

Sissel Cathrine Rædergård og Bodil Ericsson Berg

## **På hvilken måte kan St. Olavs Hospitals valg av strategi knyttet til ansattes kompetanse bidra til å ivareta og beholde erfarne sykepleiere?**

En kvalitativ studie av hvordan kompetanse anvendes strategisk ved et helseforetak som tiltak for å beholde kompetent helsepersonell.

Masteroppgave i Master of Public Administration

Veileder: Berit Irene Vannebo

Mai 2023



Sissel Cathrine Rædergård og Bodil Ericsson Berg

# **På hvilken måte kan St. Olavs Hospitals valg av strategi knyttet til ansattes kompetanse bidra til å ivareta og beholde erfarne sykepleiere?**

En kvalitativ studie av hvordan kompetanse  
anvendes strategisk ved et helseforetak som tiltak for  
å beholde kompetent helsepersonell.

Masteroppgave i Master of Public Administration  
Veileder: Berit Irene Vannebo  
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for økonomi  
NTNU Handelshøyskolen



Kunnskap for en bedre verden



## Forord

I denne masteravhandlingen har vi sett på om kompetanse kan være et strategisk virkemiddel for å bevare erfarne sykepleiere ved St. Olavs Hospital HF. Formålet var å skaffe informasjon og kunnskap om hvordan kompetanse som strategi fungerer ved helseforetaket.

Denne masteravhandlingen er avslutningen på et to og et halvt års studium. Vi har hatt mye glede av og lært mye på denne tiden.

Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder, Berit Irene Vannebo, som har vært tålmodig og veiledet oss på en god måte gjennom denne oppgaven. Vi vil og takke våre informanter som i en svært hektisk tid ved St. Olavs Hospital likevel satte av tid til oss og bidro med sin kompetanse og åpenhet. Disse samtalene ga oss god innsikt, og ga rom for mye refleksjon rundt vår problemstilling.

I tillegg ønsker vi å takke vår arbeidsgiver St. Olavs Hospital HF som har lagt til rette for at vi kan ta dette studiet. Til slutt ønsker vi å takke våre familier som har vært tålmodige med oss gjennom denne prosessen.

Mai 2023

Sissel Cathrine Rædergård og Bodil Ericsson Berg

## Sammendrag

Helsetjenestene våre er i endring. I fremtiden vil ikke tilgangen på helsepersonell være like god som den har vært, selv om behovet for helsetjenestene øker. Vi må derfor tenke nytt omkring hvilke tjenester som skal utføres, og hvem som skal utføre dem. I februar 2023 kom Helsepersonellkommisjonen med sin NOU, «Tid for handling» hvor utfordringene i helse- og omsorgstjenestene med manglende helsepersonell samt økende pasientgrunnlag bekreftes og beskrives. Mangelen på helsepersonell stiller krav til organisasjonene i offentlig sektor som bevisst må arbeide for å rekruttere, men ikke minst også beholde sine ansatte for å opprette kvaliteten på helsetjenestene til pasientene. Vi ønsket derfor i vår studie å se på hvordan det arbeides strategisk for å beholde ansatte helsetjenestene i offentlig sektor. For å kunne beskrive dette valgte vi oss en spesiell yrkesgruppe, de erfarne sykepleierne ved et stort helseforetak.

Vår problemstilling for oppgaven er «På hvilken måte kan St. Olavs Hospitals valg av strategi knyttet til kompetanse bidra til å ivareta og beholde erfarne sykepleiere». Med utgangspunkt i en kvalitativ tilnærming gjennomførte vi dokumentanalyse av fire overordnede strategiske dokumenter for Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospital, samt intervju med 16 personer. Informantene var 10 erfarne sykepleiere, samt 6 seksjonsledere ved to forskjellige avdelinger ved St. Olavs Hospital.

Vi fant at det finnes nedfelt strategi knyttet til kompetanse ved St. Olavs Hospital for å rekruttere og beholde ansatte, men denne strategien var ikke kjent for lederne ved helseforetaket. Lederne var veldig opptatt av de ansattes og sin avdelings samlede kompetanse, men lederne hadde ikke handlingsrom i en svært hektisk hverdag til å arbeide tilstrekkelig med kompetanseledelse. De erfarne sykepleierne savnet tid til kompetanseheving, og tilstedeværelse av sine ledere. Ved avdelingene vi gjennomførte intervju var den daglige driften utfordrende, med høyt sykefravær, ettervirkninger av pandemien, fullt sykehus, innføring av Helseplattformen samt i tillegg høy turnover ved den ene avdelingen.

Vår konklusjon er at skal strategi knyttet til kompetanse, som er nedfelt i de overordnede dokumentene, kunne bidra til å ivareta og beholde ansatte må den implementeres bedre slik at den blir et verktøy for lederne i deres daglige arbeid opp mot ansatte. Slik det er i dag er strategien ukjent, og den benyttes ikke best mulig for de seksjonslederne som er tettest på sykepleierne. Hovedledelsen ved St. Olavs Hospital bør legge til rette for at lederne får tid og

rom til å arbeide strategisk med kompetanseledelse og kompetanseutvikling. Det vil komme de ansatte til gode, og slik kan strategien knyttet til kompetanse bidra til å ivareta og beholde erfarne sykepleiere ved St. Olavs Hospital.

## Abstract

Our healthcare is changing. In the future, access to health personnel will not be as good as it has been, even though the need is the same. We need to rethink what services are to be performed and who is going to perform them. In February 2023, the Health Personnel Commission issued its NOU (Official Norwegian Reports), «Tid for handling», where the situation is confirmed and described. The shortage of health personnel places demands on the organizations in the public sector that must consciously work to recruit, but not least also retain their employees in order to establish the quality of health services for patients. In our study, we therefore wanted to look at how strategic efforts are being made to retain employees in the public sector. To describe this, we chose a particular occupational group, the experienced nurses of a large healthcare organization. Our research question is "In what way can St. Olavs Hospital's choice of strategy related to competence contribute to the retention of experienced nurses".

Based on a qualitative approach, we conducted document analyses of four overarching strategic documents for the Helse Midt-Norge and St. Olavs Hospital, as well as interviews with 16 people. The informants were 10 experienced nurses and 6 heads of section at two different departments at St. Olavs Hospital. We found that St. Olavs Hospital has a written strategy for recruiting and retaining employees, but this strategy was not known to the managers at the health enterprise. The managers were very concerned about the employees' and their department's overall competence, but the managers had no room for maneuver in a very hectic workday to work adequately with competence management. The experienced nurses lacked time for competence development and the presence of their managers. In the departments we interviewed, day-to-day operations were challenging, with high sickness absence, the aftermath of the pandemic, a full hospital, the introduction of the "Helseplattformen" (new IT platform for One common regional health record) and, in addition, high turnover in one department.

Our conclusion is that if the strategy related to competence, which is laid down in the overarching documents, can contribute to safeguarding and retaining employees, it must be better implemented so that it becomes a tool for managers in their daily work with employees.

As it stands, the strategy is unknown, and it is not used in the best possible way for the leaders in level 4. The senior management at St. Olavs Hospital should ensure that managers have time and space to work strategically with competence management and competence development. This will benefit the employees, and in this way the strategy related to competence can help to safeguard and retain experienced nurses at St. Olav's Hospital.



## Innholdsfortegnelse

Forord .....	1
Sammendrag .....	2
Abstract .....	3
1. Innledning .....	7
1.1 Masteravhandlingens oppbygging .....	9
2.0 Bakgrunn for studien og studiens problemstilling .....	11
2.1 Bakgrunn for studien .....	11
2.2 Studiens problemstilling .....	14
2.3 Tidligere forskning på temaene arbeidsmiljø, motivasjon og kompetanse blant sykepleiere .....	22
3.0 Teori .....	25
3.1 Strategi .....	25
3.2 Kompetanse .....	30
3.3 Kompetanseledelse .....	32
3.4 Læringsarenaer og deres betydning for kompetansemobilisering .....	35
3.5 Betydningen av verdier i ledelse av kompetanse .....	37
3.6 Fra novise til ekspert .....	38
3.7 Betydningen av motivasjon for kunnskapsarbeidere .....	39
4.0 Forskningsmetode .....	42
4.1.0 Innledning .....	42
4.1.1 Problemstilling .....	42
4.2.0 Vitenskapsteoretisk standpunkt .....	44
4.2.1 Sosial konstruktivisme .....	46
4.2.2 Induktiv/ deduktiv tilnærming .....	49
4.3.0 Studiens design .....	50
4.3.1 Kvalitative data .....	54
4.3.2 Dokumentdata .....	56
4.3.3 Intervjudata i studien .....	57
4.3.4 Utvalg av informanter til intervju .....	58
4.4.0 Analyse av innsamlet empiri .....	59
4.4.1 Tematisk analyse .....	62
4.5.0 Studiens reliabilitet og validitet .....	65
5.0 Analyse .....	70
5.1.0 Innledning .....	70

5.1.1 Presentasjon av strategiske dokumenter .....	71
5.2.0 Strategisk fokus på kompetanse og kompetanseplaner .....	72
5.2.1 Rekruttering av og ivaretagelse av ansatte .....	72
5.2.2 Organisasjonskultur og dens betydning for utvikling av strategi .....	75
5.2.3 Kompetanseplanlegging som strategi .....	76
5.3.0 Lederne ved St Olavs hospital- deres kjennskap til overordnet strategi, og deres perspektiver på kompetanseplanlegging, rekruttering, og kompetanseledelse.....	80
5.3.1 Lederes kjennskap til overordnet strategi .....	81
5.3.2 Lederes perspektiver på kompetanseplanlegging og rekruttering i de ulike avdelingene .....	82
5.3.3 Kompetanseplanlegging og kompetanseledelse i de ulike avdelingene .....	83
5.4.0 Ansattes forståelse av egen kompetanse og behovet for kompetanseheving .....	87
6.0 Diskusjon av våre funn.....	93
6.1.0 Innledning .....	93
6.2.0 Hvilken strategi finnes på området kompetanse ved St. Olavs Hospital, og i hvilken grad er denne strategien kjent for lederne ved foretaket?.....	93
6.3.0 I hvilken grad er ledere opptatt av ansattes kompetanse, og har lederne en kompetanseplan eller kompetanseoversikt over sine ansatte?.....	97
6.3.1 Lederes perspektiver på, og erfaringer med, strategisk kompetanseledelse og kompetansemobilisering .....	98
6.3.2 Å lede egen profesjon .....	102
6.4.0 På hvilken måte er ansatte opptatt av egen kompetanse? .....	105
6.4.1 Kompetansemobilisering og betydningen av arbeidsmiljø .....	108
6.4.2 Profesjonsidentitet og viktigheten av å lede ens egen profesjon .....	110
6.4.3 Fra novise til ekspert—betydningen av erfaringskompetanse.....	111
7.0 Konklusjon .....	114
8.0 Referanseliste .....	118
9.0 Vedlegg .....	121
Vedlegg 1 Forespørsel om å delta i undersøkelse .....	121
Vedlegg 2 Samtykkeerklæring .....	122
Vedlegg 3 Intervjuguide .....	123

## 1. Innledning

Det var knyttet høye forventninger til Helsepersonellkomisjonens rapport «Tid for handling» når den kom i februar 2023. Rapporten beskriver en varslet bemanningskrise i Helse-Norge, noe vi allerede ser konturene av. Det blir nødvendig å tenke annerledes rundt anvendelse av helsepersonell, både hvilke arbeidsoppgaver som skal utføres, og hvem som skal gjøre de ulike oppgavene (Helsekommisjonen, 2023). Antall eldre øker kraftig i årene framover, uten at man vil klare å skaffe til veie tilstrekkelig med helsepersonell for å møte behovet hos denne gruppen. Det blir med andre ord en uoverensstemmelse mellom tilbud og etterspørsel i offentlige helsetjenester.

Tall fra rapporten viser at det i 2019 manglet 5500 sykepleiere i Norge. Dette tallet forventes å øke til 50 000 fram mot 2040 (Helsekommisjonen, 2023). Hittil har mangelen på sykepleiere først og fremst rammet kommunehelsetjenesten, men man ser dette nå treffer spesialisthelsetjenesten i større grad enn tidligere. Pandemien førte til høy usikkerhet i arbeidsmarkedet for mange sektorer. I helse- og omsorgstjenesten var ikke dette tilfelle, men arbeidshverdagen til ansatte i denne sektoren ble påvirket i stor grad (Helsekommisjonen, 2023). Helsepersonell opplevde i mars 2020 en brå overgang med endring av arbeidsoppgaver samt fravær knyttet til karantene og sykdom.

Forbundsledere fra Norsk Sykepleierforbund, Overlegeforeningen og Yngre legers forening er bekymret for økt turnover blant sykepleiere og leger. « Arbeidshverdagen går ikke opp, og mange nyansatte trekker raskt konklusjon at dette ikke er et blivende sted» (Larsen, 2023). Forbundslederne begrunner dette med at behandlingen av pasienter er økonomisk styrt, arbeidshverdagen er preget av vedvarende høyt arbeidspress, samt at opplevelsen av hvordan arbeidsgiverne ivaretar sine ansatte er endret (Larsen, 2023).

Turnover er et begrep som ofte brukes i denne sammenheng, og beskriver hvor mange ansatte som slutter innenfor et gitt tidsrom. Ved en arbeidsplass er det naturlig med turnover på et visst nivå. (Helsekommisjonen, 2023). Ved store helseforetak vil det til enhver tid være en viss sirkulasjon av nyansettelser og avganger (Helsekommisjonen, 2023). Det er ulikt mellom yrkesgrupper hva som defineres som høy og lav turnover. Høy turnover vil være i skjæringspunktet i det øyeblikket turnovern blir en belastning for en arbeidsplass. Lav turnover kan derimot være positivt for en arbeidsplass, fordi man har behov for en viss

utskifting av ansatte over tid (Helsekommisjonen, 2023). Som Helsepersonellkommisjonen påpeker vil det være viktig å beholde kompetent personell, og vi ønsket å undersøke om kompetanse blir brukt som er et strategisk tiltak ved St. Olavs Hospital.

Ved St. Olavs Hospital er det pr i dag ca 11000 ansatte der sykepleierne utgjør den største arbeidsgruppen. Vi synes derfor det var mest interessant å se nærmere på denne profesjonen. St. Olavs Hospital er et universitetssykehus der foretakets visjon er fremragende behandling. Visjonen skal være forankret i verdiene trygghet, respekt og kvalitet. I dette ligger en forventning om høy kvalitet på behandling som pasientene mottar, og en forventning om kunnskapsrike medarbeidere. Vi ønsket derfor å se hva kompetanse betyr for sykepleiere, og om økt fokus på kompetanse kan være et hensiktsmessig tiltak for å ivareta samt beholde ansatte. Har foretaket strategier knyttet til kompetanse? Leder har en viktig rolle for å skape tid og rom til kompetanseutvikling for ansatte. Vi har derfor valgt å se nærmere på seksjonsledere ved St. Olavs Hospital da de har den nærmeste kontakten med ansatte.

Helsepersonellkommisjonen påpekte viktigheten av å kjøre gode rekrutteringsprosesser, men hadde og fokus på å beholde helsepersonell. St. Olavs Hospital er et universitetssykehus, og det er derfor naturlig å se om kompetanse er et virkemiddel i arbeidet med å ivareta og beholde sykepleiere Hva gjøres ved St. Olavs Hospital for å beholde erfarne sykepleiere? Dette ønsker vi å se nærmere på i vår oppgave. Som ansatte ved St. Olavs Hospital ser vi at denne gruppen tildeles mye ansvar, herunder opplæring av nyansatte, ulike funksjoner, teamlederrolle med mere. Vi synes det er interessant å se nærmere på gruppen erfarne sykepleiere fordi de innehar viktig kompetanse og erfaring som foretaket trenger. Vi har derfor valgt å intervju 10 erfarne sykepleiere fordelt på to ulike avdelinger.

Med kompetanse mener vi i dette studiet videreutvikling av faget sykepleie, både teoretisk og praktisk. Har ansatte og ledere sammenfallende oppfatning av hva kompetanse innebærer, og er dette i samsvar med foretakets strategier knyttet til kompetanse? Dette er et viktig spørsmål vi utforsker i denne oppgaven der vi har valgt en kvalitativ tilnærming fordi vi ønsket å gå i dybden av vår problemstilling. I dette studiet har vi valgt en dokumentanalyse av fire overordnede dokument tilhørende Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospital. I tillegg gjennomførte vi dybdeintervju med 16 informanter, der 10 var erfarne sykepleiere, samt 6 seksjonsledere.

## 1.1 Masteravhandlingens oppbygging

Denne oppgaven er bygd opp med syv kapitler. I neste kapittel, kapittel to vil vi gå gjennom bakgrunnen for vårt tema som handler om utfordringene Norge vil møte med manglende helsepersonell, samt økende behov for helse- og omsorgstjenester, før vi presenterer vår valgte problemstilling. Vår problemstilling omhandler hvordan St. Olavs Hospital kan anvende strategi knyttet til kompetanse for å ivareta og beholde erfarne sykepleiere. For å kunne besvare vår problemstilling har vi utarbeidet tre forskningsspørsmål som vi mener er viktige for å finne utdype vår problemstilling for vårt studie. Det første forskningsspørsmålet omhandler hvilken strategi St. Olavs Hospital har knyttet til kompetanse, og om denne strategien er kjent for foretakets ledere. Videre ønsker vi å finne ut om i hvilken grad ledere ved foretaket er opptatt av ansattes kompetanse, samt om de har en kompetanseplan/kompetanseoversikt over sine ansatte. Det tredje og siste forskningsspørsmålet handler om på hvilken måte ansatte er opptatt av egen kompetanse. I kapittel to vil vi også presentere forskning som er gjort på feltet for å belyse vårt tema.

I kapittel tre som er vårt teorikapittel har vi samlet det vi mener er relevant teori for å forstå hvordan strategi og kompetanse kan brukes organisatorisk, slik at vi i vår drøfting kan belyse vår problemstilling best mulig. Mintzbergs teori om de fem p'er knyttet til strategi (Mintzberg, 1987) samt Lais teori om strategisk kompetanseledelse (Lai, 2021) er viktige teorier i vår studie, og vi vil gjøre rede for blant annet disse teoriene i vårt teorikapittel.

Kapittel 4 omhandler hvilken metodisk tilnærming vi har valgt i vår oppgave. I vår oppgave har vi valgt kvalitativ metode, og dette begrunnes ut fra vårt vitenskapelige ståsted. Vi vil videre gå gjennom hvilket design vi har valgt, samt hvilke metoder vi har benyttet for vår dokumentanalyse samt intervjuer. Avslutningsvis går vi gjennom hvordan dokumentanalyse og intervju ble gjennomført, og vi reflekterer rundt studiens reliabilitet og validitet.

I kapittel 5 presenterer vi våre funn fra våre valgte strategiske dokument gjennom en dokumentanalyse der vi fokuserte på tre temaer. Det første temaet i dokumentanalysen omhandlet rekruttering av og ivaretagelse av ansatte, det andre omhandlet organisasjonskultur og dens betydning for utvikling av strategi, og det siste tema omhandlet kompetanseplanlegging som strategi. Vi ønsket også å finne ut om seksjonslederne vi snakket med hadde kjennskap til St. Olavs Hospitals overordnede strategier. Deretter hvordan kompetanseplanlegging, rekruttering og kompetanseledelse fungerer i de to ulike avdelingene.

For å presentere funn fra våre informanter blant ansatte ønsket vi å se på deres forståelse av egen kompetanse og behovet for kompetanseheving.

Kapittel seks omhandler drøfting av vår analyse, og vi har valgt å dele drøftingen inn i tre temaer. Temaene viser til våre forskningsspørsmål, og disse vil beskrive nærmere i kapittel to.

I kapittel syv presenterer vi vår konklusjon der vi svarer ut på vår problemstilling, samt reflekterer over på hvilken måte våre funn kan benyttes videre i praksisfeltet.

## 2.0 Bakgrunn for studien og studiens problemstilling

### 2.1 Bakgrunn for studien

Den økende utfordringen med å skaffe nok fagpersonell i helsevesenet, både nå og i fremtiden, gis mye oppmerksomhet, det ser vi både av samfunnsdebatten, i media og i politikken. Helsepersonellkommisjonen leverte sin NOU, «Tid for handling» i februar 2023. I rapporten fremheves og bekreftes den varslede bemanningskrisen i helsevesenet, og det understrekes også med tittelen på rapporten. Frem mot 2040 vil situasjonen bli mer krevende enn hva vi ser i dag, og kommisjonen understreker behovet for å se på problemet med «nye briller»; ny holdning og ny politikk, og ikke minst vilje og gjennomføringsevne må til for å kunne finne bærekraftige løsninger.

Siden 1970-tallet har andelen av alle sysselsatte som arbeider i helse- og omsorgstjenestene blitt tredoblet, i 2021 er dette tallet over 15 %. Tilgangen til personell vil i årene fremover falle kraftig. Ifølge rapporten fra Helsepersonellkommisjonen vil antallet yrkesaktive fra 2030 for første gang i moderne tid, faktisk falle. Samtidig som vi vil mangle personell, vil andelen eldre stige betraktelig. Mellom 2000-2020 var det over 230.000 mennesker over 80 år i Norge, de neste 20 årene, altså mot 2040 vil denne andelen stige med 250.000 (Helsekommisjonen, 2023, s. 29). Vi får en situasjon hvor tilgangen på kvalifisert personell faller, samtidig som antall eldre øker betraktelig, og dette vil utfordre både kvaliteten på- og mulighet for å kunne levere de tjenestene som offentlig sektor per i dag er satt til. De kommunale tjenestene har allerede opplevd mangel på helsepersonell en tid, nå merkes det også i spesialisthelsetjenesten, som sykehusene er en del av. Stillinger blir ikke besatt, og nå gjelder det ikke bare sykepleiere til ordinære sengeposter, men også spesialsykepleiere til psykiatrien og intensivavdelinger, samt ikke minst jordmødre. Rapporten understreker at helse- og omsorgstjenesten vår blir tvunget til å anvende ansattes kompetanse annerledes, og også mer effektivt i fremtiden, rapporten slår fast at «drømmen om flere hender» i helsevesenet er urealistisk, det blir færre ansatte per pasient (Helsekommisjonen, 2023).

Perspektivmeldingen 2021, fremhevet også utfordringene helsevesenet vårt vil møte fremover (Finansdepartementet, 2021, s. 29). Arbeidsgiverorganisasjonene KS og Spekter har beskrevet problematikken i rapporten «Bemanningsutfordringene i Helse- og omsorgssektoren- utfordringsbildet og løsningsdimensjoner» fra 2022. Denne rapporten påpeker at bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren har vært kjent i flere tiår, likevel står vi

her vi gjør i dag. utfordringene har hittil vært løst med å øke bemanningen i sektoren, men dette vil ikke være bærekraftig fremover, påpeker også KS og Spekter; «Det er bred enighet om at det verken vil være mulig eller bærekraftig å løse denne utfordringen gjennom økte ressurser og flere ansatte» (Rambøll, 2022, s. 4).

Det er et behov for en omstilling, slik at man lykkes med å tilby mer helsetjenester, men med samme ressursbruk som i dag. I spesialisthelsetjenesten, som sykehusene er en del av, er det berammet at det økte bemanningsbehovet er på 35.000 årsverk, fra 2018 og frem til 2035. Fra 2060 vil det økte med ytterligere 50.000 årsverk (Rambøll, 2022, s. 21).

Også arbeidstakerorganisasjonene belyser problemet. Rapporten «Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi» utgitt av SINTEF, finansiert på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund har sett på hvordan man kan tenke nytt angående ressursbruk blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, TSR. Mange av emnene som belyses, og drøftes kan overføres til sykehusene. Dette være seg tema som oppgaveveiledning, teambaserte tjenestemodeller, hva som kan fremme/hindre ansvars- og oppgavedeling, tverrfaglig samarbeid, hvordan teknologi og digitale løsninger kan innvirke på oppgavedeling og ressursbruk, og ikke minst sykepleiernes kompetanse- og utviklingsmuligheter (SINTEF Digital, 2022).

St. Olavs Hospital HF adresserer også problematikken i sin egen utviklingsplan for 2023-26; «Det er et uomtvistelig faktum at ressursene ikke vil strekke til dersom vi fortsetter å levere helsetjenester på samme måte som i dag. Dette gjelder både tilgang på personell og økonomi» (St Olavs Hospital HF, 2022, s. 4). St. Olav Hospital HF har derfor vedtatt et Forbedringsprogram som skal sikre at utfordringene settes på dagsorden, og imøtegås. Forbedringsprogrammet består av tre deler; tjenesteinnovasjon, digitalisering og kompetansesammensetning, hvor kompetansesammensetning vil vektlegges i denne oppgaven. Det understrekes at «Ansattes kompetanse er pasientenes trygghet for god kvalitet. Rett kompetanse møter pasientene i hele forløpet. Vi tar vår del av ansvaret for utdanning» (St Olavs Hospital HF, 2022, s. 51).

Målbildet ved St Olavs Hospital vedrørende å rekruttere, utvikle og beholde personell er følgende:



- Vi er en attraktiv og trygg arbeidsplass med godt omdømme
- Vi er systematiske og innovative i vårt arbeid for å oppnå en bærekraftig dimensjonering og sammensetning av arbeidsstyrken
- Vår rekrutteringsstrategi og vårt samarbeid med kommunene fører til rett kompetanse på rett plass
- I samarbeid med utdanningsinstitusjonene har vi forskningsbasert utdanning av våre helsearbeidere, og styrket forskningskompetansen hos våre undervisere
- Vi har fokus på god veiledning, supervisjon og kompetansevurdering
- Våre utdanningskandidater utvikler evne til omstilling, kvalitetsforbedrende arbeid og livslang læring

(St Olavs Hospital HF, 2022, s. 51)

Utviklingsplanen slår fast at også ved St. Olavs hospital HF kan man ikke forvente at man fremover kan løse de økte behovene for helsetjenester med økte ressurser og økte stillinger, men man «må utvikle og beholde det personellet vi har, og sikre gode kliniske og akademiske karriereveier» (St Olavs Hospital HF, 2022, s. 52).

Både Utviklingsplanen til St. Olav Hospital HF, og Regional Utviklingsplan for Helse Midt-Norge RHF henviser til Riksrevisjonens rapport fra 2019, «Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene» (Riksrevisjonen, 2019). Riksrevisjonens mål med rapporten var å se på hvordan helseforetakene, og de regionale helseforetakene arbeider for å sikre at de har den tilgangen de trenger på sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre, samt om dette arbeidet er systematisk og målrettet? (Riksrevisjonen, 2019). Problemstillingene i rapporten var å se på hvilke bemanningsutfordringer finnes i helseforetakene, hvordan bidrar styring og virkemidler til å løse utfordringene i helseforetakene og hvordan bidrar de regionale helseforetakene til å løse utfordringene med bemanning.

Hovedfunnene i rapporten viser at helseforetakene har store utfordringer med både å rekruttere tilstrekkelig med sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere, samt beholde disse profesjonene. Man viser og til at bemanningsutfordringer innebærer og påvirker hvordan ansatte mener kvaliteten på pasientbehandlinger blir. Rapporten viser at helseforetakene ikke er gode nok til å skape en heltidskultur, da man ser at 2 av 3 sykepleiere og jordmødre har deltidsstillinger (Riksrevisjonen, 2019, ss. 73-77). Det er alvorlig at det er så store

bemanningsutfordringer i helseforetakene, og det er kritikkverdig mange helseforetak mangler oversikt over de eksisterende bemanningsbehov og planer for å løse disse utfordringene i mange helseforetak (Riksrevisjonen, 2019).

Vi ser altså at både politiske utvalg, arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner samt organisasjoner som St. Olavs Hospital HF erkjenner, og stadfester at vi er på vei inn i en ny tid i helsepolitikken. Tilgangen på kvalifisert personell vil falle betydelig, samtidig som utfordringene står fast, med blant annet et stort antall økende eldre mennesker i samfunnet vårt. Spørsmålet som da blir legitimt å stille, er hva organisasjoner som St. Olavs Hospital gjør for å beholde de medarbeiderne de har? Hvilken strategi legges for at kvalifisert helsepersonell vil fortsette i jobben?

## 2.2 Studiens problemstilling

Vår problemstilling er som følgende: *«På hvilken måte kan St Olavs hospitals valg av strategi knyttet til ansattes kompetanse bidra til å ivareta/beholde erfarne sykepleiere?»*

Problemstillingen vår har vi utdypet i følgende forskningsspørsmål:

- Hvilken strategi finnes på området kompetanse, og i hvilken grad er denne strategien kjent for lederne ved St. Olavs Hospital HF?
- I hvilken grad er ledere opptatt av ansattes kompetanse, og har lederne en kompetanseplan/kompetanseoversikt over sine ansatte?
- På hvilken måte er ansatte opptatt av egen kompetanse?

Inspirasjon til en problemstilling kommer ofte fra tema som forskeren finner i faglitteratur, problemer i samfunnet, eller temaer som forskeren har kunnskap eller er nysgjerrig på (Thagaard, 2015, s. 49). Utforming av en problemstilling sier noe om hvilke metoder som bør anvendes, hvilke fenomen som skal studeres, samt hvilke informanter som skal intervjues (ibid). En problemstilling som er enkel vil ofte gi de beste svarene. Dette fordi man da unngår at problemstillingen blir for bred. Det er og et poeng at svarene på en problemstilling vil kunne gi ny kunnskap. I tillegg bør en problemstilling være tilknyttet tidligere forskning (Jacobsen, 2015, s. 66). Når det gjelder vår problemstilling, så vil rapporter fra Helsepersonellkommissjonen og Perspektivmeldingen fra 2021 gi klare henvisninger til

tidligere forskning på vårt valgte tema. Utfordringsbildet for helsesektoren har vært et tema som har vært diskutert over lengre tid, men nå begynner man å merke konsekvensene av denne varslede bemanningskrisen. I en bransje der utfordringene vil være å utdanne samt rekruttere nok antall helsearbeidere er det interessant å se nærmere på handlingsrommet arbeidsgivere har for å beholde og ivareta sine ansatte. Hvordan skal arbeidsgivere klare å få ansatte til å stå i en bransje som til enhver tid er presset av krav fra innbyggerne og økt pasienttilstrømming?

For å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste påpeker Helsekommisjonen at det er en forutsetning at politikere sammen innbyggere og helsepersonell klarer å skape en samstemt enighet og forståelse av hva hvilke tjenester man kan forvente av tjenesten i årene framover, herunder omfang og kvalitet. Deretter er det viktig at helsepersonell som må ta disse beslutningene i hverdagen opplever å få støtte fra politikere og innbyggere på dette (Helsekommisjonen, 2023, s. 15). Uavhengig av Norge sin økonomiske situasjon framover vil det være umulig å bemanne seg ut av denne situasjonen. Det er derfor nødvendig å gå inn i arbeidsoppgavene og spisse disse, slik at blant annet sykepleiere kan gjør oppgaver de er utdannet til, og at oppgaver som andre profesjoner kan utføre blir gitt videre. Eksempler på dette kan være klargjøring av rom som kan delegeres til helsefagarbeidere og matlaging/ servering som er noe andre yrkesgrupper kan ta over (Helsekommisjonen, 2023).

Det er heller ikke anbefalt at Norge importerer helsepersonell fra utlandet. Dette fordi Norge ikke skal gjøre seg avhengig av utenlandsk arbeidskraft fordi disse ofte vil reise tilbake til sitt land, samt at det vil skape bemanningsutfordringer i de land de kommer fra (Helsekommisjonen, 2023). Vi ser at behovet for helsepersonell øker drastisk i årene framover, samt at antall arbeidsføre går ned, og hvordan skal man motivere innbyggere til å velge utdanning innen helsesektoren framfor andre bransjer? Og hva vil motivere ansatte i helsesektoren til å bli værende i sine stillinger? Dette er noe vi ønsker å finne ut av i denne oppgaven. Utfordringsbildet er ikke unikt for Norge da vi ser at dette er et globalt problem. Og det er heller ikke slik at ledelse eller kommunestyrene rundt i Norge kan løse dette alene. Man må stå sammen om dette utfordringsbildet, og det vil kreves mye av blant annet politikere, utdanningsinstitusjoner og arbeidsgivere (Helsekommisjonen, 2023).

Denne problemstillingen er de fleste er opptatt av fordi det nettopp berører så mange. I vår oppgave ønsket vi å ta dette utfordringsbilde og skalere det ned til å omfavne St. Olavs Hospital. Vi ville finne ut om en så stor organisasjon klarer å lykkes med implementering av strategi knyttet til kompetanse.

Den overordnede visjonen til St. Olavs Hospital er fremragende behandling (St Olavs Hospital HF, 2022). Kompetanse framstår som et viktig element for ansatte ved foretaket, og i tillegg er det grunn til å anta at et universitetssykehus har sterkt fokus på kompetanse og kunnskap. I dette ligger det en slags «sannhet» i at ansatte er opptatt av kompetanse, og det er dette vi ønsker å finne mer ut av i denne oppgaven. Medfører det riktighet at erfarne sykepleiere motiveres og ønsker kompetanseløfting, og vil dette være en viktig faktor for at denne gruppen blir i sine stillinger? Og har ledere og ansatte samme syn på hva kompetanse innebærer? I helsesektoren kan ikke ledere gi insentiver i form av lønn, da dette er regulert av tariffavtale, og dermed kan det tenkes at kompetanse er det virkemiddelet som lederne kan bruke for å motivere ansatte. Videre i oppgaven ønsket vi å se nærmere på lederrollen for det som ved St. Olavs Hospital kalles seksjonsledere. I hvor stor grad er de opptatt av ansatte sin kompetanse? Og hvordan jobber de i så fall for å sikre kompetanseheving for sine ansatte? Bevisstheten rundt dette tema ønsker vi å belyse i vår studie.

St. Olavs Hospital har en utviklingsplan for perioden 2023-2026. I denne planen ser man at det er noe fokus på å rekruttere, utvikle og beholde ansatte, uten at det presisert en strategi på hvordan foretaket har planer om å arbeide aktivt for dette (Hospital, 2023). Vårt mål med oppgaven er at våre funn skal være relevant for ledere ved St. Olavs Hospital med tanke på hvordan de bør arbeide for å ivareta og beholde sine ansatte. Vi mener videre at studien og vil være relevant for hovedledelsen, og dette begrunnes med at St. Olavs Hospital har en strategi som vi undersøker om er kjent for ansatte og ikke minst nivå 4 ledere/seksjonsledere.

Ved å intervju ansatte samt ledere ønsker vi å finne svar som man kan anvende for å gi ledere et verktøy til å jobbe aktivt med kompetanseutvikling. Det er og knyttet spenning til hvilken form for kompetanse ansatte er opptatt av. Ved å belyse om hvor godt seksjonsledere kjenner til overordnede strategier ved helseforetaket, vil det bli enklere for hovedledelsen å lage en god planer for implementering. Formålet må være at strategiske dokument er godt forankret i alle lederledd. Dette kan gjøres blant annet via nettverksmøter, korte informasjonskurs. Som vi tidligere har beskrevet vil vi videre ha fokus på erfarne sykepleiere, men det er grunn til å tro at funnene vil være relevante uavhengig av hvor lenge man har arbeidet som sykepleier. Vi har og tro på at oppgaven kan være relevant for andre arbeidsgrupper som blant annet helsefagarbeidere, ambulansesarbeidere og leger.

Ved valg av en problemstilling, vil man automatisk avgrense hva vi ønsker å ha fokus på. Å avgrense en problemstilling innebærer å definere noe bort. Dette er nødvendig for å kunne samle inn aktuell data/empiri. (Jacobsen, 2015, s. 52). En slik avgrensing er en bevisst

handling av forskeren for å få spisset problemstilling slik at man kan gjennomføre en empirisk undersøkelse. Dette vil da være en eksplisitt avgrensning. Avgrensning kan også skje ubevisst, og dette kan være på bakgrunn av ting man har lært fra før, og hvordan man antar verden er. Dette kalles en implisitt avgrensning. (Jacobsen, 2015, s. 53). I forskning bør det i størst mulig grad være avgrensninger av eksplisitt karakter. Det er viktig å poengtere og belyse en avgrensning og si noe om hvorfor nærliggende tema blir valgt bort. (ibid)

I vår problemstilling har vi avgrenset til at det kun omhandler sykepleiere ved St. Olavs Hospital HF. Videre har vi eksplisitt avgrenset problemstillingen til å omhandle erfarne sykepleiere. I vår studie omfatter det sykepleiere med minimum ti års erfaring. Årsaken til at vi har brukt ordet erfarne sykepleiere er fordi det er grunn til å tro at denne gruppen blir tillagt flere roller enn nyansatte og senioransatte. Nyansatte har nok med å bli trygge samt lære seg å bli selvstendige, samt at foretaket har egne tiltak for å holde senioransatte lengre i jobb. Eksempler på slike tiltak er seniordager der man har fri, samt at de kan få mindre arbeid på ubekvem tid. Erfarne sykepleiere er en gruppe ansatte som har arbeidet seg opp en solid og god spisskompetanse på sitt arbeid. Ofte vil erfarne ansatte være ansvarlig for opplæring av nyansatte på avdelingene, og i de avdelinger der det er endel turnover vil denne gruppen oppleve å ha kontinuerlig opplæring av nyansatte. Dette krever mye av denne gruppen, fordi de vil til enhver tid vil ha ekstraansvar. I tillegg er det ofte erfarne sykepleiere som blir gitt ekstraoppgaver og ansvar fordi de innehar verdifull kompetanse. Denne gruppen ansatte burde derfor være svært interessante for arbeidsgivere, da de kontinuitetsbærere ved sine arbeidsplasser, og vi vil å se om kompetanse er et tiltak som kan motivere denne gruppen i sin arbeidshverdag. Vi ønsker og se nærmere om ledere tar bevisste strategiske valg for å beholde samt ivareta denne arbeidsgruppen.

De fleste sykepleierne ved St. Olavs Hospital har tredelt turnus, dette betyr at de roterer mellom å jobbe dag, kveld og natt. Arbeid på ubekvem tid kan ha negative konsekvenser for helse og sikkerhet, og det er viktig at arbeidsgiver legger til rette for risikoreduserende tiltak for å ivareta arbeidstakere (Matre & Sigstad, 2019). Selv om arbeidsgiver prøver å lage helsebringende turnuser ser man at det kan være vanskelig for noen å jobbe i turnus over lengre tid. Dette er noe ledere må være bevisste på i arbeidet med å ivareta sine ansatte. Ved et helseforetak der behovet for at ansatte går i turnus, er det begrenset hvor mye arbeidsgiver kan tilrettelegge. Vi har valgt å se på to avdelinger ved St. Olavs Hospital som vi har valgt å referere til som Avdeling Specialist samt Avdeling Generalist. Ved begge avdelinger er ansatte satt sammen i team bestående av en bestemt gruppesammensetning.

Dette er viktig for å ivareta at det til enhver tid er tilstrekkelig med kompetanse i slike team. Blir det for få erfarne i disse teamene blir det høy arbeidsbelastning for de som er igjen, og i verste fall kan dette utgjøre en fare for pasientsikkerheten, samt utrygghet hos nyansatte og nyutdannede. Denne beskrivelsen er derfor en av hovedårsakene til at vi synes dette er en viktig problemstilling å ta tak i.

Videre i vår avgrensning har vi valgt å anvende kvalitativ metode, fordi vi ønsket å intervju sykepleiere som har minimum 10 års erfaring. I og med at vi ønsket å intervju sykepleiere som ikke er senioransatte, var dette en naturlig avgrensning. Undersøkelsen ville blitt noe bred om vi skulle hatt med flere profesjoner som er tilknyttet St. Olavs hospital HF, som feks helsefagarbeidere og leger. Sykepleiergruppen er den største arbeidsgruppen ved foretaket, og dette ble derfor et naturlig valg. Videre i utvalgskriteriene har vi eksplisitt avgrenset enda mer med å si at de skal være yngre enn 55 år. Dette fordi ansatte ved denne alderen vil komme inn under organisasjonens seniorpolitikk, og vil da bli ivaretatt på en annen måte som et ledd i å beholde ansatte lengst mulig. (Hilsen, 2012).

En annen avgrensning som er foretatt er vårt fokus på kompetanse. Vi avgrenser oppgaven ytterligere med å undersøke i hvilken grad kompetanse er et viktig virkemiddel for å ivareta erfarne sykepleiere ved St. Olavs Hospital. Årsaken til at vi er opptatt av kompetanse, heller enn av andre faktorer som er viktige for rekruttering og ivaretagelse av sykepleiere, i dette studiet er at vi antar at det er spesielt viktig for denne profesjonen å tilegne seg ny kompetanse og at det er derfor grunn til å tro at ansatte ved foretaket vil motiveres av å få tilført ny kompetanse. De betegnes og som kunnskapsarbeidere, noe som og styrker vår antagelse. Vi ønsker derfor å lære mer om forholdet sykepleiere har til kompetanse, og hvilke ønsker de har for kompetanseheving. Dette betyr at vi avgrenser oppgaven med å utelukke andre strategier og insentiver for å bevare ansatte som for eksempel lønnsintensiver, ekstra fri. St. Olavs hospital HF er et universitetssykehus.

I tillegg til vår problemstilling har vi følgende forskningsspørsmål som utdyper vår problemstilling:

Hvilken strategi finnes på området kompetanse, og i hvilken grad er denne strategien kjent for ledere ved St. Olavs Hospital HF?

Vi undersøker St Olav Hospitals uttalte strategi gjennom å se på viktige dokumenter der strategi beskrives. I tillegg ser vi på om ledere er kjente med at det finnes strategidokumenter som omhandler strategi vedrørende å beholde og ivareta ansatte ved bruk av kompetanse.

Som tidligere nevnt i oppgaven har vi valgt å se nærmere på kompetanse fordi vi har en oppfatning av at dette er noe som motiverer ansatte, og som man får en følelse av blir etterspurt. Helse- og omsorgstjenesten er stadig i utvikling, og med det så kreves kompetanse for å ta i bruk nye system, utstyr osv. Det samme gjelder å holde seg oppdatert på forskning, som vil kunne bety endring av prosedyrer. Det er viktig med en viss type kompetanse for å føle seg trygg i arbeidshverdagen. I tillegg tror vi at ansatte er sterkt faglig engasjerte og dedikerte, og da aner vi at kompetanse er noe som motiverer ansatte til å bli værende i sin stilling ved foretaket. Dette ønsker vi å spørre våre informanter om i intervjuene. Det har de siste årene vært en krevende driftssituasjon ved St. Olavs Hospital (og også hos andre helseforetak), noe som skyldes pandemi, høy pasienttilstrømming, høyt sykefravær, og ikke minst innføring av Helseplattformen. Vi er derfor nysgjerrige om dette har gjort noe med ansattes sitt behov for kompetanse som motivasjon. Er driften så tøff at det ikke frister like mye med kompetanseløft som tidligere?

Og finnes det strategier for St. Olavs Hospital som vi ikke kjenner til? Har avdelingene egne strategier for å beholde og ivareta sine sykepleiere ved bruk av kompetanseløft? Er dette et arbeid som lederne bevisst jobber med? Ser St. Olavs Hospital nytten av å benytte kompetanseheving som et strategisk virkemiddel for å ivareta og beholde ansatte? Og gir de relevante strategiene føringer som lederne kan benytte for å drive god personaloppfølging av sine ansatte? Med dette menes at en god kompetanseplan kan være et godt verktøy for lederne i en tid der man sliter med høy turnover. Det er derfor viktig å være bevisst på hvilke strategier foretaket har, og hvordan disse forstås av både hovedledelse og ledere. Hvilke forventninger kan ansatte ha til disse strategiene?

Formålet ved dette forskningsspørsmålet er å finne ut om ledere ved foretaket er kjent med St. Olavs Hospitals sine strategier samt Helse Midt-Norge sine som omhandler å rekruttere og beholde sine ansatte. Da vi startet arbeidet med å hente inn de strategiske dokumentene, oppdaget vi raskt at dette ikke er lette dokumenter å finne. Hvordan kan ledere arbeide strategisk med interne strategier om disse ikke er godt forankret for alle lederne ved St. Olavs Hospital? Hvordan arbeider hovedledelsen ved Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospital med å implementere strategiene mot lederne? Strategiene er ment som et arbeidsverktøy for lederne, men vil ikke ha noe verdi om disse ikke er godt kjent for lederne og de ikke vet hvilket handlingsrom de har. Det er vanskelig for lederne å ivareta ansatte gjennom kompetanse som strategi som de ikke har klare føringer samt handlingsrom fra hovedledelsen. Ved å intervju ledere vil vi undersøke hvilken kunnskap de har om de fire strategiene som er presenterte i vår

dokumentanalyse. Videre ønsker vi å avklare hva ledelsen ved St. Olavs Hospital legger i ordet kompetanse. Er det slik at alle oppfatter dette likt?

### I hvilken grad er ledere opptatt av ansattes kompetanse, og har lederne en kompetanseplan/kompetanseoversikt over sine ansatte?

I de siste tre årene har det vært store endringer fra en “normal” drift ved St. Olavs Hospital, og dette har nok gjort noe med hvordan ledere utøver ledelse. Både pandemi, økt pasienttilstrømming, samt innføring av nytt ikt-system som kalles Helseplattformen, har ført til at St. Olavs Hospital har vært i en slags “unntakstilstand” over lengre tid. Dette har og medført at helseforetaket har store utfordringer med et høyt sykefravær på mange klinikker. Som en konsekvens av disse utfordringene har det meste av intern lederutdanning blitt nedprioritert. Samtidig ser man at det stadig er utskifting av spesielt seksjonsledere. Vi ser nærmere på om ledere har fokus på ansatte sin kompetanse. Kjenner de til ansatte sin kompetanse, og jobber de strategisk for at erfarne sykepleiere skal få kompetanseløft? Har lederne en kompetanseplan/kompetanseoversikt over sine ansatte?

Ved foretaket har man et dataprogram som heter Kompetanseportalen. Inne i dette systemet får lederen tilgang til sine ansatte, og her skal alt av utdanning og interne kurs ligge. Det er stort sett her interne prosedyrer og små kurs blir gjennomført av ansatte. Det vil merkes når ansatte da har gjennomført de kurs som de er tildelt. Dette forskningsspørsmålet omhandler ikke konkret om dette programmet, men det menes mer om lederne har en bevisst tanke på sammensetninger av vakter eller team. Er det tilfeldig hvem som er satt sammen på vakt? Har lederne oversikt over hvilken kompetanse ansatte har utover den grunnutdanningen de må ha for å bli ansatt? Av våre informanter var det flere som hadde ulike videreutdanner blant annet innen veiledning og ledelse. Er dette kjent for deres ledere? Og i så fall, hvordan blir denne kompetansen utfordret og brukt i arbeidshverdagen? Er dette noe lederne har ulik praksis på?

Vil det være forskjell på hvordan ledere prioriterer og tilrettelegger for kompetanse i form av prosedyreopplæring, kontra videreutdanning innenfor for eksempel ledelse eller andre fagfelt? Vi ønsker også å undersøke nærmere om ansatte opplever at det er enkelt å snakke med sin leder om kompetanse. Det kan være seg behov for å friske opp sin kompetanse på enkelte felt, eller å tilegne seg ny kompetanse. I intervjuguiden spurte vi ansatte om dette, og svaret de ga bidro til viktige funn i oppgaven.



## På hvilken måte er ansatte opptatt av egen kompetanse?

Dette er et spørsmål vi mener er interessant å utforske nærmere, for her er nok vi som forskere noe forutinntatt ved at vi har en formening om at ansatte er svært opptatt av kompetanse, og det er derfor viktig å få avklart om ansatte har fokus på kompetanse. Det er også interessant å utforske om det er sammenheng mellom kompetanseheving og motivasjon. Er det slik at ansatte som får muligheten til å ta videreutdanning/kompetanseheving har større grad av motivasjon for å bli værende i jobben? Og betyr dette at denne gruppen ansatte opplever at de blir bedre ivaretatt fra sin arbeidsgiver? Er det en sammenheng mellom oppnåelse av kompetanseheving, motivasjon og trivsel på arbeidsplassen? Videre vil se på hvordan ansatte ser på sin egen kompetanse. Opplever de å ha tilstrekkelig kompetanse for å gjøre den jobben de har? Og er all kompetanseheving positiv? Har våre informanter en opplevelse av å bli motivert til å bli i sine stillinger som et resultat av kompetanseheving?

Ved St. Olavs Hospital gjennomfører de fleste klinikker og avdelinger fagdager. Disse gjennomføres nok noe ulikt mellom avdelingene. Her er det forskjellige relevante temaer som blir tatt opp, og det kan også være praktiske øvelser, også kalt utsjekk som ansatte må gjennomføre for å sikre at alle ansatte har tilstrekkelig kompetanse på enkelte fagprosedyrer. Står man ikke på slike utsjekker er det vanlig at man får oppfølging av fagutviklere og seksjonsledere ved avdelingen fram til ny utsjekk. Er fagdager og utsjekker en form for kompetanseheving som lederne tenker på at motiverer ansatte? Vi ønsket i tillegg å se om hvordan sykepleiernes profesjonsidentitet ville være en faktor her.

I vår studie vil vi intervju sykepleiere fra to ulike avdelinger, der avdeling spesialist, må ha spesialutdanning for å være ansatt, mens det ikke er påkrevd men ønsket i avdeling generalist. Har sykepleierne ved de to avdelingene like behov knyttet til kompetanse? Blir de motivert av samme ting, eller er det ulikheter mellom de? Og hvor sterk er profesjonsidentiteten ved de ulike avdelingene, og er den styrende for hvordan man ser på begrepet kompetanse? Og hvordan opplever de å bli møtt av arbeidsgiver om de etterspør kompetanseheving? Klarer ledere å tilrettelegge for at ansatte kan gjennomføre kompetanseheving? Dette er spørsmål som vi ønsker å utforske gjennom intervju med både ledere og ansatte.

## 2.3 Tidligere forskning på temaene arbeidsmiljø, motivasjon og kompetanse blant sykepleiere

I vår presentasjon av valgt problemstilling, henviser vi til at den økende mangelen på sykepleiere i Norge ikke er noe nytt fenomen, da dette er blitt belyst i flere fora over flere år. Situasjonen er lik også i andre land, slik at dette er et globalt problem. Av den grunn er det interessant å se på tidligere forskning, hva er gjort av funn knyttet til denne problemstillingen tidligere? Hva kan bidra til at sykepleiere ønsker å fortsette i arbeidet sitt?

I doktoravhandlingen *Taking care of the caregivers. How characteristics of work environment affect patient safety*, ser man at det er sammenheng mellom sykepleiernes arbeidsmiljø, og pasientsikkerheten (Brubakk K. , 2022, s. 17). Med innsamlet data fra Helse Sør-Øst årlige medarbeider- og pasientsikkerhetskulturundersøkelse ble data fra 25000 helsearbeidere og 45000 pasienter undersøkt, og det konkluderes med at «høy arbeidsbelastning for sykepleiere utgjør rett og slett en trussel for pasientenes sannsynlighet for overlevelse» (Bergsagel, 2022). Man så på 19 forskjellige faktorer (Brubakk, Svendsen, Hofoss, Hansen, & Barach, 2019) som kunne knyttes til hvordan ansatte opplevde arbeidsmiljøet sitt, og hvordan dette kunne ha betydning for pasientsikkerheten, og her var forbedring, respekt for pasienten, motivasjon, engasjement, personlig utvikling, lederskap og kvalitetsarbeid blant faktorene som sykepleierne ble bedt om å rate, og opplevd arbeidspress var det som hadde størst betydning. Brubakk (2022) har ikke sett isolert på kompetanse, allikevel er innsikt fra denne studien relevant for oss. Det er grunn til å tro at de erfarne sykepleierne ved St. Olavs Hospital er opptatt av kompetanse og kvalitet på pasientomsorgen, at dette er en viktig del av deres arbeidsmiljø.

Andre har sett på tilfredsstillelse knyttet til jobb, hverdagsliv (livskvalitet), og ønske om å bytte jobb hos sykepleiere (Andresen & Hansen, 2017). Her ble det brukt data fra LOGG-studien, en stor database fra 2007-2008 i sin forskning, hvor data fra 14892 personer var tilgjengelig. 478 av de var svar fra sykepleiere, 382 med bachelor, 96 med videreutdanning. Kontrollgruppen var svar fra 3714 med annen bachelor enn sykepleie. De fant at sykepleiere trivdes godt i jobben sin, faktisk bedre enn flere andre yrkesgrupper, men det var betinget i at arbeidsdagen ikke var så utpreget stressende, at arbeidsoppgavene var varierte, at sykepleierne opplevde stor grad av autonomi i arbeidet sitt, at de opplevde seg sett av sine ledere og ikke minst at de hadde et ønske om å bli i sine jobber (Andresen & Hansen 2017; Hofstad, 2016). Faktorer som kunne bidra til å bytte jobb, fant studiet at kunne være at sykepleierne var unge,

mens også «masete kollegaer» altså kollegaer som spør om mye, trenger mye hjelp. I tillegg var midlertidig tilsetting/vikariat samt lav jobbtilfredsstillelse av betydning for om sykepleierne ville bytte jobb (Andresen & Hansen, 2017). Deres resultater viser også at arbeidsmiljøet har stor betydning for om sykepleiere ønsker å bli i sitt arbeid. Utøvelse av autonomi forutsetter god faglig kompetanse og trygghet i yrket, som vi skal se på om St. Olavs Hospital har en strategi på. Leders betydning og rolle for den enkelte ansatte er viktig, noe vi også så på i vår studie ved St. Olavs Hospital. Andre har skrevet om hva ledere kan gjøre for å beholde erfarne intensivsykepleiere i avdelinger, og belyser både de erfarne sykepleierne og lederens sitt ståsted i forhold til leders betydning for at ansatte blir værende i sine stillinger (Arntsen, 2021). I Arntsens studie (2021) ble det gjennomført en kvalitativ studie med semistrukturerte intervju av erfarne sykepleiere og ledere. Formålet var å finne intensivsykepleierens motivasjon for å bli i jobben sin, samt lederens opplevelse av deres mulighet til å lede slik at de kan bidra til at erfarne intensivsykepleiere blir, hvilke rammebetingelser de har. Gjennom intervjuene fant man at for de erfarne intensivsykepleierne var leders tilstedeværelse hvor de opplevde å bli sett var av stor betydning, fordi det ga psykologisk trygghet. Medbestemmelse i egen arbeidshverdag, inkludert påvirkning på arbeidstid og turnus, samt aktiv deltagelse i egen avdeling var viktig. I forhold til lederne handlet det mye om at lederne fikk de rette rammebetingelsene, at de ble ivarettatt på en slik måte at de fikk tid til å gjøre jobben de var satt til, nemlig å lede sykepleierne (Arntsen, 2021). Funnene viser at de faktorer som intensivsykepleierne svarer at vil ha betydning for at de ønsker å bli i jobben sin, samsvarer med hva lederne sier de tror kan bidra til å beholde intensivsykepleierne (Arntsen 2021). Lederne har for mye administrativt arbeid, og for liten tid til å utøve ledelse. Lederutvikling må prioriteres og settes på dagorden, fordi det vil motvirke at erfarne intensivsykepleiere slutter i jobben sin (Arntsen 2021).

I 2012 publiserte Arbeidsforskningsinstituttet rapporten «Seniorpolitikk i store virksomheter – følgeevaluering ved St. Olavs Hospital». (Hilsen, 2012). Prosjektet var et samarbeids mellom St. Olavs Hospital, Arbeidsforskningsinstituttet med Fafo, KLP og Nav Arbeidslivssenter Sør-Trøndelag. Rapporten har til hensikt å belyse hvilke grep som er viktig for å bidra til bedre og mer målrettet seniorpolitisk innsats i store virksomheter, og dermed bidra til økt reell pensjoneringsalder (Hilsen, 2012). Dette er viktig informasjon i leddet for å beholde og ivareta helsearbeidere ved St. Olavs Hospital og omfatter flere profesjoner innen helsesektoren. Seniorpolitikken ved St. Olavs Hospital kunne inndeles i tre hovedtiltak; bevisstgjøringstiltak, utviklingstiltak og særskilte incitamentsordninger. Innunder

bevisstgjøringstiltak kom opplæring av lederne, informasjon til alle ansatte, pensjonsinformasjon, seniorkurs, mentor/fadderordning, seniorsamtaler og sluttsamtaler. Utviklingstiltakene omhandlet kompetanseutvikling, tildeling av studiepermisjon samt individuell veiledning. De særskilte incitamentsordningene dreide seg om seniordager som er ekstra fridager i året fra du fyller 60 år, som gir 4 ekstra fridager frem til maks 8 dager det året du fyller 65 år. I vår forskning har vi valgt å ikke innlemme senioransatte, vi ønsket å intervju erfarne sykepleiere som ikke er en del av helseforetakets seniorpolitikk. Allikevel er det viktig, og relevant inn i vår analyse å ta med seg det som understrekes i denne forskningsrapporten, nemlig betydningen av forankring av seniorpolitikken helt opp i toppledelsen for å sikre implementering, utforming og gjennomføring. Ifølge rapporten fra Hilsen, har St Olavs hospital gjort nettopp det, og konkluderer med at «alt i alt kan man konkludere med at seniorpolitikken ved St. Olavs Hospital ser ut til å lykkes, både når det gjelder effekter, og ansattes opplevelser» (Hilsen, 2012, s. 7).

I tidligere forskning som vi har valgt å belyse her, ser vi at sykepleiernes arbeidsmiljø, med alt hva det kan innebære, har betydning for om sykepleierne ønsker å fortsette i sine jobber. De savner at lederne har tid til dem, at de blir sett og lederne oppgir at de har for liten tid til å lede. Og sist, men ikke minst, settes det søkelys på betydningen av god forankring i ledelsen av en organisasjon for å kunne oppnå resultater i forhold til overordnede mål for organisasjonen. Videre i vår analyse blir det spennende å se om vi finner sammenfallende, eller andre resultater.

## 3.0 Teori

I dette kapittelet vil vi redegjøre for de teorier som vi har valgt å legge til grunne for vår teoretiske analyse av problemstillingen, og de tre forskningsspørsmålene i masteravhandlingen. I vår forskning ønsker vi å finne ut om St. Olavs Hospital HF valg av strategi knyttet til ansattes kompetanse kan bidra til å ivareta og bevare erfarne sykepleiere. Det er derfor først naturlig å si noe om hva strategi og kompetanse er, og hvordan disse begrepene er blitt beskrevet og diskutert i relevant teori. Vi vil starte med å presentere Mintzbergs teori om de 5 p'er, og deretter gå videre til Lais teori om strategisk kompetanseledelse. Busch sin teori om verdiledelse samt Dreyfuss sin teori fra novise til ekspert vil og vektlegges i dette kapittelet. Kapittelet avsluttes med Herzberg med tofaktorteorien som omhandler motivasjon.

### 3.1 Strategi

Det finnes mange definisjoner på strategi. Strategi kan defineres som: «Strategi er en organisasjons langsiktige retningsvalg og nedslagsfelt som skaper en fordelaktig posisjon i omskiftelige omgivelser gjennom sammensetningen av ressurser og kompetanser som oppfyller behov i markedene og interessentenes forventninger» (Roos, von Krogh, Roos, & Boldt-Christmas, 2014, s. 13). Definisjonen understreker her betydningen av å tenke langsiktig til det beste for organisasjonen, samt sikre at riktig ressurs og kompetanse er på plass. En annen definisjon på strategi er som følgende; «den måten man velger å realisere oppdraget på – de virkemidler som brukes, de måtene midlene brukes på, og de organisatoriske og andre hovedgrep man tar for å realisere målene» (Meyer & Norman, 2019, s. 61).

I vår studie vil strategi bety den plan St. Olavs Hospital som organisasjon bevisst har formulert muntlig, eller skriftlig opp mot kompetanse i den hensikt å sikre at erfarne sykepleiere ivaretas og bevares. Vi er samtidig opptatt av de ulike former strategi kan ta i en organisasjon, noe Mintzberg belyser i sin teori om den bevisste eller fremvoksende strategi. Mintzberg og Waters (1985) viser til at flere definisjoner og tolkninger av begrepet strategi, er tatt på bakgrunn av at det i bunn alltid eksisterer en bevisst og planlagt, altså en intendert

strategi. Som et motsvar, eller alternativ til denne måten å tenke rundt strategi på, mener Mintzberg og Waters (1985) at strategi kan vokse frem, ubevisst og ikke-planlagt i en organisasjon. Og den utilsiktede strategien som vokser frem; “a pattern in a stream of decisions”, som Mintzberg definerer det som, kan være den strategien som realiseres i organisasjonen (Mintzberg & Waters, 1985).

Mintzberg definerer strategi som «et mønster i en organisasjons beslutninger over tid» (Andersen, Gårseth-Nesbakk, & Bondas, 2015, s. 42), og teorien understreker betydningen av at strategi ikke bare er en plan, men at det er en pågående prosess, og teorien benevnes som «De fem P`er», «the five P`s». Bortsett fra strategi som plan(plan), beskriver teorien strategi som manøver (ploy), mønster (pattern), posisjon(position) og perspektiv(perspective). (Roos, von Krogh, Roos, & Boldt-Christmas, 2014, s. 13; Mintzberg, 1987). Mintzbergs rammeverk for å forstå strategi er en av de teoriene vi vil bruke i vår analyse av de empiriske funnene i forskningen vår, fordi teoriens beskrivelse av strategien som en pågående prosess er relevant for oss. Det er interessant å se om St. Olavs Hospital sitt strategiske arbeid knyttet til kompetanse er en langsiktig prosess, eller om den er oppstykket og impulsiv, styrt av kortsiktige løsninger. Vi beskriver derfor de ulike perspektivene på strategi i mer detalj, og diskuterer deres relevans for vår problemstilling i denne studien.

Strategi som plan betyr å utforme en strategisk plan for fremtiden; bevisst planlegge og koordinere i den hensikt å få oversikt over situasjonen samt ikke la seg styre av beslutninger tatt i all hast, kanskje styrt av følelser. Man fokuserer på to forhold; det ene at strategien er lagt på forhånd, i forkant av oppstarten av et prosjekt for eksempel og at strategien er resultatet av en målrettet prosess (Mintzberg, 1987). I arbeidet kan man bruke analyse, for eksempel risiko- og sårbarhetsanalyser, retningslinjer, regler, prosedyrer og rutiner for å komme i mål. Det er viktig at planleggingen ikke struper den videre prosessen; selv om en plan er lagt og en strategi er valgt, må strategitenkningen fortsette i den hensikt å videreutvikle planen, og dermed strategien. Planen skal kunne fungere i en organisasjon helt uavhengig av personer; rutiner og retningslinjer skal fungere på tross av hvilke personer som er involvert (Mintzberg, 1987). Organisasjoner er ikke lukkede systemer, de både påvirker, og blir påvirket av andre organisasjoner og samfunnet ellers (Mintzberg, 1987). Ved at strategien blir en langsiktig plan, en samlet strategiprosess med strategisk analyse, strategiske valg og implementering av strategi er det mer sannsynlig at den vil lykkes (Gotvassli, 2021, s. 113). Mintzbergs syn på strategi som plan er relevant for oss i vår analyse fordi den vil kunne belyse om strategien St. Olavs Hospital har lagt er planlagt og utformet på bakgrunn av ønsket

mål for organisasjonen i fremtiden, er en målrettet prosess eller om den endres i takt med forventninger fra omgivelsene rundt, kritikk fra samfunnet, eller innspill fra ansatte og fagforeninger. Den planlagte strategien er viktig i organisasjonens arbeid mot måloppnåelse, og de ansatte, som Mintzberg definerer som den operative kjerne, er svært essensielle i dette arbeidet (Gotvassli, 2021, s. 50). Måloppnåelsen er også avhengig av at strategien er personuavhengig, altså at rutiner, regler og prosedyrer følges uavhengig av hvem som er på jobb. Sykepleiere forholder seg til dette hver dag, for uansett hvilke kollegaer som har vakt, skal prosedyrene følges, man har felles ansvar for godt pasientarbeid. Dette krever dog satsning på og arbeid for lik kompetanse i kollegiet, og hvordan St. Olavs Hospital løser dette strategisk ønsket vi å se på ved å gjennomføre dokumentanalyse av strategiske dokumenter samt intervju av ledere og sykepleiere.

*Strategi som manøver*, benevnes også av og til som strategi som makt, og beskriver hvordan man kan benytte strategier i den hensikt å oppnå at organisasjonen får et fortrinn i forhold til andre, for eksempel i konkurransen om å tilby samme produkt eller tjeneste på markedet. Manøveren kan være generell, eller spesifikk. Eksempler på denne type strategi er prisjusteringer, lansering av ny teknologi, kanskje sammen med store og tunge reklamekampanjer, men også valg av strategi inn mot forhandlinger og nettverksbygging opp imot politikere som kan gi fordeler ved tildelinger i forhold til bevilgninger, eller tildeling av oppgaver. Makt er sentralt her, som er ressurs i den hensikt å påvirke beslutninger (Mintzberg, 1987, s. 12). Hvordan ledere i organisasjoner håndterer forventninger og krav fra ulike interessenter i omgivelsene er vektlagt i strategi som manøver/ploy. Man skiller mellom tre ulike omgivelser; generelle, tekniske og institusjonelle. De generelle omgivelsene påvirker alle organisasjoner, som lover og regler, skatt- og avgifter og den nordiske modellen vi må forholde oss til i arbeidslivet. De tekniske omgivelsene er blant annet den tilgangen organisasjonen har på den arbeidskraft den trenger, men også forholdet til de mennesker som skal bruke organisasjonen, som for eksempel brukere, pasienter eller kunder (Gotvassli, 2021, s. 145).

Institusjonelle omgivelser er de mekanismene som organisasjonene må etterleve for å sikre legitimitet og støtte, det kan være regulative mekanismer som arbeidsmiljøloven eller normative mekanismer, som likestilling eller Metoo-bevegelsen. Til slutt kan det også være kognitive mekanismer; forestillinger ute i samfunnet om hvilken organisasjon vi skal være. Forholdet organisasjonen kan ha til interessentene, kan være preget av både harmoni- og konflikt. I konfliktfeltet kan en skjevhet mellom bidrag og belønning skape ubalanse

(Gotvassli, 2021). På den andre siden kan harmoni oppstå om man legger en strategi for å oppnå et felles mål, for eksempel overlevelse av en bedrift, motta bevillinger for oppstart at et prosjekt. Manøvreringen mellom konflikt- og harmonifeltet krever strategisk lederadferd (Gotvassli, 2021, s. 145), hvor igjen strategien for å komme best ut vil være preget av makt.

Mintzbergs syn på strategi som makt er relevant for oss på flere områder. De generelle omgivelsene, for eksempel den nordiske modellen, samarbeidet i arbeidslivet er av betydning her, finner vi profesjonskamp som kan påvirke strategien knyttet til kompetanse? De tekniske omgivelsene beskriver tilgang på arbeidskraft som er svært relevant for oss, føler de erfarne sykepleierne at deres meninger lyttes til, gitt deres lange erfaring. Også omgivelsenes meninger om, og forventninger til sykehuset St. Olavs Hospital er relevant for å forstå foretakets valg av strategi. I det siste har medietrykket- og omtalene av St. Olavs Hospital, og vårt offentlige helsevesen generelt også, vært betydelig, ved St. Olavs Hospital mye på grunn av innføringen av Helseplattformen. Hvilken betydning har dette for hvilken strategi som velges? Mangelen på sykepleiere i fremtiden som bekreftes fra flere hold, påvirker det St. Olavs Hospitals valg av strategi?

*Strategi som mønster* beskriver en strategi som utvikler seg som «vedvarende handlingsmønster over tid» i en organisasjon (Mintzberg, 1987, s. 13). Handlingsmønstrene er en av dimensjonene i strategitenkningen, de kan være bevisste og planlagte, og da gjerne nedskrevet, eller de kan være ubevisste og være et svar på tradisjoner og eksistere som vaner og rutiner i organisasjonen (Mintzberg, 1987). Slik sett kan vi finne mange strategiske handlingsmønster i en organisasjon som er satt ut i livet, uten at de er nedfelt i handlingsplaner. Man kan også oppleve det motsatte, at de tilsiktede planene er nedfelte, men ikke settes i verk som tiltak i organisasjonen. Mønstrene gir et bedre bilde på hvordan en organisasjon virker, hva som får innvirkning og blir styrende for arbeidet i en organisasjon, men understreker også at lederens jobb her blir mer krevende. Når strategien ikke er nedfelt, men er et handlingsmønster i organisasjonen, vil det kreve av lederen at vedkommende har innsikt i organisasjonen grunnleggende virksomhet, har erfaring, kreativitet og intuisjon (Gotvassli, 2021, s. 120).

Å betrakte strategi som mønster er relevant for vår analyse fordi mange organisasjoner i helsevesenet, som St. Olavs Hospital, rommer et stort antall ansatte fordelt på forskjellige yrkesgrupper som skal fungere sammen. Profesjonsarbeidere vil med tilegnelse av erfaring i større og større grad preges av selvledelse. I tillegg har de ledere som selv, nesten uten unntak er profesjonsutdannet. På hvilken måte kan dette påvirke utviklingen av et handlingsmønster



som kan ha betydning for strategien ovenfor kompetanse? Blir det lett «sånn har vi alltid gjort det»; det er lett å tenke seg til at strategier lett da kan bli noe muntlig, vanskelig å evaluere fordi det ikke er blitt en bevisst, nedskreven strategi. Og har det betydning for strategien at hierarkiet er såpass lite? Vil det være vanskelig for lederne å opptre med tyngde og ta vanskelige beslutninger fordi de er så tett på de ansatte? Med tanke på at de erfarne sykepleierne i stor grad utøver selvledelse, hvilken betydning kan det ha for utviklingen av en strategi som mønster, har de erfarne sykepleierne stor medvirkning i utviklingen av strategien for sin avdeling? Kompetansen og erfaringen de besitter skulle kanskje tilsi det, hvis de ikke opplever at de har medvirkning, vil det ha betydning for deres motivasjon til å stå i jobben, det er relevant for oss i vår studie.

*Strategi som posisjon* er forbundet med hvordan en organisasjon kan hevde seg i konkurransen med andre i et marked (Mintzberg, 1987, s. 15). Hvordan organisasjonen tilpasser seg i forhold til de endringer som skjer i omgivelsene rundt og forventninger fra eksterne interessenter, for eksempel kunder er viktig her. For å greie å ivareta et konkurransefortrinn på markedet, må organisasjonen greie denne transformasjonen. Til forskjell fra strategi som plan, manøver eller mønster som setter søkelys på en organisasjons indre liv, er strategi som posisjon orientert mot organisasjonens forhold til sine omgivelser. Her er konkurransen i seg selv en sterk og viktig drivkraft. For offentlig sektor er strategi som posisjon mindre relevant enn for aktørene i privat sektor, men ved konkurranseutsetting og privatisering hvor offentlig sektor må inn på markedet vil strategien ha stor betydning. For vår analyse er det relevant å se på St. Olavs Hospital sin strategi opp imot posisjon fordi dette kan ha innvirkning på om ansatte ønsker å fortsette som sykepleiere i organisasjonen, eller om organisasjoner og institusjoner på det private markedet er mer lokkende, blant annet når det gjelder satsning på ansattes kompetanse. Er St. Olavs Hospital en attraktiv arbeidsgiver for erfarne sykepleiere, og arbeider St. Olavs Hospital bevisst for å være en attraktiv arbeidsgiver slik at organisasjonen beholder de ansatte, eventuelt på hvilken måte? Hvis ikke, hvorfor jobbes det ikke strategisk med denne utfordringen, å beholde ansatte?

*Strategi som perspektiv* er også kalt strategi som kultur (Mintzberg, 1987, s. 16). Her er igjen søkelyset på innsiden av organisasjonen, mot den kollektive tankegangen i forhold til strategi som posisjon. På hvilken måte ivaretar organisasjonen, og spesielt ledelsen de ansatte? Her er det sentrale hvordan ansatte adapterer sentrale tanker og ideer fra strategien for organisasjonen, og dermed innvirker på hvordan ansatte handler. Det er ikke perspektivet som skaper strategien, men perspektivet er et resultat av strategien. Fremtredende er

virkelighetsforståelsen innad i virksomheten; visjon og mandat og hvordan den kommer til uttrykk som strategi og praksis. Vi finner organisasjonens verdier, kulturer, normer og visjoner her som kan bli organisasjonens rutiner, symbolikk og strategiske mål (Gotvassli, 2021, ss. 130-131). I vår analyse vil vi se på hvilken kultur St. Olavs Hospital har for å satse på de ansattes kompetanse, har St. Olavs Hospital en strategi for å ivareta kompetente erfarne sykepleiere, og i hvilken grad synes den å ha effekt? I tillegg er det interessant å se på om satsningsområder, mål og verdier for organisasjonen er kjent for de ansatte? Betyr visjonen St. Olavs Hospital har for pasientbehandling noe for de ansatte, er strategien kjent, og kjenner de ansatte seg igjen i den? Det er ikke til å komme bort fra at daglig drift styrer mye av arbeidshverdagen på et sykehus, og at krevende utfordringer over lang tid kan innvirke på motivasjonen, spesielt om sykepleierne opplever at drift går på bekostning av både kvaliteten på pasientbehandlingen og muligheten for kompetanseutvikling. Er det da kultur for å si ifra, blir sykepleierne lyttet til? Hvilket syn har lederne på sykepleiernes tanker, er det stor avstand mellom de ansatte og ledernes verdier, eller deler de visjonene og strategien frem mot måloppnåelse. Dette er aspekter ved organisasjonen som er svært relevant for vår analyse. Vi vil videre gå nærmere inn på kompetanse som strategi.

### 3.2 Kompetanse

For å oppnå de resultat man ønsker er det viktig å ha kompetanse, kunnskap samt vurderingsevne, noe som også kalles å være funksjonsdyktig (Lai, 2021, s. 44)

Nordhaug definerer kompetanse som «kunnskap, ferdigheter og evner som kan anvendes til å utføre arbeid» (Nordhaug, 2004, s. 29). Lai trekker potensial inn i begrepet kompetanse og sier at kompetanse er et potensial bestående av fire typer komponenter; «Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål» (Lai, 2021, s. 44).

I vår studie vil kompetanse bety videreutvikling av faget sykepleie, både teoretisk og praktisk. Det kan være teoretisk undervisning, som interne eller eksterne kurs og fagkongresser, intern undervisning i egen avdeling eller klinikk, fag- og kompetansedager på avdelingen eller i organisasjonen. Praktisk kompetanse kan videreutvikles i simuleringsøvelser, for eksempel hjerte- og lungeredning, stell av sentrale venekatetre, både internt og på Simuleringssenter, som St. Olavs Hospital også har. I utgangspunktet tenker vi at erfarne sykepleiere trenger et

annen fokus på kompetanse, en annen kompetanse enn de nyutdannede og som en del av vårt svar på vår problemstilling ønsker vi å finne ut om St. Olavs Hospital har en strategi på det.

Kompetansen medarbeideren besitter kan forvaltes best mulig av organisasjonen, den kan hentes frem og videreutvikles (Lai, 2021, s. 44). Det har i mange år har vært korrekt å satse på kompetanse, både kulturelt, politisk og i ledelse, at organisasjoner har satset tungt på kompetanse har gitt legitimitet innad i organisasjonene, og også utad uten at man kan vise til at organisasjonene har oppnådd bedre tilgang på relevant kompetanse og bedre måloppnåelse (Lai, 2021). Det ofte mangler ofte konkrete mål for kompetansesatsingen og at det for sjelden gjennomføres systematiske og pålitelige oppfølginger av de effektene kompetansetiltak har gitt både ansatte og organisasjonen. Dette medfører at kompetanse lett blir «tatt av plakaten» om ressursene må omfordes i en virksomhet (Lai, 2021). Satsning på kompetanse som er lite planlagt kan virke tvert imot sin hensikt, både for ansatte samt organisasjonen i sin helhet, da det kan gi kompetanseinkongruens (Lai, 2021).

Begrepet *kompetanseinkongruens* beskriver en situasjon hvor det blir liten, eller ingen samsvar mellom det potensiale medarbeidere i en organisasjon besitter, og de arbeidsoppgaver de skal utføre i den hensikt å oppnå de mål og den verdiskapning virksomheten ønsker. Lav *kompetansemobilisering* som vil si at ansatte ikke får hentet ut sitt faglig potensiale, og kan føre til en dårligere mestringsfølelse som igjen kan gi seg utslag i nedsatt motivasjon for sitt arbeid og sin arbeidsplass (Lai, 2021). Faren er til stede for at medarbeidere slutter, at organisasjonen kan risikere verdilekkasje. Oppmerksomheten på kompetanseinkongruens og lav kompetansemobilisering har kommet i bakgrunnen for myten om at all kompetanseutvikling er positiv, og med dette menes det at kompetanseutvikling ikke er ensbetydende med kompetanseheving (Lai, 2021). Å være kompetent betyr ikke nødvendigvis at man har høy kompetanse, men heller at man har riktig kompetanse til det arbeidet og de oppgavene organisasjonen forventer at du skal utføre. Kompetanseutvikling kan i stedet for å gi høyere kompetanse, gi endret eller ny kompetanse (Lai, 2021, s. 12). Det Lai påpeker her, er svært viktig i vår analyse, og essensielt i vårt svar på problemstillingen. Planer for kompetansedager, eller strategi for kompetanseheving kan se bra ut på papiret, men hvis ansatte ikke opplever mestring, eller de blir demotiverte fordi kompetansesatsingen er lagt på et annet nivå i forhold til hva de erfarne sykepleierne trenger, kan det slå negativt ut for organisasjonen. Det er også interessant å se på om en eventuell strategi for kompetanse settes ut i livet, eller om den travle hverdagen, driften kveler kompetansearbeidet. Hvordan jobber organisasjonen strategisk for å sikre at planlagt kompetansearbeid gjennomføres? Er

begreper som inkompetanseinkongruens, kompetansemobilisering og verdilekkasje noe som St Olav vektlegger i sin strategi for å beholde erfarne sykepleiere? Skal innsatsen organisasjonen bruker på kompetanse betale seg, må det legges en strategi hvor «arbeidet er langsiktig, målorientert og systematisk» (Lai, 2021, s. 13). Organisasjonen må derfor utvikle en overordnet strategi for sitt arbeid med kompetanse, hvor denne strategien skal være førende for de tiltak som iverksettes for «å anskaffe, utvikle, mobilisere og eventuelt utvikle kompetanse» (Lai, 2021, s. 13). I vårt arbeid vil vi blant annet bruke organisasjonens dokumenter for å finne aktuell strategi.

### 3.3 Kompetanseledelse

«Strategisk kompetanseledelse innebærer planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak for å sikre at organisasjonene og den enkelte medarbeider har og bruker nødvendig kompetanse for å nå definerte mål» (Lai, 2021, s. 14). For å kunne sikre at organisasjonen greier å ivareta kompetente og erfarne sykepleiere, altså unngå verdilekkasje, trenger organisasjoner som St Olav ledere som står sterkt opp for kompetanseutvikling, og her har man et fortrinn fordi ledere av profesjoner selv har fagbakgrunn og kjenner faget. Likevel, en leder må gis tid og rom, de riktige rammebetingelser for å kunne lede godt og i vår analyse ønsker vi å se på dette, i hvilken grad vektlegger St. Olavs Hospital kompetanseledelse som organisasjon, i nedskreven strategi.

Betydningen av at strategien ikke betraktes som en tidsbegrenset aktivitet, men fremstår som en kontinuerlig prosess understrekes. Evalueringen gir innspill til den pågående prosessen og er ikke en avslutning. Både Mintzberg og Lai (2021) fremhever viktigheten av at strategien ikke avsluttes, men fortsetter i en evig sirkel av plan, utøvelse og evaluering. Slik er det med kompetanse også, i faget sykepleie er man aldri utlært. Det kommer nye behandlingsmåter, medikamenter og operasjoner som den erfarne sykepleier er forpliktet til å mestre sitt ansvarsområde for, teoretisk og praktisk. Man må alltid kunne evaluere tillært kunnskap og endre den til det beste for pasienten. Men det krever at ledere, og organisasjonen ser og anerkjenner de ansattes behov, og agerer deretter. Vi ønsker i vår analyse å se på om kompetanseledelse er noe som lederne aktivt jobber med på St. Olavs Hospital, er kompetanse satt på dagsorden i tilstrekkelig grad, og opplever de ansatte at lederne verdsetter og er opptatt av deres kompetanse? En sykepleiers arbeidshverdag kjennetegnes av at mottaker av arbeidsinnsatsen er en tredjepart; pasienten. Pasientrettigheter skal sikres, og det fordrer riktig

kompetanse på rett plass. På alle kliniske avdelinger; sengeposter eller spesialavdelinger, som intensiv- og operasjonsavdelinger er det til enhver tid sykepleiere som har driftsansvar. Innunder denne rollen ligger å ta imot beskjed om innleggelse av nye pasienter, fordele rom, ha fortløpende kontakt med ansvarlig lege samt ta imot melding om fravær. På ubekvemme tidspunkt, altså kveld, natt og helligdager, når seksjonsledere ikke er til stede må ansvarlig sykepleier også skaffe ekstravakter ved oppstått sykdom hos ansatte, eller behov for ekstra folk på jobb. Det sier seg selv at denne rollen krever kompetanse og erfaring. Det er viktig at ledere som skriver turnus, og ser over «vaktlag» daglig, er bevisst hva som trengs for å fylle denne rollen. Først og fremst for pasientenes del, sikre forsvarlig drift, men også for de ansatte. Å få ansvarsrollen for tidlig kan være skremmende, nettopp fordi ansvaret er så stort. Den enkelte sykepleiers erfaring og kompetanse må derfor være kjent for ledere, og forvaltes godt, styres slik at vi kan videreutvikle kompetansen, og ikke minst beholde ansatte. Antall «hoder» på vakt er ikke tilstrekkelig strategi, det er summen av kompetanse og erfaring i vaktlaget som sikrer forsvarlig drift, også for de ansatte.

I *planleggingsfasen*, det vil si i kompetanseplanleggingen inngår kompetanseanalyse, kompetansestrategi og tiltaksplaner. Det viktig at overordnede strategiske veivalg og kompetanseledelse er forankret i toppledelsen, og ikke bare nedfelt i tiltaksplaner, men vist gjennom handling (Lai, 2021). De overordnede mål og strategier for organisasjonen blir utgangspunktet for analysen hvor hensikten er å identifisere og rangere kompetansekrav, og behov, altså hva organisasjonen trenger for å kunne innfri de mål som er satt for virksomheten og hvilken kompetanse som må skaffes, mobiliseres, forbedres eller eventuelt avvikles for at definerte krav skal innfris (Lai, 2021). Kartlegging av medarbeidernes kompetanse kun for syns skyld er mindre viktig (Lai, 2021). Det viktige er de behov organisasjonen har. Kompetansestrategien former mål for satsingen på kompetanse med bakgrunn i den overordnede planen organisasjonen har for kompetanse, organisasjonens mål er viktig og førende her. Strategien bør beskrive de tiltaksområdene som er prioritert, inkludert konkrete mål- og retningslinjer for hvordan gjennomføringen er tenkt utført i tiltaksområdene. Tiltaksplanene kan utformes på forskjellig vis; både for virksomheten som helhet, og for de respektive avdelingene, eller for ei ansatte gruppe for eksempel. Det er nødvendig at tiltaksplanen er så konkret at de definerte mål lett kan evalueres og følges opp på en riktig måte (Lai, 2021). Også planen for evalueringen bør være konkret; hvem skal delta, kostnader, tidshorisont og ikke minst hvem som har fått ansvaret for å gjennomføre tiltaket og evaluere det. I vår studie ønsker vi å se på hvordan St. Olavs Hospital kartlegger ansattes kompetanse,

er dette strategisk satt i system og brukes opp imot organisasjonens mål, eller gjøres det «kun for syns skyld» (Lai, 2021).

St. Olavs Hospital har en webbasert «Kompetanseportal», hvor ansattes utdanning, og erfaring kan legges inn. Her skal også pålagte faglige oppdateringer, som for eksempel e-læring i hjerte/lunge redning og smittevern være lagt inn og registrert. Ikke-oppdaterede e-læringer markeres rødt, og blir grønt når de er gjennomgått og godkjent. De respektive fagutviklingssykepleierne er viktige brikker i dette arbeidet. Alle ansatte har tilgang til sin kompetanseportal, og i den kan man fylle ut spørreskjema før den årlige medarbeidersamtalen med nærmeste leder, og leder kan igjen legge referat fra samtalen inn i portalen. Vi ønsker å se på hvilket forhold de ansatte har til kompetanseportalen. Er den et nyttig verktøy, brukes den av ledere, og er bruken av den systematisk, og regnes den som en del av strategien for å kartlegge og evaluere kompetansen på avdelingene?

*Gjennomføringen*, den andre hoveddelen av den strategiske kompetanseledelsen benevnes som kompetansetiltak. Her inngår de tiltak organisasjonen utfører for å *anskaffe, utvikle, mobilisere eller avvikle* kompetanse på grunnlag av den kompetansestrategien som er lagt (Lai, 2021, s. 16). Å anskaffe kompetanse kan skje både gjennom rekruttering av nyansatte, samarbeid med eksterne kompetansesenter samt høyskoler og universiteter (Lai, 2021).

Det er viktig og nødvendig av at man i en ansettelsesprosess legger kompetansestrategien for organisasjonen til grunn slik at riktig kompetanse kommer på plass (Lai, 2021). Kostnadene ved rekruttering og nyansettelser; transaksjonskostnadene for virksomheten påpekes, og det er viktig å bruke pengene riktig (Lai, 2021). Kompetanseutvikling sett i sammenheng med strategisk kompetanseledelse vektlegger «målrettede tiltak for å oppnå læring og skape gode læringsarenaer» (Lai, 2021, s. 17). Dette aspektet er essensielt for vår studie, hvordan arbeider St. Olavs Hospital i en rekrutteringsprosess, er kompetansestrategien vektlagt i ansettelsesprosesser, påvirker det ordlyden i en utlysningstekst for ledige stillinger for eksempel. I tillegg er det relevant å se på i hvor stor grad St. Olavs Hospital er bevisst på muligheten for å utvikle og mobilisere kompetanse innen egne ansatte fremfor nyansettelser. Er St. Olavs Hospital oppmerksom på behovet for faglig påfyll hos erfarne sykepleiere, legge til rette for hospiteringer på andre avdelinger for eksempel hvis dette er et ønske, tross driftsutfordringer. De erfarne sykepleierne får ofte tilleggfunksjoner i avdelingene; opplæring av nyansatte, ha studenter i praksis, ekstra ansvar i avdelingen. Det er viktig at St. Olavs Hospital som arbeidsgiver også ivaretar de erfarne sykepleiernes behov for

anerkjennelse og behov, slik kan man legge til rette for økt arbeidsmotivasjon for i størst mulig grad utvikle egne ansatte i den hensikt at de ønsker å bli.

### 3.4 Læringsarenaer og deres betydning for kompetansemobilisering

Når man skal velge hvilke typer læringsformer- og metoder man skal benytte er det igjen de behov organisasjonen har for kompetanse som bør ligge til grunn. Det er verdt å investere i læringsarenaer som gir godt utbytte. Læringsarenaer som ofte er assosiert med kompetanseheving, som for eksempel kurs, ikke alltid er de som gir best utbytte for den enkelte medarbeider eller ansatte gruppe (Lai, 2021). Det er viktig å kartlegge hva de ansatte trenger, kanskje er intern undervisning mer relevant og spisset mot de ansatte behov. Deling av kompetanse gjennom intern undervisning eller intern læring gir mestringsklima blant medarbeidere (Lai, 2021). Det er viktig å vektlegge den praktiske delen av sykepleieryrket her, som er svært viktig. Selv om man kan teorien godt, blir man først og fremst bedømt med utgangspunkt i hvordan pasientsituasjonene ble løst. Dette må være førende for hvilke læringsarenaer man velger for kompetanseheving, med utgangspunkt i hva de ansatte ønsker seg. Behovene kan være svært forskjellig blant ansatte på samme avdeling med bakgrunn i erfaring. De erfarne sykepleierne kan ha mer behov for sykepleiefaglig veiledning hvor pasient-caser gjennomgås med erfarne kollegaer, enn rene øvingssituasjoner. Uansett er læringsarenaen av stor betydning, og strategien for kompetanseutvikling bør reflektere det.

Hvordan mobilisere kompetanse blant ansatte? Kun kompetanse som er relevant for organisasjonen og brukes riktig, vil kunne bidra til måloppnåelse og dermed verdiskapning for virksomheten (Lai, 2021, s. 17). Man må derfor vektlegge at organisasjonen legger til rette for at den kompetansen ansatte har blir brukt på riktig måte. Det motsatte vil med stor sannsynlighet gi demotiverte ansatte fordi det vil bli et gap mellom den kompetansen man opplever å ha og de oppgaver og utfordringer man får i arbeidet sitt, altså kompetanseinkongruens. I tillegg til at lav kompetansemobilisering vil ha negativt utslag for organisasjonen, for muligheten for ønsket måloppnåelse vil det også kunne påvirke den enkelte medarbeider, felleskapet blant ansatte og dermed også arbeidsmiljøet. Kunnskap om de faktorer som kan bidra til kompetansemobilisering er derfor viktig for enhver organisasjon, og et lederansvar (Lai, 2021, s. 18).

Av og til kan organisasjoner ha behov for å endre strategi, arbeidsområder/satsninger på grunnlag av tilpasninger til markedet, og da kan det være at virksomheten må utvikle kompetanse. Man ser ofte at ansatte da kan omplasseres internt, eventuelt nedbemannes. Lai (2021) vektlegger ikke dette stort i sitt rammeverk, eventuell nedbemanning ivaretas mer av lovverket vårt. Det er ikke heller ikke så relevant for vår forskning så vi velger å ikke skrive mer om dette her (Lai, 2021).

*Evaluering* er tredje og siste hoveddel av strategisk kompetanseledelse. Evaluering er helt essensielt for å kunne følge opp de tiltak som er satt i gang, og dermed avdekke om de har ført frem eller ikke (Lai, 2021). På tross av dette er evaluering stort sett i dag fremdeles mangelfull, og at dette skyldes hovedsakelig at kompetanseplanleggingen er for dårlig, de mål man trenger for å se evalueringen opp imot er fraværende, eller for lite konkret (Lai, 2021). Metodene for gjennomføring av evaluering i organisasjoner er også for dårlig utarbeidet, og at evaluering er «metodisk krevende, og mange feilkilder kan gjøre både funn og fortolkninger upålitelige» (Lai, 2021, s. 19). Spesielt gjelder dette effekten av endringer i ledelse, organisering eller rammebetingelser. Det er viktig å skille mellom virkninger av kompetanseutvikling på forskjellige nivåer; «som reaksjoner/ansattes tilfredshet, læring/faktisk tilegnet kompetanse, anvendelse av læring/adferdsendring og organisatorisk nytte/endring i overordnet måloppnåelse» (Lai, 2021, s. 19).

I tillegg er det viktig å se på om kompetanseutviklingen i virksomheten har gitt positiv ringvirkning til andre medarbeidere, eller grupper, såkalt spredningseffekt, og om dette varer over tid. Tidspunkt for når man skal evaluere bestemmes av når man tror effekten på kompetansesatsingen har fått rotfeste, gitt resultater og på hvilket nivå man ønsker å måle effekt. Hvilket resultat virksomhetens investering i kompetansekapitalen har gitt, og på hvilken måte den kan bli enda bedre, er det viktig alle med lederansvar i en organisasjon har fokus på (Lai, 2021). Den ikke- økonomiske gevinsten som «bedre mestringstro, høyere indre motivasjon, sterkere lojalitet, høyere vilje til fleksibilitet, større innslag av ekstra-rolle adferd og høyere innsats og ytelse i enkeltoppgaver» er svært viktig å vektlegge (Lai, 2021, s. 19).

Den samlede satsningen på kompetanse og tiltakene som iverksettes i organisasjonen bør følges opp med utgangspunkt i de mål og forventninger som organisasjonen hadde før oppstart. Slik kan den strategiske kompetanseledelsen sikres (Lai, 2021, s. 19). «Evaluering skal bidra til å forbedre valg og utforming av tiltak, både på kort og lang sikt, og skal gi verdifull tilbakemelding til den overordnede kompetanseplanleggingen og andre strategiske prosesser i organisasjonen» (Lai, 2021, s. 19). Det er relevant for vår analyse å se om St.



Olavs Hospital har en strategi for evaluering av kompetanse, og på hvilken måte utføres denne, evalueres strategien på bakgrunn av mål for organisasjonen eller ikke. Skjer evalueringen mellom leder og ansatt, for eksempel i en medarbeidersamtale, eller evalueres behovet for kompetanse- utvikling og mobilisering for gitte avdelinger og klinikker på ledermøter eller klinikknivå, har sykepleierne innvirkning på evaluering av kompetanse?

Med utgangspunkt i vår problemstilling, har vi nå beskrevet hva vi legger i begrepene strategi og kompetanse, samt gjort rede for Mintzbergs teori om strategi og Lais teori om strategisk kompetanseledelse. Begge teoriene vil bli brukt senere i drøftingskapittelet. Vi vil videre gå nærmere inn på teorier knyttet til verdiledelse, motivasjon og profesjonsidentitet.

### 3.5 Betydningen av verdier i ledelse av kompetanse

Sykepleiere er en av mange yrkesgrupper i offentlig sektor, og for alle disse gruppene står profesjonsidentiteten sterkt. Profesjonsidentitet er noe som «representerer en spesialisert kompetanse, har eksklusiv kontroll over et avgrenset fagfelt, står i en beskyttet situasjon på arbeidsmarkedet, bygger på et spesifikt høyere studium og bygger på en ideologi med fokus på kvalitet» (Busch, 2012, s. 14). Profesjonsidentitet sterke bånd knyttet til profesjonskulturen der; «Både det formelle verdigrunnlaget som ligger i profesjonens etiske koder, og de reelle verdiene som er utviklet innenfor et profesjonelt nærmiljø, vil ut fra dette være avbildet i profesjonsidentiteten» (Busch, 2012, s. 75).

Et praksisfelleskap defineres som; « ..medarbeidere på tvers av formelle avdelingsgrenser som danner et fellesskap rettet mot læring og kompetanseutvikling» (Busch, 2012, s. 76).

I dette praksisfelleskapet etableres for det første en plattform for felles engasjement og forpliktelse, samt deling av kunnskap. I tillegg kjennetegnes praksisfelleskapet av felles mål og visjon som de føler et sterkt ansvar for, og felles repertoar av metoder og virkemidler. Profesjonelle kunnskapsarbeiderne, som sykepleierne er svært engasjert i sitt virke, visjonen om hva de skal bidra med i samfunnet er til stede og de har i tillegg «felles profesjonelle standarder, felles verdigrunnlag og ofte et felles bilde av sin egen identitet» (Busch, 2012, s. 76). Identiteten kobles sterkt til det praktiske arbeidet, profesjonsidentiteten formes av den daglige erfaringen i praksisen, utøvelsen av yrket.

Sykepleierprofesjonen formes altså av felles utdanning, profesjonskultur- og identitet.

Den faglige utviklingen skjer for sykepleiere som for andre profesjonsutdanninger, man

beveger seg fra nybegynner til ekspert. Verdiene som ligger i bunn i utøvelsen av yrket, er svært viktig å være klar over, og ikke minst respektere når man skal lede sykepleiere (Busch, 2012, ss. 29,31). Det særegne for sykepleiere, som for andre fagprofesjoner i offentlig sektor, er fokuset mot en tredjepart, for sykepleierne er det pasienten. Alt arbeidet som utføres, er i tjeneste for pasienten, og samfunnet ellers, omtales som det offentlige etos (Busch, 2012, s. 56). Dette verdisynet som ligger i bunnen for sykepleiernes arbeid, er viktig for en organisasjon som St. Olavs Hospital å anerkjenne, også i strategiarbeidet knyttet til kompetanse. Dette fordi sykepleiernes ønsker å tilby pasientene den beste behandlingen, faglig begrunnet og da trenger man riktig kompetanse på plass. Vi ønsket derfor, i vår analyse og se på om sykepleierne opplevde at de selv og deres kompetanse ble verdsatt, at deres sterke fokus på pasienten som ligger som et verdigrunnlag blir respektert. Er lederne bevisste nok på sykepleiernes verdisyn var noe vi ønsket å se nærmere på i intervjuene.

### 3.6 Fra novise til ekspert

Dreyfusmodellen deler fagutviklingen hos profesjonsutdannede yrkesutøvere inn i fem faser (Dreyfus & Dreyfus, 1980). De 5 fasene, eller trinnene benevnes som nybegynner, avansert begyner, kompetent utøver, kyndig utøver og ekspert (Busch, 2012, ss. 24-25) (Benner, 1995, ss. 35-49). Nybegynneren er veldig avhengig av sitt teoretiske grunnlag. Gjennom sin utdanning har man lært det teoretiske for å utøve faget og også hatt praksis som student i læringsinstitusjoner som sykehjem og sykehus, men samlet sett har man naturlig nok lite eller ingen trening. På nivå to, avansert begyner, beveger man seg mer bort fra faste prinsipper, greier å ta mer inn av situasjonene, men trenger fortsatt mye støtte fra kollegaer i praksisfelleskapet, for eksempel når det gjelder å prioritere arbeidsoppgavene. I tredje trinn har sykepleieren vært på samme avdeling i to-tre år (Benner, 1995, s. 39), og sykepleieren greier å se lengre fremover i sitt arbeid, planlegge mer, styres ikke så mye av hver enkelt situasjon. Mangler fortsatt ekspertens effektivitet og evne til å snu i prioriteringene, men er godt på vei. Den kyndige utøver i trinn fire har godt overblikk i arbeidshverdagen, her er persepsjon et nøkkelord. Sykepleieren tenker seg ikke frem til perspektivet eller forståelsen av pasientsituasjonene, det kommer på bakgrunn av yrkeserfaringen som nå er blitt god. Resultatet av gitte situasjoner kan forutsees og planlegges deretter. Slik sett kan den kyndige sykepleier også greie å identifisere et resultat som var uventet raskt og handle deretter. Beslutninger tas hurtigere fordi erfaringen ligger i bunn. Eksperten i trinn fem har svært

sjeldent behov for retningslinjer og regler i utøvelsen av sitt arbeid, erfaringen er lang og god og det «kliniske blikket» er det beste redskap. Overblikket og analysen av pasientsituasjonene kommer intuitivt, dermed identifiseres problemstillingen raskt uten at tid går tapt. Dreyfuss beskriver den erfarne profesjonelle hvor prestasjonen blir «flytende og smidig og præget af stor færdighet» (Benner, 1995, ss. 45-46). Dette betyr ikke at eksperten aldri bruker retningslinjer og prosedyrer i utøvelsen av faget sitt, tvert om, men en ekspert vil raskere forstå at pasientsituasjonen krever ekstra og også hva, av teoretisk grunnlag.

Via trinnene i denne teorien, Dreyfusmodellen vil sykepleieren gjennom sitt virke oppleve endring i tre allmenne deler av kvalifisert praksis; for det første beveger man seg bort fra avhengighet av det som oppleves som abstrakte prinsipper til å benytte seg mer av egen erfaring med prinsippene, eller prosedyrene. I tillegg endres oppfattelsen av hva som er en krevende situasjon på jobb, man får erfaringen til å skille ut de elementer i en situasjon som er relevante. Til slutt går man fra å være en utenforstående observatør til en deltagende aktør i pasientsituasjonene (Benner, 1995, s. 29). Denne teorien er ikke bare gjelder de som er helt nyutdannet, den kan også være relevant for den mer erfarne utøver som skifter arbeidsplass, over til et nytt fagfelt for eksempel (Benner, 1995). Allikevel vil eksperten, som de erfarne sykepleierne vi har intervjuet i denne masteravhandlingen aldri starte på trinn 1, de vil være raskere på nivå fem på en ny arbeidsplass på grunnlag av den erfaringen de allerede har. (Benner, 1995, s. 40). Dreyfus- modellen er relevant i vår studie, da den beskriver godt den faglige utvikling en sykepleier opplever i sin arbeidsdag. Slik kan den også forklare hvorfor kompetansearbeid i en organisasjon som St. Olavs Hospital må arbeides med strategisk, alle sykepleiere er ikke på samme sted faglig, tvert imot vil de ha behov for forskjellig kompetanseutvikling på grunn av disse fasene som beskrevet ovenfor. Og hva skiller de erfarne sykepleieres behov fra de nyutdannede, og hvilken strategi St. Olavs Hospital har her ønsket vi å belyse. Vi vil videre se nærmere på teori knyttet til profesjonsidentitet.

### 3.7 Betydningen av motivasjon for kunnskapsarbeidere

Profesjoner er bygget på ideologi og derfor er de ansatte opptatt av å gjøre en god jobb, dette betyr at verdiene har stor plass, og motivasjon har stor betydning for sykepleiernes utøvelse av yrket. Man har funnet at kunnskapsarbeidere først og fremst motiveres av personlig vekst, autonomi, måloppnåelse og rettferdig belønning (Busch, 2012, s. 27). Motivasjon defineres på

mange forskjellige måter, blant annet som ytelse= evne x motivasjon (Bolman & Deal, 2018, s. 155).

Flere har utarbeidet teorier om arbeidsmotivasjon, for hva er det som får mennesker til å bli motivert til å bli i jobben sin? I vår masteravhandling har vi valgt å se på «tofaktorteorien (Herzberg & Mauser, 1993). Herzberg (1993) forsket på trivsel på arbeidsplassen på 60-tallet. Forskningen viste at tilfredshet og mistriivsel kunne knyttes til ulike faktorer, altså at man iverksatte tiltak som skulle bedre tilfredsheten ikke automatisk ville bedre motivasjonen. Hvor tilfreds ansatte var i sitt arbeid, kunne knyttes til hva arbeidsoppgavene var og hvordan de skulle utføres, mens hvor motivert de ansatte var kunne knyttes til arbeidsmiljøet, og behandlingen de fikk (Herzberg & Mauser, 1993). Forhold som fremmet motivasjonen i arbeidet, kalles for motivasjonsfaktorer (Herzberg & Mauser, 1993). Dette kunne være anerkjennelse, ansvar og kontroll, arbeidet i seg selv, forfremmelse, prestasjon og lønn. Forhold som fremmet tilfredsheten, kalles for hygienefaktorer (Herzberg & Mauser, 1993). Dette kunne være personalpolitikken og administrative systemer på arbeidsplassen, utøvelsen av type ledelse, lønn, status, sikkerhet i jobben, mellommenneskelige relasjoner, arbeidsforhold, forhold som påvirker fritid og privatlivet. Altså; «motivasjonsfaktorene skaper trivsel i den grad de er til stede, men ikke mistriivsel dersom de ikke er til stede. Gode arbeidsforhold skaper for eksempel ikke trivsel, men dårlige arbeidsforhold skaper mistriivsel» (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 260).

Tre hovedpoenger kan summeres av to-faktorteorien til Herzberg ifølge Johansen og Thorsvik (2016, s.261):

- 1) Det er ulike forhold som på den ene siden skaper tilfredshet og derved motiverer medarbeiderne, og på den annen side skaper mistriivsel.
- 2) Medarbeiderne blir ikke tilfredse og motiverte dersom organisasjonen endrer forhold som skaper mistriivsel.
- 3) Bare trekk ved arbeidsoppgavene kan fremme trivsel og motivasjon blant medarbeiderne.

På hvilken måte sykepleieren opplever sine arbeidsoppgaver, hvilke utfordringer og mulighet for utvikling sykepleieren får i sitt arbeid, samt hvordan sykepleieren opplever å mestre sine utfordringer på arbeidet har altså svært sentral betydning for motivasjonen til sykepleieren (Busch, 2012, ss. 36,111). To-faktorteorien til Herzberg er relevant for vår studie fordi vi

ønsker å se på hvilken måte St. Olavs Hospital sin valgte strategi knyttet til kompetanse kan bidra til å ivareta og bevare erfarne sykepleiere, og her er det interessant å se på hvordan motivasjon kan spille en rolle. Hva kan motivere erfarne sykepleiere til å bli i jobben på St. Olavs Hospital, er satsning på kompetanse en av de motivasjonsfaktorene? Oppsummert, så kan trekk ved arbeidsoppgavene både fremme trivsel og motivasjon, og da er det relevant for oss i vår analyse å se på om erfarne sykepleiere opplever at de har arbeidsoppgaver som de opplever at de mestrer, at de har den kompetanse de trenger, og slik sett opplever økt motivasjon (Herzberg & Mauser, 1993). Med utgangspunkt i våre valgte teorier vil vi i neste kapittel belyse hvilke metodiske valg vi har tatt vedrørende studiens design.

## 4.0 Forskningsmetode

### 4.1.0 Innledning

I dette kapittelet vil vi redegjøre for hvordan vi planla og gjennomførte vår forskningsprosess, det vil si hvordan vi arbeidet med å finne ut veien videre etter å ha funnet en problemstilling. Vi vil gi en kort introduksjon om vitenskapsteoretisk standpunkt da dette utgjør hvilke valg som blir tatt i forbindelse med å ta beste valgene for vår forskningsprosess. Videre vil vi forklare hvilken forskningsdesign vi valgte å anvende, herunder om hvorfor vi besluttet å gå videre med en kvalitativ tilnærming. Vi vil og gjøre rede for hvordan vi gjennomførte vår studie, og si noe om styrker og svakheter ved våre valg.

### 4.1.1 Problemstilling

Det er viktig å ha en problemstilling som er forskbar. Det betyr at det skal være mulig å finne data eller samle inn data som kan belyse problemstillingen som vi har valgt (Ringdal, 2014, s. 21). En problemstilling bør også være aktuell samt relevant (ibid). I vårt tilfelle ønsket vi å ha en problemstilling som kunne være relevant for hovedledelsen ved St. Olavs Hospital, men også for ledergruppene på klinikknivå. Vi har og tro på at problemstillingen vår også er relevant ved andre helseforetak samt i kommunehelsetjenesten.

Det var allerede i 2019 en underdekning på 5500 sykepleiere i Norge, og dette antallet kan øke opp mot 50 000 fram mot 2040 (Helsekommisjonen, 2023). Tidligere var det kommunal sektor som hadde størst utfordring med å dekke behovet for sykepleiere, men man ser nå og at dette også har nådd spesialisthelsetjenesten. Det er viktig å ha gode strategier rundt hvordan man skal få rekruttert nok antall hoder, men det som vi mener blir vel så viktig er å ivareta samt beholde sykepleierne der de er. Dette er hovedårsaken til valgt problemstilling, og derfor mener vi og at funnene kan ha en relevans for andre helseforetak samt kommunehelsetjenesten. Det blir viktig at ledere får konkrete hjelpemidler til å ivareta sine ansatte, og vi håper på å finne noe svar som kan være et steg i riktig retning for akkurat dette. Utfordringen, med å få nok helsepersonell på plass framover er et veldig stort tema som er lett å engasjere seg i.

En problemstilling skal være spisset, og vi har prøvd å gjøre akkurat dette selv om selve hovedtematikken bak studien er mye større. I tillegg bør en problemstilling være faglig interessant, og funnene bør tilføye noe ny kunnskap (ibid). Vi ønsker at vår anvendte teori kan være interessant for ledere ved St. Olavs Hospital å bruke samt lære av, da denne kan gi ny kunnskap om kompetanseledelse. Målet er å kunne bistå ledere med å finne verktøy til å ivareta og beholde ansatte. Det er i økende grad av interesse for videreutdanning innen ledelse for lederne ved foretaket, men fortsatt bærer det nok noe preg av at det ofte er ansiennitet og personlige egnethet som teller ved ansettelse. Dette betyr at ledere ofte står uten noe formell lederutdanning ved oppstart som leder. Formålet med studien er å belyse et tema som ansatte og ledere er opptatte av, og at ledere ved foretaket kan ta med seg noe lærdom som de kan bruke for å ta vare på sine ansatte, både de erfarne, men og de nyansatte.

Det finnes ulike typer problemstillinger. En beskrivende problemstilling vil kjennetegnes ved at man starter med formuleringen hvordan eller hva, og den vil ofte være tidsbegrenset (Jacobsen, 2015, s. 59). Denne problemstillingen kan anvendes når man ønsker å kartlegge og forstå et fenomen. Dette betyr at en slik problemstilling vil være aktuell i undersøkelser der man ønsker å forske/undersøke på forskjeller og likheter på gitt tilstand/fenomen innen et gitt tidspunkt (ibid). En forklarende problemstilling kjennetegnes ved at man ønsker å finne ut årsakene til at noe skjer, og man starter gjerne problemstillingen med hvorfor (ibid).

I en beskrivende problemstilling vil fokuset være å beskrive forskjeller og likheter, mens i en forklarende problemstilling vil man finne ut hvorfor man har forskjeller og likheter ved et gitt tidspunkt. I tilfeller der man ikke kan anvende en klar hypotese, men problemstillingen er mere åpen kalles dette for en eksplorerende problemstilling (Jacobsen, 2015, ss. 56-67).

Ved å anvende en eksplorerende problemstilling ønsker man å få en dypere forståelse samt å innhente mer kunnskap og klarhet om et tema. Slike problemstillinger starter ofte med hva eller hvilke (ibid). Det er hensiktsmessig å anvende en eksplorerende problemstilling når man ønsker å finne ny kunnskap om et fenomen gjennom å undersøke hva det aktuelle fenomenet består av. Deretter vil man utvikle teori som kan testes (Jacobsen, 2015). En problemstilling kan også være problemløsende, også kalt en normativ problemstilling, og gjerne starte med hvordan. Man ønsker her å undersøke hvordan man kan løse en gitt problemstilling. Dette er fire ulike måter å utforme en problemstilling på.

Vår valgte problemstilling omhandler å undersøke om St. Olavs Hospitals strategi knyttet til kompetanse bidrar til å beholde erfarne sykepleiere, noe som vil defineres som en forklarende undersøkelse der vi ønsket å finne sammenhenger mellom fenomener. Med dette mener vi å

finne ut om det er en sammenheng mellom foretakets strategi rundt kompetanse og om denne strategien fungerer for å ivareta erfarne sykepleiere. I tillegg er vår problemstilling utforskende, også kalt eksplorerende, da vi ønsket å oppnå ny og dypere kunnskap om valgte fenomen.

Første trinn i Jacobsens modell omhandler å finne en problemstilling man ønsker å belyse. Da vi skulle finne en problemstilling ble det tidlig klart for oss hva det var vi ønsket å se nærmere på. Det vi derimot måtte bruke noe tid på var å finne en god formulering på tematikken vi ønsket å undersøke. Det finnes endel rapporter og forskning på både tematikken om å bevare og rekruttere helseansatte, men vi ønsket å spisse temaet inn mot St. Olavs Hospital. Dette fordi vi ønsket å se nærmere på hvordan foretaket som organisasjon bevisst jobbet med å bevare ansatte. Det snakkes ofte om problematikk rundt det å få rekruttert inn tilstrekkelig med helsefaglige ansatte, samt at det oppleves som det er høy turnover på enkelte avdelinger ved St. Olavs Hospital. Vi ønsket videre å spisse problemstillingen til å kun omhandle erfarne sykepleiere. Vi valgte etter hvert en forklarende og utforskende problemstilling som er følgende:

*På hvilken måte kan St. Olavs Hospital valg av strategi knyttet til ansattes kompetanse bidra til å ivareta/bevare erfarne sykepleiere?*

Vi har i tillegg valgt følgende tre forskningsspørsmål som utdyper vår problemstilling:

- Hvilken strategi finnes på området kompetanse, og i hvilken grad er denne strategien kjent for lederne ved St. Olavs Hospital?
- I hvilken grad er ledere opptatt av ansattes kompetanse, og har lederne en kompetanseplan/kompetanseoversikt over sine ansatte?
- På hvilken måte er ansatte opptatt av egen kompetanse?

#### 4.2.0 Vitenskapsteoretisk standpunkt

En enkel definisjon på vitenskap kan forklares som systematiske studier av sosiale eller fysiske fenomener (Ringdal, 2014). Vitenskap er en kontinuerlig søken etter sannhet som har den begrensning at den aldri kan gi endelig eller fullstendig svar. På bakgrunn av dette vil man i vitenskapen kun oppnå foreløpige og ikke endelige svar på undersøkelser (Popper, 1981). Vitenskapsteorien har ulikt syn på virkeligheten og ulikt kunnskapssyn (Ringdal,



2014). Vi skal videre forklare forskjellene på det å ha ulikt syn på virkeligheten som kalles ontologi og ulike forståelser av hvordan frembringe kunnskap om virkeligheten som kalles epistemologi. Ontologi er et ord av gresk opprinnelse, og rundt oversatt forstås som “slik ting faktisk er” (Jacobsen, 2015). Thornquist (2003) definerer ontologi noe mer konkret, og mener det er læren om det værende, og at ontologi handler om hva som finnes i verden samt dens egenskaper og sanne natur (Thornquist, 2003). Videre beskrives begrepet epistemologi som erkjennelsesteori/lære, og at dette betyr at epistemologiske spørsmål omhandler kunnskap og hva vi kan vite og eller erkjenne (Thornquist, 2003). Epistemologi er og av gresk opprinnelse og kan oversettes til “læren om kunnskap”. Epistemologi innebærer spørsmål om hvordan og i hvor stor grad det er mulig å tilegne seg kunnskap om virkeligheten (Jacobsen, 2015).

I vår problemstilling ønsket vi å finne ut av på *hvilken måte St. Olavs Hospital valg av strategi knyttet til ansattes kompetanse kan bidra til å ivareta/bevare erfarne sykepleiere*. Denne problemstillingen vil nok ikke kunne gi et enstemmig svar, og i og med at vi skulle intervjuer både ledere og ansatte, var det var grunn til å tro at svarene ville være forskjellige ut fra hvilket perspektiv man tok med seg inn i intervjuet. Med dette mener vi at det kan være at ansatte opplevde sin arbeidsplass annerledes enn hvordan en leder så på samme avdeling. Vi syntes det var interessant å se på problemstillingen ut i fra to perspektiver; det første perspektivet var å se på hvordan ansatte opplevde kompetanse som motivasjonsfaktor. Det andre perspektivet var å finne ut hvordan lederne brukte motivasjon som virkemiddel for å lede sine ansatte. Videre ønsket vi å finne ut hvordan ledere definerte og forsto begrepet kompetanse, og ikke minst hvordan ansatte tenkte på samme begrep.

Gjennom vår problemstilling ønsket vi kunnskap rundt et fenomen. Vi ville finne ut hvordan eksisterende strategier knyttet til ansattes kompetanse kunne være med på å bidra til å ivareta og beholde ansatte. Med dette mener vi at vi her har et epistemologisk standpunkt da vi ønsket å tilegne oss mer kunnskap om hvordan foretakets strategi ble anvendt med tanke på å ivareta og beholde erfarne sykepleiere. Vi hadde likevel et ontologisk standpunkt inn i vår oppgave også fordi vi i intervjuene spurte ansatte og ledere om hvilken forståelse av og kjennskap de hadde til foretakets strategi knyttet til kompetanse. Dette var et viktig utgangspunkt for å gå videre med vårt studie der vi ønsket å se på hvordan foretaket kunne ivareta og beholde ansatte gjennom en god strategi på kompetanse. For å svare ut dette måtte vi gå inn i kvalitative data som ga innsikt i lederne og ansattes forståelse, og vi vil i neste avsnitt gå nærmere inn på hvorfor vi har valgt et sosialkonstruktivistisk ståsted. I vår oppgave var vi opptatt av å forstå hvordan våre informanter opplevde St. Olavs Hospital som arbeidsplass.

I det tidsrommet vi skrev oppgaven forandret arbeidshverdagen seg drastisk for våre informanter. Dette fordi det i denne perioden ble innført et nytt IKT system som kalles Helseplattformen. Denne implementeringen har vært svært krevende, og det har medført stor belastning for ansatte, da systemet ikke fungerte som forventet. Noen av våre informanter var preget av at de var slitne, og opplevde arbeidshverdagen som strevsom. Denne situasjonen gjorde nok at informantenes svar ble noe annerledes enn om vi hadde foretatt våre intervjuer noen måneder tidligere. I intervjuformen som vi benyttet, dybdeintervju, er det stort rom for tolkninger, og dette var viktig for å tilegne oss ny kunnskap på hvordan man kunne anvende kompetanse som en del av en strategi for å beholde og ivareta ansatte. Med et sosial konstruktivistisk utgangspunkt måtte vi som forskere få frem hvordan våre informanter oppfattet og tolket vårt tema. For å få til dette måtte vi ha empati og klare å sette oss inn i deres situasjon, slik at vi kunne fortolke det våre informanter fortalte (Jacobsen, 2015, s. 28).

Utviklingen av kunnskap er en kontinuerlig fortolkningsprosess der man anvender innsamlet empiri til å sette dette inn i en større forståelsesramme. Virkeligheten for vår problemstilling blir da konstruert gjennom det våre informanter forteller, og der informantene er samstemte vil det bekrefte en sannhet/virkelighet. Dette kalles sosial konstruktivisme eller hermeneutikk. Denne fortolkningsprosessen var med da vi gjennomførte intervjuene, der vi så mest på samhandling mellom ledelse og ansatte, og vi valgte derfor i all hovedsak å anvende sosial konstruktivisme som ontologisk og epistemologisk ståsted i vårt studie.

#### 4.2.1 Sosial konstruktivisme

Sosial konstruktivisme betyr at vi ser vår sosiale virkelighet som konstruert og gjenskap gjennom handling og interaksjon mellom mennesker (Berger, 2000/1996; Ringdal, 2014, s. 43). Med dette menes at organisasjoner og politiske institusjoner kan framstilles som objektiv, men er sosialt konstruert (Ringdal, 2014, s. 43). Sosial konstruktivisme kan kort defineres med at den sosiale virkelighet er skapt og formet gjennom samhandling mellom mennesker. Forhold i samfunnet som vi tar for gitt, er egentlig skapt gjennom handling og interaksjon mellom mennesker. Det vil si at rammer vi tar for gitt egentlig er skapt av oss selv, og dermed kan endres. Et eksempel på dette er kjønnsroller, som er sosial konstruert, og dermed kan endres, noe vi ser skjer i samfunnet (Ringdal, 2014). Tjora beskriver sosialkonstruktivisme som en retning innenfor samfunnsvitenskap der mennesket konstruerer sin

virkelighetsforståelse sosialt, som for eksempel gjennom kommunikasjon med andre mennesker (Tjora, 2021).

Positivismen beskriver at det finnes en objektiv verden utenfor oss selv (Jacobsen, 2015, s. 25). Ved en positivistisk tilnærming mener man at den objektive virkeligheten kan studeres objektivt ved innsamling av empirisk sandedata. Sandedata innebærer data om det vi kan se, hør og føle (Jacobsen, 2015, s. 25) Man kan og ifølge positivismen bygge seg opp kunnskap om den objektive verden (ibid). Med dette menes at forskning skal ta utgangspunkt i tidligere forskning og videreføre samt utvide den kunnskap man allerede har. I motsetning til sosial konstruktivisme der man mener at politiske institusjoner og organisasjoner er skapt via samhandling, mener positivistene at en objektiv virkelighet av politiske institusjoner samt organisasjoner kan observeres og måles, og som eksisterer uavhengig av menneskelig oppfatning. Innen en positivistisk tilnærming har ofte en avstand mellom det fenomen som skal undersøkes og forsker. Det er et ideal at man skal ha høy grad av repliserbarhet, og det er derfor viktig med denne type avstand. I tillegg vil man beskrive en objektiv verden presist, og her er innsamling av empiri i forma av tall være en hensiktsmessig metode. Dette for å få frem best mulig presisjon (Jacobsen, 2015, s. 26). Dette betyr at en positivistisk tilnærming ofte er nært knyttet til kvantitative undersøkelser. Dette vil vi komme tilbake til senere i kapittelet. I vårt studie ønsket vi å få inngående kunnskap om vårt tema, og derfor ble det ikke aktuelt for oss med en positivistisk tilnærming gjennom å velge en survey. Hovedårsaken til dette var at vi ikke så at det skulle ha gitt oss den informasjon og kunnskap vi var på leten etter. Et viktig prinsipp innen positivismen er at man skal ha en avstand mellom forsker og det man forsker på. Dette prinsippet var vanskelig for oss å fylle i dette studiet, fordi vi forsket på egen arbeidsplass. Hensikten med en slik avstand er å unngå at resultatene blir styrt av hvem som gjennomfører forskningen, og at det er et ideal om repliserbarhet, noe som betyr at om en annen forsker gjør samme undersøkelse, vil man oppnå samme resultat (Jacobsen, 2015, s. 30). Det er vanskelig å se for seg at resultatene våre hadde blitt fullt repliserbare om andre hadde gjennomført samme forskning som oss. Dette ut fra våre valg på forskningsdesignen vår.

Ved å ha en positivistisk tilnærming til problemstillingen ville tre prinsipper være viktig. Det første omhandler å studere samfunnet på en nøytral måte. Allerede ved første punkt ville positivisme som retning bli et vanskelig valg for oss. Dette fordi vi forsket på et fenomen som var på vår arbeidsplass, og det var derfor vanskelig å kunne oppnå et fullstendig objektiv og nøytralt syn på vår problemstilling. I tillegg som vi beskrev tidligere i oppgaven intervjuet vi

både ansatte og ledere, og det var grunn til å anta at de ikke ville se helt likt på sin arbeidsplass, og vår problemstilling. Vi antok og at lederne og ansatte hadde ulik kunnskap om for eksempel foretakets strategi på kompetanse. Vi valgte i tillegg en forklarende og utforskende problemstilling der formålet var å tilegne oss ny og utdypende kunnskap om vårt tema. Vi ønsket å se forskjeller og likheter mellom to avdelinger. Talldata samt avstand mellom forsker og det som skulle studeres var derfor vanskelig å oppnå ved vår studie. I en organisasjon som St. Olavs Hospital mener vi og å se at organisasjonen er bygd opp via samhandling, og den endres kontinuerlig. Hensikten med vårt studie var å finne ut hvordan ansatte og ledere opplevde kompetanse som en strategi for å beholde og ivareta erfarne sykepleiere. Vi ønsker å finne nyanser og så viktigheten av hvordan hver enkelt informant opplevde og tolket dette. Det vil si at vi etterspurte hvordan deres syn på temaet var, altså ut fra et sosialkonstruktivistisk ståsted. Sosialkonstruktivisme er og knyttet til kvalitativ metode fordi ved denne metoden har større nærhet til forskningen, og har mindre fokus på objektivitet slik som ved positivisme og kvantitativ forskning (Ringdal, 2014). På bakgrunn av dette valgte vi en sosialkonstruktivistisk tilnærming til vårt forskningsarbeid. Dette fordi vi studerte samspillet mellom ansatte og ledere, samt forståelsen av de ulike strategiene, noe som er sosial konstruert. Dette ville og være unikt for organisasjonen St. Olavs Hospital.

I og med at vi tok utgangspunkt i Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospital sine overordnede strategier, ville vi se om hovedledelsen ved foretakene som har utarbeidet strategiene og seksjonsledere samt ansatte hadde samme syn på strategien? Og ikke minst om den var kjent for ansatte og ledere, og ville den kunnskapen være lik for alle ved St. Olavs Hospital? Det ville blitt en svært omfattende jobb for oss å intervjuer alle 11 000 ansatte som arbeider ved St. Olavs Hospital, vi valgte derfor å avgrense utvalget av informanter til 10 ansatte og 6 ledere. Nærmere presentasjon av dette utvalget kommer vi nærmere til senere i kapittelet.

Som vi tidligere har skrevet er epistemologi et kunnskapssyn der det viktigste ikke er hvordan verden er, men hvordan vi oppfatter den (Ringdal, 2014, ss. 43-44), og dette ble et sentralt punkt i vår analyse der vi gjennom et sosialkonstruktivistisk syn søkte kunnskap om hvordan eller om ansatte og seksjonsledere hadde kjennskap til St. Olavs Hospitals strategi for kompetanse. Foretakets overordnede strategier ville ikke ha noe effekt om lederne ved foretaket ikke er kjent med strategiene, eller av andre årsaker ikke brukte strategiene i sin lederhverdag. Og om de hadde kjennskap til strategidokumentene, hvordan ble de tolket og anvendt i deres arbeidshverdag? Vi antok at lederne hadde forskjellig syn og fortolkning på strategiene, og derav valgte vi sosialkonstruktivistisk tilnærming.

#### 4.2.2 Induktiv/ deduktiv tilnærming

Ut fra valgte problemstilling, må man velge hvilken tilnærming man vil ha til innsamling av data. Man kan kort forklare deduktiv tilnærming med at man som forsker har noen hypoteser /teori eller antagelser rundt tematikken som skal studeres. Forskeren samler inn data for å se om hypotesen/ teori holder, eller om denne må forkastes. Dette betyr at vi kan koble ulike teorier samt studier opp mot egen problemstilling og undersøkelse. En kritikk mot deduktiv tilnærming er at forskeren kan bli noe låst i hvordan man innhenter empiri fordi man henter inn det man tenker er relevant ut fra det man allerede vet. Dette kan hindre forskeren i å finne informasjon som kan være relevant for problemstillingen (Jacobsen, 2015, s. 28). Deduktiv tilnærming anvendes ofte ved undersøkelser som har en positivistisk tilnærming, og ved valg av metode vil kvantitativ metode passe best. Her er spørsmålene lik for alle, og det er svaralternativer som informantene må velge blant. Dette kan som nevnt overfor gi noen begrensninger på hva som blir samlet inn. Fordelen ved en slik tilnærming er at det blir enklere for forskeren å luke ut hva som er relevant og ikke (Jacobsen, 2015, s. 35).

En induktiv tilnærming skiller seg ut fra en deduktiv tilnærming fordi man her samler inn data uten å ha for mange hypoteser eller antagelser før man starter. Etter å ha samlet inn empiri utarbeider man en forståelse av det tema man forsker på (Thagaard, 2015, s. 187). Et ideal ved induktiv tilnærming er å gå inn i forskningen med et åpent sinn, og en induktiv tilnærming er gjerne koblet opp mot kvalitative undersøkelser (Jacobsen, 2015, s. 23). I en kvalitativ undersøkelse er det større rom for å motta informasjon man ikke forutså i forkant, noe som man ikke har mulighet for i en kvantitativ undersøkelse (Jacobsen, 2015, s. 35). I vårt studie ønsket vi å finne ut om hvilken kjennskap ansatte og ledere hadde til St. Olavs Hospital sine strategier knyttet til kompetanse. Vi mente derfor det var nødvendig å snakke med et utvalg av disse to gruppene for å hente inn empiri som kunne gi oss svar. Ved å intervju informantene kunne vi stille åpne spørsmål, som vi håpet ville gi mer informasjon enn hva vi kunne hente fra en survey. Vi har derfor valgt en induktiv tilnærming til vårt studie, da vi gjennom intervjuer ønsket å utvikle en forståelse av vårt valgte tema. Vi vil senere i kapittelet gå nærmere inn i hva begrepene kvalitativ og kvantitativ betyr. Begrensningen ved en induktiv tilnærming er at det er umulig for en forsker å være helt åpen, og man er ikke nødvendigvis bevist sine egne begrensninger som forsker. Det vil si at man kan tro man er helt åpen i sin forskning, men at man ubevisst har skylapper. Det er grunn til å tro at dette vil

være gjeldene for de fleste (ibid). Hverken induktiv eller deduktiv tilnærming gir et fullstendig objektivt bilde av verden, da man ved begge strategier vil få en fortolkning av problemstillingen (Jacobsen, 2015)

Kort oppsummert har vi valgt induktiv tilnærming. Dette begrunnes ved at vi ikke skulle teste hypoteser i vår studie, og vi gikk og inn i denne oppgaven med et åpent sinn i forhold til hva våre informanter skulle komme med av informasjon. Gjennom intervjuer ønsket vi å innhente empiri som kunne hjelpe oss til å få grundig forståelse av vårt tema, og gjennom dette kunne utvikle teori (Thagaard, 2015, s. 187). Vi har tidligere i oppgaven sagt at vi har en sosialkonstruktivistisk tilnærming, og derfor ville en induktiv tilnærming passe godt inn i vårt forskningsdesign.

#### 4.3.0 Studiens design

For å få innhentet best mulig materiale som kan finne svar på vår problemstilling er det viktig å anvende den mest optimale forskningsdesign (Jacobsen, 2015). Jacobsen (2015) har laget en oversikt over hvordan man bør gå frem i å utarbeide en optimal forskningsdesign som vi ønsket å benytte i arbeidet med å finne svar og årsakssammenhenger ved vårt arbeid/problemstilling.

Oversikten viser rekkefølge på hvordan man bør jobbe med et forskningsdesign:

- Utforming av problemstilling
- Valg av undersøkelsesopplegg
- Valg mellom kvantitativ eller kvalitativ tilnærming
- Valg av datainnsamlingsmetode
- Utvalg av enheter Analyse av data (empiri)
- Kritisk drøfting av datas pålitelighet, interne gyldighet og eksterne gyldighet
- Tolkning av data

Ved valg av forskningsdesign ville vi bruke vår problemstilling samt vårt vitenskapelige standpunkt til å velge ut et mest mulig hensiktsmessig forskningsdesign til vår forskning.

For å oppnå høy grad av gyldighet samt pålitelighet på forskningen er det avgjørende å velge riktig type undersøkelsesopplegg (Jacobsen, 2015, s. 73). Det første man må bestemme er å se om man ønsker et undersøkelsesopplegg som går i bredden eller dybden, samt om studien er

beskrivende, utforskende eller forklarende. Hvordan man best mulig kan belyse en problemstilling avhenger som tidligere nevnt om man går i bredden eller dybden. Dette kalles ekstensivt og intensivt design. Metode angir hvilken forskningsstrategi og design man bør anvende for å kartlegge virkeligheten (Jacobsen, 2015). Det er flere problemer man må finne ut av for å oppnå best mulig valg av design, og vi vil i dette kapittelet gå gjennom disse (Jacobsen, 2015).

Vår problemstilling kan defineres som en forklarende problemstilling, også kalt en kausal problemstilling. I tillegg er vår problemstilling eksplorerende fordi vi ønsket å gå i dybden på vårt tema for å finne svar. Vår problemstilling er spisset fordi vi forsket på hvordan ledelsen anvendte kompetanse som strategi for å beholde erfarne sykepleiere ved St. Olavs Hospital. Vi ønsket å oppdage funn på et område det ikke er forsket så mye på fra før. Dette kjennetegner også hva en eksplorerende problemstilling betyr (Ringdal, 2014, s. 491). Videre ville vi benytte en metode med få enheter, og som fikk fram nyanser, samt der vi kunne gå i dybden i vårt tema. Her ville et intensivt design være et godt valg fordi vi skulle benytte kvalitative data i vår forskning (Jacobsen, 2015, s. 46). En motsetning til eksplorerende problemstilling, kalles en testende problemstilling, og innebærer at man ønsker å se rekkevidde og omfang av det man forsker på (Jacobsen, 2015). I en slik problemstilling der man ønsker å gå i bredden vil det være hensiktsmessig å velge et ekstensivt opplegg, herunder og en kvantitativ undersøkelse. Dette passet ikke inn i vår problemstilling, da vi mente at vi bedre kunne samle inn empiri ved å fokusere på færre enheter, samt gå mer i dybden ved å se på om foretakets strategier knyttet til kompetanse ble brukt for å beholde og ivareta erfarne sykepleiere. Problemstillingen vår ble dermed styrende for hvilket design vi har valgt (ibid).

I valg av forskningsdesign må man velge ut fra gitt problemstilling om man ønsker å gå i dybden eller i bredden av en studie. Ut fra dette velger man enten et intensivt eller ekstensivt design. Et ekstensivt design kjennetegnes ved at det er behov for å operere med store utvalg av enheter og opp mot flere tusen individer velger man et ekstensivt design. Eksempler på et ekstensivt opplegg er målingsundersøkelser, der utvalget blir spurt om et bestemt tema (Jacobsen, 2015). Denne type design brukes i kvantitative undersøkelser som et verktøy for innsamling av data. Et ekstensivt opplegg vil bli mer generell etterhvert som antall informanter øker. Dette betyr at individuelle forskjeller og nyanser vil bli vanskeligere å spore, og nærmest umulig å finne, men fordelene er at man i større grad kan generalisere de funn man finner (ibid). Et ekstensivt design vil med andre ord være hensiktsmessig om man

ønsker å få en god beskrivelse av omfanget av et fenomen. Et eksempel på et ekstensivt undersøkelsesopplegg vil være Forbedringsundersøkelsen som St. Olavs Hospital årlig sender ut til alle ansatte. Her svarer ca 11000 ansatte på samme spørsmål uavhengig av hvilken stilling man har. I undersøkelsen er det ikke rom for å velge noe annet enn de standardiserte svarene. Vår problemstilling spesifiserer at vi ønsket å se nærmere på arbeidsgruppen erfarne sykepleiere, og det ble av den grunn ikke hensiktsmessig for vårt studie å velge et ekstensivt design. Forbedringsundersøkelsen som vi nevnte overfor ville heller ikke kunne gi de svar på vår problemstilling fordi spørsmålene ved denne undersøkelsen ikke er relevant i denne sammenheng. Forbedringsundersøkelsen inneholder ikke spørsmål som vil samsvarer med vår problemstilling.

Vi ønsket som nevnt tidligere å gå i dybden på vår problemstilling, og dette ved å intervjuer erfarne sykepleiere samt deres ledere ved to avdelinger hos St. Olavs Hospital. Dette betyr at vi valgte et intensivt design til vår studie. Hovedmålet med å velge et intensivt design var å få en så helhetlig oversikt over et fenomen eller situasjon som mulig. Dette innebar å finne både variasjoner og likheter mellom våre informanter (Jacobsen, 2015). I et intensivt design fokuserer man på få enheter, og designet anvendes når man ønsker en detaljert og grundig forståelse av en problemstilling, herunder å innhente en god forståelse av det vi studerer, samt å få en oversikt over hvordan ting henger sammen i en spesifikk kontekst (Jacobsen, 2015, s. 90). For vår forskning handlet det om å finne ut av om St. Olavs Hospital sin strategi knyttet til ansattes kompetanse kunne være med på å ivareta og ikke minst beholde erfarne sykepleiere. Vi valgte ut to avdelinger ved foretaket der vi intervjuet både ansatte og deres ledere, tilsammen 16 stk. Våre to valgte avdelinger tilhører ulike klinikker.

Tabellen under viser kort likheter og ulikheter mellom avdelingene samt utvalgskriteriene for hvordan vi definerte og valgte ut informanter til studien.



Tabell 1- Utvalgskriterier

AVDELING GENERALIST	AVDELING SPESIALIST	UTVALGSKRITERIER FOR BEGGE AVDELINGER
4 seksjonsledere, 1 avdelingssjef	5 seksjonsledere, 1 avdelingssjef	Minimum 10 års erfaring som sykepleier
Krav om bachelor i sykepleie, og ønske om spesialutdanning	Krav om bachelor i sykepleie og spesialutdanning	Informantene skal ikke være endel av seniortiltak
Tredelt turnus med høy vaktbelastning	Mulighet til medvirkning på turnus	Må jobbe minimum 75% stilling
Høy turnover	Lav turnus	
All aktivitet i avdelingen er samlokalisert	Aktivitet spredt utover hele foretaket	

Årsaken til at vi valgte ut to avdelinger var for å se om det fantes forskjeller mellom avdelinger og klinikker. Den ene avdelingen, heretter kalt *avdeling Generalist* har ca 130 ansatte, der en stor andel av ansatte er nyutdannede og innehar liten erfaring som sykepleier. Det er en hektisk avdeling, og det er ønskelig fra ledergruppen med tilleggsutdanning ved ansettelse uten at det er satt som et krav. Dette skyldes at arbeidsmarkedet er slik at foretaket ikke får tak i den type ønsket kvalifikasjon. Avdeling Generalist har fire seksjonsleder samt en avdelingssjef. Det er en høy grad av ubekvem arbeidstid i turnusen til de ansatte. Hele driften i avdelingen er samlet på en plass.

Avdeling nr to, heretter kalt *Avdeling Spesialist*, er en avdeling der alle ansatte har minimum sykepleierutdanning med spesialutdanning da dette er et krav for å arbeide der. Ledergruppen består av 5 seksjonsledere og en avdelingssjef. Denne avdelingen avgir tjenester til hele sykehuset, og er derfor spredt mellom alle byggene ved St. Olavs Hospital. Avdeling Spesialist har totalt 140 ansatte. Begge avdelingene har døgndrift, og ansatte har som hovedregel tredelt turnus (dag/kveld/natt.) De ansatte ved denne avdeling spesialist har høy grad av medvirkning til hvordan deres turnus skal se ut, og har vesentlig mindre vaktbelastning enn avdeling Generalist.

Årsaken til at vi valgte ut disse to avdelingene var fordi vi ønsket å finne ut om ansatte ved disse to avdelingene hadde samme forhold til kompetanse. Videre ønsket vi å se nærmere på om lederne ved de to ulike avdelingene hadde samme syn på kompetanse som sine ansatte, og ikke minst hvordan de jobbet med kompetanse som strategi for sine ansatte. I tillegg ønsket vi å se om det var forskjell på måten lederne jobbet med kompetanse på. En stor forskjell på disse to avdelingene er at avdeling Generalist opplever høy grad av turnover, og dette gjelder avdelingen som ikke stiller krav til spesialutdanning. Den andre avdelingen har lav grad av

turnover. I tillegg er det forskjell på gjennomsnittsalder, da avdeling Generalist har en vesentlig lavere snittalder enn avdeling spesialist. Dette er noe vi ønsker å se nærmere på, og se om for eksempel arbeidsmiljø kan være en faktor her. En annen årsak til at avdeling generalist og spesialist ble valgt ut er at de er relativt like med tanke på antall ansatte samt ledergruppen.

Vi vil videre gå nærmere inn på hvordan vi ved valg av forskningsdesign valgte å anvende kvalitative data til vårt studie.

### 4.3.1 Kvalitative data

En viktig del av å velge ut forskningsdesign, er å velge om man ønsker å benytte kvantitative eller kvalitative data. En kort definisjon på begrepene er at kvantitative studier omfatter store utvalg, mens kvalitative studier kan gi mye informasjon om få enheter (Thagaard, 2015).

I tillegg er det ulikhet mellom kvantitativ og kvalitativ metode i at mens kvalitative problemstillinger har en analytisk beskrivelse, vil kvantitative problemstillinger ha fokus på statistisk generalisering (Thagaard, 2015). Videre beskrives kvalitative studier å ha en større grad av fleksibilitet fordi det åpner for endring av forskningsdesignet underveis, i motsetning til kvantitative studier som i større grad vil være preget av en tydelig strukturering (Thagaard, 2015).

For å utforske vår problemstilling valgte vi å anvende kvalitativ metode. Som vi tidligere har skrevet om, finnes det noe talldata vi kan benytte via foretakets årlige forbedringsundersøkelser, men det ville ikke gi oss muligheten til å gå nok i dybden på våre spørsmål, da vi ønsket å innhente informasjon om hvordan lederne kjente til og tolket St. Olavs Hospital strategier knyttet til kompetanse. En survey kunne gitt oss noe informasjon, men vi ønsket nyanser rundt dette temaet. I tillegg ville vi snakke med ansatte for å høre de fortelle hvordan de forstår hva kompetanse innebærer. Vi mente derfor at det ville være mer hensiktsmessig for oss å velge kvalitativ metode. Vi valgte som tidligere nevnt overfor å ha fokus på kvalitativ metode og kvalitative data i vår studie for å kunne forstå vårt tema bedre gjennom å samle inn empiri fra ansatte og ledere. Det som kjennetegner kvalitativ metode er at man kan velge mellom ulike måter å gjennomføre intervju på, samt feltarbeid.

Av intervju typer er dybdeintervju, ustrukturerte intervju, strukturerte intervju og fokusgruppeintervju de alternativer man kan velge mellom. Når det gjelder feltarbeid kan man

her velge mellom deltakende eller passiv tilnærming/observasjon. Det vil være valgte problemstilling som setter premissene på hvilken intervjuform som vil være mest hensiktsmessig for innhenting av data. Ved strukturerte intervju er spørsmål og rekkefølge av disse klargjort av forskeren(e) på forhånd, og skal være lik for alle som blir intervjuet. Ulempen er at det blir lite fleksibilitet til å gå utenom planlagt intervjuguide. Fordelen vil være at svarene vil være lettere å sammenligne på tvers av intervjuer kontra gjennom bruk av ustrukturerte intervju (Thagaard, 2015). I et ustrukturert intervju, som også kalles dybdeintervju, er det kun hovedtemaene som er bestemt i forkant. Dette skaper større rom for å få til en samtale mellom forsker og objekt. Det vil stille krav til at forskeren er strukturert, for å klare å holde seg til tema samt styre informantene til å ikke snakke utenom planlagt tema. Dette ses på som en ulempe da informantene kan komme inn på temaer som ikke er relevant for studien. Når det er sagt kan dette og være en fordel da det kan komme relevant informasjon fra informantene som man som forsker ikke var klar over på forhånd (Thagaard, 2015). En annen måte å intervju på er en metodikk som kalles delvis strukturerte intervju. Med dette menes det at intervjuet er basert på en strukturert intervjuguide, men rekkefølgen bestemmes ut fra informantens fortelling. Forskeren trenger derfor ikke å være opptatt av å følge rekkefølgen i intervjuguiden, så lenge spørsmålene blir besvart i løpet av intervjuet. Fordelen med denne intervjuformen er at det skal gi større rom for fleksibilitet noe som kan skape en bedre flyt i intervjuet. Dette er den mest brukte intervjuformen (Thagaard, 2015), og også den metodikken vi ønsket å anvende. Hovedårsaken til at valget ble delvis strukturert intervju var at vi ville ha en stringent intervjuguide som vi håpet kunne bistå oss med å ha en lettere stil på intervjuet enn ved et strukturert intervju. Vi vurderte risikoen med at informantene kunne vinkle intervjuene bort fra våre spørsmål, så her måtte vi ha full fokus på å hjelpe informantene inn på riktig tematikk ved behov.

I vår forskning tok vi utgangspunkt i St. Olavs Hospitals strategi for kompetanse, noe som i utgangspunktet betydde at studien var på et mesonivå. Likevel skulle vi kun intervju 16 ansatte, noe som betydde at vårt fokus i studien også var på et mikro analysenivå. Vi hadde tidligere funnet ut at en survey ikke ville gi oss de svarene vi lette etter. Årsaken til dette var at vi ønsket å finne nyanser rundt hva kompetanse betydde for ansatte samt ledernes kjennskap til strategiene foretaket har knyttet til kompetanse. Det vi mente var mest optimalt for vår forskning var å velge to avdelinger ved St. Olavs Hospital, og intervju en liten gruppe sykepleiere samt deres seksjonsledere. Som vi nevnte overfor intervjuet vi 16 ansatte fordelt på to avdelinger. Tilsammen er denne gruppen av informanter svært relevante fordi de ansatte

kunne fortelle hvordan kompetanse anvendes, eventuelt ikke anvendes som strategi på deres avdeling. Ved å intervju både ansatte samt deres nærmeste ledere ønsket vi å finne svar på om ansatte og deres ledere var opptatt av ansattes kompetanse, og ikke minst hvordan det ble jobbet med dette som en strategi på de ulike avdelingene. Videre vil vi kunne avdekke om strategier som blir bestemt på overordnet nivå var noe ledere og ansatte ute i avdelingene forholdte seg til, og ikke minst om de i det hele tatt var kjent med hvilke strategier St. Olavs Hospital har vedrørende kompetanse på sine ansatte. Dette var interessant å se nærmere på fordi vi ønsket å finne svar på om erfarne sykepleiere opplevde å bli ivaretatt i sin arbeidshverdag, og om kompetanse var noe som motiverte denne gruppen. Videre i oppgaven vil vi først beskrive hvordan vi fant svar på første del av forskningsspørsmål ved hjelp av en dokumentanalyse, deretter ble siste del av forskningsspørsmål en samt spørsmål to og tre besvart gjennom intervjuer med 16 informanter.

#### 4.3.2 Dokumentdata

Vi har gjennomført en dokumentanalyse av fire strategier som omhandler kompetanse som virkemiddel. Vi har valgt ut to interne strategier for St. Olavs Hospital, samt to overordnede strategier fra Helse Midt-Norge. Disse dokumentene ønsket vi å gå grundig inn i, da vi håpte de og skulle kunne belyse samt gi svar på vår problemstilling gjennom å gi oss innsikt i hvilke strategiske planer både Helse Midt-Norge har på mer overordnet plan, samt St. Olavs Hospitals egne strategier. Gjennom å gå gjennom dokumentene som vi mener var relevante vedrørende vår problemstilling ville se på hvordan strategier ble fremskrevet i dokumentene, og om de overordnede strategiene var konkrete med tanke på strategi knyttet til kompetanse. Vi plukket ut dokumenter som vi mener burde være viktige verktøy for ledere ved foretaket. Gjennom denne dokumentanalysen ønsker vi å finne svar på vårt forskningsspørsmål 1 første del som er som følgende: hvilken strategi finnes på området kompetanse.

En dokumentanalyse er en innsamlingsmetode, og man samler inn data som er skrevet til et annet formål enn det forskeren skal bruke det til (Jacobsen, 2015; Thagaard, 2015, s. 59).

En spørreundersøkelse vil gi oss tilgang til primærdata, mens en dokumentanalyse er innsamling av sekundærdata (Jacobsen, 2015). Dokumentanalyser brukes når det er vanskelig å innhente primærdata, eller det er ønskelig å forstå hvordan andre har fortolket en situasjon eller hendelse, samt når vi har behov for å vite hva mennesker tidligere har sagt eller gjort (ibid).

For vår forskning ønsker vi å se på følgende rapporter:

- Utviklingsplan for St. Olavs Hospital HF 2019-2035
- Strategisk kompetanseplanlegging ved St. Olavs Hospital
- Helse-Midt Regional Utviklingsplan 2019-2022
- Strategi 2030 Fremragende helsetjeneste i Helse Midt-Norge

Felles for disse rapportene er at de omhandler tema som berørte vårt tema, og som vi ser kan være med å belyse og hjelpe oss i gå i dybden av vår problemstilling. Vi har valgt ut to strategier som er interne for St. Olavs Hospital, samt to dokument som er gjeldene for hele

Helse Midt-Norge. Tilsammen mente vi at disse dokumentene kunne være med å gi en forståelse av hvorfor det var viktig med kompetanse som virkemiddel for å beholde og ivareta erfarne sykepleiere. I all hovedsak ønsket vi som tidligere nevnt å belyse forskningsspørsmålet, der vi ville finne ut om hvilke strategier tilknyttet kompetanse St. Olavs Hospital innehar. Dette var viktig ledd i vår forskning fordi det ville være avgjørende å finne ut av om det er laget en strategi som omhandler kompetanse, hva innebærer den, og hvilke verktøy nevnes som virkemidler for lederne? Og ikke minst er disse strategiene kjent for lederne? Sistnevnte ble undersøkt gjennom intervjuene med lederne, og i drøftingen sammenliknet vi hva som finnes av strategier og hvilken kunnskap lederne hadde om disse. Videre i neste avsnitt vil vi gå nærmere inn på hvordan vi gjennomførte intervjuene med våre informanter.

#### 4.3.3 Intervjudata i studien

Etter å ha fått godkjent vår studie hos Sikt, inviterte vi våre informanter til intervju.

Vi gjennomførte intervjuene med alle våre informanter, totalt 16 stk ved St. Olavs Hospital, der vi satte av ca 45 min pr informant. Vi har tidligere gjort rede for at det var kun en av oss som stilte spørsmål, og en var stille bisitter. I intervjuene brukte vi en båndopptaker for å ta opp alle samtaler. I de fleste tilfeller var det uproblematisk å følge intervjuguiden med tanke på rekkefølge av spørsmål. I de få tilfeller der informantene falt ut fra tema som vi stilte eller misforsto hva vi spurte etter, prøvde vi å få vedkommende tilbake til spørsmålene fra intervjuguiden. Vi så at vi har beregnet godt med tid, og i de aller fleste tilfellene var vi godt

innenfor tidsfristen. For å sikre at vi ikke ble stresset av tid, eller kom ut av tidsskjema, hadde vi lagt inn noe tid mellom hvert intervju. Det vi opplevde tre ganger var at vi fikk avlysninger fra informantene. Den ene gangen handlet om sykdom, mens det i de to andre tilfellene skyldes en travel driftssituasjon som gjorde at de ikke kunne komme unna fra vakt. De fleste som ble intervjuet, fikk avsatt fri i løpet av sin arbeidsdag til å snakke med oss. Vi opplevde informantene som villig til å fortelle og dele sin synspunkter på de spørsmål vi hadde, og vi har og en opplevelse av at spørsmålene vi stilte hadde en relevans for informantene.

Vi hadde fokus på å la de få snakke slik at vi kunne få et godt innblikk i deres arbeidshverdag. Det var positivt å se at det ikke virket som de svarte ut fra hva de trodde vi ønsket å høre, og vår oppfatning var at de var ærlig på de spørsmål som ble stilt. Herunder og spørsmål som omhandlet avdelingenes ledelse. Hos lederne virket det som de var noe mer reserverte, men likevel oppfattet vi at de svarte godt og oppriktig ut på de spørsmål de ble stilt.

#### 4.3.4 Utvalg av informanter til intervju

For å få et godt grunnlag valgte vi ut to avdelinger ved St. Olavs Hospital. Vi intervjuet 5 sykepleiere ved hver avdeling samt tre ledere fra samme avdelinger. Tilsammen ble 16 personer intervjuet, og de vil heretter benevnes som informanter. Det var viktig for vår oppgave at våre informanter var erfarne sykepleiere, og kriteriet vi stilte var minimum ti års arbeidserfaring som sykepleier. I tillegg ønsket vi å innsnevre vårt utvalg med at informantene foreløpig ikke ble betegnet som senioransatt, fordi de da skal bli fulgt opp tettere av sine ledere. Dette er endel av St. Olavs Hospital strategi for å bevare ansatte lengst mulig, og hensikten er å forsøke å legge til rette for at denne gruppen skal få bla mindre vaktbelastning. I tillegg gis det etter fylte 60 år en ekstra ferieuke. Utvalgskriteriene har vi tidligere vist i en tabell. Vi ønsket å snakke med denne gruppen fordi vår antagelse var at denne gruppe ansatte hadde en tøff belastning fordi som erfaren arbeidstaker blir tildelt mye ansvar. Det kan være seg å ha opplæring av nyansatte, ekstraroller som teamleder osv. Videre ønsket vi å finne ut hva det var som motiverte denne gruppen ansatte i sin arbeidshverdag. Er kompetanse et virkemiddel for motivasjon? Og fungerte St. Olavs Hospitals strategier for å oppnå dette? Vi utarbeidet en intervjuguide der vi forsøkte å lage spørsmål som ville kunne gi svar på vår problemstilling, samt våre delproblem. Det vi ønsket å finne mer ut av var følgende:

- Hvilken strategi finnes på området kompetanse, og i hvilken grad er denne strategien kjent for lederne ved St. Olavs Hospital?
- I hvilken grad er ledere opptatt av ansattes kompetanse, og har lederne en kompetanseplan-/oversikt over sine ansatte?
- På hvilken måte er ansatte opptatt av egen kompetanse?

Intervjuguiden ble bygd opp slik at vi hadde fire bolker som hadde ulike delproblemer som tema. Vi delte opp siste del av intervjuguiden slik at lederne og ansatte fikk noe forskjellige spørsmål vedrørende kompetanse.

#### 4.4.0 Analyse av innsamlet empiri

Etter å ha innhentet empiri via dokumenter og intervju, gjennomførte vi en tematisk analyse av disse dataene. En tematisk analyse utforsker relevante temaer ved å finne felles kategorier fra materialet. En slik type analyse vil dermed gi en dypere forståelse av de tema man har samlet inn i empirien. Denne informasjonen kan løsrives fra sin kontekst, og hvordan det ble presentert. En informant kan derfor oppleve at de ikke helt kjenner seg igjen, fordi man tar bort det informasjon om hver enkelt, og konsentrerer det mot valgt tema, og preges av hvordan forskerens forståelse av ulike situasjoner og tema (Thagaard, 2015, s. 191). I vårt studie vil det si at historier de fortalte ikke vil være identifisert i våre funn, men tematikken kan likevel være en viktig del av funnene. Og dette er årsaken til at vi valgte å gjennomføre en tematisk analyse, da vi ønsket fokus på aktuelle tema for å finne svar på våre forskningsspørsmål. Historiene som vi fikk fra våre informantene var viktig for å forstå tematikken rundt kompetanse som virkemiddel for å beholde erfarne sykepleiere, men ved å «fjerne» det personifiserte, fikk vi bedre oversikt over de relevante temaene.

For å vise hvordan vi kodet dataene, har vi laget en tabell som viser hvordan vi utarbeidet koder i samsvar med våre forskningsspørsmål.

Tabell 2 – Oversikt over koder fra dokumentdata og intervju

<p><u>Forsknings spørsmål 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilken strategi finnes på området kompetanse, og i hvilken grad er denne kjent for lederne ved St.Olavs hospital HF?</li> </ul>	<p><u>Forsknings spørsmål 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I hvilken grad er lederne opptatt av ansattes kompetanse, og har lederne en kompetanseplan/kompetanseversikt over sine ansatte?</li> </ul>	<p><u>Forsknings spørsmål 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>På hvilken måte er ansatte opptatt av egen kompetanse?</li> </ul>
<p><u>Koder:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Strategi for kompetanse/ utviklingsplan</li> <li>Ulik ledernivå</li> <li>Nivå på lederutdanning</li> <li>Ledererfaring</li> </ul>	<p><u>Koder:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kompetansekartlegging/plan</li> <li>Strategisk kompetanseledelse</li> <li>Fremtidig kompetansebehov</li> <li>Rekruttering</li> <li>Kompetansmobilisering</li> <li>Ledelse av profesjoner</li> <li>Vaktsammensetning</li> </ul>	<p><u>Koder:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kompetansesammensetning</li> <li>Egen/andres kompetanse</li> <li>Nærhet til leder</li> <li>Arbeidsmiljø</li> <li>Arbeidsmotivasjon</li> <li>Driftsituasjon</li> <li>Profesjonsidentitet</li> <li>Kompetanseutvikling/kompetanse heving</li> <li>Meransvar</li> <li>Opplevelse av ledernes strategi på kompetanse/utviklingsplan</li> <li>Spesialsykepleier/sykepleier</li> </ul>
<p><u>Kategorisering og funn:</u></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rekruttering av og ivaretagelse av ansatte</li> <li>Organisasjonskultur og dens betydning for utvikling av strategi</li> <li>Kompetanseplanlegging som strategi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ledernes kjennskap til overordnet strategi</li> <li>Kompetanseplanlegging og rekruttering i avdeling spesial og generalist</li> <li>Kompetanseplanlegging og kompetanseledelse ved avdeling spesialist og generalist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansattes fokus på erfaringskompetanse</li> <li>Ansattes forståelse av profesjonsidentitet</li> <li>Kompetansmobilisering</li> <li>Ansattes motivasjon</li> </ul>

Hensikten og målet med å analysere innsamlet data var å gjøre det mulig for lesere av oppgaven å sitte igjen med ny eller økt kunnskap om valgt tematikk. En analyse skal sammenfatte funnene slik at de som leser studien skal kunne slippe å gå gjennom alt av innsamlet empiri (Tjora, 2021, s. 216). En analyse av kvalitative data krever mye av forskeren fordi man må ha en evne til å jobbe systematisk og bruke dataene godt for å finne nyanser ved å være noe kreativ (Tjora, 2021, s. 216). Dette er en kritisk fase i forskningen fordi man ser at det er her man kan falle gjennom. Det å analysere kvalitative data anses å være vanskelig fordi det ved kvalitative data ikke finnes standardiserte teknikker som talldata der man har ulike statistiske teknikker med oppskrifter slik man har ved kvantitative data (Ringdal, 2014, s. 248). For å få et godt resultat av en analyse er det viktig å ha valgt et godt design til sitt



studie (Tjora, 2021). Tjora beskriver tre mål med koding. Det første handler om å trekke ut essensen av innsamlet empiri. Det andre er datareduksjon, og det tredje er å gjøre det mulig å utvikle nye ideer på bakgrunn av innsamlet data. En viktig hensikt med koding av data er at forskeren reflekterer over hvordan man kan forstå sammenhenger mellom kodene man finner, samt at man bruker begrep som fremhever funnene på en hensiktsmessig måte (Thagaard, 2015, s. 159). En kvalitativ analyse består av å få en grundig og detaljert beskrivelse av innsamlet data. Deretter vil neste fase bestå av å systematisere samt redusere datamaterialet (Jacobsen, 2015, s. 173). Inn under denne fasen ligger koding og kategorisering som er helt nødvendig for å formidle funn, og for å sikre en høy grad av validitet på studiet (ibid). Siste trinn som Jacobsen beskriver er å sammenbinde dataene ved å fortolke og skape en orden på funnene (ibid). Ringdal (Ringdal, 2014) beskriver en interaktiv modell for en analyse av kvalitative data bestående av tre faser, basert på en modell fra (Miles, 1994, s. 12). Disse er datareduksjon, datapresentasjon og konklusjoner på basis av dataanalysen.

Datareduksjon innebærer å lage oppsummeringer, finne relevante svar og funn ut fra problemstilling. En viktig del av dette trinnet er å kode datamateriale. Dette betyr å kategorisere dataene for å vise ulikheter eller likheter mellom de svarene informantene har gitt. Dette kalles induktiv analyse. En deduktiv analyse vil være å klassifisere svarene ut fra et teoretisk perspektiv. I vår oppgave valgte vi en induktiv datareduksjon. Dette fordi vi ønsket å se på informantenes svar, og se hvilke likheter og ulikheter vi kunne finne mellom de. Ut fra dette kunne vi finne ny kunnskap om våre temaer. Det finnes dataprogrammer som kan bistå i en slik prosess med koding, men vi har i denne studien gjort denne jobben manuelt. Koding kan være en god kilde til å utvikle nye ideer som er forankret i empirien, og det er viktig å unngå å trekke konklusjoner for tidlig i utarbeidelsen av analysen (Tjora, 2021, s. 219). I denne delen av analysen kan man ende opp med store antall av koder så lenge de er empirinære. Kodene er i en induktiv tilnærming utviklet fra data og ikke teori (ibid). Det er viktig å bruke god tid på denne delen, slik at man sikrer seg at man ikke overser noe i denne prosessen (ibid).

Den andre fasen i analysen er datapresentasjon. Denne delen av analysen er viktig, og her ser man store variasjoner. Her er målet å trekke fram de funnene som kan bidra til en samlet og forståelig analyse. Eksempler på dette kan være å dele inn analysen i faser, stadier, eller ved å anvende diagram for å framstille innsamlet data på en god måte (Ringdal, 2014, s. 250).

I konklusjonen i analysen må man bestemme seg for hva som skal være med videre, og se om man kan bekrefte evt ikke en hypotese eller problemstilling. Det er også verdt å ta med at i den perioden vi gjennomførte intervjuene var dette i en ekstrem presset situasjon på St. Olavs Hospital der de fleste ansatte var preget av en hektisk hverdag med innføring av nytt journalsystem, Helseplattformen, samt at det nesten daglig ble meldt om fullt sykehus. I tillegg hadde foretaket et unormalt høyt sykefravær, noe begge disse to avdelingene bar preg av. Dette var noe vi var observante på i vår analyse av intervjuene. Det er grunn til å tro at dette var årsaker som vil påvirket svarene vi fikk, og det vil vi komme nærmere tilbake til i vår drøfting.

#### 4.4.1 Tematisk analyse

For å få et solid fundament ut fra innsamlet empiri via intervju, vil det være hensiktsmessig å gjennomføre en analyse på en systematisk måte. Det vil si at man identifiserer det transkriberte datamateriale ved å knytte relevante kodeord. Deretter bør man klassifisere kodene inn i kategorier som man kan gå videre med. Dette gir et solid utgangspunkt til videre analyse (Thagaard, 2015, s. 158). Vi vil videre beskrive 6 trinn som vi anvendte i gjennomføringen av vår analyse (Eggebø, 2020).

**Trinn 1** omhandler å bli kjent med datamaterialet. Ved å bli fortrolig med innholdet får vi et nær kontakt med innsamlet data, og vil danne et grunnlag for å få en forståelse av sammenhenger og kan se ulike mønstre fra dataene (Thagaard, 2015, s. 158). Inn under dette trinnet ligger transkribering, samt å lese gjennom alt som er transkribert, og begynne å se etter mening og mønster. Etter vi var ferdige med intervjuene gikk vi i gang med å transkribere alle intervjuene. Dette tok noe tid, men det var vi forberedt på. Vi transkriberte inne en mal på intervjuguiden slik at vi fikk begynt å kategorisert svarene deres samtidig. Dette tok noe tid, men det var vi forberedt på. Det var og en god måte å bli kjent med datamaterialet på. Vi brukte og god tid på å lese gjennom intervjuene for å bli godt kjent med stoffet vi skulle jobbe videre med. Slik som Thagaard (Thagaard, 2015) beskriver ga dette oss et godt grunnlag for og en forståelse av det våre informanter formidlet, samt det å se sammenhenger mellom både det ledere og ansatte fortalte, samt på tvers av de to avdelingene vi hadde valgt ut.

**Trinn 2** består i å lage koder med ideer og tanker om hvilke temaer man fant i trinn 1. Det som er relevant å ta med videre blir kodet for videre analyse. Kjernen i en kvalitativ analyse er å bruke tid på å reflektere over hvordan en tekst skal forstås, og finne ord som er

relevant for videre arbeid med analysen. Dette kalles å kode (Thagaard, 2015, s. 159). I denne fasen er det og viktig at forskeren merker seg sitat samt beskrivelser som kan være med å fremheve god poeng (Thagaard, 2015, s. 159). Gjennomføring av dette trinnet kan praktisk gjøres på flere måter, og mange bruker for eksempel post-it lapper, markeringstusj osv. Vi anvendte excel som arbeidsverktøy i første fase, og la deretter inn alt som var relevant inn i et felles dokument. For å gjøre det enklere visuelt skrev vi ut regnearkene slik at det ble enklere å jobbe videre med disse. I regnearket ble svarene delt opp etter våre forskningsspørsmål. Noen svar passet flere plasser, og noen svar står derfor oppført flere ganger, fordi vi gjennomførte en tematisk analyse, ble kun tema skrevet opp, og ikke noe personifiserte data. I denne perioden samlet vi og på sitat som vi ønsket å benytte videre i analyse og drøftingskapitlene. Inn under trinn 2 og 3 er det viktig å redusere data på en riktig måte. Kort oppsummert omfatter koding at vi reflekterer over sammenhenger, samt hvordan vi kan legge vekt på funn som fremhever arbeidet med valgt problemstilling (Thagaard, 2015, s. 159). Da vi gjennomførte dokumentanalysen var dette for å forsøke å finne svar på forskningsspørsmål en, som omhandler spørsmål om hvilken strategi som finnes på området kompetanse. Del to av spørsmålet der vi spurte om strategien(e) var kjent for lederne, analyserte vi videre ut fra intervjuene med lederne. I dokumentanalysen fant vi diverse kodeord som var viktige for å se om det eksisterte en strategi for kompetanse, og disse kodeordene var følgende:

- Strategi for kompetanse/ utviklingsplan
- Ulik ledernivå
- Nivå på lederutdanning
- Ledererfaring

Vi var noe overrasket over hvor få koder vi fant i denne delen av analysen, men ser nok at vi la veldig mye inn under første kode, strategi for kompetanse/utviklingsplan, og at det meste som sto i dokumentene passet inn under denne koden. Her kunne vi med hell muligens ha delt opp denne koden i flere små. Likevel synes vi dette fungerte greit, og vi fikk en god oversikt over dokumentene og hva det var vi vurderte som relevant for vår problemstilling.

**I trinn 3** begynner man å kategorisere ved å slå sammen koder til overordnede emner/temaer. De koder som vil gå inn under samme tematikk vil bli klassifisert innen samme kategori (Thagaard, 2015, s. 159). Kategoriene skal gjenspeile sentrale temaer som har direkte referanse til valgt problemstilling (Thagaard, 2015, s. 160). I vårt arbeid oppdaget vi tidlig at våre informanter var veldig samstemte ved endel temaer, og opplevde derfor å samle inn færre

koder enn vi hadde forventet. Vi laget vi en modell for å se hvilke temaer vi sto igjen med etter vi hadde brukt kodene og kategorisert de inn i relevante temaer. Vi vil etter gjennomgang av Eggesbøs seks trinn vise en oversikt over hvilke tema og kategorier vi endte opp med å bruke videre i vår tematiske analyse (Eggebø, 2020).

**I trinn 4** går man kritisk gjennom listen over temaer. Her er det viktig å se at kodene er plassert under korrekt tema. Her er det viktig å ha et kritisk blikk på om man har tema som passer til studiet. Her gikk vi gjennom intervjuene samt dokumentene en gang til for å sikre at vi ikke har glemt noe ved første gjennomgang. I denne fasen var det spesielt viktig å se etter forskjeller samt likheter mellom ansatte og ledere ved avdeling spesialist og generalist (Eggebø, 2020).

**I trinn 5** anbefales det å finne navn som omfavner tema riktig. En analyse kan i utgangspunktet ikke skilles helt fra en tolkning. Det vil være måten innsamlet empiri er inndelt, samt de begrep man velger som vil vise hvordan forskeren har utviklet og forstått dataene (Thagaard, 2015, s. 161). Ved slutten av dette trinnet skal man sitte igjen med en god analyse av innsamlet data, og denne bør være presis, treffende og fengende slik at leseren av studie skal få et riktig innsyn i hva studien handler om (Eggebø, 2020).

**Siste trinn 6** handler om å skrive ned analysen på en analytisk måte, der man gjerne har med sitat fra informantene, og som illustrerer tema, eventuelt undertema på en korrekt og nyansert måte. Trinn 5 og 6 brukte vi og mye tid på, ikke minst for å sikre at vi hadde en felles forståelse for våre tolkninger av funnene. Vi måtte flere ganger endre tema for å få det så presist og relevant som vi ønsket. Samtidig reflekterte vi mye sammen gjennom analysene for å sørge for at våre tolkninger ikke skulle være med i denne delen. Etter dette satt vi igjen med en analyse som vi mener er grundig, og som reflekterer både rapportene som vi har brukt i vår dokumentstudiet, samt en analyse fra intervjuene som vi mener gir en høy grad av validitet til oppgaven.

Ut fra dette skulle vi videre redusere temaene ytterligere, og vi endte opp med følgende hovedkategorier for dokumentanalysen som er relaterte til vårt første forskningsspørsmål angående hvordan St Olavs Hospital omtaler strategier for kompetanse:

- Rekruttering av og ivaretagelse av ansatte
- Organisasjonskultur og dens betydning for utvikling av strategi
- Kompetanseplanlegging som strategi

I vårt første forskningsspørsmål spurte vi i første del om det fantes en strategi knyttet til kompetanse, og det var dette vi skulle forsøke finne svar på gjennom en dokumentanalyse. Kategoriene ble derfor nært knyttet til forskningsspørsmålet. Rekruttering og ivaretagelse av ansatte er selv kjernen i det vi ønsket å finne mer ut av i vårt studie, spesielt det med ivaretagelse. Det ble derfor viktig å se på hvilken organisasjonskultur foretaket har, og hvordan strategien utvikles. Kompetanseplanlegging bør være en del av en forankret strategi, og det ønsket vi og å se nærmere på. Dette var og et tema gjennom intervjuene. Vi ønsket å se på om strategidokumentene ga noen verktøy til lederne vedrørende hvordan man skal anvende kompetanseplanlegging som strategi.

Videre endte vi opp med følgende hovedkategorier fra våre intervjudata, som alle er relaterte til forskningsspørsmål 2 og 3 :

- Ledernes kjennskap til overordnet strategi
- Kompetanseplanlegging og rekruttering i avdeling spesial og generalist
- Kompetanseplanlegging og kompetanseledelse ved avdeling spesialist og generalist
- Ansattes fokus på erfaringskompetanse
- Ansattes forståelse av profesjonsidentitet
- Kompetansemobilisering
- Ansattes motivasjon

Disse kategoriene ble viktige for videre arbeid med analysen fordi vi mener at vi best kan belyse temaene med disse som veiviser gjennom analysen. Det var svært viktig for oss å finne ut av hvilken kunnskap lederne hadde til overordnede strategier som var knyttet til kompetanse og ikke minst hvordan de eventuelt brukte disse ved kompetanseplanlegging, rekruttering og kompetanseledelse. Vi ønsket og å se videre på ansattes fokus som omhandlet tema som profesjonsidentitet, kompetansemobilisering, motivasjon og hvordan de oppfattet at lederne jobbet med kompetanseplanlegging. Tilsammen mente vi at disse temaene kunne være med på å tydeliggjøre våre funn. Hovedkategoriene som er vist til ovenfor ble dermed førende for hvordan vi gjennomførte dokumentanalysen samt analysen av intervjuene.

#### 4.5.0 Studiens reliabilitet og validitet

En undersøkelse er en metode for å samle inn empiri på. Og uavhengig av hvilken empiri man skal finne/undersøke er det to kriterier som må være oppfylt. Empirien må være gyldig og

relevant, samt pålitelig og troverdig. Dette kalles validitet og reliabilitet, og vi skal gå nærmere inn på disse to begrepene (Jacobsen, 2015).

Reliabilitet blir også kalt pålitelighet, omhandler hvordan vi ved måling av samme fenomen med samme metode vil oppnå samme resultat (Ringdal, 2014, s. 96). Ved å ha samme resultat flere ganger vil man kunne si at man har høy grad av reliabilitet. Det er et viktig prinsipp at de målinger man gjør er så pålitelige og konsistente som mulig. Selv om det ved undersøkelser alltid vil være noe målefeil, bør disse være så små som mulig. Reliabiliteten måles ut fra hvor pålitelig målingene har blitt utført. Reliabilitet kan forklares som tilfeldige målefeil, og ved en kvalitativ undersøkelse blir det derfor opp til forskerens refleksjon rundt datainnsamlingen som vil vurdere om forskningen oppnår høy eller lav grad av reliabilitet (Ringdal, 2014, s. 248). Reliabilitet måles samt vurderes på bakgrunn av hvordan forskeren har innhentet, bearbeidet, tolket og analysert innhentet empiri. Det er viktig å være bevisst på om det er noen forstyrrelser underveis i prosessen som kan påvirke arbeidet og konklusjonene (Brottveit, 2018, s. 143).

Det er viktig for å oppnå en høy grad av reliabilitet og være tydelig og transparent på hvilken informasjon man får til hvilken tid. Med dette menes hva forskeren har funnet gjennom for eksempel et feltarbeid, og hva som vil være egne vurderinger. Det er nødvendig at forskeren redegjør for eventuelle relasjoner med sine informanter for å oppnå høy grad av reliabilitet i sitt arbeide (Thagaard, 2015). For å vurdere reliabiliteten i innsamlet empiri, må man også være god på kildekritikk. Med dette menes at en forsker må være kritisk til hvilket materiale man tar inn i sin forskning. Er kildene anerkjente og pålitelige? Har kilden en agenda? Ellers er det hensiktsmessig å se om det er flere ulike kilder som kan understøtte det samme? For vår del handler det om å være kritisk til hvilke artikler, litteratur, rapporter ol vi velger å bruke i vår studie.

Ved evaluering av en survey eller intervju må forskeren være kritisk til om spørsmålene var relevante for undersøkelsen. Videre er det nødvendig at forskeren er nøyaktig når innsamlet data skal kodes, slik at dette arbeidet forblir så korrekt som mulig (Ringdal, 2014).

Et eksempel på høy reliabilitet er om to forskere anvender samme metode ved å undersøke samme problemstilling samt oppnår samme svar (Thagaard, 2015). I denne studien er det viktig å påse at alle informantene fikk samme spørsmål, samme mulighet til å svare, samt at vi i transkriberingen sørger for å gjenfortelle det som ble sagt på en korrekt måte.

«Repliserbarhet er knyttet til en positivistisk forskningslogikk som fremhever nøytralitet som et relevant forskningsideal, og hvor resultatene ses som uavhengig av relasjoner mellom forsker og de som studeres» (Thagaard, 2015). Det er også viktig å reflektere om informantene man har valgt er troverdige? (Brottveit, 2018). Er informantene ærlige med oss, eller kan det være at de «smører» ekstra på? Å vurdere informantenes troverdighet kan være vanskelig, men man må være klar over at det kan være at noen tilpasser svarene i den retning de tror forskeren ønsker de skal svare. Det kan også være at informantene har sin egen agenda, og derfor tilpasser svarene ut fra dette (Brottveit, 2018).

Validitet kan beskrives med at vi faktisk måler det som vi skal måle (Ringdal, 2014, s. 96). Dette kalles også begrepsvaliditet. Hvis man ikke har stilt riktige og relevante spørsmål vil man heller ikke kunne belyse og besvare det problemstillingen etterspør. Forskingen vil da ha en lav grad av validitet (Brottveit, 2018). Validitet betyr grad av gyldighet ved tolkninger av en undersøkelse/ innsamlet empiri. For å oppnå høy grad av validitet er det nødvendig at forskeren er kritisk i gjennomgangen av sitt materiale, samt til sine egne tolkninger. Det er viktig at forskeren har et reflektert og kritisk forståelse av sin egen rolle og funn (Thagaard, 2015). Noe som er avgjørende for forskerens validitet er gjennomsiktighet. Med dette menes viktigheten av at forskeren redegjør for hvordan vedkommende har kommet fram til sine konklusjoner gjennom analyse (Thagaard, 2015). Ved å gå kritisk gjennom analyseprosessen vil forskeren oppnå høy grad av validitet, dette for å sikre at svarene og konklusjonen forskeren finner er gyldig. Har man studert det som problemstillingen sier man skal måle?

I arbeidet med å være kritisk til analyseprosessen er det viktig at forskeren har høy grad av confirmabilitet. Dette betyr at man har en objektiv og troverdig tilnærming i arbeidet. Begrepet validitet kan deles i to, intern og ekstern validitet. Intern validitet kjennetegnes ved at resultatene i et gitt studie er gyldige og man kan understøtte årsakssammenhengene. Man kan si at det vil gi høy grad av intern validitet om informantene kan regnes som troverdige. Dette beskrev vi tidligere, da en forsker må være noe kritisk til sine informanter. Ekstern validitet, også kalt transferabilitet omhandler om man kan overføre sine funn til andre studier, der de vil være gyldige (Miles, 1994; Thagaard, 2015).

I utarbeidingen av intervjuguiden brukte vi mye tid på utforming av spørsmål. Dette opplevdes som noe krevende, spesielt fordi vi forsker på egen arbeidsplass. Vi måtte derfor

bruke ekstra tid på å stille åpne spørsmål, og som ikke var førende. Det var viktig for oss å være bevisst på at vi ikke skulle være forutinntatt, noe vi mener vi har lyktes med. Dette har vært viktig for å sikre at vi ivaretar en høy grad av validitet. Det må likevel sies at vi opplevde det vanskelig å treffe helt på vår intervjuguide, og i ettertid ser vi at vi skulle hatt mer fokus på tema som arbeidsmiljø, og hvordan ansatte samt ledere trivdes på jobb. På en annen side mener vi at vi hadde gode spørsmål som omhandlet kompetanse, og gjennom disse spørsmålene fikk gode svar fra våre informanter. I analysen var nok den største utfordringen at vi forsker på egen arbeidsplass. I tillegg så vi underveis i vårt arbeidet at dokumenter som vi hadde planlagt inn i vårt dokumentstudiet ikke viste seg å være så relevant som planlagt, og det ble derfor gjort endringer for å få bedre oversikt samt svar på vår problemstilling.

Utfordringen med å være helt objektiv i analysen er der i den grad man ikke skal legge til egne tolkninger av både dokumentanalyse samt intervjuer. Vår fordel er at vi er to som jobber sammen, og dermed kan kvalitetssikre med å være to. I forbindelse med vår forskning har vi hatt fokus på å oppnå en høy grad av validitet. Dette har vi forsøkt å tilstrebe ved at kun en av oss intervjuet informantene, da vi mener at den ene av oss jobber for tett på ledergruppen. Dette løste vi derfor med at den andre stilte spørsmål. Vi var og svært bevisste på at vi ikke tok med informanter som vi kjente godt til. I og med at begge er ansatt ved St. Olavs Hospital var vi bevisste på å forsøke å unngå bruk av stammespråk, samt at vi ikke var tydelig uenig eller enig i det informantene fortalte i intervjuene. I starten virket det unaturlig å ikke bekrefte det som informantene uttrykte, men dette ble bedre etterhvert. Ingen av undertegnede kjente de vi intervjuet, selv om vi hadde noe kjennskap til et par av informantene. I forkant beskrev vi problemstillingen vår til avdelingssjefene ved de to avdelingene vi hadde valgt ut, og tydeliggjorde hvilke utvalgs-kriterier som var viktige å ta hensyn til. Ut fra disse kriteriene ble våre informanter valgt ut, dette betyr at hverken vi eller de seksjonslederne vi snakket med var endel av denne seleksjonen. Vi håper og tror dette styrker validiteten på vår oppgave. Dette fordi vi håper å ha fått et tverrsnitt av den ansattegruppen som vi intervjuet, og målet er at disse representerer denne gruppen. Skulle vi ha valgt ut kandidater selv, kunne vi har plukket ut ansatt vi vet ville gitt oss enkelte type svar. Svarene vi fikk fra intervjuene spriket, så vi opplevde at de hadde forskjellig syn på enkelte tema, mens de ved andre tema kunne svare likt. Vi opplevde heller ikke at informantene var redd for å fortelle om temaer der de var uenige med lederne sine om, noe vi og mener gir oss en høy grad av validitet, da vi kan klare å se nyanser i svarene fra våre informanter. Det var i utgangspunktet slik at vi ønsket å velge ut informantgruppen selv, men innså raskt at vi ikke hadde nok kjennskap til gruppene. Vi



fikk derfor bistand fra avdelingssjefene som hadde bedre oversikt over sine ansatte enn hva vi hadde, og mener dette ble den beste løsningen med tanke på å etterleve ønske om høy grad av validitet på vårt arbeid. En annen årsak til at vi mener det ble en god løsning at avdelingssjefene ga oss en liste over informanter var at det og ble forankret gjennom leder at de kunne delta. Det ble lettere å si «ja» til å være med i en tid som opplevdes som hektisk og tøff for ansatte. Skulle vi ha invitert informanter uten involvering fra leder, kan vi anta at terskelen for å si nei til deltakelse hadde vært større fordi informantene hadde sett på invitasjonen som forstyrrende.

Det var en bekymring i og med at vi ikke plukket ut informanter selv, at vi bare skulle møte informanter som ikke var kritisk til noe, men dette opplevde vi ikke i det hele tatt. Dette kunne ha utfordret validiteten på vårt studie, men i og med at informantene opplevdes som oppriktige mener vi at validiteten i denne fasen er godt ivaretatt.

Videre ble det viktig å påse at vi var kritisk nok i arbeidet med å analysere våre data, og sikre at vi klarte å unngå egne tolkninger av funnene, men at det ble en objektiv vurdering. For å klare å oppnå høy grad av validitet her, forsøkte vi å være så grundig som mulig. Spesielt var dette viktig i analysen, da vi ikke skulle tilegne informantene sterkere mening eller tolkning enn det de fortalte. Dette måtte vi være observante på gjennom hele arbeidet, spesielt fordi vi foretar en undersøkelse på vår egen arbeidsplass. Det er derfor lett å ta det for gitt av vi forstår stammespråk samt kjenner godt til problemene informantene beskrev i intervjuene. Med dette mener vi at det er vanskelig å unngå at vi er noe forutinntatt på tema som vi skriver om. Likevel ønsket vi nettopp å skrive om egen arbeidsplass fordi vi mener at vi har mulighet til å belyse temaet noe annerledes enn om eksterne hadde kommet inn å gjort samme undersøkelse. Vi mener og at vi har klart å opprettholde høy grad av validitet, kanskje spesielt fordi vi hadde fokus på dette tema under hele prosessen.

## 5.0 Analyse

### 5.1.0 Innledning

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for våre funn fra dokumentanalysen, samt intervjuene av ansatte og ledere ved de to avdelingene ved St. Olavs Hospital. Vi vil starte med funnene fra dokumentanalysen som inneholder en analyse av følgende fire dokumenter:

- Utviklingsplan for St. Olavs Hospital HF 2019-2035
- Strategisk kompetanseplanlegging ved St. Olavs Hospital
- Helse-Midt Regional utviklingsplan 2019-2022
- Strategi 2030- Fremragende helsetjeneste i Helse Midt- Norge

St. Olavs Hospital sin nedfelte strategi knyttet til kompetanse, og dokumentene vil være med på å gi oss et svar på første del av forskningsspørsmål 1: Hvilken strategi finnes på området kompetanse, og i hvilken grad er denne strategien kjent for lederne ved St. Olavs Hospital?

I presentasjon av bakgrunnen for studien og studiens problemstilling var det to rapporter som var viktige for å belyse vår problemstilling på et overordnet nivå. Dette gjelder Helsepersonellkommissjonens NOU «Tid for handling», samt Perspektivmeldingen som er en utredning som omhandler den norske modellen og fremtidens arbeidsliv. Utover i vårt arbeid med denne studien så vi at disse to rapportene har vært avgjørende for vårt valg av problemstilling, men at de ikke kunne gi svar på selve problemstillingen. Dette er fordi både Helsepersonellkommissjonens rapport, samt Perspektivmeldingen beskriver på generelt grunnlag de utfordringene mangel på kvalifisert personell helsevesenet vil oppleve de nærmeste tiår, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. I vår studie ønsket vi derimot å se nærmere på hvilken måte en spesiell organisasjon i spesialisthelsetjenesten, St. Olavs Hospital hadde lagt strategier for samme problematikk. Vi konkluderte derfor med at det som kunne bistå oss best for å finne svar på både problemstilling og forskningsspørsmål var de fire interne dokumentene fra Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospital.

Etter en kort presentasjon av våre valgte dokumenter vil dokumentanalysen bli delt opp i tre relevante funn, eller tema, fra vår analyse av disse dokumentene. Disse tre temaene er *rekruttering av og ivaretagelse av ansatte, organisasjonskultur og dens betydning for utvikling av strategi, og kompetanseplanlegging som strategi*. Gjennom å ha fokus på disse tre temaene belyser vi også hvorvidt lederne kjenner til strategiene som St. Olavs Hospital har

knyttet til kompetanse. Videre ønsket vi å finne ut i hvilken grad lederne var opptatt av ansattes kompetanse i det daglige, og hvordan de arbeidet med kompetanse opp mot sykepleierne. Våre funn besvares gjennom temaene ledernes kjennskap til overordnet strategi, ledernes perspektiver på kompetanseplanlegging og rekruttering i de ulike avdelingene samt kompetanseplanlegging og kompetanseledelse i de ulike avdelingene. Siste forskningsspørsmål besvares gjennom temaet ansattes forståelse av egen kompetanse og behovet for kompetanseheving.

Samlet vil dette være med på å finne svar på vår problemstilling; på hvilken måte kan St. Olavs Hospital strategi knyttet til kompetanse bidra til å ivareta og beholde erfarne sykepleiere.

### 5.1.1 Presentasjon av strategiske dokumenter

St. Olavs Hospital sin Utviklingsplan (St Olavs Hospital HF, 2022) er vesentlig og sentral i vårt arbeid med å finne svar på foretakets strategi på kompetanse, og i hvilken grad foretaket har beskrevet dette i sitt strategidokument. Den strategiske kompetanseplanleggingen til St. Olavs Hospital beskriver *hvorfor* man trenger kompetanseplaner, og *hva* de skal brukes til. St. Olavs Hospital er en kunnskapsorganisasjon hvor ansatte sin kompetanse samlet vil sikre pasienten den kvalitet på pasientomsorgen som de lovmessig har krav på. Det er derfor viktig å ha verktøy for å ivareta en oversikt over de ansattes kompetanse, samt for å planlegge behov framover. Dette er ment å være et viktig redskap for både ansatte og ledere ved foretaket. Videre har vi tatt med utviklingsplanen for Helse- Midt Norge. Utviklingsplanen til Helse Midt-Norge håper vi skal gi oss et innblikk i det regionale helseforetaket sin strategiske plan for kompetanse. Vi vil sammenligne disse fire dokumentene, og vil da spesielt se om St. Olavs Hospital og Helse-Midt sine utviklingsplaner samsvarer med hverandre, eller om det er noen ulikheter. I og med at St. Olavs Hospital eies av Helse Midt- Norge RHF er det grunn til å tro at det regionale helseforetakets strategi for kompetanse er førende for St. Olavs Hospital sine egne strategier, samt at mål for organisasjonene er sammenfallende.

«Strategi2030» er et overordnet strategidokument for Helse Midt-Norge som skal bidra til å «skape nødvendig forutsigbarhet og trygghet for tilbudet for pasienter, medarbeidere, samarbeidspartnere, samfunn og hele befolkningen» (Helse Midt-Norge, 2021). Dokumentet ser på de samlede utfordringer og muligheter som helseforetaket har foran seg, og hensikten

er å finne et felles målbilde for Helse Midt-Norge. Strategi2030 skal vise retning i det videre arbeidet mot måloppnåelse, og gi styringssignaler på prioriteringer i arbeidet frem mot 2030.

Vi vil nå presentere vår dokumentanalyse med fokus på hvordan kompetanse og kompetanseplaner presenteres i dokumentene. Presentasjonen av strategi og planer for kompetanse illustrerer St. Olavs Hospital sitt arbeid knyttet til kompetanse; har St. Olavs Hospital en strategi på kompetanse, og på hvilken måte de har tenkt å arbeide med kompetanse opp mot sine ansatte. Undertemaer i denne dokumentanalysen vil være *rekruttering av og ivaretagelse av ansatte, organisasjonskultur og dens betydning for utvikling av strategi, og kompetanseplanlegging som strategi.*

## 5.2.0 Strategisk fokus på kompetanse og kompetanseplaner

### 5.2.1 Rekruttering av og ivaretagelse av ansatte

Vår problemstilling er: «*På hvilken måte kan St. Olavs Hospitals valg av strategi knyttet til ansattes kompetanse bidra til å ivareta og beholde erfarne sykepleiere?*». Med dette har vi snevret inn hovedfokuset til å se på erfarne ansatte. Det er likevel interessant å se hvordan disse dokumentene generelt omtaler både det å beholde ansatte, samt hvilken strategi de har på temaet rekruttering. Utviklingsplanen for Helse Midt-Norge RHF (Helse Midt-Norge RHF, 2022) beskriver nåsituasjonen for det regionale helseforetaket, samt fremtidige utfordringer. Denne utviklingsplanen ser først og fremst på tiltak som skal iverksettes de første fire år frem i tid, men har også et blikk rettet helt frem mot de neste 15 år. Målsettingen til Helse Midt-Norge er å levere en fremragende helsetjeneste til befolkningen, og for å oppnå dette har de laget fire strategiske mål. Disse fire målene finner vi også omtalt i strategidokumentet «Strategi2030» (Helse Midt-Norge, 2021), og er; «Vi vil skape pasientenes helsetjeneste, vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helsetjeneste, vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell og vi er gode lagspillere» (Helse Midt-Norge RHF, 2022, s. 2). Helse Midt-Norge HF fremhever utfordringene Norge kommer til å stå ovenfor med tanke på om man i fremtiden vil være i stand til å levere fremragende helsetjenester all den tid vi går i møte en fremtid med «mindre ressurser og større utfordringer med å ha nok kompetanse» (Helse Midt-Norge RHF, 2022, s. 3). Årsakene som vil gi utfordringer i helsetilbudet i fremtiden, identifiseres som følgende: en aldrende befolkning, ny kunnskap og ny teknologi gir nye og økte muligheter, stigende forventninger, press på økonomisk bærekraft, økende

miljø- og klimautfordringer samt en mer usikker verden. Dette er noe vi og har snakket med våre informanter om, og vi vil i drøftingen se på om lederne har fokus på dette. I Helse Midt-Norge sin utviklingsplan understrekes viktigheten av å rekruttere, samt tiltrekke seg nye medarbeidere etter hva som er enhetens kompetansebehov. Prosessen med ansettelse skal være effektiv, slik at nyansatte kommer raskt i gang på arbeidsplassen.

«Strategi2030», skal bidra til å «skape nødvendig forutsigbarhet og trygghet for tilbudet til pasienter, medarbeidere, samarbeidspartnere, samfunn og hele befolkningen» (Helse Midt-Norge, 2021). Gjennom å se på de samlede utfordringer og muligheter som helseforetakene i Midt-Norge har foran seg, er hensikten å finne et felles målbilde for det regionale helseforetaket gjennom å arbeide mot måloppnåelse, og gi styringssignaler i prioriteringer i arbeidet frem mot 2030. Strategien bygger på Helse Midt-Norges visjon «På lag med deg for din helse», og verdiene trygghet, respekt og kvalitet hvor ambisjonen er fremragende helsetjeneste (Helse Midt-Norge RHF, 2016, ss. 3,13). Disse verdiene samt ambisjonen er overordnet for Helse Midt-Norge, og brukes derfor også ved St. Olavs Hospital (Hospital, 2023).

I arbeidet med Strategi2030 identifiserte man fire perspektiv som ble lagt til grunn for drøfting av tiltak inn mot de drivkrefter som vil utfordre helsevesenet i fremtiden, og disse perspektivene var samfunnsperspektivet, pasientperspektivet, arbeidskraftperspektivet og kunnskap- og teknologiperspektivet (Helse Midt-Norge, 2021, s. 5). Under arbeidskraftperspektivet som er mest relevant for oss, beskrives de fremtidige kompetansebehovene- og utfordringene. Disse henger tett sammen med utvikling av helsetjenesten; «medisinsk- og helsefaglig utvikling, teknologiutvikling, sykdomsutvikling og demografi, krav og forventninger fra pasientene, organisering og ledelse av tjenesten, profesjonsinteresser og økonomisk utvikling» (Helse Midt-Norge RHF, 2016, s. 8). Kravene til helsetjenester vil endres og behovet øke, men uten at tilgjengelig personell vil øke tilsvarende. Ny teknologi og andre måter å levere helsetjenestene på, tjenesteinnovasjon må tas i bruk. Man må satse på etter- og videreutdanning, bedre oversikt og styring av fremtidige behov for bemanning og kompetanse (Helse Midt-Norge RHF, 2016, s. 9). Det presiseres at «Utfordringer knyttet til å rekruttere er en ting, men å beholde ansatte kan bli en enda større utfordring. Det er blitt vanligere å skifte jobb i forhold til tidligere år. Helse Midt-Norges ambisjon er derfor å være en attraktiv arbeidsgiver som fremmer gode utviklingsmuligheter for den enkelte ansatte» (Helse Midt-Norge RHF, 2016, s. 9). Helse Midt-Norge sin regionale utviklingsplan samt Strategi2030 har fire strategiske mål som er felles for disse to strategiske

dokumentene, og disse er; Vi skaper pasientenes helsetjeneste, vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell, vi tar i bruk teknologi for en bedre helse samt vi er gode lagspillere (Helse Midt-Norge RHF, 2022) (Helse Midt-Norge, 2021)

I Strategi2030 oppsummeres hva Helse Midt-Norge RHF legger inn under «Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell, og vi har vi sammenfattet de punktene som vi mener er relevant for vår studie. Kort oppsummert kan man si at Helseforetaket skal være en attraktiv arbeidsplass som oppleves utviklende og lærende for ansatte. Arbeidsgiver skal ivareta sine ansatte samt deres kompetanse. Det skal være en fellesskapskultur som kjennetegnes ved at man lærer av hverandre og ved dette bygges kompetanse på tvers. Lederne skal være synlige og ha felles mål å jobbe imot. Det blir viktig å rekruttere de rette medarbeiderne, og det skal planlegges pasientbehandling samt bemanning ut fra hvilke oppgaver som skal løses. Kompetanseutvikling, utdanning samt virksomheten skal tilpasses pasienten og tjenestens behov (Helse Midt-Norge RHF, 2016, s. 16). St. Olavs Hospital sin utviklingsplan henviser til Perspektivmelding 2021, som understreker at en av tre unge må ta en utdanning innen helse- og omsorgssektoren før 2060 for å kunne etterkomme behovet for helsepersonell i årene fremover (Finansdepartementet, 2021, s. 272). Riksrevisjonens funn i undersøkelsen om bemanningsutfordringer i helsevesenet omtales også i samme utviklingsplan; helseforetakene har problemer med både å rekruttere og beholde sykepleiere (Riksrevisjonen, 2019). Det påpekes at mangelen på sykepleiere er den største utfordringen i helsesektoren i dag (St Olavs Hospital HF, 2022, s. 52). I tillegg til at helseforetakene opplever rekrutteringsproblemer, utdannes det også for få sykepleiere, ifølge utviklingsplanen for St. Olavs Hospital (Hospital, 2023). Videre tar utviklingsplanen opp at man må se annerledes på kompetansesammensetning, og sier at man må se nytt på hvilke oppgaver som per i dag utføres av sykepleiere, og om andre yrkesgrupper kan avlaste sykepleierne. Utviklingsplanen presiserer også viktigheten av å beholde dagens personell, ved utvikling og muligheten for å sikre gode, akademiske karrierer som et av tiltakene (St Olavs Hospital HF, 2022, s. 52). Det blir også viktig å ha fokus på rekruttering og utvikling av ledere som er motivert til å lede endrings- og innovasjonsprosesser, samt ha totalansvar for personale, økonomi og fagutvikling. Dette blir nødvendig som en del av arbeidet med å imøtekomme fremtidens endrede behov for helsetjenester (St Olavs Hospital HF, 2022, s. 53). For å lykkes med både bærekraftig rekruttering samt hensiktsmessig kompetansesammensetning, må kultur for nytenkning og tjenesteinnovasjon, og ikke minst en god strategi ligge fast.

Oppsummert kan man si at de fire ulike strategiske dokumentene er samstemte i beskrivelsen av nåsituasjonen, mangelen på kvalifisert helsepersonell er allerede en utfordring som må tas på alvor. I tillegg understrekes det at man må legge vekt på betydningen av å arbeide for å være en attraktiv arbeidsplass for å sikre rekrutteringen i årene fremover, og slik sikre en forsvarlig drift ved helseforetakene. Dokumentene, spesielt Helse Midt-Norge sin utviklingsplan har fokus på rekruttering, men også hvordan man skal beholde ansatte. Dette må ses i sammenheng med hva våre informanter svarte rundt temaet å rekruttere og beholde. Er lederne vi snakket med kjent med disse strategiene vi nå har beskrevet? Er St. Olavs Hospital og Helse Midt-Norge sin utviklingsplan forankret ut i klinikkene og avdelingene? Dette vil være avgjørende for om dokumentene vi har beskrevet vil være gode verktøy i arbeidet med å ha en bærekraftig og god drift i helseforetakene framover, og ikke minst for å kunne tilby fremragende behandling til pasientene.

### 5.2.2 Organisasjonskultur og dens betydning for utvikling av strategi

Det andre temaet som peker seg ut i dokumentanalysen er organisasjonskultur, og dens betydning for utvikling av strategi. I utviklingsplanen til St. Olavs Hospital er man tydelig på at økonomi og personell ikke vil strekke til framover hvis foretaket skal fortsette å tilby helsetjenester slik det gjøres i dag (St Olavs Hospital HF, 2022, s. 4). Som tidligere nevnt er Helse Midt-Norge RHF, sin overordnede visjon om fremragende behandling befestet i verdiene trygghet, respekt og kvalitet, noe som også er forankret hos St. Olavs Hospital. Pasienttilfredshet, ansatte tilfredshet og økonomisk bærekraft er tre faktorer som er gjensidig avhengige av hverandre for å sikre en organisasjonskultur som skal kjennetegnes ved helhet, likeverd og medbestemmelse (St Olavs Hospital HF, 2022). Både Strategi 2030 samt utviklingsplanen til Helse Midt-Norge har som mål å være en attraktiv, lærende og utviklende arbeidsplass som skal sørge for ivaretagelse av medarbeidere samt deres kompetanse. Dette er tydelige strategier som omhandler hvordan man ønsker at organisasjonen skal være. Det vi ønsket å finne ut videre gjennom intervjuer med våre informanter var om disse strategiene var mulig å gjennomføre i den daglige driften. Med andre ord, hvordan skulle lederne ved foretaket sørge for å være en attraktiv, lærende og utviklende arbeidsplass om de ikke hadde kunnskap om hvordan dette skulle ivaretas? Hvilken betydning hadde det for ansatte og ledere «å være synlig»? Og er dette holdepunkter som ledere ved St. Olavs Hospital kjente til? Dette vil vi komme nærmere tilbake til i kapittelet som omhandler drøfting av våre funn.

For å oppå en god organisasjonskultur må man ha fokus på ansattes arbeidsmiljø. Et godt og trygt arbeidsmiljø fremmer arbeidsmotivasjonen, og kan være med på å redusere frafall og sykefravær (Helse Midt-Norge RHF, 2022, s. 45). Utviklingsplanen for St. Olavs Hospital fremhever tiltak som medarbeiderundersøkelsen ForBedring, medarbeidersamtale, vernetjenesten og avvikssystemet som bidrag til målrettede arbeidsmiljøtiltak (Hospital, 2023). I tillegg til disse punktene har Helse Midt-Norge i sin utviklingsplan fremhevet sluttsamtaler, hvor årsak til eventuell oppsigelse avdekkes som viktige punkt for et godt arbeidsmiljø (Helse Midt-Norge RHF, 2022, s. 45). Vi har tidligere i dokumentanalysen belyst viktigheten av riktig og nok kompetanse både på det nåværende tidspunkt, og ikke minst i årene framover. Herunder vil både spesialisert kompetanse og breddekompetanse være viktig. Tilgang til den kompetanse man trenger, er helt nødvendig for å kunne sikre kapasiteten, altså yte de tjenestene man skal godt nok, og i tilstrekkelig omfang. Kompetansesammensetning på en ny måte og bygging av interne nettverk påpekes som satsningsområder for å sikre et godt og forsvarlig arbeidsmiljø (Helse Midt-Norge RHF, 2022, s. 45). Kompetansesammensetning på en ny måte kan blant annet være at man spisser arbeidsoppgavene til sykepleierne i den hensikt å avlaste dem for oppgaver man ikke trenger å være utdannet sykepleier for å utføre, som matlaging, rydding, mobilisering av pasienter. Her kan andre yrkesgrupper som helsefagarbeidere komme mer inn enn i dag. Kanskje kan man på sengeposter også ha behov for psykiatriske sykepleiere, eller vernepleiere? Interne nettverk kan være etablering av veiledningsgrupper for erfarne sykepleiere, på tvers av de kirurgiske sengepostene for eksempel i den hensikt å dra veksler på erfaring og kompetanse blant en yrkesgruppe som står i en hektisk hverdag.

### 5.2.3 Kompetanseplanlegging som strategi

Vi ønsket å se på Helse Midt-Norges strategi inn mot kompetanse, som overordnet også er gjeldende for St. Olavs Hospital, og vi valgte derfor å se mest på kapittelet som omhandler å «Rekruttere, utvikle og beholde kompetent personell» (Helse Midt-Norge RHF, 2022, s. 43). Her fremheves det at å sikre tilgang på kompetent personell nå, og i fremtiden er svært viktig for å kunne tilby de tjenester som er nødvendig, og forventet av befolkningen. «Det er særlig knapphet på arbeidskraft som vil sette grenser for hvordan vi kan løse oppgavene i fremtiden og sikre en bærekraftig helsetjeneste» (Helse Midt-Norge RHF, 2022, s. 43). Videre fokuseres det på at man som arbeidsgiver må være attraktiv, hvor ansatte kan få



delta i livslang læring og utvikling. Den strategiske kompetanseplanleggingen skal styrkes, der de strategiske planene skal beskrive på hvilken måte det arbeides med kompetanse i helseforetaket. I tillegg skal de strategiske kompetanseplanene beskrive hvordan behovet i de forskjellige fagprofesjonene kan fylles fremover. De respektive planene skal videre inneholde tiltak inn mot arbeidet ovenfor kompetanse. Dette innebærer både tiltak som kan redusere behovet for ytterligere kompetanse, som ny teknologi og ikke minst tiltak som kan styrke tilgjengelig kapasitet og kompetanse. Eksempler på dette kan være kompetanseutvikling, reduksjon av turnover, fravær, tidlig frafall, utdanning og rekruttering. Skal tiltakene i planene kunne implementeres, må planene være utarbeidet i fagmiljøene samt være forankret i helseforetaket (Helse Midt-Norge RHF, 2022, s. 44).

Tilgjengelig kompetanse skal brukes på best mulig måte, i den hensikt å klare å beholde de ansatte. Det påpekes at man via analyser har funnet at tilgjengelig reserver av kompetanse og arbeidskraft finnes i organisasjonen, men anvendes ikke på en god nok måte. Dette er et punkt vi også skal se nærmere på i analysen av intervjuene med våre informanter. For å kunne benytte seg av tilgjengelig kompetanse mer effektivt, påpekes det i utviklingsplanen til St. Olavs Hospital at det vil kreve en mer helhetlig planleggingskultur, man må kunne se med nye øyne på hvordan oppgaver utføres, hvem som utfører de, hvordan avdelinger bemannes, og av hvem. Heltidskultur skal forsterkes, hvor alternative arbeidstidsordninger samt bærekraftige arbeidsplaner skal være en del av arbeidet (Helse Midt-Norge RHF, 2022, s. 44). Tid til kontinuerlig faglig utvikling, etterutdanning og forskning skal sikres, slik kan ansatte og organisasjonen møte behovene for fremtiden; «Individuelle utviklingsplaner skal beskrive målrettede tiltak og være grunnlag for karriereplan og talentutvikling. Dette sikres gjennom medarbeidersamtalen med påfølgende utviklingstiltak, en gjensidig forpliktelse mellom ansatt og leder» (Helse Midt-Norge RHF, 2022, s. 45). I dette ligger det tydelige føringer til hvordan ledere ved foretakene i Helse Midt-Norge skal arbeide med ivaretagelse av ansatte, og kan være et viktig redskap for denne gruppen om denne strategien er kjent for dem. På bakgrunn av identifiserte utfordringer som økt behov, økonomisk bærekraft og evne til omstilling har St. Olavs Hospital formulert de tre satsningsområdene digitalisering, tjenesteinnovasjon og kompetansesammensetning i arbeidet for å fortsatt kunne tilby fremragende behandling i fremtiden for pasientene (St Olavs Hospital HF, 2022, ss. 4,5).

I utviklingsplanen til St. Olavs Hospital (2022) har man oppsummert punkter som man mener er viktige for å ivareta ansatte samt deres kompetanse. Disse er relativt like de som er beskrevet i Helse Midt-Norge sin utviklingsplan. Dette har nok naturlige årsaker da Helse

Midt- Norge eier St. Olavs Hospital, og er førende for de overordnede strategier og verdier som St. Olavs Hospital har:

- Vi er en attraktiv og trygg arbeidsplass med godt omdømme
- Vi arbeider for å oppnå en riktig dimensjonering og sammensetning av arbeidsstyrken
- Vår rekrutteringsstrategi fører til rett kompetanse på rett plass
- I samarbeid med utdanningsinstitusjonene har vi kunnskapsbasert utdanning av våre helsearbeidere, og styrket forskningskompetanse hos våre undervisere
- Vi har fokus på god veiledning, supervisjon og kompetansevurdering
- Våre utdanningskandidater har evne til omstilling, kvalitetsforbedrende arbeid og livslang læring

(St Olavs Hospital HF, 2022, s. 51)

Som vi har tatt opp tidligere er dette punkter som er viktige for lederteam ut i foretaket å bruke aktivt i sin hverdag som leder fordi punktene sier noe om hva som bør være fokus i arbeidet mot de ansatte. Vi ønsket derfor å se nærmere på om disse punktene var kjent for de lederne som har den daglige kontakten med ansatte ved St. Olavs Hospital.

Helseforetaket må satse på etter- og videreutdanning samt ha bedre oversikt og styring av fremtidige behov for bemanning og kompetanse (Helse Midt-Norge RHF, 2016, s. 9). Det presiseres at Helse Midt- Norge beskriver utfordringer knyttet til rekruttering, men anerkjenner at å beholde ansatte kan bli en enda større utfordring fordi arbeidsmarkedet er endret, og man skifter jobb oftere enn tidligere. Helse Midt-Norge har en ambisjon om å være en attraktiv arbeidsgiver som ivaretar ansatte ved å tilby gode utviklingsmuligheter (Helse Midt-Norge RHF, 2016, s. 9). I utviklingsplanen for St. Olavs Hospital ser man at «ansattes kompetanse er pasientenes trygghet for god kvalitet. Rett kompetanse møter pasientene i hele forløpet. Vi tar vår del av ansvaret for utdanning» (Hospital, 2023).

Kompetanseportalen skal være et verktøy for ansatte og ledere, og sikre at foretaket rekrutterer, utvikler samt beholder ansattes kompetanse på en målrettet, forutsigbar og bærekraftig måte som til enhver tid kan evalueres (St Olavs Hospital, 2021). Her skal all dokumentasjon i forhold til kompetanse, og planer for opplæring samles og være elektronisk tilgjengelig for både ledere og ansatte. Kompetanseportalen skal være en viktig del av kompetanseplanleggingen for lederne (ibid). Hvordan kompetanseportalen faktisk benyttes

ble viktig for oss å ta med inn i intervjuene med våre informanter (ledere), for vi ville se om portalen var et verktøy de anvendte i sin arbeidshverdag.

Kompetanseplanen, som er hver enkelt avdelings plan for kompetanse, må være en aktiv, integrert del av den respektive avdeling og, eller klinikk med bakgrunn i avdelingens mål og oppgaver samt pasientmålgruppe. (St Olavs Hospital HF, 2022). Kompetanseplanen bør inneholde målsetting, samt inneholde prioriteringer og milepæler, og planen må aktivt brukes i arbeidet med å kartlegge, dokumentere og evaluere de kompetansetiltak enheten har behov for. Dokumentet «Strategisk kompetanseplanlegging» beskriver at klinikker og avdelinger bør analysere eksisterende og fremtidig kompetansebehov som de har, og vurdere hvilken og hvordan kompetansesammensetningen er nødvendig for å være en attraktiv arbeidsplass som ivaretar ansatte samt pasientbehandlingen (St Olavs Hospital, 2021).

Oppfølging av disse kompetanseplanene skal utføres i forhold til konkretiserte mål, og sikre at all kompetanseutvikling bringer St. Olavs Hospital sammen som en organisasjon framover for å for å innfri de målsettinger og hovedoppgaver som er gitt (St Olavs Hospital, 2021).

Oppsummert ser vi at under avsnittet kompetanseplanlegging som strategi vil den største utfordringen til St. Olavs Hospital være å ha nok kompetanse i årene som kommer. Dette gjelder både ved rekruttering samt å beholde ansatte. Ansatte skifter jobb hyppigere enn tidligere, og dette vil stille høyere krav til å være en attraktiv arbeidsplass hvor man opplever utvikling av egen kompetanse. Både Helse Midt-Norge samt St. Olavs Hospital har beskrevet strategier på hvordan man skal være en attraktiv arbeidsplass, og dette omhandler stort sett verktøy som har med kompetanseheving og kompetansekartlegging å gjøre. Det står blant annet at det skal settes av tid til faglig utvikling/etterutdanning/forskning, og i våre intervju med informantene ønsket vi å finne ut hva informantene mente om akkurat dette. Opplevde informantene at driften ga rom for å tilby ansatte tid til faglig utvikling/etterutdanning og forskning? Vi ville også se nærmere på om ansatte hadde en individuell utviklingsplan slik Helse Midt-Norge beskriver de skal ha. I «Strategisk kompetanseplanlegging» er det beskrevet hvordan ledere og ansatte skal forholde seg til kompetanseplanlegging for å samle ansattes kompetanse, samt hvordan kompetanseplanlegging skal anvendes i arbeidet med å planlegge for fremtidig kompetansebehov (St Olavs Hospital HF, 2022). Vi ville i intervjuene etterspørre informantene om deres kunnskap om dette verktøyet, kompetanseplanlegging for å se om det fungerte i praksis.

Hensikten med å gjennomføre en dokumentanalyse i vårt studie var å se om vi fant svar på første del av forskningsspørsmål 1, der vi spør om i hvilken grad St. Olavs Hospital har en strategi knyttet mot kompetanse. Vårt hovedfunn i denne dokumentanalysen er at vi fant fire strategiske dokument som inneholdt strategi som omhandlet kompetanse. I alle fire dokumentene beskrives en situasjon hvor mangelen på helsepersonell vil øke i årene fremover. Situasjonen må tas på alvor, og for å ivareta forsvarlig drift- og pasientbehandling må rekrutteringen sikres. Helseforetakene må først og fremst være attraktive arbeidsgivere. For både Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospital er målet fremragende pasientbehandling, med verdiene trygghet, respekt og kvalitet i bunn. Organisasjonskulturen skal kjennetegnes ved helhet, likeverd og medbestemmelse. Fellesskapskulturen skal styrkes, lederne skal være synlige. Betydningen av et godt og trygt arbeidsmiljø understrekes. Kompetanseplanlegging vektlegges i alle dokumentene, helseforetaket må sikres nok og riktig kompetanse. Det må holdes oversikt over den enkelte ansattes kompetanse, samt fremtidig behov. Dette gjelder også den enkelte avdeling.

Vi vil nå gå over til funn fra intervjuene som ble gjennomført med lederne ved St. Olavs Hospital.

### 5.3.0 Lederne ved St Olavs hospital- deres kjennskap til overordnet strategi, og deres perspektiver på kompetanseplanlegging, rekruttering, og kompetanseledelse

Vi intervjuet seks ledere ved St. Olavs Hospital, alle seksjonsledere i ledernivå 4, det vil si de har en avdelingssjef i ledernivå 3 over seg. Ledernivå 1 og 2 i kjeden er sykehusdirektør, og klinikkssjef. Seksjonslederne har personalansvar for sykepleierne ute i avdelingene.

Etter å ha gjennomført intervjuene med lederne, har vi samlet våre funn inn i tre tema; *Ledernes kjennskap til overordnet strategi* som det første, her ønsket vi å få belyst i hvor stor grad lederne vi snakket med, kjente til de overordnede strategiske dokumentene som vi omtalte i dokumentanalysen. Videre ønsket vi å undersøke *hvilket forhold lederne hadde til kompetanseplanlegging og rekruttering i de ulike avdelingene*, og til slutt *deres forhold til kompetanseplanlegging og kompetanseledelse i de ulike avdelingene*.

### 5.3.1 Ledernes kjennskap til overordnet strategi

Vi har tidligere belyst årsakene til at vi valgte våre to avdelinger. Begrunnelsen for dette valget var fordi vi ønsket å se på både fellestrekk samt ulikheter mellom avdelingene med hensyn til blant annet høy turnover, sykefravær, arbeidsmiljø og nærledelse.

Utvalgsriteriene viste noen grad av ulikheter, men også noen likheter mellom enhetene. Likheterne kan forklares ved at avdelingene er relativt like store, samt at de har veldig lik struktur på ledergruppene, men også ulikheter ved at avdeling Spesialist har utfordringer med høy turnover, samt ulike kompetansekrav til ansettelse. I tillegg ser vi at de er relativt stor forskjell på ansattes alder, da avdeling Generalist har ansatte som er endel år yngre enn ved avdeling Spesialist.

Det kom tydelig frem i intervjuene med lederne at de ikke hadde oversikt over den overordnede strategien for St. Olavs Hospital knyttet til kompetanse, og dette var likt for begge avdelingene. Ved avdeling Generalist hadde ingen av lederne inngående kunnskap om utviklingsplanen til St. Olavs Hospital. En av lederne fortalte om avdelingens kompetanseplan der fagutviklingssykepleierne i avdelingen hadde en viktig rolle i forhold til opplæring og kursing av ansatte. Lederen påpekte at det i hans jobb var viktig å følge avdelingens kompetanseplan, samt kvalitetssikre kompetansen hos ansatte. Noen av lederne opplevde den overordnede strategien som flytende, og fortalte at tiden ikke strakk til, slik at strategi som helhet og hvilken retning man skulle lede de ansatte mot, ikke ble satt på dagsorden. Av de tre lederne fra avdeling Spesialist hadde alle noe kjennskap til Utviklingsplanen. De hadde ellers ikke noe kjennskap til foretakets overordnede strategi knyttet til kompetanse. Ingen av lederne fra de to avdelingene henviste til Helse Midt-Norges regionale utviklingsplan, eller St. Olavs Hospital sin egen nettside for kompetanseutvikling.

Totalinntrykket vi sitter igjen med fra intervjuene er at lederne i liten grad var kjent med St. Olavs Hospitals overordnede strategi for kompetanse. Det er interessant å se dette i sammenheng med at fire av de seks lederne vi intervjuet hadde lang ledererfaring fra St. Olavs Hospital, kun to ledere hadde noe mindre ledererfaring. I tillegg hadde alle lederne noe lederutdanning, mens noen var i et pågående utdanningsløp innen ledelse. Utarbeidelse av kompetanseplan var alle lederne, fra begge avdelingene engasjerte i, og opptatt av, men da var det snakk om kompetanseplan innad i deres egen avdeling, ikke overordnet for sykehuset.

Samlet viser våre funn gjennom intervjuene med de seks lederne at de har begrenset oversikt over de strategiske planene St. Olavs Hospital har utarbeidet i forhold til kompetanse. Noen av lederne kjente litt til utviklingsplanen for St. Olavs Hospital. Ingen av lederne virket til å være kjent med den Regionale utviklingsplanen til Helse Midt-Norge, ei heller Strategi2030, eller St Olavs egen hjemmeside, hvor strategiske kompetanseplaner omtales detaljert. Lederne ved begge avdelingene ga tydelig uttrykk for at den krevende driftssituasjonen avdelingene sto i, ødela muligheten man hadde til å drive kompetansearbeid, uansett hvor god intensjonen var.

### 5.3.2 Lederes perspektiver på kompetanseplanlegging og rekruttering i de ulike avdelingene

Avdeling Generalist hadde gode systemer for kompetanseplaner i avdelingen og jobbet kontinuerlig med dette, og det ble jevnlig diskutert i ledergruppen de behov avdelingen hadde for opplæring og kompetanseheving. Kompetanseplanen medførte at lederne hadde en god oversikt over kompetansen til de ansatte da de ansatte var delt i tre trinn i en kompetansestige, og arbeidsteam ble utarbeidet på grunnlag av dette. Fagutviklingssykepleierne utgjorde en veldig viktig del av dette arbeidet påpekte lederne ved avdeling Generalist. Dette fordi fagutviklingssykepleierne var ute i avdelingen og slik kunne observere sykepleierne, og både se og fange opp de sykepleierne som hadde behov for kompetanseheving. Lederne ved avdeling Generalist fremhevet at tiden til kompetanseplaner, og oppfølging av disse var for knapp, driften av avdelingen tok det meste av tiden. *Høyt sykefravær, pandemien, høy turnover* samt ikke minst innføringen av *Helseplattformen* ble trukket frem som store tidstyver. Det var i tillegg demotiverende at Helseplattformen, så lang tid etter innføring, krevde så mye ekstra av ansatte og lederne.

Avdeling Spesialist hadde også kompetanseplaner for avdelingen, som ga lederne oversikt over ansattes kompetanse. Arbeidet med kompetanseheving var et kontinuerlig arbeid, hvor medarbeidersamtalen var et viktig bidrag ifølge lederne. Medarbeidersamtalen var viktig for å kunne avdekke hva den ansatte savnet, og ønsket seg mer av, samt arbeidsmotivasjon blant mye annet. Men som for lederne ved avdeling Generalist, var det svært problematisk å få tid til kompetansearbeid. I tillegg til sykefravær og Helseplattformen, ble det også påpekt at avdelingen hele tiden hadde studenter og nyutdannede spesialsykepleiere som tok mye ekstra tid. «*Vi har hatt en god drift, med fokus på fag, men synes vi famler mer nå på grunn av Helseplattformen*», var det en av lederne som uttrykte. Når det gjelder rekruttering til sine

respektive avdelinger, var lederne delte i sitt syn. Ved avdeling Generalist var alle lederne bekymret for rekrutteringen, samt høy turnover, som gjør at man hele tiden må rekruttere nye sykepleiere. Lederne ved avdeling Generalist fortalte at de hadde mange søkere til utlyste stillinger, men selv om de spisset utlysningsteksten med ønske om en viss kompetanse og erfaring hos søkerne, fikk avdelingen ikke ansatt de sykepleierne de ønsket. Sykepleierne som søkte seg til avdelingen var ofte nyutdannede, eller i beste fall med relativt kort yrkeserfaring som førte til omfattende, og langvarig opplæring av de nyansatte i avdelingen. Opplæringen av disse tok derfor mye tid som kunne vært brukt til mer samlet og spisset kompetanseutvikling hos de mer erfarne sykepleierne ifølge lederne. Lederne ved avdeling Generalist uttrykte bekymring over at mange sykepleiere, når de hadde jobbet et par år ved avdelingen, søkte seg videre til andre avdelinger, eller tok videreutdanning uten å komme tilbake til avdelingen med ekspertisen. Avdelingen mistet mange gode sykepleiere på denne måten, og det ble gitt uttrykk for at det må arbeides bedre, og mer systematisk for å beholde ansatte. Hvis rekrutteringsproblemene vedvarte, måtte man se på om andre spesialsykepleiere, men også vernepleiere og merkantilt ansatte kunne bidra til å avlaste ansatte i en svært travel driftssituasjon. Ved avdeling Spesialist var ingen av de tre lederne bekymret for fremtidig kompetansebehov eller rekruttering. Avdelingen er per i dag overtallig i forhold til tilgjengelige stillingshjemler, og avdelingen opplevde ingen rekrutteringsproblemer. Arbeidsoppgavene er spisset, og helseforetaket har mange søkere til spesialistutdanningen, og etter endt videreutdanning, som gir god adgang til ansettelse i avdelingen, viser erfaringen at sykepleierne blir i avdelingen.

### 5.3.3 Kompetanseplanlegging og kompetanseledelse i de ulike avdelingene

Lederne fra begge avdelinger hadde gode intensjoner i forhold til sitt arbeid med kompetanseheving, både kartlegging- og plan. I avdeling Generalist kartla fagutviklingsykepleierne og lederne kompetansenivået- og behovet ved hjelp av kompetansestigen som var delt i tre trinn. De tre trinnene beskriver en sykepleiers kompetanse fra relativt nyutdannet/nyansatt hvor du kun arbeider med relativt stabile pasienter inne på rom, til at du i nivå tre kan motta svært syke pasienter, og jobbe med dem i tverrfaglig team. I tillegg brukes kompetanseportalen i arbeidet med kompetansekartlegging. Det som lederne oppga som grunn til at kompetansearbeidet stoppet opp, var drift, avsatt tid til kompetansearbeid ble nedprioritert i forhold til driften. Mangel på sykepleiere ute i

avdelingen gjorde at lederne måtte trekke inn ressurser fra kompetansevirksomhet, og inn i pasientbehandlingen. En leder sa at det ville ikke være riktig at noen ansatte fikk sitte med fagutvikling, mens resten av de ansatte «jobbet seg i hjel». Ved avdeling Spesialist var svarene det samme som ved avdeling Generalist. Her var det også utarbeidet kompetanseplaner for avdelingen, og kompetanseportalen ble brukt aktivt. Det var høy grad av villighet blant lederne til å avgi tid til faglig fordypning, og kompetanseheving ble planlagt, men også lederne ved avdeling Spesialist opplevde at den daglige *driften var såpass krevende*, at kompetansehevingen ble vanskelig å gjennomføre. Lederne ga tydelig uttrykk for at dette var vanskelig, og at dette slet på dem da de veldig gjerne skulle funnet tid til både drift og fag.

Lederne på begge avdelingene fortalte om svært travle arbeidsdager, med høyt sykefravær, *fullt sykehus* samt at ansatte var slitne etter pandemien. Avdeling Generalist merket i tillegg høy turnover. Innføringen av Helseplattformen hadde vært krevende og frustrerende for begge avdelingene, og dette er noe som fortsatt pågår.

Alle lederne fra begge avdelingene ga uttrykk for at de var midt i periode hvor det var vanskelig å arbeide strategisk med kompetanseledelse. Viljen var der, men som nevnt ovenfor tok den daglige driften all tid, både for lederne og ansatte. Ved avdeling Generalist var kompetanseplanen grundig og gjennomtenkt, og konkretisert i kompetansetigen på tre trinn etter hvilket kompetanse- og erfaringsnivå sykepleierne befant seg på. Sykepleierne ble fordelt i team med utgangspunkt i disse trinnene for å sikre rett kompetanse hele veien. De tre trinnene skulle legge grunnlaget for en faglig utvikling som sykepleierne skal ha som motivasjon i jobben sin, «strekke seg etter» som den ene lederen på avdeling Generalist sa. Enkelte av oppgavene som sykepleierne etter hvert kvalifiserte til i avdelingen, som driftsansvarlig kunne gi utslag på lønn. Den samme lederen understreket at fagutvikling var viktig å få avsatt tid til fordi det kunne være noe som motiverer i arbeidshverdagen, og som ikke minst ga motivasjon til å bli værende i avdelingen, og slik sett reduserte turnover. Avdeling Generalist har tøff turnus med mye ufordelaktig arbeidstid på kveld, natt- og helg. Derfor kunne et høyt fokus på fagutvikling virke positivt inn som et motsvar mot dette, noe som lederen var tydelig på.

Lederne ved avdeling Spesialist og Generalist ga begge uttrykk for å være opptatt av kompetanseledelse selv om de bekreftet at det var svært krevende tider. Avdeling Spesialist



har stabilt personell, lite utskiftning, men likevel høyt sykefravær, i tillegg frustrasjoner ut i avdelingen grunnet Helseplattformen. Lederne ved avdeling Spesialist savnet tid til flere møtepunkt, slik at de kunne arbeide mer forent i forhold til kompetanse. Den ene lederen etterspurte en tydelig strategi fremover da dette har blitt nedprioritert på grunn av pandemien, samt innføring av Helseplattformen. Lederen forklarte videre at det var store forhold i avdeling Spesialist, og at det derfor pågikk kontinuerlig opplæring av studenter, nyansatte og kollegaer på rulling. Hen mente det lå en strategi bak dette, men denne var nok ikke nedfelt, ifølge denne lederen, og slik sett ble mye kompetansearbeid usynlig. En annen leder var tydelig på at erfarne sykepleiere fikk for lite tid til fordypning i fag, slik som eksterne kurs. Lederen skulle gjerne sendt de erfarne sykepleierne «mer ut, slik at de fikk luftet seg», men igjen driftssituasjonen bremsset dette. «På grunn av Helseplattformen er det blitt vanskelig å lede, for folk er slitne og det gjør noe med stemningen» fortalte en av lederne.

På begge avdelingene var lederne svært bevisste på vaksammensetningen, dette for å sikre at pasientene møter kompetente sykepleiere til enhver tid. På grunn av høy turnover, og mye frafall på grunn av sykdom, var lederne på avdeling Generalist positive til at andre yrkesgrupper, samt merkantilt ansatte kunne bli nødvendig i avdelingen for å avlaste sykepleierne. Også avdeling Spesialist var svært bevisst vaksammensetningen, og lederne jobbet med dette på daglig basis og hadde vaksammensetningen høyt oppe på agendaen.

Lederne ved begge avdelinger var opptatte av den fremtidige mangelen på sykepleiere, og i årene fremover ville det bli viktig å ivareta de sykepleierne man allerede har.

*Kompetansemobilisering* var noe lederne på begge avdelinger var opptatte av. Lederne på avdeling Generalist fortalte at kompetansetigen var en viktig del av dette, selv om de erkjente det faktum at majoriteten av ansatte var relativt nyutdannede noe som gjorde det mer krevende å sette sammen arbeidsteam. En leder påpekte at mangelen på erfaring blant sykepleierne i avdelingen kunne være en trussel mot driften, men også mot pasientsikkerheten. På avdeling Spesialist var kompetansemobilisering noe som lederne var opptatt av, og fortalte at nyansatte i avdelingen måtte ha arbeidet to år på dagtid for å være vaktkompetent, dette fordi den største aktiviteten for de ansatte er på dagen. En leder ved avdeling Generalist opplevde at de hadde for liten kjennskap til kompetansemobilisering, og det var heller ikke tid til å skaffe seg slik kompetanse. Samlet hadde alle lederne mange gode intensjoner og ønsker, men de klarte ikke å realisere det slik driftssituasjonen var da vi snakket med dem.

Lederne ved begge avdelingene var tydelig på at det var viktig å *lede egen profesjon*, altså at lederne selv var utdannet samt hadde erfaring som sykepleier før de ble ledere. Det gjorde de alle sammen, og medførte nok en større aksept enn om man ikke skulle ha sykepleierprofesjonen i bunn. En av informantene (leder) sa at «*det er viktig å lede eget fag, da slipper man å forsvare noe*». En leder ved avdeling Generalist savnet å få arbeide mer strategisk og fremoverlent, og ønsket at St. Olavs Hospital som organisasjon i større grad skulle anerkjenne ledelse som det viktige faget det er. Vedkommende fortalte at den viktigste oppgaven hen hadde som leder var å løfte frem fagpersonene. Dette syntes lederen det var for lite tid til. Samme leder mente at det manglet sykepleiere i hovedledelsen ved sykehuset, det hadde vært en måte å få «sykepleiernes blikk» inn i overordnet drift. En annen leder ved samme avdeling understreket hvor viktig *erfaringskompetanse* er, begrepet beskriver den faglige kompetansen man opparbeider seg etter hvert som man får yrkeserfaring. Jo lengre erfaring, jo større erfaringskompetanse. De sykepleierne som hadde lang fartstid, ble uformelle ledere ute i avdelingen, og dette var av stor betydning for de uerfarne sykepleierne, fremhevet denne lederen fordi de uerfarne kunne lene seg trygt på ekspertisen hos de erfarne. Samme leder fortalte at de erfarne sykepleierne trivdes med å jobbe med uerfarne kollegaer, de fikk mye anerkjennelse, men det var likevel krevende å skulle utføre pasientbehandling samtidig som man drev opplæring på nye kollegaer.

Oppsummert viser våre funn at lederne ved både avdeling Generalist og Spesialist var svært opptatt av ansattes kompetanse, betydningen av kompetanseheving og avdelingens samlede kompetanse. De var veldig klar over at ansatte ønsket mer tid til kompetanseheving enn hva de fikk i dag, gitt driftsituasjonen. Lederne hadde et genuint og sterkt ønske om at dette på lengre sikt skulle endres, for å motivere sykepleierne til å bli i avdelingen. Vi har hittil i analysen av intervjuene beskrevet funn fra lederne. Nedenfor har vi sammenfattet våre funn i en tabell som kort oppsummert viser perspektivene til våre informanter fra begge avdelingene. Videre vil vi nå gå gjennom våre funn fra intervjuene med de ti erfarne sykepleierne som ble intervjuet.

Tabell 3- Oversikt over ledernes perspektiver vedrørende overordnet strategi, kompetanseplanlegging, rekruttering, kompetanseplanlegging og kompetanseledelse

TEMA	LIKHETER	ULIKHETER
Ledernes kjennskap til overordnet strategi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lederne hadde liten til ingen kjennskap til foretakets og Helse Midt-Norges strategier</li> </ul>	
Ledernes perspektiver på kompetanseplanlegging og rekruttering		<ul style="list-style-type: none"> <li>Avd Generalist var bekymret for høy turnover og hvordan man skulle få rekruttert inn rett kompetanse, dette var ikke Avd Spesialist bekymret for</li> </ul>
Ledernes perspektiv på kompetanseplanlegging og kompetanseledelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kompetanseportalen viktig arbeidsverktøy</li> <li>Kompetanseplanlegging ved å ha riktige sammensatte team.</li> <li>Ansatte var delt inn i tre trinn i en kompetansetrapp, og deretter ble det satt sammen riktige team.</li> <li>Liten tid til å arbeide strategisk med kompetanseledelse</li> <li>Krevende drift var årsaken til at kompetansearbeid ble nedprioritert</li> <li>Viktig å lede egen profesjon</li> <li>Opptatt av kompetansemobilisering</li> </ul>	

#### 5.4.0 Ansattes forståelse av egen kompetanse og behovet for kompetanseheving

Vi intervjuet 10 erfarne sykepleiere, 5 fra hver avdeling. Felles for alle ti sykepleierne vi snakket med, var at de var svært opptatt av både sin egen og sine kollegers, samt avdelingens samlede kompetanse, spesielt på vakttid. Sykepleierne ved begge avdelingene beskrev en svært travel driftssituasjon som preget arbeidshverdagene, de ønsket mer tid til kompetanseheving, og faglige møteplasser, men dette var vanskelig grunnet drift. Årsaken til den utfordrende driftssituasjonen var ifølge sykepleierne høyt sykefravær, pandemiens ettervirkninger, fullt sykehus og innføring av Helseplattformen, samt høy turnover for avdeling Generalist. Ved begge avdelingene savnet sykepleierne tydelig ledelse og større tilstedeværelse av lederne.

Ved avdeling Generalist var de erfarne sykepleierne sterkt bekymret for *mangel på erfaringskompetanse*, for at for mange av de som ble ansatt i avdelingen nå, var nyutdannet, eller hadde liten, eller ingen relevant erfaring. Sykepleierne var tydelig på at dette opplevdes utrygt, spesielt på vakttid. Flere av sykepleierne mente at for mye ansvar ble lagt på de erfarne sykepleierne. Dette fordi resten av arbeidsteamet hadde liten erfaring, og at det var av stor betydning at vakt sammensetningen ble ivaretatt både for de nyutdannede, og de erfarne sykepleierne. «*Avdeling Generalist er ikke en optimal start på arbeidslivet hvis du er nyutdannet, til det er avdelingen for uforutsigbar og preget av høyt tempo*», sa en sykepleier. Sykepleierne ønsket seg en større andel av spesialutdannede sykepleiere i avdelingen, eventuelt andre profesjoner som vernepleiere for å utvide kompetansen. I dag hadde de fått på plass helsefagarbeidere, som var veldig positivt, da de avlastet sykepleierne og hadde med mye kunnskap inn i avdelingen. For å få flere søkere til avdelingen med riktig erfaring og kompetanse, ønsket sykepleierne blant annet opprettelse av trainee-stillinger, og at det ble lagt mer til rette for at sykepleiere kunne hospitere fra andre avdelinger og slik sett få øynene opp for hvor spennende avdelingen kunne være.

Sykepleierne ved avdeling Generalist opplevde alle å bruke egen kompetanse hver dag, og kompetansen ble verdsatt av kollegaer og ledere. To sykepleiere fortalte at de ikke var like motivert for ny kompetanse som tidligere, de var mer opptatt av å hjelpe de nyansatte slik at avdelingen samlede kompetanse ble bedre. Sykepleierne var opptatt av kompetanse, men noen opplevde at den daglige driften av avdelingen var såpass krevende at kompetanseheving på egne vegne, bortsett å lære bort til kollegaer, hadde de ikke kapasitet til. Flere av sykepleierne fortalte at de prøvde å ivareta og passe på de nyansatte kollegaene, de skrøt av dem, så at de anstrengte seg, men så også at situasjonen krevde mye av både de uerfarne og de erfarne. En av sykepleierne mente det var veldig viktig med en strukturert plan over opplæringen til de nyansatte, for å sikre at hverken den nyansatte selv, eller kollegaene slet seg ut. De uerfarne sykepleierne mangler helhetsblikket, påpekte en annen sykepleier, dette tar tid å lære seg. De nyansatte har ikke samme utgangspunkt, og de må derfor ha hjelp av de erfarne på jobb. En av sykepleierne opplevde at hun *bare var et navn på arbeidslisten*, på tross av at informanten hadde lang erfaring og relevant videreutdanning. Sykepleieren trodde selv at dette skyldtes driftsutfordringene i avdelingen, og til stadighet fullt sykehus som påvirket avdeling Generalist i stor grad. Flere av sykepleierne fortalte i intervjuet at kollegaer ikke klarte å stå i stillingene sine ved avdelingen, det ble for tøft for flere. «*I dag er driften så tøff at timeantallet må ned, 80% er det nye 100%*» uttrykte en sykepleier ved avdeling Generalist.

Årsaken oppga de til å være en tøff driftssituasjon med høyt sykefravær og turnover, pandemi, fullt sykehus og innføringen av Helseplattformen.

Det ble snakket mye om kompetanse i avdeling Generalist understreket sykepleierne, og sykepleierne var samlet om at lederne arbeidet godt med kompetanseheving, men at driften ga lederne lite handlingsrom. Sykepleierne ønsket et større *fokus på kompetanseheving* som ville bidra til at ansatte ble værende i avdelingen. De opplevde den stadige utskiftingen av kollegaer, og opplæring av nyansatte som slitsom. Spissing av kompetanse blant de ansatte, med blant annet videreutdanning som var relevant for avdelingen, var også ønsket i forhold til masterutdanning, hvor sykepleierne så at kollegaer etter endt master valgte å søke seg bort. Det ble snakket for lite om kompetanse som virkemiddel for å beholde ansatte i avdelingen. Jevnlige kurs og utsjekk var viktig for å flest mulig sykepleiere høyest mulig i kompetansesstigen. Alle sykepleierne var samstemte i betydningen av flinke fagutviklingssykepleiere. Flere av de erfarne ansatte mente at de nyutdannede i dag hadde for høyt fokus på videreutdanning rett etter endt bachelorutdanning som sykepleier, og burde heller jobbet noen år først, da praksiserfaring ble undervurdert.

Ved avdeling Spesialist var de, som vi har vært inne på tidligere, ikke bekymret for turnover og rekruttering. Alle sykepleierne opplevde å bruke sin kompetanse hver dag, dette var de svært fornøyd med. På denne avdelingen må sykepleierne ha spesialistutdanning for å kunne arbeide, så alle sykepleierne har tilstrekkelig kompetanse, det som skiller kollegaene er yrkeserfaringen, hvor de nyansatte naturlig nok har mindre. Flere av sykepleierne snakket om at tilegnelse av ny kompetanse inspirerte dem, og de savnet mer tid til å jobbe med fagutvikling og kompetanseheving. Avdeling Spesialist er kjennetegnet ved at den jobber flere steder ved sykehuset, altså ruller noen ansatte mellom senter. Denne måten å arbeide på innebærer at de som er fast på et senter, til stadighet har opplæring, og oppfriskning på de kollegaene som ruller. Dette krevde at kompetansesammensetningen var god til enhver tid i arbeidsteamene, og spesielt på vakttid. Sykepleierne fortalte at driften ble utfordrende når det ble mange uerfarne på jobb samtidig, og dette genererer mye ansvar på de erfarne sykepleierne ved avdelingen. For å sikre forsvarligheten i drift, og fagkompetansen til hver enkelt, kunne sykepleierne fortelle at ansatte kun får arbeide redusert stilling ned mot 80%. Rett type kompetanse var alle sykepleierne vi snakket med, opptatt av. Kompetanseportalen ble brukt til kompetanseheving fortalte sykepleierne, men på grunn av at driften var hektisk, og må prioriteres foran fag, ble det for liten tid til kompetanseheving. Sykepleierne var litt

ulike i synet på om teoristyrte, eller praksisnære kompetansehevinger var best, men de savnet alle begge deler. En av informantene var mest opptatt av å sikre god opplæring til de nyutdannede spesialsykepleierne slik at den samlede kompetansen ble best mulig, og opplevde det som givende. På grunn av travel drift, fortalte noen at det høye fokuset på fagutvikling til en stadighet ble slitsomt, da de ikke rakk det.

Sykepleierne vi intervjuet på begge avdelingene beskrev forholdet til sin nærmeste leder som godt. De ble lyttet til, men måtte oppsøke lederne sine aktivt for å oppleve dette. De ga uttrykk for at de savnet å bli sett, og få tilbakemelding på den jobben de gjør. Det var lett å be om kompetanseheving, direkte gjennom et møte på gangen, eller gjennom medarbeidersamtale, men praktisk gjennomføring opplevdes vanskelig på grunn av driftsituasjonen. Sykepleierne fra både avdeling Generalist og Spesialist beskrev sine ledere som bundet opp av driftsoppgavene, og lederne «forsvant» litt i hverdagen, de savnet mer tilstedeværelse.

Oppsummert gir de erfarne sykepleierne ved begge avdelingene noe ulike, men også mange like svar. Både arbeidsmiljø- og arbeidsmotivasjon er preget av at den daglige driften er så krevende. Ved avdeling Generalist beskrev alle de seks sykepleierne at de nyansatte fikk for mye ansvar, noe som ga ekstraarbeid og ikke minst bekymring blant de erfarne sykepleiere. Høy turnover og krevende drift gjorde at det av og til opplevdes *utrygt å være på jobb*. Motivasjonen var noe dalende på grunn av driftsituasjonen, og flere var usikre på hvor lenge de greide å fortsette i jobben sin. De ønsket mer medvirkning i sin egen arbeidshverdag. Ved avdeling Spesialist ga noen av sykepleierne uttrykk for at de savnet å se kollegaene sine i arbeidshverdagen, fordi de jobbet mye selvstendig. Arbeidsmiljøet ved avdeling Spesialist opplevdes som godt med stabilt personell, men travel drift de siste årene vanskeliggjorde treffpunkt for kollegastøtte og fagutveksling. Engasjementet var merkbart fallende og misnøyen noe økende, fortalte flere av sykepleierne. Alle informantene var enige om at de savnet kompetanseheving, og syntes dette var bedre før. Det ble understreket av at en sykepleier fortalte at *«før var det mer fokus på fag, nå er alt fokus på drift»*.

De erfarne sykepleierne ved begge avdelingene var alle stolte av faget sitt, og glad i arbeidsplassen sin. De var sterkt bevisst sin profesjonsidentitet og opptatt av kvalitet på arbeidet sitt. Under intervjuene var sykepleierne ved avdeling Generalist noe usikre på om lederne hadde en strategi for kompetanse. De savnet større fokus på å beholde ansatte, og at

lederne snakket mer med de sykepleierne som ønsket å slutte i avdelingen. Heller ikke sykepleierne ved avdeling Spesialist klarte å si noe om lederne hadde en strategi i forhold til kompetanse i avdelingen. St. Olavs Hospitals overordnede strategi, som Utviklingsplanen var ukjent for de fleste, bortsett fra hos to av informantene. Den ene sykepleieren mente utviklingsplanen var lite konkret og relevant for de ansatte, og stilte spørsmål ved hvordan man skulle gjennomføre målene oppgitt i planen.

Når man sammenligner funn fra disse to avdelingene, er det flere aspekter som er interessant å se nærmere på, og som også var årsak til at vi ønsket å sammenligne disse to avdelingene i studien. Avdeling Generalist er en avdeling preget av høy turnover, ansatte var slitne av stadig skiftende kollegagruppe som krevde mye opplæring av de fast ansatte. Sykepleierne fortalte at de kunne kjenne seg utrygge på jobb. Selv om mange var godt erfarne sykepleiere, også med videreutdanning var arbeidsstokken totalt sett ujevn, og dette virket til å prege arbeidsmiljøet. Ved avdeling Spesialist var det også svært travelt, men her var ansatte gruppen mer jevn, selv om flere her også manglet lang erfaring. At gruppen av ansatte ble mer jevnbyrdig, skyldes nok at man måtte ha samme spesialutdanning for å være ansatt i denne avdelingen, og dette forente sykepleierne, ga de en felles base. Man kan tenke seg at dette også hadde betydning for arbeidsmiljøet, sykepleierne hadde nok i større grad enn ved avdeling Generalist kommet dit de ville være faglig sett, avdelingen ble ikke springbrett videre for mange. Det ble også illustrert ved at selv om avdelingen var svært travel, opplevde hverken sykepleierne eller lederne at avdelingen hadde høy turnover. Handlingsrommet til lederne blir nok noe ulikt i disse to avdelingene. Det vil naturlig nok være lettere å planlegge fremover, for eksempel med tanke på kompetanseutvikling når gruppen av ansatte er stabile. For lederne i avdeling Generalist, måtte de til stadighet jobbe med rekruttering, og nyansettelser, og da blir situasjonen her og nå mest aktuell. Dette kan også innvirke på hvilket forhold de ansatte får til sin leder, og har dette betydning for om de erfarne sykepleierne velger å bli i avdelingen? Ansatte ved begge avdelinger fremhevet fordelene med å ha ledere som er av samme profesjon som de selv. Fordelen var at de opplevde å bli forstått av sine ledere. Dette vil vi se nærmere på senere, og er noe av det vi vil se på i neste kapittel, hvor vi drøfter våre funn. Tabellen nedenfor viser en oppsummering av likheter og ulikheter mellom det ansatte ved våre valgte avdelinger svarte på intervjuene.

Tabell 4- Likheter og ulikheter ved ansattes forståelse av egen kompetanse og behovet for kompetanseheving

Ansattes forståelse av egen kompetanse og behovet for kompetanseheving	LIKHETER	ULIKHETER
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle informantene var svært opptatt av egen samt avdelingens samlede kompetanse</li> <li>• Opplevde en travel driftsituasjon</li> <li>• Ønsket mer tid til kompetanseheving</li> <li>• Savnet tydelig ledelse og større tilstedeværelse fra seksjonslederne</li> <li>• Godt forhold til nærmeste leder</li> <li>• Savnet å bli sett, samt å få tilbakemelding på jobben de gjør</li> <li>• Stolt av faget, og glad i arbeidsplassen sin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansatte ved Avd Generalist var bekymret for mangel på erfaringskompetanse blant sine kollegaer. De mente der var for mange nyansatte ved avdelingen.</li> <li>• Ansatte ved Avd Generalist var slitne</li> <li>• Ansatte ved Generalist var bekymret for framtidig rekruttering da de ikke ser ut til å få ansatt erfarne sykepleiere.</li> <li>• Ansatte ved Avd Generalist var bekymret for høy turnover blant sine kollegaer.</li> <li>• Mange nyansatte gjorde det noe utrygt for de erfarne sykepleierne ved Avd Generalist å være på jobb.</li> <li>• Ansatte ved avd Spesialist fortalte engasjementet var noe fallende pga krevende drift.</li> <li>• Ansatte ved Avd Spesialist var ikke bekymret for høy turnover og rekruttering.</li> </ul>



## 6. Diskusjon av våre funn

### 6.1.0 Innledning

I dette kapitlet vil vi drøfte våre funn fra dokumentanalysen, samt funn fra den tematiske analysen av intervjuene vi gjennomførte. Vi har valgt å dele opp vår drøfting gjennom våre forskningsspørsmål. I første del av kapitlet vil vi drøfte funn fra dokumentanalysen og intervju med lederne for å kunne si noe om hvorvidt St. Olavs Hospital har en strategi på kompetanse, og om denne er kjent for lederne ved helseforetaket. I andre del av kapitlet drøfter vi hvilket forhold lederne har til de ansattes kompetanse, og om de har en oversikt over ansattes kompetanse, med utgangspunkt i våre funn fra intervjuene med lederne. I tredje og siste del av kapitlet drøfter vi de ansattes forhold til sin egen kompetanse, basert på funn fra intervjuene med sykepleierne. Til slutt i dette kapitlet vil vi diskutere om den samlede analysen vi har gjort, har gitt oss svar på, eller innsikt i den overordnede problemstillingen for vår studie.

### 6.2.0 Hvilken strategi finnes på området kompetanse ved St. Olavs Hospital, og i hvilken grad er denne strategien kjent for lederne ved foretaket?

Gjennom vår dokumentanalyse har vi funnet at St. Olavs Hospital har utarbeidet overordnede strategier tilknyttet kompetanse. De fire overordnede dokumentene som analyseres i kapittel 5 viser viktigheten av å sikre tiltak som er både målrettede, forutsigbare og bærekraftige på områdene rekruttering, utvikling samt beholde ansattes kompetanse, og at dette blir gjort på en måte som kan evalueres (St Olavs Hospital, 2021). I forhold til rekruttering fremheves det flere plasser i dokumentene hvor viktig det er at St. Olavs Hospital fremstår som er attraktiv arbeidsplass, og nyansettelser skal være effektive for å få kompetansen raskt på plass. Kravene til helsetjenester vil øke, men tilgangen på kvalifisert personell vil ikke øke tilsvarende, så helseforetaket skal arbeide for å beholde de ansatte man har. Det skal gjøres ved blant annet å utvikle ansattes kompetanse, ved at etter- og videreutdanning skal styrkes. Det skal etableres verktøy for å holde oversikt over ansattes kompetanse. Disse verktøyene skal være til hjelp for både ansatte og ledere, men skal også bidra til å få en oversikt over hvilken kompetanse helseforetaket vil ha behov for i fremtiden for å møte organisasjonens

mål. Den enkelte ansatte må sikres utviklingsmuligheter som kan bidra til at de velger å bli i organisasjonen. Andre måter å arbeide på, ny teknologi og tjenesteinnovasjon kan lette ansattes arbeidsbelastning, for eksempel ved å spisse sykepleiernes arbeidsoppgaver så de ikke trenger å utføre oppgaver de ikke trenger. Fellesskapskultur skal styrkes, hvor det satses på kompetanse på tvers, og synlige ledere er også tiltak som skal bidra til å rekruttere, utvikle og beholde sykepleiere ved St. Olavs Hospital (St Olavs Hospital HF, 2022)

De nedfelte strategiene med tiltakene beskrevet ovenfor som skal bidra til å rekruttere, utvikle og beholde personell ved St. Olavs Hospital samsvarer med hvordan Mintzberg beskriver strategi som «plan», hvor viktigheten av at organisasjonen på forhånd både utvikler en bevisst, overordnet strategisk plan for fremtiden, samt at strategien er resultat av en målrettet prosess for organisasjonen fremheves (Mintzberg, 1987). St. Olavs Hospital har som mål for strategien at organisasjonen skal kunne tilby «fremragende helsetjeneste», som tidligere uttrykt i vår dokumentanalyse. I tillegg skal St. Olavs Hospital ha en organisasjonskultur som kjennetegnes ved helhet, likeverd og medbestemmelse, og at man slik kan nå de fire strategiske målene; «Vi skaper pasientens helsetjeneste, vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell, vi tar i bruk teknologi for en bedre helse, samt vi er gode lagspillere» (St Olavs Hospital HF, 2022, s. 7). Vi ser dermed at St. Olavs Hospital har utformet en strategisk plan som både er planlagt på forhånd samt fundamentert strategien på en målprosess. I tillegg har St. Olavs Hospital også utarbeidet strategiske mål for sin organisasjonskultur, og dette er strategi som er forankret i blant annet verdier, kultur, normer og visjoner hos en organisasjon, Mintzberg beskriver dette som strategi som perspektiv eller kultur (Mintzberg, 1987, s. 16).

En strategi skal kunne fungere i organisasjon uavhengig av personer som er ansatt i organisasjonen. Rutiner, retningslinjer og prosedyrer må derfor være implementert på en slik måte at organisasjonens strategiprosess ikke påvirkes av f.eks. utskifting av ledere (Mintzberg, 1987). Selv om vi fant nedskrevne strategier for kompetanse i dokumentene, fant vi gjennom intervjuene med lederne at innholdet i *strategiene virket ukjent* for ledergruppen. Våre informanter av ledere hadde liten eller ingen kjennskap til St. Olavs Hospital sin Utviklingsplan. Det var ingen i denne gruppen som nevnte strategiske dokument som arbeidsverktøy, og det er derfor grunn til å tro at de ikke har noe kjennskap eller eierskap til foretakets strategiske dokumenter. Våre funn tilsier derfor at det virker til at St. Olavs Hospital sin strategiplan for måloppnåelse for organisasjonen ikke er kjent for lederne, og videre betyr dette at selv om man har utviklet et strategidokument, er man avhengig av en god

plan for hvordan man skal implementere strategien ut i organisasjonen. Det er mer sannsynlig at strategien vil lykkes, om strategien både er planlagt, knyttet til måloppnåelse og ikke minst godt implementert (Mintzberg, 1987). Betydningen av implementering støttes også av Hilsen (Hilsen, 2012) i rapporten om Seniorpolitikk i store virksomheter. Når det er sagt, hadde lederne ved begge avdelingene likevel planer, både kompetanseplaner som beskrev hvordan den enkelte avdeling skulle arbeide med kompetanse samt at de brukte Kompetanseportalen aktivt. Kompetanseportalen er webbasert, og ga ledere oversikt over hver enkelt ansatt sin kompetanse. Slik holdt lederne en oversikt over avdelingens samlede kompetanse. Begge avdelingene hadde også kompetansestiger som de ansatte ble satt inn i ut ifra deres erfaring og kompetanse, og som hadde betydning for kompetansesammensetning på vakt for eksempel. Selv om lederne selv ikke benevnte disse tiltakene som strategi, er de absolutt det. Her er planene lagt for å sikre kompetanse i alle ledd av pasientbehandlingen for å oppnå organisasjonens mål som er fremragende pasientbehandling. Man kan si at lederne her uttrykker *strategi som kultur, fordi de arbeider målrettet for å sikre at organisasjonens verdier opprettholdes, og mål oppnås*, selv om lederne selv ikke tilkjenner at dette er strategi. I avdelingene så vi også eksempel på strategier som mønster, hvor ansattes kunnskap om hva som fungerer i avdelingen påvirket rutinene, i avdeling Generalist var dette tydelig i hvordan opplæringen av nyansatte sykepleiere ble gjennomført av kollegaer. Først skulle sykepleierne bli kjent med den fysiske avdelingen, de forskjellige rommene, utstyr og rutiner. Deretter fikk sykepleierne først ha ansvar for litt lette pasienter, det vil si ikke så tunge diagnoser før man gradvis avanserte til mer alvorlig syke pasienter. Denne måten å gjennomføre opplæring på var trygg for de nyansatte sykepleierne, de opplevde mestring og ble gradvis tryggere i utøvelsen av pasientbehandlingen, og kunne med tiden få økende ansvar. Når opplæring gjennomføres slik, på bakgrunn av hva som fungerer i avdelingen, kommer det både hele avdelingen, men også organisasjonen til gode.

Dette fører oss til Lai (2021) sin beskrivelse av strategisk kompetanseledelse, som innebærer planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak, i den hensikt å sikre at organisasjonen og den enkelte medarbeider har og anvender nødvendig kompetanse for å oppnå organisasjonens målsetting (Lai, 2021, s. 14). I første fase, planleggingen beskrives viktigheten av at dette strategiske arbeidet blir forankret i toppledelsen, med andre ord at strategidokumentet ikke bare blir nedfelt i en tiltaksplan, og «lagt i en skuff», men at hovedledelsen viser handling ved forankring. Som nevnt tidligere, hadde ikke lederne vi intervjuet et bevisst forhold til foretakets strategi rundt kompetanse, og det kan derfor være grunn til å stille spørsmålstejn

ved om St. Olavs Hospital ikke har lyktes helt med implementeringen samt forankringen av den planlagte og nedskrevne strategien som finnes i plandokumentene. Vi vil understreke at vi kun snakket med «nivå 4» ledere, seksjonsledere. Vi ser derfor at strategien godt kan være forankret på en annen måte hos ledere i nivå 2 og 3, som er klinikk- og avdelingssjefene. Likevel er det grunn til å tenke at forankringen ikke kan betegnes som tilstrekkelig, da helseforetakets strategi ikke er kjent for lederne som har det meste av personalansvar, og daglig kontakt med sykepleierne. Det er viktig å påpeke at vi i vår studie kun intervjuet seks seksjonsledere fordelt på to avdelinger. Vi stiller likevel spørsmål om våre funn, også kan være gjeldende ved flere avdelinger ved St. Olavs Hospital.

Andre fase i den strategiske kompetanseledelsen er gjennomføringen, hvor strategien som er formulert i fase en, skal iverksettes. Her skal kompetansen anskaffes, utvikles, mobiliseres eller avvikles (Lai, 2021, s. 16). På bakgrunn av våre funn, kan det se ut til at denne fasen er gjennomført på en mindre vellykket måte ved St. Olavs Hospital. Hvorfor er det slik, hvordan kan hovedledelsen ved helseforetaket ha en nedfelt strategi på flere portaler uten at det er kjent for seksjonslederne?

Både Mintzberg (1987) og Lai (2021) er enige i at strategi ikke er en tidsavgrenset aktivitet, men forblir en kontinuerlig prosess, hvor evalueringen er en viktig del. Ved at forankringen av strategien som er planlagt, og nedfelt i helseforetaket ikke er optimal, ser det ut til at det har blitt etablert et vakuum i ledernivåene, og seksjonslederne nærmest sykepleierne mangler en konkret rolle i strategien, da de ikke kjenner handlingsrommet sitt. Dette kan understrekes ved at flertallet av de lederne vi intervjuet hadde lang ledererfaring, samt at alle lederne hadde noe lederutdanning.

Ifølge St. Olavs Hospital sitt dokument som om handler Strategiske kompetanseplanlegging, står følgende innledningsvis; «å sørge for rett kompetanse på rett sted er et lederansvar» (St Olavs Hospital, 2021). Videre påpekes det at «Ledere på alle nivå har ansvar for at medarbeidernes kompetanse er i samsvar med de oppgavene de skal løse» (St Olavs Hospital, 2021). Dette i den hensikt å sikre forsvarlig pasientbehandling. Hvis St. Olavs Hospital skal oppnå dette, må avstanden i ledernivåene med tanke på strategisk kompetanseledelse bli tettere. Kan man gi denne gruppen av ledere vi intervjuet bedre verktøy til å håndtere dette på en annerledes og bedre måte? Dette kan for eksempel gjøres ved å styrke ledernetverket blant lederne på samme nivå, og nivået over, avdelingssjefene? Det fremheves i de overordnede

dokumentene også, at fellesskapskultur skal styrkes, og fellesskapet blant lederne er også viktig. Det er av stor betydning at lederne kjenner strategien som er lagt, for uten kjennskap til strategien blir det vanskelig å også evaluere den, som er tredje, og siste fase av strategisk kompetanseledelse (Lai, 2021). Evalueringen skal legge grunnlaget for å revurdere strategien, slik at prosessen blir den kontinuerlige prosessen, som både Lai (2021) og (Mintzberg, 1987) fremhever.

I vår overordnede problemstilling stiller vi følgende spørsmål; på hvilken måte kan St. Olavs Hospitals valg av strategi knyttet til kompetanse bidra til å ivareta/beholde erfarne sykepleiere? Ut fra dokumentanalysen og intervjuene med lederne ser vi at St. Olavs Hospital har utformet strategier knyttet til kompetanse hos de ansatte, men det vi også finner, er at disse strategiene virker ukjent for seksjonslederne. Lederne har dermed ingen forhold til de overordnede strategier som foretaket har utarbeidet tilknyttet kompetanse. Konsekvensen av at strategiene er ukjent for lederne vil være at de ikke har tilstrekkelig verktøy til å lede ansatte dit organisasjonen ønsker for å oppnå organisasjonens mål. Ansatte vil derfor ikke bli fulgt opp slik intensjonen er (Lai, 2021). Her kan også lederne utsettes for kompetanseinkongruens der de ikke får utnyttet sitt potensiale som ledere fordi de ikke har blitt gjort kjent med de strategiene som foretaket har (Lai, 2021). Vi har nå sett på hvilke strategier som finnes knyttet til kompetanse, samt ledernes kjennskap til disse. Vi vil videre se på i hvor stor grad lederne er opptatt av ansattes kompetanse, og om de har en kompetanseplan eller en kompetanseoversikt over sine ansatte.

### 6.3.0 I hvilken grad er ledere opptatt av ansattes kompetanse, og har lederne en kompetanseplan eller kompetanseoversikt over sine ansatte?

Våre overordnede funn fra intervjuene med lederne var at alle lederne, fra begge avdelingene var svært opptatt av de ansattes kompetanse, betydningen av kompetanseheving samt avdelingens samlede kompetanse. De visste at ansatte ønsket seg mye mer tid til kompetanseheving, og var samstemte i at den tøffe driftssituasjonen med fullt sykehus, innføring av Helseplattformen, høyt sykefravær, pandemien gikk på bekostning av arbeid med kompetanse. Avdeling Generalist hadde i tillegg et stort problem med høy turnover. Lederne hadde for liten tid til kompetanseledelse, og hadde et sterkt ønske om å få endret på det. Vi vil nå gå nærmere inn på ledernes perspektiver og erfaringer med strategisk kompetanseledelse og kompetansomobilisering, samt betydningen av det er å lede egen profesjon.

### 6.3.1 Lederes perspektiver på, og erfaringer med, strategisk kompetanseledelse og kompetansemobilisering

St. Olavs Hospital har et verktøy som skal bistå lederne med å holde oversikt over ansattes kompetanse, dette kalles Kompetanseportalen. I denne webbaserte portalen finner de ansatte de kurs som de er pålagt å ta. Lederne kan til enhver tid gå inn på sine ansatte for å se hvilke kurs de har fullført, og hvilke som eventuelt mangler. Ansatte skal også bruke portalen aktivt, men kan selvsagt bare se sin egen oversikt, ikke kollegaers. Sårbarheten med Kompetanseportalen er at ansatte må kjenne systemet godt, slik at de forstår at de selv må oppdatere sin CV om de har tatt ekstern utdanning, kurs og lignende. I våre intervjuer med lederne fant vi at de alle var svært opptatt av kompetanse blant de ansatte. Lederne hadde høy grad av vilje til at ansatte skulle få gjennomført kompetanseheving i form av interne kurs, fagdager og praktiske øvelser, men driftssituasjonen gjorde gjennomføringen vanskelig. Alle lederne forklarte at pandemien, høyt sykefravær, fullt sykehus samt innføringen av Helseplattformen hadde *forverret deres handlingsrom* som ledere til å kunne prioritere kompetanseutvikling blant de ansatte. Den ene avdelingen hadde også høy turnover av ansatte, som også utfordret driftssituasjonen, og kompetanseheving ble vanskelig å gjennomføre. Når driften ikke tillater fordypning i fag, blir ikke verktøyene tilgjengelig heller optimale. Skal Kompetanseportalen fungere slik intensjonen er, fordrer det at lederne har en god plan på kontinuerlig opplæring og bevisstgjøring av portalen.

Ved avdeling Generalist ga lederne et samlet uttrykk for at de hadde en god oversikt over ansattes kompetanse. Alle sykepleierne var satt inn i en grundig og gjennomtenkt kompetanseplan hvor ansatte var fordelt på tre trinn i en stige etter hvor de befant seg med utgangspunkt i kompetanse og erfaring. Denne fagstigen innad i avdelingen skulle sikre at sykepleierne kunne stå faglig støtt i de pasientsituasjonene som de ble tildelt. Lederne ga uttrykk for at den tøffe arbeidshverdagen for de som ledere, og tidspresset gjorde at tiden de gjerne skulle brukt til å jobbe med kompetanseledelse gikk bort til drift. Helseforetaket har strategi på kompetanseplanlegging, men våre informanter ga uttrykk for at driften tok all tid. Lederne burde ha fått frigitt tid til å utøve ledelse, noe alle våre informanter sa de savnet. Dette betyr at lederne vi snakket med ikke får tilstrekkelig med tid til å sette sammen en så grundig og god kompetanseplan, samt kompetansesammensetting som ønsket. I avdeling Spesialist, hvor sykepleierne er spesialutdannet, ga lederne også uttrykk for at det ble svært

liten tid til å jobbe strategisk med kompetanse. Både større fokus og tydeligere strategi på kompetanseheving i organisasjonen ble etterspurt av informantene (lederne). Den ene lederen ga tydelig uttrykk for at de erfarne sykepleierne fikk for lite faglig påfyll, at de skulle hatt rom for å tilby de betydelig mer tid til faglig fordypning.

Som nevnt i drøftingen av første forskningsspørsmål, er gjennomføring andre del av strategisk kompetanseledelse (Lai, 2021). I denne delen av strategien skal den strategiske planen iverksettes; her ligger de tiltak som organisasjonen utfører for å anskaffe, utvikle, mobilisere og eventuelt avvikle kompetanse. Kompetanseutvikling sett i sammenheng med strategisk kompetanseledelse har målrettede tiltak for å oppnå læring og skape gode læringsarenaer i fokus (Lai, 2021, s. 17). Læringsarenaer har stor betydning for å kunne gi godt nok faglig utbytte for de ansatte, og bidra til måloppnåelse for organisasjonen (Lai, 2021). Dette blir vanskelig å gjennomføre slik som lederne beskriver den daglige driften ved St. Olavs Hospital. Hvis dette blir en situasjon som står seg over lengre tid, kan man risikere at det blir lav kompetansemobilisering blant de ansatte, fordi ansatte føler avstand mellom den kompetansen de har, eventuelt kunne fått utviklet, og de arbeidsoppgaver de har. På avdelingen med innarbeidet kompetansestige, avdeling Generalist kan en travel driftssituasjon da føre til at sykepleiere blir stående for lenge på for lavt trinn i stigen, at de savner større faglige utfordringer. Tanken var jo blant annet som en av lederne beskrev det, at sykepleierne skulle ha noe å strekke seg etter. Man kan også risikere at ansatte for raskt blir satt til å utføre arbeidsoppgaver, eller får ansvar for pasienter som de ikke har faglig tilstrekkelig kompetanse til. Dette grunnet en travel driftssituasjon eller mangel på kompetent personell. Våre funn fra avdeling Generalist viser at driften tar for mye fokus fra lederne, og de savner tid til å utøve ledelse, herunder kompetansekartlegging og nærledelse. Ved avdeling Spesialist så vi en gryende frustrasjon på samme utfordring knyttet til drift. Lederne anerkjente at ansatte hadde for få møtepunkt i arbeidshverdagen. Dette samsvarer godt med vår valgte teori som omhandler motivasjon og mestring. (Lai, 2021), samt de funn som Arntsen i sin forskning setter søkelyset på; det har stor betydning for erfarne sykepleiere, men også lederne at de får gitt tid til å lede (Arntsen, 2021). Lai (2021) beskriver dette som *kompetanseinkongruens*; det blir liten, eller ingen samsvar mellom den kompetansen sykepleieren har, og arbeidsoppgavene. Lav kompetansemobilisering innebærer at ansatte ikke får tilstrekkelig mulighet til å utføre arbeidsoppgaver som er tilpasset sin egen kompetanse. Kompetanseinkongruens betyr kort fortalt betyr lite samsvar mellom potensiale en medarbeider har i en organisasjon og de arbeidsoppgaver som skal utføres. Konsekvenser

av lav kompetansemobilisering og kompetanseinkongruens vil begge gi utslag på motivasjon og mestring, og sykepleierne kan kjenne på dårlig mestringsfølelse knyttet til arbeidsoppgaver. Videre kan dette gi utslag som nedsatt motivasjon for arbeid og arbeidsplass, og derfor kan lav kompetansemobilisering og kompetanseinkongruens bidra til verdilekasje for organisasjonen ved at sykepleiere slutter ved St. Olavs Hospital. Eksempler på dette så vi ved avdeling Generalist. De erfarne sykepleierne var bekymret for nyansatte fordi de ble satt til arbeidsoppgaver de ikke hadde forutsetning til å mestre, noe førte til kompetanseinkongruens blant nyansatte. Noen av informantene fortalte at de slet med å få gjennomført sine primæroppgaver grunnet hektisk drift. Deres beskrivelse av sin arbeidshverdag mener vi er et eksempel på lav kompetansemobilisering. Det er derfor svært viktig at denne problematikken løftes, og gis tid og rom å arbeide med.

En viktig del av kompetansemobilisering er vaksammensetning, da erfarne sykepleiere i et praksisfelleskap kan overføre mye kunnskap, teoretisk og praktisk til mer uerfarne sykepleiere. Når det gjelder vaksammensetning var lederne i de to avdelingene litt ulike i tilbakemeldingen, og det skyldtes nok at den ene avdelingen, Generalist hadde høy turnover. Mangelen på erfaring kunne utgjøre en reell trussel for drift og pasientsikkerhet uttrykte informantene, og dette krevde mye arbeid av seksjonslederne. For den andre avdelingen ligger spesialistutdanningen som krav til ansettelse, sykepleierne ble i mye større grad værende i avdelingen og den hadde derfor ikke samme utfordring med høy turnover. Likevel hadde de plan for vaksammensetning, for å sikre god kompetanse i alle ledd. Lederne jobbet kontinuerlig med å få satt sammen gode arbeidsteam ved alle vakter. I den daglige driften, ute i begge avdelingene ble det arbeidet grundig med vaksammensetning blant lederne. Lederne var tydelig på at arbeidsteamene ikke var tilfeldig satt sammen, men lagt på bakgrunn av hver enkelt ansatt sin kompetanse. Dette kan bidra til trygghet for den enkelte, og slik kan man oppnå at sykepleierne deler sin kompetanse med hverandre, og det kan skapes et mestringsklima (Lai, 2021). I et godt mestringsklima kan man tenke seg at man kan oppnå høy grad av kompetansemobilisering fordi de erfarne sykepleierne deler erfaring og kompetanse med de mer uerfarne, og det oppstår en erfaringsutveksling. Dette snakket lederne ved avdeling Spesialist mye om da de var opptatt av at ansatte lærte opp sine egne kollegaer. Med dette mente de at nyansatte som kom til avdelingen fortsatt hadde behov for lang opplæring i avdelingen før de var ansett å være selvstendige. Ved denne avdelingen hadde nyansatte mye bedre forutsetninger for å være «ny» lengre enn det ansatte hadde ved avdeling Generalist.



Analysen viste også at de ulike avdelingene har erfart ulik grad av utfordringer med kartlegging av fremtidig kompetansebehov og rekruttering. Avdeling Spesialist hadde som tidligere nevnt ingen rekrutteringsproblemer, da spesialiteten er ettertraktet. Per i dag har de en drift med for mange ansatte i forhold til antall stillingshjemler. Ledergruppen var derfor samlet i sin tilbakemelding på at de ikke var bekymret for fremtidig kompetansebehov. Avdeling Generalist som slet med høy turnover og mange nyutdannede sykepleiere hadde en annen bekymring. Lederne var tydelig på at de hadde en god søkermasse, men alt for få hadde relevant kompetanse og erfaring. En samlet ledergruppe opplevde at avdelingen var et stort springbrett for sykepleiere over i videreutdanning. Informantene (lederne) ønsket derfor at det i større grad skulle legges til rette for, og oppmuntre sykepleierne til å ta videreutdanning som ville være relevant for avdelingen. I forhold til rekruttering, fortalte lederne ved avdeling Generalist at det i utlysningstekster for ledige stillinger ble etterspurt både kompetanse og erfaring, men det lyktes ikke avdelingen å få de søkerne de ønsket. Høye turnover ved avdeling Generalist tvinger lederne til å være mer proaktiv i forhold til kompetansekartlegging og rekruttering enn avdeling Spesialist. Avdelingens samlede kompetanse er ikke stabil, noe som kan utfordre pasientbehandlingen- og sikkerheten i ytterste konsekvens. Situasjonen påvirker ledernes handlingsrom i stor grad. Ved avdeling Spesialist var lederne i veldig liten grad bekymret for rekrutteringen, i tillegg hadde alle ansatte samme videreutdanning så kompetansekartleggingen gikk mer på hvor lang erfaring de enkelte sykepleierne hadde, og om de var vaktkompetent. Men selv om avdelingen ikke per i dag opplever rekrutteringsproblemer, kan situasjonen snu. Vi fant i intervjuene blant sykepleierne ved avdeling Spesialist en økende frustrasjon knyttet til manglende kompetanseheving samt mangel på møtepunkter med kollegaer i løpet av dagen. I tillegg savnet de tilstedeværelse fra nærmeste leder. Så selv om avdelingen i dag opplever en stabil tilgang til kompetanse, bør man prioritere kompetanseheving hvis ansatte etterspør det for å unngå verdilekasje, at ansatte slutter.

Mintzberg (1987) beskriver strategi også som ploy, eller manøver; hvilke strategier kan en organisasjon benytte seg av for å få et fortrinn i forhold til andre. Man skiller her mellom tre ulike omgivelser som er generelle, tekniske og institusjonelle. De tekniske omgivelsene beskriver blant annet tilgang på den arbeidskraft en organisasjon trenger, og det er relevant i ledernes beskrivelse av mangelen på kompetent søkere og ansatte ved avdeling Generalist. Bør man i det strategiske arbeidet til avdelingen benytte seg av incentiver for å tiltrekke seg

riktig søkermasse i form av erfarne sykepleiere? Turnus er viktig for sykepleiere, og kan man tilby en turnus som er mer familievennlig, med mindre vaktbelastning på ubekvem tid for å tiltrekke seg erfarne sykepleiere? I hvor stor grad har man sett på dette? Sykepleiere deler et stort felleskap, de er mange og kjenner hverandre på tvers av avdelinger gjennom egen, og kollegaers arbeidserfaring. Dette felleskapet er verdifullt, og kan ha stor betydning for om en avdeling er attraktiv eller ikke. En leder sa under intervjuene, at de prøvde å få de ansatte til å oppmuntre noen de kjenner til å søke. Og intensjonen er god, det er jo den beste reklame, men da må kanskje avdelingen ha noe å kunne tilby, noe ekstra som gjør den attraktiv i en tid hvor det er lett å få jobb som erfaren sykepleier. Det virket gjennom våre intervjuer at avdeling Generalist sitt omdømme var noe svekket grunnet travel drift samt en tøff turnus. Vi mener at dette ser ut til å være et undervurdert punkt. Vi vil videre knytte dette opp mot sykepleiernes sterke profesjonsidentitet, noe vi kommer tilbake til senere i kapittelet.

Våre funn viste at lederne og de ansatte hadde litt ulik holdning, eller tilnærming til kompetansemobilisering. For lederne, spesielt ved avdeling Generalist var mobiliseringen av kompetanse knyttet til den samlede kompetansen avdelingen representerte for å sikre kvalitet på pasientbehandlingen. Flest mulig skulle være høyt oppe på avdelingens kompetansesstige, de skulle ha noe å strekke seg etter som en av lederne uttrykte. Sykepleierne var også opptatt av egen, og avdelingens samlede kompetanse, men fremhevet også at økt kompetansemobilisering kunne ha bidratt til økt trygghet for den enkelte, spesielt på vakttid. Noen sykepleiere ga uttrykk for at de kunne føle seg utrygge enkelte vakter på grunn av ujevn kompetanse på jobb. Dette aspektet virker det ikke til at lederne så i samme grad. I tillegg fortalte sykepleierne at den stadige opplæringen av nyansatte var slitsomt, det påvirket motivasjonen. Så hvordan kompetansemobiliseringen ble gjennomført var viktig for å begrense belastningen på kollegaer, kunne fagutviklingssykepleierne hatt større rolle her?

### 6.3.2 Å lede egen profesjon

Lederne var tydelige på at for å kunne være sykepleierleder, burde du selv være utdannet sykepleier i bunn, dette så de på som en stor fordel og forutsetning for å kunne lede sykepleierne. Det var svært viktig å lede eget fag, som de uttrykte det, da oppnådde man større aspekt, og hadde samme verdigrunnlag i utøvelse av sykepleiergjerningen, nemlig pasientens beste. I intervjuene med ansatte, påpekte de at det var viktig at nærmeste leder

hadde samme profesjon. Ved begge avdelingene var alle de lederne vi intervjuet sykepleiere i bunn. Informantene syntes det ble for lite tid til å arbeide strategisk og proaktivt. Ledelse må i større grad anerkjennes som eget fag, noe en av informantene savnet. Betydningen av erfaringskompetanse ble fremhevet av flere ledere. Nye og uerfarne sykepleiere lærer mye av erfarne kollegaer som på mange måter blir uformelle ledere. For sykepleiere står profesjonsidentiteten sterkt, noe vi fikk bekreftet under våre intervjuer. De etiske kodene og verdiene som ligger i bunn av utøvelsen av yrket er viktig å være klar over, og ikke minst respektere når man skal lede sykepleiere. (Busch, 2012, ss. 29,31). Ledere som selv er sykepleiere vil med stor sannsynlighet kjenne betydningen av læringsarenaene, praksisfellesskapet og ikke minst fagkompetansen fordi de har samme verdigrunnlag og profesjonsidentitet som sine ansatte. De ansatte (sykepleierne) hadde samme syn på hvem som skulle lede dem, som lederne. Sykepleielederne skulle utvilsomt være sykepleiere i bunn. Men dette kan bli et tveegget sverd. Sykepleiere kan forvente mer av ledere som har deres egen fagkompetanse, og med rette kanskje. Det er ikke rart at det kan utløse frustrasjon om ledere som selv er sykepleiere, ikke greier å sikre nok ansatte på vakt eller tid til fagutvikling. Spesielt vanskelig blir dette for de som blir ledere på egen arbeidsplass.

Organisasjoner kan ha strategier som er nedskrevet, men som ikke blir tatt i bruk, eller strategier som lever i beste velgående, men som aldri er blitt nedskrevet noe Mintzberg (1987) betegner som strategi som mønster. Det er kanskje begge deler vi ser av våre funn ved St. Olavs Hospital. Dokumentanalysen vår identifiserte nedfelte strategier, St. Olavs Hospital har formulert strategier i overordnede dokumenter som er målrettede, forutsigbare og bærekraftige på områdene rekruttering, utvikling og beholde ansattes kompetanse. Som vi var inne på tidligere i drøftingskapitlet skal St. Olavs Hospital blant annet være en attraktiv arbeidsplass, sikre ansatte kompetanseheving, bygge fellesskapskultur og gjøre lederne mer synlige i organisasjonen. Likevel fremstår de nedskrevne strategiene stort sett som ukjent for de lederne ved helseforetaket vi snakket med. Strategien finnes, men tas ikke i bruk av lederne. Men det finnes også strategier som ikke er skrevet ned, den planlagte opplæringen av nyansatte, og kollegaer som rullerer på avdeling Spesialist er et eksempel på det. Det bekreftet også en av lederne ved avdelingen, da hen fortalte at «vi har nok mye opplæring som ikke vises, for det ligger ikke inn i en strategi». Kompetansehevingen kan bli til etter hva de enkelte avdelinger ser at de trenger og hva som fungerer, det som Mintzberg beskriver som en fremvoksende strategi. Ikke all strategi er bevisst valgt som en retning innad i organisasjonen og skrevet ned, strategien kan utvikle seg underveis. Den fremvoksende, ubevisste strategien

kan likevel bli den som adapteres og realiseres i organisasjonen. Sammensetningen av kompetente vaktteam er også eksempel på fremvoksende strategi i avdelingene, kanskje spesielt på avdeling Generalist hvor mange ansatte er nyutdannet med kortere erfaringskompetanse. De uerfarne sykepleierne har god nytte av å ha mer erfarne sykepleiere i ryggen for å søke råd hos, det gir trygghet i arbeidshverdagen. De erfarne sykepleierne kan oppleve mestring ved å være faglig stødige kollegaer, og sammen er dette en strategi som fungerer i en travel avdeling.

Tredje og siste del av strategisk kompetanseledelse, er evaluering (Lai, 2021). Dette finner vi ikke at seksjonslederne har et bevisst forhold til. På hjemmesiden til St. Olavs Hospital står det konkret at «kompetanseplanen følges opp og evalueres i forhold til mål», og dette skal skje «i tråd med hver enkelt klinikk/seksjons årsplan/-aktivitet». (St Olavs Hospital , 2021). Vi finner ingen holdepunkt for at helseforetaket iverksetter bevisst evaluering, bortsett fra at lederne skal gjennomføre medarbeidersamtaler, samt at foretaket årlig gjennomfører den nasjonale medarbeiderundersøkelsen ForBedring. Undersøkelsen beskriver ansattes opplevelse av helse, miljø- og sikkerhet, pasientsikkerhetskultur samt det fysiske og psykisk arbeidsmiljøet. Selv om Forbedringsundersøkelsen er en del av en strategi ved foretaket, har vi likevel valgt å ikke se nærmere på den fordi vi ikke ser at det vil være relevant i forhold til vår problemstilling som omhandler kompetanse som strategi. I vår studie har vi valgt å fokusere på nivå 4 ledelse, seksjonslederne, og har derfor ikke snakket med noen fra hovedledelsen ved St. Olavs Hospital.

Evalueringen skal avdekke om strategiplanen har virket etter hensikt, og er derfor svært viktig (Lai, 2021). Evalueringen legger grunnlaget for revidering og endring av den opprinnelige strategiplanen, og sikrer slik at strategien blir en evigvarende prosess, som både Mintzberg (1987) og Lai (2021) vektlegger for at strategien skal lykkes. St. Olavs Hospital jobber til dels strategisk ved Kompetanseportalen, og her har helseforetaket klart å implementere noen av strategien mot seksjonslederne og de ansatte. Ut fra våre funn ser det likevel ikke ut som seksjonslederne er klar over at det en del av en større strategi. På samme måte kan medarbeidersamtalen være en del av evalueringen av strategisk kompetanseplan, men våre funn tilsier ikke det. Med all tydelighet virker seksjonslederne i nivå 4 som vi har intervjuet i vår studie til å være i svært opptatt av ansattes kompetanse, og dens betydning for pasientsikkerheten. Lederne ga klart uttrykk for at de var bekymret for at de hadde for lite tid

og rom til å fylle lederrollen. Informantene beskrev arbeidshverdagen som svært tøff, og driftssituasjonen gikk på bekostning av kompetanseutvikling.

#### 6.4.0 På hvilken måte er ansatte opptatt av egen kompetanse?

Vi vil nå gå nærmere inn på om ansatte er opptatt av egen kompetanse. De ulike temaene vi skal drøfte er kompetansemobilisering og betydningen av arbeidsmiljø, profesjonsidentitet og viktigheten av å lede egen profesjon, samt fra novise til ekspert- betydningen av erfaringskompetanse.

I intervjuene med sykepleierne fant vi at de var alle veldig opptatt av både sin egen, og avdelingens samlede kompetanse. De ønsket seg betydelig mer tid til kompetanseheving enn hva de fikk i dag, og dette mente de skyldtes den svært travle driftssituasjonen ved St. Olavs Hospital. Fullt sykehus, ettervirkninger av pandemien, høyt sykefravær og innføringen av Helseplattformen, samt høy turnover ved avdeling Generalist gjorde arbeidshverdagen krevende, og kompetanseheving ble satt til side. Sykepleierne savnet også tydelig, og større nærvær av lederne. Lederne «forsvant» i den daglige driften. Ansatte ved avdeling Generalist savnet større grad av erfaringskompetanse ut i avdelingen, og mente dette kunne være en mulig trussel mot drift av avdelingen, og pasientsikkerheten.

Vi har tidligere i vår oppgave beskrevet kompetanse i fire komponenter bestående av kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å gjennomføre oppgaver i tråd med krav og mål (Lai, 2021, s. 44). Videre har vi sagt at i vår studie vil kompetanse bety videreutvikling av sykepleiefaget, enten ved teoretisk eller praktisk tilnærming.

Da vi gjennomførte intervjuene med våre informanter, svarte sykepleierne ulikt på om de var interessert i praktisk eller teoretisk kompetanseheving. Enkelte hadde et akademisk perspektiv og forventning samt ønske om videre kompetanseløft, mens andre anså kompetanse som kurs man fant i Kompetanseportalen, og eventuelt det som ble gjort i en utsjekk. Felles for alle våre 10 informanter var at de var opptatt av kompetanse uavhengig av hvordan man definerte begrepet kompetanse. Informantene var opptatt av både sin egen, samt sine kollegaers kompetanse. Våre informanter var erfarne sykepleiere, som i utstrakt grad uavhengig av avdeling brukte stor del av sin arbeidshverdag til opplæring av nye. Dette vil si at selv om de hadde noe ulik betraktning på begrepet kompetanse, *ble de alle sammen motivert av både sin egen, og andres kompetanse*. Sykepleierne arbeider her strategisk med kompetansemobilisering, selv om det også kan være ubevisst fordi de ønsker at deres egen og

kollegaers kompetanse skal bidra til å øke kvaliteten på behandlingen av pasienter innlagt ved St. Olavs Hospital. De sykepleierfaglige verdiene, samt organisasjonens visjon om fremragende pasientbehandling former deres adferd og Mintzberg (Mintzberg, 1987) omtaler dette som strategi som kultur

Tidligere har vi beskrevet sykepleiere som kunnskapsarbeidere, og denne gruppen motiveres av personlig vekst, autonomi, måloppnåelse og rettferdig belønning. (Busch, 2012, s. 27) Disse punktene er gjenkjennbar fra våre intervjuer med informantene. Kompetanse gjennom personlig vekst var noe de fleste var innom i våre samtaler, og noe de beskrev som viktig for hver enkelt. Flere var også skuffet over at det hadde blitt lite personlig vekst gjennom kompetanse de siste årene. Dette kan forklares med en lang periode med pandemi, fullt sykehus samt innføring av Helseplattformen. Slik vi ser denne situasjonen så har foretaket en god strategi på kompetanse, og ansatte som i utgangspunktet ønsker mer kompetanseheving. Det vi imidlertid oppdaget i intervjuene med ansatte fra avdeling Generalist, var at driftssituasjonen var så krevende, at kursing og lignende ble oppfattet som et stressmoment. Det ble nok en oppgave de måtte innfri. Seksjonslederne så ikke ut til å ha mulighet for å legge til rette for gode læringsarenaer. Dette bør foretaket prioritere å hjelpe lederne med. Det er viktig å presisere at dette var noe seksjonslederne ønsket å få til for sine ansatte. Videre så vi at ansatte og ledere var samstemte om mangelen på tid til kompetanseheving og gode læringsarenaer, og at lederne virket noe fortvilet over situasjonen. Det er viktig at ledere gis de riktige rammebetingelser og tid for å ivareta sine ansatte (Arntsen, 2021). Mangelen på tid til å jobbe med kompetanse er sterkt knyttet til motivasjon, noe vi kommer tilbake til senere i kapitlet.

Flere informanter fortalte at de opplevde at deres nærmeste leder hadde blitt mer distansert de siste årene. De opplevde ikke samme nærhet til leder som tidligere, eller som forventet. Informantene fortalte at de forsto at det hadde vært en travel periode for lederne også, men flere savnet å bli sett av sine ledere i hverdagen. Arntsen bekrefter viktigheten av tilstedeværelse av ledere, da dette gir ansatte en psykologisk trygghet (Arntsen, 2021). Selv om Arntsen intervjuet erfarne intensivsykepleiere, mener vi likevel at dette er direkte overførbart til vår studie. Flere ga uttrykk for at *mangelen på nærledelse* gjorde noe med deres motivasjon i arbeidshverdagen, noe som bekrefter Busch sin teori om at personlig vekst er viktig for kunnskapsarbeidere (Busch, 2012, s. 27). Flere av informantene bar preg av å være slitne og lei da vi gjennomførte intervjuene. Dette må ses i sammenheng med foretakets driftssituasjon. Det virker for oss å være et faresignal når fagsterke og kompetente erfarne

sykepleiere nærmest resignerer grunnet utfordrende drift. Like urovekkende er det at lederne ikke har mandat eller verktøy til å forbedre situasjonen slik de tydelig ønsker. Det er ikke slik at all kompetanseutvikling er positiv, og at kompetanseutvikling og kompetanseheving ikke er det samme (Lai, 2021). Strategi som perspektiv, også kalt kultur beskriver en organisasjons indre liv, på hvilken måte blir ansatte ivaretatt, spesielt av lederne? (Mintzberg, 1987, s. 16). Lytter lederne til sykepleierne? Blir det sykepleierne vektlagt, og lagt til grunn for endring? I våre intervju med sykepleierne var de tydelig på at de savnet å bli sett, og en sykepleier følte seg som «kun et navn på arbeidslisten». Skal St. Olavs Hospital som organisasjon forhindre at sykepleiere slutter, slik som ved avdeling Generalist må hovedledelsen ta på alvor det sykepleierne opplever. Lederne må få tid til å lede, og slik skape rom for blant annet gode læringsarenaer.

Lederne vi snakket med hadde høyt fokus på sikre tilstrekkelig kompetanse inn i avdelingen, men de hadde ingen klar strategi på hvordan de skulle sørge for å ha kompetanse som virkemiddel for denne gruppen erfarne sykepleiere, og her burde de kanskje ha en bedre dialog med ansatte? Her ville nok et godt partsamarbeid med verneombud og tillitsvalgte være en god ide. Hva ønsker ansatte av kompetanseløft? Er lederne gode på å ta tilbakemelding om det er noen interne kurs ansatte ikke er fornøyd med? Og hvordan skal de klare å snu trenden med at kursene bare er noe de må gjennom? Klarer man å snu fokuset slik at ansatte er fornøyd med kompetansehevingen vil gevinster som mestring, høy indre motivasjon, lojalitet og fleksibilitet bli enda synligere i avdelingen (Lai, 2021, s. 19). Når det er sagt, må det nok gjøres noe med driftssituasjonen for at man skal lykkes med dette. Slik som vi opplevde driftssituasjonen da vi snakket med våre informanter var det såpass heftig, at man kanskje skulle ta bort alt som de ikke trenger å gjøre? Med dette mener vi at hvis driften er så tøff, burde kompetanseutvikling settes på vent til man har en mer oversiktlig driftssituasjon. Ulempen er hvis mange ansatte synes kompetansehevingen er «gulroten», og det ville da være uheldig å ta dette bort fra dem. En mulighet er om dette kunne være frivillig i en kort periode? Her kunne lederne tatt en runde med sine ansatte og høre om kompetanseutviklingen er noe som motiverer, eller stresser dem i den travle driftssituasjonen. For ansatte som opplever det stressende, bør det gjøres tiltak. Enten at man får en periode fri for krav til kompetanseheving, eller så må lederne i samråd med hovedledelsen sette inn flere ressurser slik at sykepleierne greier å få tilstrekkelig tid til kompetanseheving i arbeidshverdagen. Det er svært viktig med kompetanseheving for å kunne tilby faglig kompetente tjenester, men det gir ingen mestring om sykepleierne opplever dette som nok et krav, da gir det ingen motivasjon.

#### 6.4.1 Kompetansemobilisering og betydningen av arbeidsmiljø

Noen av informantene fortalte at de merket at trivselen på jobb ikke var som før, fordi de ikke rakk å møte hverandre like mye som tidligere. Herzberg og Mauser (1993) beskriver at ansattes tilfredshet handler om hvilke arbeidsoppgaver de har og hvordan disse skal utføres, mens motivasjon kunne knyttes til arbeidsmiljøet og hvilken behandling de får (Herzberg & Mauser, 1993). I dette tilfellet virker informantene tilfredse med arbeidsoppgavene og hvordan disse skal utføres, men vi så at deres fallende motivasjon kunne knyttes til at det var lite rom for å være med kollegaer, samt at de opplevde å bli mindre sett av leder enn tidligere.

Motivasjonsfaktorer som kan snu denne trenden kan være annerkjennelse, ansvar og kontroll, arbeidet i seg selv, forfremmelse, prestasjon og lønn (Herzberg & Mauser, 1993). Dette er noe av de samme punktene fra Busch (2012), s. 27) som vi tidligere har skrevet om, spesielt ansvar og kontroll mot Busch sin teori om at autonomi er en faktor som sykepleiere motiveres av (Busch, 2012, s. 27). Det første punktet som omhandler annerkjennelse, er jo et av punktene som informantene fortalte at de manglet i sin arbeidshverdag. Informantene følte seg ikke sett, og da er det vanskelig å oppleve annerkjennelse, hvert fall fra sine ledere. De fleste syntes de hadde tilstrekkelig, om ikke for mye meransvar, og flere var bekymret fordi de var redde for å miste kontroll. Dette gjelder spesielt ansatte ved Avdeling Generalist. Ved Avdeling Specialist snakket informantene mer om sin autonomi, altså mulighet til å styre deler av arbeidshverdagen selv, og dette var noe de virket tilfreds med. Det er en motivasjonsfaktor i seg selv å bli tildelt ansvar, men blir det for mye, eller man ikke har riktige forutsetninger for å gjennomføre oppgavene man blir tildelt, vil dette gå ut over mestringsfølelsen til de ansatte. Det er også stor forskjell på hvilken type ansvar man bør tildeles ut fra kompetanse og erfaring man innehar. Flere av informantene fra avdeling Generalist snakket om at de opplevde det som demotiverende å gjøre oppgaver andre kunne ha gjort, og at det hadde vært hensiktsmessig om de som sykepleiere kunne fått spisset sine oppgaver. Vi ser dermed at ansatte i denne avdelingen beskriver *kompetanseinkongruens*, hvor ansattes arbeidsoppgaver ikke samsvarer med deres potensiale (Lai, 2021)

Ved avdeling Generalist var det flere som snakket om at de erfarne sykepleierne kunne få tildelt ekstra ansvar i form av ulike roller. Dette kunne gi belønning i form av en lønnskompensasjon/funksjonstillegg, noe som samsvarer med et av punktene til Busch som omhandlet rettferdig belønning (Busch, 2012, s. 27). Flere av informantene ved avdeling



Generalist så på dette som en slags forfremmelse, og en av informantene var tydelig på slike muligheter for ulike roller gjorde at man klarte å stå i jobben. Flere påpekte at disse rollene ga en slags status, fordi det indikerte at du var en erfaren sykepleier som ledelsen stolte på. De ulike rollene er arbeidsoppgaver som ikke er direkte driftsoppgaver, og man kan derfor trekkes noe bort fra driften som kan være fysisk krevende. I tillegg vil ansatte da oppleve en annen type variasjon i arbeidshverdagen. Et eksempel på en slik rolle kan være driftsansvarlig. Dette er klare tiltak som kan motvirke kompetaneinkongruens da ansattes kompetanse og potensiale utnyttes på en positiv måte for både ansatte og organisasjonen (ibid).

Avdeling Spesialist har også ulike roller, f.eks. som teamleder. Det betyr at de har mer ansvar ved ubekvem tid. Felles for begge avdelingene, er at for å inneha disse rollene må aktuelle kandidater ha en viss type erfaringskompetanse. Disse rollene fremsto ikke like attraktive for ansatte ved Avdeling Spesialist som ved avdeling Generalist. Ved avdeling Spesialist ga det mer status å bygge på sin egen fagkompetanse ytterligere. Alle ansatte og ledere ved avdeling Spesialist innehar samme spesialistkompetanse. Det kan se ut som om profesjonsidentiteten hos avdeling Spesialist er så sterkt knyttet til fag, at jo sterkere faglig, jo mer status får man i gruppen. Derfor vil ikke driftsoppgaver gi samme status for sykepleierne ved avdeling Spesialist.

I to-faktorteorien hos Herzberg beskriver han at ansatte ikke blir tilfredse og motiverte dersom organisasjonen endrer forhold som skaper mistrivsel (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 261). Problematikk rundt fullt sykehus samt implementering av Helseplattformen er endrede forhold som ikke helseforetaket rår fullt over, men den krevende situasjonen gjør likevel noe med trivselen til ansatte ved avdelingen. For ansatte er det nok ikke vesentlig hvem som er «ansvarlig» for støyen i deres arbeidshverdag. Hygienefaktorer kan forklares som personalpolitikk, administrative systemer på arbeid, utøvelse av type ledelse, lønn, status, sikkerhet i jobben, mellommenneskelige relasjoner, arbeidsforhold, forhold som påvirker fritid og privatliv (Herzberg & Mauser, 1993). Det er flere av punktene her som utfordres med tanke på ansattes sin trivsel og trygghet i arbeidshverdagen. Vårt forskningsspørsmål knytter seg først og fremst mot om ansatte er opptatt av egen kompetanse. For å se helhetsbilde er det viktig at vi også ser på hvordan ansatte har det på jobb, og hvordan de påvirkes i hverdagen. Utfordringen med fullt sykehus samt implementering av Helseplattformen vil vi ikke drøfte videre i oppgaven, men det er likevel viktig å vektlegge som en del av helhetsbilde for å belyse vår problemstilling.

Flere av lederne ved avdeling Generalist fortalte at de kunne ha så mange som 15 ansatte som årlig søkte seg til videreutdanning, og dermed forsvant fra avdelingen på relativt kort tid. Lav kompetansemobilisering kan føre til dårlig mestringsfølelse som igjen kan gi utslag i nedsatt motivasjon. Er det slik at ansatte ved avdeling Generalist opplever det slik, kan dette være en viktig årsak til at man ser en relativ stor verdilekkasje i avdelingen (Lai, 2021). Det sier seg selv at det er krevende for lederne å ansette så mange nye, samt å gjennomføre en god opplæring på disse. Den største risikoen for denne avdelingen mener vi er den høye turnoveren samt den uforutsigbare driftsituasjonen som de ikke rår over selv. Ansatte som opplever lav jobbtilfredshet i tillegg til å være unge ansatte og ha krevende kollegaer rundt seg, står i fare for å skifte jobb har Andresen et al. funnet i sin forskning (Andresen & Hansen, 2017). De har også funnet at en mindre stressende arbeidshverdag og en opplevelse av å bli sett av sine egne leder kunne bidra til det motsatte, at de ønsket å bli i sitt arbeid. For å kunne motvirke verdilekkasje i organisasjonen, er dette faktorer som må vektlegges i strategien for å beholde ansatte på St. Olavs Hospital.

#### 6.4.2 Profesjonsidentitet og viktigheten av å lede ens egen profesjon

Profesjoner er bygd på ideologi og verdier, og de ansatte er opptatt av å gjøre en god jobb (Busch, 2012). Det som kjennetegner profesjonsidentitet er at det er en spesialisert kompetanse i et avgrenset fagfelt, den står i en beskyttet situasjon på arbeidsmarkedet, er av høyere utdanning, og bygger på en ideologi om fokus på kvalitet (ibid). Kunnskapsmedarbeidere som sykepleiere er engasjert i sitt virke samt i visjonen som hva de skal bidra med i samfunnet. Det offentlig etos er av stor betydning i utøvelsen i sykepleierfaget. Med dette menes at en tredjepart, altså pasienten er i hovedfokus for all pasientbehandling. Alle våre informanter er av samme profesjon, noe som vi merket godt. For oss som snakket med denne gruppen opplevde vi at de var en nokså homogen gruppe med mange likhetstrekk. Det er grunn til å tro at det er her profesjonsidentiteten kommer fram, og at mye av det som vi synes er likt mellom informantene er trekk som vi kjenner igjen av definisjonen på profesjonsidentitet. Våre informanter hadde en profesjonsidentitet som var sterkt knyttet til den praktiske arbeidet, og ga uttrykk for at profesjonsidentiteten ble forsterket av den daglige erfaringen og utøvelsen av yrket. Flere brukte begrep som håndverk, og ut fra hvordan de beskrev hverdagen sin, samt stammespråk er det grunn til å tro at det foreligger en sterk profesjonsidentitet blant alle våre informanter. De scoret også høyt på tilfredshet rundt

de arbeidsoppgaver som kan regnes som primære sykepleieroppgaver. Ved avdeling Spesialist fortalte informantene at det var ekstra betydningsfullt om de fikk annerkjennelse for sitt arbeid av kollegaer.

I ledelse av sykepleiere må verdigrunnet og profesjonsidentiteten for denne yrkesgruppen respekteres. (Busch, 2012). For å beholde erfarne sykepleiere er det derfor viktig å vektlegge denne profesjonens verdigrunnlag i strategier som omhandler kompetanse for sykepleiere. Ved avdeling Generalist ser vi at arbeidspresset er for høyt. Informantene, både ledere og ansatte beskrev svært hektiske arbeidsdager. For en kunnskapsmedarbeider med høy grad av profesjonsidentitet er det vanskelig å kjenne på at virkeligheten ikke samsvarer med verdigrunnet og kvaliteten de ønsker pasientbehandlingen skal ha. Vi har tidligere i drøftingen sagt noe om en dalende motivasjon hos våre informanter ved avdeling Generalist, og våre funn tilsier at det høye arbeidspresset er en av årsakene. Dette vil vi diskutere noe videre i neste kapittel der vi konkluderer angående funnene i vår studie.

#### 6.4.3 Fra novise til ekspert—betydningen av erfaringskompetanse

Dreyfus sin modell beskriver 5 trinn eller faser fra man er nybegynner til ekspert (Benner, 1995, ss. 35-49; Busch, 2012, ss.24-25; Dreyfus & Dreyfus, 1980). Denne anser vi som relevant for vår studie da dette samspillet mellom nybegynner og ekspert var et tema som flere av våre informanter snakket mye om i våre intervjuer. I avdeling Generalist brukte de en tretrinnsstrapp som er en kortversjon av Dreyfuss sin modell.

Denne ser slik ut:



Ut fra hvor ansatte var i denne trappen ble de satt sammen i team, samt at arbeidsoppgavene ble fordelt ut fra hvor man var i stigen. Et eksempel på anvendelse av denne modellen ved avdeling Generalist var at sykepleiere som skulle ivareta de sykeste pasientene, måtte være på trinnet som heter ekspert. Ansatte fortalte at ved å sette sammen faste team med nybegynnere, kompetente samt eksperter, ble arbeidshverdagen bedre, fordi de ble kjent med sitt team, og de erfarne sykepleierne opplevde at de nyansatte ga tilbakemelding om at dette fungerte godt.

Dette er et tiltak som ledergruppen ved avdeling Generalist hadde gjort i et forsøk på å bedre arbeidshverdagen hos de ansatte ved avdelingen, og som så ut til å fungere godt.

Det våre informanter likevel uttrykte var at de nyutdannede ved avdeling Generalist fikk liten tid til å være nybegynner, og fikk for mye ansvar med tanke på at de fortsatt var på trinn 1.

Dette har nok en direkte sammenheng med avdelingens høye turnover og perioder med fullt sykehus. Lederne hadde ikke mulighet til å la ansatte være nybegynnere så lenge som de burde, fordi bemanningen var knapp, og det var nødvendig å få de raskt ut i full drift.

Dreyfuss beskriver nybegynneren som avhengig av sitt teoretiske grunnlag fordi man ikke har erfaringsbasert kunnskap å støtte seg til enda (Dreyfus & Dreyfus, 1980). Informantene bekreftet dette ved å påpeke at nyansatte manglet et klinisk blikk samt et helhetsbilde, og de to punktene gjorde at de erfarne sykepleierne opplevde et ekstra ansvar for sine nyansatte kollegaer. De erfarne sykepleierne var redd for at deres kollegaer skulle overse viktige momenter i pasientbehandlingen. Det vil si at i en hektisk hverdag, så skal de erfarne sykepleierne følge godt med de nyansatte i tillegg til egen pasientbehandling. Belastningen beskrev de fleste av våre informanter som krevende, og ga uttrykk for at dette skapte en utrygghet i en allerede hektisk arbeidshverdag. Situasjonen gjorde noe med deres arbeidsmotivasjon. Lederne bekreftet denne situasjonen, men hadde ikke verktøy til å løse problematikken, og det kan heller ikke forventes av seksjonslederne. Det er en kompleks problemstilling, hvor ansvaret ligger hos hovedledelsen ved St. Olavs Hospital. Som tidligere omtalt har lederne på dette nivået fått tildelt mye ansvar for kompetanseutvikling, og våre funn viser at lederne mangler forutsetning for å løse denne oppgaven. Skal man utøve strategisk kompetanseledelse forutsettes det at lederne har de riktige verktøy for å anskaffe, utvikle, mobilisere eller avskaffe kompetanse (Lai, 2021). Sykepleiernes opplevelse av arbeidsmiljøet er viktig å ta på alvor, da forskning har vist at sykepleiernes arbeidsmiljø faktisk kan påvirke pasientsikkerheten (Brubakk K. , 2022).

I utviklingsplanen til St. Olavs Hospital presiseres viktigheten av «å utvikle samt beholde det personellet vi har» (St Olavs Hospital HF, 2022). I Strategi2030 ønskes det en fellesskapskultur hvor ansatte lærer av hverandre og bygger kompetanse på tvers (Helse Midt-Norge, 2021). Da er det et paradoks for oss at foretaket ikke sikrer at lederne har tilstrekkelige verktøy for å implementere nedfelt strategi.

Informantene ved avdeling Generalist beskriver de nyansatte som kunnskapstørste og veldig lærevillige, så det var et sterkt ønske fra de nye sykepleierne om å lære mest mulig. Som vi også skrev om tidligere, så kan det virke som at lederne ikke forsto konsekvensen av den

belastningen de erfarne sto i når de gjelder ansvaret med kontinuerlig opplæring. Som en konsekvens av dette kan både nyansatte og erfarne medarbeidere oppleve et mestringsklima som ikke gir tilstrekkelig kompetansemobilisering (Lai, 2021).

Ansatte ved avdeling Spesialist har noen ansatte som jobber over hele sykehuset, mens andre er fast stasjonerte. De erfarne sykepleierne fortalte at de bedrev opplæring av både kollegaer som rullerte mellom senter, samt fremtidige kollegaer. Informantene hadde derfor stort fokus på at opplæringen skulle være bra. Akkurat dette påpekte noen av informantene som slitsomt, både for de som var fast en plass, og for de som rullerte. Det var flere av informantene, både ledere og ansatte som snakket om denne ordningen, og om denne burde endres. Det kreves en svært høy faglighet for de som rullerer, og det blir en slitasje på de som er fast. Denne slitasjen var av en slik karakter at kompetanse ble sett på som «oppfriskning», og ikke innhenting av ny kunnskap. Våre funn viser at informantene vektlegger praksisfelleskapet med deling av kompetanse svært høyt. Her er det etablert en god læringsarena for ferske og nyutdannede sykepleiere, men våre informanter savner kompetanseheving som er tilpasset deres behov. Skal en læringsarena i et kollegafelleskap fungere etter intensjonen, må alle ansatte oppleve videreutvikling gjennom kompetanseheving (Lai, 2021). Sykepleierne vi intervjuet hadde mye erfaringskompetanse, og etter mange års erfaring hadde de et godt utviklet klinisk blikk, og fikk raskt et helhetsbilde av en pasientsituasjon. Sykepleierne ved avdeling Generalist uttrykte stor bekymring for mangelen på erfaringskompetanse i avdelingen. Det er verdt å stille spørsmål ved om erfaringskompetansen disse sykepleierne sitter med, verdsettes tilstrekkelig av St. Olavs Hospital? Tas det på alvor at helseforetaket kan miste svært verdifull fagkompetanse om sykepleierne slutter? Lederne var klar over dette, det ga de også uttrykk for, de hadde et sterkt ønske om å kunne tilby de erfarne sykepleierne mer tid til kompetanseheving, tilpasset deres behov. Her mener vi den sterke profesjonsidentiteten og fordelen med å lede eget fag kommer tydelig fram. Lederne savnet verktøy til å bedre arbeidssituasjonen for sine ansatte. Mintzberg (1987) omtaler strategi som posisjon hvor organisasjoner arbeider bevisst for å hevde seg i markedet. Offentlig sektor må være en attraktiv arbeidsgiver gitt dagens arbeidsmarked. I de fire strategidokumentene er strategi som posisjon beskrevet, men lederne ser ikke at de har handlingsrom for å etablere tiltak som kan bidra til å beholde ansatte.

## 7.0 Konklusjon

Vår problemstilling for denne oppgaven var følgende: *«På hvilken måte kan St. Olavs Hospitals valg av strategi knyttet til ansattes kompetanse bidra til å ivareta og beholde erfarne sykepleiere?»*

For å svare ut på denne problemstillingen valgte vi å utdype vår problemstilling i følgende tre forskningsspørsmål:

- Hvilken strategi finnes på område kompetanse, og i hvilken grad er denne strategien kjent for lederne ved St. Olavs Hospital?
- I hvilken grad er ledere opptatt av ansattes kompetanse, og har lederne en kompetanseplan/kompetanseoversikt over sine ansatte?
- På hvilken måte er ansatte opptatt av egen kompetanse?

Formålet med dokumentanalysen var å finne svar på første del av forskningsspørsmål 1, der vi spurte om det fantes en strategi som var knyttet til ansattes kompetanse.

Våre funn er basert på dokumentanalysen av følgende fire strategiske dokumenter:

- Utviklingsplan for St. Olavs Hospital HF 2019-2035
- Strategisk kompetanseplanlegging ved St. Olavs hospital HF
- Helse-Midt Regional utviklingsplan 2019-2022
- Strategi 2030- Fremragende helsetjeneste i Helse Midt-Norge

Dokumentanalysen ble delt opp i de tre temaene rekruttering av og ivaretagelse av ansatte, organisasjonskultur og dens betydning for utvikling av strategi samt kompetanseplanlegging som strategi. Gjennom disse tre temaene kan vi konkludere med at det finnes strategier som omhandler kompetanse for St. Olavs Hospital HF. Samlet har strategiene fokus på viktigheten av gode rekrutteringsprosesser samt strategier for å beholde kompetent personell.

Et av tiltakene som fremheves for å lykkes med å rekruttere samt beholde kompetent personell er at St. Olavs Hospital klarer å fremstå som en attraktiv arbeidsplass gjennom blant annet heltidskultur, fellesskapskultur, synlig ledelse og kompetanseheving. I våre valgte strategiske dokumenter anerkjenner Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospital utfordringene de

står overfor hvor det å skaffe tilstrekkelig og kompetent personell vil bli vanskeligere framover.

I tillegg har vi funn fra da vi gjennomførte intervjuer med 16 informanter der alle var ansatte ved St. Olavs Hospital. Av de 16 informantene var 10 erfarne sykepleiere, og 6 seksjonsledere fordelt på to forskjellige avdelinger. Årsaken til at vi valgte ut disse to avdelingene var for å se om vi fant likheter samt ulikheter på blant annet rekruttering, turnover, kompetansemobilisering, erfaringskompetanse og hvilken strategi de hadde for å beholde og ivareta erfarne sykepleiere.

I siste del av forskningsspørsmål 1, stilte vi spørsmål om strategier knyttet til kompetanse var kjent for lederne ved St. Olavs Hospital. I våre intervju med de seks ledere fant vi at lederne i svært liten grad var kjent med de aktuelle strategiene. Ingen av lederne brukte derfor strategiene i sin arbeidshverdag. Vi ser dermed en avstand mellom det vi antar hovedledelsen har som intensjon å bruke strategiene til, og ut til seksjonslederne som i utgangspunktet skal anvende strategiene opp mot ansatte.

Konklusjonen er at det finnes strategier tilknyttet kompetanse ved St. Olavs Hospital, men strategiene er i hovedsak ukjent for seksjonslederne ved foretaket. Vi kan derfor konkludere med at implementeringen av disse strategiene har vært mangelfull.

Vi så også på hvilken grad ledere er opptatt av ansattes kompetanse, og har lederne en kompetanseplan/kompetanseoversikt over sine ansatte? Våre funn viser at lederne er svært opptatt av ansattes kompetanse. Alle lederne virker å ha god oversikt over ansattes kompetanse, ved hjelp verktøyet Kompetanseportalen samt avdelingenes egne kompetanseplaner.

Til sist, var vi interesserte i hvordan, og hvorvidt, ansatte var opptatt av egen kompetanse. Vi fant at ansatte hadde noe ulik tilnærming til hva kompetanse innebærer, men uavhengig av dette var alle informantene opptatt av egen, samt avdelingens samlede kompetanse.

Samlet sett viser våre funn at St. Olavs Hospital har utviklet gode strategier knyttet til ansattes kompetanse som er forankret i overordnede dokumenter, men våre funn viser samtidig at strategiene ikke er godt nok kjent blant seksjonsledere. Selv om vi kun har snakket med seksjonsledere fra to avdelinger, er det likevel grunn til å tro at dette er gjeldene for andre avdelinger ved foretaket. En grundig og gjennomtenkt implementering av Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospitals sine strategier rundt kompetanse vil være nødvendig for at lederne skal

få kjennskap til disse tiltakene som strategiene representerer. Skal kompetanse være et virkemiddel for å ivareta og beholde ansatte, er det en forutsetning at lederne er godt kjent med de aktuelle strategiene. Hovedledelsen må skape handlingsrom til ledere, slik at de får mulighet til å jobbe strategisk med kompetanseledelse og kompetanseutvikling. Dette var noe både ansatte og ledere vi snakket med savnet i arbeidshverdagen. Slik det er i dag er det vanskelig for lederne å bruke kompetanse som virkemiddel for å ivareta og beholde erfarne sykepleiere. Foretaket burde synliggjøre hvorfor strategiene knyttet til kompetanse er viktig for ledernes arbeidshverdag, og hvordan strategiene er tenkt som et fordelaktig arbeidsverktøy. For å oppnå dette burde foretaket gjennomføre ulike kurs for å gjøre strategiene kjent for lederne ved St. Olavs Hospital.

Ansatte opplevde sine seksjonsledere som noe fraværende, og ønsket større nærhet og en tydelig retning fra seksjonslederne. Dette er noe hovedledelsen burde ta på alvor. Skal St. Olavs Hospital ha synlige ledere eller skal det kun være fokus på driftsoppgaver? Som et ledd i å oppnå større grad av nærledelse mener vi at St. Olavs Hospital burde se på antall ansatte seksjonslederne har arbeidsgiveransvar for. Noen av våre informanter av seksjonslederne var ledere for mange ansatte, og det sier seg selv at det blir vanskelig å følge opp alle like godt. Flere av seksjonslederne savnet bistand til driftsoppgaver. Kunne man ha avlastet seksjonslederne med noen av disse oppgavene? Et eksempel kan være at seksjonslederne får bistand til å sikre riktig og nok bemanning ved sykefravær. Da vil seksjonslederne få frigitt tid til å utøve nærledelse.

Vi gjennomførte intervjuene med våre informanter i en tid da St. Olavs Hospital sto i en svært krevende tid med innføring av Helseplattformen, høyt sykefravær og fullt sykehus. Dette kan nok ha påvirket svarene til informantene, da flere, spesielt ansatte ved Avdeling Generalist virket preget av arbeidspresset og var slitne. Det er mulig at dette utgjør en svakhet ved vår studie, da vi kan anta at de hadde svart noe annerledes i en normal arbeidshverdag. På en annen side mener vi at vi har fått innblikk i det som ser ut til å være en ny arbeidshverdag for helsepersonell. Kravene til helsetjenesten øker med høy tilstrømming av pasienter uten at tildeling av ressurser øker tilsvarende.

Hvordan motivere erfarne sykepleiere? Blir erfaringskompetansen blant erfarne sykepleiere anerkjent? Vi synes det hadde vært interessant å forske videre på dette temaet. I hvilken grad har erfaringskompetanse og profesjonsidentitet betydning for om erfarne sykepleiere velger å stå i jobben sin? I vår studie fant vi at profesjonsidentitet var viktig for både ansatte og ledere, og at denne var en sterk drivkraft i hverdagen tross krevende arbeidsforhold.



En motivasjonsfaktor kan være at erfarne sykepleiere få mulighet til å spisse sin fagkompetanse, og i større grad forbrukt sin erfaringskompetanse i sin arbeidshverdag. Et eksempel kan være at en erfaren sykepleier kan undervise nyansatte, men at det da er frigitt tid til planlegging og gjennomføring. Pr i dag virker det som dette er noe erfarne sykepleiere gjør i tillegg til de andre arbeidsoppgavene de skal gjøre i en hektisk arbeidshverdag. Det blir derfor bare enda en ting de skal rekke over.

Hva kan bli konsekvensen av at man ikke greier å ivareta og beholde sykepleiere?

St. Olavs Hospital kan oppleve ytterligere grad av verdilekkasje enn pr i dag. Vi ser allerede at avdeling Generalist har en høy grad av turnover. Ut fra våre funn mener vi at en vellykket implementering av de strategiske dokumentene knyttet til kompetanse vil være et viktig tiltak for å ivareta og beholde erfarne sykepleiere. Ledernes rolle i dette arbeidet må styrkes, de må gis tid til å være ledere, ikke bare driftere. Informantene fortalte at mange driftsoppgaver som for eksempel matlaging, re senger, etterfylle lager er oppgaver som andre yrkesgrupper kan utføre. Sykepleierrollen bør spisses ytterligere slik at ansatte får benyttet sin kompetanse på en hensiktsmessig måte. På denne måten kan sykepleierne frigis til de oppgaver de har utdanning til. Å bli satt til arbeidsoppgaver man er overkvalifisert til oppleves ikke som motiverende.

Til sammen mener vi at disse tiltakene kan være med på å gjøre St. Olavs Hospital til en mer attraktiv arbeidsplass, noe som er nødvendig sett i lys av det Helsepersonellkommisjonen påpekte.

Våre forslag til tiltak vil innebære høye økonomiske kostnader, og tilslutt blir dette et politisk spørsmål; Hvilket helsevesen vil vi ha framover?

## 8.0 Referanseliste

- Andersen, O. J., Gårseth-Nesbakk, L., & Bondas, T. (2015). *Innovasjoner i offentlig tjenesteyting*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Andresen, I. H., & Hansen, T. &. (2017, juni). Norwegian nurses` quality of life, job satisfaction, as well as intention to change jobs. (37, Issue 2). *Nordic Journal of Nursing Research*. Hentet fra <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/2057158516676429>
- Arntsen, W. M. (2021). *UiO DUO vitenarkiv*. Hentet fra duo.uio.no: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/91150>
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert*. TANO forlag A.S.
- Berger, T. o. (2000/1996). *Den samfunnsskapte virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bergsagel, I. (2022, Desember 5). Ny doktorgrad slår fast: Godt arbeidsmiljø styrker pasientsikkerheten. (A. Hafstad, Red.) *Sykepleien.no*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2022/12/ny-doktorgrad-slar-fast-godt-arbeidsmiljo-styrker-pasientsikkerheten>
- Bolman, L. G., & Deal, T. E. (2018). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse; struktur, HR, politikk og symboler*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brottveit, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Om å arbeide forskningsrelatert*. Oslo: Gyldendal.
- Brubakk, K. (2022). *duo.uio.no*. Hentet fra UiO. DUO vitenarkiv.: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/98140/PnD-Brubakk.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Brubakk, K., Svendsen, M. V., Hofoss, D., Hansen, T. M., & Barach, P. &. (2019, Desember 15). Association between work satisfaction, engagement and 7-day patient mortality: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, s. 10. Hentet fra <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/12/e031704.full.pdf>
- Busch, T. (2012). *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Bergen : Fagbokforlaget.
- Dreyfus, S. E., & Dreyfus, H. L. (1980). *A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition*. Operation Research Center, University of California, Berkeley, California. DTIC Technical Reports. Hentet fra [https://www.researchgate.net/publication/235125013\\_A\\_Five-Stage\\_Model\\_of\\_the\\_Mental\\_Activities\\_Involved\\_in\\_Directed\\_Skill\\_Acquisition](https://www.researchgate.net/publication/235125013_A_Five-Stage_Model_of_the_Mental_Activities_Involved_in_Directed_Skill_Acquisition)
- Economics, R. m. (2022). *Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: KS og Spekter.
- Eggebo, H. (2020). Kollektiv kvalitativ analyse. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, ss. 106-122. Hentet fra <https://helgaeggebo.no/tematisk-analyse-metodeartikkelen-som-loyser-alt/>  
<https://helgaeggebo.no/tematisk-analyse-metodeartikkelen-som-loyser-alt/>
- Finansdepartementet. (2021, Februar 12). *Regjeringen.no*. Hentet fra Meld. St.14 (2020-2021). Perspektivmeldingen 2021:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/91bdfca9231d45408e8107a703fee790/no/pdfs/stm202020210014000dddpdfs.pdf>

Gotvassli, K. A. (2021). *Henry Mintzberg; om organisasjon, strategi og ledelse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Helse Midt-Norge. (2021, November 5). *www.helse-midt.no/strategi-2030*. Hentet fra Strategi2030: <https://helse-midt.no/strategi-2030>

Helse Midt-Norge RHF. (2016, November 10). *www.helse-midt.no*. Hentet fra Strategi2030-bakgrunnsnotat: <https://helse-midt.no/Documents/2016/Bakgrunnsnotat%20Strategi%202030.pdf>

Helse Midt-Norge RHF. (2022, Desember 15). *helse-midt.no*. Hentet fra Helse Midt-Norge: <https://helse-midt.no/PublishingImages/Sider/Utviklingsplaner-RHF/Regional%20utviklingsplan%20%202023-2026.pdf>

Helsekommisjonen. (2023). *Tid for handling- Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Departementets sikkerhets- og serviceorganisasjon. Teknisk redaksjon.

Herzberg, F., & Mauser, B. &. (1993). *The Motivation to Work*. New Brunswick, New Jersey, USA: Transaction Publishers.

HF, S. H. (2017). *Strategi for St. Olavs Hospital – Forbedringsprogram 2017*. Hentet fra [www.helse-midt.no](http://www.helse-midt.no): <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmtter/Forbedringsprogram%202017.pdf>

Hilsen, A. I. (2012). *Seniorpolitikk i store virksomheter – følgeevaluering ved St. Olavs Hospital*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet AS.

Hofstad, E. (2016, Desember 20). Sykepleiere mer fornøyd enn andre. (A. Hafstad, Red.) *Sykepleien*, 2016(12). Hentet fra <https://sykepleien.no/2016/12/sykepleiere-mer-fornoyd-enn-andre>

Hospital, S. (2023). *Utviklingsplan 2023-2026*. Trondheim: St.Olavs hospital HF.

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan undersøkelser? innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2016). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lai, L. (2021). *Strategisk kompetanseledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Larsen, L. C. (2023, Mai 12). *Hvorfor vil ikke helsepersonell jobbe i offentlig helsetjeneste*.

Matre, D., & Sigstad, L. J.-A. (2019, mars 11). *www.stami.no*. Hentet fra <https://stami.no/rad-om-arbeidstid-med-hensyn-til-helse-og-sikkerhet/>: <https://stami.no/rad-om-arbeidstid-med-hensyn-til-helse-og-sikkerhet/>

Meyer, C., & Norman, V. (2019). *Ikke for å konkurrere*. Fagbokforlaget.

Miles, M. B. (1994). *Qualitative Data Analysis*. Los Angeles: SAGE Publications, Inc; 2nd edition.

Mintzberg, H. (1987, September 1). The strategy concept 1: Five Ps for strategy. *California Management Review*, 1987(Vol 30 (1)), ss. 11-24. Hentet fra <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=95e12c6b-14cf-4a7d-8bb1-560cc97214b9%40redis>

- Mintzberg, H., & Waters, J. A. (1985, Jul-Sept). Of strategies, deliberate and emerge. *Strategic Management Journal*, 1985(3), ss. 257-272. Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/2486186?sid=primo>
- Nordhaug, O. (2004). *Strategisk kompetanseledelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Popper, K. (1981). *Fornuft og rimelighet som tenkemåte utvalgte essays*. Oslo: Dreyer.
- Rambøll. (2022). *Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren-utfordringsbildet og løsningsdimensjoner*. KS og Spekter.
- Riksrevisjonen. (2019, November 26). *riksrevisjonen.no*. Hentet fra riksrevisjonen.no/rapporter-mappe.no: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf>
- Ringdal, K. (2014). *Enhet og Mangfold Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode, 3. utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Roos, G., von Krogh, G., Roos, J., & Boldt-Christmas, L. (2014). *Strategi- en innføring*. Fagbokforlaget.
- SINTEF Digital, H. (2022). *Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi*. Trondheim: SINTEF for NSF.
- St Olavs Hospital . (2021, Oktober). [www.stolav.no/Documents/Nivåer-av-kompetanseutvikling-og-samarbeid](http://www.stolav.no/Documents/Nivåer-av-kompetanseutvikling-og-samarbeid). Hentet fra Skjematisk oversikt over ulike nivåer av kompetanseutvikling og samarbeid: <https://stolav.no/Documents/Niv%C3%A5er-av-kompetanseutvikling-og-samarbeid.pdf>
- St Olavs Hospital. (2021, Oktober 28). [www.stolav.no/fag-og-forskning/utdanning-og-kompetanseutvikling](http://www.stolav.no/fag-og-forskning/utdanning-og-kompetanseutvikling). Hentet fra Strategisk kompetanseplanlegging ved St Olavs hospital: <https://stolav.no/fag-og-forskning/utdanning-og-kompetanseutvikling/strategisk-kompetanseplanlegging-ved-st-olavs-hospital>
- St Olavs Hospital HF. (2022, Juli 16). *stolav.no*. Hentet fra stolav.no/Documents/Utviklingsplan: <https://stolav.no/Documents/Utviklingsplan/Revidert%20Utviklingsplan%2021-22/Utviklingsplan%202023-2026,%20St.%20Olavs%20hospital%20HF.pdf>
- St Olavs Hospital HF. (2022, Juni 16). *www.stolav.no*. Hentet fra Utviklingsplan 2023-2026: <https://stolav.no/Documents/Utviklingsplan/Revidert%20Utviklingsplan%2021-22/Utviklingsplan%202023-2026,%20St.%20Olavs%20hospital%20HF.pdf>
- Teigen, K. H. (2022, August 31). *snl.no*. Hentet fra Store Norske Leksikon: <https://snl.no/motivasjon>
- Thagaard, T. (2015). *System og innlevelse En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis 4 utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

## 9.0 Vedlegg

1. Informasjonsskriv til informanter, og forespørsel om å delta i undersøkelse
2. Samtykkeskjema
2. Intervjuguide for ledere og ansatte

### Vedlegg 1 Forespørsel om å delta i undersøkelse

#### FORESPØRSEL OM Å DELTA I UNDERSØKELSE

Vi er to studenter ved studiet Master of Public Administration (MPA) ved NTNU Handelshøyskolen, som skal levere vår masteroppgave i mai 2023.

Begge er ansatt ved St.Olavs hospital, og i vår arbeidshverdag opplever vi at kompetanse er et tema som mange ansatte virker opptatt av. Det fremstår noe uklart for oss om ledere ved foretaket har et bevisst forhold til ansatte sin kompetanse, og ikke minst hvordan de strategisk jobber for å kunne møte morgendagens behov for kompetente og motiverte arbeidstakere. I offentlig sektor har ledere begrensede midler/insentiver for å belønne sine ansatte, og det er grunn til å tro at kompetanse derfor kan eller bør være et viktig virkemiddel. I denne undersøkelsen har vi spisset denne problemstillingen til å omhandle erfarne sykepleiere. Vi ønsker å se nærmere på om kompetanse er et viktig strategisk virkemiddel for å ivareta samt beholde denne gruppen av ansatte. Problemstillingen er derfor som følgende:

*«På hvilken måte kan St. Olavs hospitals valg av strategi knyttet til ansattes kompetanse bidra til å ivareta/bevare erfarne sykepleiere?»*

I vår arbeidshverdag ser vi at det ved noen klinikker/avdelinger er noe høy turnover, og det er høyt fokus på framtidig sykepleiermangel. Dette er og noe som det til stadighet skrives om, og det er gjort en del forskning som viser tydelige tall på framtidig sykepleiermangel. Dette er en relativt universal problemstilling, som vil være aktuell for de fleste aktører og institusjoner inne helse her i Norge. Vi har valgt St.Olavs hospital fordi dette er den største aktøren i Midt-Norge. St.Olavs hospital er et universitetssykehus, så det er grunn til å tro at ansattes sin interesse for egen kompetanse vil være høy.

St.Olavs hospital har utarbeidet en utviklingsplan som er en strategidokument for perioden 2023-2026. I denne utviklingsplanen er det laget et forbedringsprogram som består av tre hovedtema:

- Tjenesteinnovasjon • Digitalisering • Kompetansesammensetning

Vi vil fokusere på tema kompetansesammensetning.

Som vi tidligere var inne på kan det se ut som at kompetanseheving er noe som mange ansatte er opptatt av samt ønsker, og vi synes derfor det vil være relevant og interessant å se om St.Olavs hospital sin strategi er med på å bidra til at ansatte står lengre i sin jobb pga av «denne strategien».

Vi har valgt kvalitativ metode da vi ønsker å se på få case og ha en nærhet til det vi forsker på. I tillegg har vi en del dokumenter/tekstdata som vil bli anvendt i en dokumentstudie. Intervju vil være et viktig verktøy for å undersøke om St.Olavs hospital sitt valg av strategi bidrar til å ivareta/bevare erfarne sykepleiere.

Vi tilstreber at all personlig identifiserbar informasjon fra undersøkelsene vil bli forsøkt anonymisert. I denne masteroppgaven har vi valgt ut to avdelinger som vi skal se nærmere på ved St.Olav hospital, og det kan derfor være noe vanskelig å oppnå full anonymitet. Blir det aktuelt med sitater fra noen av intervjuene vil du bli kontaktet for gjennomlesing før man evt godkjenner sitatene. Ved gjennomføring av intervju vil vi benytte båndopptaker som bruk av hjelpemiddel. All dokumentasjon vil bli lagret ved sikker tilgang ved NTNU sitt lagringsområde, og det vil kun være undertegnede og veileder som vil ha tilgang til denne informasjonen.

Studiets varighet er fra oktober 2022, og fram til innlevering av masteroppgave 26 mai 2023. Etter transkribering vil lydopptakene bli slettet. Anonymiserte data vil bli oppbevart sikret for bruk for videre forskning.

Det er frivillig å delta, og informanten kan trekke seg så lenge studien pågår uten å måtte oppgi noen nærmere begrunnelse. Undersøkelsen vil bli meldt og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) før vi starter datainnsamlingen.

Ta gjerne kontakt med oss dersom det skulle være noe du eller dere lurer på.

Det er også fullt mulig å kontakte vår veileder Berit Irene Vannebo, ved NTNU, på

e-post: [beritiv@ntnu.no](mailto:beritiv@ntnu.no)

Med vennlig hilsen

Sissel Cathrine Rædergård og Bodil Ericsson Berg

[sisselcr@stud.ntnu.no](mailto:sisselcr@stud.ntnu.no)

[bodileb@stud.ntnu.no](mailto:bodileb@stud.ntnu.no)

## Vedlegg 2 Samtykkeerklæring

### SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien

«På hvilken måte kan St. Olavs hospitals valg av strategi knyttet til ansattes kompetanse bidra til å ivareta/bevare erfarne sykepleiere?»

Navn:.....

## Vedlegg 3 Intervjuguide

<b>INNLEDNING, Bakgrunn, utdanning og arbeidserfaring</b>
Hvilken utdanning har du?
Hvilken stilling har du ved St.Olavs hospital?
Hvor lenge har du jobbet ved St.Olavs hospital/ evt andre foretak?
Fortell kort om ditt ansvarsområde og dine arbeidsoppgaver?
Hvordan trives du ved St.Olavs hospital

<b>KOMPETANSEBEHOV/HEVING</b>
I hvilken grad opplever du å få brukt din utdanning/kompetanse I din arbeidshverdag?
Kan du gi noen eksempler på saker eller hendelser som dere har diskutert som omhandler kompetanse og behovet for kompetanseheving?
Hvilken kompetanse kreves ved din avdeling? I hvilken grad synes du ansatte gruppen ved din avdeling har tilstrekkelig kompetanse til å gjøre deres jobb? Kan du kort fortelle litt om dette?
Hvilken kompetanse er det mest behov for på din avdeling? Hva er utfordringer i forhold til å få tilgang på denne typen kompetanse?
På hvilke områder krever det at dere her ved avdelingen samarbeider med andre avdelinger, og ansatte med annen kompetanse, for å få utrettet deres arbeid og målsetninger her ved avdelingen?
I hvilken grad opplever du å ha arbeidsoppgaver som samsvarer med din kompetanse?
På hvilke områder opplever du å ha tilstrekkelig med kompetanse og på hvilke mangler dere kompetanse?
I hvor stor grad er ny kompetanse noe som inspirerer deg?
Hva motiverer deg til å tilegne deg ny kompetanse?
Hvor opptatt er du av din egen kompetanse?
Hvor opptatt er du av kompetanse på din avdeling?

<b>OPPFØLGING AV ANSATTE OG KOMPETANSEHEVING</b>
Hvordan opplever du at din leder kjenner til og vet hvilken kompetanse du innehar?
Hvordan snakker du om kompetanse/kompetanseheving med din leder?
Hvordan kan ansatte be om kompetanseheving ved din avdeling?
Kan du gi noen eksempler på kompetansehevingstiltak dere har hatt ved avdelingen?

Eksempler på kompetansetiltak du har benyttet deg av?
I hvor stor grad synes du at avdelingen satser på deg og din kompetanse?
I hvor stor grad opplever du at din leder lytter til deg og dine meninger i arbeidshverdagen?
I hvilken grad opplever du at din kompetanse blir verdsatt av dine ledere? Av kollegaer du samarbeider med?
Hvordan kunne ledelsen ved avdelingen jobbet mer med kompetanse og ivaretagelse av ansatte?
Hvordan kunne St. Olav som institusjon jobbet mere og bedre med kompetanse og ivaretagelse av ansatte?

<b>LEDELSE OG KOMPETANSEKARTLEGGING (spørsmål til ledere)</b>	<b>LEDELSE OG KOMPETANSEKARTLEGGING (spørsmål til ansatte)</b>
Opplever du at din leder har en strategi på avdelingens samlede kompetanse?	Opplever du at din leder har en strategi på avdelingens samlede kompetanse?
Hvor stor vekt legger du som leder vekt på kompetanse i din avdeling?	Hvor stor vekt legger ledergruppen ved din avdeling på kompetanse?
Hvordan holder du som leder oversikt over dine ansattes kompetanse?	Hvordan holder ledelsen ved avdelingen oversikt over ansattes kompetanse?
Hva gjør du for å heve kompetansen til dine ansatte?	Hva gjør ledergruppen for å heve kompetansen til dine ansatte?
Hvilket fokus har du i forhold til kompetanse i din jobb som seksjonsleder?	Hvilket fokus opplever du at seksjonsledere har til kompetanse?
Kan du gi et eksempel på at kompetanse har kommet opp som et viktig tema for deres ledergruppe?	Kan du gi et eksempel på at kompetanse har kommet opp som et viktig tema blant ansatte?
Kjenner du til St.Olavs hospital sin strategi for kompetanse?	Kjenner du til St.Olavs hospital sin strategi for kompetanse
I hvilken grad har dere en bevisst strategi på kompetanse når dere skal rekruttere? (og beholde ansatte?) Feks kompetanse utover en “grunnkompetanse/grunnutdanning” (ledelse, andre fagutdanninger, pedagogikk etc.)	I hvilken grad opplever du at ledelsen har en bevisst strategi på kompetanse når dere skal rekruttere? (og beholde ansatte?) Feks kompetanse utover en “grunnkompetanse/grunnutdanning” (ledelse, andre fagutdanninger, pedagogikk etc.)
Kan du gi eksempler på konkrete tiltak dere har iverksatt/hvordan dere setter denne strategien ut i live?	Kan du gi eksempler på konkrete tiltak ledelsen har iverksatt/hvordan dere setter denne strategien ut i live?
I hvor stor grad har dere en oversikt over hvilken type kompetanse dere vil ha bruk for I avdelingen I tiden framover? ( feks merkantile stillinger, helsefagarbeidere, lederutdanninger osv.)	I hvor stor grad opplever du at ledelsen har en oversikt over hvilken type kompetanse dere vil ha bruk for i avdelingen I tiden framover? ( feks merkantile stillinger, helsefagarbeidere, lederutdanninger osv.)
Kjenner du til foretakets utviklingsplan for 2023-2026?	Kjenner du til foretakets utviklingsplan for 2023-2026?



Hva vil du si om denne planen, fra ditt ståsted?

Hva vil du si om denne planen, fra ditt ståsted?

