdanning (n=98)

Har du deltatt på intern lederutdanning?			Kjønn		Total
			Mann	Kvinne	Mann
Ja	Hvilken pasientkategori er du leder for?	Somatisk	7	54	61
		Psykiatri	6	10	16
	Total		13	64	77
Nei	Hvilken pasientkategori er du leder for?	Somatisk	3	10	13
		Psykiatri	1	7	8
	Total		4	17	21

Mer enn halvparten, 52 % (52 personer) har både tilleggsutdannelse innen området ledelse og deltatt på intern lederutdanning. Dette fordeler seg med 45 personer (59,2 %) ved somatiske avdelinger og 7 personer (29,1 %) ved psykiatriske avdeling. 12 % (12) av lederne har ikke noen av delene og dette fordeler seg med 9 personer (11,8 %) ved somatisk avdelinger og 3 personer (12,5 %) ved psykiatriske avdelinger (Tabell 9).

Tabell 9 Fordeling tilleggsutdannelse og intern lederutdanning

	Somatisk	Psykiatri	Total
Har tilleggsutdannelse og har deltatt på intern lederutdanning	45	7	52
Har bare tilleggsutdannelse	18	7	25
Har bare deltatt på intern lederutdanning	4	7	11
Har ikke verken tilleggsutdannelse eller deltatt på intern lederutdanning	9	3	12
Totalt	76	24	100

8.4 Vurdert å slutte og forhold til nærmeste leder

Over halvparten 56,1 % (55) av lederne oppgir at de har vurdert å slutte. Dette fordeler seg mellom somatisk og psykiatri med henholdsvis 56 % og 56,5 %. 43, 9 % (43) av lederne har svar nei på dette spørsmålet og det fordeler seg mellom somatisk og psykiatri med henholdsvis 44 % og 43,5 % (Tabell 10).

Tabell 10. Vurdert å slutte som leder

		Hvilken pasientkategori er du leder for?		Total
		Somatisk	Psykiatri	
Har du vurdert å slutte som leder?	Ja	42	13	55
	Nei	33	10	43
Ikke besvart				2
Totalt		75	23	100

35 (37,2 %) av lederne tror de fortsatt er ledere om 5 år, 32 (34,1 %) av lederne tror de fortsatt er leder om 3 år og 27 (28,7 %) av lederne tror de fortsatt er leder om 1 år. 6 ledere har ikke svart på dette spørsmålet (Tabell 11).

Tabell 11. Forsatt er leder om 1-5 år

		Hvilken pasientkategori er du leder for?		Total
		Somatisk	Psykiatri	
Tror du at du fortsatt er leder om 1-5 år?	1år	22	5	27
	3år	26	6	32
	5år	25	10	35
Ikke besvart				6
Totalt		73	21	100

De fleste (93 %) oppgir at de har et *meget bra* (45 personer) eller *bra* (48 personer) forhold til nærmeste leder. 7 oppgir at de har et *mindre bra* forhold til nærmeste leder (Tabell 12).

Tabell 12. Forhold til din nærmeste leder

		Hvilken pasientkategori er du leder for?		Total
		Somatisk	Psykiatri	
Hvordan vil du karakterisere ditt forhold til din nærmeste leder?	Meget bra	35	10	45
	Bra	36	12	48
	Mindre bra	5	2	7
Totalt		76	24	100

Av de som har vurdert å slutte oppgir de fleste (54,4%) at de har et *bra* forhold til nærmeste leder, mens blant de ledere som ikke har vurdert å slutte oppgir de fleste (53,5 %) at de har et *meget bra* forhold til nærmeste leder (Tabell13).

Tabell 13. Vurdert å slutte i forhold til forholdet til nærmeste leder (n=98)

		Hvordan vil du karakterisere ditt forhold til din nærmeste leder?			Total
		Meget bra	Bra	Mindre bra	
Har du vurdert å slutte som leder?	Ja	38,2 % (21)	54,5 % (30)	7,3 % (4)	55
	Nei	53,5 % (23)	39,5 % (17)	7,0 % (3)	43
Totalt		44,9 5 (44)	48 % (47)	7,1 % (7)	98

8.5 Opplevelse av mestring og trivsel

I dette avsnitt blir ført resultatene fra de tre spørreskjemaene: *General Self-efficacy (GSE)*, *Mastery scale* og *Job Satisfaction Questionnaire* presentert. Analysene er gjort i SPSS 15.0. Deretter blir det redegjort for resultatene på forskningsspørsmål som er beskrevet i kapittel 3.2. Wilcoxon-test, som beskrevet i kapittel 7.0, ble brukt som metode for analyse av data.

8.5.1 General Self-efficacy (GSE)

Skårene for hvert utsagn ble summert for å gi en total skår for GSE. Lav skår indikerer lav tro på egen mestringsevne, mens høy skår indikerer sterk tro på egen evne til å mestre vanskelige situasjoner og problemer. Gjennomsnittsskåren for alle respondentene for de 10 utsagnene i GSE er 3.08 med spredning fra 2.76 - 3.27. SD varierer mellom 0.44 - 0.62. Dette viser at deltakerne i denne studien opplever en høy grad av tro på egen mestringsevne.

8.5.2 Mastery scale

Før analysen ble gjennomført ble utsagnene 14-18 reversert. Dataene er analysert på samme måte som beskrevet i avsnitt. 8.5.1 og høy skår indikerer større grad av opplevd mestring. Resultatene viser en gjennomsnittsskår for alle respondentene på 2.92 med spredning fra 1.94 - 3.22. SD varierer mellom 0.60 - 0.80. Analysene av denne skalaen viser at deltakeren opplever høy grad av mestring.

8.5.3 Job Satisfaction Questionnaire

I denne skalaen ble utsagn 23 og 25 reversert og analyse gjennomført som i avsnitt. 8.5.1. Lav total skår er assosiert med mistrivsel, mens høy skår er assosiert med trivsel. Resultatene viser en gjennomsnittsskår for alle respondentene på 3.83 med spredning fra 3.19 - 4.14. SD varierer mellom 0.61-1.10. Dette viser at deltakerne i denne studien opplever jobbtilfredshet.

8.5.4 Finnes det en sammenheng mellom leders erfarings- og utdanningsnivå og opplevd mestring og trivsel i arbeidet?

Analyse av dataene viser at ledere som har formell tilleggsutdanning opplever større mestring enn de uten (p -verdi = 0.0000027). Når det gjelder ledere med intern

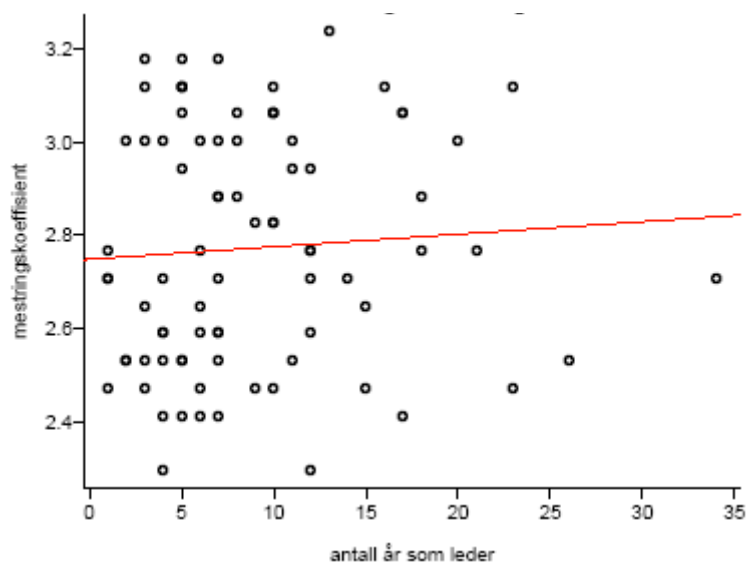
lederutdanning i forhold til ledere uten intern lederutdanning er det ingen signifikant forskjell på opplevd mestring (p-verdi=0.161).

Når det gjelder opplevelse av trivsel viser analysene ingen signifikant forskjell mellom ledere med tilleggsutdannelse eller intern lederutdanning i forhold til de som ikke har tilleggsutdannelse eller intern lederutdanning (p-verdi=0.1702/0.2125) (Tabell 14).

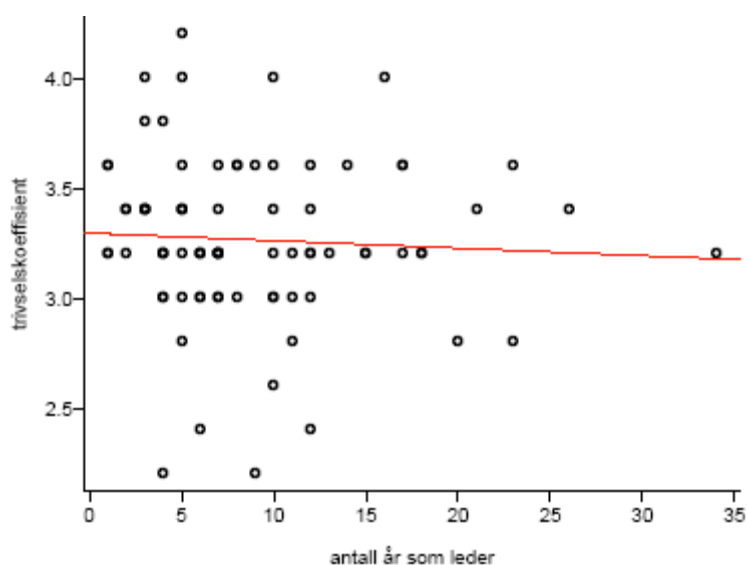
Tabell 14 Mestring og trivsel – hos informanter med og uten utdannelse

Tester på:	W		Z-verdi		P-verdi	
	Mestring	Trivsel	Mestring	Trivsel	Mestring	Trivsel
Tilleggsutdannelse i forhold til ikke tilleggsutdannelse	899738	60480	3.91	0.85	0.0000027	0.1702
Intern lederutdannelse i forhold til ikke intern lederutdannelse	1097266	21718	0.85	-0.23	0.161	0.2125

For å finne ut om det er noen sammenheng mellom antall år (erfaring) som leder og opplevelse av mestring og trivsel ble det laget to plott med tilhørende regresjonslinje (Figur 4 og 5.) Plottene viser ingen sammenheng mellom antall år som leder og opplevd mestring og trivsel. For å sikre at resultatene er korrekt ble det også kjørt en beta-test (test av stigningskoeffisienten) for å sjekke om det er noen sammenheng. Heller ikke denne testen viser noen tydelig sammenheng.

Figur 4 *Opplevd mestring i forhold til erfaring som leder*

Beta-test: t-verdi= 0.591 og p-verdi=0.556

Figur 5. *Opplevd trivsel i forhold til erfaring som leder*

Beta-test: t-verdi= 0.509 og p-verdi=0.612

8.5.5 Finnes det noen forskjell på opplevd mestring og trivsel blant ledere for somatiske avdelinger i forhold til psykiatriske avdelinger?

Ledere ved psykiatriske avdelinger opplever at de mestrer jobben bedre enn ledere ved somatiske avdelinger (p-verdi=0.025).

Når det gjelder trivsel er det ingen signifikant forskjell mellom ledere ved psykiatriske og somatiske avdelinger (p-verdi=0.47) (Tabell 15).

Tabell 15 Mestring og trivsel, forskjeller mellom somatisk og psykiatri

Tester på:	W		Z-verdi		P-verdi	
	Mestring	Trivsel	Mestring	Trivsel	Mestring	Trivsel
Psykiatri i forhold til somatisk	439869.5	22226	1.68	0.08	0.025	0.47

8.5.6 Finnes det noen forskjell på opplevd mestring og trivsel hos ledere som har vurdert å slutte i forhold til ledere som ikke har vurdert å slutte?

Analyse av data viser at ledere som ikke har vurdert å slutte opplever større mestring (p-verdi=0.0000025) og trivsel (p-verdi=0.000001) på jobben enn ledere som har vurdert å slutte (Tabell 16).

Tabell 16 Mestring og trivsel - vurdert å slutte i forhold til ikke vurdert å slutte

Tester på:	W		Z-verdi		P-verdi	
	Mestring	Trivsel	Mestring	Trivsel	Mestring	Trivsel
Slutte i forhold til ikke slutte	632944.5	49712	3.92	4.08	0.0000025	0.000001

8.5.7 Finnes det noen forskjell på opplevd mestring og trivsel mellom kjønn?

Analyse av data viser at det er ingen signifikant forskjell mellom kjønn på opplevd mestring (p-verdi= 0.5744), mens kvinner opplever større trivsel enn menn (p-verdi=0.0054) (Tabell 17).

Tabell 17 Mestring og trivsel, forskjeller mellom kjønn

Tester på:	W		Z-verdi		P-verdi	
	Mestring	Trivsel	Mestring	Trivsel	Mestring	Trivsel
Menn i forhold til kvinner	197089.5	15050.5	-0.16	2.28	0.5744	0.0054

9.0 DISKUSJON

I dette kapittel vil først metoden for innsamling av data bli drøftet. Deretter vil forskningsspørsmål og resultatene fra undersøkelse bli sett i sammenheng med oppgavens teoridel og tidligere forskning på området.

9.1 Metode for datainnsamling

I studien er det brukt et spørreskjema som er bygd opp av fire hovedområder, nærmere beskrevet i kapittel 6.1. Det ble ikke gjennomført noen pilotundersøkelse for å kvalitetssikre spørreskjemaet. Sett i ettertid burde det vært gjort, da det viser seg at siste del av skjema, som omhandler arbeidssituasjon og utdanning, kan ha gitt en del upresise svar og det er mange som ikke har svar på flere av disse spørsmålene.

Begrepene ”tilleggsutdanning innen område ledelse” og ”intern lederutdanning” kan gi rom for tolkning (spørsmål 30 og 32). Det burde vært presisert i spørreskjema at med tilleggsutdanning menes studier eller kurs som er gjennomført på høyskole eller universitetsnivå. Med intern lederutdanning menes deltagelse på interne kurs som er arrangert av foretaket. Spørreskjemaet kunne også inneholdt et fritekstfelt eller avkryssing hvor respondentene kunne nærmere angitt hvilken type tilleggsutdanning de hadde gjennomført.

Videre kan det også virke som om spørsmålene vedrørende ”studiepoeng” og ”antall dager/uker” har vært uklare eller vanskelig å svare på (spørsmål 31 og 33). Respondentene har krysset av for at de har tilleggsutdanning eller deltatt på intern lederutdanning, men har allikevel ikke svar på spørsmålene og studiepoeng og antall dager/uker.

9.2 Forskningsspørsmål 1: Finnes det en sammenheng mellom lederes erfarings- og utdanningsnivå og opplevd mestring og trivsel i arbeidet?

I et sykehus blir lederne stilt overfor store og små utfordringer og problemstillinger hver eneste dag; både fra pasienter, pårørende, personale og øverste ledelse. For å kunne mestre hverdag som leder må lederne ha personlig, faglig og ledelsemessig kvalifikasjoner og kompetanse. Når det er samsvar mellom kompetansekrav og leders

kompetanse oppfattes denne lederen som kompetent. Når det er manglede samsvar oppfattes lederen som inkompetent. (Lai 2004) Gjennom utdanning får lederne kompetanse og kvalifikasjoner.

Resultatene fra denne studien viste at 61,6 % har tilegnet seg en eller annen form for tilleggsutdanning innen for området ledelse. Når det gjelder intern lederutdanning har 78,5 % deltatt på et eller flere kurs. Totalt har 52 % både tilleggsutdanning og deltatt på intern lederutdanning og 12 % har ikke deltatt på noen av delene.

Fordelingen mellom ledere ved somatiske og psykiatriske avdelinger, som har tilleggsutdanning innen området ledelse, er henholdsvis 64,5 % og 50 %. Det var forventet at fordelingen mellom gruppene skulle være mer lik. Denne skjevfordelingen kan skyldes flere forhold. En årsak kan være at ledere ved psykiatriske avdelinger mest sannsynlig er spesialsykepleier innen psykiatri. Denne utdannelsen omfatter kompetanseområdene menneskelige relasjoner og kommunikasjon, som er viktige elementer i ledelse. En annen årsak kan være at psykiatriske enheter ikke har vært så hardt presset i forhold til effektivisering og økonomi, slik at og lederne ikke har følt behovet for økt kompetanse. En tredje årsak kan være manglende krav om lederkompetanse fra organisasjonen.

At et så stort antall av svarerne har formell tilleggsutdanning eller intern lederutdanning kan tyde på at de opplever at grunnutdanningen ikke er tilstrekkelig for å kunne utøve lederfunksjonen.

Utenlandske studier (Dienemann 1993; Kleinman 2003) har vist at sykepleieledere vektlegger kompetanse og ferdigheter innen området: menneskelige relasjoner og kommunikasjon, økonomi- og lederkompetanse, strategisk planlegging og personaladministrasjon. Det er ingen grunn til å tro at dette ikke er kompetanseområder som også vil være relevant for norske sykepleieledere.

9.2.1 Utdanning og opplevelse av mestring

Som forventet viser resultatene at ledere med formell tilleggsutdanning opplever større grad av mestring enn ledere uten tilleggsutdanning. Noen få studier har undersøkt sammenhengen mellom GSE og utdanning, men resultatene gir ikke noen entydig

konklusjon (Leganger m fl. 2000). I en studie av Leganger m fl. (Leganger 2000) ble ikke den forventede sammenhengen mellom mestring (GSE) og utdanning funnet, men de fant at blant kvinner var det en marginal signifikant korrelasjon mellom GSE og utdanning.

For å kunne være innenfor mestringsfeltet, som gir en følelse av selveffektivitet, må det være balanse mellom oppgavetrykk (oppgavemengde i forhold til tid) og arbeidsmetoder (måter å håndtere oppgaver på) (Eriksen 2003). Ved å investere i tilleggsutdanning gir dette økt kompetanse som kan bidra til at oppgaver løses på en mer rasjonell og effektiv måte. Dette øker sannsynligheten for at man holder seg innenfor mestringsfeltet.

Å inneha formell kompetanse kan i seg selv gi selvtillitt og større tro på seg selv. Klarer man da å omsette denne kompetanse til praktisk handling og anvende den til å løse eksisterende og nye oppgaver, vil det gi en opplevelse av mestring.

De personene som velger å ta videreutdanning er gjerne personer som i utgangspunktet har evne og vilje til å tilnærme seg vanskelige oppgaver. Disse personene har en innstilling og et ønske om å mestre de fleste utfordringer og ville ha skåret høyt på opplevelse av mestring uansett (Kaufmann 1998).

Det var ingen signifikant forskjell på opplevd mestring blant ledere som hadde deltatt på intern lederutdanning i forhold til de som ikke hadde deltatt. Intern lederutdanning er ofte kurs av en halv til en dags varighet, som man noen ganger er ”pålagt” å delta på av nærmeste leder, i motsetning til videreutdanning som oftest er etter eget ønske. Motivasjonen til å delta er ikke alltid til stede, leder stiller i ”hvit”, har med seg calling og er ”like mye på jobb som på kurs”. Læringsutbyttet av kurset blir ikke optimalt og det kan forklare hvorfor ikke dette gir større opplevelse av mestring. Holdningen har også betydning for læringsutbyttet, i det holdningen påvirker tilegnelsen, så vel som utnyttelsen av kompetansen.

9.2.2 Utdanning og opplevelse av trivsel

Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell på opplevelse av trivsel blant ledere med tilleggsutdannelse eller intern lederutdanning, i forhold til dem uten tilleggsutdannelse eller intern lederutdanning. Både litteratur som omhandler jobbtillfredshet og forskning

som er gjort på området, viser at det er mange faktorer som påvirker trivsel. Jobbtrivsel kan sees på som et globalt begrep og er uttrykk for hvor fornøyd den ansatte er med jobben ut fra en samlet vurdering (Einarsen 2005). Jobbtilfredshet er en individuell opplevelse og kan betraktes som en overordnet følelse i forhold til ulike aspekter av jobben som: verdsettelse, kommunikasjon, medarbeidere, organisasjonens kultur, muligheter for avansement og lønn (Kaufmann 1998). Dette kan forklare at det er ikke utdannelsen i seg selv som gir økt trivsel, men utdanning må sees i sammenheng med øvrige forhold med jobben. I andre studier (Bjørk 2007) ble det funnet en sammenheng mellom utdanning og jobbtilfredshet.

En annen måte å forklare funnene på, er å se det ut fra Hertzbergs tofaktorteori om hygienefaktor (forhold rundt jobben) og motivasjonsfaktor (jobbinnhold), nærmere beskrevet i kapittel 2.5. Motivasjonsfaktorene skaper trivsel i den grad de er til sted, men ikke mistrivsel hvis de ikke er til sted. Hvis man med utgangspunkt i denne studien sier at utdanning er en del av motivasjonsfaktorene, så vil de som har utdanning oppleve trivsel, mens de som ikke har utdanning vil ikke oppleve mistrivsel. Således kan dette forklare hvorfor det i denne studien ikke er funnet noen forskjell på opplevelse av trivsel mellom de med og uten tilleggsutdanning.

9.2.3 Erfaring og opplevelse av mestring

Noe overraskende viser resultatene fra studien at det er ingen sammenheng mellom antall år som leder og opplevelse av mestring. Det var i gjennomsnitt 20 år (varierende fra 4-40 år) siden deltagerne i undersøkelsen hadde fullført grunnutdanning og de hadde vært leder i gjennomsnitt 8 år (varierende fra 0,5-34 år). Ut fra teorien om erfaringslæring og Benners teori fra novise til ekspert (beskrevet i kapittel 2.3), var det forventet at de lederne med lengst erfaring opplevde større mestring enn de med mindre erfaring.

Opparbeiding av erfaring er en aktiv prosess hvor personen oppdager og vurderer en problemstilling og reflekterer over løsningen og deretter anvender kunnskapen i tilsvarende situasjoner. Subjektiv mestringsevne er viktig for læring og problemløsning. Det handler om å sette seg mål og viljen til å nå disse målene.

Resultatene kan derfor forklares ut fra det forhold at hver enkelt leder bearbeider og nyttiggjør seg den erfaringen de opparbeider på ulike måter. Noen trenger lang tid og noen kort tid på å bli ekspert, andre igjen blir aldri ekspert. Selv om man har lang fartstid som leder, og man da skulle tro at man klarte å mestre vanskelig oppgaver ut fra tidligere erfaring, så er det allikevel ikke alle som har tilstrekkelige ferdigheter eller evner til å klare å mestre komplekse oppgaver eller tro på at de klarer å mestre oppgavene.

9.2.4 Erfaring og opplevelse av trivsel

Det var heller ikke noe sammenheng mellom trivsel og antall år som leder. Dette samsvarer ikke med andre studier (Bjørk 2007) som fant at det var en sammenheng mellom antall år som sykepleier og ansettelse ved samme sykehus (> 8 år) eller samme avdeling (>5 år) og jobbtilfredshet. Denne forskjellen i funn kan skyldes at jobben som sykepleier og sykepleieledere er forskjellig. De ulike gruppene vil vektlegge ulike faktorer for jobbtilfredshet. Men som skrevet i avsnittet 9.2.2 er jobbtilfredshet en subjektiv opplevelse som påvirkes av mange faktorer, slik at erfaring aleine ikke gir nødvendigvis gir økt opplevelse av trivsel.

9.3 Forskningsspørsmål 2: Finnes det noen forskjell på opplevd mestring og trivsel blant ledere ved somatiske avdelinger i forhold til ledere ved psykiatriske avdelinger?

Resultatene viste at ledere ved psykiatriske avdelinger opplever større mestring enn ledere ved somatiske avdelinger. Dette er et noe overraskende resultat tatt i betraktning at det er færre ledere ved psykiatriske avdelinger som har tilleggsutdannelse. Noen åpenbar forklaring på hvorfor det er slik er vanskelig å se, og det bør derfor gjennomføres mer forskning på området. En mulig forklaring kan vær at ledere ved psykiatriske avdelinger har større tro på seg selv og kravet fra organisasjonen til effektivisering og budsjettbalanse er mindre, som igjen fører til mindre press og større opplevelse av å mestre. En annen mulig forklaring kan være at ledere ved psykiatriske avdelinger mest sannsynlig har spesialutdanning innen psykiatri. I denne utdanningen inngår elementer som kommunikasjon, relasjoner og samhandling. Disse kompetanseområdene kan de nyttiggjør seg av i jobben som leder og dermed oppleve at de mestrer jobben.

Når det gjelder trivsel var det ingen signifikant forskjell mellom de to gruppene. Det er i forskning på området jobbtilfredshet beskrevet ulike faktorer som påvirke trivsel og mistrivsel blant sykepleiere og sykepleieledere. Stor arbeidsmengde, organisatoriske forhold, stress og urettferdighet er blant de faktorer som påvirker opplevelsen av trivsel på en negativ måte. Faktorer som blant annet påvirker trivsel positivt er: variasjon i arbeidet, kontroll og rettferdighet og anerkjennelse og profesjonalitet. I og med at det ikke ble funnet noen forskjell mellom gruppene kan det tyde på at gruppene har lik opplevelse av disse faktorene.

9.4 Forskningsspørsmål 3: Finnes det noen forskjell på opplevd mestring og trivsel hos ledere som har vurdert å slutte i forhold til ledere som ikke har vurdert å slutte?

Mer enn halvparten (56,1 %) oppgir at de har vurdert å slutte som leder. Dette fordeler seg likt mellom ledere ved somatisk og psykiatriske avdelinger med henholdsvis 56 % og 56,5 %. Selv om en så stor andel av lederne har vurdert å slutte, ser det ikke ut til at dette vil skje i nær fremtid. Kun 28,7 % av lederen tror de har sluttet innen ett år, mens 34,1 % tror de fortsatt er leder om 3 år og 37,2 % tror de fortsatt er leder om 5 år.

Det kan være mange årsaker til at man ønsker å slutte i jobben som; tilbud om ny jobb, flytting, økonomi, mistrivsel, ønsker andre utfordringer. I denne studien er det er ikke spurt noe nærmere om hva som er årsaken til at man ønsker å slutte.

9.4.1 Vurdert å slutte og forhold til nærmeste leder

Respondentene ble spurt om forhold til nærmeste leder. Der svarer de fleste 92,9 % at de har et *meget bra eller bra* forhold til nærmeste leder. 7,1 % oppgir at de har et *mindre bra* forhold til nærmeste leder. Når man ser nærmere på de ledere som har vurdert å slutte så oppgir 54,5 % at de har et *bra* og 38,2 % *meget bra* forhold til nærmeste leder. Av de ledere som ikke har vurdert å slutte oppgir 53,5 % at de har et *meget bra* og 39,5 % *bra* forhold til nærmeste leder. Andelen som har en *mindre bra* forhold til nærmeste leder er likt fordelt mellom ledere som har vurdert å slutte, 7,3 % og leder som ikke har vurdert å slutte 7 %.

Ut fra overnevnte kan man trekke den slutningen at forhold til nærmeste leder sannsynligvis ikke er årsaken til at så mange ledere har vurdert å slutte.

9.4.2 Vurdert å slutte og opplevelse av mestring og trivsel

Resultatene viser at ledere som ikke hadde vurdert å slutte opplevde større mestring og trivsel enn de som hadde vurdert å slutte. En årsak som kan påvirke ønsker om å slutte i jobben er opplevelse av manglende mestring og mistrivsel. Blir det er misforhold mellom oppgavemengden og evnen til å håndtere oppgavene kommer man utenfor mestringsfeltet. Dette vil igjen påvirke jobbtilfredshet (Thompson, 2004 #16).

I en studie av (Bjövell 1992) viser resultatene at til tross for opplevelse av høy jobbtilfredshet så oppga over halvparten av respondentene at de ville slutte i jobben. Studien viste også at de som planla å slutte i jobben opplevde å være mindre fornøyd med deler av jobben som for eksempel samarbeid, jobbkompleksitet, kollegaveiledning og tid til pasientomsorg, enn de som ikke hadde planer om å slutte i jobben. Det var spesielt sykepleiere som oppga disse faktorene. Det kan ikke utelukkes at dette er de samme faktorer som påvirker deltakerne i denne studien, i deres ønske om å slutte. Men så lenge det ikke er spurt om årsaken til hvorfor man har vurdert å slutt er det vanskelig å gi en eksakt forklaring. Det bør derfor undersøkes nærmere.

9.5 Forskningsspørsmål 4: Finnes det noen forskjell på opplevde mestring og trivsel mellom kjønn?

Utvalget består av 17 menn og 82 kvinner. Aldersmessig fordeler de seg noe ulikt med flest menn i alderen 35-39 år (8 personer), mens det er flest kvinner i aldersgruppen 50-54 år (25 personer).

9.5.1 Kjønn og opplevelse av mestring

Analysene viser at det er ingen signifikant forskjell mellom kjønn når det gjelder opplevd mestring. Dette stemmer overens med det som er funnet i en annen studie (Leganger,2000), mens i en studie av Nesse (2008) ble det funnet at menn har skåret høyere (GSE) på mestring enn kvinner.

At det i denne studien ikke er noe forskjell mellom kjønn på opplevelse av mestring kan tyde på at begge grupper har samme evne til å møte og takle oppgaven ved å være leder.

9.5.2 Kjønn og opplevelse av trivsel

Analysen viser at kvinner opplever større trivsel enn menn. I en annen studie (Bjørk 2007) ble det ikke funnet noen forskjell på jobbtilfredshet mellom kjønn. Forklaring på denne forskjellen i denne studien kan ligge i at menn og kvinner handler og reagerer ulikt i ulike situasjoner og vil derfor vektlegge ulike sider ved jobbe ulikt. Men som nevnt i avsnittet over er det få menn i utvalget og man kan sette spørsmål ved om dette resultatet kan være signifikant.

10.0 KONKLUSJON

I dagens helsevesen møter lederne store utfordringer, hvor mange komplekse oppgaver skal løses innenfor stramme rammer. Å kvalifisere seg til å bli leder har vært, og er fortsatt en viktig karrierevei for sykepleiere. Kravene til ferdigheter og kompetanse hos sykepleielederen og innholdet i rollen som sykepleieleder har endret seg i takt med de endringene som skjer i helsevesenet. Fra en lederrolle der det nærmest var tilstrekkelig å være god på fag, skal man nå fremstå som en profesjonell leder med tilhørende kompetanse. Innenfor ledelsesfaget er mestring og jobbtilfredshet to sentrale begreper. For å kunne takle lederrollen må man mestre de ulike oppgavene. Vi har arbeidsglede når vi er innenfor mestringsfeltet..

Blant deltakerne i denne undersøkelsen har 61, 6 % tilleggsutdannelsen innen området ledelse. Resultatene bekrefter antagelsen om at sykepleieledere med formell tilleggsutdanning i ledelse opplever større grad av mestring enn de uten tilleggsutdanning. Kortvarig intern lederutdanning ga ikke samme effekt. Ledelse som fag er ganske omfattende og man trenger tid til fordypning og refleksjon skal læringen bli effektiv.

Det var ingen sammenheng mellom erfaring (antall år som leder) og opplevelse av mestring. Ledere ved psykiatrisk avdelinger opplevde i gjennomsnitt større grad av mestring enn ledere ved somatiske avdelinger, dette til tross for at det var flere ledere ved psykiatriske avdelinger som ikke hadde lederutdanning.

Når det gjelder jobbtilfredshet viste resultatene, noe uventet, at utdanning og erfaring ikke har noen effekt på opplevelse av jobbtilfredshet. Det var heller ingen signifikant forskjell på opplevelse av trivsel blant ledere ved somatisk avdelinger og psykiatriske avdelinger. Funnet av at utdanning ikke ser ut å ha innvirkning på opplevelse av jobbtilfredshet kan skyldes at denne opplevelsen kan påvirkes av en rekke ulike faktorer i arbeidsmiljøet som lederen ikke har kontroll over.

Menn og kvinner opplever mestring i sammen grad, mens kvinner trives bedre enn menn.

11.0 REFERANSER

- Adams, A. og Bond, S. (2000). "Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics." Journal of Advanced Nursing **32**(3): 536-543.
- Anderko, L., Robertson, J. m fl. (1999). "Job Satisfaction in a Rural Differentiated-Practice Setting." Nursing Connection **12**(1): 49-58.
- Bandura, A. (1995). Self-efficacy in changing societies. Cambridge, Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. New York, Freeman.
- Bell, I. R., Miller, C. S. et al. (1996). "Neuropsychiatric and Somatic Characteristics of Young Adults With and Without Self-Reported Chemical Odor Intolerance and Chemical Sensitivity." Archives of Environmental Health **51**(11): 9-21.
- Banner, P. (1995). Fra novise til ekspert, Munksgaard.
- Bjørk, I. T., Samdal, G. B. et al. (2007). "Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey." International journal of nursing studies **44**: 747-757.
- Bjövell, H. og Brodin, B (1992). "Hospital Staff members are Satisfied with their Jobs." Scandinavian journal of caring sciences **6**(1): 9-19.
- Blegen, M. A. (1993). "Nurses' Job Satisfaction A meta-Analysis Of Related Variables." Nursing Research **42**(1): 36-41.
- Boettcher, J. H. (1989). "Nurse Practice Centers and Faculty Job Satisfaction." Nursing Connection **2**(3): 7-17.
- Brayfield, A. H. og Roche, H. F. (1951). "An Index of Job Satisfaction." Journal of Applied Psychology **35**(5): 307-311.
- Busch, T., Johnsen, E. m fl. (2003). Endringsledelse i det offentlige, Tano Aschehoug.
- Carroll, T. L. (2005). "Leadership Skills and Attributes of Women and Nurses Executives. Challenges for the 21st Century." Nursing administration quarterly **29**(2): 146-153.
- Christophersen, K.-A. (2006). Databehandling og statistisk analyse med SPSS, Unipub forlag og forfatteren.
- Dienemann, J. og Shaffer, C. (1993). "Nurse Manager Characteristics and Skills: Curriculum Implications." Nursing Connections **6**(2).
- Einarsen, S. og Skogstad, A. (2000). Det gode arbeidsmiljø, Fagbokforlaget Vigmostad&Bjørke.
- Einarsen, S. og Skogstad, A. (2005). Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger, Fagbokforlaget Vigmostad&Bjørke.
- Eriksen, H., Murison, R. m fl. (2005). "Cognitive activation theory og stress (CATS): From fish brains to the Olympics." Psychoneuroendocrinology **30**: 933-938.
- Eriksen, T. H., Gad, T. m fl. (2003). Selvledelse, Menneskelig kapital i det nye arbeidslivet, Gyldendal Norske Forlag 2003.
- Eriksen, H. R., M. Olff, m fl. (1997). "The CODE: A revised battery for coping and defence and its relations to subjective health." Scandinavian journal of Psychology **38**: 175-182.
- Eriksen, H. R. og H. Ursin (1999). "Subjective health complaints; is coping more important than control?" Work and Stress **13**(3): 238-252.
- Framnes, R., Thjømøe, H. M. m fl. (2006). Markedsføringsledelse. Oslo, Universitetsforlaget.
- Grønhaug, K., Hellesøy, O. m fl. (2001). Ledelse i teori og praksis, Fagbokforlaget.
- Halvorsen, K. (2008). Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Oslo, Cappelen akademisk forlag.

- Haraldsen, G. (1999). Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden, Ad Notam Gyldendal.
- Haukedal, W. (2005). Arbeids- og lederpsykologi, J.W Cappelens Forlag AS.
- Holst, G. (2008). I morgen, i morgen, men ikke i dag.... Om sammenhengen mellom prokastinasjon, mestringskontroll og betydningen for arbeidsglede. Bergen, Helse Bergen/Haukeland universitetssykehus. (ikke publisert)
- Holter, E. (1995). Ledelse og ledere i sykehus. Administrasjon av sengeposter, TANO.
- Kaufmann, A. og Kaufmann G. (1998). Psykologi i organisasjon og ledelse, Fagbokforlaget.
- Kleinman, C. S. (2003). "Leadership Roles, Competencies, and Education." Journal of Nursing Administration **33**(9): 451-455.
- Lai, L. (2004). Strategisk kompetansestyring, Fagbokforlaget Vigmostad&Bjørke AS.
- Leganger, A., Kraft, P. m fl. (2000). "Perceived self-efficacy in health behaviour research: Conceptualisation, measurement and correlates." Psychology and Health **15**: 51-69.
- Lorensen, M. (1998). Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag., Universitetsforlaget.
- Mahoney, J. (2001). "Leadership skills for the 21st century." Journal og Nursing Management **9**: 269-271.
- Marchall, G. N. og Lang, E. L. (1990). "Optimism, Self-Mastery and Symptoms of Depression in Women Professionals." Journal of Personality and Social Psychology **59**(1): 132-139.
- Martinsen, Ø. (2001). Perspektiver på ledelse, Gyldendal Norske Forlag.
- Mathena, K. A. (2002). "Nursing Manager Leadership Skills." Journal of Nursing Administration **32**(3): 136-142.
- Matthiesen, S. B. (2005). Hvorfor trives vi så godt? Om jobbtilfredshet i det moderne. I Einarsen, S. & Skogstad, A (red) (2005) Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger, Fagbokforlaget Vigmostad&Bjørke
- McNeese-Smith, D. K. (1999). "A content analysis of staff nurse descriptions og of job satisfaction and dissatisfaction." Journal ot Advanced Nursing **29**(6): 1330-1341.
- Melhus, J. M. og Haugen, T. (2006). Begeistring!, Begeistringsforlaget 2006.
- Nesse, H. (2008). Nærvær i arbeidslivet - en survey undersøkelse av forpleiningsansatte i Nordsjøen. Er det sammenheng mellom langtidsfravær på jobben og mestring, jobbengasjement, organisatorisk rettferdighet, krav, kontroll og sosial støtte? <https://bora.uib.no/handle/1956/3179>
Universitet i Bergen, HEMIL-senteret Det psykologisk fakultet
- NSF (2000). Delhefte 2: Funksjonsbeskrivelse i sykepleietjenesten, Norsk sykepleierforbund.
- NSF (2005). "Sykepleiere med lederansvar - god på fag og ledelse." Norsk Sykepleierforbund.
- NSF (2007). Kloke grep - fortellinger fra sykepleiere med lederansvar.
- Pearlin, L. I. og Schooler, C(1978). "The structure of coping." Journal of Health Social Behaviour **19**(2-21).
- Pedersen, O. B., Prestegaard, K. m fl. (2001). Strategisk læring i klinisk praksis, Den norske legeforening.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2004). Nursing Research: Principles and Methods, Lippincott William and Wilkins.
- Ringdal, K. (2001). Enhet og mangfold, Fagboklaget.
- Røysamb, E. (1997). Adolescent risk making: Behaviour patterns and the role of emotions and cognitions. Doctoral dissertation, University of Oslo, Norway.

- Røysamb, E., R. Schwarzer, m fl. (1998). "Norwegian Version of the General Perceived Self-Efficacy Scale" <http://userpage.fuberlin.de/~health/norway.htm>
- Sander, K (2004) <http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2579/1/Utsagnsmetoden/Utsagnsmetoden.html>
- Saunes, J. (2007). Flinke jenter kan også være utilfreds. Hvilken betydning har avdelingssykepleieres lederstil for utviklingen av jobbtilfredshet hos sykepleiere?, Universitetet i Oslo <http://www.duo.uio.no/sok/work.html?WORKID=52828>.
- Schmidt, D. Y. (1999). "Financial and Operational Skills for Nurse Managers." *Nursing administration quarterly* **23**(4): 16-23.
- Schwarzer, R. <http://www.ralfschwarzer.de/>
- Statistisk sentralbyrå: http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabellHjem.asp&KortnavnWeb=hesospers.
- Shirey, M. (2007). "Competencies and Tips for Effective leadership." *Journal of Nursing Administration* **37**(4).
- Skivik, H. M. (2004). *Relasjonell ledelse. Å lære lederskap i praksis*, Gyldendal.
- Skog, O. J. (2005). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*, Gyldendal Norske Forlag.
- Skogstad, A. (red) og S. Einarsen (2002). *Ledelse på godt og vondt*, Fagbokforlaget Vigmostad&Bjørke.
- Stevenson, W., Maton, K. I. m fl. (1998). "School Importance and Dropout Among pregnant Adolescents." *Journal of Adolescent Health* **22**: 376-382.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*, Fagbokforlaget.
- Thompson, G. (2004). *Situasjonsbestemt ledelse*, Gyldendal Norske Forlag.
- Thorpe, K. og Loo, R. (2003). "Balancing professional and personal satisfaction of nurse managers: current and future perspectives in a changing health care system." *Journal of Nursing Management* **11**: 321-330.
- Undheim, J. O. (1996). *Innføring i statistikk og metode for samfunnsvitenskaplige fag*, Universitetsforlaget.
- Wenstøp, F. (2006). *Statistikk og dataanalyse*, Universitetsforlaget 2006.
- Wikipedia. "R (statistikkpakke)."
- Wormnes, B. og T. Manger, T. (2005). *Motivasjon og Mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser*, Fagbokforlaget.
- Ystrom, E., Niegel, S. m fl. (2008). "The impact of maternal negative affectivity and self-efficacy on breastfeeding: The Norwegian Mother and Child Cohort Study (moBa)." *The Journal of Pediatrics* **152**(1): 68-72.
- Harland, E. (2004). *Den troverdige leiaren*, Det Norske Samlaget.
- Aadland, E. (2004). *Etikk og ledelse*
- Aarø, L. E. (2005). *Motivasjon i arbeidslivet: Et behovsteoretisk perspektiv*. I Einarsen, S. & Skogstad, A (red) (2005) *Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger* Fagbokforlaget Vigmostad&Bjørke.



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Otto Brun Pedersen
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Kalfarveien 31
5018 BERGEN

Vår dato: 27.08.2008

Vår ref: 19649 / 2 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.07.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

19649	<i>I hvilken grad finnes det sammenheng mellom leders erfarings- og utdanningsnivå og opplevd mestrings og trivsel i arbeidet?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Otto Brun Pedersen
Student	Wibeke Krokås

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

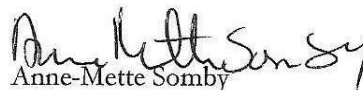
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.03.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Wibeke Krokås, Østre Stiaberget 113, 5179 GODVIK

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

19649

Personvernombudet finner at behandlingen kan finne sted med hjemmel i personopplysningsloven §§ 8 første ledd (samtykke) og 9 a.

Informasjonsskrivet til deltakerne vurderes som tilfredsstillende utformet etter revisjon jf. e-post mottatt 25.08.2008.

Det skal registreres sensitive opplysninger om helse jf. personopplysningsloven § 2 pkt. 8 c.

Opplysningene skal samles inn ved postale spørreskjema. Studenten skal ha tilgang til koplingsnøkkelen og skal foreta en purring til utvalget. Spørreskjema og koplingsnøkkel skal lagres atskilt og konfidensielt i prosjektperioden.

Når resultatene skal presenteres skal det ikke være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner.

Ved prosjektslutt 31.03.2009 skal datamaterialet anonymiseres. Det innebærer at direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger skal slettes eller grovkategoriseres. Koplingsnøkkel og spørreskjema skal makuleres. Datamaterialet forøvrig skal grovkategoriseres eller slettes.



Til ledere på mellomnivå i Helse Bergen!

Invitasjon til deltagelse i studie om lederutdanning og opplevd trivsel og mestring

Ledelse i helsevesenet er et område som opptar mange både i Helse Bergen og samfunnet for øvrig. Helsevesenet trenger gode leder som trives og mestrer jobben. Jeg ønsker å undersøke om det er noen sammenheng mellom hvordan ledere trives og mestrer arbeidsdagen og hvilken lederutdanning de har.

Jeg er deltidsstudent ved Universitetet i Bergen og holder nå på med avsluttende masteroppgave i *Helseledelse, Helseøkonomi og Kvalitetsforbedring*. Undersøkelsen vil utgjøre datagrunnlaget i oppgaven.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen og du kan trekke deg fra undersøkelsen så lenge studien pågår, uten at det oppgies noen grunn. Jeg har taushetsplikt og opplysningene fra spørreskjemaet vil bli behandlet konfidensielt, slik at ingen opplysninger som publiseres kan tilbakeføres til enkeltpersoner eller den enkelte arbeidsplassen. Undersøkelsen er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Lagret datamateriell vil bli anonymisert og spørreskjema vil bli makulert ved prosjektslutt, mars 2009.

Vennligst returner spørreskjema i vedlagt svarkonvolutt innen **24. september 2008**. Har du ikke svart innen fristen vil du motta en ny henvendelse.

På forhånd takk for din medvirkning!

Med vennlig hilsen

Wibeke Krokås
Deltidsstudent/Rådgiver
Arbeidsgiverseksjonen
Helse Bergen

Tlf: 95 87 55 71

Otto Brun Pedersen
Veileder/ Førsteamanuensis
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Tlf: 55 58 20 40


**SPØRRESKJEMA OM LEDERUTDANNING OG
OPPLEVD TRIVSEL OG MESTRING**
Først noen opplysninger om deg selv:

1. Alder: 25-29 år: 30-34 år: 35-39 år: 40-44 år: 45-49 år:
 50-55 år: 55-59 år: 60-64 år: 65-70 år:
2. Kjønn: Mann: Kvinne:
3. Hvor mange år er det siden du fullførte sykepleierutdanningen? år

Hvordan opplever du at du mestrer arbeidsdagen din?

Kryss av for den påstanden du mener passer best for din arbeidssituasjon.

	Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig
4. Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Det er lett for meg å holde fast på planene mine og nå målene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Takket være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringssevnen min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis flere løsninger på det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jeg har liten grad av kontroll over ting som hender meg i min arbeidssituasjon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Når det gjelder noen av problemene i jobben min er det virkelig ingen måte jeg kan løse dem på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Det er lite jeg kan gjøre for å endre på mange av de viktige tingene i jobben min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jeg føler meg ofte hjelpeløs når det gjelder å takle problemer i min arbeidssituasjon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Noen ganger føler jeg meg presset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hva som vil skje med meg i fremtiden avhenger i stor grad av meg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Jeg kan gjøre omtrent alt jeg virkelig går inn for å gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hvordan trives du i jobben?

Kryss av for det svar alternativet du synes passer best for deg.

	Helt uenig	Uenig	Verken enig eller uenig	Enig	Helt enig
21. Jeg er ganske fornøyd med min nåværende jobb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. De fleste dager trives jeg med jobben min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Arbeidsdagene ser aldri ut til å ha noen ende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Jeg opplever virkelig glede i mitt arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Jeg synes jobben min er ganske ubehagelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Litt om din arbeidssituasjon og utdanning:

26. Hvor lenge har du vær leder? år
27. Hvor mange ansatte er du leder for? antall
28. Hvilken pasientkategori er du leder for? Somatisk: Psykiatri:
29. Hvilke type avdeling er du leder for? Poliklinikk Sengepost Spesialavd.
(opr/int/anest./føde/akuttm.)
30. Har du tilleggsutdannelse innen område ledelse? Ja: Nei:
31. Hvis JA; hvor mange studiepoeng har du? poeng
32. Har du deltatt på intern lederutdanning? Ja: Nei:
33. Hvis JA; hvor mange dager/uker? Dager: Uker:
34. Har du vurdert å slutte som leder? Ja: Nei:
35. Tror du at du fortsatt er leder om 1-5 år? 1 år: 3 år: 5 år:
36. Hvordan vi du karakterisere ditt forhold til Meget bra: Bra: Mindre bra:
din nærmeste leder?

Takk for din medvirkning!

Vedlegg 4

Reliabilitetstester

Mastery scale

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	91	91,0
	Excluded(a)	9	9,0
	Total	100	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,791	7

Job Satisfaction Questionnaire

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	86	86,0
	Excluded(a)	14	14,0
	Total	100	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,791	7

General Self-Efficacy Scale

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	94	94,0
	Excluded(a)	6	6,0
	Total	100	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,821	10

(SPSS 15.0)