

**Evaluering av Klinisk stige  
ved  
Sykehuset Telemark HF**

*Av  
Heidi Haukelien*

*Arbeidsrapport nr. 8/2008*

***TELEMARKSFORSKING-BØ***

© Telemarksforsking-Bø 2008  
Arbeidsrapport nr. 8  
ISSN 0802-3662  
Pris: kr. 140

Telemarksforsking-Bø  
Postboks 4  
3833 Bø i Telemark  
Tlf: 35 06 15 00  
Fax: 35 06 15 01  
[www.telemarksforsking.no](http://www.telemarksforsking.no)

## **FORORD**

Etter henvendelse fra Sykehuset Telemark Helseforetak (STHF) ved Janicke Stordalen og Arne Øygard tok Telemarksforskning-Bø ved Heidi Haukelien på seg oppdraget med å evaluere Klinisk stige ved STHF våren 2008.

Anlaug Botnen og Janicke Stordalen var delaktige i forberedelsen og gjennomføringen av evalueringen gjennom å skaffe til veie aktuelle dokumenter, samt å kommentere og diskutere problemstillinger og intervju spørsmål. Anlaug Botnen organiserte undersøkelsen på en glimrende måte, noe som var en stor utfordring fordi mange av sykepleierne som ble forespurt ikke hadde mulighet til å stille opp til intervju. Hun var også referent ved alle intervjuene, bortsett fra ett, der Janicke Stordalen refererte. Stor takk til begge.

Oppdragsgiver ønsker en kort rapport som er konkret i sine tilbakemeldinger. Forholdet mellom kompetanse og kvalitet i sykepleietjenesten er et komplekst felt som det kan være vanskelig å beskrive på en enkel måte. Jeg har derfor tillatt meg å diskutere Klinisk stige og evalueringen av den i sammenheng med politisk-økonomisk og organisatoriske forhold som sykepleievirksomheten utøves innenfor. Jeg håper fremstillingen likevel skal være enkel, forståelig og kunne danne grunnlag for konkrete prioriteringer og valg i fremtiden. Jeg står ansvarlig for innholdet i denne rapporten.

Heidi Haukelien 14.03.2008



# INNHALDSFORTEGNELSE

Innholdsfortegnelse.....	5
1 Sammen drag .....	7
2 Klinisk stige .....	9
2.1 Evalueringsmandat .....	9
2.2 Trinn 1 .....	10
2.3 Trinn II .....	10
2.4 Trinn III .....	11
2.5 Arbeidsgruppe 4 .....	11
2.6 ”Klinisk stige” og NFS` s ”klinisk spesialist”- godkjenning .....	11
3 Evaluering og metode.....	12
4 Analytisk perspektiv.....	13
5 Sykepleiere Trinn I.....	15
5.1 Innhold i Klinisk stige, Trinn I .....	15
5.1.1 Nytte og relevans .....	15
5.1.2 Temaer .....	16
5.1.3 Dybde .....	17
5.2 Organisering .....	17
6 Sykepleiere Trinn II.....	20
6.1 Temaer/ progresjon .....	20
6.2 Refleksjonsnotater/refleksjonssamlinger .....	20
6.3 Betydning for utøvelse av praksis .....	21
7 Betydning av veiledning .....	22
8 Tilrettelegging .....	22
9 Rekruttering til klinisk stige .....	23
10 Kompetanse og kvalitet .....	26
10.1.1 Kompetanse .....	27
10.1.2 Objektivisering .....	28
10.1.3 Organisering, samarbeid, ledelse .....	29
10.1.4 Institusjonelle betingelser .....	30
11 Faglighetens infrastruktur .....	32
12 Fremtidig organisering .....	34
12.1 Temaer som bør inn i Klinisk stige .....	34
12.1.1 Den administrative funksjon .....	35
12.1.2 Eldre og aldring .....	36
12.1.3 Diabetes/klinisk ernæring .....	37
12.1.4 Økt generalistkompetanse .....	37
12.1.5 Det flerkulturelle samfunn .....	38
12.1.6 Kunnskapsbasert praksis .....	39
12.1.7 Felles prioriteringer .....	39

12.2	Overordna organisering	41
13	Oppsummering og anbefalinger .....	43
14	Litteratur.....	48

# 1 SAMMENDRAG

Klinisk stige ved STHF er et systematisk kompetansehevingsprogram i flere trinn for sykepleiere med klinisk erfaring. Etter gjennomført Arbeidsgruppe IV skal det være mulig å søke om godkjenning som "Klinisk spesialist" etter kriteriene fra Norsk Sykepleierforbund.

Mandatet for evaluering av Klinisk stige ved Sykehuset Telemark HF er å vurdere følgende:

- I hvilken grad har Klinisk stige realisert målområdet kvalitet?
- Kartlegge STHF's fremtidige behov for kompetanseutvikling for sykepleiere
- Gi anbefalinger om nye målsettinger for Klinisk stige
- Hvilke endringer må gjøres for at kompetanseutviklingsprogrammet er tilpasset fremtidens behov?

Evalueringen av Klinisk stige ved STHF bygger på fokusgruppeintervjuer med sykepleiere som har gått Trinn I, Trinn II, Kliniske spesialister, fagutviklingssykepleiere, enhetsledere og klinikkjefer. Anbefalingene på slutten av rapporten bygger på tilbakemeldingene fra de intervjuede gruppene, STHF's strategiprogram, kunnskap om demografisk utvikling og signaler fra departementet. De baserer seg også på egen og andres forskning på tilsvarende tematikk.

Vurderingen av sammenhengen mellom økt kompetanse hos sykepleierne og eventuell økt kvalitet, settes i sammenheng med politisk- økonomiske og organisatoriske endringer ved sykehuset. Endringene innebærer at faglige hensyn i langt større grad enn tidligere blir gjort relative til spørsmålet om inntjening. Det har utvilsomt størst effekt på sykepleiefunksjonen, som ikke er spesifisert som et sett inntektsregulerende handlinger, slik legers arbeid er. Det er derfor viktig å undersøke hvilken effekt dette har på kvaliteten av sykepleien, siden dette faktisk i svært liten grad gjøres av sykehuset selv.

Evalueringen viser at sykepleierne som har fulgt ett eller flere trinn i stigen har hatt svært stort faglig utbytte av å gå der. De som er intervjuet er enige om at Klinisk stige er et kvalitetstrekk ved STHF som det er viktig å satse videre på. Rekrutteringen til trinnene utover det obligatoriske Trinn I, er likevel mindre enn forventet. Sykepleierne og enhetslederne mener det skyldes belastningen med å gå på Klinisk stige ved siden av jobb. Den dårlige rekrutteringen forklares også med manglende systematikk i belønningen.

Rapporten understreker betydningen av å synliggjøre felles utfordringer knyttet til kvalitet gjennom samtaler og dokumentasjon, og å etablere systemer for robust, forutsigbar og stabil kvalitet.

Temaer som foreslås sterkere vektlagt i Klinisk stige fremover er 1) den administrative funksjon, 2) eldre og aldring, 3) diabetes/klinisk ernæring, 4) det flerkulturelle samfunn 5) kunnskapsbasert praksis og 6) felles prioriteringer.





## 2 KLINISK STIGE

Klinisk stige ved STHF startet opp som et prosjekt i 2001 ved daværende Telemark Sentralsykehus. Bakgrunnen var rekrutteringsproblemer og høy turnover blant sykepleiere spesielt ved sengepostene. På slutten av 90-tallet var det sykepleiermangel, og det var nødvendig med tiltak for å rekruttere sykepleierne til sykehuset og å beholde dem i stillingene. Flere sykehus hadde allerede etablert systematiske kompetansehevingsprogram for sykepleiere, og det ble ansett som et konkurransefortrinn å utarbeide en slik stige også ved Telemark Sentralsykehus.

Samtidig kom nye lover og utredninger som satte fokus på kvalitet, forsvarlighet og ansvar i helsevesenet (Pasienten først. NOU 1997, Lov om helsepersonell (1999) og Nasjonal strategi for kompetanseutvikling i helsetjenestene. Plikten til faglig oppdatering og fagutvikling ble lovfestet. Satsingsområder ved Telemark Sentralsykehus i 2001 var *pasient-service, pasientflyt og kompetanse*. Etableringen av Klinisk stige var således i tråd med sykehusets helhetlige satsing. Målene for Klinisk stige er:

1. Fremme rekruttering.
2. Kvalitet: øke kvaliteten på tjenestene til pasientene totalt sett ved TSS.
3. Stabilitet: Bidra til å beholde erfarne sykepleiere.

”Klinisk stige” gir sykepleiere anledning til faglig fordypning gjennom felles undervisning og klinisk/sykepleiefaglig veiledning parallelt med klinisk arbeid i de enkelte enhetene – med støtte og tilrettelegging fra nærmeste leder.

”Klinisk stige” er delt inn i tre utviklingstrinn og bygger på Patricia Benners teori om kompetanseutvikling i sykepleien. Teorien spesifiserer en utvikling fra ”novise” til ”ekspert”. Fullføring av utdanningen Klinisk spesialist etter Norsk Sykepleierforbunds kriterier går gjennom en vekselvirkningen mellom teoretisk kunnskapstilegnelse, praktisk erfaring og refleksjon.

### 2.1 *Evalueringsmandat*

Som en del av forstudiet til mandatet ble det utført en internevaluering av målområde 1 og 3. På bakgrunn av rekrutteringsoversikt og spørreundersøkelse konkluderer forstudiet med at Klinisk stige har bidratt til fremme rekruttering og stabilitet i perioden hvor sykehuset slet med høy turnover. I denne undersøkelsen skal fokuset derfor være på målområde 2, *Kvalitet*.

Evalueringen skal vurdere følgende:

- I hvilken grad har Klinisk stige realisert målområdet kvalitet?
- Kartlegge STHF`s fremtidige behov for kompetanseutvikling for sykepleiere

- Gi anbefalinger om nye målsettinger for Klinisk stige
- Hvilke endringer må gjøres for at kompetanseutviklingsprogrammet er tilpasset fremtidens behov?

## **2.2 Trinn I**

Trinn I er obligatorisk for alle nytilsatte sykepleiere ved somatiske sengeposter, og går over ett år med påmeldning via enhetsleder. Trinnet består av til sammen 39 felles forelesningstimer og 20 sykepleiefaglig veiledningstimer i gruppe, samt tid til klinisk fordypning og klinisk veiledning knyttet til arbeid i enheten. Trinnet legger opp til at deltakere starter systematisk dokumentasjon av sin ervervete kompetanse. Nye sykepleiere tas inn hver høst og vår, avhengig av antall nytilsatte i gjeldende periode.

Hovedfokuset for Trinn I er å sikre god introduksjon til STHF, gjøre sykepleierne kjent med STHF som arbeidsplass og utvikle tilhørighet til sykehuset. Det er et mål at sykepleierne utvikler faglig identitet og at det vekkes interesse for videre personlig fagutvikling hos den enkelte sykepleier.

## **2.3 Trinn II**

Målgruppa er sykepleiere med to-tre års arbeidspraksis som ønsker å fordype seg innen et spesifikt fagområde. Fordypningsområdet må være i tråd med enhetens/seksjonens kompetanseutviklingsplaner. Deltakelse i trinnet krever egeninnsats, motivasjon og modenhet. Trinnet har en varighet på to år og krever søknad med anbefaling fra nærmeste leder. Undervisningsprogrammet består av aktuell ”breddekunnskap” innenfor medisins/sykepleiefaget og består av 48 timer forelesningstimer. Veiledningstilbudet er på 40 timer. I løpet av de to årene skal deltakerne skrive tre refleksjonsnotater. Refleksjonsnotatet skal være et redskap for sykepleieren til å reflektere over egen sykepleieutøvelse og en øvelse i oppgaveskrivning. De skal også fordype seg i 1000 sider litteratur relatert til fordypingsområdet.

Hovedfokus for Trinn II er at sykepleieren skal videreutvikle faglig identitet og handlingskompetanse til å kunne arbeide selvstendig og være en ressurs/rollemodell for kollegaer i pasientrettede funksjoner. Sykepleieren skal opparbeider kompetanse innenfor aktuelt fordypningsområde samt styrke sitt engasjement og motivasjon for klinisk arbeid og fagutvikling i egen enhet/seksjon

## **2.4 Trinn III**

Målgruppe er sykepleiere med minimum tre års arbeidspraksis som ønsker videre målrettet kompetanseutvikling med mål om å bli ekspert og klinisk spesialist. Trinn III ble aldri startet opp, på grunn av for få påmeldte. En medvirkende årsak var også at sykepleierne som ønsket videre skoleing hadde svært forskjellig erfaringsbakgrunn og ønsket derfor mer individuelt tilpasset opplegg enn det Trinn III kunne tilby. Arbeidsgruppe 4 har derfor ivarettatt den videre skoleingen frem mot Klinisk spesialist, og kurs ved Hit har vært en del av forløpet.

Hovedmål for Trinn III (og arbeidsgruppe IV) er at den teoretiske, praktiske og etiske kunnskap blir en integrert og personlig kompetanse hos sykepleieren og at sykepleieren kan samarbeide aktivt og målrettet med andre faggrupper i pasientretta funksjoner og i fag- og organisasjonsutvikling. Sykepleieren oppnår kompetanse på ekspertnivå innen aktuelt fordypningsområde. Sykepleieren skal kunne undervise og veilede pasienter, pårørende og kollegaer ved å anvende metodekunnskap innen veiledning og pedagogikk. Videre er målet at sykepleieren har metodekunnskap til å arbeide med fag- og kvalitetsutvikling og tilstrekkelig administrasjons- og organisasjonskunnskap til å se sammenheng mellom egen/enhetens praksis og sykehusets mål og forutsetninger. Det er også et mål at sykepleieren kjenner at de får utviklet og brukt sin kompetanse på Sykehuset Telemark ved å bidra til et aktivt fagmiljø ved egen seksjon og på sykehuset som helhet.

## **2.5 Arbeidsgruppe 4**

Dette er et tilbud til erfarne sykepleiere med 4-5 års praksis i arbeid med samme pasientgruppe, og som har jobbet systematisk mot klinisk spesialistgodkjenning. Deltakelse forutsetter søknad og godkjenning fra nærmeste leder. Deltakerne får hjelp til å utarbeide en individuell kompetanse/handlingsplan for å nå målet. Arbeidsgruppe 4 innebærer gruppeveiledning og individuell veiledning på oppgaveskrivning. Deltaker søker selv NSF for godkjenning som klinisk spesialist.

## **2.6 ”Klinisk stige” og NFS` s ”klinisk spesialist”- godkjenning**

NSF` s rammer er brukt som et utgangspunkt i den kliniske stigen. (timefordeling i teoriundervisning / oppgavestørrelse / antall litteratursider osv.). Det skal *være mulig* å kunne søke om godkjenning i NSF etter endt ”Klinisk stige” ved STHF (evt. ha kort vei igjen til en kan oppnå godkjenningen). Ved STHF understrekes det at denne stigen er sykehusets egen variant. Kliniske stige ved STHF kan strekke seg over flere enn 5 år, og det er mulig å ta pause mellom hvert enkelt trinn. STHF` s opplegg vil derfor *ikke alltid* samsvare 100% med NSF` s kriterier, som vektlegger kontinuitet i større grad.

Trinn III har ikke kommet i gang. I stedet har det videre utdanningsforløpet etter Trinn II blitt arrangert gjennom Arbeidsgruppe IV, som blant annet innebærer et fagkurs i regi av Høgskolen i Telemark. 14 sykepleiere har oppnådd tittelen "klinisk spesialist NSF" gjennom arbeidsgruppe IV. Flere av disse er erfarne sykepleiere som har begynt rett på arbeidsgruppe IV uten å følge Trinn I og Trinn II først.

### **3 EVALUERING OG METODE**

Evalueringen av Klinisk stige ved STHF bygger på fokusgruppeintervjuer med sykepleiere som har gått Trinn I, Trinn II, Kliniske spesialister, fagutviklingssykepleiere, enhetsledere og klinikksjefer. I utgangspunktet ble utvelgelsen av sykepleiere fra Trinn I og Trinn II foretatt ved tilfeldig valg ut fra navnelistene. Henvendelse ble tatt både direkte til sykepleierne og gjennom enhetslederne. Etter hvert som sykepleierne ble forespurt, viste det seg at svært få av de tilfeldig valgte kunne delta. Årsaker som ble oppgitt var at de har sluttet, hadde permisjon, var sykemeldte, at intervjuet falt på en fridag, at de skulle på seinvakt, eller hadde for lang vei å reise på en fridag. I utgangspunktet var det planlagt å intervju 22 deltakere fra Klinisk stige. Ca 40 sykepleiere ble forespurt, og til slutt hadde vi to grupper fra Trinn I hvor til sammen fem stykker møtte til intervju. De hadde gjennomført Trinn I i 2006 og 2007. Fire stykker uteble uten beskjed.

Fra Trinn II møtte firesykepleiere + en som ble intervjuet pr. telefon. Vi intervjuet også fire fagutviklingssykepleiere, to kliniske spesialister (av seks inviterte), fire enhetsledere, to klinikksjefer, og en seksjonsleder en nå er tilknyttet psykiatrisk. Sistnevnte har tidligere vært delaktig i utvikling og etablering av programmet ved de somatiske klinikkene.

Prosjektleder/sykepleier Anlaug Botnen organiserte intervjuene og noterte under intervjuene. Hun stilte også spørsmål og deltok i samtalene. I samarbeid mellom Anlaug Botnen og Heidi Haukelien ble det utarbeidet intervjuguider til de ulike fokusgruppene. Spørsmålene var tematisk organisert, og selve spørsmålene ble kun brukt veiledende. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd, og opptakene vil bli slettet når oppdraget er utført (medio mars 2008).

Antallet intervjuede sykepleiere som har gått trinnene, er noe mindre enn planlagt og mindre enn ønskelig. Det er for eksempel vanskelig å vite om uttalelser fra fem sykepleiere som har gjennomført Klinisk stige Trinn I er representative for alle sykepleierne som har gjennomført dette trinnet. Når vi allikevel mener å ha oppnådd rimelig god sikkerhet med hensyn til svarenes representativitet, henger det sammen med den store graden av samsvar i svarene mellom de ulike fokusgruppene. For å oppnå deltagelse blant en større andel av sykepleierne, ble det invitert til dialogseminar 12. februar hvor foreløpige resultater av prosessen ble lagt frem. Mange sykepleiere og andre som har berøring med Klinisk stige møtte den dagen. I tillegg til presentasjon av foreløpige funn, ble deltagerne delt inn i grupper for å diskutere enkelte problemstillinger hvor det var behov for flere synspunkter

enn de vi hadde fått gjennom intervjurunden. Innspillene var veldig nyttige i den videre behandlingen av dataene, og er flettet inn i denne rapporten.

I denne rapporten blir svarene fra sykepleierne som har fulgt Trinn I og Trinn II presentert hver for seg. Deres kommentarer til innhold, dybde og progresjon mellom trinnene er viktig å presentere separat fordi de gir det beste innblikket i hvordan undervisningen erfares fra innsiden. Tilbakemeldinger fra de øvrige fokusgruppene er flettet inn under ulike temaer og ikke presentert for seg. Etter presentasjonen av resultatet fra intervjuene med sykepleierne fra Trinn I og Trinn II, diskuteres forholdet mellom kompetanse og kvalitet samt spørsmålet om hvilke andre betingelser enn kompetanse som må være tilstede for å oppnå kvalitet. Dette knyttes til det jeg velger å omtale som *faglighetens infrastruktur*, og som begrepsfester hvordan kompetanse og kvalitet må ses i en organisatorisk kontekst. Til slutt diskuteres hvilke behov for nyorienteringer som tegner seg på grunnlag av intervjuene og på grunnlag av utviklingen i samfunnet for øvrig.

## 4 ANALYTISK PERSPEKTIV

Etableringen av Klinisk stige ved STHF kom i en tid hvor dette sykehuset, i likhet med resten av sykehus-Norge, gjennomgikk omfattende endringsprosesser. Dette er endringer som har betydning for sykepleiernes daglige arbeide, og er derfor viktig å ta i betraktning når vi skal vurdere sammenhengen mellom Klinisk stige og kvalitet. Jeg vil her presentere en innfallsvinkel til å forstå den politisk-økonomiske og organisatoriske rammen som Klinisk stige er en del av.

I 1998 ble ansvar og myndighet som tidligere sorterte under fylkestinget lagt til sykehusdirektøren. Økonomiske incentiver ble innført for å stimulere til økt effektivitet. Lange ventelister og dårlig utnyttelse av kompetanse var noen av problemene stortingsflertallet ville til livs. Den nye finansieringsmodellen innebar at 50% av sykehusenes finansiering kom som rammeoverføring, mens 50% kom som såkalt innsatsstyrt finansiering. Denne prosentfordelingen har variert i årene etter reformen. Endringene betydde blant annet at budsjettoverskridelser ble uakseptabelt, og ved de fleste norske sykehus ble det iverksatt initiativ for å redusere kostnader og øke effektiviteten. Organiseringen i enheter med desentralisert faglig og økonomisk ansvar, gjorde at avveiningen mellom disse to hensynene kom nærmere den kliniske virksomheten. Dette innebar at faglige hensyn i langt større grad enn tidligere ble gjort relative til spørsmålet om inntjening. Det økte selvsagt handlingsrommet, men det fikk også andre og kanskje mindre ønskelige effekter. Fremfor alt ble gevinsten av å intensivere arbeidet langt større enn før. Det fikk utvilsomt størst effekt på sykepleiefunksjonen, som ikke er spesifisert som et sett inntektsregulerende handlinger, slik legers arbeid er. Det er svært sannsynlig at intensivering av arbeid påvirker kvalitet, men det er vanskelig å slå fast dersom 1) dette ikke måles systematisk, 2) dersom inntjenings- og innsparingsbehovet får økt betydning, og/eller dersom arbeidskraften er fleksibel og i stand til å kompensere for de mest uheldige konsekvensene.

Men på tross av disse omorganiseringene, der effektivisering og økonomisk styring har vært sentrale, har det vist seg vanskelig å få kontroll med ressursbruken i norske sykehus. Økt ressursbruk i sykehusene har flere forklaringer, blant annet økte behandlingsmuligheter, flere eldre pasienter og økte dokumentasjonskrav. I følge Kommunal Rapport 26.02.08, var budsjettsprekken i Helse Sør-Øst i fjor på mer enn en milliard kroner. Sykehuset Telemark HF er et sykehus som kommer bedre ut enn de fleste når det gjelder økonomistyring. Likevel er det svært sannsynlig at stram økonomi har betydning for sykepleiernes arbeidsvilkår og deres mulighet til å realisere kvalitet. Disse faktorene skaper en økt kompleksitet der kravene til faglig dyktighet og håndtering av dilemmaer stadig vokser. En av klinikkssjefene som ble intervjuet uttrykte det slik under fokusgruppeintervjuet: *Det er dilemmaer i alt vi gjør.*

Sykepleierne, med sin utdanningsbakgrunn – som er sterkt forankret i individuell etikk – har under slike forhold en tendens til å rette et kritisk søkelys på sin egen fagutøvelse for å redusere negative effekter av eksterne forhold, og i mindre grad rette søkelyset på hvilke rammefaktorer som setter grenser for kvalitet (Vike m fl. 2002). En svært vanlig strategi er at sykepleierne kompenserer for kapasitetspress ved å spre ressursene på flere pasienter, og kvaliteten blir dermed utsatt for trussel om å bli redusert. Det bidrar til å forsterke det individuelle ansvaret og følelse av utilstrekkelighet dersom kvaliteten på tjenestene ikke er god nok. Det fører ikke nødvendigvis til mer ”etisk praksis”, men i mangel av strategier og kunnskap om hvordan påvirke institusjonelle rammer, skapes stress som kan få konsekvenser for kvaliteten på arbeidet som utføres. Noe som ser ut til å skille sykepleierne arbeid fra andre deler av det moderne arbeidslivet, er at det i liten grad eksisterer *mekanismer* for å sikre forutsigbar og stabil kvalitet. Likevel er sykepleieren ansvarlig for at tjenesten hun yter er forsvarlig ut fra helsepersonelloven. Flere av sykepleierne vi har intervjuet i forbindelse med evaluering av Klinisk stige ved STHF trekker frem eksempler der de må foreta prioriteringer som medfører reduksjon i kvaliteten på sykepleietjenesten fordi det ikke er tilstrekkelig med personale til stede for at kvaliteten skal ivaretas optimalt. Prioriteringene foretas i de fleste tilfellene individuelt, og blir i liten grad synliggjort som en konsekvens av knappe ressurser. Sykepleierne som arbeider på de mest pressede enhetene forteller at når de har god bemanning, får de ytt bedre omsorg, og pasientene blir mer tilfredse. Det betyr at kvaliteten på sykepleietjenestene til enhver tid er betinget av tilgjengelig tid og ressurser i enheten. Makt- og demokratiutredningen som ble avsluttet i 2005 konkluderer med at velferdsstaten har et *kapasitetsproblem* (Østerud, Engelstad og Selle 2004). Målene den forfølger overgår kapasiteten. Det skaper dilemmaer som spres utover og nedover i organisasjonen, og som må håndteres der hvor evnen og muligheten til fleksibilitet er størst, og hvor avgrensings- verktøyene er vanskelig å identifisere. Som nevnt ovenfor har slike prosesser en tendens til å ramme sykepleiefunksjonen som er en relativt grenseløs virksomhet. Det er derfor viktig å undersøke hvilken effekt dette har på kvaliteten av sykepleien, siden dette faktisk i svært liten grad gjøres av sykehuset selv.

Ved andre enheter er ressursene mer i balanse med kravene, og mulighetene for å arbeide systematisk med kvalitet er i stor grad til stede. Disse ulike betingelsene utgjør det felte Klinisk stige retter seg mot for å heve kvaliteten. Å ta hensyn til slike organisatoriske forhold er, etter min vurdering, den eneste måten å sørge for at Klinisk stige blir et redskap som sykehusets ledelse kan bruke for å nå målene om bedre samhandling, koordinering og effektivitet, samtidig som kvaliteten på tjenestene blir forutsigbar og etter en forventet standard.

## **5 SYKEPLEIERE TRINN I**

I utgangspunktet ble det lagt opp til å intervju ti sykepleiere som har gjennomført Trinn I. Etter hvert som tilbakemeldingene om frafall kom, utvidet vi listen. Ca 40 sykepleiere som har gjennomført trinn ble forespurt om å delta, enten gjennom brev /mail eller direkte via sin leder. Oppgitte årsaker til at de ikke kunne delta var at de har sluttet, hadde permisjon, sykmelding, fridag, skulle på seinvakt, eller at de har for lang reisevei til å komme på en fridag. Vi har ikke fått tilbakemelding om at noen ikke kunne komme grunnet travelhet i enheten. Flere ga ikke tilbakemelding på henvendelsene våre, så vi var spente på hvor mange som ville dukke opp til slutt. Det kom fem sykepleiere fordelt på to grupper til intervjuene.

Det er selvsagt færre enn vi ideelt hadde ønsket, og fordelingen kunne også vært bedre. En av de intervjuede representerer en medisinsk avdeling, mens de øvrige fordeler seg på to kirurgiske enheter.

### ***5.1 Innhold i Klinisk stige, Trinn I***

#### ***5.1.1 Nytte og relevans***

Informantene ble spurt om innholdet i Trinn I var nyttig og relevant med tanke på den jobben de gjør som sykepleiere på de ulike enhetene. Svaret på dette spørsmålet varierte ut fra hvor lenge sykepleierne hadde jobbet på sykehuset før de begynte på Trinn I, og hvor lenge det var siden de hadde gått ut fra sykepleierhøyskolen. Den mest betydningsfulle faktoren med tanke på nytte og relevans var hvor lenge de hadde jobbet i enheten og om de hadde rukket å gjøre seg kjent med arbeidets innhold og enhetens rutiner før de begynte i Klinisk stige. For sykepleiere som hadde jobbet som vikar i enheten lenge før de ble fast ansatt, opplevdes noe av undervisningen som for elementær å bruke tid på. Likevel understreker alle at de hadde nytte av å repetere og friske opp enkelte prosedyrer, enten de var ferske fra sykepleierhøyskolen eller hadde jobbet en stund. En understreket at hun lærte *noe* nytt knyttet til alle prosedyrene i Trinn I. Et par andre understreket at undervisningen opplevdes som mer relevant enn undervisningen som ble gitt på sykepleierhøyskolen. Det forklarte de med at det var ansatte ved sykehuset som underviste, og at de kjente stoffet godt siden de jobber med det til daglig.

### 5.1.2 Temaer

Hva lærte sykepleierne i Trinn I som de mente hadde vært nyttig og relevant for deres daglige arbeid? Flere av temaene som ble trukket frem, har preg av å være kunnskap som knytter seg til konkrete arbeidsoppgaver. Men også utfordringer knyttet til mindre håndfaset temaer fikk gode karakterer. Det som ble spesielt fremhevet som nyttig av en eller flere var:

1. legemiddelhåndtering
2. blodtransfusjoner
3. den vanskelige samtalen
4. grensesetting
5. bibliotek
6. det gode stedet
7. non-touch.metoden i CVK

Sykepleierne opplevde at undervisningen ga dem økt handlingsberedskap når det gjaldt å håndtere praktiske utfordringer i det daglige arbeidet i enheten. På spørsmål om det var andre temaer som også burde inn på pensum, trakk de frem *diabetes, avviksregistreringer, sår, og blodprøver* knyttet til ulike sykdommer. Med hensyn til avviksregistreringen var sykepleierne usikre på *når* det skulle meldes avvik, *hvordan* det skulle meldes avvik, og til en viss grad *hvorfor* det skulle meldes avvik. Det siste fordi de opplevde at det var liten oppfølging av avvik. De visste at avviksmeldinger ”*går til ledelsen*”, men så ikke at det skjedd så mye i etterkant. De syntes systemet virket tungvint i bruk, noe som kanskje har sammenheng med at de kunne for lite om det, og hadde fått for liten opplæring/trening på det i det daglige arbeidet. De opplevde også at det tok mye tid.

*Skal vi prioritere det fremfor andre ting? Skal vi sitte på overtid og skrive avviksmeldinger?*

Sykepleier Trinn I

Sykepleierne som har gjennomgått Trinn I kunne ønske seg mer informasjon om hvordan *akutteamet* fungerer, og hva som er deres oppgave når akutteamet blir tilkalt. I tillegg understreket de betydningen av å ha kunnskap om *smertelindring*. De ønsket å vite mer om hvor mye smertestillende de kunne gi, hva de skulle observere, og når det var farlig å gi mer smertestillende. En av sykepleierne fortalte at før hun lærte om smertelindring var hun stadig redd for at pasienten skulle dø når hun ga morfin. Nå, som hun hadde lært mer om smertelindring, så hun at hun var i stand til å sørge for at pasienten fikk det godt fordi hun var trygg på hvor mye og hvor ofte hun kunne gi morfin.

På spørsmål om deltagelse i Klinisk stige bidro til økt tverrfaglighet, mente de at undervisningen til en viss grad gjorde det lettere å ta kontakt på tvers. Likevel kunne de gjerne tenkt



få mer kjennskap *andre yrkesgrupper, for eksempel fysioterapeuter, ergoterapeuter og prest.*

### **5.1.3 Dybde**

Hvorvidt dybden i stoffet som blir presentert er adekvat eller for elementær (ingen har kommentert at det er for avansert), varierer med bakgrunn og erfaring. Flere sykepleiere som var nyutdannet da de begynte på Trinn I, mener det ble mye repetisjon fra grunnutdanningen. Men flere understreker at det ikke er noe problem, for det er ok å få det repetert.

Det som blir fremhevet som særlig nyttigundervisning på dette trinnet, er der hvor man klarer å formidle noe av *ekspertkunnskapen* og *eksperttipsene* videre. Å få undervisning av sykepleiere som er eksperter, enten fordi de er kliniske spesialister eller fordi de til daglig arbeider med fagområdet, gjør at undervisningen får en høy grad av legitimitet. En sier det slik:

*Det er mer reelt det vi lærer her i klinisk stige, mer relevant, ikke så idealisert. Forelesere her er i arbeid her ved ST, det bidrar til at de ser våre problemer mer realistisk enn på skolen.*

Sykepleier Trinn I

## **5.2 Organisering**

Informantene ble spurt om hvordan de vurderer organiseringen av Klinisk stige I. Her er det bare positive tilbakemeldinger fra alle spurte på alle trinn og i alle funksjoner. Undervisningen var forutsigbar, de fikk oversikt over all undervisning i god tid, og de fikk beskjed dersom det var endringer – både via nett og på papir. Vi ser at vurderingen av nivået på undervisningen varierte ut fra sykepleiernes bakgrunn. Tidspunktet for når de startet i Trinn I i forhold til hvor lenge de har arbeidet i enheten er en av variablene som får stor betydning for utbyttet av undervisningen.

Det er flere utfordringer knyttet til å velge det riktige tidspunktet, som gir best faglig utbytte for sykepleierne som skal begynne i Trinn I. De har ulik erfaring. Noen er nyutdannede, og for dem kan Trinn I også fungere som en slags introduksjon til arbeidslivet. Noen har arbeidet på andre sykehus, og tar med seg andre rutiner for utføring av prosedyrer som stell av CVK, administrering av blodtransfusjoner, og andre vanlige prosedyrer. Andre har arbeidet i kommunehelsetjenesten, mens andre nyutdannede sykepleiere har arbeidet i enheten mens de var studenter. Det betyr at Trinn I kan bestå av en svært uensartet gruppe med svært forskjellige behov for undervisning. Det er heller ikke enkelt å velge tidspunkt ut fra hva som er ideelt for den enkelte. Grunnen til at flere må vente med Trinn I, er at det ikke er mulig å sende flere enn to sykepleiere fra samme enhet på en gang. Arbeidsbyrden for

de som er igjen blir for stor. Dersom det er flere nyansatte, slik noen har gitt eksempler på, vil det kunne gå lang tid før en får mulighet til å ta Trinn I. Flere dette angår har begynt sin karriere som vikarer, og har derfor ikke blitt prioritert til Trinn I. Det vanlige er altså at sykepleiere blir sendt på undervising først når de har blitt fast ansatt – selv om de da allerede har jobbet flere år ved den samme enheten. Begrunnelsen for dette har trolig sammenheng med vurdering av hvorvidt enhetslederne skal satse på opplæring av sykepleiere som går i vikariater. Enhetslederne vet jo ikke om disse vikarene kommer til å fortsette ved sykehuset, eller hvor mye de kommer til å jobbe. Likevel er det god grunn til å tro at vikarer, både de som går i sporadiske vakter og i lengre vikariater, er svært viktige for å få turnusen til å gå opp, og at de representerer en fleksibel reservearbeidsstokk som sykehuset gjerne vil beholde. Sykepleiere som går i vikariat, vil i mange situasjoner ha like stort ansvar som de faste sykepleierne, og vil oppleve mange utrygge situasjoner, spesielt når de er nye. Ekstravakter har ofte mindre kontinuitet i vaktene og behovet for oppfrisking og opplæring i prosedyrer og rutiner vil være stort av den grunn. Det vil gi dem en større trygghet i den tiden hvor de er mest usikre. Ser vi på bakgrunnen for innføring av Klinisk stige, som er å rekruttere og beholde sykepleiere og å heve kvaliteten, vil det å sende vikarer på Trinn I nettopp kunne være et middel til å gjøre dem trygge og dermed øke sjansen for at de ønsker å fortsette. Det vil også bidra til å øke kvaliteten på arbeidet de utfører. Spørsmålet ble diskutert på dialogmøtet. Der ble det understreket at det bør være vikarer som går i lengre vikariater, for eksempel i forbindelse med svangerskapspermisjon, som får tilbud om å gå på Klinisk stige.

Det kan oppleves stressende å begynne for tidlig på Klinisk stige. Dersom oppstarten skjer før en er blitt kjent på sin egen enhet, vil det i følge informantene, kunne oppleves som en ekstra belastning i tillegg til det å være ny og prøve og finne ut av hvordan enheten fungerer. Dersom tidspunktet faller noe senere, vil de faglige spørsmålene kanskje dukke opp av seg selv, og mottageligheten for det man lærer blir trolig større. På den andre siden beskrives det å starte for sent i klinisk stige som "*et pliktlop*" fordi innholdet da blir for elementært. Man har tilegnet seg kunnskapen gradvis, føler at man fungerer bra i enheten, og ser derfor ikke behovet for å bli tilført opplysninger som i noen grad også inneholder elementer av innføringskurs. På spørsmål om hvilke tidspunkt som anses som ideelt, foreslår informantene fra 3 til 6 måneder etter at de begynte i enheten. Denne vurderingen ble bekreftet på dialogmøtet.

Dersom sykehuset ønsker å presentere et introduksjonsprogram for sine nyansatte sykepleiere, er det naturlig at tilbudet kommer mens vedkommende fremdeles er ny og har behov for grunnleggende introduksjon – uansett hvilke press enheten står under med tanke på daglig drift. Som nyansatt bør derfor sykepleierne få rettet oppmerksomheten mot kunnskap om hvordan ulike interne systemer, som avviksregistrering, bruk av intranett, kvalitetssystemer og sykehusets målsetting og verdigrunnlag – områder hvor STHF har sine egne systemer som ikke kan læres gjennom utdanning eller praksis andre steder. En slik introduksjon bør skje så raskt som mulig, og helst innen den første måneden og kan presen-

teres til flere yrkesgrupper samtidig. Derfor kan det være en god strategi å dele opp Trinn I i en introduksjonsdel som kommer helt i oppstarten og en mer faglig orientert del som kommer litt senere. Den faglige delen bør komme på et tidspunkt hvor den ansatte fremdeles har behov for opplæring. På den måten kan flere hensyn ivaretas samtidig. Det er rasjonelt å gi felles undervisning om temaer som er nødvendig for alle yrkesgrupper å kjenne til. En slik felles introduksjon vil kunne synliggjøre ulike yrkesgruppers funksjon, behov og innfalsvinkel til felles utfordringer samtidig som nyansatte blir kjent med hverandre på tvers av faggrensene. Å vente med å undervise i en del faglig spesifikke oppgaver, vil innebære å tilby svar på spørsmål som sykepleierne allerede har stilt seg fordi de har møtt utfordringer i praksis. De har kanskje erfart at ulike sykepleiere gir ulike svar på hvordan relevante oppgaver skal løses. Undervisning på et tidsrom på mellom 3 og 6 måneder etter ansettelse, vil kunne tilby et svar på hvilke standarder som gjelder ved dette sykehuset. Det vil i mindre grad oppleves som en belastning som kommer i tillegg til å være ny i jobben, og motivasjonen vil trolig være stor fordi de ennå ikke har kommet helt inn i alle rutiner og vil dermed ikke oppleve undervisningen som ”et pliktlop”

Trukket frem som spesielt nyttig Trinn I

- Legemiddelhåndtering
- Blodtransfusjoner
- Non-touch metoden i CVK behandling
- Den vanskelige samtalen
- Bibliotek
- Det gode stedet
- Grensesetting

Figur 5-1 Nyttige tema Trinn I

Nye/utvidede tema Trinn I

- Diabetes
- Avviksregistreringer
- Sårstell
- Blodprøver knyttet til ulike sykdommer
- Akutteam
- Smertelindring
- Kjennskap til flere yrkesgrupper

Figur 5-2 Ønske for tema Trinn I

## 6 SYKEPLEIERE TRINN II

### 6.1 Temaer/progresjon

Sykepleierne vi har intervjuet som har gått på Trinn I og II syntes det var for stor likhet mellom de to trinnene. Det gjaldt både metodene i undervisningen, dybden i undervisningen og at det i flere tema var de samme som foreleste på begge trinnene. De fleste hadde forventet seg mer progresjon mellom trinnene, og at i den grad de samme temaene ble belyst i begge trinn, ville innfallsvinklene variere slik at de lærte enda mer om disse temaene. De foreslo at undervisningen på Trinn II kunne ha et større innslag av refleksjon, drøfting og bruk av case. Sykepleierne er opptatt av at Klinisk stige skal gi økt kunnskap i pasientkategorier som er aktuell på tvers av enhetene. De nevner behov for dypere kunnskap om lungesykdommer, CPAP, respirator, Individuell plan, kreftpasienter, og at det var lite om kirurgiske pasienter. Også psykiatri blir nevnt som et område de kan for lite om. Her ønsker de seg også noen å ringe til når de har utfordringer i forhold til konkrete pasienter. Lovverket knyttet til tvang og tvangsmedisinering er også aktuelt å kunne noe om.

### 6.2 Refleksjonsnotater/refleksjonssamlinger

Sykepleierne som har gått på Trinn II, fortalte at de gjennom Trinn II likevel hadde fått masse inspirasjon til å fortsette faglig fordyping og eventuelt videre studier. Det var særlig refleksjonsnotatene og refleksjonssamlingene som ga en "forløsning" til å satse videre. En av dem fortalte at da de fikk i oppgave å finne en situasjon å skrive refleksjonsnotater på grunnlag av, ble hun veldig usikker på hvordan hun skulle klare å finne frem til en slik situasjon. Hva var en god situasjon å bruke i en slik sammenheng? Var situasjonene hun tenkte på viktige nok til en slik refleksjon? Etter hvert som hun gikk gjennom prosessen med å lete etter situasjoner, skrive, tenke og dele med veileder og andre medstudenter, opplevde hun å bli mer oppmerksom på "øyeblikk" og situasjoner å reflektere over. Hun husket bedre situasjonene som hadde vært og de faglige refleksjonene hun hadde gjort. Dette var noe også de andre sykepleierne kjente seg igjen i. De understreket hvor viktig det var "å bli tvunget til å skrive". I ettertid har flere av dem skrevet refleksjonsnotater på eget initiativ. En fortalte at hun hadde fått trykket sin tekst i STHF Buletin, mens en annen hadde levert sine refleksjoner til Klinisk etisk komité ved STHF.

Sykepleierne beskriver en læringsprosess som er langt mer gjennomgripende enn læringsprosessen i Trinn I. Erfaringen innebærer en personlig utvikling gjennom "å bli tvunget til å skrive og reflektere og gjøre sine indre tanker tilgjengelig for dem selv og for verden utenfor til en tilstand der de erfarer at "plutselig går det av seg sjøl". Positiv respons og støtte fra veiledningsgruppa har gjort at mange har overvunnet en skrekk for å eksponere sin faglighet og gitt dem økt tro på egne evner. I tillegg har de lært seg formelle krav knyttet til skriftlige arbeider og dermed blitt i stand til å delta i faglige diskusjoner også ut over STHFs interne offentlighet.

### 6.3 Betydning for utøvelse av praksis

Sykepleierne som har gått Trinn II ble bedt om de kunne sette ord på hvilke konsekvenser Trinn II eventuelt har hatt for det daglige arbeidet som sykepleiere. Konsekvensene de beskriver kan deles inn i to hovedkategorier.

1. det pasientrettede arbeidet
2. motivasjon og kunnskapssøken

Endringer i det pasientrettede arbeidet beskrives med ord som *"faglig tyngde i jobben"*, *"dette kan jeg"*, *"Du synker dypere ned i relasjonen til pasienten og du ser enda bedre det du ikke får gjort"*, *"kan svare pasientene på en god måte"*, *"du blir trygg på deg sjøl og greier å forklare det (for pasientene) enkelt."*, *"mer bevisst på kvalitet og hva en ikke får gjort"*. Uttalelsene beskriver altså sykepleiere som har tilegnet seg kunnskap som oppleves relevant i møte med pasientene, og den gjør dem sikrere i den konkrete utøvelsen og i relasjonen til pasientene.

Med hensyn til motivasjon og kunnskapssøken opplever flere at de har fått en ny giv i hverdagen og at de tar flere initiativ til å undersøke videre det de ikke vet nok om. En sykepleier forteller at hun har *...fått lyst til å ta mer, mer mer*, og for flere er det nå mer aktuelt å ta videreutdanning enn det var før de begynte på Trinn II..

#### Ønsker Trinn II

- Større progresjon
- Variasjon i metoder, innfallsvinkler og forelesere
- Mer refleksjon, drøfting
- Bruk av case
- Individuell plan
- Lungesykdommer (CPAP, respirator)
- Individuell plan
- Kreftpasienter
- Kirurgiske pasienter
- Psykiatri
- Lovverk knyttet til bruk av tvang

Figur 6-1 Ønsker for Trinn II

## 7 BETYDNING AV VEILEDNING

I løpet av klinisk stige Trinn I og II, har sykepleierne vært igjennom 60 timer gruppeveiledning. Det er også lagt opp til klinisk veiledning som skal gjennomføres på den enkelte avdeling. Det knyttet mange lovord til den obligatorisk veiledningen. Flere var skeptiske før de begynte, men opplever i ettertid at det var en virkelig betydningsfull del av stigen. De fleste var fornøyde (og mer enn det) med veilederne, og de opplevde det som en arena hvor de kunne få satt ord på vanskelige erfaringer og situasjoner de hadde opplevd, og *”lette på trykket”*. I tillegg til gode veiledere har erfaringen med å få støtte fra kollegaer vært særlig viktig. Gjennom veiledningen lærte de også å ta i bruk alternative innfallsvinkler til å løse et problem, og en understreket at gjennom veiledningen fikk hun en bedre forståelse av sin egen rolle som profesjonell, og det ble utfordrende og morsomt å løse vanskelige situasjoner. Felles for de fleste var imidlertid at det var belastende å gå i fra enheten når det var mye å gjøre. En av de intervjuede syntes det var for stort språk med hensyn til alder og erfaring i veiledningsgruppa. Hun opplevde at mange situasjoner som ble brakt inn til veiledningsgruppa var for elementære for henne. En annen understreket at hun lærte mye nytt selv om de andre på veiledningsgruppa var yngre og mer uerfarne enn henne.

Den kliniske veiledningen som skal være en del av Klinisk stige, ser det ut til å være mindre systematisert. Et par av de intervjuede har ikke hørt om den delen av Klinisk stige, mens en tredje understreker at det må du ta ansvaret for sjøl. Den kliniske veiledningen skal gjennomføres på enhetene og det er i hovedsak fagutviklingssykepleierne som står for den. Den enkelte arbeidstaker må selv ta initiativ til å oppsøke veiledning og få signert sin sjekkliste over ulike prosedyrer. På dialogmøtet kom det frem at ordningen med å knytte klinisk veiledning til Klinisk stige i utgangspunktet kom i stand fordi man hadde få veiledere og fordi det var nødvendig å dokumentere et visst antall veiledningstimer for å få godkjenning som Klinisk spesialist fra Norsk Sykepleierforbund. I dag er situasjonen med antall veiledere endret, og derfor kan ordningen med klinisk veiledning knyttet til stige vurderes tatt ut. Klinisk veiledning blir uansett ivaretatt av fagutviklingssykepleierne på enhetene, og på dialogmøtet så det ut til å være enighet om at samtalene med nye medarbeidere som blir gjennomført etter tre og seks måneder ivaretar den kliniske opplæringen.

## 8 TILRETTELEGGING

Praksis for tilrettelegging varierer fra klinikk til klinikk og fra enhet til enhet. Noen enheter har innarbeidet studietid i turnusen, så for dem er lettere å kunne utnytte tiden før eller etter undervisning til egne studier enn der hvor så ikke er tilfelle. Noen steder praktiseres det innsettelse av vikar dersom undervisningen varer fra tre timer og oppover.

Tilbakemeldingene er entydige med hensyn til at det er stressende å ha halve dagers undervisning. Den/de sykepleierne som går i fra enheten vet at kollegaene som er igjen på enheten får ekstra mye å gjøre. Derfor hender det at sykepleiere ikke går på undervisningen hvis

det er for hektisk på enheten. Noen forteller at de går tilbake på enheten for å skrive rapport etter å ha vært borte halve dagen. Enhetslederne mente også at denne ordningen ikke er tilfredsstillende, og er innstilt på å leie inn vikar dersom Klinisk stige blir organisert som heldagsundervisning.

Sykepleierne som ble intervjuet fra Trinn I og II er samstemte i at lederne er positive til at de skal gå på Klinisk stige. Lederne oppmuntrer sykepleierne, og noen er flinke til å se hva den enkelte er god på. Flere beskriver ledernes rolle i dette som positive, men at de ikke har mulighet til å bidra så aktivt i tilrettelegging av kompetanseheving blant sykepleierne. Uttalelser som *"Lederne gjør så godt de kan!"* og: *"Lederne prøver å legge til rette!"*, vitner om at sykepleierne kjenner godt til ledernes utfordringer knyttet til det å ha ansvar for den daglige driften på den ene siden, og å sørge for tilrettelegging av kompetanseheving på den andre siden. Uttalelsene forteller også at både sykepleiere og ledere innretter seg som best de kan uten noen ambisjoner eller forhåpninger om å endre på rammene. En illustrasjon på dette er den så å si enstemmige begrunnelsen for at Klinisk stige Trinn I fortsatt bør være obligatorisk: **Dersom den ikke var obligatorisk ville ikke lederne prioritere den.**

## 9 REKRUTTERING TIL KLINISK STIGE

En av klinikkjefene uttrykte skuffelse over at ikke flere sykepleiere søkte seg til Klinisk stige ut over det obligatoriske Trinn I. Da Klinisk stige ble etablert var inntrykket at det ikke var lønn, men faglig fordyping som var det mest attraktive ved å få et slikt utdanningstilbud til sykehuset. Enhetslederne forteller at de spør sykepleierne om de er interessert i å fortsette i stigen, men at det er vanskelig å rekruttere folk. Sykepleierne selv og enhetslederne er klare på hva som er årsaken til den dårlige rekrutteringen. Det skyldes belastningen dette betyr ved siden av jobb i tillegg til manglende systematikk i belønningen. De opplever at jobben i seg selv krever så mye at det blir vanskelig å få finne overskudd til å følge et slikt løp dersom det ikke legges bedre til rette innenfor arbeidstiden. En enhetsleder sier:

*Vi skulle ha gitt mer tid, men som leder er det ikke mulighet til å legge til rette fordi vi trenger sykepleierne i drift.*

Enhetsleder

*En merker hvor bra det er faglig hvis en satser på å bli klinisk spesialist. Men det må satses mer på lønn. Det er mye jobb og mye innsats som en ikke får noe lønnsmessig igjen for.*

Klinisk spesialist

*Jeg begynte på Trinn III, men hadde egentlig ikke tid til å gå. Trinn 3 var heller helt det jeg trodde. Jeg hadde nok ofret mer hvis jeg visste jeg fikk lønn for det.*

Sykepleier

*De som har gått Trinn II har ikke fått et papir eller lønn for det. Det blir veldig opp til eget initiativ og egen idealisme.*

Sykepleier

Flere nevner videreutdanning som et mer attraktivt løp fordi det gir formell kompetanse og det gir uttelling i lønn. Hva kan gjøres for å øke attraktiviteten ved klinisk stige?

I Tidsskriftet Sykepleien nr 1/08 stilles spørsmålet om hvordan man kan lykkes med klinisk stige. Det trekkes frem tre hovedutfordringer:

- Oppfølging fra ledernes side
- Lønnsøkning
- Hvordan brukes kompetansen

Klinisk stige ved fire institusjoner sammenliknes ut fra disse kriteriene. De fire institusjonene har ulike systemer for lønnskompensasjon og formalisering av studiet. Ved Feiring-klinikken har de for eksempel inngått samarbeid med Høgskolen i Akershus om et studieløp som gir 60 studiepoeng. Systematisk belønning gis ved alle institusjonene selv om system og sum varierer fra 10 000 til 20 000, og ved et sted gis kliniske spesialister belønning som spesialsykepleiere (Hofstad 2008).

I sin hovedoppgave i helsefag fra Universitetet i Bergen, undersøker Gro Beate Samdal Klinisk stige som virkemiddel for strategisk kompetanseutvikling. Hun viser til mange positive erfaringer med Klinisk stige, både for den enkelte sykepleier og arbeidsmiljøet og for kvaliteten av arbeidet. Hun viser spesielt til tre hovedutfordringer med tanke på læring og effektiv benyttelse av kompetanse. De samsvarer i stor grad med funnene fra denne evalueringen og den refererte artikkelen i Tidsskriftet Sykepleien. For det første viser hun til stor variasjon i hvordan lederne engasjerte seg i valg av fordypingsområde. Kun en avdelingssykepleier forankret ønske om fordypingsområde ut fra enhetens handlingsplan. Mange opplevde at det var mye opp til dem selv hva de valgte å fordype seg i, og de følte seg alene i prosessen. Det varierte også i hvilken grad kompetansen til de kliniske spesialistene ble anerkjent, synliggjort og tatt i bruk. Disse to funnene har sammenheng med hverandre. Det kan tyde på at ledere generelt i for liten grad har mulighet til eller er seg bevisst sin oppgave med å lede medarbeidere og avdeling i ønsket retning. Sykepleierne ved STHF forteller at valg av fordypingsområde har skjedd som en blanding av personlig interesse, behov i enheten og ved ett tilfelle initiert av leder. Alle har hatt samtaler med sin leder om valg av fordypingsområde, men ingen av de intervjuede fortalte at dette var en del



av medarbeidersamtalene eller som et ledd i en strategisk plan. Det var vanskelig å få tak i eksempler på at kunnskapen systematisk blir etterspurt, delt og satt i system. Materialet gir ikke grunnlag for å slå fast hvorvidt det finnes eksempler på en slik systematikk ved STHF eller ikke. Likevel kan det være grunn til å legge større vekt på lederes involvering både med hensyn til å styre valg av fordypingsområde og med tanke på bruk av kompetansen i ettertid.

Helt i tråd med funnene fra denne evalueringen viser Samdal til store utfordringer knyttet til tilretteleggingen fra enhetens side. Personalmangel, fravær av mulighet (og kultur) for å sette seg ned og lese og manglende mulighet til å gå fra avdelingen pekes på som et hinder for læring. I anvendelsen av kompetansen er manglende tid og travelhet begrunnelsen. Samdal viser også til at sykepleiere som har fått økt kompetansen har forventninger om at denne skal tas i bruk i form av nye oppgaver og utfordringer. Når det ikke skjer, virker det demotiverende og kan føre til høyere turnover.

I intervjuet med klinikkssjefene ble det uttrykt bekymring for at for mange kliniske spesialister med forventninger om å bli brukt som spesialister kan være et problem for den ordinære driften, spesielt med tanke på at breddekompetanse kanskje vil være det største behovet i fremtiden. Et forslag som kom frem, var å integrere Klinisk stige i større grad i STHF's strategi, med sentralisering av lønnsfastsettelse som en del pakken. Det ville også innebære at ledelsen har innflytelse over hvor mange kliniske spesialister sykehuset skal ha. I intervjuene med kliniske spesialister ved STHF (2 stykker) kom det frem at de ikke blir tatt ut av den daglige driften for å gjøre spesialistoppgaver:

*Kompetansen blir ikke direkte organisert, det er ikke noen stilling oppretta for kliniske spesialister, men vi bruker det i det daglige arbeidet.*

Klinisk spesialist

Disse to virket ikke demotiverte av at det ikke er opprettet en egen stilling, men savnet likevel oppmerksomhet og etterspørsel fra ledelse og kollegaer i ettertid. De mente de fikk brukt kompetansen i den grad det var aktuelt på den enheten de jobber. Men spesielt en av dem var veldig skuffet over mangel på lønnskompensasjon i ettertid. Materialet er for lite til å vite om dette er representativt for holdningene blant de kliniske spesialistene ved STHF, men det øvrige intervjumaterialet gir grunn til å tro at så er tilfelle.

Men man bør ikke nødvendigvis tenke egne stillinger utenom den vanlige driften for å gjøre bruk av kompetansen til kliniske spesialister. Dersom utdannelsen er valgt i tråd med strategiplaner for enheten og for sykehuset, vil kompetansen være nyttig nettopp i det daglige arbeidet på enhetene. Dermed handler det i like stor grad om at kompetansen blir organisert bedre i det daglige og at det finnes tid til å sette kvalitet i første rekke. Det vil innebære at det gis rom og tid til å utøve faget slik at kunnskap og kompetanse blir de orga-

niserende prinsippene for arbeidet og at kvalitet ikke blir en variabel som avhenger av tilfeldig tilgjengelig tid.

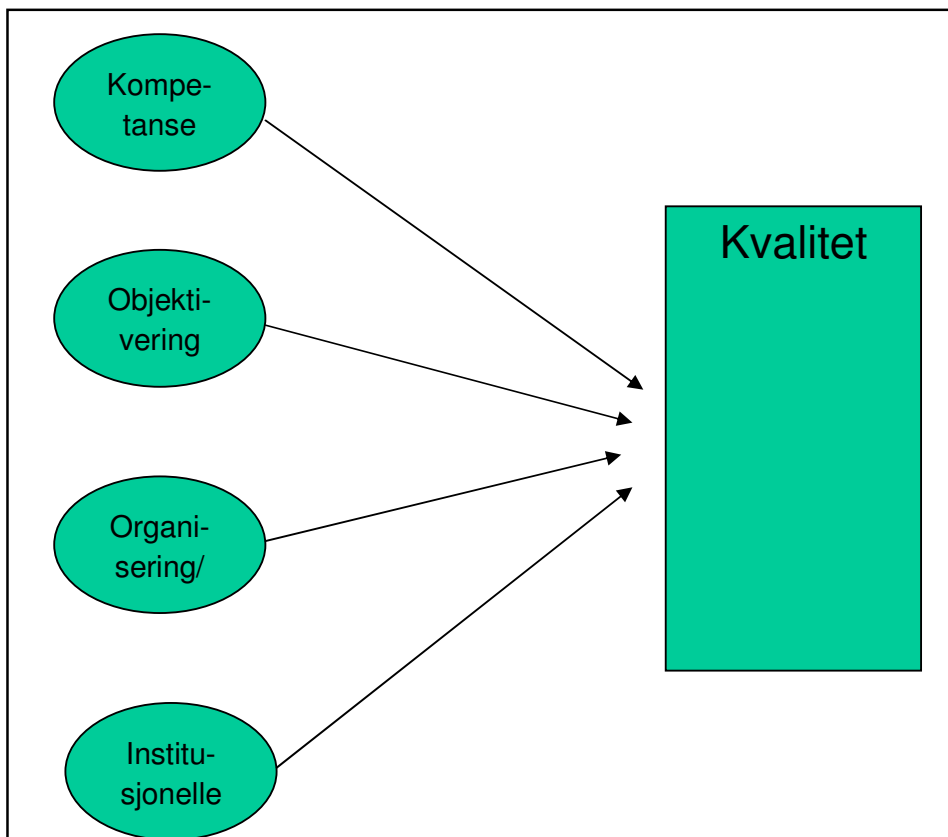
## 10 KOMPETANSE OG KVALITET

I rapporten fra forprosjektet til Klinisk stige beskrives et av målene med å etablere en Klinisk stige ved sykehuset slik: *Et systematisk kompetanseutviklingsprogram for sykepleiere vil øke kvaliteten på tjenestene totalt sett ved TSS overfor pasientene* (Rapport fra forprosjektet 2000:9). Videre heter det: *Det er neppe tvil om at kompetanseutvikling hever kvaliteten på de tjenestene som utføres, under forutsetning av at vi satser på den "riktige" kompetanseutviklingen i forhold til sykehusets og pasientenes behov.*

Det er svært sannsynlig at det er en sammenheng mellom kvalitet og kompetanseheving. Men denne sammenhengen er ikke automatisk. Det finnes forutsetninger som må ligge til grunn for at kompetansen fullt ut skal bli realisert, slik at investeringene som gjøres skal få best mulig uttelling i kvalitet. Vi kan danne oss et visst inntrykk av kvaliteten på sykepleietjenestene ved STHF gjennom å se på 1) hvordan vurderer sykepleierne og deres ledere sammenhengen mellom Klinisk stige og en eventuell kvalitetsøkning i tjenesten?, og 2) hvilke forutsetninger som er tilstede for at kvalitet skal realiseres?

Det ser ut til å være enighet blant alle som er intervjuet at det er en sammenheng mellom Klinisk stige og kvalitet. Det begrunnes med at Klinisk stige har vært en medvirkende årsak til økt stabilitet. Stabilitet hindrer kompetanselekkasje og gjør belastningen med å stadig lære opp nye kollegaer mindre. Det øker selvsagt også den totale kvaliteten at de fleste sykepleierne har en viss fartstid ved sykehuset. Klinisk stige gir sykepleierne økt kunnskap og motivasjon, og legger derfor grunnlaget for å forbedre kvaliteten. En annen viktig faktor som trolig har stor betydning for kvaliteten, er at spesielt sykepleiere som har gått på Trinn II og videre, har fått en større bevissthet og et mer reflektert forhold til den jobben de gjør. Mer bevissthet om "de små øyeblikkene" gjennom å bli presset til å sette ord på det som skjer – muntlig og skriftlig – er trolig svært avgjørende for den reelle kompetansehevingen.

La oss så se på betingelser som kan bidra til å fremme eller hemme sammenhengen mellom kompetanse og kvalitet. En modell for hva som gir kvalitet i sykepleietjenesten kan se slik ut:



Figur 10-1. Kvalitet i klinisk sykepleie.

Figur 10-1 viser at betingelsene for å realisere kvalitet henger nøye sammen med den konteksten der kompetansen skal realiseres. For at kvalitet skal realiseres forutsetter det at sykepleierne har nødvendig og riktig kompetanse. Men det er bare en av flere nødvendige betingelser. Like viktig er de forholdene som gjør det mulig for sykepleierne å holde kunnskapen ved like, videreutvikle den, og tilpasse den til den enkelte enhet gjennom daglig å befinne seg i et faglig kollektiv der kompetansen etterspørres og hvor det gis rom for utøvelse av kvalitetsmessig høy sykepleiestandard. La oss se på de ulike komponentene i denne modellen og undersøke i hvilken grad de er til stede ved enhetene ved STHF.

### 10.1.1 Kompetanse

Diskusjonen i deforgående kapitlene viser at Klinisk stige i stor grad har lyktes med å gi undervisningen et innhold som oppleves relevant. Intervjuene med deltakere og lederne bekrefter dette inntrykket. Det uttrykkes ingen ønsker om store endringer i innhold. Det er likevel enkelte temaer som vil bli mer aktuelle å ta inn i undervisningen i fremtiden. Temaene som er blitt foreslått gjennom intervjuene korresponderer i stor grad med de utfordringene sykehuset står ovenfor som følge av endringer i samfunnets krav til sykehustjenester. Det krever en diskusjon om hvorvidt andre temaer skal tas ut av pensum eller om det er

nødvendig å gjøre en utvidelse. Noen av de aktuelle temaene vil være relevante for en stor del av sykepleiergruppa, for eksempel kompetanse på sykepleie til eldre og økt kompetanse på administrative utfordringer. Andre temaer vil kunne være nyttige strategiske satsinger som egner seg som spesialisering for et mindre antall. Ønsket om mer progresjon mellom Trinn I og Trinn II er relativt enstemmig. Tilbakemeldingen fra Trinn II er klare på at dette trinnet virkelig ga et løft med tanke på utvikling av faglig kunnskap, handlingsberedskap, interesse og identitet. De som har fulgt arbeidsgruppe IV opplever også at kompetansen de har fått har gitt dem stor faglig trygghet og innsikt.

### ***10.1.2 Objektivering***

Med objektivering menes de teknikker som brukes for å gjøre kunnskapen og kvaliteten av det planlagte eller utførte arbeidet synlig og språkliggjort, og dermed åpent for andres blikk og tilbakemeldinger. Det innebærer samtale, refleksjon, innhenting av kunnskap og dokumentasjon. Dersom Klinisk stige skal kunne bidra til bedret kvalitet i pasientomsorgen, forutsetter det at sykepleierne har anledning til å formidle videre det de har lært, og at de samtaler og reflekterer med hverandre om aktuelle problemstillinger knyttet til den nye kunnskapen. I følge informantene ivaretar veiledningen, refleksjonssamlingene og refleksjonsnotatene som er en del av Klinisk stige, noe av dette på en svært god måte. Men veiledningen er for de fleste tidsbegrenset til den perioden de er under utdanning, og muligheten til felles refleksjon er svært variabel på de ulike enhetene. Ved en enhet har de organisert seg slik at de møtes til fast tid hver dag for å ta opp faglige spørsmål. Det kan være problemer knyttet til en inneliggende pasient eller det kan være generelle temaer. Det er fagutviklingssykepleieren som leder disse møtene. En annen enhet har uketemaer som har spesielt fokus en definert periode. Men ikke alle sykepleierne vi har intervjuet jobber på enheter hvor felles refleksjon er systematisert på denne måte. Og de fleste slutter seg til at det er for lite av det jeg her har kalt objektivering.

En viktig del av objektiveringen av sykepleiekompetansen skjer gjennom dokumentasjon. Kvalitet i sykepleievirksomhet blir ofte knyttet til dokumentasjon. Vi vet at dokumentasjon fremmer refleksjon, kontinuitet og planmessighet, og gir grunnlag for å vurdere hvorvidt den sykepleien som gis tilfredsstillende krav til kvalitet. Fokusgruppa med fagutviklingssykepleiere diskuterte forholdet mellom kvalitet og sykepleiedokumentasjon. En stilte spørsmålet:

*Hvorfor nedprioriterer sykepleierne dokumentasjon?*

En fortalte om et tverrfaglig samarbeid der alle faggrupper bruker IMX (elektronisk pasientjournal) unntatt sykepleierne. Det medfører at når legen lager en tverrfaglig epikrise, mangler ofte sykepleiedokumentasjonen fordi den ikke er så lett tilgjengelig. Fagutviklingssykepleierne kom i den forbindelsen inn på en interessant diskusjon om sykepleiernes forhold til dokumentasjon. De opplever at sykepleierne preges av en kultur der

det å snakke og uttrykke seg på faglig basis er lite fremtredende. Noen mente sykepleierne allerede under utdannelsen lærer seg å være skeptisk til å snakke for mye fag. Idealet om å ikke ta med seg jobben hjem, eller å ikke ”forstyrre pausa med fagprat” illustrerer en uheldig tendens i enkelte sykepleiesammenhenger. Ikke alle kjente seg igjen i dette, erfaringen understøttes likevel fra andre undersøkelser (Haukelien og Vike 2007). Fagutviklingssykepleierne forteller at når noen kommer tilbake fra Klinisk stige og har lært noe nytt, blir det mer refleksjon rundt hvordan ting fungerer i praksis.

Regelmessige samtaler om faglige temaer, refleksjon, innhenting av kunnskap og dokumentasjon av vurderinger og tiltak legger grunnlaget for en kunnskapsbasert praksis, eller kanskje mer presist *systematisert læring*.

Hvordan få denne praksisen til å bli en mer permanent del av det sykepleiefaglige arbeidet ved STHF? Noe av løsningen ligger i det vi skal diskutere i neste avsnitt, nemlig i hvordan enhetene legger til rette for at sykepleierne skal kunne gjennomføre en systematisk læring og som materialiserer seg i kunnskapsbasert praksis.

### ***10.1.3 Organisering, samarbeid, ledelse***

Noe av forklaringen på den manglende kulturen for å sette det faglige på dagsorden har trolig sammenheng med forventninger og muligheter for å prioritere denne delen av arbeidet. Dersom det daglige arbeidet ikke er organisert på en måte som legger til rette for at faglig fordypning skal prioriteres, finnes det nok av andre arbeidsoppgaver som har lett for å presse seg på. Dersom valget står mellom å bruke tiden på å samtale, reflektere og dokumentere eller å gi pasientene nødvendig helsehjelp vil naturlig nok sykepleierne velge det siste. I mange tilfeller er det nettopp det valget står mellom. I en del tilfeller vil nok også sykepleiere foretrekke å ”vise travelhet” for å signalisere dyktighet og ansvarlighet overfor sin egen yrkesgruppe selv om forholdene er tilstede for å prioritere annerledes (Krogstad 1994). Det må altså skapes rom og settes av tid til denne type virksomhet, og det må gjentas i et noenlunde forutsigbart mønster for at det skal bli en naturlig del av det daglige arbeidet. Ikke minst må slike prioriteringer være tydelig forankret hos ledelsen. Lederne må *forvente* det av sykepleierne. Vi så at det å komme fra enheten i travle tider for å gå på undervisning, kan være en utfordring. Å følge undervisningen i Klinisk stige er både konkret og (når det gjelder Trinn I) pålagt. Likevel velger flere å la være dersom presset føles for stort. Å skulle sette seg ned med fordypning, sette seg inn i prosedyrer eller å gå på biblioteket når man føler et press på å bidra i arbeidsfelleskapet, vil være en enda større utfordring. Dersom det er slik at STHF ønsker sykepleiere med faglig høy kvalitet, er det derfor en nødvendig oppfølging av Klinisk stige at lederne, eventuelt i samarbeid med fagutviklingssykepleierne sørger for en daglig organisering av arbeidet som gjør det ikke bare mulig, men også ønskelig å prioritere tiden annerledes. Flere har påpekt, både i intervjuer og i dialogmøtet, at variasjonen er stor med hensyn til hvordan ledere legger til rette for og oppmuntrer faglig virksomhet. Inntrykket er at det ikke nødvendigvis er en samva-

riasjon mellom prioritering av faglig initiert virksomhet og rammebetingelser som tid, ressurser og bemanning. I følge informantene kan variasjonene i stor grad knyttes ledernes ambisjoner og prioriteringer.

#### ***10.1.4 Institusjonelle betingelser***

Med institusjonelle betingelser menes tilgjengelig tid, mulighet til å avgrense ansvar og oppgaver, graden av forutsigbarhet, turnus med mer. Mye tyder på at disse forholdene er svært betydningsfulle med tanke på å realisere kvalitet i sykepleietjenesten. Samtidig vet vi at nettopp disse betingelsene er under stadig endring, og mange av dem til det verre. Mange av sykepleierne fortalte i intervjuene om konkrete følger av dårlig tid og lite personal sett i forhold til oppgavene. Disse betingelsene varierer fra enhet til enhet. For eksempel vil det være store variasjoner med tanke på forutsigbarhet og tid mellom en enhet med mest elektive pasienter og en enhet der flesteparten av pasientene blir lagt inn akutt og hvor overbelegget er stort. Sykepleierne forsøker i det daglige å kompensere for dette på ulike måter, og spørsmålet om kvalitet blir for mange et svært personlig spørsmål. Det å ikke levere kvalitet blir knyttet til egen verdighet som yrkesutøver. Sykepleierne som opplever at ressursrammene er for stramme strekker seg langt for å opprettholde kvalitet, og liker dårlig å snakke om at de må redusere på kvalitetskravene. Likevel forteller de om flere konkrete snarveier som de må foreta i det daglige. Her er noen eksempler:

- Ikke alltid tid til å kontrollsignere når man gir i.v. medisin.
- For dårlig tid til å observere pasientene slik man burde.
- Nedprioritere mobilisering, noe som i følge informantene kan føre til et par ekstra liggedøgn.
- ”Hoppe over” sårstell, noe som i følge informantene kan føre til infeksjoner.
- Pasienter blir liggende lenger med epiduralpumper enn nødvendig.
- Har ikke tid til å følge pasienter på toalettet, så foliokatetre blir liggende lenger.
- Forsinket igangsettelse av antibiotikakurer.
- Hjelpepleiere går med medisiner.
- Medisiner blir satt på nattbordet hvis pasienten ikke er tilstede.
- Tannpuss, barbering, neglklipping, helskift på seng og samtaler med pasienter blir nedprioritert.
- Ikke tid til å sette seg inn i prosedyrene som ligger på nettet.

Flere forteller også at det på grunn av nedskjæringer ikke er mulig å sette inn vikarer dersom noen blir syke. Spesielt er dette tilfelle i helgene og på kveldene. En sa det slik:

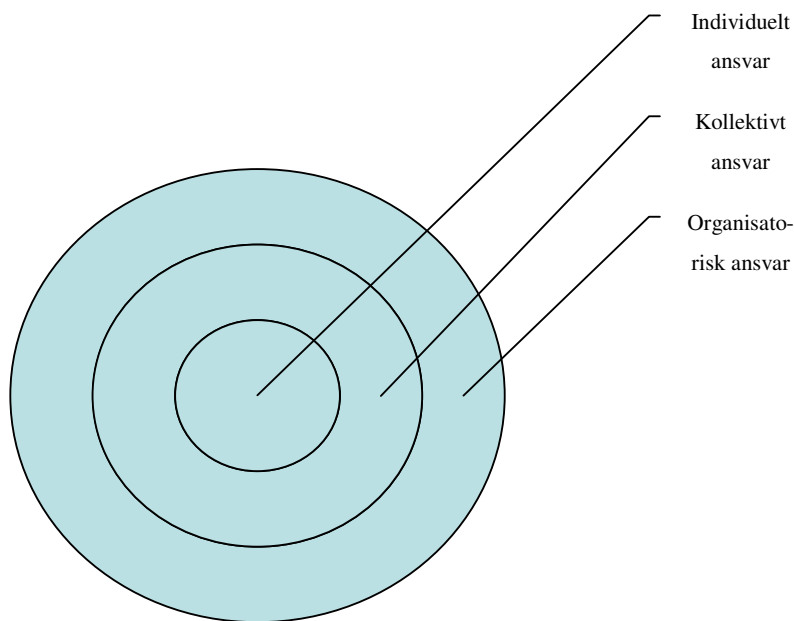
***Helhetlig sykepleie i praksis styres av tid og bemanning. Det går opp og ned om vi kan få til kvalitet.***

Sykepleierne forteller at kvaliteten blir bedre når de er flere på jobb. De får tid til å snakke med pasientene, utføre prosedyrene etter retningslinjene og til å gjøre viktige observasjoner. Og de får tilbakemeldinger fra pasientene som godt merker forskjell på om sykepleierne har god eller dårlig tid. Vi ser altså at kvalitet i sykepleietjenesten er å betrakte som en avhengig variabel. Kvalitet blir noe man kan realisere dersom det er tid og mulighet til det. Innledningsvis i dette kapitlet refererte jeg til målformuleringen i Klinisk stige om sammenhengen mellom kompetanseutvikling og heving av kvalitet i tjenestene. Det er sterke grunner til å anta at sammenhengen ikke er så direkte som forutsatt i det dokumentet. Samspillet mellom den enkeltes kompetanse og organisasjonen den skal utøves innenfor er trolig et område som i større grad bør bli en del av Klinisk stige og STHFs felles strategi. En måte å begrepsfeste en slik strategi på, er å skape en faglig infrastruktur.

## 11 FAGLIGHETENS INFRASTRUKTUR

Med *faglighetens infrastruktur* menes alle de forhold som til sammen etablerer betingelser for at den faglige kompetansen, dens blikk og dens metoder, styrer alt arbeid (Bakken, Haukelien og Vike 2004). Gjennom etablering av Klinisk stige er det skapt en organisatorisk kontekst som muliggjør realiseringen av den faglige kompetansen som en vekstprosess og en karrierevei. Samtidig vet vi at vilkårene for å omsette denne kompetansen til bedre praksis, avhenger av at det etableres strukturer som løfter den individuelle kompetansen til et kollektivt og organisatorisk forankret ansvar gjennom rutiner, prosedyrer og systematiske forventninger fra ledelsen om anvendelse i den daglige praksisen.

Dette handler om mer enn gode pedagogiske metoder i undervisningen. For at kunnskapen skal bli realisert, og fungere som det styrende prinsipp for den enkelte sykepleier og fagmiljøet som helhet, må den som besitter den befinne seg i en organisatorisk sammenheng der den faglige kunnskapen danner grunnlag for refleksjon, handling, språk og prioriteringer. Dersom kompetanse skal føre til kvalitet, forutsetter det at kunnskap og kompetanse etterspørres og belønnes, ved at kvaliteten blir et felles anliggende mellom den enkelte arbeidstaker, arbeidsmiljøet og ledelsen, slik som illustrert i tegningen under.



*Figur 11-1 Individuelt ansvar – kollektivt ansvar – organisatorisk ansvar*



Det kreves særlig to ting av kompetansens organisatoriske kontekst. For det første må den være vekstorientert. Kompetansen må få mulighet til å møte utfordringer og knytte seg til et større univers av kunnskap og kollegialitet. For det andre må den være knyttet til en karriere og innebære mulighet for å stige i utfordringer og ansvar. Fravær av slike muligheter og fravær av bekreftelse på at kompetansen virkelig gjør en forskjell, er faglighetens største fiende. I intervjuene med alle gruppene blir det understreket at sykepleiernes kompetanse og kvalitet er viktig for den totale kvaliteten ved STHF. Sykepleierne opplever at lederne er opptatt av fag, og at de ønsker å stimulere til faglig fordyping. Inntrykket sykepleierne gir tegner et bilde av enheter hvor det er lett å spørre dersom man lurer på noe, og hvor det er satt i system hvem man kan spørre. Flere forteller at de selv har tatt initiativ til å iverksette endringer som har resultert i endrede rutiner som følge av undervisningen i Klinisk stige. Men ikke alle enheter har faste strukturer som ramme for språkliggjøring og refleksjon over sykepleiepraksis. Fokus på faglig kvalitet er altså forankret både individuelt og i kollektivet som den enkelte enheten med sin leder utgjør, selv om tilbudene og mulighetene varierer ganske mye. Men når det gjelder *ansvaret* for faglig kvalitet som et kollektivt anliggende, er det mye som kan gjøres bedre. I den utfordringen vil Klinisk Stige være i en strategisk posisjon for å kunne bidra til en struktur som sørger for at organisasjonen som helhet blir engasjert i å ta ansvar for den sykepleiefaglige kvaliteten.

## 12 FREMTIDIG ORGANISERING

Vurdering av hva som bør være Klinisk stige i fremtiden kan deles opp i to hovedområder:

1. Tema
2. Overordna organisering

### *12.1 Temaer som bør inn i Klinisk stige*

Som vi så i avsnittet om innholdet i Trinn I og II, er det noe ulik mening om hvilke temaer det bør være mer av og hvilke temaer det bør være mindre av. En sykepleiertrakk frem undervisning om helseovgivning som litt for mye vektlagt, mens en annen mente det var unødvendig mye om palliasjon. Ved et par tilfeller ble et tema vurdert som henholdsvis det viktigste og det minst aktuelle. Likevel ser det ut til å være stor grad av samstemmighet blant de intervjuede sykepleierne dersom en ser bort fra forskjeller som følge av at de arbeider ved ulike enheter. Spørsmålet om hvilke temaer som bør fortsette, hvilke som bør inn og hvilke som eventuelt bør gå ut, kan deles inn i tre: 1) tema knyttet til sykepleierens behov for trygghet i utøvelsen av pasientrettede oppgaver som er uavhengig av trender i tiden, 2) kunnskapsbehov som følge av sykdomsutvikling i befolkningen og 3) endringer knyttet til samfunnsutviklingen.

Kompetanse sykepleierne må ha for å føle seg trygge i arbeidet kan være knyttet til håndfaste oppgaver som sårstell, blodprøver knyttet til ulike sykdommer, akutteamet, med flere. Det kan også være undervisning om det gode stellet, den vanskelige samtalen eller hjelp til mennesker med psykiske lidelser i tillegg til den somatiske som de er innlagt for. Kompetanse knyttet til slike områder vil alltid være nødvendig for sykepleiere. Likevel kan det stilles spørsmål ved hvorfor sykehuset finner det nødvendig å ha undervisning om tema som sykepleiere lærer, eller i det minste burde lært under utdannelsen, for eksempel "et godt stell". Det later til at Klinisk stige i noen tilfeller kompenserer for manglende kompetansetilegnelse i løpet av grunnutdanningen. Her bør det vurderes om et tettere samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og sykehuset kan være med på å sikre at de nyutdannede sykepleierne i større grad tilegner seg de ferdighetene som sykehuset ser behov for blir styrket. Dette tilhører tross alt noe av det mest grunnleggende i sykepleiefaget som uteksaminerte sykepleiere skal kunne. Enkelte andre tema er så tett knyttet til det kliniske feltet, at det nødvendigvis må læres på sykehuset, og kanskje helst på den enkelte enhet hvor kunnskapen kan bli enda mer spesifikt rettet mot pasientgruppen. På den andre siden har flere av temaene som faller inn under denne første kategorien fått veldig god tilbakemelding fra de intervjuede sykepleierne. Dersom vi tenker oss et skille mellom Introduksjon og Klinisk stige Trinn I, vil det kunne være lettere å få inn flere nye temaer uten å skjære ned på undervisning med god tilbakemelding.

Den andre type tema som må vurderes, er mer relatert til utvikling i befolkningens sykdomsbilde. Temaer som er kommet frem under evalueringen, og som kan knyttes til slike trender er diabetes, klinisk ernæring og eldre. Den tredje temakategorien knytter seg til utfordringer som følge av større kompleksitet i samfunnet generelt. Oppgavene sykehuset skal løse, og kravene som knyttes til sykehusdrift er blitt mye mer komplekse i løpet av de siste tiårene som følge av endret finansieringssystem, krav til gjennomsiktighet i organisasjonen, flere eldre med mer komplekst sykdomsbilde som krever mer sømløse overganger mellom institusjoner og forvaltningsnivåer, økte behandlingsmuligheter, krav om brukermedvirkning og mer sammensatt befolkning for å nevne noen. På hvilke måte bør dette speiles i Klinisk stige for sykepleiere?

### ***12.1.1 Den administrative funksjon***

Flere av temaene som både ledere og sykepleiere selv anser som nødvendig å heve kompetansen på, faller inn under sykepleiernes administrative funksjon. Flere nevner også individuell plan og samhandling med kommunene. I intervjuet med fagutviklingssykepleierne kom det frem at flere sykepleiere synes det er vanskelig å være gruppeledere. Kravene til flyt og organisering øker på grunn av økt behov for effektivitet i pasientbehandlingen og økt kompleksitet i systemet, og det setter sykepleiernes administrative evner på prøve. Sykehusets mål om forbedret pasientflyt internt mellom enhetene og på tvers av institusjonsgrenser må nødvendigvis involvere kompetanseheving på dette området blant sykepleiere. Den mest opplagte begrunnelsen er at sykepleiere har en sentral rolle i den daglige koordineringen mellom ulike enheter og yrkesgrupper, og er oftest de som har kontakt med pårørende og ansatte i kommuner og andre institusjoner. Dersom STHF's strategi om å forbedre det horisontale eller tverrgående samvirke i organisasjonen skal realiseres må derfor sykepleierne skoles i planlegging av behandlinglinjer.

Når vi skal vurdere hvilke temaer som bør inn, er det også nødvendig å ta hensyn til hvilke utfordringer sykehuset står overfor og hvilke strategi som foreligger ved STHF. I St.meld. nr. 25, *Mestring, muligheter og mening*, understrekes betydningen av en sammenhengende kjede av tiltak mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

*De nærmeste årene er det en klar målsetting å bygge ut spesialisthelsetjenestens støttefunksjoner til omsorgstjenestens pasienter og sette samhandling i system.*

St.meld. nr.25 Mestring, muligheter og mening:13

Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes Sentralforbund har skrevet en samarbeidsavtale der det heter at alle kommuner og helseforetak skal skrive samarbeidsavtaler. Det er god grunn til å regne med at sykepleierne vil få en sentral rolle i den direkte kontakten mellom disse nivåene i helsevesenet. Det er derfor behov for å involvere denne yrkesgruppen i å bygge opp systemer for samarbeid som kan bidra til en helhetlig behand-

lingskjede og for å heve spesialistsykepleiernes beredskap til å samhandle med og være en ressurs for kommunene. De siste ti årene er antall brukere under 67 år i kommunehelsetjenesten nesten fordoblet (ibid:42). Mange av disse brukerne har behov for relativt kompliserte medisinske hjelpemidler som ansatte i kommunehelsetjenesten har det daglige ansvaret for, for eksempel respiratorpasienter. En bedret samhandling med spesialisthelsetjenesten vil gjøre kommunene (og pårørende) i stand til å ta et stadig større ansvar for slike pasienter.

Både pårørende og pasienter er de siste årene blitt en mer bevisst og i en viss forstand mer ”krevende” gruppe enn tidligere. Det har sammenheng med at kunnskapen om sykdommer og behandling ikke lenger er så eksklusiv som tidligere. Blant annet internett har bidratt til denne utviklingen. Flere pasienter er svært godt orientert om sykdommen sin, om behandlingsalternativer og om sine rettigheter vis à vis behandlingsapparatet. I tillegg kommer at pasienter har fått styrket sine rettigheter gjennom lovverket. Det stiller større krav til kommunikasjon og informasjon ovenfor både pårørende og pasienter for at denne gruppen skal vurdere behandlingen de mottar som kvalitetsmessig god. Her har sykepleierne tradisjonelt hatt en viktig funksjon, men den nye situasjonen krever trolig en bedre skoloring og en sterkere vektlegging av dette området. Oppsummert vil disse temaene måtte vektlegges:

- Samhandling med førstelinjetjenesten
- Kommunikasjon med pårørende
- Individuell plan
- Pasientflyt/behandlingslinjer
- Gruppelederfunksjon/pasientansvarlig sykepleier

### **12.1.2 Eldre og aldring**

En stadig større del av befolkningen tilhører gruppen eldre – noe som allerede gjenspeiler seg i pasientene innlagt ved STHF. Eldre mennesker har spesielle behov for sykepleie som det kreves en kompetanse- og bevissthetsheving om i fremtiden. I St. meld. nr 25, *Mestring, muligheter og mening*, signaliseres behovet for en styrking av spesialisthelsetjenestene for eldre. Her heter det blant annet:

*Sykehuset må kunne behandle de eldre pasientenes akutte lidelser parallelt med at behandlingen av de kroniske lidelsene optimaliseres. Dette bør skje samtidig med at det startes en kartlegging av funksjonelle og sosiale forhold, rehabilitering og planlegging av utskrivning.*

(St. meld. Nr 25 Mestring, muligheter og mening. 2005 - 2006:92)

Det understrekes også betydningen av at geriatriske tjenester settes inn så tidlig som mulig i pasientforløpet. Av forebyggende og helsefremmende tiltak ovenfor denne gruppen ønsker Stortinget at det skal utvikles strategier og gjennomføres systematiske tiltak i forbin-

delse med sykehusopphold for å identifisere risiko, og forebygge komplikasjoner og tilbakefall. Konkrete eksempler er: fall og bruddskader, ernæringssvikt, akutt forvirring, feilbruk av legemidler og multifarmasi. Det er også behov for – å styrke utdanning og rekruttering av spesialutdannet nøkkelpersonell ved alle helseforetak/institusjoner med lokalsykehusfunksjon (ibid:93).

### **12.1.3 Diabetes/klinisk ernæring**

Diabetes omtales som en av de nye folkesykdommene. Anslagsvis lider minst 90-120 000 nordmenn av denne sykdommen, og tallet er stadig økende. Det er derfor laget en egen strategiplan for å redusere omfanget og virkningene av denne sykdommen. Helseforetakene spiller en viktig rolle i denne planen. I *Nasjonalt strategi for diabetesområdet 2006-2010*, legges det sterk vekt på samarbeid mellom ulike etater for å oppnå bedre primær- og sekundærforebygging, behandling og rehabilitering av diabetes. I tillegg til bedre system for diagnostisering og behandling, trekkes ulike sykdomsforebyggende tiltak inn som et viktig tiltak. Spesielt styrking av klinisk ernæring blir nevnt som et satsingsområde for blant andre spesialisthelsetjenesten.

### **12.1.4 Økt generalistkompetanse**

Som en motvekt mot den sterke spesialiseringen som har skjedd på de fleste samfunnsområder, kan vi lese at regjering og Storting ønsker at flere yrkesgrupper igjen blir i stand til å håndtere flere generalistoppgaver. Et for tungt ”spesialistvelde” er i mange sammenhenger uforenlig med effektivitet og maksimal utnyttelse av ressursene. Vi ser tendensene mot flere generalistfunksjoner i den nye NAV- organisasjonen, den nye helsefagarbeiderutdanningen, og i overgang fra ”sektorpolitiker” til generalistpolitiker for å nevne noen. I omsorgstjenestene i kommunene blir flere sykehjem og hjemmetjenester slått sammen til integrerte tjenester slik at de ansatte arbeider både ”ute” og ”inne”. Allerede i *Pasienten først* (NOU 1997) ble behovet for flere generalister i helsevesenet understreket. Det henger blant annet sammen med en økning i antall sammensatte lidelser. Under intervjuet med klinikkjefene ble også breddekompetanse understreket som et satsingsområde for å oppnå bedre utnyttelse av kapasiteten. I tillegg til de områdene som allerede er nevnt, ble også ambulante tjenester, kommunikasjon med pårørende trukket frem som viktige kompetanseområder for sykepleiere i fremtiden.

I fokusgruppeintervjuet med enhetslederne mente de at sengeenhetene er så spesialiserte at det vil være vanskelig å bevare kvaliteten dersom sykepleierne skal ta seg av pasientgrupper de ikke har god kjennskap til. Ikke minst vil det gå ut over pasientenes behov for informasjon. Informasjon er en kontinuerlig prosess, ble det understreket, noe som ofte gis i korte samtaler mens man holder på med andre gjøremål. Det er ikke slik at en bestemt sykepleier gjennomfører all informasjon til en pasient. Dersom man ikke kjenner godt til sykdom, observasjoner og retningslinjer for behandling blir det vanskelig å informere pasi-

entene og selv føle seg trygg. Nettopp følelsen av trygghet i det daglige arbeidet og i omgangen med pasientene er noe flere av de intervjuede sykepleierne nevner som en viktig gevinst ved det å få økt kompetanse. På dette området ser det derfor ut til å være en viss motsetning mellom hva sykepleiegruppa, inkludert enhetslederne, selv vurderer som en riktig utvikling og hvilke føringer som kommer fra ledelsen ved sykehuset og de tendenser som presser på i samfunnet for øvrig. I dialogmøtet ble det forslått at en styrking av generalistkompetansen først vil være aktuell for de sykepleierne som går videre i trinnene. I Norsk Sykepleierforbunds kriterier for Klinisk spesialistutdanning står følgende.

*En klinisk spesialist i sykepleie har høy grad av **funksjonsdyktighet** i utøvelse av klinisk sykepleie innen sitt område, og har i tillegg en **spisskompetanse** rettet mot et begrenset fagområde. Kompetanse som klinisk spesialist i sykepleie innebærer at sykepleieren utvikler sin kliniske kompetanse ved **fordypning** innen et av ulike områder i det kliniske feltet. Funksjonsområdet til den enkelte kliniske spesialist avtales lokalt med arbeidsgiver.*

Godkjenning som Klinisk spesialist forutsetter altså både funksjonsdyktighet i utøvelsen av klinisk sykepleie innenfor sitt felt pluss en spisskompetanse og en fordypning på et avgrenset område. Modellen bygger på en generell sykepleiers kompetanse og toppes på et bestemt felt. Det bør være mulig å tenke seg en hevet generalistkompetanse inn i dette løpet, men da tidlig i forløpet før spesialiseringen er begynt – altså i Trinn I.

### **12.1.5 Det flerkulturelle samfunn**

Økt kunnskap om det flerkulturelle ble nevnt som et behov av noen informanter. Etter hvert som flere av innbyggerne sykehuset betjener får en annen kulturell bakgrunn enn den etnisk norske, vil også andelen pasienter med minoritetsbakgrunn øke. Flere forskere har vist at det foregår skjult diskriminering i den norske offentligheten (eks. Gullestad 2002, 2006 og Høgmo 1998). Gullestad har samlet mange vel begrunnede eksempler på at de klassifikatoriske systemene vi tar i bruk ikke bare reflekterer sosiale grenser, men at de i stor grad bidrar til å skape dem. Bruken av ordet ”innvandrere” har i følge flere forskere (for eks. Høgmo 1998, Gullestad 2002 og Kjeldstadli (red. 2003) hatt en utvikling mot stadig mer negativ konnotasjon. ”Det norske” blir et udefinert normativt sentrum, og dette skaper en motsetning mellom ”det norske” som ”det nøytrale” og innvandrerkultur som det som avviker fra det normale. Når mennesker med minoritetsbakgrunn blir pasienter, kan det innebære store utfordringer både for ansatte og pasienten på grunn av ulikheter i språk, sykdomsforståelse og forståelse av sykehuset som system. Det er grunn til å anta at dette er en utfordring også ved STHF. I dialogmøtet ble det bekreftet. Sykepleiere opplever å stå i vanskelige situasjoner for eksempel ved dødsfall fordi man ikke kjenner til hvilke retningslinjer, tabuer og ritualer som forventes. På Trinn I gis det allerede noe undervisning om dette temaet. På dette området er det sannsynlig at mange vil ha behov for *noe* kompetanseheving gjennom økt refleksivitet og oppmerksomhet på holdninger og normer i majori-

tetskulturen vis a vis minoriteter. I tillegg vil det være et behov for at *noen* kan mer om dette temaet enn andre, og at det derfor kan være et strategisk valg for fordyping for noen sykepleiere som går videre på Klinisk stige.

#### **12.1.6 Kunnskapsbasert praksis**

Dette er et tema gjøres relevant i mange ulike sammenhenger, også i sykepleieutdanning og praksis. Det ser ut til å knytte seg en del usikkerhet til hva begrepet egentlig rommer, og hva slags implikasjoner det har for yrker som tradisjonelt har bekjent seg til den kvalitative tradisjonen. Dersom man tenker seg at alle sykepleiere skal innhente forskningsbasert kunnskap og legge denne til grunn for sin praksis, er det en urealistisk ambisjon og lite ønskelig i tillegg. Ved sykehusets infeksjonsenhet pågår for tiden et prosjekt der evidensbasert kunnskap legges til grunn for utarbeidelse av ”generelle pleieplaner”. Ledelsen for Klinisk stige ønsker å trekke denne tenkingen inn i undervisningen i større grad. Dersom man tenker ”evidensbasert praksis” (eller kunnskapsbasert praksis som det også kalles) som en felles handlingsmanual for sykepleiere i ulike kliniske situasjoner, er det grunn til å være oppmerksom på både fordelene og farene ved denne vitenskapsretningen. Professor i sosialpsykologi, Tor-Johan Ekeland ved Høgskolen i Volda, er en av dem som har uttrykt bekymring over den posisjonen den evidensbaserte praksisen har fått i norsk helsevesen. Han sier:

*Problemet er nemlig at konseptet i mange land er i ferd med å byråkratisere medisinen, redusere fleksibiliteten som er nødvendig for individuell tilpasning av behandling, og forskyve ressursbruken frå kompliserte helseplager der det ikkje finst særlig entydige evidensbaserte svar (og det er ganske mange) til dei ”trygge” behandlingane.*

Ekeland ser evidensbasert praksis som en måte å rasjonalisere vekk fagpersoners myndighet til å utøve refleksjon og situasjonsbestemte handlingsvalg basert på en samlet vurdering av det unike ved enhver situasjon som innebærer møte mellom mennesker. Dersom man tenker ”kunnskapsbasert praksis” som en måte å styrke kvaliteten gjennom å luke vekk *ureflektert vanep praksis* basert på argumenter som ”sånn har vi alltid gjort det her”, så kan det derimot være et godt redskap – forutsatt at det brukes med skjønnsomhet.

#### **12.1.7 Felles prioriteringer**

I denne sammenhengen er det også aktuelt å se på hvordan prioriteringer i det daglige arbeidet foretas. Slik det er nå, er det i stor grad opp til den enkelte å foreta snarveier og prioriteringer. Dette bør i større grad inn som en felles strategi, både for å sikre jevn kvalitet og for å frata den enkelte sykepleier et prioriteringsansvar som hun strengt tatt ikke har myndighet til å ta (Eriksen 2001). Dette er selvsagt noe som må gjennomføres på den enkelte enhet dersom det skal få konsekvenser, men et fokus på denne problematikken i Klinisk

stige vil kunne fremskynde en slik prosess. Temaet vil også være aktuelt i forbindelse med undervisningen om helsepersonelloven og den enkeltes fagutøvers personlige ansvar.

Tidligere i rapporten er kvaliteten på sykepleiernes arbeid omtalt som en avhengig variabel. Den er avhengig av hvor mange kompetente sykepleiere som til enhver tid er tilstede for å ivareta kvaliteten. Dersom det er få sykepleiere, forteller de at kvaliteten går ned. De må unnlate å gjøre viktige, men i øyeblikket ikke akutte oppgaver. De foretar altså prioritering av hvilke oppgaver som må gjøres i dag, og hvilke som må vente til neste skift, eventuelt til over helgen. En sykepleier på dialogmøtet kalte det for MÅ-oppgaver. Disse prioriteringene er individuelle og lite gjenstand for felles vurdering. Dette er problematisk av flere grunner.

- For det første gjør det kvaliteten uforutsigbar og udokumenterbar. Verken enhetsledere, seksjonsledere eller andre kan garantere for kvaliteten av det arbeidet som utføres.
- I tillegg påføres (eller påtar) den enkelte sykepleier risikoen for brudd på kvalitetsnormene, og står selv ansvarlig ut fra helsepersonellovens påbud om faglig forsvarlighet.
- Spesielt nyansatte eller nyutdannede sykepleiere har problemer med å prioritere mellom oppgaver som MÅ gjøres nå og oppgaver som kan vente (oppgaver som ikke er så akutte, men som likevel kan føre til komplikasjoner for pasienten).

Oppgaver som ikke blir prioritert i fellesskap og ut fra en felles vurdering blir likevel prioritert – men ut fra mer tilfeldige vilkår. På dialogmøtet ble temaet diskutert, og en enhetsleder stilte spørsmålet: *Tør vi å lage en slik prioriteringsliste da?* Under diskusjonen som fulgte, kom det frem at flere sykepleiere, spesielt fagutviklingssykepleierne, savner en felles standard for sykepleietjenesten. Blant annet savnet man en diskusjon om felles kvalitetsmål og hvor grensen for forsvarlighet går. Det ble videre diskutert hvorvidt et slikt initiativ bør komme fra ledelsen, eller om det er opp til sykepleierne å ta i bruk aktuelle arenaer (Klinisk stige og FFF) og sette kvalitetsstandarder på dagsorden.

Dersom målsettingen om at Klinisk stige skal føre til hevet kvalitet ved det totale pasientilbudet ved STHF, bør en diskusjon om hvilke prioriteringer som skal foretas ikke bare angå de enkelte sykepleierne i enhetene, men også alle som står ansvarlig for kvaliteten ved sykehuset. Når direktøren ved sykehuset informerer offentligheten om at de ansatte vil oppleve at tempoet økes ytterligere og at de siste reduksjonene *vil* gå ut over kvaliteten på tjenestene, bør sykepleierne kunne dokumentere på hvilke måte disse endringene får konsekvenser for kvaliteten. Dette bør gjøres på en systematisk måte, ikke som tilfeldige effekter. Ut fra intervjuene kan vi slutte at avviksregistrering ut fra definerte standarder er et virkemiddel som kan tas mer systematisk i bruk.



## ***12.2 Overordna organisering***

I en samtale med en kollega om denne evalueringen stilte vedkommende et spørsmål som ser ut til å uttrykke en holdning i samfunnet generelt, kanskje inkludert sykepleierne selv, om sykepleieres kompetanse. Spørsmålet lød omtrent som følger: *Er Klinisk stige noe sykepleierne gjør fordi de ønsker det selv, eller er det en del av sykehusets strategi?* Et retorisk motspørsmål kunne være: *Ville du stilt dette spørsmålet dersom det handlet om kompetanseheving blant sykehuslegene?* Dette spørsmålet ser ut til å målbære en holdning som også gjelder ved sykehuset. Selv om sykehuset har satset på utvikling og drift av Klinisk stige, er det sykepleierne selv som bærer den største kostnaden. Når de skal på undervisning må de overlate til kollegaene å dekke opp for den tomme plassen. Dersom det er for travelt, må de kutte ut undervisningen. Sykepleiernes kompetanse ser altså ut til å være noe man kan satse på dersom det ikke går ut over den daglige driften.

Diskusjonen i denne rapporten har vist at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere til de videre trinnene utover det obligatoriske Trinn I. Forklaringen de selv gir er at det gir for lite tilbake i form av lønn og formell kompetanse sett i forhold til innsatsen. For flere fremstår videreutdanning som mer attraktivt. Det begrunnes med automatisk lønnsøkning, og at studiebetingelsene gjør presset mer håndterlig selv om studiet i seg selv er mer omfattende. Intervjuene med sykepleierne som har gjennomgått videre trinn, fagutviklingssykepleierne, enhetslederne og klinikkjefene viser at Klinisk stige er ønsket av alle. Flere understreker at det er et kvalitetstrekk ved sykehuset og at det fortsatt har betydning med tanke på å rekruttere og beholde sykepleiere. Det er også enighet om at Klinisk stige bidrar til å heve kvaliteten ved sykehuset.

*De som går på Trinn II har virkelig vist utvikling og blitt til faglige ressurser.*

Enhetsleder

Det ser også ut til å være enighet om at Klinisk stige bidrar til et fagmiljø der det er lov å stille spørsmål ved gjeldende praksis, og hvor forandringer som følge av ny kunnskap er en naturlig del av kulturen.

Det er altså flere gode grunner til å videreføre tilbudet om Klinisk stige ved STHF. Men for å sikre fortsatt rekruttering til Klinisk stige utover den obligatoriske delen, er det nødvendig å gjøre Klinisk stige til en mer forpliktende del av STHF's strategi. Det må innebære at sykehuset etablerer en lønnspolitikk hvor den enkelte gis lønnstillegg etter hvert som man stiger i gradene og gjennomfører hele stigen. Det må også innebære at sykepleierne får bedre tilrettelagt fordypingstid i arbeidstiden. Ved noen enheter er studietid innarbeidet i turnusen, ved andre er det ikke. De som ikke har tilrettelagt for studietid i arbeidstiden opplever det svært vanskelig å få mulighet til faglig fordyping i arbeidstiden. Ved noen enheter er det, som vi har sett, vanskelig selv å sette seg inn i prosedyrene som finnes på intranettet, og som de er forpliktet til å kjenne til. En annen konsekvens er at Klinisk stige har mulighet til å innkalle sykepleierne til hele dagers undervisning, og at det blir satt inn

vikarer i deres sted. Som vi har sett uttrykker sykepleierne et klart ønske om å kunne konsentrere seg om studiet mens de har undervisning istedenfor å putte undervisningen inn i en vanlig arbeidsdag med det stresset det medfører.

På den andre siden vil en slik endring gi sykehusledelsen større innflytelse over utforming og innhold i Klinisk stige. Det vil i større grad gjøre det mulig for sykehusledelsen å styre sykepleiernes kompetanseheving dit det er ønskelig sett fra et overordnet perspektiv. Slik det fungerer i dag, forteller riktignok de fleste at deres valg av fordypings- og spesialiseringsområde er gjort i samsvar med enhetsledelsen. En forankring høyere opp i sykehusledelsen vil i tillegg kunne bidra til en mer samlet vurdering som kommer sykehuset som helhet til gode.

## 13 OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Tilbakemeldinger fra alle de intervjuede gruppene (sykepleiere som har gått Trinn I, Trinn II, Kliniske spesialister, fagutviklingssykepleiere, enhetsledere og klinikksjefer) gir klar indikasjon på at Klinisk stige anses som et kvalitetstrekk ved STHF, som man ønsker å videreføre.

Mandatet for denne evalueringen var å svare på følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad har Klinisk stige realisert målområdet kvalitet?
2. Kartlegge STHF`s fremtidige behov for kompetanseutvikling for sykepleiere
3. Gi anbefalinger om nye målsettinger for Klinisk stige
4. Hvilke endringer må gjøres for at kompetanseutviklingsprogrammet er tilpasset fremtidens behov?

### **Ad problemstilling 1. I hvilken grad har Klinisk stige realisert målområdet kvalitet?**

1. Det ser ut til å være enighet blant alle som er intervjuet at det er en sammenheng mellom Klinisk stige og kvalitet. Det begrunnes med at Klinisk stige har vært en medvirkende årsak til økt stabilitet. Stabilitet hindrer kompetanselekkasje og gjør belastningen med å stadig lære opp nye kollegaer mindre. Klinisk stige gir sykepleierne økt trygghet, kunnskap og motivasjon, og legger derfor grunnlaget for å forbedre kvaliteten i praksis. En annen viktig faktor som trolig har stor betydning for kvaliteten er at spesielt sykepleiere som har gått på Trinn II og videre, har fått en større bevissthet og et mer reflektert forhold til faget sitt og den jobben de gjør.
2. Mulighet til å avsette tid til å følge undervisningen, til å sette seg inn i prosedyrer, til faglige samtaler/refleksjon over egen praksis, dokumentasjon og andre mekanismer for å systematisk kvalitetsarbeid varierer fra enhet til enhet. Det har sammenheng med tilgjengelig tid og i hvilken grad det er ”kultur” for å språkliggjøre sykepleierfaget. Det har også sammenheng med lederes ambisjoner og prioriteringer.

### **Ad problemstilling 2. Kartlegge STHF`s fremtidige behov for kompetanseutvikling for sykepleiere**

Når jeg skal gi noen konkrete anbefalinger om videre satsingsområder, må jeg understreke at mitt ståsted er som ekstern forsker. Det medfører at jeg har ikke detaljkunnskap om interne forhold ved sykehuset, og at det derfor kan finnes områder som ikke er belyst gjennom denne evalueringen. Anbefalingene bygger på tilbakemeldingene fra de intervjuede gruppene, STHF`s strategiprogram, kunnskap om demografisk utvikling og signaler fra departementet. De baserer seg også på egen og andres forskning på tilsvarende tematikk.

## **1. Den administrative funksjon**

I STHF's strategidokument er et av målene å styrke det tverrgående samvirket internt i sykehuset. Dette forutsetter kompetanse til å planlegge og samarbeide på flere nivåer. Sykepleierne har en sentral rolle i den daglige koordineringen mellom ulike enheter internt i sykehuset, men også mellom institusjoner, faggrupper og mellom sykehuset og pårørende. De bør derfor skoles bedre i den administrative funksjon med disse underpunktene:

- a. Samhandling med førstelinjetjenesten
- b. Kommunikasjon med pårørende
- c. Individuell plan
- d. Pasientflyt/behandlingslinjer
- e. Gruppelederfunksjon(pasientansvarlig sykepleier

Dette er utfordringer sykehuset står ovenfor og som alle sykepleiere bør tilegne seg en viss kompetanse i gjennom undervisning i Trinn I. I tillegg vil sykehuset være tjent med at noen sykepleiere har spesialistkompetanse på behandlingslinjer, individuell plan og samhandling med førstelinjetjenesten.

## **2. Eldre og aldring**

Den demografiske utviklingen vil stille høye krav til sykehusenes kunnskap om eldre og aldring. I St. meld. nr 25, 2005-2006 formidles en forventning om at alle sykehus med lokalsykehusfunksjon styrker utdanningen og rekrutteringen av spesialutdannet nøkkelpersonell, blant annet sykepleiere med videreutdanning i geriatri. I tillegg vil det være behov for økt kunnskap blant sykepleiere generelt ved sykehuset. Kunnskapsfeltet eldre og aldring bør derfor inn i fellesundervisningen både i Trinn I og Trinn II. Samtidig bør noen sykepleiere oppmuntres til videre fordyping på området.

## **3. Diabetes/klinisk ernæring**

I *Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006 – 2010*, legges det sterk vekt på samarbeid mellom ulike etater for å oppnå bedre primær- og sekundærforebygging, behandling og rehabilitering av diabetes. Helseforetakene spiller en viktig rolle i denne planen. Styrking av klinisk ernæring blir nevnt som et satsingsområde blant annet for spesialisthelsetjenesten. Dette temaet vil alle sykepleiere ha behov for noe kunnskap om, samtidig som sykehuset vil ha behov for nøkkelpersonell med spesialkompetanse på området.

## **4. Økt generalistkompetanse**

Helseforetakets ambisjon om å forbedre behandlingslinjen, og å nedbygge skottene mellom de ulike spesialitetene, forutsetter at sykepleierne i større grad er i stand til å håndtere pasi-

enter med flere type problemstillinger. Det forutsetter også at sykepleierne har større kunnskap om hva som foregår på de andre enhetene. Dette behovet forsterkes av det økende antallet av pasienter med sammensatte lidelser. Denne utfordringen vil angå alle sykepleiere, og bør derfor inn i Trinn I.

### **5. Det flerkulturelle samfunn**

Når mennesker med minoritetsbakgrunn blir pasienter, kan det innebære store utfordringer både for ansatte og pasienten på grunn av ulikheter i språk, sykdomsforståelse og forståelse av sykehuset som system. Det er grunn til å anta at dette er en utfordring også ved STHF. I dialogmøtet ble det bekreftet. På Trinn I gis det *noe* undervisning om dette temaet. På dette området er det sannsynlig at mange vil ha behov for *noe* kompetanseheving gjennom økt refleksivitet og oppmerksomhet på holdninger og normer i majoritetskulturen vis a vis minoriteter. I tillegg vil det være et behov for at *noen* kan mer om dette temaet enn andre, og at det derfor bør tilby valg om fordyping for noen sykepleiere som går videre på Klinisk stige.

### **6. Kunnskapsbasert praksis**

Ledelsen i Klinisk stige ønsker at kunnskapsbasert praksis blir tatt inn i undervisningen. Ved sykehusets infeksjonsenhet pågår et prosjekt der evidensbasert kunnskap legges til grunn for utarbeidelse av generelle pleieplaner. Dette er en god strategi for å heve kvaliteten på den utførte sykepleien fordi den kan bidra til å sikre en jevn kvalitet basert på ”best practice”. Innføring av evidens i utøvelsen av sykepleie bør også inkludere en refleksjon over hvilke vitenskapelig paradigme den evidensbaserte forskningen er hentet fra, og hvilke farer som er forbundet med en sterk vektlegging av denne type kunnskap i sykepleieryrket. Dette er ikke et kunnskapsfelt som alle sykepleiere må kunne noe om. Her kan ressurspersoner i hver enhet ha ansvar for eksempelvis utarbeidelse av kunnskapsbaserte pleieplaner, og det anbefales at denne undervisningen først kommer inn på Trinn II.

### **7. Felles prioriteringer**

Tidligere i rapporten er kvaliteten av sykepleiernes arbeid omtalt som en avhengig variabel. Den er avhengig av hvor mange kompetente sykepleiere som til enhver tid er til stede for å ivareta kvaliteten. Ressurser og kapasitet kommer dermed i konflikt med fag på en måte som utgjør en trussel mot kvalitet. Sykepleierne foretar snarveier og prioriteringer når tiden ikke strekker til. Disse prioriteringene er individuelle og lite gjenstand for felles vurdering. Dette er problematisk av flere grunner.

- For det første gjør det kvaliteten uforutsigbar og udokumenterbar. Verken enhetsledere, seksjonsledere eller andre kan garantere for kvaliteten av det arbeidet som utføres.

- I tillegg påføres (eller påtar) den enkelte sykepleier risikoen for brudd på kvalitetsnormene, og står selv ansvarlig ut fra helsepersonellovens påbud om faglig forsvarlighet.
- Spesielt nyansatte eller nyutdannede sykepleiere har problemer med å prioritere mellom oppgaver som MÅ gjøres nå og oppgaver som kan vente (oppgaver som ikke er så akutte, men som likevel kan føre til komplikasjoner for pasienten).

Dersom målsettingen om at Klinisk stige skal føre til hevet kvalitet ved det totale pasientilbudet ved STHF skal realiseres, bør en diskusjon om hvilke prioriteringer som skal foretas angå ikke bare de enkelte sykepleierne i enhetene, men også alle som står ansvarlig for kvaliteten ved sykehuset. Her står Klinisk stige i en unik posisjon til å initiere en refleksjonsprosess som kan hjelpe sykepleierne til å håndtere slike prioriteringer i fellesskap. Det vil øke gjennomsiktligheten, forutsigbarheten og på lengre sikt kvaliteten i sykepleietjenesten.

### **Ad problemstilling 3. Gi anbefalinger om nye målsettinger for Klinisk stige**

Målene for Klinisk stige er:

- 1) Fremme rekruttering.
- 2) Kvalitet: øke kvaliteten på tjenestene til pasientene totalt sett ved TSS.
- 3) Stabilitet: Bidra til å beholde erfarne sykepleiere.

Anbefalt nye mål:

- 1) Klinisk stige skal være en dynamisk og fleksibel utdanningsressurs for Sykehuset Telemark HF som skal imøtekomme de kompetansebehov som følger av sykehusets strategiske mål og utfordringer.
- 2) Klinisk stige skal fremme rekruttering og bidra til å beholde erfarne sykepleiere gjennom å gjøre det kliniske utdanningsforløpet attraktivt for så mange sykepleiere som mulig.
- 3) Klinisk stige skal fremme refleksjon og språkliggjøring (muntlig og skriftlig) av sykepleiefaget.
- 4) Klinisk stige skal bidra til å heve den totale kvaliteten ved sykehuset ved å gjøre sykepleietjenestens kvalitet synlig, forutsigbar, robust og stabil.

**Ad problemstilling 4. Hvilke endringer må gjøres for at kompetanseutviklingsprogrammet er tilpasset fremtidens behov?**

Anbefalinger:

- 1) Trinn I deles opp i en introduksjonsdel og en faglig del. Begge deler bør fortsatt være obligatoriske.
  - a. Introduksjonsdelen bør tilbys i løpet av de første månedene etter ansettelsen, eventuelt tiltredelse i vikariat. Den bør gi kunnskap om interne systemer som er spesifikke for STHF og som ikke kan læres gjennom utdanningssystemet, blant annet; avviksregistreringer, intranett, kvalitetssystemer, målsettinger og verdigrunnlag. Denne delen kan tilbys flere faggrupper samtidig.
  - b. Den faglige undervisningen bør tilbys et halvt år etter tiltredelse.
- 2) Variasjon i metode, tema, samt progresjon bør bli større mellom Trinn I og Trinn II.
- 3) Undervisningen bør organiseres som hele dager.
- 4) Sykehuset som helhet må komme frem til en felles ordning for systematisk belønning og tilrettelegging.
- 5) Det anbefales å opprette et forum bestående av ledelsen for Klinisk stige, enhetsledere og representanter fra enhetene, som kan bidra til klargjøring av kompetansebehov i tråd sykehusets strategi og utfordringer (eventuelt benytte eksisterende fora). Oppfølging og tilrettelegging av Klinisk stige fra lederne, eventuelt i samarbeid med fagutviklingssykepleierne er nødvendig dersom den økte kompetansen skal materialisere seg i systematisk bedret kvalitet på tjenestene.
- 6) Det anbefales å etablere en arena, eventuelt benytte eksisterende arenaer, der enhetslederne kan få undervisning og diskutere strategier for hvordan styre, benytte og synliggjøre sykepleiekompetanse.

## 14 LITTERATUR

- Eriksen, E.O. (2001) *Demokratiets sorte hull ? Om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo: Abstrakt. Eriksen, E.O. og Fossum, J.E. (red.)
- Vike m.fl. 2002. *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*.
- Haukelien, H. og Vike, H. (2007). *Velferd ved reisens slutt*. Rapport Norsk sykepleierforbund.
- Haukelien 2003. *Styring og intern diskurs i et norsk helseforetak*.
- Krogstad, U.B.(1994). *Å være sykepleier. Identiteter og paradokser. Tradisjon og modernitet*. Hovedoppgave. Sosialantropologi. Universitetet i Oslo.
- Hofstad, E. (2008). *Hvordan lykkes med klinisk stige?* Tidsskriftet Sykepleien. Nr 1. 2008
- Samdal, G.B. (2004) Kompetanseprogrammet Klinisk stige som virkemiddel for strategisk kompetanseutvikling. Hvilke erfaringer har sykepleiere og avdelingssykepleiere med Klinisk stige og hvordan mener de kompetanse kommer praksis til gode?  
Helsefag hovedfag, studieretning sykepleievitenskap. Det medisinske fakultet. Universitetet i Bergen 2004.
- Eriksen, E.O. 1993. *Fra målstyring til selvstyring*.
- Eriksen, E.O. (2001). *Demokratiets sorte hull. Om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Abstract forlag Oslo.
- Gullestad, M. (2006). *Plausible prejudice*. Universitetsforlaget.
- Gullestad, M. (2002). *Det norske sett med nye øyne*. Universitetsforlaget.
- Høgmo, A. (1998). *Fremmed i det norske hus. Innvandreres møte med bygdesamfunn, småby og storby*. Gyldendal akademisk.
- Kjellstadli (red.) ((2003) Norsk innvandringshistorie. Bind 3. Hallvard Tjelmeland og Grete Brochmann. I globaliseringens tidsalder.
- Østerud, Engelstad og Selle 2004



