

Høgskolen i Østfold

Masteravhandling i organisasjon og ledelse

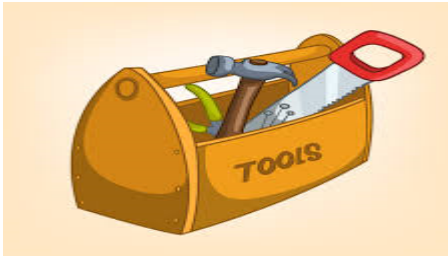
**Hvilke erfaringer har ledere med
kompetanseutvikling av
spesialsykepleiere?**



Hvorfor kompetanseutvikling?

- Økt tilgjengelighet/ etterspørsel av kirurgisk behandling i befolkningen (omfatter store befolkningsgrupper).
- Rask utvikling innen kirurgiske behandlingsmetoder.
- Utvikling i teknologi og medisinsk teknisk utstyr.
- Sammensatte operasjonsavdelinger, mange kirurgiske disipliner på et sted (generalister vs. spesialister), stor fokus på drift, effektivitet, pasientsikkerhet og kvalitet.
- Sammensatte ansattgrupper: nyutdannede vs. de med lang erfaring.
- Mange kompetansekrav som nedfelt i lover, retningslinjer og regler.
- **Det hjelper ikke å ha mange folk på jobb hvis de ikke har riktig kompetanse for jobben som må gjøres!!!**





Metode

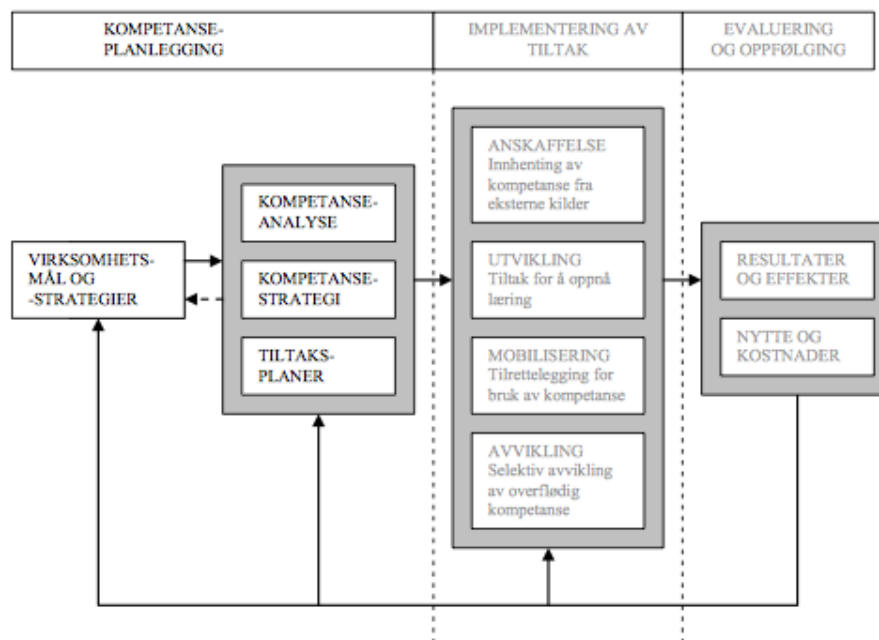
- Kvalitativt metode. Fenomenologisk studie: interesse for ledernes erfaringer.
- 7 Individuelle intervjuer, 3 operasjonsavdelinger på 3 lokale sykehus på Østlandet.
- Utvalg: anestesi og operasjonssykepleierledere.

Leder	Sykehus A	Sykehus B	Sykehus C
Seksjonsleder	1	2	
Ledende spesialsykepleier med fagansvar	2	1	1
Totalt	3	3	1



Som en spør får en svar...

- Semi-strukturert intervjuguide: inspirert av L. Lai



Veien til resultater



- 7 individuelle intervjuer tatt opp digitalt, på ca 40-50 min.
- Transkribert til tekst (ca.70 sider med analysemateriale)
- Tekst systematisert og analysert ved kvalitativt innholdsanalyse til Granheim & Lundman (2004)

Meningsbærende enhet	Meningsfortetning	Kode	Kategori	Tema
----------------------	-------------------	------	----------	------



Resultater:

- **Modell for analysen av kompetanseutvikling:** et hjelpemiddel i kompetanseutviklingsarbeid for ledere i profesjonelle byråkratier

Faser i kompetanseutvikling	Type kompetanseutvikling
Prioritering Planlegging Gjennomføring Evaluering	Formell /uformell
	Faglig/ikke –faglig
	Obligatorisk/ valgfri
	Individuell/ gruppe

Modellen er inspirert av prosesstankegang. Presenterer faser og typer av kompetanseutvikling som er viktig å være seg bevisst i kompetanseutviklingsarbeid. Alle fasene og typene kan kombineres med hverandre, men er ikke nødvendigvis relevante.

Prioritering



Formell: real spesialsykepleiekompetanse (nye metoder, teknikker) «*Det som gagnar operasjonssykepleieren og avdelingen*». Masterstudier i operasjon, anestesisykepleie og ledelse.

Uformell: den enkeltes kompetanse, den uformelle læring gjennom jobberfaring og samhandling. «*det de ansatte gir tilbakemelding på, om de trenger opplæring, utdypning, undervisning*».

Faglig: rutiner, prosedyrer, nye metoder, leiring, smittevern, medikamenthåndtering og opplæring i medisinsk teknisk utstyr. («*alle som jobber her har et ønske at vi kompetanseutvikler på vårt fag. Vi prioriterer fagkompetanse*».)

Ikke- faglig: tverrfaglig samarbeid, kommunikasjon.

Obligatorisk: pålagt fra myndigheter og helseforetaket, har tidsintervall og dokumentasjonsplikt (f.eks: medisinsk teknisk utstyr, beredskap, hjerte-lunge redning).

Valgfri: ingen formelle krav (helse –miljø- sikkerhet, ergonomi, kunnskapsbasert praksis osv.)

Individuell: utvikling av kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger til det enkelte individ.

Gruppe: felles faglige beslutninger, samhandling og holdninger.

Planlegging



Formell: setter av tid til å gjennomføre masterutdanning.

Uformell: planlegger og gir medarbeidere mulighet til å rotere i jobben, legger opp til diskusjoner og planlegger veiledning til nyansatte.

Faglig: planlegger fagdager med faglig innhold.

Ikke- faglig: planlegger innlegg med ikke-faglig innhold på fagdagene.

Obligatorisk: planlegger kompetanseutviklingsplaner for hvert år.

Valgfri: planlegges ved oppstått behov på fagdager og avdelingsseminarer, deltagelse på eksterne kurs.

Individuell: planlegger individuell nyansatt opplæring ved å dedikere tid, utnevne kontakt evt. fadder.

Gruppe: planlegger forelesninger på fagdager, samlinger og medisinsk simulering som fast systematisk opplæring.

Gjennomføring



Driften er en stor utfordring for gjennomføringen!!!!

Formell: forelesninger og diskusjoner på fagdager, praktiske øvelser.

Uformell: i arbeidstiden, på vakter, i pauser som jobbrotasjon, veiledning og uformelle diskusjoner.

Faglig: på fagdager eller når det er hensiktsmessig både som teoretisk og praktisk opplæring, simulering, e-læring og veiledning.

Ikke faglig: teoretiske og praktiske øvelser på fagdager (f.eks, brannøvelse)

Obligatorisk: ved dedikert tid for e-læring, praktiske øvelser, forelesninger på fagdager.

Valgfri: når det er mulighet til det, evt. ved behov og anledning på fagdager. Som forelesninger og eksterne kurs.

Individuell: tilrettelegger for at medarbeidere får tid til e-læring, mulighet til jobbrotasjon, observasjon og veiledning i arbeidstiden.

Gruppe: forelesninger, workshop på fagdager, simulering i arbeidstiden.

Evaluering



Formell: foretas rett etter tiltaket, muntlig med fokus på innhold, kvalitet på gjennomføring av undervisning og læringsutbytte. Det fremmes ønsker om fremtidige temaer.

Uformell: foregår gjennom uformelle samtaler mellom lederen og medarbeideren i løpet av arbeidsdagen eller gjennom medarbeidersamtaler.

Faglig: foregår gjennom uformelle refleksjoner, evaluering av fagdager, strukturerte refleksjoner om avvik.

Ikke faglig: gjennomføres usystematisk, baserer seg på reaksjoner på kompetanseutviklingstiltak heller en på refleksjoner.

Obligatorisk: foregår gjennom å kontrollere dokumentasjon på gjennomføring under f. eks. medarbeidersamtaler.

Valgfri: det blir forsøkt til å følge opp at medarbeidere legger frem innholdet i kurs de har deltatt på for kolleger på avdelingen.

Individuell: medarbeidersamtaler, oppfølgingssamtaler av de nyansatte.

Gruppe: gjennomføres usystematisk, basert på deltagernes reaksjoner. Simulering er unntaket.



.. Og dette var vel og bra, men hva så???

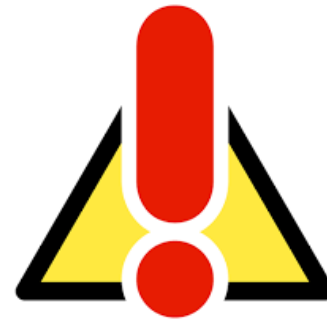
- Mange krav og behov fra ulike hold om kompetanseutvikling til spesialsykepleiere.
- Den faglige kompetansen er prioritet. Slik at medarbeidere opparbeider realkompetanse og **klarer å utføre jobben de er ansatt til å gjøre.**
- Planlegging av kompetanseutvikling foregår både på sykehus og på avdelingsnivå: årlige kompetanseplaner på sykehusnivå. Fagdager, simulering og uformell kompetanseutvikling planlegges på avdelingsnivå.
- Gjennomføring preges av mangel på tid og ressurser i forhold til bemanning og pasientbehandling. Hensynet til pasienten er viktigst og pasientbehandling blir ikke avbrutt ved kompetanseutviklingstiltak.
- Ledere tilrettelegger for ulike typer av kompetanseutvikling. Stor del av deres arbeid er tilrettelegging av det fysiske miljø og de praktiske detaljene for at gjennomføringen skal være vellykket.



.... og hva så??

- Ledere prioriterer ofte de ansattes behov for kompetanseutvikling fram for sine arbeidsoppgaver. Utviser stor fleksibilitet og oppfinnsomhet i kompetanseutviklingsarbeid.
- I følge forskningsstudier og rapporter har ledere en jobb å gjøre å synliggjøre kompetanseutviklingsarbeidet på avdelingen for sine medarbeidere, da disse opplever som oftest at det er utilfredsstillende kompetanseutvikling på sykehusavdelinger i Norge.
- Ledere må jobbe med å synliggjøre behov for ressurser til kompetanseutvikling på avdelingen til sykehusledelsen.
- Dedikert tid og fagdagene er viktig og nødvendig arena for kompetanseutvikling for spesialsykepleiere på grunn av pasientbehandling som foregår på en operasjonsavdeling.

Hva med selvstudier ??



- Hva skal til for at sykepleiere i større grad vil bidra til å ivareta sin individuelle kompetanseutvikling gjennom selvstudier på lik linje som sine kolleger (leger)?



Referanser:

- Lai I. (2013). *Strategisk kompetanseledelse*. Bergen Fagbokforlaget.
- Moxnes P. (2000). *Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet*. Oslo: Forlaget Paul Moxnes.
- Nordhaug O. (2004) *Strategisk kompetanseledelse*. Oslo : Universitetsforlaget.
- NSF (2005) «Sykepleier med lederansvar- god på fag og ledelse».
<https://www.nsf.no/Content/158922/NSF>
- Strand T. (2012) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet (2012). Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. *En status-trend- og behovsanalyse fram mot 2030. Rapport IS -1966; 2012*.
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner>
- Statens helsetilsyn (2001).Kartlegging av kompetanseheving i somatiske sykehus. *Oslo: Statenshelsetilsyn*.
- Merriam S.B,& Tisdell E.J. (2016) *Qualitative research. A guide to Design and Implementation*. San Francisco: Jossey- Bass. A Wiley Brand.
- Granheim, U.H. & Lundman, B (2004) Qualitative content analysis in nursing reseach: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurce Education Today 2004; 24 side 105-112*.