

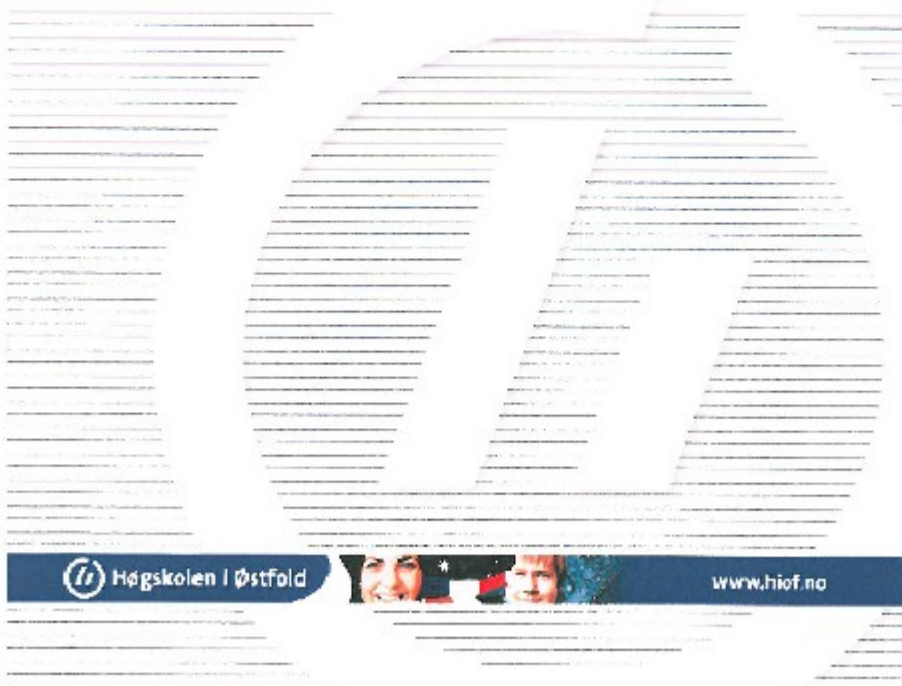
MASTEROPPGAVE

Strategisk kompetansestyring i Sykehuset Østfold -hvilke forhold har betydning for sikring av rett kompetanse?

Uarbeidet av:
Mette Bøhn Meisingset

Fag:
Organisasjon og ledelse

Avdeling:
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag, 2011



Forord

Strategisk kompetansestyring, er et tema jeg er brennende opptatt av. Det å skrive denne oppgaven har derfor vært en takknemmelig jobb, selv om prosessen med å komme i mål har bydd på utfordringer. En hektisk arbeidshverdag og en travel familiesituasjon, i tillegg til en plagsom skulder så ut til å sette meg ut av spill. Nå er dette heldigvis et tilbakelagt stadium, og jeg kan se tilbake på en lærerik periode.

I forbindelse med arbeidet med denne oppgaven er det flere som jeg ønsker å rette en takk til. Først vil jeg takke min mann og mine barn, som har lagt forholdene til rette for at jeg skulle få muligheten til å fullføre denne oppgaven.

Jeg vil også takke respondentene som har gitt meg viktig og nyttig informasjon og større innsikt i kompetansestyringsprosessen, spesielt ”hvordan sikre rett kompetanse i sykehuset”.

Prosjektgruppen for PEK, *prosjekt effektiv kompetansestyring*, som jeg har vært leder av, vil jeg også rette en takk til. De har bidratt aktivt i faglige diskusjoner og kommet med mange nyttige synspunkter i prosjektgruppemøtene som har inspirert meg. Videre har de bidratt til kvalitetssikring av intervjuguide, selve undersøkelsen og med ideer til tiltak.

Den jeg likevel vil takke aller mest er min veileder – Tom Gundersen - som kom inn som en redningsmann i innspurten. Han har gitt meg uerstattelig mye støtte, god veiledning og mange nyttige faglige innspill på kort tid. Ikke minst har han gitt meg troen på at denne oppgaven lot seg slutføre.

Mette Bøhn Meisingset, 1. mai 2011

FORORD	1
TABELLER OG FIGURER.....	4
1.0 INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR PROBLEMSTILLING.....	6
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	8
1.3 GANGEN I OPPGAVEN.....	9
2.0 SYKEHUS SOM ORGANISASJON.....	10
2.1 HISTORIE OG DEN POLITISKE OMVERDEN	11
2.1.1 INNFØRING AV FORETAKSMODELLEN OG ENHETLIG LEDELSE	12
2.1.2 SYKEHUSETS RAMMEBETINGELSER.....	13
2.2 VISJON, VERDIER, MÅL OG KULTUR	14
2.2.1 VISJONER OG VERDIER.....	15
2.2.2 MÅL OG STRATEGIER.....	16
2.2.3 KULTUR	17
2.2.4 FYSISKE RAMMER.....	21
2.2.5 BELØNNINGSSYSTEMER.....	22
2.3 OPPGAVER, STRUKTUR, AKTØRER OG TEKNOLOGI.....	23
2.3.1 OPPGAVER I ET SYKEHUS	23
2.3.2 SYKEHUSETS STRUKTUR.....	25
2.3.3 AKTØRER I SYKEHUS	27
2.3.4 TEKNOLOGI I SYKEHUS	29
3.0 FAKTORER SOM HAR BETYDNING FOR KOMPETANSEBEHOV OG -STYRING I SPESIALISTHELSETJENESTEN.....	31
3.1 LANGVARIG ØKNING AV ANDEL ELDTRE	31
3.1.1 GENERELL BEFOLKNINGSUTVIKLING	32
3.1.2 ALDER OG BRUK AV HELSETJENESTER	34
3.2 SYKDOMSUTVIKLING.....	35
3.2.1 HJERTE- OG KARLIDELSER.....	35
3.2.2 KREFTSYKDOMMER.....	36
3.2.3 SLITASJESYKDOMMER I MUSKEL- OG SKJELETT.....	37
3.2.4 DIABETESTYPE 2	37
3.2.5 PSYKISKE LIDELSER.....	38
3.3 TEKNOLOGISK UTVIKLING	39
3.4 SAMHANDLINGSREFORMEN.....	40
3.5 BEHOV FOR REKRUTTERING AV HELSEPERSONELL	43
3.5.1 DEMOGRAFI I SYKEHUSET ØSTFOLD.....	43
3.5.2 GRUNNLAG FOR REKRUTTERING	45
4. 0 STRATEGISK KOMPETANSESTYRING	46

4.1 KOMPETANSEBEGREPET	48
4.1.1 KOMPETANSEKOMPONENTER	48
4.1.2 KOMPETANSEFORMER	52
4.1.3 ORGANISASJONENS KOMPETANSE.....	53
4.1.4 KJERNEKOMPETANSE OG NØKKELKOMPETANSE	55
4.2 KOMPETANSEPLANLEGGING	56
4.2.1 KLARGJØRING AV KOMPETANSEKRAV	57
4.2.2 KARTLEGGING AV KOMPETANSEBEHOLDNINGEN	58
4.2.3 ANALYSE AV KOMPETANSEGAPET	59
4.2.4 IDENTIFISERING OG PRIORITERING AV KOMPETANSEBEHOV	60
4.2.5 EVALUERING OG OPPFØLGING AV KOMPETANSETILTAK	62
<u>5.0 METODE</u>	<u>64</u>
5.1 FORSKNINGSDESIGN	64
5.1.1 CASESTUDIE	65
5.1.2 KVALITATIV METODE	65
5.1.3 KVANTITATIV METODE.....	67
5.2 Å FORSKE I EGEN ORGANISASJON	67
5.3 GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN OG METODEKRITIKK	69
<u>6.0 PRESENTASJON AV DATA</u>	<u>72</u>
6.1 OPPSUMMERING FRA E-POST UNDERSØKELSEN	72
6.2 OPPSUMMERING AV INTERVJUENE	76
6.2.1 RESPONDENTENS DEFINERING AV FREMTIDIG KOMPETANSEKRAV	76
6.2.2 RESPONDENTENES OVERSIKT OVER MEDARBEIDERNE KOMPETANSE	77
6.2.3 RESPONDENTENS VURDERING AV BEHOV FOR KOMPETANSETILTAK	79
6.2.4 BEHOV FOR ET IKT VERKTØY MED HVILKEN FUNKSJONALITET?	83
6.2.5 HVORDAN KAN SØ BLI BEDRE PÅ KOMPETANSESTYRING?.....	85
<u>7.0 HVILKE FAKTORER SIKRER RETT KOMPETANSE?</u>	<u>88</u>
7.1 HVILKE FAKTORER SIKRER RETT KOMPETANSE I PLANLEGGINGSFASEN?	88
7.1.1 DEFINERE KRAV TIL FREMTIDIG KOMPETANSE	88
7.1.2 OVERSIKTEN OVER EKSISTERENDE KOMPETANSE.....	92
7.1.3 GAP ANALYSER OVER KRITISKE KOMPETANSEOMRÅDER.....	94
7.2 HVILKE FAKTORER I KOMPETANSEANSKAFFELSEFASEN SIKRER RETT KOMPETANSE?	95
7.2.1 MOBILISERING AV KOMPETANSE I ORGANISASJONEN	96
7.2.2 VIDEREUTVIKLING AV EGNE MEDARBEIDERE	98
7.2.3 REKRUTTERING AV KOMPETANSE	102
7.3 EVALUERINGENS BETYDNING FOR SIKRING AV RETT KOMPETANSE	104
<u>8.0 FORSLAG TIL TILTAK OG VEIEN VIDERE</u>	<u>106</u>
<u>LITTERATURLISTE</u>	<u>111</u>
<u>VEDLEGG 1 INTERVJUMAL</u>	<u>118</u>

Tabeller og figurer

Figurer	Navn	Side
Figur 2.1	Leavitt Ry modellen	10
Figur 2.2	Organisasjonskart Sykehuset Østfold	27
Figur 3.2	Alderssammensetning i befolkningen	32
Figur 3.3	Utvikling av forsørgerbyrden	33
Figur 3.4	Nettooverføring i nasjonalregnskapet etter alder	33
Figur 3.6	Alder og forbruk av helsetjenester	34
Figur 3.7	Nye krefttilfeller hos kvinner i perioden 1990 - 2008	36
Figur 3.8	Nye krefttilfeller for menn i perioden 1990 - 2008	37
Figur 3.9	Utvikling i overvekt og fedme i perioden 1965 - 2003	38
Figur 3.10	Nye tilfeller av psykiske lidelser i perioden 1990 - 2008	38
Figur 3.12	Alderssammensetning hjelpepleiere i SØ	44
Figur 3.13	Alderssammensetning for sykepleiere i SØ	44
Figur 3.14	Alderssammensetning leger i SØ	44
Figur 4.1	Kompetansestyringsprosessen	46
Figur 4.2	Sammenheng mellom kompetansekompomentene	49
Figur 4.3	Trekomponentmodellen	51
Figur 4.4	Konseptuel modell for organisatorisk kompetanse	54
Figur 4.5	Hovedaktiviteter i kompetansestyring	57
Figur 6.3	Oversikt over medarbeideres kompetanse, utover stillingsbetegnelse	78
Figur 6.4	Oversikt over hvem som har en plan for kompetanseutvikling	80
Figur 6.5	Hvordan kommer ledere frem til innholdet i plan for	80

	kompetanseutvikling	
Figur 6.6	Behov for IKT verktøy	84
Figur 6.7	Verktøyets funksjonalitet	84
Figur 6.8	Hva trenger leder for å bli bedre på styring av kompetanse?	85
Figur 7.1	Samspill av faktorer som påvirker behovet for arbeidskraft og kompetanse	90
Figur 7.2	Oversikt over alle områder som må være med for å definere nødvendig fremtidig kompetanse	91
Figur 8.1	Kartleggingsskjema	108
Tabeller	Navn	Side
Tabell 3.1	Prognoser befolkningsutvikling	32
Tabell 3.5	Folkemengde etter alder i Helse Sør-Øst fylkene	34
Tabell 3.11	Bemanning i SØ	43
Tabell 3.15	Studiegjennomføringsprosenten	45
Tabell 6.1	Antall svar mottatt fra ledernivå og divisjon	72
Tabell 6.2	Hvor mange har det jeg etterlyser	73

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for problemstilling

I 2015 skal det nye sykehuset i Østfold stå klart med et helt nytt bygg på Kalnes, og et nyrenovert sykehus i Moss. Denne tostrukturmodellen skal, sammen med kommunehelsetjenesten, gi Østfolds befolkning på 300 000 mennesker et helhetlig helsetilbud.

Nytt østfoldsykehus vil i 2015 sikre kapasitet, kvalitet og effektivitet med en faglig høy standard. Det betyr at:

- Pasientene skal få rask diagnostikk, utredning og behandling på det nivå de har behov for. Dette fordrer tett samarbeid med primær-/kommunehelsetjenesten.
- Det skilles mellom øyeblikkelig hjelp og planlagt virksomhet, med størst mulig grad av planlagt virksomhet. All akutt virksomhet skal overføres til Kalnes.
- Psykiatri og somatikk skal integreres, men hovedaktiviteten innen psykisk helsevern skal skje innenfor robuste distriktpsikiatriske sentre.
- Tilgjengeligheten for pasientene økes ved at åpningstiden i poliklinikker og dagbehandling utvides til minst 10 timer, og det skal være laboratorier, radiologi og ambulansesvirksomhet i alle regioner i Østfold (SØ 2015, intranettside).

Sykehuset Østfold blir et av de mest moderne sykehusene i Norge, med avanserte logistikk-løsninger og teknologi. I tillegg vil endrede organisasjonsformer kreve nye ledelsesmåter. Nye, individuelle tilpasninger og endrede roller vil utfordre den enkelte medarbeider på å tenke og arbeide annerledes. For å være klare til selve innflyttingen må det skje en kontinuerlig organisasjonsutvikling, slik at SØ kan tilby spesialisttjenester i tråd med målene over. Det er derfor etablert et organisasjonsutviklingsprosjekt (OU-prosjektet) med et helhetlig ansvar for å utvikle den nye sykehusorganisasjonen. OU-prosjektets oppgave er å utvikle konkrete planer for den nye sykehusorganisasjonen, tilpasset de funksjonsløsninger, medisinsk-teknisk utstyr og tekniske løsninger som skal etableres. Målet er å finne de beste

løsningene for fremtidsrettet pasientbehandling, og gode arbeidsmåter. I tillegg skal prosjektet sikre tidlig planlegging og konkrete planer for innflytting, opplæring og utprøving. HR-enheten ved sykehuset er en sentral samarbeidspartner for OU-prosjektet. Mange prosjekter er etablert, og et prosjekt initiert av HR-enheten er Prosjekt Effektiv Kompetansestyring (PEK), hvor resultatmålet er å tilrettelegge for prosess, struktur og metoder som sikrer at sykehuset har rett kompetanse år 2015 og inn i fremtiden.

Verdiskapning i sykehus er å gi god pasientbehandling innenfor økonomiske rammebetingelser og lovverk. I et sykehus er de ansattes intervensjoner selve produktet ut mot ”kunden”, og organisasjonen blir avhengig av å klare å tiltrekke seg, samt beholde høyt kvalifiserte og dyktige medarbeidere. Kunnskapsmedarbeideren er her definert som den høykompetente medarbeideren som innehar realkompetanse, som er helt nødvendig for verdiskapning i et sykehus. Når kunnskapsbedrifter snakker om arbeidskraft, er det ikke medarbeiderens tid alene virksomheten etterspør, men kompetansen vedkommende besitter.

Spesialisthelsetjenesten er en kunnskapsintensiv organisasjon som er avhengig av medarbeidere med spesialisert kompetanse på mange områder. Kunnskapsorganisasjoner kjennetegnes av høy utviklings- og endringstakt i forhold til operative oppgaver og mål.

Ledelse av de menneskelige ressursene, er organisasjonens viktigste suksessfaktor. Over 70 % av det årlige driftsbudsjettet er relatert til medarbeidere i form av definerte personalkostnader. HR-enheten har derfor en viktig rolle og funksjon i bedriften. Human resources (HR) handler om alle aktiviteter som omhandler planlegging, anskaffelse, utvikling og avvikling av menneskelige ressurser i organisasjonen. Målet er å legge til rette for god pasientbehandling.

Spesialisthelsetjenesten er en av de sektorene som kan treffes hardt av velferdsstatens store utfordringer i årene fremover, med underskudd på arbeidskraft og en befolkningsutvikling med stadig økende eldre befolkning. Eldre mennesker, som vi også skal se i kapittel 3, forbruker helsetjenester mer enn yngre. Videre vil vi se at behovet for helsearbeidere vil stige. I dag velger omtrent hver fjerde ungdom helse- og sosialfaglig utdanning på ulike nivåer. I år 2030 må mer enn hver tredje ungdom velge slike utdanninger for å dekke behovet for helsetjenester. Når vi i tillegg vet at 25 % som begynner i videregående skole aldri fullfører, og at frafallet i høyere utdanning generelt er høyt, kan vi raskt fastslå at helsevesenet vil kunne få betydelige rekrutteringsutfordringer.

Kompetansestyringens hensikt er å sikre at sykehuset har den rette kompetansen for å nå overordnede mål. Styring av kompetanse er helt avgjørende for å lykkes i arbeidet med nytt sykehus 2015 og sikre spesialisthelsetjenesten nødvendig kompetanse videre i årene fremover.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Kravene til kompetanse i fremtidens spesialisttjeneste er, som nevnt høye, og verdien av eksisterende kompetanse forringes raskt i takt med medisinsk forskning og stadige nye behandlingsmetoder. Løpende oppdatering og vedlikehold, samt kontinuerlig kompetanseutvikling og – heving er helt nødvendig for å sikre verdiskapningen.

For å kunne møte utfordringer til de fremtidige kompetansekravene til spesialisthelsetjenesten og nytt sykehus, er det avgjørende med god kompetansestyring. For å være strategisk må kompetansestyringen være basert på definerte mål, planer og oppgaver som skal løses, samt utgjøre en kontinuerlig integrert prosess. Målet med strategisk kompetansestyring er å sikre virksomheten og den enkelte medarbeider den nødvendige kompetanse i forhold til dagens og fremtidens mål og oppgaver.

Kompetanseutvikling innebærer både rekruttering, videreutvikling og mobilisering av eksisterende kompetanse. Kompetansestyring skal bidra til økt kvalitet i tjenestene, mer effektiv ressursutnyttelse, tilrettelegge for utvikling og styrke et godt omdømme for sykehuset som en attraktiv arbeidsplass.

Mangel på kompetanse**styring** betyr ikke nødvendigvis mangel på kompetanse**utvikling**, men at utvikling av kompetanse mangler bakgrunn i reelle behov basert på gap mellom nødvendig kompetanse og eksisterende kompetanse. Med ansvar for PEK prosjektet er min problemstilling knyttet til en problemstilling som er særdeles relevant her:

Hvilke forhold har betydning for sikring av rett kompetanse?

Mitt utgangspunkt til kompetansestyring er fra et HR perspektiv. HR er et fag som spenner vidt, og favner over mange ulike oppgaver, hvor en av de er kompetansestyring. Det å sikre gode prosesser og strukturer, samt sørge for at ledere har nødvendig verktøy for å sikre rett kompetanse er en viktig HR oppgave. Denne oppgaven er begrenset til å besvare hvilke forhold som har betydning for sikring av rett kompetanse, noe som blir en del av en større leveranse i PEK prosjektet.

1.3 Gangen i oppgaven

Hva som kjennetegner en av velferdsstatens mest sentrale institusjoner er tema for neste kapittel. For å organisere dette kapittelet har jeg valgt variablene i Leavitt-Ry sin systemorienterte modell. Dette for å sikre en beskrivelse av organisasjonen hvor nødvendige variabler er tatt hensyn til.

I tredje kapittel vil jeg redegjøre for hvilke faktorer som har betydning for kompetansebehov og styring i spesialisthelsetjenesten. Fremtidige, sannsynlige endringer i demografi, sykdomsutvikling, teknologisk utvikling, samhandlingsreformen og rekrutteringsgrunnlaget for helsepersonell, er områder vi bør stå forberedt til å møte.

Deretter følger et kapittel med alle de ulike aktiviteter som inngår i en strategisk kompetansestyringsprosess. I tillegg til å redegjøre for kompetansebegrepet vil hovedelementene i strategisk kompetansestyring bli belyst: *kompetanseplanlegging, kompetanseanskaffelse, evaluering, samt oppfølging av kompetansetiltak.*

En redegjørelse og begrunnelse for valg av metode kommer i kapittel 5. Jeg har valgt å forske i egen organisasjon, så dette er en casestudie hvor en kvalitativ metode spiller hovedrollen, men kommer først i etterkant av en mindre, kvantitativ undersøkelse.

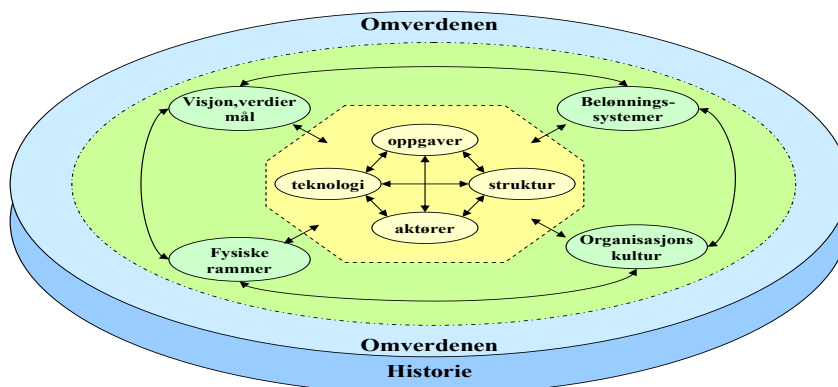
I kapittel 6 blir dataene fra undersøkelsen presentert, mens drøftingene av dataene kommer i kapittel 7. Her og i det siste kapittelet vil jeg svare på problemstillingen, i det siste kapittelet vil jeg komme med forslag til tiltak, og noen tanker for veien videre.

2.0 Sykehus som organisasjon

Med henvisning til Mintzberg (1979) sine organisasjonskonfigurasjoner betegnes sykehusorganisasjoner som profesjonelle byråkratier. Konfigurasjonen preges av at de er store organisasjoner, har sterk spesialisering, høye kompetansekrav, består av gruppering etter fag og at beslutningsmyndighet er desentralisert til faggrupper. Sykehuset Østfolds kliniske virksomhet omfatter ca. 25 medisinske hovedspesialiteter, og verdiskapningen foregår i møte mellom behandler og pasient.

Det er mange måter å beskrive en organisasjon på. Jeg har benyttet meg av Leavitt-Ry modellen. Harold J. Leavitts grunnleggende enkle systemorienterte modell, første gang offentlig presentert på et seminar i USA juni 1962, bestod først av 4 variabler; *oppgaver, struktur, teknologi og aktører*. Senere utvidet han modellen med *omverdenen*. J.C Ry Nielsen og Morten Ry utvidet modellen ytterligere med 5 variabler; *fysiske rammer, organisasjonskultur, belønningsstruktur, visjoner/verdier/mål og historie*. Derav navnet Leavitt-Ry modellen. Alle de ti variablene i modellen under er avhengige av, og påvirker hverandre, og en endring i en variabel får konsekvenser for de andre variablene. Pilene i figuren under illustrerer dette:

Figur 2.1 Leavitt-Ry modellen



”Mennesker, organisasjon og samfunn inngår i et dynamisk samspill med gjensidig påvirkning. På en måte kan vi si at virkeligheten skapes og gjenskapes i denne interaksjonen” (Berger og Luckman 1966). Modellen kan benyttes, som her, til å beskrive organisasjoner, men også diagnostisere organisasjonsproblemer, eller brukes i den hensikt å tilrettelegge for organisasjonsendringer (Ry Nielsen; 2002).

La oss nå starte ytterst i sirkelen i modellen over og bevege oss skritt for skritt innover til kjernen, til de fire siste variablene som var Leavitts opprinnelige modell.

2.1 Historie og den politiske omverden

”Organisasjoner kan kun forstås i et samspill med omverden. Og endringer i organisasjonen vil endre omgivelsene og omvend” (Ry Nielsen, 2002, s. 16).

Leavitt utvidet den opprinnelige modellen med omverden, med begrunnelsen at omverden stadig har fått større og større betydning med tanke på utvikling i offentlig regulering, globalisering og teknologi. I neste kapittel vil omverdens betydning ytterligere bli belyst gjennom forhold som vil kunne ha betydning på arbeidskraft og kompetanse i fremtidens spesialisthelsetjeneste.

Omverden kan også forstås som brukerne og potensielle brukere av helsevesenet, pårørende, eierne og mediene. Forventningene fra brukerne til helsetjenester har steget i takt med informasjonstilgangen, og eierne har forventninger om effektivitet og kvalitet. Mediene følger sykehusene med argusøyne og har stor betydning for sykehusets omdømme og tillit.

I dette kapitlet konsentrerer jeg meg først og fremst om eierne. Sykehus er en sentral organisasjon i velferdsstaten, og naturlig handler helsepolitikken i stor grad om sykehusorganisasjon og ledelse. Staten som eier har en sentral posisjon i debatten om hvordan sykehusene bør styres og fastsetter de økonomiske rammebetingelsene. Den forventer at helseforetakene ikke overskrider den økonomiske rammen de har blitt tildelt. Det er stort fokus på at sykehusene må bli mer kostnadseffektive. *”Bærekraftig utvikling over tid forutsetter bedre arbeidsdeling, ressurs- og kapasitetsutnyttelse og god økonomisk styring”* (Mål 2008 Helse Sør-Øst).

Det er fire hovedkrav til effektivitet i tjenesteytingen i offentlig sektor:

1. Ressursene skal styres mot de politisk prioriterte formålene.
2. Ressursene skal styres mot de politisk prioriterte målgruppene.
3. Tjenestene skal tilfredsstillе brukerens og samfunnets behov.
4. Tjenesteproduksjonen skal ha høy produktivitet.

(Kolstad Hansen mfl., 2006, s. 112)

Sykehusenes rammebetingelser muliggjør virksomhetens verdiskapning, men før jeg redegjør for rammebetingelsene synes jeg det er viktig med en historisk beskrivelse av innføringen av foretaksmodellen og enhetlig ledelse. Dette er to store reformer som har fått store konsekvenser for sykehusdrift.

2.1.1 Innføring av foretaksmodellen og enhetlig ledelse

I Norge er det gjennomført en omfattende reform ved å overføre en del av sykehusenes oppgave fra fylkeskommunene til helseregioner og helseforetak, organisert etter en foretaksmodell, dette gjeldende fra 1.januar 2002. Sykehusreformens konsekvens er at staten har overtatt sykehusene. Fra å være et delt politisk ansvar mellom 19 fylkesting og Stortinget er den folkevalgte styringen av sykehusene nå lagt til Stortinget. Sykehusene er dermed ikke lenger offentlige forvaltningsorganer, men statlige foretak. Fire regionale statlige helseforetak forvalter dette eieransvaret på vegne av staten: Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Til sammen 33 lokale helseforetak står for tjenesteproduksjonen.

Virksomheten omfatter i tillegg til sykehus, institusjoner i psykiatrien, ambulansetjenesten, nødmeldingstjenesten, sykehusapotek og laboratorier. Disse er organisert som underliggende helseforetak, men er eid av det regionale helseforetaket. Foretaksstyret er uten politisk representasjon og har det overordnede ansvaret for å oppfylle de helsepolitiske målene som settes for helseforetakene.

Statens overtakelse av sykehusene kom rett etter innføringen av fritt sykehusvalg (lov om pasientrettigheter, 2000), og beslutningen om at enhetlig ledelse skulle innføres i sykehusene (lov om spesialisthelsetjenesten, 2001). Beslutning om at alle sykehusavdelinger skulle ha enhetlig ledelse medførte slutt på tradisjonen med kollegial ledelse, dvs. likestillingen mellom faglige og administrative ledere (Vareide 2001). Hensikten var å få realisert mål- og

resultatstyring i offentlig sektor gjennom å gi ledere fullt resultatansvar for sine enheter. Den tidligere kollegiale ledelsesformen ble ikke oppfattet som å fremme en slik ansvarlighet (Gammelsæter 2002). Det gikk på synspunkter om at problemene i helsevesenet hadde sin årsak i for stor faglig autoritet og legenes monopol på lederstillinger. Selv om forslaget om enhetlig ledelse møtte mye motstand fra faglig hold i sykehusene, slo «Pasienten først»-utvalget fast at «lederen er leder av en organisatorisk enhet – ikke for en enkelt yrkesgruppe. Ledelsen bør være enhetlig.» (NOU 1997:2, s. 14). Enhetlig ledelse som prinsipp kom også i (spesialhelsetjenesteloven 1999), og i stortingsproposisjonen som foranlediget dannelsen av helseforetak (Ot.prp. nr. 66 2000–2001). Loven om spesialisthelsetjenesten og helseforetaksloven påla alle organisatoriske enheter å ha en ansvarlig leder. Myndighetene håpet ved dette at sykehusene skulle få bedre styring (Vareide 2002).

Sykehusreformen var klart inspirert av den internasjonale New Public Management (NPM) bølgen. NPM forutsetter utstrakt delegering av myndighet og betydelig grad av tilbakeholdenhet fra politikernes side, samtidig som den forutsetter sterkere sentral styring ved hjelp av kontrakter og resultatrapportering (Lægneid, 2004).

Hovedkonklusjonene fra den norske Makt- og demokratiutredningen (Østerud, 2003) var at reformene i praksis har ført til at det administrative handlingsrommet er utvidet på bekostning av den politiske styringen.

2.1.2 Sykehusets rammebetingelser

Sykehus som organisasjon preges av to rammebetingelser:

1. Rollen som kunnskapsorganisasjon. Sykehuset er en organisasjon som bruker svært avansert teknologi, og som er arbeidsgiver for yrkesgrupper og spesialiteter som preges av sterk faglogikk og faglojalitet. Dette behandles spesielt senere under *aktører i sykehus* (2.3.3) og *teknologi i sykehus* (2.3.4).
2. Rollen som politisk styrt organisasjon som må tilpasse seg politiske, økonomiske/administrative mål og rammer.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har det overordnede ansvar for alle sykehus i Norge, og staten eier de offentlige sykehusene. Styring utøves blant annet gjennom:

Myndighetsvedtak; dvs. lover (spesialisthelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven, helseforetaksloven), forskrifter (eks. prioriteringsforskriften) og andre overordnede politiske vedtak (nasjonal helseplan og opptrappingsplan for psykisk helse), herunder budsjettvedtak. Den nye samhandlingsreformen, som vil bli omtalt i neste kapittel, vil også legge føringer og vil bety endringer i spesialisthelsetjenestens ansvarsområder.

Foretaksmøte er øverste myndighet i foretaket og foregår i januar og juni hvert år. I januar blir styrings- og prestasjonskrav for økonomi- og organisasjonsområdet fastlagt. I juni behandles årsregnskap, årsberetning og årlig melding.

Oppdragsdokumentet gir føringer for tilskuddsforvaltningen. HOD utarbeider årlig et spesifisert oppdrag til de regionale helseforetakene gjennom oppdragsdokumentet. I oppdragsdokumentet er det gitt styringskrav knyttet til innholdet i spesialisthelsetjenesten gjennom mål og rammer for bruk av tildelte midler.

Finansieringen av de regionale helseforetakene skjer gjennom en basisbevilgning (bestemmes bl.a. av antall innbyggere og alderssammensetningen i regionen) og en aktivitetsbasert finansiering. Den aktivitetsbaserte finansieringen ble innført i 1997 for å hindre stadige budsjettoverskridelser. Dette er en stykkprisfinansiering, basert på såkalte diagnoserelaterte grupper (DRG).

Foretakene er autonome resultatenheter og kan ikke vende seg til Stortinget for å dekke et underskudd. Styrene har ansvaret for ressursallokering, kostnadskontroll og økonomisk inntjening. Utover basisbevilgningen fra Stortinget må foretakene skaffe sine egne inntekter og kontrollere sine kostnader, samt sørge for balanse i budsjettene (Hallgeir Gammelsæter og Dag Olaf Torjesen, 2005).

2.2 Visjon, verdier, mål og kultur

Nå beveger vi oss fra innføring av foretaksmodellen, enhetlig ledelse og rammebetingelser til sykehusets visjoner, verdier, mål og kultur. Kultur henger så nært sammen med visjoner og verdier, at jeg velger å behandle dette i samme kapittel. Henviser her til den amerikanske psykologen Edgar H. Schein, som mener at for å forstå en organisasjons overbevisninger og verdier, må man først observere og tolke organisasjonens artefakter. Artefakter er alle

sansbare objekter som aktørene i en organisasjon skaper gjennom handlingsmønstre basert på normer og verdier, som igjen er basert på grunnleggende antagelser (Hatch, 2004).

Virksomhetens fysiske rammer og belønningssystemer er for meg et viktig bidrag til kulturforståelse og kulturbygging, og blir naturlig å ta med her. Jeg minner om at utgangspunktet i Leavitt-Rye modellen er at variablene påvirkes av hverandre og henger sammen, selv om de her blir omtalt hver for seg.

2.2.1 Visjoner og verdier

En visjon er en organisasjons forestillinger om hvor den vil hen og hva den vil være. Den rommer både et håp om hva organisasjonen kan oppnå, et mål om hvor langt den kan strekke seg, og en forpliktelse til å arbeide i retning av visjonen. En visjon, skal i følge R. Stacey være attråverdig, realistisk og troverdig. Det må være en rimelig og mulig sammenheng mellom ord og handling (Ry Nielsen, 2002). Visjonen beskriver sykehusets ambisjon. Den sier noe om hvem vi skal være, og for hvem. Den skal også gi retning for valg og prioriteringer medarbeiderne gjør i sitt arbeid. Sykehuset visjon er: *Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det.*

Verdier er en konkretisering av visjonen og forteller hvordan virksomheten ønsker å bli oppfattet. Verdier er de sosiale prinsipper og mål som organisasjonen anser for å ha iboende verdi og utledes fra organisasjonens grunnleggende antakelser (Hatch, Mary Jo, 2004).

Verdiene er en rettesnor for ledere og medarbeidere og skal komme til uttrykk i daglig atferd. Sykehusets verdier er; **Kvalitet, Trygghet og Respekt.**

Sykehuset har videre utformet fem leveregler som har til hensikt å hjelpe oss med å praktisere verdiene i hverdagen. De fem leveregler er:

1. Vi omgås pasienter og hverandre med høflighet og respekt.
2. Vi deltar i prosesser og er lojale til beslutninger.
3. Vi skaper resultater gjennom samhandling.
4. Vi ser muligheter, ikke begrensninger.
5. Vi representerer arbeidsplassen vår på en god måte.

Den etiske dimensjonen er viktig for helseforetakenes langsiktige verdiskapingsprosesser.

Verdiledelse er en forutsetning, noe som krever fokus på de etiske verdiene. Mobilisering av

medarbeidere og ledere er en forutsetning for å oppnå gode resultater. Uansett hva som vedtas av gode mål, strategier, omstruktureringstiltak og faglig omstilling, er organisasjonen avhengig av engasjerte medarbeidere, gjennomføringsevne og ledelseskraft.

2.2.2 Mål og strategier

Mål er en ønsket tilstand på et gitt tidspunkt. Målene skal sørge for at sykehuset har noe å styre mot, og de skal gjøre det mulig å vurdere om et resultat er godt eller dårlig. De overordnede målene er strategiske og langsiktige. SØ skal i 2015 inn i nytt sykehus og de langsiktige mål er:

- Alle pasienter får rask diagnostikk, behandling og rett informasjon styrt av en helhetlig og tverrfaglig arbeidsform.
- Ny sykehusstruktur og ny teknologisk infrastruktur gir en tydelig oppgavedeling og bedret tjenestekvalitet.
- Samhandling med kommunehelsetjenesten og andre HF skal være en naturlig del av pasientforløpene og av handlingsmønsteret til alle medarbeidere.
- SØ skal gjennom forskning, utdanning og kompetanseutvikling være konkurransedyktig innenfor definerte områder nasjonalt og internasjonalt.
- Det skal være oppnådd en driftsøkonomisk gevinst tilsvarende 180 mill kroner.

Kompetanse handler om å være i stand til, både på individ- og organisasjonsnivå, det vil si besitte nødvendig kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger for å mestre aktuelle oppgaver og nå definerte mål (Lai, 1997).

I oppdragsdokumentet presiseres det at det forutsettes at Sykehuset Østfold (SØ) er kjent med innholdet i overordnede strategier og handlingsplaner. Det legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet på de ulike områdene. For 2011 gjelder følgende strategier for spesialisthelsetjenesten:

- Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012).
- Nasjonal strategi for kreftområdet (2006-2011).
- Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006-2011).
- Nasjonal strategi for KOLS-området (2006-2011).
- Strategi for kvinners helse (2003-2013).

- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011).
- Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012).
- Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012).
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011).
- Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskaade (2009-2014).
- Aksept og mestring – nasjonal hivstrategi (2009 -2014).
- Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012).

I sykehuset er det i tillegg utviklet tre interne strategier;

1. Strategi for HMS
2. Strategi for ledelse
3. Strategi for kompetansestyring

Målet med strategi for kompetansestyring er at sykehuset har rett kompetanse i år 2015 og fremover. Følgende tiltak er satt opp i strategi for kompetansestyring:

- Beskrive metoder for utvikling av samhandlingskompetanse.
- Utvikle måleverktøy for samhandling på tvers av fag, divisjoner og forvaltningsnivå.
- Videreutvikle system for evaluering av studieplasser.
- Gjennomføre prosjekt for forbedring av praksisplasser helse- og sosialfag.
- Gjennomføring av Prosjekt Effektiv kompetansestyring:
 - Det foreligger en behovsanalyse for verktøy og prosess for kompetansestyring.
 - Det foreligger en metode for å få oversikt over kritiske kompetansegap.
 - Verktøy for kompetansestyring er utviklet internt eller kjøpt.
 - Alle medarbeidere har registrert sin kompetanse.

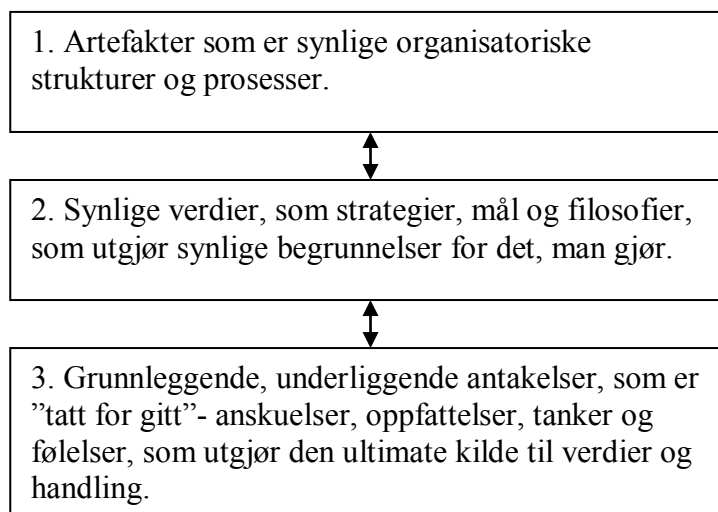
2.2.3 Kultur

”En organisasjon er i sin konstruksjon et møte mellom mennesker. Et møte mellom mennesker impliserer alltid et møte mellom erfaringer, forventninger, og verdier, enten man er seg dette bevisst eller ikke.” (Bastøe mfl., 2002, s. 22).

Når mennesker møter organisasjonen møter den også dens kultur. Edgar Schein definerer kultur som *”et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som*

den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene” (Bastøe mfl., 2002, s. 22-23).

Scheins (Ry Nielsen, 2002, s. 23) funksjonelle kulturbegrep har to formål; sørge for gruppens integrasjon og sørge for at organisasjonen kan tilpasse seg de eksterne omgivelsene. Han skjelner mellom tre kulturnivåer:



Artefakter og synlige verdier kan symboliseres som toppen av isfjellet (det som synes over vann), mens de siste og 3. nivå kan symbolisere fjellet under vann.

Organisasjonskulturen kan sette begrensninger for ønsket endring og realisering av visjoner/verdier og mål. Kultur er i følge Lundquist (1998) den variabelen som det er vanskeligst å påvirke utenifra. Når man omstrukturerer, eller forandrer noen av de andre variablene, er risikoen stor for at den gamle kulturen, særlig hvis den er sterk og enhetlig, motvirker og motarbeider initiert endring. *"Cultur will eat strategy to lunch, every day of the week"*. Sykehus som organisasjon er her spesielt utsatt med tanke på at sterke profesjoner utgjør kjernekompetansen, noe jeg kommer tilbake til under *aktører i sykehus*. Sykehuset skal gjennom store endringer inn mot nytt sykehus, hvor mange av Leavitt- Ry modellens variabler vil måtte endres. Endringer i omverden og dens konsekvenser for teknologi, struktur og aktører vi bli belyst i neste kapittel.

Med utgangspunkt i Bolman og Deals (2004) symbolske perspektiv er det spesielt tre begreper som er viktige; *mening, tro og tillit*. Med det menes at det viktige med enhver handling ikke nødvendigvis er hva som faktisk skjer, men meningen med det som skjer. Med det forstår jeg den måten vi tolker det som hendte. Mange handlinger og prosesser i organisasjonen kan fremstå som uklare for medarbeidere. Det er ofte vanskelig å vite hva som skjer, hvorfor det skjer og hva det vil føre til. Godt lederskap handler derfor om å skape historier og symboler for å redusere det uklare, ordne opp i forvirringen, øke det forutsigbare, og ikke minst gi retning.

I følge Scott (1992) kan organisasjoner betraktes ut i fra tre perspektiver:

1. Rasjonelle systemer, organisasjoner betraktes i et perspektiv hvor formelle strukturer rettet mot realisering av spesifiserte mål står i sentrum.

2. Naturlige systemer, organisasjoner sees som organiske enheter som bygger på en felles interesse om at systemet skal overleve.

3. Åpne systemer, organisasjoner sees som gjensidig avhengig aktiviteter som konstitueres av sine omgivelser. Ut fra dette perspektivet defineres organisasjoner som følger:

”Organisasjoner er et system av gjensidig avhengige aktiviteter som kobler sammen skiftende koalisjoner av deltakere: systemet er en del av – avhengig av en kontinuerlig utveksling med, og konstitueres av – de omgivelsene som de operer innenfor” (Scott 1992).

I det åpne systemet legges det vekt på at organisasjonen er et system av gjensidig avhengig aktiviteter. Disse aktivitetene er koblet sammen av en rekke interessenter som i fellesskap utgjør en koalisjon. Sammensetningen av disse interessentene er i kontinuerlig endring, organisasjonen er en del av sine omgivelser ved at det skjer en strøm av transaksjoner mellom organisasjonen og interessentene. Vi kan med andre ord si at organisasjoner konstitueres av sine omgivelser.

Disse tankene mener jeg å gjenkjenne i Leavitt – Ry sin systemorienterte modell, men Scott går imidlertid et steg lenger når han innenfor det åpne systemperspektivet skiller mellom to perspektiver. Et *funksjonalistisk perspektiv* med rasjonelle modeller og fokus på rasjonalitet og effektivitet, og et *fortolkende perspektiv* som tar utgangspunkt i at en organisasjon er en sosial organisme som formes av institusjonelle krav. Institusjonelle krav er forventninger om handlingsmønstre som ligger i offentlige lover/reguleringer, samfunnsmessige normer eller kognitive forståelsesrammer.

Med utgangspunkt i det *funksjonalistisk perspektiv* betraktes organisasjonen som et åpent system som eksisterer i et instrumentelt forhold til sine omgivelser. Organisasjonen eksisterer i omgivelser som er objektivt gitt, det betyr at de kan beskrives og undersøkes. Strategisk ledelse blir å opprettholde samsvar mellom begrensninger i omgivelsene og organisasjonens behov og lederrollen er å være analytiker og beslutningstaker. Organisasjonsendring skjer gjennom å spesifisere prosedyrer, endre strukturmønstre, organisatoriske prosesser og belønning av ny atferd. Her legges det vekt på teknisk-instrumentell rasjonalitet og organisasjonsendringer blir betraktet som gjennomtenkte valg mellom alternative organisasjonsformer, strukturer og ideologier. Styring foregår i samsvar med ”top-down” prinsipper. Nøkkelord blir klare mål, design, effektivitet og optimalisering (Busch, 2007).

Det *fortolkende perspektivet* legger vekt på at atferd og sosial handling ikke bestemmes av egne intensjoner og preferanser, men av sosialt konstruerte handlingsregler. Spørsmålet blir hva som passer seg i den situasjonen og den rollen man har, dvs. hva som er en legitim handling. I det fortolkende perspektivet betraktes organisasjonen som et naturlig åpent system hvor omverden har en sentral betydning. Ut i fra dette perspektivet vil organisasjonen utvikle seg gjennom kontinuerlige prosesser som i liten grad er styrt av rasjonelle beslutninger. Både omgivelsene og organisasjonen blir sett på som sosiale konstruksjoner som skapes og konstrueres gjennom sosiale prosesser. Disse vil bli tolket ulikt i ulike sosiale grupper. Derfor settes søkelyset på meningskapende prosesser hvor organisasjon og omgivelser kontinuerlig konstrueres og rekonstrueres. Subjektiv erfaring settes over objektiv realitet, og vektleggingen flyttes fra organisasjon til organisering. Organisering setter fokus på den nødvendige informasjonsbehandlingen som må utøves for å kunne håndtere tvetydighet og usikkerhet i omgivelsene. Prosessene trer dermed sterkere fram enn strukturene. Prosessene skaper et sosialt nettverk av relasjoner mellom ulike aktører og dette gir en bedre avgrensning av organisasjonen, enn det sterke fokuset på struktur som finnes innenfor det funksjonelle perspektivet (Busch, 2007).

”Organisasjonsendring i dette perspektivet skjer ved å endre meningsstrukturene og endringsledelse dreier seg om ledelse av meningskapende prosesser, som skaper nye, felles virkelighetsoppfatninger gjennom felles språkutvikling” (Busch, 2007, s. 19).

Hvis ledelse forstås som prosesser, er medarbeideren selv med å skape den ledelse som vedkommende utsettes for, idet medarbeideren er en del av ledelsesprosessene.

Kjennetegnet ved strategiske endringer er at beslutningen er kompleks og fattes innenfor en ramme av stor usikkerhet. Det gir opphav for ulike fortolkninger og konsekvensvurderinger. Videre ligger det i strategisk endring sin natur at den vanskelig kan betraktes isolert fra organisasjonsforhold og overordnet strategi. Det er først i ettertid man kan erkjenne dens strategiske betydning (Ginsberg, 1988).

En HR-oppgave er bl.a. å kunne belyse sammenhengen mellom endringsprosess og endringsutfall, da det antas å være sammenheng mellom hvordan prosesser gjennomføres og utfallet av dem (Mezias mfl., 2001). Gjennom å forstå prosessen kan man lettere vurdere årsaker til utfall (Mintzberg mfl., 1995).

2.2.4 Fysiske rammer

De fysiske rammer som organisasjonen fungerer under, har også betydning for hvordan den løser sine oppgaver. Hvordan en organisasjon ønsker sine brukere velkommen, hvordan det tilrettelegges for de ansattes velbefinnende, og hvordan de fysiske rammene tilrettelegges for samarbeid, sier noe om kulturen.

I følge Mary Jo Hatch består den fysiske struktur av tre komponenter;

1. *Geografi* som handler om lokalisering. Om man er samlet eller spredt har betydning for kommunikasjon, rekruttering og transport.
2. *Lay-out* eller bygningens innretning legger til rette for interaksjon, koordinering, konflikt og kontroll.
3. *Design/decor* henspeiler til hvordan bygningene ser ut, både ute og inne. Dette innebærer utsmykking, møbler, lys, blomster etc. Stilen avspeiler status, image og identitet (Ry Nielsen, 2002).

Spesielt design/decor kan ha en viktig symbolsk verdi for virksomheten og prege kulturen, jf. Bolman og Deals symbolske perspektiv.

Sykehuset Østfold er i dag spredt over store geografiske områder med drift i Moss, Halden, Askim, Sarpsborg og Fredrikstad. Bygningsmassen er gammel, uhensiktsmessig og lite stilfull. Den gir utfordringer med tanke på både effektiv drift, samarbeid mellom enheter og

målet om at sykehuset skal fremstå som ett sykehus. Et nytt høyteknologisk, moderne og funksjonelt sykehus skal imidlertid bygges på Kalnes, og Moss skal oppgraderes til et moderne og funksjonelt sykehus. Kontrastene til dagens lokaler blir store, og det å stadig bli vist bilder av ett nytt sykehus gir håp for fremtiden.

2.2.5 Belønningssystemer

Belønningssystemer omhandler ikke bare lønn og lønnsforskjeller, men handler også om innflytelse og muligheter til deltagelse i prosjekter og møter. Videre muligheter for etter- og videreutdanning, forfremmelse og karrieremuligheter. Det kan også romme frynsegoder som fri parkering, telefon, hjemmekontorløsninger, fri avis etc. Hvordan ansatte belønnes spiller en viktig rolle for hvordan oppgavene blir ivaretatt, den enkeltes motivasjon og engasjement. Det blir viktig å belønne atferd og kompetanse, som er viktig for å nå de mål organisasjonen har formulert (Nielsen, 2002).

En statistisk oversiktanalyse av til sammen 128 eksperimentstudier viser at ytre belønning i form av goder har en tendens til å redusere belønningsmottakerens indre motivasjon for oppgaver som i utgangspunktet er indre motiverende. Studien viser derimot at verbal ytre belønning som ros øker den indre motivasjonen, og at materielle goder som kommer overraskende, eller som ikke relateres til atferden, ikke reduserer indre motivasjon (Kuvaas, 2008).

Den indre motivasjon er behovet mennesket har for selvrealisering. En indremotivert person blir motivert av utfordringer, anerkjennelse, altruisme, jobbglede og interesse for nye oppgaver. I motsetning til ytre motiverte personer som blir motivert av belønninger som penger (lønn), bonuser og ekstra fritid. Man kan imidlertid godt være både ytre og indre motivert. Indre motivasjon som fenomen er viktig, også fordi det er et positivt potensial for oss mennesker. Verdier knyttet til indre motivasjon er forbundet med velvære og høy positiv selvaktelse, noe som er gunstig for vår mentale helse. Indre motivasjon er en sentral kilde til forklaring av viktige holdninger og atferd i organisasjoner. Empirisk forskning viser at indre motivasjon øker med opplevelsen av mening, ansvar og kunnskap. Kildene til disse opplevelsene er jobber som krever variasjoner i ferdigheter og som gir grunnlag for oppgaveidentitet og oppgavebetydning, samt jobbautonomi og tilbakemelding på utført jobb. Ryan og Deci (2000) dannet self-determination theory, motivasjonsteori om

selvbestemmelse. Denne er knyttet til personlighet og selvregulering. Her defineres tre behov som danner grunnlaget for vår motivasjon; behov for å være *kompetent*, behov for å *føle tilknytning* og behov for *autonomi*. I den forbindelse er det å sikre rett kompetanse til rett oppgave viktig. Muligheten for å tilfredsstille disse behovene finnes i den sosiale konteksten. Tilrettelegging av et arbeidsmiljø som stimulerer disse behovene blir i denne teorien avgjørende for de ansattes motivasjon og prestasjoner (Clegg, 2008).

Det betyr ikke at indre motiverte medarbeidere, som gjerne kunnskapsmedarbeidere er, ikke setter pris på å bli belønnet godt, men at høy lønn ikke er årsaken til at de gjør en god jobb. Nivået på fastlønn er derimot positiv relatert til indre motivasjon. *”Mange dyktige og engasjerte medarbeidere vil bli indre motivert av å bli vist tillit til at ledelsen opplever at de har de riktige holdningene og den riktige atferden over tid. I tråd med behovsteorier om indre motivasjon vil høyere fastlønn enn de man sammenligner seg med kunne øke opplevelsen av å besitte verdsatt kompetanse”* (Kuvaas, 2008, s. 30). I motsatt fall, vil utnyttelse av gode medarbeidere over tid besvares med dårlig prestasjoner.

2.3 Oppgaver, struktur, aktører og teknologi

Oppgaver, struktur, aktører og teknologi er kjernen i Leavitt-Ry modellen. Variablene her påvirkes av de andre variablene som er omtalt, og de påvirkes innbyrdes av hverandre. Endres for eksempel teknologien, skal man være oppmerksom på oppgaver, struktur og aktører.

Vi skal om fire år inn i et høyteknologisk sykehus, i en tostrukturmodell, med andre arbeidsprosesser som i mye større grad er teambaserte (tverrfaglig og tverretatlige), med forskyvning i oppgaver jf. samhandlingsreformen (neste kapittel), og som krever aktører med økt kompetanse og kompetanse på flere områder enn i dag. Vi står med andre ord ovenfor en formidabel utfordring som vi må begynne å planlegge for nå. Her står det å sikre rett kompetanse sentralt.

2.3.1 Oppgaver i et sykehus

En organisasjon eksisterer fordi den skal løse en bestemt oppgave og forståelsen av denne oppgaven er en grunnleggende forutsetning for å oppnå gode resultater (Bastøe 2002).

Helse Sør-Øst har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder, og er landets største helseregion med ansvar for spesialisthelsetjenester til en befolkning på 2,7 millioner mennesker. Sykehuset Østfold vil i 2015 ha ansvaret for å sikre spesialisthelsetjenester til en befolkning på nærmere 300.000.

Sykehuset Østfold har tre styringsdokumenter. Oppdragsdokumentet fra helse- og omsorgsdepartementet, driftsavtalen mellom helseforetaket og Helse Sør-Øst RHF og foretaksprotokoll. Alle tar utgangspunkt i spesialisthelsetjenesteloven hvor oppgavene til sykehuset blir tydeliggjort og konkretisert. I følge spesialisthelsetjenesteloven § 3 – 8 skal sykehusene særlig ivareta følgende lovpålagte oppgaver:

1. Pasientbehandling

Sykehusenes viktigste oppdrag er å tilby befolkningen spesialisert behandling. I stortingsmelding nr. 24 blir sykehusets spesialiserte oppdrag ytterligere bekreftet. Pasientbehandling er selve verdiskapningen i sykehus. Alle prosesser i sykehuset, også kompetansestyrings prosesser, har som mål å sette organisasjonen i best mulig stand til å gi god pasientbehandling innenfor tildelt økonomisk ramme.

2. Utdanning av helsepersonell

Utdanning av helsepersonell er et viktig virkemiddel for å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig helsepersonell. Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring blir svært viktig for å lykkes med samhandlingsreformen og innflytting i nytt sykehus. SØ skal etablere et tilstrekkelig antall læreplasser, spesielt innenfor helsefagarbeiderutdanningen og ambulansearbeiderutdanningen. Ledelsesforankring, god organisering, lærende miljøer, og veiledning av praksis- lærlinge- og turnusordningene bidrar til at helseforetaket framstår som en attraktiv arbeidsgiver. I 2011, hvor samhandlingsreformen forberedes, blir det svært viktig å utnytte etablerte samarbeidsorganer med alle utdanningsinstitusjoner, og skape arenaer for samarbeid med kommunene om utdanningsbehov og praksis (oppdragsdokumentet).

3. Forskning

Det skal tilrettelegges for ulike typer medisinsk og helsefaglig forskning i alle helseforetak. Forskning i spesialisthelsetjenesten er viktig for å sikre et kvalitativt godt og oppdatert diagnostikk- og behandlingstilbud til pasientene, og er en forutsetning for videreutviklingen

av spesialisthelsetjenesten. Forskning skal bidra til at helsetjenesten holder seg oppdatert i forhold til den medisinske utviklingen. En systematisert forskningsvirksomhet skal danne basis for kvalitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten, herunder etablering av nasjonale medisinske kvalitetsregistre, sikring av biologisk materiale (biobanker), utvikling av nasjonale og fagspesifikke kvalitetsindikatorer, samt innføring av kunnskapsbasert praksis. Forskning er viktig for å kunne foreta kritiske vurderinger av etablerte og nye diagnostiske metoder, behandlingstilbud og teknologi, samt for å ivareta og veilede pasientene.

Sykehusene har et hovedansvar for den pasientrettede kliniske forskningen, som ikke ivaretas av andre forskningsinstitusjoner. Her siktes det til forskning som omfatter utvikling av nye diagnostikk- og behandlingstilbud, samt vurderer nytte og skade av ulike behandlingstilbud, og må derfor være tett integrert med den kliniske virksomheten. Sykehusene har også et ansvar for forskning som bidrar til at resultater fra medisinsk grunnforskning kan overføres til diagnostikk og pasientbehandling (overføringsforskning/translasjonsforskning) (HODs internett side).

4. Opplæring av pasienter og pårørende

I lov om spesialisthelsetjenesten fremgår det av formålsparagrafen at sykehusene også har ansvar for folkehelsearbeid. I 2001 fikk sykehusene en ny lovpålagt hovedoppgave; opplæring av pasient og pårørende. Lærings- og mestringssenter (LMS) ble opprettet på helseforetakene. Disse har ansvar for utviklingen av forebyggende arbeid i sykehusene med gruppebasert pasient- og pårørende opplæring.

2.3.2 Sykehusets struktur

”Måten en bedrift organiserer innsatsen på, kan være en kilde til enorme konkurransefortrinn, særlig i tider med økte krav til fleksibilitet, tilpasningsevne og forandringsledelse” (Bolman og Deal, 2004, s. 7).

Synet på organisasjoner som rasjonelle systemer bygger på klassisk organisasjonsteori, som har sitt utgangspunkt i Max Weber, Henry Fayol og Fredrick Taylor. Weber er kjent for sin byråkratiteori. Fayol for linje stabs-prinsippet og Taylor for scientific management. Det som er felles, er at organisasjoner betraktes som rasjonelle systemer, opptatt av å realisere fastlagte mål gjennom den mest mulige effektiv struktur og prosedyre. Strukturen skal sørge for

klarhet, forutsigbarhet og trygghet. Formelle roller fastsetter ansvar og plikter i organisasjonen, og gir føringer til hvordan arbeidet skal utføres. Retningslinjer og standardprosedyrer er ment å synkronisere enkeltinnsatser til samordnende tiltak. Strukturen synliggjør den formelle fordelingen av makt, og sørger for at alle vet hvem som har kommandoen, når og over hva. Det strukturelle perspektivet fremhever også at de fleste problemer i organisasjonen skyldes uhensiktsmessige strukturer. Hensiktsmessige organisasjonsstrukturer er viktig for at organisasjonen skal være i stand til nå sine mål, og er en forutsetning for rasjonell drift (Bolman og Deal, 1994).

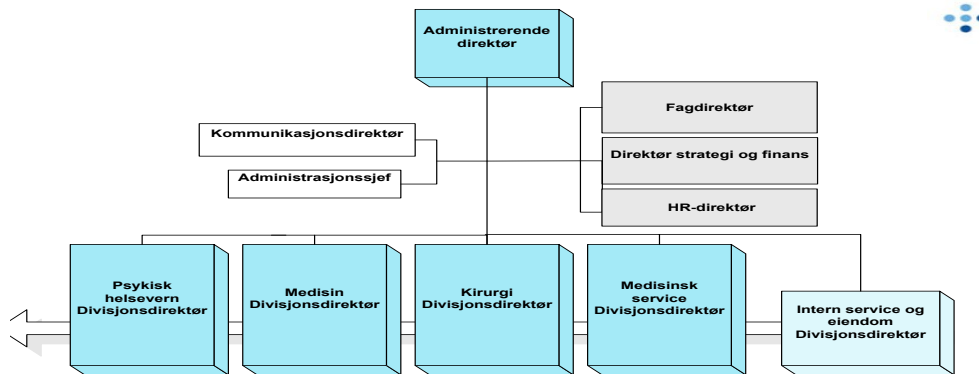
Max Weber er helt klart den som har hatt størst gjennomslagskraft. Webers universelle organisasjonsprinsipper skulle føre til høyere produktivitet gjennom:

1. **Hierarkisk struktur:** Organisasjonens struktur er bygd som en pyramide. Den som sitter over, har autoritet over den som sitter under. Ordre blir kommunisert ovenfra og nedover i organisasjonen.
2. **Spesialisering:** Større effektivitet oppnås ved at oppgavene blir fordelt etter den enkeltes kompetanse, ferdighet, erfaring og spesialitet.
3. **Regelverk:** Beslutninger styres av klare regler. Det finnes prosedyrer og klare retningslinjer som sikrer ansattes rettigheter og plikter, og som garanterer konformitet og stabilitet.
4. **Upersonlige forhold:** Kontroll oppnås best hvis personlige forhold, følelser og irrasjonelle reaksjoner minimaliseres. De ansatte er dermed under streng disiplin, og deres arbeid blir møysommelig kontrollert.
5. **Karrieremuligheter:** Forfremmelse skjer på bakgrunn i ansiennitet og prestasjoner. Hvor du befinner deg i det hierarkiske nivå, avspeiler lønnen.
6. **Målorientering:** Organisasjonen blir betraktet som en rasjonell, systematisk og mål-orientert organisme med en rasjonell problemløsningsprosess.

Grunnen til at jeg tar frem Webers universelle organisasjonsprinsipper, er at vi finner mye av dette igjen i en sykehusorganisasjon.

Et organisasjonskartet kan illustrere en institusjons struktur. Her illustrert ved Sykehusets Østfolds organisasjonskart:

Figur 2.2 Organisasjonskart Sykehuset Østfold



Hvilken type oppgave som skal løses avgjør type struktur, hvorvidt den skal være sentralisert eller desentralisert (Leavitt, 1978). Sykehuset Østfold har som kartet over illustrerer, en divisjonalisert struktur. Den divisjonaliserte strukturen brukes ofte i nonprofit-organisasjoner, som nettopp sykehus.

I følge Bolman og Deal (2004) gir den divisjonaliserte strukturen stordriftsfordeler, ressurser og muligheter til å reagere raskt, uten unødig økonomisk risiko. Divisjonene opererer innenfor bestemte markedssegment og huser sine egne operative- og funksjonelle avdelinger. De har stor grad av selvstyre, men er ansvarlig for å oppnå visse målbare resultater. Strukturen er imidlertid uhåndterlig dersom ikke målene er målbare, og det er avhengig av at det skapes et pålitelig vertikalt informasjonssystem (Mintzberg, 1985).

Det regionale helseforetaket (RHF) gir helseforetakene relativt frie tøyler så lenge de oppfyller forhåndsbestemte mål. RHFet forvalter den strategiske porteføljen og fordeler ressursene basert på sin vurdering av hva som er den rette blandingen. Den enkelte administrerende direktør har stor handlefrihet innen sitt helseforetak så lenge man frambringer resultater som forventet.

2.3.3 Aktører i sykehus

Profesjonelle organisasjoner som sykehus er består også av komplekse aktører (Scott 1998). Aktører referer til menneskene i organisasjonen; deres kunnskap, ferdigheter og holdninger.

Med komplekse aktører menes spesialister med høyt kunnskapsnivå. Den profesjonelle aktøren tar evner og kunnskaper med seg inn i organisasjonen og trenger liten opplæring (Mintzberg 1995). En nyutdannet lege eller sykepleier har gjennom turnus og praksisordninger vært innom en rekke avdelinger på sykehus og andre helseinstitusjoner og har opparbeidet seg mye kunnskap både om faget, sykehusorganisasjonen og infrastrukturen, som er relativt likt på tvers av institusjonene.

Et sykehus er en kunnskapsbedrift med høyt utdannet fagpersonale med ulike spesialiteter og profesjoner. Ikke noe samfunnsområde har så mange yrkesorganisasjoner med monopol på å utføre bestemte arbeidsoppgaver som helsetjenesten. Sykehusene preges av at de er kunnskapsorganisasjoner som sysselsetter en rekke yrkesgrupper som styres av sterk faglogikk og faglojalitet. De opptrer dels som agent for pasientenes interesser, dels som advokat for egne faginteresser og dels som advokat for samfunnets helsepolitikk (Grunde, 2000).

Det som kjennetegner kunnskapsbedrifter, er at kompetansen er størst lengre nede i hierarkiet. I profesjonelle organisasjoner finnes de profesjonelle i selve kjerneproduksjonen i organisasjonen og maktpyramiden er snudd opp ned slik at makten ligger hos spesialistene i kjerneproduksjonen (Scott 1998, Mintzberg 1993). *"Sykehuset er et professionelt bureaukrati, hvor magten tradisjonelt ligger hos de professionelle, lægerne og sykeplejerskerne, der udgør den operative kerne"* (Borum i Bentsen, 1999, s. 27).

Leger og sykepleiere er de dominerende yrkesgruppene i sykehus og organisasjonens nøkkelpersonell. Spesielt legene har tilegnet seg en stor grad av autonomi, og yrkesgruppen kjennetegnes av en lang spesialisert utdanning, god inntekt, sterk organisasjon og en profesjonell etikk. Legestanden har hatt betydelig makt; den har ikke bare bestemt sin egen utdanning og spesialisering, men også i stor grad fagets samfunnsmessige utvikling. Sykepleierne står også sterkt og sentralt i helsetjenesten, og deres rolle blir stadig viktigere etter hvert som omsorgsoppgavene øker. Sykepleierne har ikke samme vitenskapelige status som legene, men de har klart å skape en teoretisk basis for faget. Sykehuset består av mange andre profesjonsgrupper også med ulik bakgrunn, kunnskap og verdier. Mellom profesjonene vil det lett oppstå konflikter som handler om organisasjonens prioriteringer og mål, og samtidig kniving om makt og autonomi over ressurser og posisjoner.

Som nevnt innledningsvis står helseforetakene overfor omfattende omstillinger inn mot nytt sykehus. Dette vil kreve at vi har engasjerte, kompetente og motiverte medarbeidere og ledere som bidrar til å utvikle de faglige miljøene, og sikrer god drift og kvalitet på pasientbehandlingen. Det krever også høy grad av økonomisk bevissthet, effektivisering og noen ganger omfattende sparetiltak.

Utfordringen i helsetjenesten er at ressursbruken i stor grad blir bestemt av de prioriteringer som gjøres på helsetjenestens grunnplan. Leger og sykepleiere som føler forpliktelse overfor sitt fag, sine pasienter og fagkollegaer. De utfører sitt oppdrag, ofte isolert fra administrasjon og politikk, med ønske om å yte best mulig tjeneste til pasientene. Budsjettrammer og byråkrati kan oppleves som hindringer for å imøtekomme pasientenes behov.

For en HR enhet i sykehus blir det viktig å erkjenne at mennesker som arbeider i yrker hvor det gis stor grad av mulighet for egne vurderinger, frihet og valg, tenderer til å være mer drevet av indre- enn ytre motivasjonelle faktorer. Kunnskapsmedarbeideren i sykehus er et godt eksempel på denne gruppen arbeidstakere.

2.3.4 Teknologi i sykehus

”Historisk sett har fremveksten av sykehus kommet på bakgrunn av teknologisk og medisinsk utvikling, og mindre på bakgrunn av ”markedsbehov” (Sørås, 2007, s. 23).

Teknologi er de praktiske midlene man bruker til å løse oppgavene. Teknologi forstås som både maskiner, metoder og programmer. Det kan være avansert medisinsk teknisk utstyr, men teknologidimensjonen kan også beskrive møteavholdelse, møtehyppighet, dagsorden, deltakelse og referat, samt beslutningsprosesser (Ry Nielsen, 2002).

Jeg velger her først og fremst å fokusere på den medisinske teknologiske utviklingen, i og med at den er i kontinuerlig utvikling. For å illustrere utviklingen; *På begynnelsen av 1900-tallet kunne en nyfødt amerikansk statsborger regne med å bli drøyt 47 år gammel. Hundre år senere hadde gjennomsnittlig levealder i USA økt til over 76 år.*

Nye vaksinasjonsprogrammer, oppdagelsen av penicillin og antibiotika, forbedret hygiene, ny teknologi og bedre forhold knyttet til oppvekst og ernæring er mye av forklaringen.

Tuberkulose og andre smittsomme sykdommer har nesten blitt utryddet i Vesten. Sjansen for å overleve en rekke sykdommer, blant annet flere kreftsykdommer, øker kraftig hvis de oppdages tidlig. Ved hjelp av såkalt computertomografi (CT) og magnetresonanstomografi (MR), kan kreftsvulster og en rekke andre medisinske tilstander oppdages tidlig og studeres i detalj før kirurgisk inngrep. CT- og MR-maskiner er i dag en selvfølgelig del av et moderne helsetilbud, men ble introdusert så sent som på 1970- og 80-tallet.

I 2006 var hjerte-karsykdom dødsårsaken hos halvparten av alle som døde i Norge dette året, ifølge Folkehelseinstituttet. Men også behandlingen av hjerte- karsykdommer har gjennomgått en revolusjon, blant annet takket være den teknologiske utviklingen. Mange pasienter går allerede nå rundt med kunstige hjerter av titan.

Det er lite trolig at legevitenenskapen også i framtiden klarer å legge nye tiår til menneskenes liv, men fremtidens bioteknologi og nanoteknologi kan gjøre det umulige mulig. Man prøver nå å utvikle uhyre små roboter, som kan gå inn i tarmen eller i blodbanen til pasienten, og gjøre inngrep nesten på cellenivå. En slik utvikling vil utgjøre en ny, medisinsk-teknisk revolusjon. Hvor langt vi har kommet når vi flytter inn i nytt sykehus gjenstår å se, men det planlegges for kjøp av helt nytt teknologisk og medisinsk teknisk utstyr. Dette skal betjenes av mennesker som vil trenge mye opplæring i forkant. Det hjelper lite med modernisert medisinsk teknisk utstyr hvis vi ikke har kompetanse til å bruke det.

3.0 Faktorer som har betydning for kompetansebehov og -styring i spesialisthelsetjenesten

Dette kapitlet vil omhandle de viktigste faktorer som kan komme til å påvirke det fremtidige behovet for medarbeidere og kompetanse i spesialisthelsetjenesten. Datamateriale er hentet fra offentlig statistikk, ulike utredninger i Helse- og omsorgsdepartementet(HOD), Spekter, SINTEF og Folkehelseinstituttet. Helse Sør-Øst (2011) har sammenfattet data fra nevnte instanser og utarbeidet en rapport; *Arbeidskraft og kompetanse 2020. Sentrale faktorer som påvirker behovet for arbeidskraft og kompetanse*. Data som presenteres i dette kapitlet er stort sett hentet fra denne rapporten, men også noe direkte fra SSB (Statistisk sentralbyrå). Interne oversikter er hentet ut fra sykehusets styringssystemer.

Rapporten fra Helse Sør-Øst konkluderer med at følgende faktorer er drivere for det fremtidige behovet for arbeidskraft og kompetanse i spesialisttjenesten:

- Langvarig økning av andel eldre
- Sykdomsutviklingen
- Teknologisk utvikling
- Samhandlingsreformen
- Rekruttering av helsepersonell

Disse faktorene vil jeg nå fortløpende redegjøre for.

3.1 Langvarig økning av andel eldre

56 % av befolkningen i Norge bor i helseregion Sør-Øst, og denne regionen vil få en økning av eldre frem mot år 2020. Det er imidlertid først etter 2020 vi ser at andelen eldre øker mye, samtidig med at forsørgerbyrden økes. Tidligere snakket man om en eldrebølge, men prognosene fastslår at det ikke er snakk om en bølge, men en varig endring i andelen eldre i befolkningen. ”Tatt i betraktning at personer over 70 år forbruker mer av helsetjenester, vil

denne utviklingen uten tvil ha konsekvenser for etterspørselen etter helsetjenester” (Helse Sør Øst, 2011).

3.1.1 Generell befolkningsutvikling

I SSB (Statistisk sentralbyrå) sine prognoser for befolkningsutvikling, beregnet ut i fra fruktbarhet, levealder, innenlands flytting (mobilitet) og nettoinnvandring, fordelt på aldersgrupper fram mot 2020 (målt i 1000 innbyggere) ser vi følgende tall:

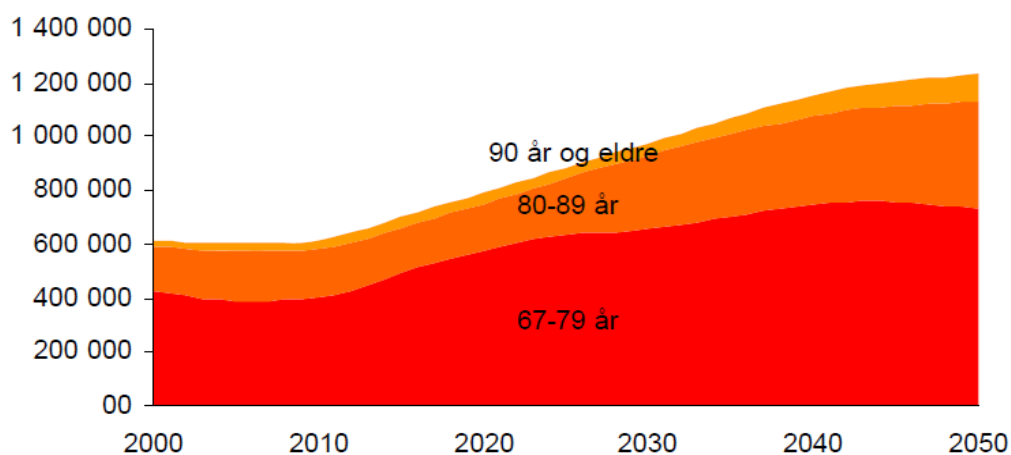
Tabell 3.1 – Prognoser befolkningsutvikling

	2010	2015	2020	Prosentvis endring 2010-2020
0-15 år	982	1007	1268	29,1 %
16-19 år	258	261	252	- 2,3 %
20-66 år	2 993	3118	3216	7,5 %
67- 79	405	500	593	46,4 %
80 -	220	219	224	1,8 %
Totalt	4 858	5 104	5 334	9,7 %

Befolkningsveksten i perioden beregnes, som vi ser her, til 9,7 %. Veksten i aldersgruppen 67-79 år blir med hele 46,4 %, mens i aldersgruppen over 80 år er det liten vekst.

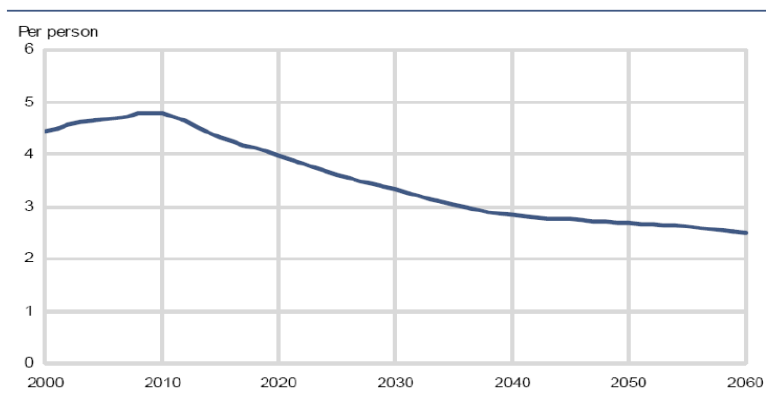
Dette er som nevnt ikke ”toppen av en eldrebølge”, prognosene for andelen personer over 67 år vil i år 2050 være oppe i ca. 1,3 millioner. Det betyr at år 2020 utgjør kun starten på en varig endring av alderssammensetningen i befolkningen:

Figur 3.2 Alderssammensetning i befolkningen



I tabellen nedfor ser vi utvikling av forsørgerbyrden i samme tidsrom. "Forsørgerbyrden defineres som summen av personer som er yngre enn 20 år eller eldre enn 65 år, dividert på antall personer i resten av befolkningen" (SSB 2009/38).

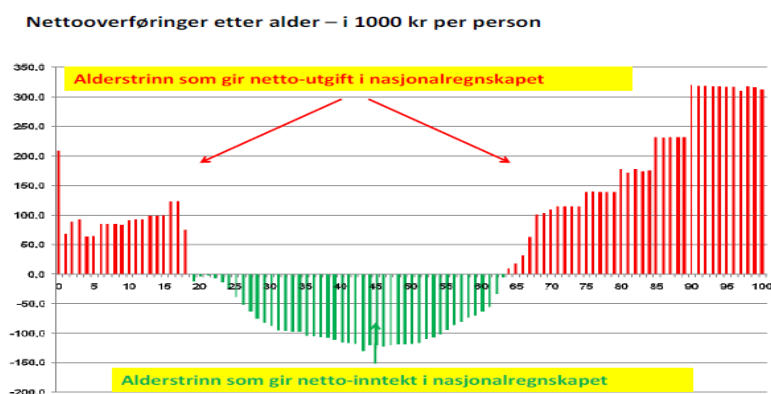
Figur 3.3 Utvikling av forsørgerbyrden



Kilde: SSB 2009/38

Forsørgerbyrden sier noe om hvordan forholdet er mellom antall som er i yrkesaktiv alder og antallet som trenger å bli forsørget. Denne vil, som tabellen viser, synke fra 4,8 % i 2010 til 4,0 % i 2020. I seg selv alarmerende, men dramatisk blir det først i 2060 hvor den synker til 2,5 %. Vi vil med andre ord være bedre skodd til å håndtere forsørgerbyrden i år 2020, men utviklingen mot 2060 vil by på store utfordringer. Ses dette i sammenheng med at det kun er andelen yrkesaktive som gir nettooverføring til nasjonalregnskapet, mens de andre gir nettoutgifter, vil det måtte fremprovosere ny vurdering av hva som er mulig å dekke over statsbudsjettet. Det offentlige tjenesteapparatet vil nødvendigvis måtte lide under dette. Her ser vi visuelt gapet mellom nettoutgifter og nettoinntekter i nasjonalregnskapet (figur hentet fra Spekter):

Figur 3.4 Nettooverføring i nasjonalregnskapet etter alder



I vår helseregion tyder prognosene på at det blir en befolkningsvekst på 11,3 % mens det i landet for øvrig vil ligge på 9,7 %. Tabellen viser folkemengde etter alder i fylkene som omfattes av Helse- Sør-Øst pr 1. januar 2010. Framskrevet til år 2020 og 2030.

Målt i 1000 innbyggere:

Tabell 3.5 Folkemengde etter alder i Helse Sør-Øst fylkene

	2010	2020	2030	Prosentvis endring 2010-2020	Prosentvis endring 2010-2030
0-15 år	524 199	582 552	631 563	11,1 %	20,5 %
16-19 år	138 349	139 146	154 070	0,6 %	11,3 %
20-66 år	1 686 766	1 828 251	1 938 407	8,4 %	14,9 %
67- 79	225 539	331 045	384 311	46,8 %	70,4 %
80 -	122 274	123 466	187 024	1 %	5,3 %
Totalt	2 697 127	3 004 460	3 295 375	11,3 %	22,2 %

Kilde: SSB

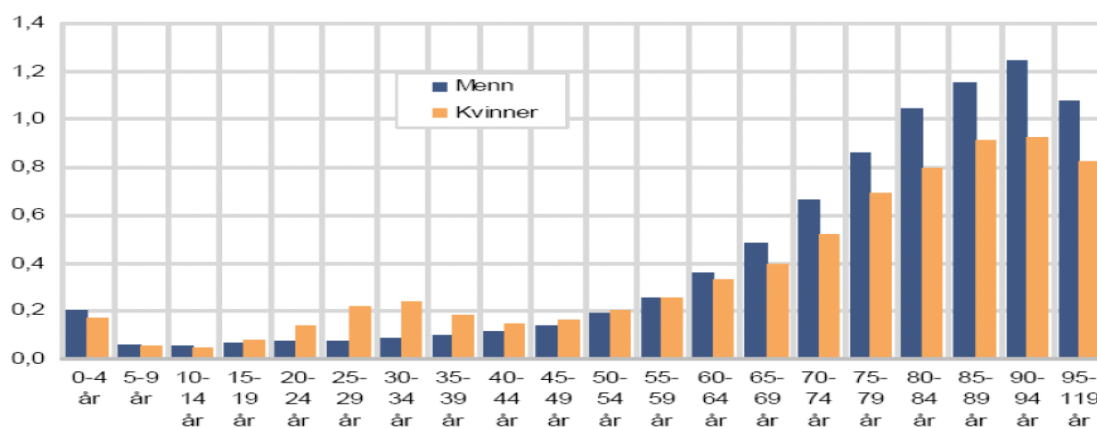
Legg merke til økningen i andel personer i alderen 67-79 år.

Økt innvandring eller en økning av fødselstallene kan bidra til at tallene ser annerledes ut, men vi kommer ikke utenom en betydelig økning av en eldre befolkning. En endring av dagens pensjonsordninger vil måtte komme, og kan demme opp for forsørgerbyrden ved å sørge for at befolkningen står lengre i arbeid. Det er viktig å merke seg at denne utviklingen ikke er et nasjonalt fenomen, men noe som skjer i alle vesteuropeiske land.

3.1.2 Alder og bruk av helsetjenester

Som nevnt innledningsvis er det er en klar sammenheng mellom alder og bruk av helsetjenester. Eldre over 70 år har 5 ganger større forbruk av tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette illustrert i figuren under (HSØ, 2011):

Figur 3.6 Alder og forbruk av helsetjenester



Som vi ser har eldre menn flere heldøgnsopphold enn kvinner. Kvinner, til forskjell fra menn, viser seg å bruke mer av hjemmebaserte tjenester. En større satsning på folkehelsen og forbygging kan redusere bruken av helsetjenester. Økt bevissthet på kosthold og trening har heldigvis gitt oss en mye sprekere eldre befolkning, og man får håpe at denne trenden fortsetter med stadig færre røykere og flere som er bevisste på helsefremmende livsførsel.

Jeg tror også at en økt bevissthet på samhandling mellom etater vil tvinge seg frem. Et lite eksempel kanskje, men med denne vinteren vi har hatt nå, har eldre med brudd vært en stor pasientgruppe. Hvis kommunen derimot, som et forbyggende tiltak, hadde strødd fortauer ville de kunne bidratt til at et betydelig antall helsepenger hadde vært spart. Ved å i større grad se på budsjettene som en helhet, også på tvers av forvaltningsnivåer, er jeg sikker på at det samfunnsmessig er billigere å strø isete veier, enn å operere og behandle eldre mennesker for brudd.

3.2 Sykdomsutvikling

Det er en utfordring å skulle forespeile fremtidens sykdomsutvikling, da det finnes få data om prevalens for ulike sykdommer. Rapporten (Helse Sør Øst, 2011) ”*Arbeidskraft og kompetanse mot 2020*”, tar derfor utgangspunkt i historiske data og ”kvalifisert synsing” fra fagmiljøene når den forespeiler utviklingen nasjonalt på dette området. Rapportens konklusjoner blir her presentert.

Selv om rapporten konkluderer at vi ikke vil oppleve noen dramatisk endring av sykdomsbilde de nærmeste årene, vil vi måtte anta at visse sykdommer vil øke. Den største årsaken til økningen i enkelte sykdommer er et resultat av at folk lever lenger. Følgende sykdommer vil mest sannsynlig øke i omfang; hjerte- og karlidelser, enkelte kreftformer, slitasjesykdommer, diabetes 2 og noen psykiske lidelser. Dette kan imidlertid endre seg med større fokus på folkehelsen og forebyggende tiltak.

3.2.1 Hjerte- og karlidelser.

Hjerte- og karlidelser omfatter hjerteinfarkt, agina pectoris, hjertesvikt og hjerneslag. Akutt hjerteinfarkt rammer hvert år 12 000-15 000 mennesker. Selv om det har vært en nedgang i

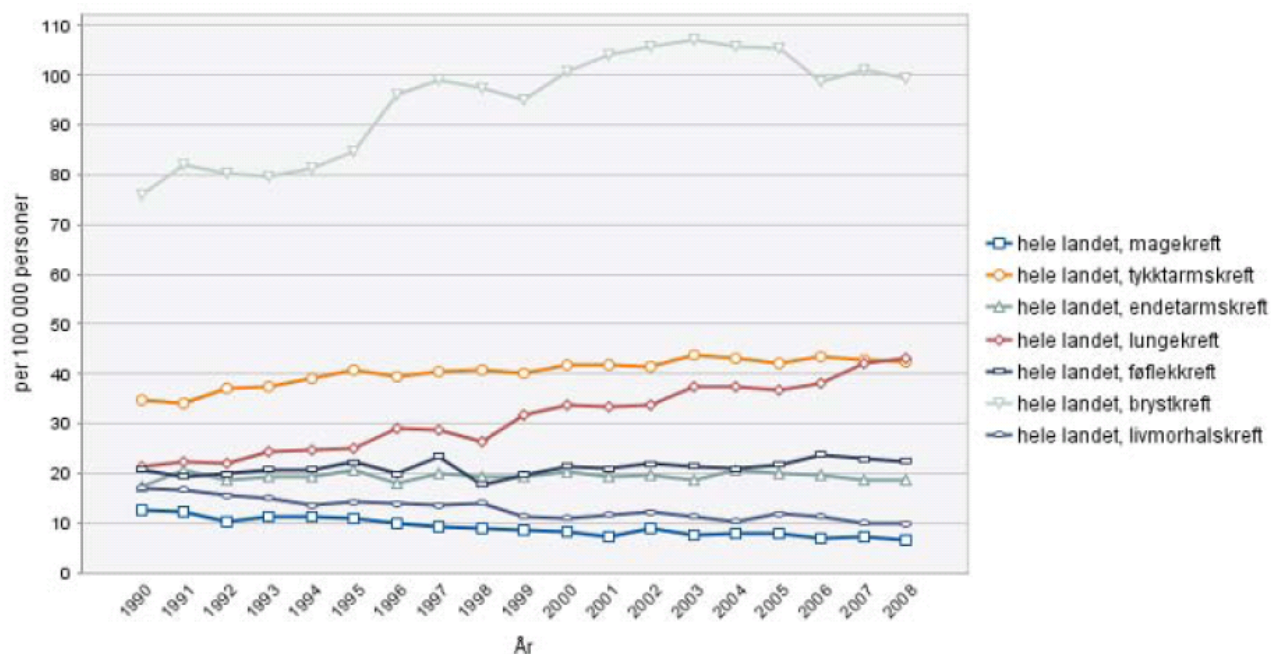
forekomsten av hjerte- karlidelser, og dødeligheten de siste årene har blitt mindre, vil vi måtte anta en økning. Dette skyldes først og fremst en eldre befolkning, 10 % av mennesker over 75 år har i dag hjertesvikt.

3.2.2 Kreftsykdommer

Når det gjelder kreftsykdommer finner vi god og pålitelig statistikk for utvikling av nye krefttilfeller. Her ser vi en stabil forekomst eller nedgang for magekreft og livmorskreft. En økning ser vi på spesielt tykk- og endetarmskreft, testikkelkreft og prostatakreft hos menn. Testikkelkreft skiller seg ut, ved å være sterkt økende blant yngre menn. Hos kvinner ser vi en økning av bryst- og lungekreft. Siden årsaken til disse kreftformene ikke er dokumentert, med unntak av lungekreft, vil vi anta at det vil skje en økning også de nærmeste årene.

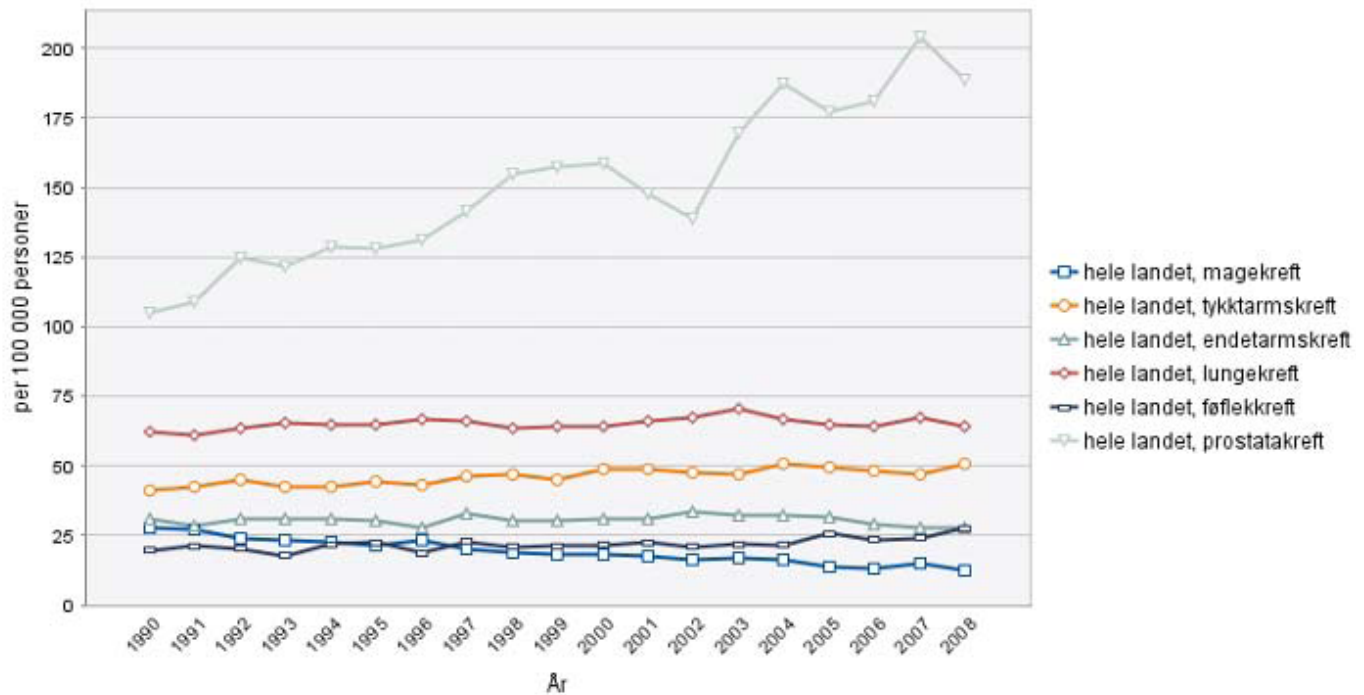
I figuren under ser vi utviklingen i antall nye krefttilfeller pr 100 000 innbyggere i perioden 1990-2008, fordelt på krefttyper og kjønn. Denne er for kvinner:

Figur 3.7 Nye krefttilfeller hos kvinner i perioden 1990-2008



Denne er for menn:

Figur 3.8 Nye krefttilfeller for menn i perioden 1990-2008



3.2.3 Slitasjesykdommer i muskel- og skjelett

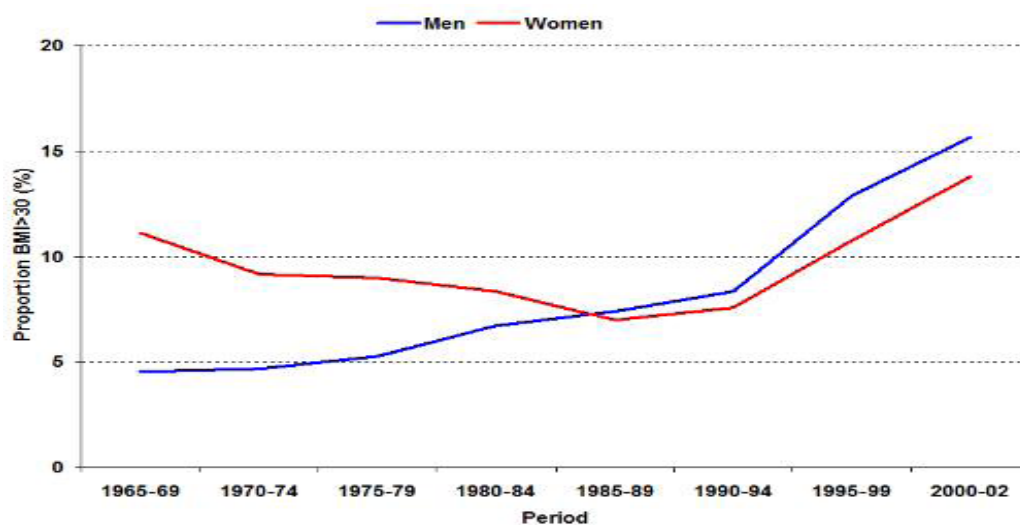
En økning her ses i sammenheng med at flere jobber i yrker med fysiske belastninger. Men jeg vil også tro at slitasjesykdommer har en link til fedmeproblematikken, som vil bli behandlet i sammenheng med den økte forekomsten av diabetes 2.

3.2.4 Diabetestype 2

I Norge har ca. 4 % diabetes. Forekomsten er større blant kvinner enn menn, og spesielt høy hos visse innvandrergupper. Innvandrere fra Pakistan har dobbelt så høy forekomst som befolkningen for øvrig. Forekomsten av diabetes 2 vil sannsynlig øke grunnet en eldre befolkning, samt en økning i fedme blant befolkningen forøvrig.

Figur 3.9 viser utviklingen i overvekt og fedme i perioden 1965-2003. De siste helseundersøkelsene tyder på at veksten i utbredelse av fedme blant voksne fortsetter.

Figur 3.9 Utvikling i overvekt og fedme i perioden 1965-2003



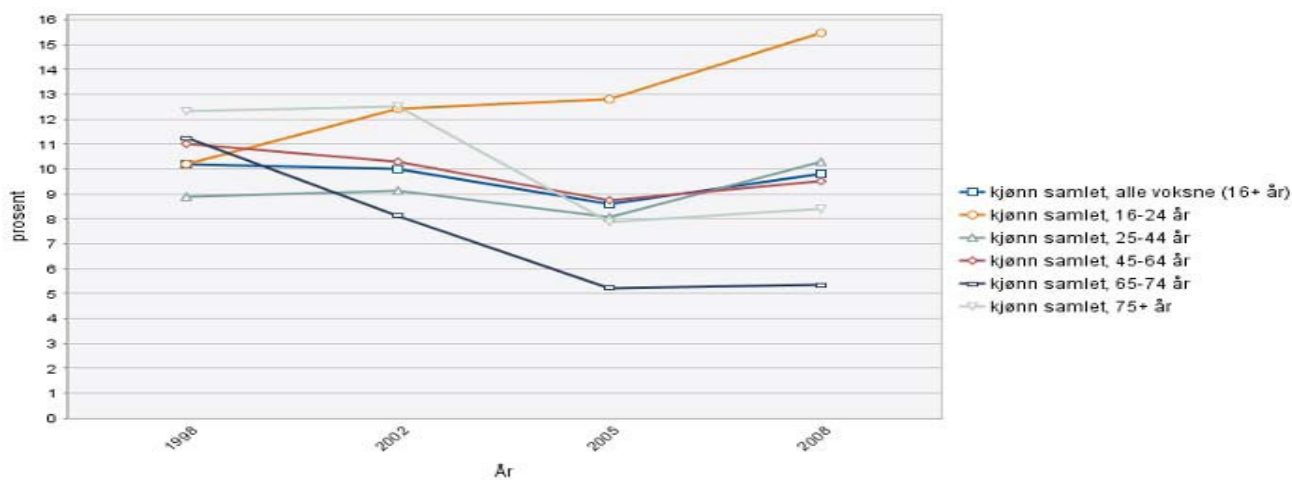
En økt bevissthet på helsefremmende livsstil med økt aktivitet og sunt kosthold er viktig for å snu denne utviklingen. Fedmeproblematikken kan utgjøre en stor negativ utslagsfaktor på forbruk av helsetjenester.

3.2.5 Psykiske lidelser

Det forventes en økning av voksne med angst og depresjoner, samt langvarige og sammensatte lidelser som resultatet av kombinasjonen rus og psykiatri. Når det gjelder andre psykiske lidelser, er det lite som tyder på en økning i forekomst, men flere enn tidligere får behandling. Alderspsykiatriske lidelser som spesielt demens vil derimot øke.

Figuren viser utviklingen i antall nye registrerte tilfeller av psykiske lidelser pr 100 000 innbyggere i perioden 1990-2008 fordelt på aldergrupper.

Figur 3.10 Nye tilfeller av psykiske lidelser i perioden 1990-2008



I tillegg vil vi kunne se eldre med mer sammensatte lidelser. Dette kan selvfølgelig reduseres med god satsning på forebyggende helsearbeid.

Til sist vil jeg nevne at utviklingen av antibiotika resistente infeksjoner utgjør en usikkerhetsfaktor, som potensielt kan gi store utslag for kompetansebehovet fremover.

3.3 Teknologisk utvikling

Den teknologiske utviklingen er avhengig av den medisinske utviklingen, men den siste har på langt nær vært så stor som den første. Det er en stund siden penicillin ble oppdaget, og ingen ny oppfinnelse er på trappene med unntak av viten innen genterapi der molekylære medisinske teknikker vil kunne gi stor fremgang for medisinsk behandling. Den teknologiske utviklingen er den som fører til endring i behandlingsmetoder. Denne kan kategoriseres i fire hovedtyper:

1. *Billedveiledet behandling.* Innen billeddiagnostikk har det skjedd stor endringer fra røntgen til ultralyd, CT, MR, fMRI og PET. Her ser vi også en overgang fra diagnostikk til behandling, som for eksempel behandling av hjernesvulst ved 3D ultralyd.
2. *Teknologidrevde behandlingsmetoder,* herunder kikkhullskirurgi, roboter/automatisering, mikro/nanoteknologi og genforskningsbasert behandling.
3. *Kroppssensorer.* Her vil jeg nevne kapselendoskopi som kan medføre muligheter til behandling utenfor institusjon.
4. *Kommunikasjonsteknologi.* I dag har vi elektronisk pasientjournal, PACS (billedoverføring), bredbåndsteknologi og telemedisin. I psykiatrien brukes ulike dataprogrammer til behandling av angst og depresjon. I tillegg er internett en mulighet til å hente og spre informasjon, og e-læring brukes nå aktivt til opplæring av medarbeidere og pasienter.

Konsekvensene av den teknologiske utviklingen, eks. artroskopi, lapraskopi og endoskopi har medført at antall døgnbehandlinger har gått ned og blitt erstattet med dagbehandlinger. Man

kan anta at denne trenden fortsetter. I tillegg vil utviklingen bidra til at det i større grad er mulighet til å gi pasienten hjemmebehandling (Helse Sør-Øst, 2011).

3.4 Samhandlingsreformen

Stortingsmelding nr. 47, *Samhandlingsreformen; Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, har dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer i fokus. Hovedutfordringene som her trekkes frem, er knyttet både til et pasientperspektiv og samfunnsøkonomisk perspektiv, og stortingsmeldingens hovedbudskap er at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover. Helse- og omsorgstjeneste skal gjøres bedre gjennom satsingen på bedre samhandling, og med kvalitets- og utviklingsarbeid rettet inn mot det enkelte tjenestestedets ytelser.

Det trekkes frem 3 store utfordringer:

1. Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester

Mange pasienter har behov for koordinerte tjenester, det vil si at tjenestene leveres fra ulike tjenestesteder. Dagens systemer er i for stor grad rettet inn mot de ulike deltjenestene, herunder oppdelinger i ulike organisatoriske enheter, separate rettighets-, finansierings- og IKT-systemer. I tillegg er det slik at det er ulik forståelse av hva som er målet for tjenesten. Kort oppsummert; dårlige koordinerte tjenester betyr dårlig og lite effektiv ressursbruk.

2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom

Helsetjenesten har for stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, framfor tilbud innrettet på å mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling. Forebygging og tidlig innsats blir tapere i kampen mot de mer spesialiserte helsetjenestene. Systemer for analyse og beslutninger om hvordan ressursene bør settes inn i de ulike leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering er for dårlige.

3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Denne utfordringen krever både mer effektiv drift av helse- og omsorgssektoren i Norge, samt at det politiske miljøet må være beredt til nye og mer krevende prioriteringsbeslutninger.

Den demografiske og epidemiologiske utviklingen, ikke bare i Norge, men også i andre vest-europeiske land, er i stor endring. Det blir som tidligere nevnt stadig flere eldre, og dermed flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. Kols, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er økende. Dette er lidelser som vil kreve samhandling.

For å møte utfordringen skisserer stortidsmeldingen nr. 47 fire hovedgrep:

1. Klarere pasientrolle med større grad av medvirking

Pasientmedvirkning har de senere årene blitt utviklet gjennom brukerrådene i helseforetakene. I tillegg vil pasient- og brukerorganisasjonene i større grad involveres i arbeidet med struktur- og systemtiltak. Disse er rettet inn mot å utvikle bedre helhetlige pasientforløp. Det skal legges opp til systemer og tjenester som i større grad er rettet inn mot selvhjelp, slik at den enkelte kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad. Det vil bli etablert en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene. Gitt de utfordringer som vi har sett helsetjenesten stå overfor, vil det bli en viktigere del av helsepolitikken å legge til rette for at befolkningen må ta et større ansvar for egen helse.

2. Ny framtidig kommunerolle

Den forventede behovsveksten i en samlet helsetjeneste fordrer at kommunene får et ansvar å sikre en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).

3. Etablering av økonomiske insentiver

Det skal gis økonomiske insentiver som understøtter den ønskede oppgaveløsning og gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger.

4. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Med det menes å styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å kunne levere gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen, gjennom en riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal i større grad få mulighet til konsentrere seg om de spesialiserte helsetjenestene.

5. Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

De framtidige prioriteringsbeslutningene skal nå rettes inn mot helheten i de ulike pasientforløpene. Nasjonal helseplan skal videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjeneste.

Utover disse fem hovedgrepene nevnes det også utvikling av IKT-systemer, utvikling av forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk, som understøtter målene i samhandlingsreformen og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer. (Stortingsmelding nr. 47)

Som følge av samhandlingsreformen vil vi i fremtiden oppleve en desentralisert spesialisthelsetjeneste med en oppbygning av lokalmedisinske sentra, distriktsmedisinske og distriktspsykiatriske sentra. I tillegg vil forebyggende helsearbeid og tilbud om hjemmebehandling bli en viktig del av reformen. Innleggelse i spesialisthelsetjenesten vil bli begrenset til akuttbehandling, utredning og tyngre behandlinger. Det vil skje en ytterligere økning i dagbehandlinger innen elektiv og akutt kirurgi. Antall liggedøgn i sykehus har gått mye ned de siste årene, og den vil reduseres ennå mer. I år 2025 regner de med at gjennomsnittlige liggedøgn vil være nede på 3 dager og at dagkirurgi vil utgjøre minst 75 % av all kirurgi for alle fag. Innleggelsesfrekvensen for kronikere vil reduseres med 50 %, og antall liggedøgn for pasienter over 70 år vil være overført til et lavere helsetjenestenivå. Samhandlingsreformen setter store krav til tverretattlig samarbeid / samhandling og en helt ny oppgavefordeling som krever økt behov for:

- Spesialkompetanse på store sykehus.
- Breddekompetanse på mindre sykehus.
- Systematisk kompetanseoverføring mellom, og på tvers av nivå.

I tillegg setter det krav til systemkunnskap og en forbedring av arbeidsprosesser og en forlengelse av behandlingslinjer.

3.5 Behov for rekruttering av helsepersonell

I Norge jobber hver 5. arbeidstaker, det er ca. 500.000 mennesker, i helse- og omsorgssektoren, 69000 av dem jobber i spesialisthelsetjenesten i helseregion Sør-Øst.

3.5.1 Demografi i Sykehuset Østfold

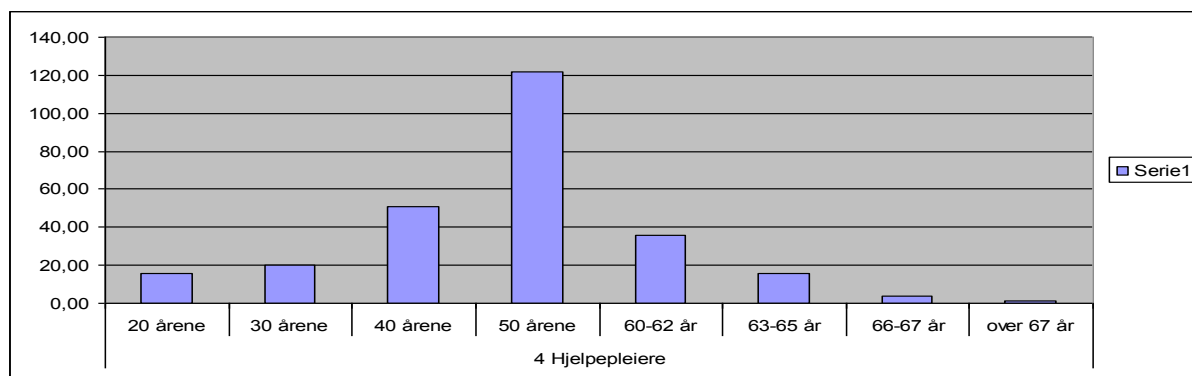
I Sykehuset Østfold jobber ca. 4500 mennesker i faste stillinger, dette utgjør 3997 månedslønnede. Den største yrkesgruppen er sykepleiere.

Tabell 3.11 Bemanning i SØ

Beskrivelse av mål	2009	2010
Brutto årsverk	4395	4506
Månedslønnede årsverk	3901	3997
Antall ansatte	5487	5584
Årsverk somatik	3195	3277
Årsverk psykiatri	1048	1070
Årsverk rus	152	159
Årsverk leger	480	536
Årsverk sykepleie	1837	1835
Årsverk annet fagpersonell	623	653
Årsverk laboratoriepersonell	158	165
Årsverk forskning og fagutvikling	5	7
Årsverk ledere	201	206
Årsverk adm og teknisk personell	1091	1103

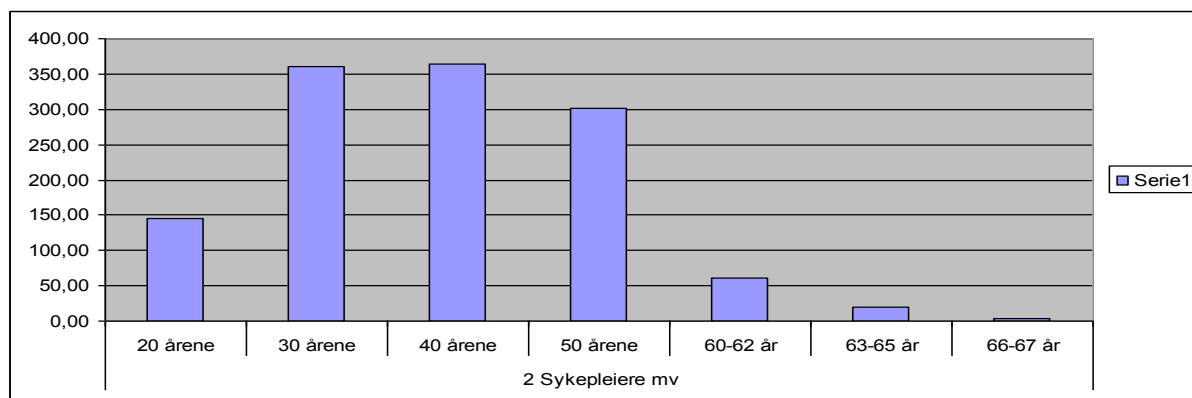
I figur 3.12 ser vi at mange av våre hjelpleiere er i 50 årene. Hvi vi går dypere inn i alderssammensetningen blant hjelppleiere får jeg frem at 69 årsverk fordelt på 92 personer som er født mellom år 1949 (62 år) og 1953 (58 år). Det betyr at halvparten av hele hjelpepleiergruppen vil gå av med alderspensjon i løpet av noen få år. Vi har hatt en trend i sykehuset hvor hjelpepleiere er blitt erstattet med sykepleiere. Når vi senere ser på demografien for sykepleiere må vi nok legge forholdende til rette for å øke antall helsefagarbeidere i årene som kommer.

Figur 3.12 Alderssammensetning hjelpepleiere i SØ



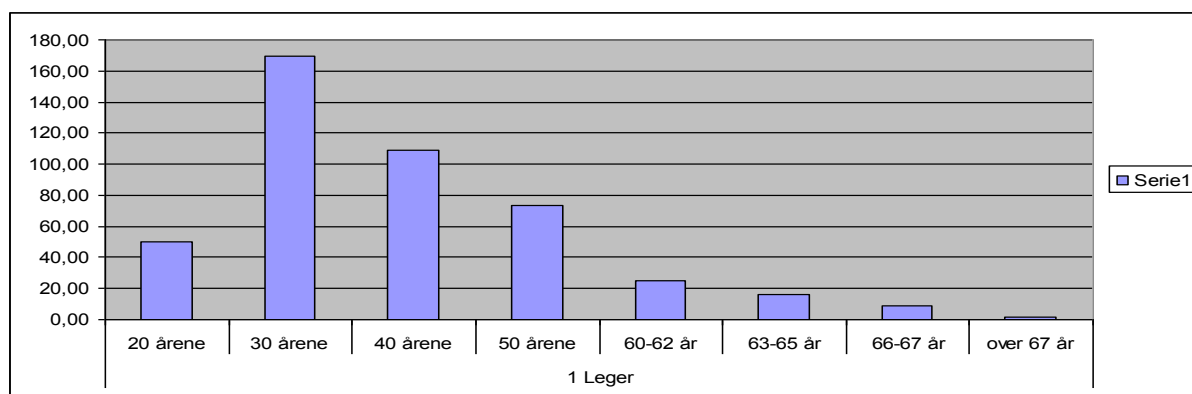
Når det gjelder vår største yrkesgruppe, sykepleiere ser alderssammensetningen slik ut:

Figur 3.13 Alderssammensetning sykepleiere i SØ.



Som figurene viser vil vi få et økende behov for å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere i årene fremover. For leger vil det ikke være så prekært. Alderssammensetningen er som følger:

Figur 3.14 Alderssammensetning leger i SØ



3.5.2 Grunnlag for rekruttering

Vi hadde en økning i utdanningskapasiteten for helsepersonell i 1990 årene som gir oss tilstrekkelig antall helsepersonell mot 2030. 27 % av hvert ungdomskull tar en helse- og sosialfaglig utdanning i dag.

Utfordringen er at gjennomføringsprosenten ligger på mellom 80-90%. Frafallet er størst i videregående skole, hvor hele 25 % ikke fullfører utdanningen.

Tabell 3.15 Studiegjennomføringsprosent

HELSEMOD har beregnet tilbudet av kandidater fordelt på de ulike utdanningskategoriene. I neste tabell ser vi antall årsverk innen hver yrkesgruppe, samt årlig utdanningskapasitet og gjennomføringsprosent. Tallene i tabell 7 er basert på referansealternativet, dvs at studentopptaket holder seg på samme nivå.

Tabell 7 Beholdning, årlig utdanningskapasitet og gjennomføringsprosent for ulike yrkesgrupper. Landet totalt.

Utdanning	Beholdning per 2007 Antall årsverk	Årlig utdanningskapasitet Inkl utenlandsutdannede	Studiegjennomføringsprosent
Leger	20 009	5 %	95 %
Psykologer	5 335	8 %	90 %
Bioingeniører	5 588	5 %	81 %
Ergoterapeuter	3 035	10 %	81 %
Fysioterapeuter	9 069	7 %	89 %
Helsefagarbeidere ²⁶	69 083	4 %	75 %
Jordmødre	2 123	4 %	89 %
Radiografer	2 421	12 %	75 %
Sosionomer	10 765	13 %	82 %
Sykepleiere	68 579	6 %	84 %

Tabellen viser at gjennomføringsprosenten varierer. Blant medisinerstudentene er det hele 95 prosent som gjennomfører studiene, mens helsefagarbeidere har en gjennomføringsprosent på 75 prosent.

Å tilby kvalitative gode og støttende praksisstudier kan bidra til økt gjennomføringsprosent. Spesielt lærlinger innen helse- og sosialfag er en utfordring i spesialisthelsetjeneste. Lærlingene er unge og møte med spesialisthelsetjenesten oppleves i overkant tøft for mange. God støttende veiledning samt lærende inkluderende arbeidsmiljøer kan veie opp.

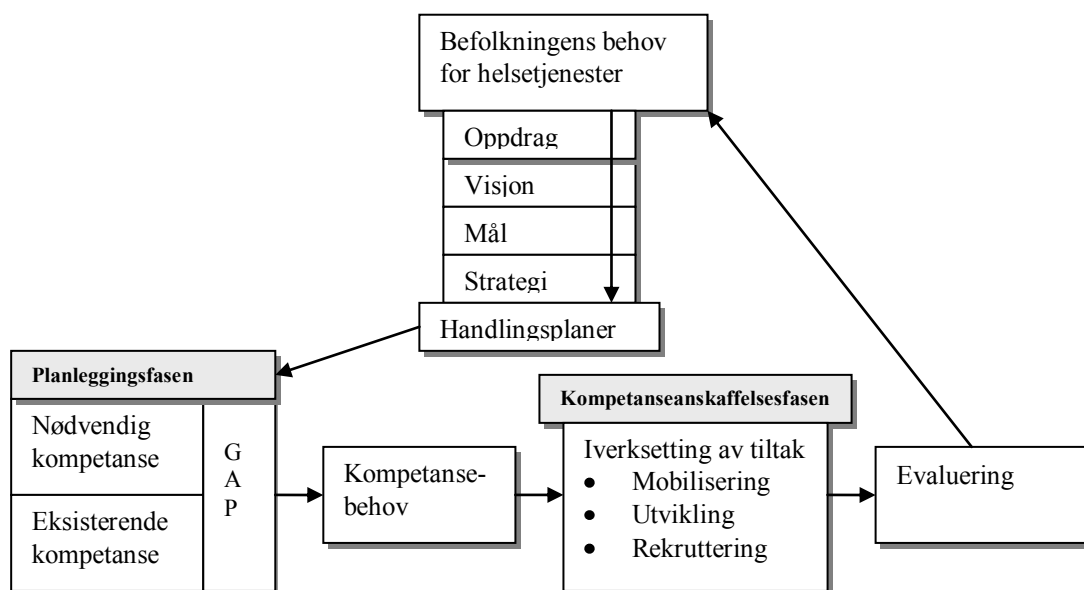
4. 0 Strategisk kompetansestyring

Jeg har nå belyst sykehuset som organisasjon og utfordringer knyttet til nytt sykehus, samt faktorer som vil få betydning for kompetansebehovet i spesialisthelsetjenesten. Når vi skal legge til rette for en strategisk kompetansestyring er det viktig at vi har dette fremtidsbildet klart. Et fremtidsbilde med langvarig økning av andel eldre, sykdomsutvikling, teknologisk utvikling, samhandlingsreformen og rekrutteringsgrunnlaget for helsepersonell vil gi oss muligheter for langsiktig planlegging av kompetanse.

Strategisk kompetansestyring innebærer som nevnt innledningsvis å ha kontroll på hva slags behov for kompetanse virksomheten har for å nå sine mål, både på kort og lang sikt, samt å ha en plan for hvordan man fyller gapene mellom eksisterende og manglende kompetanse. Lai (1997, s.14), definerer strategisk kompetansestyring som; *”planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak for å sikre virksomheten og den enkelte medarbeider nødvendig kompetanse for å nå definerte mål”*.

Strategisk kompetansestyring kan illustreres gjennom følgende modell:

Figur 4.1 Kompetansestyringsprosessen



”Hovedfundamentet for strategisk tilnærming til kompetansekartlegging er en klargjøring av hvilken kompetanse virksomheten trenger for å utføre de funksjoner og oppgaver som er uttrykt i mål, strategier og planer. For å identifisere hvilken kompetanse som mangler, må utvikles eller mobiliseres, må man deretter avklare hvilken kompetanse som finnes i virksomheten i dag, hvilken kompetanse som faktisk blir brukt, samt hvilken kompetanse som er tilgjengelig, men som av ulike årsaker ikke blir anvendt i forhold til relevante funksjoner og oppgaver” (Lai, 1997, s. 60).

Lai (1997) bekrefter her kompleksiteten, og slik jeg forstår det, så handler det om flere nivåer i en organisasjon. På individnivå: Hva har den enkelte av kompetanse til å utføre oppgaver i henhold til funksjonsbeskrivelse og hva mangler vedkommende? På seksjonsnivå: Hva har en 1. linjeleder av kompetanse samlet og satt sammen i sin enhet for å kunne nå seksjons mål og oppgaver? På avdelingsnivå: Hva har 2. linjeledere behov for av lederkompetanse og samlet medarbeiderkompetanse for å løse sine samlede mål og oppgaver? Til sist, hva har, og hva mangler virksomheten av kompetanse for å kunne løse sine oppgaver, og nå sine mål pr. dags dato og inn i fremtiden?

Denne oppgaven handler om strategisk kompetansestyring i sykehus sett i et prosessperspektiv, og dette kapitlet vil behandle alle de ulike aktiviteter som inngår i en strategisk kompetansestyringsprosess. For å kunne ha forståelse for kompleksiteten dette innebærer, er det nødvendig å først redegjøre for kompetansebegrepet, herunder kompetansekomponenter, kompetanseformer, organisatorisk kompetanse, og hva som ligger i begrepene nøkkelkompetanse og kjernekompetanse.

Deretter vil hovedelementene i strategisk kompetansestyring bli belyst:

- Kompetanseplanlegging
- Kompetanseanskaffelse
- Evaluering og oppfølging av kompetansetiltak

4.1 Kompetansebegrepet

Kompetansebegrepet er sammensatt, flerdimensjonalt, abstrakt og av sterkt betinget verdi. Begrepet benyttes ofte og med varierende meningsinnhold. Av den grunn er det på plass med en begrepsavklaring.

”Kompetanse” stammer fra det latinske ordet *competere* som betyr å være passende og ordet *compententia* som betyr skikkethet. Fenomenområdet som begrepet skal omfatte, er altså passende og skikkethet (Nordhaug, 1998, s.104).

Den finnes flere definisjoner av nyere dato. Linda Lai sin definisjon er ”*samlende kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål*” (Lai, 1997, s.32).

Kompetanse kan også inkludere kreativitet, evnen til å se nye muligheter utover det etablerte og kunne handle deretter. Motivasjonsaspektet kan også inkluderes, da det i stor grad kan forme personens mulighet til å løse oppgaver. Uansett er det viktig å understreke at kompetanse skal være formålstjenlig, det vil si være knyttet til mål, oppgave eller funksjon, og være uløselig knyttet til organisasjonen. Kompetansen må ha bruksverdi for organisasjonen. Den må være relevant for de oppgaver som skal løses, og den må anvendes slik at organisasjonen kan dra nytte av den. Høy kompetanse innen et spesialisert område har ingen verdi hvis virksomheten ikke trenger den for å løse sine oppgaver.

4.1.1 Kompetansekomponeenter

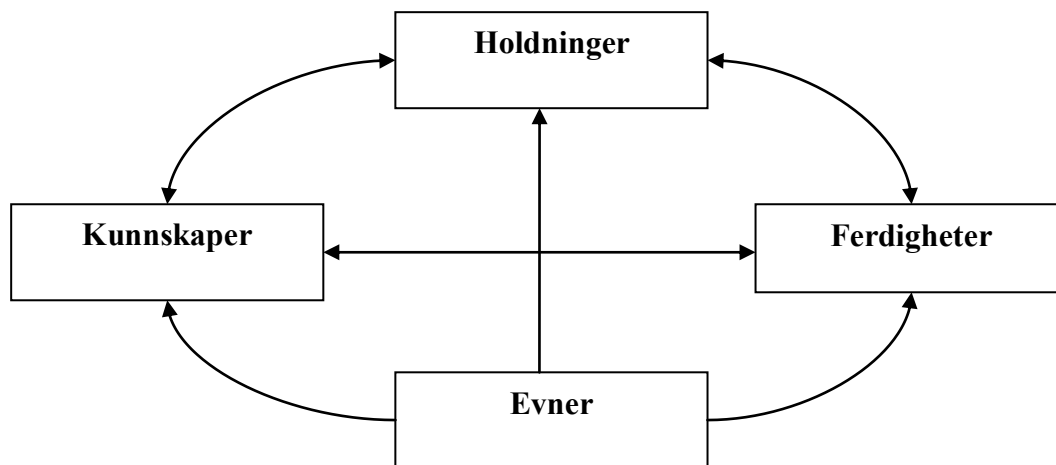
De fleste er enige i at komponentene i kompetansebegrepet på individnivå består av **kunnskaper, ferdigheter** og **evner**. Ikke alle betrakter **holdninger** som en av komponentene. De som mener at holdninger bør være med, argumenterer med at holdninger påvirker oppgaveforståelsen og danner grunnlag for å vurdere om en person er kompetent eller inkompetent i forhold til spesifikke oppgaver. Særlig gjelder dette oppgaver knyttet til menneskebehandling. Her vil holdninger spille en stor rolle for å vurdere om en person reelt sett er kompetent til å utføre denne type oppgave. Holdninger har også betydning for kompetanse i en videre forstand, da holdninger påvirker tilegnelse, så vel som utnyttelse av kompetanse. Nordhaug argumenterer imidlertid med at holdninger uttrykker hva individet er i

stand til å gjøre og ikke hva individet er villig til å gjøre, og skal derfor ikke tas med som en komponent i kompetansebegrepet (Nordhaug, 1998, s. 106). Siden denne oppgaven handler om sykehus som virksomhet er det klart at holdninger er en sentral komponent.

Individets erfaringer er imidlertid ikke et element i begrepsdefinisjonen, fordi erfaringer ikke har noen betydning med mindre de er nedfelt i kunnskaper og ferdigheter.

Sammenhengen mellom kompetansekompomentene kan uttrykkes slik (Lai, 1997, s. 36):

Figur 4.2 Sammenheng mellom kompetansekompomentene



Kunnskaper henspeler seg på ”å vite”. Kunnskap kan deles inn i deklarativ, kausal og prosedyrisk kunnskap. Deklarativ kunnskap er ren faktakunnskap. Kausal kunnskap er antagelser om årsakssammenhenger og relasjoner, mens prosedyrisk kunnskap knytter seg til kunnskap om hvordan løse problemer, eller kunnskap om aktuelle fremgangsmåter/ problemløsningsmetoder. I forrige kapittel ble det presentert en del deklarativ og kausal kunnskap om drivere, vedrørende behov for arbeidskraft og kompetanse mot år 2020. Prosedyrisk kunnskap handler om hvilke metoder vi skal benytte for å løse disse utfordringene.

En stor del av en persons kunnskap er ikke bevisst og eksplisitt, men implisitt, også kalt taus kunnskap. Dette kan forklares ved at læring ofte skjer gjennom ubevisste, automatiserte

mekanismer. Det at kunnskapen er taus betyr ikke at den ikke er anvendbar, men det er først når den blir anvendt at den kommer til uttrykk.

Ferdigheter er knyttet til konkret, praktisk handling og henspeiler seg til ”å kunne gjøre”. De er knyttet til oppgaveutførelse som er nødvendig for å nå definerte mål. Ferdigheter innlæres først og fremst gjennom øvelse. Ferdigheter omfatter også oppgaveutførelse som ikke gir seg direkte observerbare atferdsmessige uttrykk. Kognitive ferdigheter i å analysere problem og finne fram til aktuelle løsningsmetoder, er ferdigheter av stor betydning i forbindelse med komplekse problem og oppgaver. Ferdigheter utvikles gjennom erfaring, trening, observasjon og imitering av andres adferd. På den måten utvikles taus kunnskap.

Evner er den komponenten som har å gjøre med individets potensial i form av stabile egenskaper, kvaliteter og talenter som påvirker mulighetene til å utføre en oppgave og for å tilegne seg kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Lai, 1997, s. 32-35).

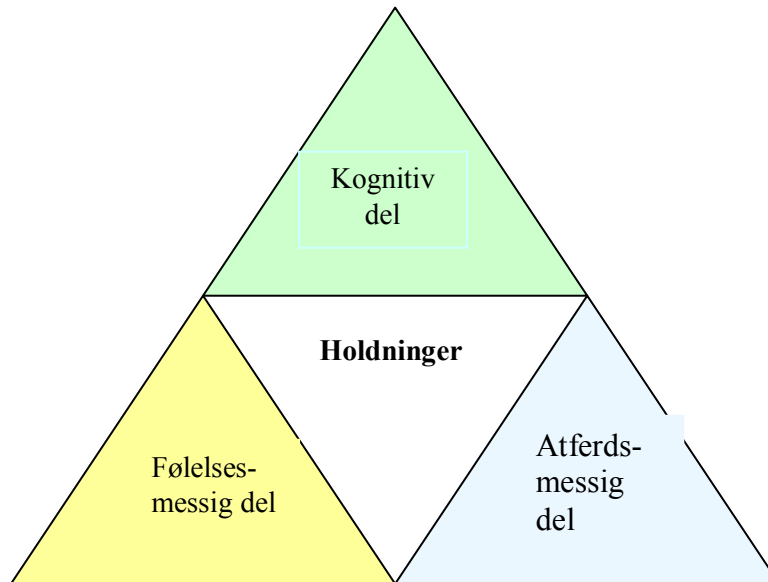
Som figur 4.2 illustrerer påvirker evner de andre komponentene, men lar seg ikke påvirke tilbake. Evner betraktes som stabile, grunnleggende og lite påvirkelige. *”I forbindelse med strategisk kompetansestyring vil det derfor være en sentral utfordring å utnytte en medarbeiders evner, samt gi medarbeideren best mulig forutsetninger for faglig og personlig utvikling basert på sitt spesifikke potensial”* (Lai, 1997, s. 34).

Holdninger påvirker oppgaveutførelsen direkte og danner grunnlag for å vurdere om en person er kompetent eller inkompetent i forhold til spesifikke oppgaver, spesielt gir dette seg uttrykk i menneskebehandling. Vi snakker her om menneskesyn og hvilke verdier som kommer til uttrykk i møte med andre mennesker.

”En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser” (Håkonsen, 2009, s.205). Håkonsen mener at det nærmest er forutbestemt hvordan vi oppfører oss. Dette fordi vi på forhånd har gjort oss opp en mening om situasjonen/personen. Holdninger er evaluerende i positiv eller negativ retning, og er relativt varige. Å forandre holdninger er krevende og utfordrende for den enkelte å gjennomføre. I praksis kan det bety at det er mulig å ha andre holdninger enn det som man kunnskapsmessig vet er best.

Det er altså ikke nødvendigvis et samsvar mellom helsepersonells atferd og kunnskapen de har, da egne holdninger og kollegers holdninger kan påvirke atferden i forhold til pasienter. I følge Håkonsen består holdninger av tre ulike komponenter som kan forklare dette fenomenet, illustrert i figuren under:

Figur 4.3 Trekomponentmodellen



Den kognitive delen består av de tankene og synspunktene vi får gjennom opplevelser og erfaringer. Den følelsesmessige delen innebærer emosjoner som utløses, og den atferdsmessige delen omfatter hvordan vi handler og reagerer. Delene fungerer ikke isolert fra hverandre, våre tanker og synspunkter utløser en følelsesmessig reaksjon, som kan være positiv eller negativ. Den følelsesmessige reaksjonen utløser igjen en handling. Det er i atferden at holdninger kommer til syne (Håkonsen, 2009).

Det kjente eksperimentet til Stanley Milgram (1963) om hvor mye et menneske kan la seg påvirke til handlinger som strider mot ens holdninger, er interessant og foruroligende. Eksperimentet viste at et helt vanlig menneskes lydighet overfor en øvrighet er mye større enn mennesket selv tror, i forhold til sin egen frie vilje og samvittighet.

Milgram selv refererte erfaringene i sin artikkel "The Perils of Obedience":

"The legal and philosophic aspects of obedience are of enormous importance, but they say very little about how most people behave in concrete situations. I set up a simple experiment at Yale University to test how much pain an ordinary citizen would inflict on another person

simply because he was ordered to by an experimental scientist. Stark authority was pitted against the subjects' [participants'] strongest moral imperatives against hurting others, and, with the subjects' [participants'] ears ringing with the screams of the victims, authority won more often than not. The extreme willingness of adults to go to almost any lengths on the command of an authority constitutes the chief finding of the study and the fact most urgently demanding explanation” (Wikipedia).

Eksperimentet er blitt gjentatt i flere varianter senere med stort sett samme resultat.

4.1.2 Kompetanseformer

Et skille basert på hvordan kompetanse tilegnes, går mellom **formell kompetanse** på den ene siden, og **realkompetanse** på den andre siden. Et annet grunnleggende skille baserer seg på ulike oppgaver og funksjoner, her beskrevet som **kompetansetypologier**.

Med **formell kompetanse** menes den kompetanse som kan dokumenteres gjennom utdanningssystemet eller godkjente sertifiseringsordninger. Formell utdanning er hovedsakelig kunnskapsbasert, men innen praktisk rettede yrkesutdanninger, eksempelvis sykepleieutdanningen, vil også ferdigheter stå sentralt.

Realkompetanse henspiller til den samlede kompetanse som erverves gjennom formell utdanning, arbeidserfaring og annen organisasjonsdeltagelse, samt gjennom privatliv og familieliv. En persons realkompetanse omfatter altså både formell og uformell kompetanse. Uformell kompetanse er det motsatte av formell kompetanse og tilegnes gjennom erfaringslæring (Lai, 1997, s. 36-37).

I strategisk kompetansestyring er det viktig å ta hensyn til realkompetansen medarbeidere besitter i forbindelse med kompetanseplanlegging og valg av kompetansetiltak.

Realkompetanse kan igjen deles inn i ulike kompetansetypologier, avhengig av hva som er relevant for virksomheten. Vanligvis deles det inn i faglig, jobbt teknisk, administrativ, personlig og sosial kompetanse. I tillegg supplerer jeg listen med strategisk kompetanse, læringskompetanse, omstillingskompetanse, samhandlingskompetanse og systemkompetanse, Denne kompetansen er viktig i en kunnskapsbedrift i kontinuerlig endring, og for målet om en

proaktiv styring av kompetanse, det vil si; tilrettelegge kompetanse for fremtidens spesialisthelsetjeneste.

Vi har derfor følgende kompetansetypologier:

- *Faglig kompetanse*; grunnleggende kunnskap om et enkelt fag eller arbeidsområde.
- *Jobb-teknisk kompetanse*; praktiske ferdigheter til å løse aktuelle oppgaver.
- *Administrativ kompetanse*; det å kunne lede oppgavemessig, personalmessig og strategisk.
- *Personlig og sosial kompetanse*; det å ha holdninger som reflekterer ansvarsfølelse, etisk bevissthet, fleksibilitet, nøyaktighet og motivasjon og at en fungerer godt mht. samarbeid og kommunikasjon.
- *Læringskompetanse*; det å kunne tilegne seg stadig ny kunnskap og nye ferdigheter.
- *Strategisk kompetanse*; det å kunne ha fornuftige mål for jobben og realisere disse.
- *Omstillingskompetanse*; det at en har vilje og evne til nødvendig endring og omstilling.
- *Samhandlingskompetanse*; evne til å kommunisere og jobbe i team på tvers av profesjoner og forvaltningsnivå.
- *Systemkompetanse*; kompetanse i de systemer som omhandler helsetjenestene og hvilke forvaltningsnivåer som gjør hva og linken mellom dem.

En organisasjon får kompetente medarbeidere får når flest mulig av de nevnte komponentene blir ivaretatt og får virke sammen. Spesielt inn mot nytt sykehus vil organisasjonen sette krav til medarbeidere og ledere med tanke på læringskompetanse, strategisk kompetanse, omstillingskompetanse, samhandlingskompetanse og systemkompetanse.

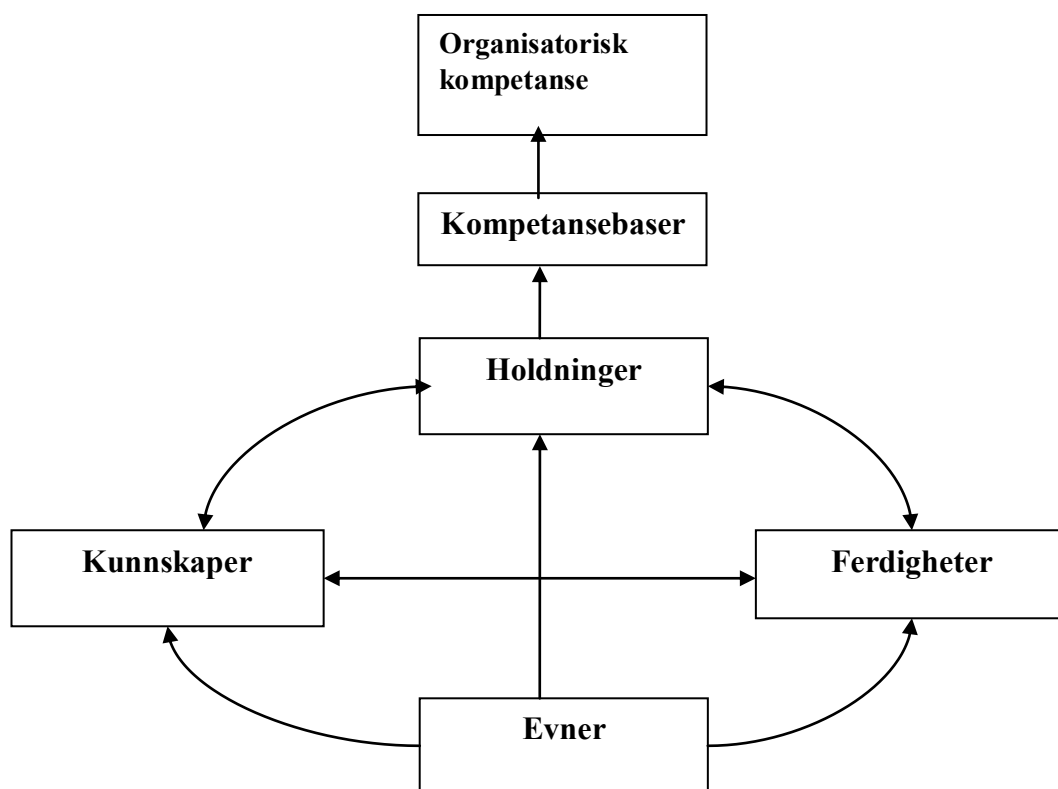
4.1.3 Organisasjonens kompetanse

Så langt har vi betraktet kompetanse på individnivå. I virksomhetssammenheng er det imidlertid hensiktsmessig å vurdere hvordan kompetanse spres og manifesteres på organisasjonsnivå. Vi snakker her om organisatorisk kompetanse.

”Organisatorisk kompetanse er et resultat av de ressurser organisasjonen kontrollerer og hvordan de settes sammen og anvendes gjennom aktiviteter og samhandling” (Nordhaug, 2002, s. 76).

Med andre ord, det som setter virksomheter i stand til å utføre verdiskapende aktiviteter, er ressursene, sammensetningen av dem og anvendelsen av dem. Organisatorisk kompetanse fremstilles enkelt i følgende modell, *figur 5.3: Konseptuel modell for organisatorisk kompetanse* (Nordhaug, 2002, s.110):

Figur 4.4 Konseptuel modell for organisatorisk kompetanse



Organisatorisk kompetanse kan defineres ut i fra fire perspektiver:

1. *Totalperspektivet* refererer til summen av alle medarbeideres kompetanse.
2. *Delingsperspektivet* er kompetanse som deles mellom medarbeidere (felleskompetanse).
3. *Gjennomsnittperspektivet* henspiller til den kompetanse som er mest utbredt blant medarbeiderne i organisasjonen.
4. *Dominansperspektivet* er den kompetanse som dominerer og er utslagsgivende for handlingsvalg og ytelse.

De tre første; total-, delings- og gjennomsnittsperspektivet er basert på et statisk og beholdningsorientert syn på organisatorisk kompetanse, og er viktig for å redusere virksomhetens sårbarhet for tap av kritisk kompetanse. I sykehus som har høy grad av spesialisering, begrenser delings- og gjennomsnittsperspektivet seg når kritisk kompetanse kun blir delt mellom et lite antall medarbeidere. Denne type organisasjon er tjent med å ikke bare ta hensyn til beholdning av kompetanse, men anvendelsen av kompetanse sett i forhold til overordnede mål og behov, slik dominansperspektivet legger vekt på. Av den grunn er samhandlingskompetanse et strategisk mål og nedfelt i SØ sin strategi for kompetanse. Organisasjonen ser et klart behov for å øke organisasjonens kompetanse gjennom delingsperspektivet.

Nordhaug (2001) bruker begrepet læringssamfunnet som betegnelse på et samfunn der utvikling, utnyttelse og spredning av kompetanse blir en sentral utfordring for virksomheter. Nettopp det å lære av hverandre i praksis, og utvikling av partnerlignende relasjoner fremfor individrettede kunnskapsbaser, vil gjøre at organisasjonens samlede kompetanse økes og blir mindre sårbar. Mye av denne tankegangen finner vi igjen i Peter Senges (1990) teorier om lærende organisasjoner. Man kan si det så sterkt at organisasjonens evne til å fellesgjøre enkeltindividets kompetanse viser dens evne til utvikling og verdiskapning. Det gjelder med andre ord å frigjøre og utnytte enkeltindividets kunnskapspotensial med organisasjonens mål for øyet. Utvikling av virksomhetens læringskompetanse og fokus på deling og samhandling av kompetanse vil være formålstjenlig her.

4.1.4 Kjernekompetanse og nøkkelkompetanse

Begrepene kjernekompetanse og nøkkelkompetanse blir erfaringsmessig ofte brukt om hverandre med henspeiling på samme innhold.

Kjernekompetanse henspeiler på noe annet enn bare ”viktig” kompetanse. Kjernekompetanse er den kompetansen som skal sikre virksomheten langsiktig overlevelse og konkurranseevne. I en tid hvor offentlige helsetjenester stadig får konkurranse fra det private markedet, øker presset på både omfanget og kvaliteten på tjenesten som utføres. For å kalle noe en kjernekompetanse må den ha minst fire egenskaper:

- Ha en potensiell høy verdi.

- Være avgjørende for brukerens nytte av tjenesten.
- Være unik (sjelden).
- Være vanskelig å kopiere.

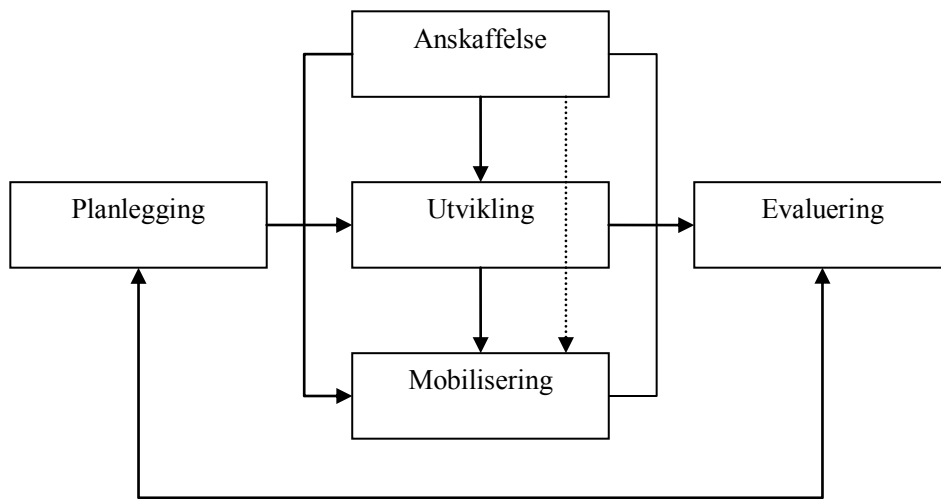
”Kjernekompetanse er de sammensetninger og anvendelse av ressurser som gjør virksomheten i stand til å utføre verdiskapende aktiviteter, og som i tillegg er fleksible i sin anvendelse og vanskelig å imitere” (Nordhaug, 1998, s. 117).

Nøkkelkompetanse derimot er den kompetansen som knytter seg direkte til de hovedoppgavene virksomheten har. Det er den kompetansen man ikke kan klare seg uten for å kunne utføre de oppgaver og tilby de tjenester virksomheten er satt til. Nøkkelkompetanse blir også omtalt som kritisk kompetanse. Et sykehus er helt avhengig av et minimum leger og sykepleiere med ulike spesialiseringer for å utføre sine primæroppgaver. Bare legene har mer enn 30 hovedspesialiteter og 14 grenspesialiteter. Sykepleiere har også mange spesialutdanninger som et sykehus er avhengig av, bl.a. innen fagområder anestesi, operasjon, intensiv, kreft, lunge og jordmor. Med tanke på læringsfunnet burde det kanskje i tillegg til lederløp og spesialiserte fagløp, utvikles interne fagløp hvor man utvikler multispesialister. Hvor det å bevege seg i en behandlingslinje, mellom funksjoner, organisatoriske enheter og forvaltningsnivå blir en karrierevei, i den hensikt å styrke og utvikle organisasjonskompetanse.

4.2 Kompetanseplanlegging

Denne oppgaven handler om strategisk kompetansestyring i sykehus i et prosessperspektiv. Hovedaktivitetene er planlegging, utvikling og evaluering illustrert i figur 4.5:

Figur 4.5 Hovedaktiviteter i kompetansestyring



Strategisk kompetansestyring handler om at kompetanseutvikling må ses i sammenhengen med organisasjonens mål og kompetansemål. I tillegg mener jeg den må ta hensyn til fremtidsbildet, jmf. drivere i kapittel 2. Gjennomgangen videre bygger i sin helhet på Lai (1997) og vi starter her med kompetanseplanlegging.

Kompetanseplanlegging utgjør den overordnede aktivitet i forbindelse med strategisk kompetansestyring, og innebærer som nevnt og illustrert følgende aktiviteter:

- Klargjøring av kompetansekrav
- Kartlegging av kompetansebeholdning
- Analyse av kompetansegap
- Identifisering og prioritering av kompetansebehov

4.2.1 Klargjøring av kompetansekrav

Kompetansekrav defineres som den kompetanse som kreves for at organisasjonen skal nå sine mål, og utføre definerte funksjoner og oppgaver på ønsket måte og nivå. Kartlegging av krav er en vanskelig oppgave i seg selv, men spesielt gjelder dette identifisering av fremtidige nødvendig kompetanse. Det finnes lite dokumentasjon på fremtidig krav til kompetanse, men i forrige kapittel ble noen sentrale faktorer presentert.

Her så vi at det spesielt vil være ny teknologi og medisinsk utvikling som kommer til å prege fremtidens kompetansekrav. I tillegg vil nye behandlingsmetoder, ledelse og organisering av

tjenestene, den demografiske utviklingen, utdanningskapasiteten, og ikke minst profesjonsinteresser også utgjøre viktige drivere.

Vi deler inn kompetansekrav i målbaserte-, normative- og organisatoriske idealkrav.

Målbaserte kompetansekrav vil si hvilken kompetanse virksomheten trenger for å nå sine mål, og utføre definerte funksjoner og oppgaver på ønsket måte og nivå. En strategisk tilnærming til kompetansekartlegging er å kartlegge virksomhetens krav til kompetanse på overordnet nivå. Hvilke prioriterte mål og oppgaver har virksomheten – nå og i fremtiden? Hvilke krav til omstilling er uttrykt gjennom planer og budsjett? På hvilke områder vil rammebetingelsene endres? Hvilke krav vil settes til hvordan oppgaver utføres i fremtiden?

Normative kompetansekrav er de normer som kommer til uttrykk i idealer, retningslinjer og anbefalinger fra myndigheter, fagmiljøer og interesseorganisasjoner.

Organisatoriske idealkrav er medarbeideres egne forventninger, idealer og ambisjonsnivå, samt oppfatninger om forbedringsnivå. Den enkelte medarbeider har ofte god kjennskap til mangler og problem knyttet til primæroppgaver og vil kunne peke på forbedringsområder (Lai, 1997, s. 68).

4.2.2 Kartlegging av kompetansebeholdningen

Med kompetansebeholdning menes den kompetanse som pr. i dag forvaltes på det aktuelle område. Definerings av kompetansekrav legger føringer på hvilken kompetanse som skal fanges opp, og bør danne grunnlag for kartlegging av den kompetanse virksomheten disponerer. Med andre ord bør beholdningskartleggingen være kravbasert. Virksomheter som igangsetter kartlegging uten forankring i formulerte kompetansekrav, ender ofte opp med svært omfattende og lite fokusert materiale.

Å kartlegge all relevant kompetanse i en virksomhet er svært ambisiøst, krever store ressurser og høy metodisk kompetanse for å bli gjennomført. Dette frarådes ofte, fordi kartleggingen lett blir for omfattende og lite fokusert. Ambisjonsnivå på kompetansekartleggingen må derfor først avklares.

En mer realistisk tilnærming for de fleste virksomheter vil være å avgrense kartleggingen til kritisk kompetanse, nøkkelkompetanse, innen visse sentrale områder. Dette for å identifisere kritiske mangler som må utbedres både på kort og på lang sikt. Eller man kan spisse det ytterligere og avgrense kartleggingen til kjernekompetanse. Hvis virksomheten i stor grad er avhengig av å sikre fremtidige konkurransefortrinn, kan kartlegging av kun kjernekompetanse være godt nok.

Uansett hvilket omfang man velger på kartleggingen, må dette prosjektet sikres ved at den informasjonen som samles inn er nyttig og meningsfull, samt har bruksverdi i forbindelse med kompetansestyring og planlegging av kompetansetiltak. Det må tas høyde for at kompetansekartlegging kun er en delaktivitet i en større prosess, strategisk kompetansestyring, må avgrenses i tid, og ikke være for ressurskrevende å gjennomføre (Lai, 1997, s. 62-63).

Ved kartlegging av kompetansebeholdningen graderes ofte medarbeiderens kompetanse etter hvilket nivå kompetansen befinner seg på. Man skiller mellom lav og høy kompetanse. Hvilket nivå kompetansen bør ligge på avhenger av hvilke oppgaver vedkommende skal utføre. Inndeling i kompetansenivåer er hensiktsmessig, også der det skal sies noe om hvilke krav til kompetanse det er i en gitt stilling. Oftest illustreres nivåene i en trapp på fire nivåer, hvor 1. nivå betegner at vedkommende kun kjenner til et spesielt område, mens man på nivå 4 har inngående innsikt i samme område (Statskonsult, 2001, s.23).

4.2.3 Analyse av kompetansegapet

Kompetansegapet er forskjellen mellom kompetansekrav og kompetansebeholdning. Med andre ord fremkommer kompetansegapet ved å sammenligne kompetansekrav med kompetansebeholdning. Det er avgjørende at analysen av kompetansekrav fører til konkret informasjon som kan danne grunnlaget for utledning av kompetansebehov og prioritering av tiltak.

Analyse av kompetansegapet kan gjøres for den enkelte medarbeider, for eksempel i en medarbeidersamtale, for en gruppe medarbeidere, eksempelvis en seksjon/avdeling/divisjon, eller for hele virksomheten. Sentrale spørsmål blir:

- *På hvilke områder er det identifisert avvik?*

- *Hvor stort er avviket på hvert av områdene?*
- *Hvor viktig er avviket på hvert område sammenlignet med andre områder?*
- *Sett under ett, hvor store kompetansegap har medarbeiderne i forhold til definerte kompetansekrav? (Lai, 1997, s.106).*

Analyse av kompetansegapet er avgjørende for å klargjøre både omfanget av, og typen kompetansebehov. Analysen danner grunnlaget for utforming av plan for kompetanseutvikling.

4.2.4 Identifisering og prioritering av kompetansebehov

Kompetansebehovet rettes inn mot å minske kompetansegapet. Kompetansebehovene som blir avdekket på bakgrunn av gapanalysen kan dekkes på flere måter:

- Mobilisering av kompetanse i organisasjonen
- Kompetanseutvikling av de medarbeidere man har i virksomheten.
- Rekruttere nye medarbeidere med nødvendig kompetanse.
- Omorganisering av ansvar og oppgaver.
- Samarbeide og utveksle kompetanse med andre virksomheter.
- Oppgave- eller jobbglidning.
- Outsourcing, dvs. de oppgavene man mangler kompetanse til å utføre, settes ut til aktører utenfor virksomheten.

Prioriteringen av kompetansebehov må skje på basis av virksomhetens oppdrag, visjoner, mål og kompetansekrav, og munne ut i en langsiktig kompetanseplan med angivelse av hvilke tiltak man vil iverksette innfor en gitt tidsramme. Plan for kompetanseutvikling som bør innholde følgende elementer:

- Mål med tiltaket
- Målgruppe
- Tiltaksform og –sted
- Gjennomføringsplan og tidshorisont
- Hvem som er ansvarlig for gjennomføringen
- Budsjett

- Opplegg for evaluering og oppfølging (Statskonsult, 2001, s.17).

Kompetanseutvikling kan organiseres internt i regi av virksomheten selv, eksternt eller i samarbeid med eksterne kompetansetilbydere. I tillegg kan det organiseres individuelt, initiert og knyttet til enkelte medarbeider.

Tiltakene er mange avhengig av hvilket behov som skal dekkes. Alt fra tradisjonell opplæring, veiledning, simulering, selvstudie, etter- og videreutdanning, hospitering, rollespill, casestudier, prosjektdeltakelse, jobbrotasjon etc.

Bevisst kunnskaps- og kompetanseforvaltning omfatter ulike områder, som ofte må samordnes og integreres. Eksempler på slike områder er teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter, men også nettverkstilknytning og kompetanse i nettverksbygging. Siden endring av praksis er en av de største utfordringene i helsetjenesten, må det utvikles ledelsesmessige teknikker for å kunne endre praksis i tråd med kunnskapsutviklingen.

En av hovedstrategiene for å utvikle et bedre helsevesen fram mot år 2025 er å legge forholdene til rette for systematiske prosesser der profesjonene engasjeres, og utfordres til å forbedre sine arbeidsformer og sitt samspill.

Et sykehus består av et stort antall kunnskapsmedarbeidere med høy utdanning som utfører komplekse, sammensatte og selvstendige arbeidsoppgaver som er vanskelige å standardisere. Kunnskapsmedarbeidere gir en spesiell utfordring for ledere og HR-ansvarlige. Dette fordi disse medarbeidere har unike kunnskaper og ferdigheter som er vanskelige å erstatte, samtidig som utviklingen innen faget skjer raskt, med den konsekvens at kompetansen utdateres raskere enn for andre ansatte som har mer rutinepregede oppgaver. En annen utfordring er at kunnskapsmedarbeideres lojalitet er mer knyttet til arbeidsoppgavene enn til organisasjonen. Opplever de å ikke få mulighet til å videreutvikle seg eller jobbe innenfor rammer de finner akseptable, vil organisasjonen få vanskeligheter med å beholde dem.

Det finnes mange varianter av utviklingstiltak for medarbeidere, og det skilles ofte mellom uformelle og formelle læreprosesser.

4.2.5 Evaluering og oppfølging av kompetansetiltak

Det investeres store midler i kompetansetiltak, men utviklingsbudsjettene står ofte i fare for å bli redusert i spesielt stramme tider med krav om økt effektivisering og innsparinger. Det igjen medfører krav til at man må dokumentere nytten av tiltakene som iverksettes.

Det viktigste formålet med evalueringen er å finne ut om tiltaket ga noe igjen for det som ble investert, i tillegg til å se om de oppsatte målene med tiltakene ble nådd.

Målbasert evaluering innebærer at man prøver å avdekke om man har nådd de målene som er definert for tiltaket, og om nytten står i forhold til kostnadene.

En innfallsvinkel til målbasert evaluering er Kirkpatriks 4-trinnsmodell, der det blir skilt mellom fire nivåer for å måle effekter:

1. Vurdering av reaksjonsnivå
2. Vurdering av læringsnivå
3. Vurdering av anvendelsesnivå
4. Vurdering av nyttenivå

(Statskonsult, 2001, s.68)

1. Vurdering av reaksjonsnivå

Vurdering av reaksjonsnivå er en evaluering rett etter tiltaket, hvor deltakerne selv kommer med sine subjektive meninger om det de har vært med på. Metoden er ofte et utarbeidet spørreskjema med spørsmål om hvordan den enkelte opplevde opplæringstiltaket. Dette blir ofte brukt som evaluering av kurs og seminarer, for å gi kursarrangøren tilbakemelding om kvaliteten på kurset. Dette nivået er mer motivert av arrangørens behov for tilbakemelding, snarere enn medarbeiderens og virksomhetens reelle behov for kompetanse og utvikling.

2. Vurdering av læringsnivå

På dette nivået måles det om deltakerne har lært noe. Metodene kan her være skriftlige og/eller praktiske tester. Skriftlige tester egner seg for å måle om deltakerne har tilegnet seg kunnskaper og holdninger, mens praktiske tester egner seg for å måle hvilke ferdigheter

deltakerne har tilegnet seg som følge av opplæringen. Tiltakets læringsmål avgjør hvilken test som er hensiktsmessig. Denne formen for evaluering er mest brukt i forbindelse med formell utdanning og ordinære kurs, og innebærer at det gjennomføres en form for skriftlig/ muntlig eller praktisk eksamen.

3. Vurdering av anvendelsesnivå

Det viktigste for arbeidsgiver er at læringen gir resultater. Dette nivået handler om å mobilisere kompetanse og omsette den til praktisk handling. Forutsetninger for dette er at medarbeideren ønsker en endring, vet hvorfor og hvordan endre atferd. Det kreves også et godt arbeidsmiljø som tillater endring. I tillegg kreves det at medarbeideren blir stimulert og belønnet til å anvende ny kunnskap og bruke sine nye ferdigheter.

Ved vurdering av anvendelsesnivå bør nærmeste leder ha en aktiv rolle, både som formidler av forventninger, og som pådriver. Medarbeidersamtalen er en viktig informasjonskilde for å avdekke faktorer som hemmer, og fremmer anvendelse av ny kompetanse. Anvendelse av kompetanse kan også observeres i praksis. Lederen har et ansvar for å gi tilbakemeldinger om endringer og forbedringer i daglig virke og i medarbeidersamtalen.

4. Vurdering av nyttenivå

Om tiltaket har nytteverdi er avhengig av om læringen er omsatt i praktisk handling og at endringen medfører noe positivt for organisasjonen. Vurdering av nyttenivå innebærer et mer helhetlig perspektiv på effekten av et tiltak. Er kvaliteten på tjenestene blitt bedre? Har effektiviteten økt, er brukerne mer fornøyde?

Sentrale spørsmål å stille er:

- *Står kostnaden i forhold til effekten?*
- *Var tiltaket tilstrekkelig, må andre tiltak iverksettes?*
- *Hvem vil ha nytte av å dele denne kompetansen?*
- *Førte kompetansetiltaket til økt turnover?*

Noen ganger er effekten svært åpenbar, men andre ganger kreves det mer systematisk analyse for å avdekke organisatoriske nytteeffekter (Statskonsult, 2001, s. 69).

5.0 Metode

Jette Fog sier: *"Før jeg ved, hva jeg skal undersøge, kan jeg ikke vite, hvordan jeg skal gjøre det"* (Dalland, 2000, s. 86).

Forskning og undersøkelser kjennetegnes ved at innsamlingen av data, behandling av data og presentasjon av data er systematisk. Metoden er redskapet i møte med det vi vil undersøke, et hjelpemiddel til å samle inn de data vi trenger for å kunne få svar på problemstillingen.

Min problemstilling er: Hvilke forhold sikrer rett kompetanse?

Mitt første spørsmål er da; *hvilket undersøkelsesopplegg egner seg best til å gi meg svaret på problemstillingen?*

I dette kapittelet skal jeg redegjøre for hvordan jeg praktisk gikk fram for å belyse min problemstilling. Det omhandler valg av forskningsdesign og metode, hvordan gjøre forskningsspørsmålet målbart gjennom en undersøkelse, og hvordan sikre en troverdig og pålitelig behandling av funnene.

5.1 Forskningsdesign

Forskningsdesign handler om hva og hvem som skal undersøkes, og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres. Valg av design har konsekvenser for undersøkelsens gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet). Undersøkelsesdesignet må være utformet slik at den er egnet til å kunne gi svar på problemstillingen, og slik utformet at den ikke påvirker resultatene av selve undersøkelsen (Jacobsen, 2000).

Kort oppsummert er dette forskningsdesignet en casestudie som innledes med en mindre, ekstensiv undersøkelse, men først og fremst et intensivt design med intervjuer. Intervjuene er semistrukturerte, inneholdende brede tematiske punkter kombinert med klart definerte spørsmål.

5.1.1 Casestudie

Case er ikke en bestemt metode, men en forskningsstrategi som kombineres med metoder. Case kan være et individ, en gruppe, et lokalsamfunn eller en organisasjon (Merriam, 1994). Denne undersøkelsen tar utgangspunkt i en spesiell organisasjon, Sykehuset Østfold, med ledere som målgruppe. Casestudie er en form for studie der selve studieobjektet er avgrenset i tid og rom. Målet er å samle mest mulig informasjon om et avgrenset fenomen, her hvilke faktorer som sikrer rett kompetanse (Jacobsen, 2000). Egenskaper ved casestudier er at de oftest er *partikularistiske, kvalitative, deskriptive, heuristiske og induktive* (Merriam, 1994, s. 25). Begrepene vil bli utdypet i løpet av 5.1, markert med *kursiv*.

Det at en studie er *partikularistisk* innebærer at den fokuserer på en bestemt situasjon, hendelse eller person. Selve caset står i sentrum for å studere for eksempel praktiske problem eller spørsmål knyttet til en situasjon som oppstår i hverdagen. Casestudier har oppmerksomheten rettet mot den måten grupper av mennesker håndterer en situasjon eller problemer av ulike slag, ut fra et helhetsperspektiv.

Gruppen mennesker som jeg vurderer best til å gi meg svar på min problemstilling, er ledere i sykehuset. Ledere har ansvar for å sikre at medarbeidere har rett kompetanse for å løse de oppgavene de blir satt til, samt planlegge for fremtidig kompetanse. Hva bruker ledere av metoder i forkant av utarbeidelse av enhetens plan for kompetanseutvikling, og hvilke faktorer tenker de sikrer rett kompetanse i sykehuset.

5.1.2 Kvalitativ metode

En *kvalitativ* metode ble vurdert som det beste alternativet til å gi meg svar på problemstillingen, da siktemålet er å få en dypere forståelse av fenomenene uten å måtte tallfeste de. Kvalitativ metode tar utgangspunkt i fenomenologisk-hermenuetisk tenkning, hvor tolkningsaspektet er essensielt. Henviser til kapittel 2.2.3 hvor sykehuset som organisasjon nettopp ble betraktet som et åpent system av gjensidige avhengige aktiviteter som kobler sammen skiftende koalisjoner av deltakere.

Karakteristika ved kvalitative metoder er at man kan gå i dybden via mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. På denne måten får vi tilgang på mange variabler, men fra få enheter, dette kalles også et intensivt opplegg. Det å gå i dybden er et forsøk på å få en så helhetlig

forståelse som mulig av forholdet mellom undersøkelsesenheten og den konteksten undersøkelsesenheten inngår i (Jacobsen, 2000).

Kvalitative intervjuer har en fortolkningsbasert tilnærming. Intervjuet er preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer, og datasamlingen skjer direkte i kontakt med den som intervjues. Relasjonen mellom intervjuer og den som intervjues, preges av et jeg - du forhold. Det fordrer at intervjueren erkjenner sin delaktighet og påvirkning i situasjonen. Data som samles inn har den hensikt å få frem sammenheng og helhet, og man søker gjerne det særegne, det spesielle ved opplevelsen fremfor det som er felles (Jacobsen, 2000).

Et intervju kan ha ulik grad av åpenhet, fra en samtale uten intervjuguide og uten sekvens i samtalen, til spørsmål med faste svaralternativer i en fast rekkefølge. Jeg har valgt et delvis åpent intervju, men med en intervjuguide med fastlagte temaer i en rekkefølge, men med flest åpne svaralternativer, *se intervjuguiden vedlegg 1*. Et delvis åpent intervju, også kalt et semistrukturert intervju, er et intervju som rangerer et sted mellom en løs og en standardisert struktur. For eksempel brede tematiske punkter kombinert med klart definerte spørsmål. Fire av spørsmålene var imidlertid av kvantitativ karakter, dvs. at de ga data jeg kunne telle, men alle ble etterfulgt av kvalitative oppfølgingsspørsmål.

Undersøkelsen hadde en *induktiv tilnærming*, som innebærer å samle inn empiri uten for mange antagelser på forhånd. Idealet og intensjonen var å gå ut med et åpent sinn. Det motsatte er en deduktiv strategi for datasamling hvor man starter med noen antagelser og samler empiri for å se om antagelsen holder, eller om den må forkastes (Jacobsen, 2000).

De data som ble samlet inn har som mål å formidle sammenheng og helhet, og fremstillingen tar sikte på å formidle forståelse. Denne studien er derfor *deskriptiv*, det innebærer at den er beskrivende fremfor forklarende. En deskriptiv undersøkelse ønsker å få mer innsikt i hvordan et fenomen ser ut. Isteden for å rapportere resultatene ved hjelp av tall, som er vanlig i en kvantitativ undersøkelse, blir resultatet presentert som en omfattende beskrivelse av situasjonen med tolkninger, sitater, eksempler som illustrasjon, men jeg har også brukt noen tabeller og figurer for å belyse hvilke temaer som lederne var mest opptatt av.

At en casestudie er *heuristisk* betyr at den har til hensikt å øke leserens forståelse og innsikt i fenomenet (Merriam, 1994).

I forkant av den kvalitative undersøkelsen valgte jeg en kvantitativ forundersøkelse for å sikre meg riktig gruppe respondenter.

5.1.3 Kvantitativ metode

Jeg vurderte at et intervju med noen utvalgte ledere som var gode på å styre kompetanse i egen enhet best ville kunne øke forståelsen og innsikten i kompetansestyring, fremfor et tilfeldig utvalg av ledere. For å finne denne spesielle målgruppen, valgte jeg å sende en e-post til alle seksjonsledere og avdelingssjefer, det vil si til ca. 200 ledere. E-posten bestod i tre enkle kvantitative spørsmål som kunne gi meg raskt svar på hvem gjør hva for å sikre kompetanse i egen enhet. Samtidig ba jeg om å få tilsendt skriftlig materiale som kunne belyse hvordan de sikret rett kompetanse i sin enhet.

Det betyr at jeg først benyttet et ekstensivt opplegg med få variabler (spørsmål), men mange enheter (alle ledere i SØ). Ved kvantitativ metode har man muligheten til å gå ut i bredden og undersøke mange enheter. Å gå ut å undersøke mange enheter gir en mulighet for å generalisere funnene fra et utvalg til en populasjon, samt få en presis beskrivelse av omfanget, utstrekningen og/eller hyppigheten av et fenomen på tvers av ulike kontekster. Dette kalles en ekstensiv undersøkelse, som er en undersøkelse av mange enheter (Jacobsen, 2000).

5.2 Å forske i egen organisasjon

Da jeg har gjennomført en undersøkelse i egen organisasjon, vil jeg redegjøre for særskilte forhold som må vies oppmerksomhet for at undersøkelsen skal ha legitimitet. I følge Ry Nielsen og Pål Repstad (2004) vil det å forske i egen organisasjon medføre både fordeler og ulemper. Å forske i egen organisasjon innebærer å påta seg rollen som både tilskuer og deltaker.

Det vil helt klart være en rekke begrensninger i det å studere egen organisasjon. Jeg har de siste 10 årene i organisasjonen hatt ansvarsområder knyttet til kompetansestyring, både som undervisningsleder, i prosjekter, som leder for personal og opplæring, og nå som kompetansesjef i HR. Jeg har tidligere bidratt til å innføre planer for kompetanseutvikling, har nå ansvaret for koordinering av etter- og videreutdanning og interne sentrale kursvirksomhet.

Jeg er prosjektleder for Prosjekt Effektiv Kompetansestyring (PEK), i påvente av rekruttering av prosjektleder, og det kan ikke ses bort i fra at jeg har en forforståelse om bestemte utfordringer i organisasjonen vedrørende kompetansestyring. I min rolle som kompetansesjef kjenner jeg til målgruppens utfordringer, er også selv leder, og mange av respondentene kjenner meg. Det kan ha bidratt til at jeg blir sett på som en aktør i egen organisasjon og ikke en objektiv forsker, noe som kan ha påvirket dataene. I min tolkning av data har jeg bevisst viet spesiell oppmerksomhet knyttet til påvirkning av egen forutinntatte meninger og fordommer. Det jeg er bevisst på mener jeg at jeg derfor har kontroll på, men det kan selvfølgelig ha skjedd ubevisst omskriving av data, selv om jeg selv liker å tro at det ikke har skjedd.

Fordelene med å studere egen organisasjon er at jeg har god kjennskap til språk, struktur og kultur og jeg har en viss fornemmelse av organisasjonens svake og sterke sider knyttet til kompetansestyring. Min nærhet til organisasjonene vil sannsynligvis kunne føre til at jeg kan formulere presise spørsmål og samtidig stille relevante oppfølgings-spørsmål om det ikke gis utfyllende svar.

Den hermeneutiske vitenskapstradisjonen fokuserer ikke bare på hvordan en skal få tilgang til andre aktørers mening og kontekst, men også på fortolkerens kontekst. Ut i fra denne forståelse relateres det ikke bare til fenomenene, men også de objekter og handlinger som skal forstås, og videre den som fortolker disse fenomener og den forforståelse vedkommende har.

Forskerens forståelse kan da ikke løsrives fra den kontekst han/hun er en del av. Fra et slikt perspektiv blir kravet om ikke-viten i studiet av samfunnsmessige og kulturelle fenomen ikke bare problematisk, det blir også umulig. Forståelse vil alltid innebære et prinsipp om ”oversettelse” på bakgrunn av forutforståelse forskeren har. Ut i fra dette synet vil forskerens subjektive forutforståelse ikke sees som en feilkilde som sperrer for innsikt, men som en forutsetning for innsikt (Fossåskaret mfl, 2006).

Det at forskeren står fjernt fra sine respondenter når det gjelder erfarings- og kunnskapsgrunnlag, vil derfor kunne sees som et hinder for forståelse. Fra et slikt ståsted vil jeg mene at det kan være en fordel at jeg har ”nærhet” til mine respondenter og god kjennskap til organisasjonen.

5.3 Gjennomføring av undersøkelsen og metodekritikk

En undersøkelse må tilfredsstillende to krav, empirien må være *valid* (gyldig og relevant) og *reliabel* (pålitelig og troverdig). Som nevnt innledningsvis vil selve undersøkelsesdesignet bety mye om undersøkelsen er valid og reliabel. At undersøkelsen er valid, menes at vi faktisk måler det vi ønsker å måle, at det vi har målt oppleves som relevant. Validitet kan videre deles opp i tre delkomponenter, intern gyldighet, ekstern gyldighet og begrepsvaliditet. Intern gyldighet går ut på om vi faktisk måler det vi tror vi måler, mens ekstern gyldighet går ut på om resultatene fra et begrenset område, som her en organisasjon på et tidspunkt, er gyldig i andre organisasjoner. Det vil med andre ord si om det er mulig å overføre funnene fra en sammenheng til en annen. Begrepsvaliditet handler om at det er relasjon mellom det som undersøkes og dataene (Jacobsen, 2000).

Jeg har valgt en casestudie som generelt kan sies å ha intern validitet, men ikke ekstern validitet. Unntaket her er at det er grunn til å tro at det er mulig å overføre funnene i SØ til andre helseforetak i regionen. En forstudierapport på strategisk kompetansestyring i Helse Sør-Øst, hvor noen utvalgte representanter fra alle helseforetakene ble intervjuet om hva de gjør med hensyn til strategisk kompetanseutvikling, understøtter at SØ ikke er alene om å ønske og definere gode metoder for å sikre rett kompetanse. Jeg har også gjennomført noen referansebesøk på andre helseforetak som støtter min tolkning om at andre helseforetak ikke har gjort nevneverdig mer, eller tenker annerledes, på dette området. Begrepsvaliditet handler om at verktøyet mitt, her spørsmålene jeg stiller i intervjuene, er utformet slik at de gir nyttige svar på problemstillingen. Egenskaper ved faktorer som sikrer rett kompetanse er ikke objektivt gitte, men ut i fra svarene jeg fikk gir de nyttig informasjon til svar på problemstillingen.

Om undersøkelsen er reliabel menes om undersøkelsen er til å stole på, om den er gjennomført på en troverdig måte, en måte som vekker tillit. Jeg vil her gjøre rede for hvordan jeg gikk frem i selve undersøkelsen, og noen generelle feilkilder knyttet til undersøkelsen som kan ha innvirkning på resultatene. Først vil jeg trekke frem feilkilder knyttet til teoriene jeg har valgt. Valg av kilder og databaser, samt analysen av dette materialet vil nødvendigvis kunne påvirke resultatet. En god drøfting og sammenlikning med data fra undersøkelsen, håper jeg kan redusere disse feilkildene.

Undersøkelsen startet, som nevnt, med en e-post henvendelse til alle ledere i SØ. Responsen ble ikke som forventet, kun litt i overkant av 25 % av lederne i sykehuset svarte. Grunnen kan være at svarfristen var kort, en uke, og at det ikke ble sendt ut purring. En annen grunn var at begrepet strategisk kompetansestyring var fremmed for mange ledere. Flere ringte meg, eller sendte e-post og spurte hva det betydde, men uten at det resulterte i at så mange flere responderte. Det kan tenkes at jeg kunne hatt flere respondenter å velge i hvis jeg hadde definert begrepet strategisk kompetansestyring i e-posten, og tatt meg tid til å purre opp svarene. Jeg var kanskje litt for utålmodig med å komme i gang. Derfor kan jeg ikke se bort i fra at det kan finnes flere gode respondenter som ville gitt meg et annet perspektiv. Målet var først og fremst å fremskaffe gode ledere (det vil si de som jobbet best med dette i organisasjonen), og jeg velger å tro at jeg fikk jeg tak i gode nok respondenter. De som ble valgt ut hadde et forhold til strategisk kompetansestyring, kunne reflektere over hva de gjorde og hva de savnet for å kunne sikre rett kompetanse i egen enhet.

Det ble sendt inn mange dokumenter som er relevante for undersøkelsen. Alle ble lest igjennom før intervjuene, noe som var tidkrevende, men informativt og nyttig. Materialet som jeg fikk tilsendt ga meg en god forberedelse til intervjuene, og en større forståelse for hvordan respondentene tenkte. I tillegg fikk jeg mange ideer jeg kunne bruke i arbeidet med å svare på problemstillingen.

18 respondenter ble valgt ut. I forkant av intervjuet ble det sendt en forespørsel om vedkommende ønsket å stille til intervju. Alle de spurte svarte at det ville de gjerne. Det ble utarbeidet et spørreskjema med faste spørsmål, men hvor respondentene kunne snakke fritt. Det ble tatt notater gjennom intervjuene, som stort sett ble foretatt på enerom. Et par av intervjuene ble tatt på telefon, av praktiske grunner for respondentene.

En stor del av empirien som ligger til grunn for resultatet av denne undersøkelsen er hentet fra disse kvalitative intervjuene. Hvordan disse er gjennomført og hvordan dataene behandles og analyseres vil derfor få stor betydning for resultatet av undersøkelsen. Her ligger det også flere generelle feilkilder i form av hvordan intervjuene blir analysert og hvordan selve konteksten rundt intervjuene kan påvirke dataene.

Svarene fra intervjuene ble først skrevet samlet inn i et Excel skjema, deretter ble gjennomgående temaer systematisert og kodet. Videre ble antall respondenter som hadde

samme tema registrert. Disse ble summert opp og vil senere bli presentert i figurer, men med påfølgende oppsummeringer og sitater. Noe tolkning er det, men jeg har bestrebet meg på å være objektiv i gjengjeldelse av svarene. Det kan ha skjedd at viktig informasjon gikk tapt i denne prosessen, til tross for at jeg prøvde å behandle dette så nøyaktig som jeg kunne, men som sagt, materialet ble stort. Funnene er presentert på en slik måte at anonymiteten er ivaretatt, derfor har jeg i sitatene av og til måttet ta bort ord og setninger som kunne ha truet anonymiteten.

Hensikten bak en empirisk undersøkelse er å fremskaffe og utvikle ny kunnskap om virkeligheten. James G. March, organisasjonsteoretiker og statsviter, påpeker imidlertid at å ha mål om å frembringe helt ny kunnskap er vel ambisiøst. Denne undersøkelsen vil ikke frembringe noe banebrytende nytt. Den har kun som mål å bringe frem ny, lokal kunnskap om hvordan fenomener ser ut og ting henger sammen i denne spesielle situasjonen, i SØ 2011. Formålet er å definere hvilke faktorer som sikrer rett kompetanse.

Kvalitative undersøkelser gir gode muligheter for relevante data, men dataene kan ikke generaliseres til en større populasjon. Undersøkelsen gir med andre ord en beskrivelse av en liten del av en stor virkelighet, Peter L. Berge uttrykker dette som følger:

”Samfunnsvitenskapene kan aldri håpe å gi noe annet enn et delvis, tidsbegrenset og i prinsippet falsifiserbart bilde av den menneskelige virkeligheten” (Jacobsen, 2000, s. 38).

Selv om det er slik, er det en mulighet for at det som kommer frem i denne undersøkelsen kan, som nevnt, ha relevans for andre helseforetak i Helse Sør-Øst.

6.0 Presentasjon av data

I dette kapitlet vil jeg presentere funnene fra undersøkelsen. Først data fra e-post undersøkelsen, og deretter fra intervjuene. Funnene blir presentert i tabeller, figurer, oppsummeringer og direkte sitater. Analyse og drøfting av dataene skjer først i kapittel 7.

6.1 Oppsummering fra e-post undersøkelsen

Følgende e-post ble sendt ut til alle seksjonsledere og avdelingssjefer, til sammen 193 ledere i SØ, dvs. 48 avdelingssjefer og 145:

”Strategisk kompetansestyring er ett av satsingsområdene i SØ. I den forbindelse skal det foretas en behovsundersøkelse for å framskaffe oversikt over hva som gjøres i dag på området, og hvilket behov lederne i SØ har for støtte med kompetansestyring i egen enhet. Som et første ledd i dette arbeidet spør vi alle seksjonsledere og avdelingssjefer om:

- 1. Har du definert minimumskrav til kompetanse som dine medarbeidere må inneha?*
- 2. Har du en sjekkliste for nyansatte?*
 - Hvis ja – er det fint om du kan sende dette inn til undertegnede.*
- 3. Har du et internt system/verktøy/prosess for kompetansestyring?*
 - Hvis ja, hvem kan vi kontakte for mer informasjon?”*

Har du andre dokumenter eller utarbeidet materiale som du bruker til kompetansestyring hadde det vært fint om du sender de til undertegnede.

Tabell 6.1 Antall svar mottatt fra ledernivå og divisjon

Ledernivå	Antall svart	Antall svar fordelt på divisjoner					
		Medisin	Kirurgi	Med.serv	Psykiatri	DISE	Stab
Avdelingssjefer	10	2	2	2	1	2	1
Seksjonsledere	42	14	12	3	13	1	1
Antall	52	16	14	5	14	3	2

Kun litt i overkant av en fjerdedel av lederne besvarte e-post henvendelsen, 10 av 48 avdelingssjefer og 42 av 145 seksjonsledere. Kort svarfrist, samt at det ikke ble sendt ut påminnelse/purring, kan forklare den lave svarprosenten. Mange ledere i SØ har et stort kontrollspenn, opptil 70 direkte rapporterende. De har en stor arbeidsbelastning, slik at oppgaver som ikke er pålagt, ikke blir like høyt prioritert.

Det kan også bety at ikke flere hadde noe å melde fra om. Som nevnt fikk jeg henvendelser fra flere ledere som ikke forstod hva jeg her var ute etter. Hva betyr kompetansestyring? Selv om jeg forklarte på telefon og sendte en forklarende e-post tilbake, fikk jeg ingen respons utover at de takket for oppklaringen. Min tolkning er at ledere som ikke visste hva strategisk kompetansestyring betydde, heller ikke reflekterer større rundt hvilke faktorer som sikrer rett kompetanse.

Av de 52 som svarte på e-posten var det fem som svarte nei på alle tre spørsmålene. De fleste kunne imidlertid svare positivt på ett av spørsmålene.

Tabell 6.2 Hvor mange har det jeg etterlyser:

Spørsmål	Ja
Har definert minimumskrav til kompetanse	36
Har sjekklister for nyansatte	32
Har du et internt system/verktøy/prosess for kompetansestyring	26

Når det gjelder ” *Har definert minimumskrav til kompetanse*” henviser 5 av 36 til funksjonsbeskrivelse, 2 til annonseteksten ved rekruttering. Minimumskravet som oftest nevnes er at vedkommende har en formell grunn- eller videreutdanning.

Enheter som har definert minstekrav utover formell utdanning og funksjonsbeskrivelser bruker prinsippene til Benners fagstige fra novise til ekspert. Patricia Benners teori om ferdighetsutvikling bygger på en modell av brødrene Dreyfus, og beskriver fem nivåer av praktisk kompetanse (Benner, 1984):

Nivå 1 Novise: Som en novise er man en nybegynner, og har ingen erfaringer. Man utfører arbeidet ut fra regler og er lite fleksibel.

Nivå 2 Avansert nybegynner: På dette nivået kan vedkommende gjenkjenne situasjoner, men er avhengig av at situasjonen rundt er kjent. Man trenger fortsatt hjelp til prioritering av oppgavene, og man må fortsatt konsentrere seg om å huske reglene for hvordan og hvorfor ting gjøres.

Nivå 3 Kompetent: Man klarer nå å utarbeide en langsiktig plan og prioritere i forhold til dette. Man har god innsikt i den daglige utførelsen av oppgavene. Benner mener at for å komme på dette kompetansestadiet må man minst ha jobbet med samme fagfelt i 2–3 år.

Nivå 4 Kyndig: På dette nivå har man overblikk over helheten i situasjonen, er i stand til å observere og ta tak i avvikene.

Nivå 5 Ekspert: Eksperten har en intuitiv situasjonsforståelse. Hun/han identifiserer problemet, og har et mål og en plan for alt man foretar seg. Vedkommende kan ta erfaringsbaserte beslutninger og handler ut i fra dette.

En erfaren sykepleier, ekspert, vurderer og sjekker ut om kollegaer på lavere nivå har den nødvendige kompetansen til å bevege seg videre oppover på fagstigen. Leder blir oppdatert av fagansvarlig i forkant av medarbeidersamtalen. Medarbeiderens faktiske kompetansenivå og forventet kompetansenivå er videre fast tema i medarbeidersamtalen. Gapet mellom eksisterende kompetanse og krav til kompetanse hos den enkelte danner bakgrunn for utarbeidelse av plan for kompetanseutvikling.

32 av 52 svarer bekreftende på at de har sjekklister for nyansatte og det ble sendt inn 19 eksempler på sjekklister. Det var mange forskjellige varianter. Likheten består i definering av avdelingsspesifikke temaer / fagområder (undersøkelser og behandlingsmetoder) som den nyansatte skal gjennomgå med avkrysning når opplæring er gjennomført. Gjennomgående temaer, utover opplæring i fagspesifikke områder er:

- Organisasjon/struktur
- MTU (medisinsk teknisk utstyr)
- Arbeidsinstrukser
- Prosedyrer
- Rutiner ved pasientbehandling

- Brannsikkerhet
- IT programmer/Telefoni

Sjekklistene som ble sendt inn kan brukes til å lage en overordnet mal til bruk på alle enheter i SØ, hvor det kan legges inn overordnede temaer som vi vil at alle medarbeidere skal ha kunnskap og ferdigheter i, samt link til påmelding til obligatorisk opplæring i Læringsportalen.

26 ledere mener de har en god struktur for kompetansestyring i enheten. Det begrunnes ulikt, men de fleste henviser til at de gjennomfører medarbeidersamtaler (her utarbeides det individuell utviklingsplan), utarbeider planer for kompetanseutvikling (jmf. intern prosedyre), og /eller at de benytter fagstiger med nivå inndeling på kompetanse (alle varianter av Benners fra novise til ekspert) for sykepleiere (nevnt ovenfor). Det henvises også til legenes, psykologenes og fysioterapeutenes spesialistløp. En lege har 44 spesialiteter, 30 hovedspesialiteter og 14 grenspesialiteter. Min vurdering av dette er at ledere følger interne prosedyrer og sørger for at obligatorisk utdanningsløp gjennomføres. Gjennomførte medarbeidersamtaler og utarbeidet plan for kompetanseutvikling skal lederne rapportere på gjennom styringsdata. I den årlige medarbeiderundersøkelsen er et av spørsmålene om de det siste året har fått en medarbeidersamtale, og om de har en individuell utviklingsplan. Selv om mange svarte nei på spørsmålet i e-posten betyr ikke det nødvendigvis at de ikke følger disse prosedyrene, det kan tenkes at de tenker at kompetansestyring er noe mer enn dette. Lai sin definisjon og teori på kompetansestyring, presentert i kapittel 4 støtter opp under dette.

Flere viser til innsendte eksempler på interne opplæringsplaner knyttet til sertifiseringer, opplæring i spesielle undersøkelser/behandlingsformer samt MTU. Disse oppbevares i permer på enheten eller i EK (elektronisk kvalitetssystem). Noen av disse har sjekklister hvor medarbeider må kvittere at de har gjennomført nødvendig opplæring. Ambulansetjenesten i SØ henviser til et avansert ”hjemmesnekret” accessbasert kompetansestyringssystem som er utarbeidet i samarbeid med et annet helseforetak. Systemet støtter sikring av rett kompetanse på de ulike utrykningsturene.

21 av ledere svarer ja på alle spørsmålene, 18 ble valgt ut til intervju. 12 av de som ble valgt som respondenter hadde i tillegg til å svare ja på alle tre spørsmålene, sendt med dokumenter

som ga inntrykk av at de hadde god styring på kompetansen i sin enhet. Ytterligere 6 ble valgt ut slik at alle ledernivåer og divisjoner ble representert.

Hensikten med e-post undersøkelsen var å finne respondenter til intervjuer og samle inn dokumenter for analyse, men jeg ser også i etterkant at denne intervensjonen kan ha en positiv sekundæreffekt. Ved å sende ut et spørsmål hvor det blir bedt om en tilbakemelding om kompetansestyring, samt at jeg var tilgjengelig for oppklaring av hva det betyr, kan føre til at man begynner å tenke at det burde man hatt et bedre system på. Det er lov å håpe at når en tanke er sådd, vil handling gro.

6.2 Oppsummering av intervjuene

18 respondenter, 7 avdelingssjefer og 11 seksjonsledere ble intervjuet. Disse representerer alle divisjonene i sykehuset. Henviser til intervjuguide, som vedlegg 1.

6.2.1 Respondentens definering av fremtidig kompetansekrav

Flere sier de synes det er vanskelig å svare på krav til fremtidig kompetanse, da de mangler oversikt over fremtidig funksjonsdeling. *”Umulig å si noe om, det foreligger ingen føringer pr. dags dato. Avklaringer vedrørende drift i fremtiden er ikke tatt. Tror at det blir flere kronikere kommer til Sykehuset i Moss, og at det kan skje store endringer i personalgruppa”* (Respondent 4). En nevner oppgaveglidning, mens de fleste henviser til at fremtidig nødvendig kompetanse styres av fag- og medisinskteknisk utvikling:

”Alt det vi holder på med i dag fortsetter, men det blir mer og mer lapraskopi inngrep som kan medføre mer omfattende og komplekse inngrep. Teknikkene og utstyr er forskjellig fra organ og fagområde. Blir mer mikrober å forholde oss til, så hygiene er et viktig satsningsområde. Samarbeid og fleksibilitet er det viktig å arbeide mot” (Respondent 18).

”Ser ingen endring i behov for kompetanse, heller ikke inn mot nytt sykehus. Det vil skje en organisatorisk endring som gir ny struktur, men det får ingen faglige konsekvenser” (Respondent 10).

”Nye pasientgrupper, mer avansert medisin og kortere liggetider. Tidligere hjemsendelse krever mer intensiv behandling. Dette krever større innslag av spesialsykepleiere”

(Respondent 15).

”Prehospitaltjenester har et stadig økende behov for kompetanse. Dette pga fokuset på innlegging eller ikke. Kreftbehandlinger vil også øke i omfang - flere lever lengre med kreft. Trenger også flere med kompetanse på geriatri, trenger da flere som ser bredde og ikke bare ansatte med spisskompetanse. Gjelder både leger og sykepleiere. Hvor stor grad av spesialisering skal man ha? Alle sykepleiere må ha en viss grad av generalistkompetanse. Videre trengs det kompetanse i å samarbeide på tvers av forvaltningsnivå, vi må kunne kommunisere/samhandle med kommunene” (Respondent 17).

Mange av respondentene trekker frem mye av det som redegjort for, som mulige faktorer for kompetanse i fremtiden. De trekker frem både kompetanse i å møte stadig flere eldre pasienter, kreftbehandlingens form ved at stadig flere lever lengre, utvikling innen medisinsk teknisk utstyr og behov for utvikling av samhandlingskompetanse. Kun en nevner behov for oppgaveglidning, men flere sier de har behov for enda flere spesialsykepleiere. Oppgaveglidning er nok et tema som vi må begynne å drøfte, med tanke på rekrutteringsutfordringer, foreløpig er dette en ”het potet”, og det ligger an til å bli en profesjonskamp. Som det ble redegjort for i kapittel 3 er aktørene i sykehus sterke profesjoner med mye uformell makt.

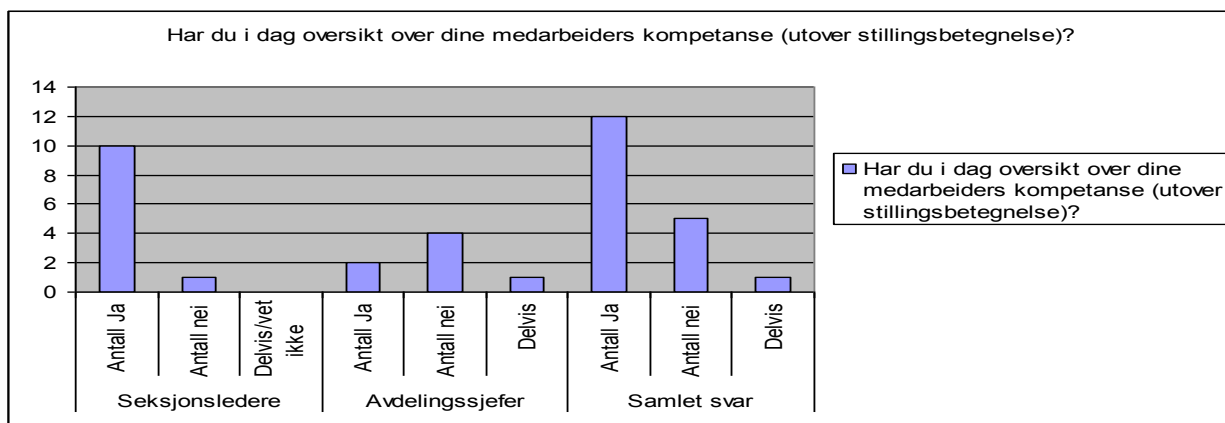
6.2.2 Respondentenes oversikt over medarbeidernes kompetanse

Første spørsmål her var om de hadde oversikt over sine medarbeideres kompetanse, etterfulgt av spørsmål om de skilte på formell og erfaringskompetanse. Minner om at **formell kompetanse** er all den kompetansen vedkommende har fått gjennom utdanning og hvor det kan vises til et vitnemål eller kompetansebevis fra en offentlig utdanningsinstitusjon.

Erfaringskompetanse er kompetanse som du tilegner deg gjennom praksis.

Realkompetanse innbefatter både formell og erfaringskompetanse.

Figur 6.3 Oversikt over medarbeideres kompetanse, utover stillingsbetegnelse.



12 av 18 mener de har oversikt over medarbeiders kompetanse utover stillingsbetegnelse (funksjonsbeskrivelse og utdanningsnivå). Som nevnt tidligere er det viktig å ta hensyn til både kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger medarbeidere besitter.

To avdelingssjefer mener at de har oversikt over sine medarbeidere (seksjonsledere), fire mener at de ikke har oversikt ut over ledere som de leder, men henviser til at ledernivået under har god oversikt over sine fagstillinger. De fleste ledere mener de kjenner sine medarbeidere godt, og vet hvem som kan gjøre hvilke oppgaver på bakgrunn av den enkeltes kompetanse. Mange har bedt om at medarbeideren leverer inn CV i forkant av medarbeidersamtalen. Den enkelte har selv ansvaret for å oppdatere denne. Andre enheter brukes fagstillinger til å oppdatere medarbeiders formelle kompetanse i CVer. Når det gjelder oversikt over erfaringskompetanse henvises det til Benners fagstige. Selv om de fleste mener å ha god oversikt, synes mange at det er vanskelig å holde alt dette oppdatert til enhver tid.

”Klarer ikke å holde alt à jour. Har oversikt over alle kurs og alle undervisningsdager fra 2000. Til MTU bruker jeg excel systemet mitt. Har planer om å sette inn all obligatorisk opplæring som AHLR (avanser hjerte- lungeredning), strålevern, brannvern etc. Det er vanskelig å få til dette i hverdagen for vi har ikke bemanning til å gjøre dette på en god nok måte. Vi prioriterer nyansatte, her har vi en god plan. Gjennom medarbeidersamtaler har jeg i hvert fall forsøkt å oppfylle ønsker om spesielle kurs og tiltak for de enkelte ansatte”
(Respondent 18).

16 av 18 ledere skiller mellom formell kompetanse og erfaringskompetanse:

”Jeg skiller mellom dem, men jeg ser helheten. Vet hva slags formell kompetanse de har, men jeg tenker aldri bare formalkompetanse når jeg tenker på kompetansen mine medarbeidere har” (Respondent 1). Selv om det skilles mellom formelle og erfaringskompetanse er det ikke alltid enkelt å dokumentere: *”Det er begge deler i det systemet jeg har. Når det gjelder erfaringskompetanse har jeg oversikt over hvilke seksjoner de har vært innom og hvilken erfaring de har hentet ut på de forskjellige stedene. Det er ikke lett å dokumentere erfaringskompetanse”* (Respondent 18).

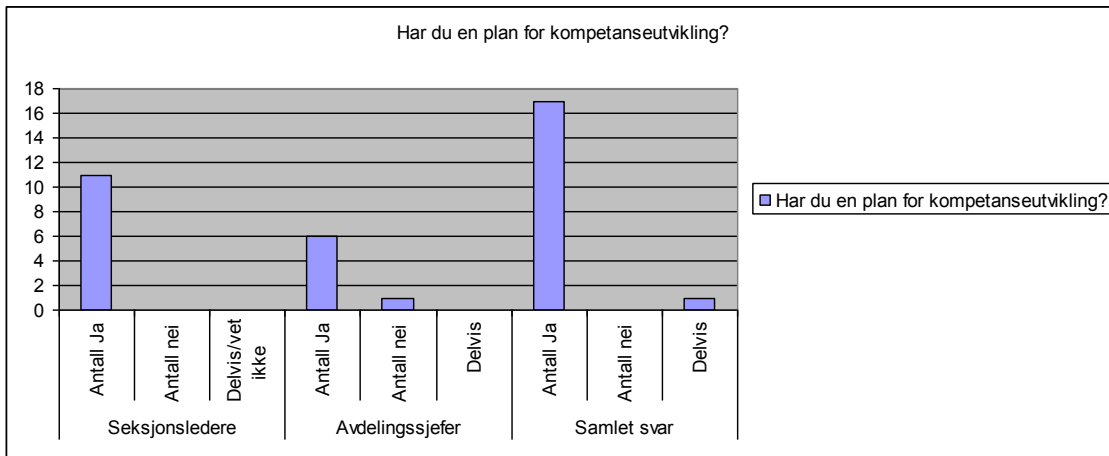
To ledere som mener de har god oversikt over medarbeideres formelle kompetanse og erfaringskompetanse sier imidlertid at denne oversikten har de kun i hodet. Dette til tross for at den ene har 70 stillinger direkte rapporterende. *”Jeg må ha denne oversikten i hodet, har ikke tid til å gå og bla i dokumenter for å finne ut hva hver enkelt har. Driften krever raske beslutninger, og planleggingen og fordelingen av arbeidsoppgaver må skje raskt, ofte der og da”* (Respondent 7).

Mange av seksjonslederne har utarbeidet seg egne systemer. Disse oppdateres stort sett en gang i året i forkant av medarbeidersamtaler. Noen påpeker imidlertid at det er lenge siden disse er oppdatert, dette gjelder spesielt de som kun har en papirversjon i en perm. Noen bruker fagstillinger til å oppdatere systemene, andre ber medarbeideren selv oppdatere den i forkant av medarbeidersamtalen. Fagstiger og ajourhold av hvilket nivå hver enkelt befinner seg på med tanke på krav til kompetanse og planer fremover blir også oppdatert i forkant av medarbeidersamtalen. Her har fagansvarlig nok en sentral rolle flere steder. De har egne samtaler med medarbeiderne i forkant av medarbeidersamtalen som er med leder. Dette krever tett samarbeid mellom fagansvarlig og leder i forkant, og i etterkant av medarbeidersamtalen, når enhetens plan for kompetanseutvikling skal utarbeides. Planene utarbeides også av fagansvarlig.

6.2.3 Respondentens vurdering av behov for kompetansetiltak

Spørsmålet som her ble stilt til respondentene var; Har du en plan for kompetanseutvikling, og hvordan kom du frem til den? Hvordan arbeider du i dag med å styre kompetanse? Gi eksempler.

Figur 6.4 Oversikt over hvem som har en plan for kompetanseutvikling

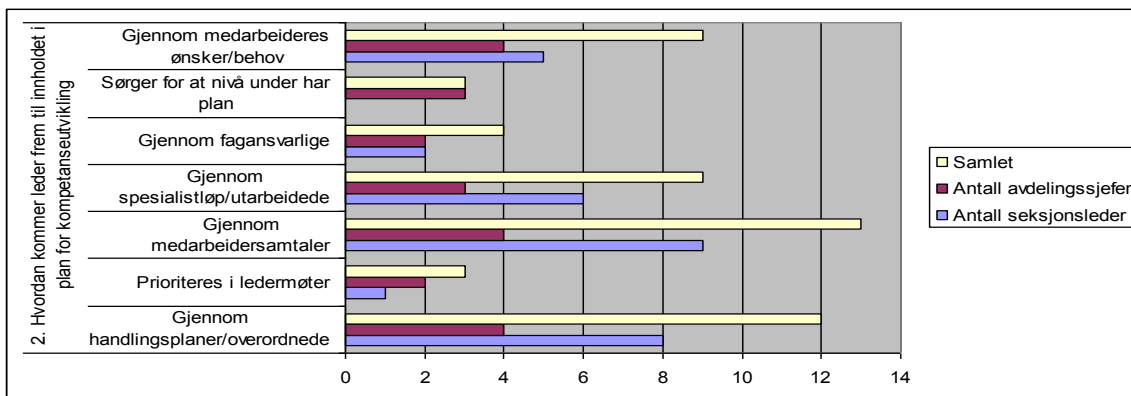


Som figuren over illustrerer har 17 av 18 ledere en plan for kompetanseutvikling i egen enhet. Alle seksjonslederne har det. Den ene avdelingssjefen som mangler dette har utarbeidet individuelle planer med sine seksjonsledere, og henviser til at alle seksjoner på ledernivået under har en plan for kompetanseutvikling.

”Nei, jeg har ikke en plan for kompetanseutvikling. Jeg har avtalt med hver enkelt hva de skal gjøre, har derfor en plan på individuelt nivå. Ikke sammenfattet på avdelingsnivå. Seksjonsledere har nok gjort dette på sitt nivå, så det er nok mer konkret her” (Respondent 1).

Når vi spør de om hvordan de kommer frem til innholdet i plan for kompetanseutvikling, mener mange at medarbeidersamtalen, enhetens handlingsplaner, medarbeiderens ønsker, samt nødvendige spesialistløp styrer dette, se også figuren under:

Figur 6.5 Hvordan kommer leder frem til innholdet i plan for kompetanseutvikling



”Ja, med handlingsplan til grunn, utarbeides planer for kompetanseutvikling i samarbeid med seksjonsledere. Da ser man på hva man mangler og hvilken kompetanse som blir borte ved avgang. Medarbeidersamtalen kan også gi en pekepinn på kompetansebehov, men jeg får ikke gjennomført samtalen med alle, til det er gruppen for stor. Av 70 er ca 50 stk leger, men de er klare på sine ønsker og kompetanse. Sykepleiere og sekretærer er mer diffuse”
(Respondent 7).

”Ja, utarbeider denne sammen med medarbeider, i tråd med handlingsplan. Kartlegging via medarbeidersamtalen. Kompetanseplan for 2011 er tatt hensyn til i budsjettprosessen. Planen er systematisert. Må gjøre det med tanke på tilsyn, tilsynssaker/synergi trigger kompetansestyring” (Respondent 6).

Det er ulikt hvordan ledere kommer frem til plan for kompetanseutvikling, men flere trekker frem at handlingsplaner, som respondent 7 og 6, som styrende for innholdet. Enhetens handlingsplan konkretiserer organisasjonens mål og strategier med aktiviteter, milepæler og en fremdriftsplan. Noen referer til det som rører seg i faget, andre til obligatorisk opplæring og krav til sertifisering. Sertifisering er en prosedyre der en tredjepart skriftlig bekrefter at et produkt, en prosess eller en tjeneste oppfyller spesielle krav. Akkreditering er en prosedyre der et bemyndiget organ gir formell anerkjennelse av at et organ eller at en person er kompetent til å utføre bestemte oppgaver (Standard Norge).

”Vi har en oversikt. Det er en kompetanseplan på hva vi skal prioritere i 2011. Den inneholder for eksempel opplæring i MTU (medisinsk teknisk utstyr) og undervisning i hygieneaspekter ved operasjoner. Den inneholder videre hvilke kurs vi skal prioritere og DE (day education). Sykehuset har en mal på dette. Det er ikke alltid like lett å gjennomføre alle tiltakene. Det er også vanskelig å finne tid til å formidle planen ut”(Respondent 18).

Noen bruker Benners fagstige (individuell vurdering) sammen med overordnede kompetanseplaner. De fleste nevner at sertifisering og lovpålagte oppgaver styrer innholdet. Respondent 9 under er opptatt av fagets utvikling.

”Bruker en komprimert Benners, med 3 nivåer, som fagsykepleier har utarbeidet. Alle som har vært ansatt 3 år eller kortere tid har fulgt hele planen, men de som har vært ansatt lenger er sjekket ut i forhold til en sjekklister. Har overordnede planer utarbeidet sammen med

fagsykepleier. Fokusområdene er "det som rører seg i tiden, resertifisering og pålagte oppgaver" (Respondent 9).

Ni av lederne er opptatt av hva medarbeidere ønsker seg av fagutvikling, og et par ledere har sendt ut en "ønskeliste" i forkant. Ikke alle er like opptatt som respondent 8, se under, at det skal ha nytteverdi for pasientene, men har mer fokus på at medarbeideren skal belønnes. Kun en nevner at planen diskuteres og forankres i ledergruppen.

"Ønskene til medarbeiderne styrer mye, men de må ha en nytteverdi i forhold til avdelingen og bemanningen. "Nurse Activity" = nyttiggjort i forhold til bemanning. Faglig påfyll må stå i forhold til pasientgruppen" (Respondent 8).

Kort oppsummert, 13 av lederne bruker medarbeidersamtalen og 12 tar utgangspunkt i handlingsplaner for å vurdere hva som skal inn i plan for kompetanseutvikling. Seks av ni ledere er opptatt av medarbeiderens ønsker, uten at disse er forankret i foretakets behov. *"Har gitt alt for mange permisjon til videre utdanning. Har nå problemer i forhold til antall behandlere, ser det når en blir syk eller er på ferie"* (Respondent 3). En respondent uttrykte også bekymring over at medarbeiderne selv var lite motiverte til å svare på ønskelisten hun sendte rundt, og var litt irritert når medarbeiderne etterspurte overordnede føringer før de ville svare.

Når det gjelder eksempler på god styring kan jeg trekke frem respondent 1, 7 og 9:

"Jeg sørger for at hver enkelt seksjon har en kompetanseplan, utviklingsplan. Sørger for at det er undervisningsplaner der jeg har ansatte i spesialistløp. Tar opp dette opp i ledergruppen og det følges opp her, da ikke på person nivå men på fagområder. Det gjøres prioriteringer i ledergruppen" (Respondent 1). Denne respondenten trekker kompetansebehov på individnivå opp på et overordnet avdelingsnivå hvor prioriteringene drøftes med hensyn til kompetansebehov knyttet til fagområde.

"Styres ved at man velger ut hvem som får gå på hva. Dette igjen styres av handlingsplanen. Planen er et levende dokument, og denne tas frem av og til for å se om man har nådd målene" (Respondent 7). Her trekkes det i tillegg frem evaluering.

”Planene går inn mot NØS (Nytt Østfoldsykehus) og videreutvikling av enheten, hva trenger man av medisinsk utstyr, hva er pålagt o.s.v.” (Respondent 9).

Denne respondenten forankrer kompetanseplanen i fremtidsbehov med tanke på SØ 2015.

6.2.4 Behov for et IKT verktøy med hvilken funksjonalitet?

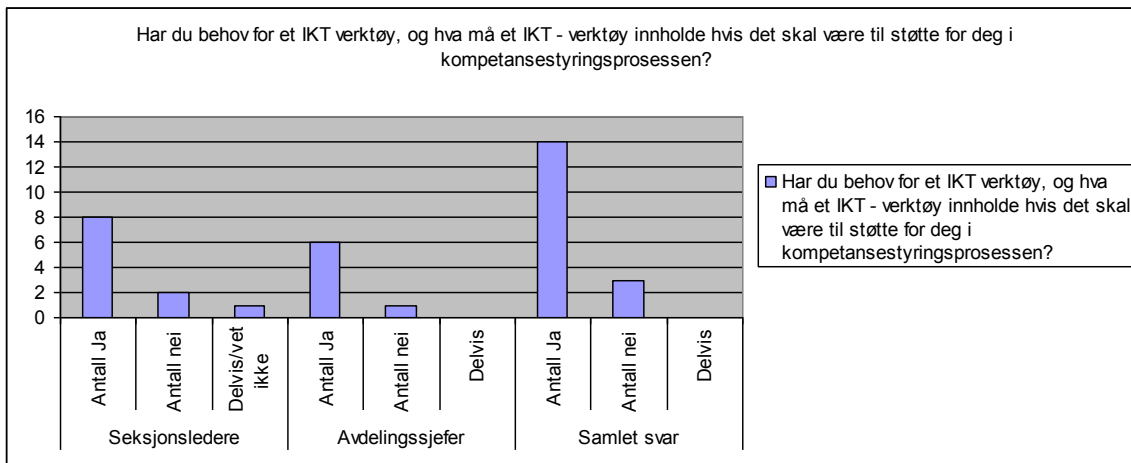
Vi har sett i kapittel 3.3 at den teknologiske utviklingen har vært i rivende utvikling de seneste årene, og gitt oss mange nye og bedre metoder i forbindelse med diagnostikk og behandling. I tillegg har vi fått verktøy som elektronisk personaljournal, billedoverføring, bredbåndsteknologi og telemedisin som gir en helt annen mulighet for kommunikasjon og informasjon. I den senere tiden har det også blitt utviklet IKT verktøy som støtter HR relaterte prosesser. Verktøy som har erstattet det ”gamle personaladministrative personalet”, og gitt ledere bedre styring over prosessene, selv om mange opplever også at de har fått mer jobb. Ledere har nå PAGA (verktøy for lønn og personaladministrasjon) Webcruiter (verktøy for rekruttering) GAT (verktøy for bemanning og turnus). I tillegg vil det til høsten komme et elektronisk sak og personalarkiv. Disse verktøyene er ment å skulle gi ledere muligheter for selvbetjening og bedre styring over personalet. Et IKT verktøy som forvalter den viktigste ressursen vår, nemlig medarbeideres kompetanse, har sykehuset ikke. Derfor ønsket jeg å spørre respondentene om dette var et behov, og hva et eventuelt verktøy måtte inneholde for at de så det hensiktsmessig å bruke.

Data fra fire av spørsmålene i intervjuguiden blir her behandlet samlet:

- Har du utviklet et internt verktøy, eks. i Excel?
- Har du behov for et IKT verktøy, og hva må et IKT - verktøy inneholde hvis det skal være til støtte for deg i kompetansestyringsprosessen?
- Hvilken kompetanse mener du det er nyttig å ha oversikt over?
- Hva skal til for at du skal benytte et slikt verktøy i hverdagen?

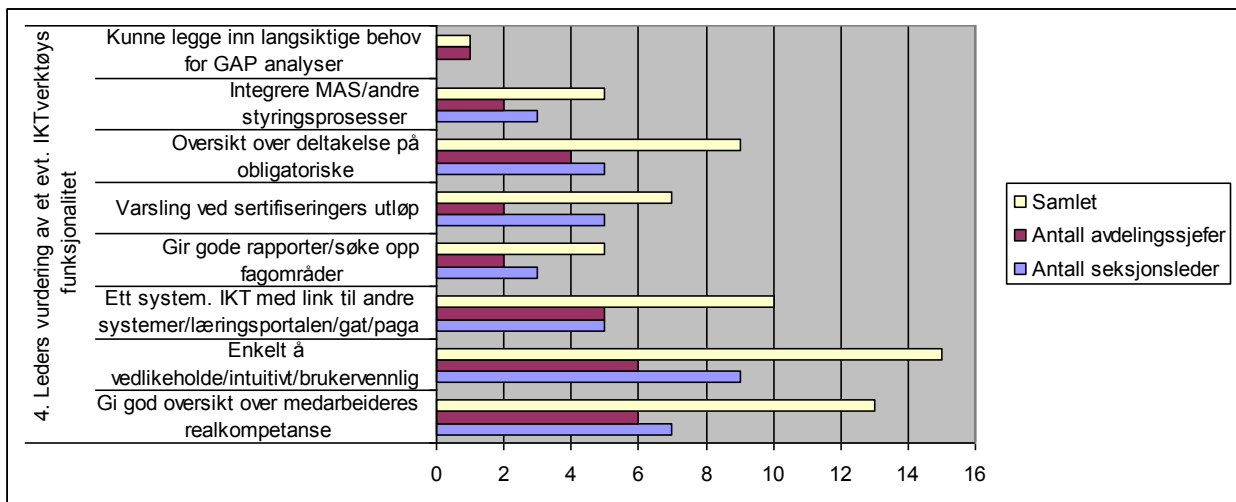
7 av 18 leder har utarbeidet et Excel basert verktøy, som stort sett vedlikeholdes av fagstillinger i enhetene. Excel listene krever mye vedlikehold og 14 av 18 ledere mener at de har behov for et IKT verktøy:

Figur 6.6 Behov for et IKT-verktøy



I tabellen under ser vi hva lederne mener verktøyets viktigste funksjonalitet bør være.

Figur 6.7 Verktøyets funksjonalitet



Her trekkes det frem at det må være enkelt, intuitivt og brukervennlig. Verktøyet må gi god oversikt over den enkeltes kompetanse og gi gode rapporter, blant annet hvem som har deltatt på hvilke obligatoriske kursene. Verktøyet må integreres med eksisterende IKT-systemer. Her nevnes det Personalportalen, GAT og Læringsportalen (kursadministrativt og e-læringsverktøy). Dette er tre verktøy ledere i dag må bruke aktivt, spesielt GAT nevnes som et IKT-verktøy som gir god støtte i hverdagen. Det har vært en del frustrasjon hos ledere da Personalportalen ble innført, og de fikk enda et nytt passord å bruke. En respondent sa derfor

veldig tydelig: "Ikke gi meg et passord til, eller et system som gir meg mer jobb!" Men flere nevnte det med et passord som en forutsetning.

Videre nevnes at det må være mulig å legge inn spesialiserings- og sertifiseringsløp og varsel når sertifisering utløper. "Ansatte bør kunne legge inn sin CV og oppdatere den når de har vært på kurs. Obligatoriske opplæringsprogram bør inn med et varslingsystem. Nå er det umulig å vite når hvem gikk på hva. Det bør være link til læringsportalen"(Respondent 9).

På spørsmål om hva som skal til for at de skal ta verktøyet i bruk, svarer 15 at det handler først og fremst om brukervennlighet og at det enkelt og raskt gir nødvendig oversikt.

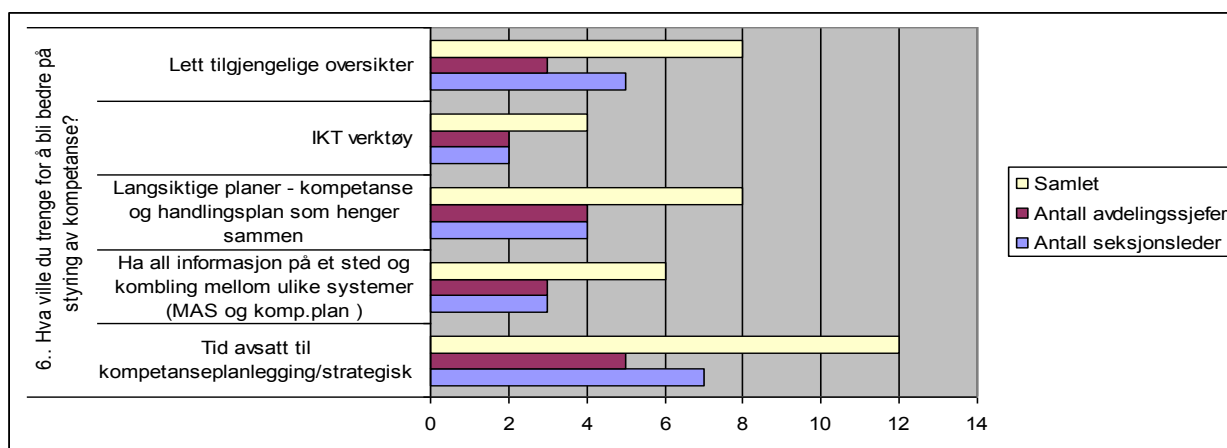
"Brukervennlighet. Ikke komplisert. Bør ikke ha alt mulig rart der. Det må være oversiktlig. Ha mulighet til å sette opp den kompetansen som er viktig her på avdelingen. At man kan skrive litt om hver enkelt. At man etter medarbeidersamtaler skriver rett inn" (Respondent 18).

6.2.5 Hvordan kan SØ bli bedre på kompetansestyring?

Følgende spørsmål ble stilt respondentene:

- Hva ville du trenge for å bli bedre på styring av kompetanse?
- Hva ser du som de største utfordringene i arbeidet med å planlegge og styre kompetanse?
- Hvordan kan disse utfordringene best bli løst?

Figur 6.8. Hva trenger leder for å bli bedre på styring av kompetanse?



I figurene over ser vi hva lederne vurderer at de trenger for å bli bedre på strategisk kompetansestyring. Avsatt tid til kompetansestyring er her et gjennomgående tema. *”Tid og anledning til å drøfte kompetanseplan med seksjonsledere. Strategisk planlegging i forhold til utvikling av avdelingen”* (Respondent 1). Det nevnes også at det stadig er nye retningslinjer å forholde seg til. Det er en utfordring å rekke og sette seg inn i alle endringene, og nå ut med informasjon om nye prosedyrer og retningslinjer. Dette tar mye energi, det er rett og slett til tider for mye å holde seg oppdatert på.

Videre trekkes det frem lett tilgjengelige oversikter og informasjon samlet på et sted (her trekkes igjen frem viktigheten av systemer som snakker sammen). *”Oversikt som et verktøy ville kunne gi. Og at det brukes aktivt i hele organisasjonen. Oversikt over prognose på tilgang av arbeidskraft. Hva må jeg bruke sykepleier til og hva kan jeg bruke helsefagarbeidere til. Utfordringen med deltid og kompetansefordeling på vakter spesielt natt”* (Respondent 17). *”Systemer som snakker sammen er viktig. Det må fungere slik at man legger inn data kun ett sted”* (Respondent 16).

Respondentene uttrykker et behov for kompetanse i å planlegge for fremtidig kompetanse. Videre det å kunne legge langsiktige planer og at kompetanseplanen henger mer sammen med handlingsplanen. Fire mener at et IKT verktøy i seg selv kan gjøre dem bedre på kompetansestyring. En av lederne synes at rigid styring legger hindringer for gode prosesser i egen enhet. På spørsmålet om hva som skulle til for å bli bedre på kompetansestyring svarer vedkommende: *”Løsne på det rigide ledelsessystemet vi har. Dette kveler engasjement og kreativitet”* (Respondent 13). Det siste er viktig å ta med seg, slik at intensjonen med å lage gode ledersystemer ikke ender opp i et system som bærer preg av kontroll og oppleves for rigid, slik at kreativiteten kveles. Da kan vi ende opp i et system hvor den strategiske prosessen lidende.

Den største utfordringen anser lederne er:

”Ta de riktige faglige beslutningene. Se hvilke mangler vi har. Være nær nok praksis slik at jeg ser hvilke problemstillinger som møter mine medarbeidere. Ha tid til å sende på kurs. Ha tid til planarbeid. Planlegge for bruk av kompetanse som blir tilegnet. Nyttiggjøre kompetanse man har lært på kurs og videreutdanning. Tilrettelegge for at ansatte tar i bruk ny kompetanse, videreføre kompetanse etc.” (Respondent 2). Her trekkes det frem et viktig

moment, nemlig mobilisering av medarbeidere. Det hjelper lite å utdanne og kurse mange hvis den nye kompetansen ikke tas i bruk.

En annen utfordring som trekkes frem er å lage gode handlingsplaner på seksjonsnivå slik at det blir tydelig hva man skal jobbe med, samt oversette dette til behov for kompetanse.

Nå har jeg presentert dataene fra undersøkelsen. I neste kapittel skal jeg med bakgrunn i funnene drøfte faktorer som sikrer rett kompetanse.

7.0 Hvilke faktorer sikrer rett kompetanse?

I dette kapitlet vil funnene presentert i forrige kapittel bli analysert og drøftet. Som struktur på kapitlet velger jeg å følge Lai sine hovedelementer i kompetansestyringsprosessen; kompetanseplanlegging, kompetanseanskaffelse, evaluering og oppfølging av kompetansetiltak. I kapittel 8 vil jeg presentere noen forslag til tiltak på områder hvor organisasjonen, i følge slutninger på drøftningene, har mest behov for endring, støtte og forbedringer.

7.1 Hvilke faktorer sikrer rett kompetanse i planleggingsfasen?

I planleggingsfasen må ledere klargjøre kompetansekrav, kartlegge eksisterende kompetanse og analysere kompetansegapet (Lai, 1997). Planleggingsfasen legger føringer for de to neste fasene og er en tid- og kompetansekrevende prosess. Ledere i SØ har stor arbeidsbelastning og ditto driftsutfordringer, og noen har i tillegg stort kontrollspenn. Respondentene sier da også at de trenger avsatt tid, kompetanse i kompetansestyring, hensiktsmessige metoder og verktøy for å gjennomføre planleggingsfasen. Det er denne fasen respondentene opplever som den mest krevende. Likevel ender alle opp med en plan for kompetanseutvikling.

En viktig forutsetning for å sikre rett kompetanse er først å definere tydelige kompetansekrav for nåtid og fremtid, og deretter å skaffe seg nødvendig oversikt over eksisterende kompetanse på de definerte områdene. Først da er det mulig å få oversikt over kompetansegap. Kompetanseanskaffelsesfasen bygger på planleggingsfasen når det gjøres valg av tiltak for å sikre rett kompetanse.

7.1.1 Definere krav til fremtidig kompetanse

Min vurdering er at respondentene har god styring på å definere nåværende krav på individnivå knyttet opp mot den enkeltes funksjon. Derimot synes det å definere fremtidig kompetansekrav på enhets- og organisasjonsnivå som en utfordring. Skal vi stå klare til å

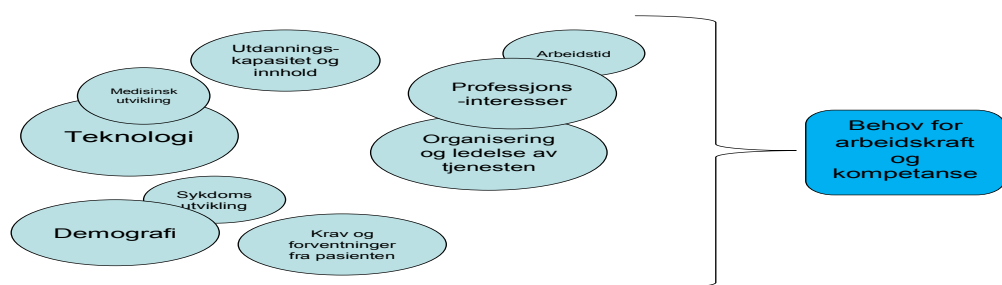
møte fremtidige utfordringer og krav, jmf. faktorer som har betydning for fremtidens kompetanse og arbeidskraft som ble redegjort for i kapittel 3, og det faktum at SØ skal inn i nytt sykehus 2015, må prosessen bli mer proaktiv. Vi skal helst være forberedt, det vil si billedlig talt; ”Bygge båten før vi ror og ikke mens vi ror”. Funnene viser derimot at det å definere fremtidig nødvendig kompetanse for organisasjonen er den delen som har minst forankring i ledernes kompetansestyringsprosess.

Lai (1997) bruker begrepet kompetansekrav og definerer det som den kompetanse som kreves for at organisasjonen skal nå sine mål, og utføre definerte funksjoner og oppgaver på ønsket måte og nivå. I tillegg til å favne nåtid og fremtid, individ og organisasjon, deles kompetansekrav inn i målbaserte-, normative- og organisatoriske idealkrav. *Målbaserte kompetansekrav* er som nevnt den kompetanse virksomheten trenger for å nå sine mål, for å kunne utføre definerte funksjoner og oppgaver på ønsket måte, på ønsket nivå. Mange av respondentene viser også til at de i planleggingsfasen bruker enhetens handlingsplan, som igjen skal være forankret i sykehusets overordnede mål og strategier. *Normative kompetansekrav* er de normer som kommer til uttrykk i idealer, retningslinjer og anbefalinger fra myndigheter, fagmiljøer og interesseorganisasjoner. Mange overordnede strategier fra HOD legger føringer for kompetansekravene, og vi må forholde oss til de som gjelder for spesialisthelsetjenesten, jmf. 2.2.2 *Mål og strategier*. I oppdragsdokumentet til Sykehuset Østfold gis det føringer med utgangspunkt i strategiene. Fagets utvikling i en profesjonsbasert virksomhet, som sykehus, er sterkt styrende for kompetansekravene.

Organisatoriske idealkrav er medarbeideres egne forventninger, idealer og ambisjonsnivå, samt oppfatninger om forbedringsnivå. Sykehuset sysselsetter en rekke yrkesgrupper som styres av sterk faglogikk og faglojalitet. Aktørene i sykehus opptrer ofte som agenter for pasientenes interesser, advokat for egne faginteresser og som advokat for samfunnets helsepolitikk (Grunde, 2000). Den enkelte medarbeider har ofte god kjennskap til mangler og problem knyttet til primæroppgaver og vil kunne peke på forbedringsområder. Respondentene legger vel mye vekt på sine medarbeiders ønsker. Ønskene som innfris er ikke alltid formålstjenlige, men vi skal ikke glemme at kompetansemedarbeidere som oftest vil ha gode innspill til kompetanseplanen. De fleste helsearbeidere tror jeg er genuint opptatt av at pasientene skal få god behandling. En leders oppgave er å sikre at innspillene er formålstjenlige for oppgavene som enheten skal løse. Det å være leder innebærer også å si nei og kunne begrunne et evt. avslag.

I tillegg mener jeg at *fremtidsbaserte kompetansekrav* må med, som den kompetanse virksomheten må planlegge for med utgangspunkt i forventende endringer i demografi, sykdomsutvikling, samhandlingsreform, medisin og medisinskteknisk utvikling, samt statistisk forespeilede rekrutteringsgrunnlag. Det tar tid å utdanne helsepersonell, og trenger vi andre yrkesgrupper eller annet innhold inn i eksisterende utdanninger, tar det tid å forberede utdanningsinstitusjonene. Figuren nedfor illustrerer samspillet av faktorer som påvirker arbeidskraft og kompetanse.

Figur 7.1 Samspill av faktorer som påvirker behovet for arbeidskraft og kompetanse

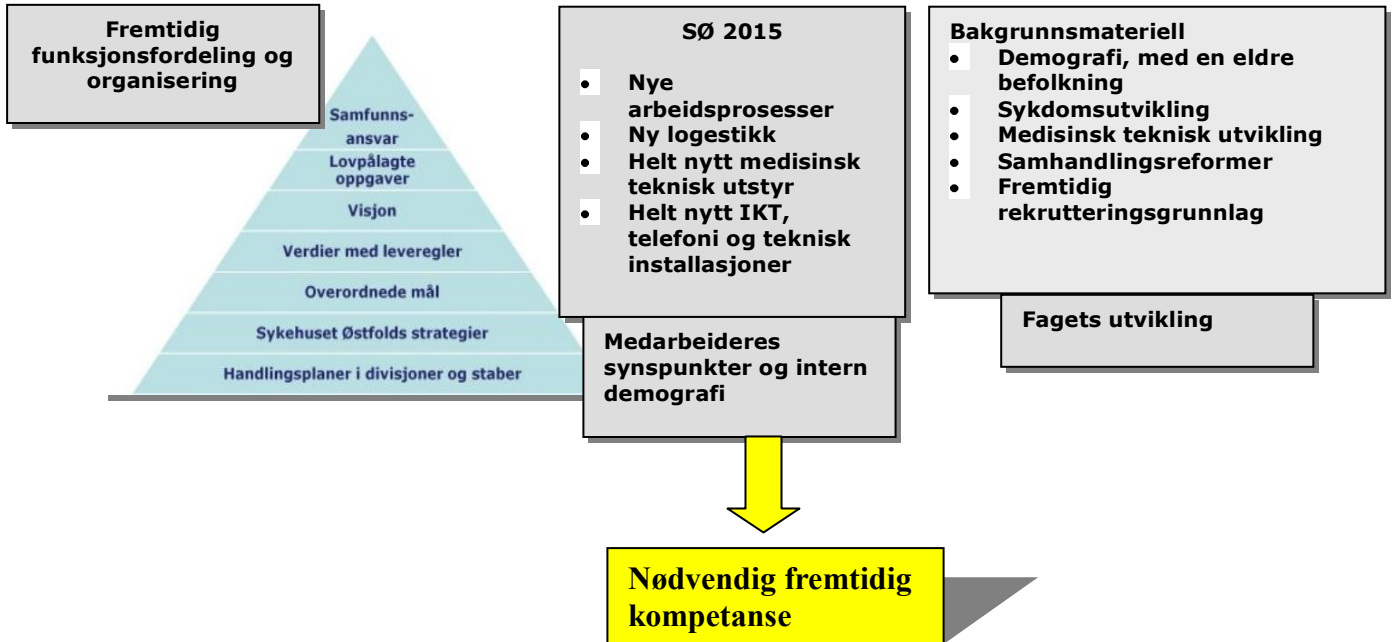


...for å sikre gode og likverdige helsetjenester til alle som trenger det

Dette komplekse bildet påvirker behovet for arbeidskraft og kompetanse, og burde være med som et viktig element når fremtidens kompetansekrav skal defineres.

At respondentene ikke klart ser for seg det omfattende og kompliserte fremtidsbildet er forståelig. For å definere fremtidig nødvendig kompetanse må kravene ta utgangspunkt i, ikke mindre enn følgende områder:

Figur 7.2 Oversikt over alle områder som må være med for å definere nødvendig fremtidig kompetanse



I tillegg til denne skjematiske oversikten over alle områdene må innholdet i hvert punkt beskrives og nødvendig kompetanse defineres. Funksjonsfordelingen er ikke klar, noe som også trekkes frem av respondentene, men mange av de andre områdene mener jeg vi kan forberede oss på. Som nye arbeidsprosesser i nytt sykehus hvor det kreves økt samspillkompetanse, gode evner til kommunikasjon og kompetanse i å jobbe i team på tvers av profesjoner. Dette er et område det kan tilrettelegges for allerede nå.

Nytt sykehus vil få helt nytt medisinsk teknisk utstyr. For at det skal være nyvinninger kjøpes ikke utstyret inn før tett innpå innflytting. Vi har flere hundre ulike typer medisinsk teknisk utstyr i sykehuset, og mange av dem må man være sertifisert for å bruke. Kompetansekrav på hvert enkelt utstyr følger med fra leverandør, men det vil uansett kreve stor grad av strukturert opplæring. Har vi gode systemer på dette i dag? Hvis ikke, kan vi allerede nå bygge et godt system for opplæring og registrering av gjennomført tiltak, som vi kan utnytte senere. Videre bør det vurderes om nytt sykehus, med så mange tekniske nyvinninger, krever en helt annen type kompetanse, for eksempel helseingeniør og/eller helsetekniker. Det ville i tilfelle vært et viktig innspill til utdanningsinstitusjonene.

Jo lengre frem i tid vi skal planlegge for, jo vanskeligere blir det å definere kompetansekrav, men det å forberede seg til fremtiden gjennom informasjon om det man sannsynlig kan forvente seg, tilrettelegge for diskusjon og gode arbeidsprosesser, tror jeg kan gjøre organisasjonen bedre rustet til å møte fremtidig utfordringer.

Først når nødvendig kompetanse er beskrevet ser man etter eksisterende kompetanse på området.

7.1.2 Oversikten over eksisterende kompetanse

Definering av nødvendig kompetanse, eller kompetansekrav, legger føringer på hvilken kompetanse som skal fanges opp. På den måten blir beholdningskartleggingen kravbasert. Den informasjonen som samles inn skal være nyttig og meningsfull, samt ha bruksverdi i forbindelse med planlegging av kompetansetiltak. Registreringen må avgrenses i tid og må ikke være for ressurskrevende å gjennomføre (Lai, 1997).

Eksisterende kompetanse eller kompetansebeholdning er kompetanse som pr. i dag forvaltes på det aktuelle område. Kompetanse er som nevnt *kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger* som kan anvendes til å utføre og skape resultater. Høy formell kompetanse er ikke bestandig tilstrekkelig for å kvalifisere til en gitt jobb. Rett type kompetanse i forhold til oppgavene som skal løses er avgjørende. Kompetansen skal være formålstjenelig, det vil si være knyttet til mål, oppgave eller funksjon og ha bruksverdi for organisasjonen (Lai, 1997).

Respondentene opplever å ha god oversikt over sine medarbeideres kompetanse, selv om de tydelig strever med å oppdatere sine egenlagde registreringssystemer som består av Cv-er, excellister, sjekklister og fagstiger. Cv-er og excel brukes til oversikt over formalkompetanse som erverves gjennom utdanning og kurs, sjekklister og fagstiger brukes til registrering av erfaringskompetanse. Erfaringskompetanse oppleves vanskeligst å definere og registrere. Formalkompetanse er den utdanning du har tatt, mens erfaringskompetanse er de mer praktiske erfaringene man tilegner seg gjennom blant annet å utføre og trene på oppgaver. Det legges mye energi i å holde registreringen oppdatert. Det er krevende å holde oversikt over hvilke medarbeidere som har gjennomført hva av krav knyttet til sertifiseringer og obligatorisk opplæring, og ikke minst; når er det tid for gjentakelser. Det er vanskelig å holde listene à jour, spesielt i enheter med stort kontrollspenn. Sykehuset har noen ledere med opptil

60 – 80 direkte rapporterende. Tilsynet krever orden på registreringen, og dette stresser og trigger lederne.

Respondentene har, til tross for system som krever mye vedlikehold, stort sett oversikt over sine medarbeidere, men en samlet oversikt over humankapitalen finnes ikke i dagens registreringssystem. Aggregerte rapporter på humankapitalen savnes på organisasjonsnivå. Humankapitalen er summen av all individuell kompetanse i en bedrift. Hver medarbeiders evne til å skape noe nytt og tilføre verdi til bedriften gjennom kunnskaper, evner og ferdigheter er med å på å gjenspeile verdien til denne kapitalen (Gottschalk, 2003). For å få ut aggregerte rapporter på humankapitalen i organisasjonen er vi avhengig av et felles IKT verktøy.

Hvis et IKT verktøy skal implementeres og være nyttig med henblikk på sentral oversikt over humankapitalen, så må lederne og medarbeiderne oppleve at dette er nyttig og nødvendig. Både medarbeidere og ledere må gjøre en jobb med å legge data inn i systemet. En leder sa, at ingen av hennes medarbeidere ville registrere sin kompetanse, hvis dette ikke oppleves nyttig for den enkelte. Vedkommende selv ville ikke prioritere vedlikehold av verktøyet hvis hun ikke samtidig opplevde det som nyttig i egen enhet. Det betyr at det må skapes en forståelse for hvilke aggregerte data er nyttig for hva, slik at denne forståelsen legger seg over ”egennyttens”. Organisasjonskulturen kan sette begrensninger for ønsket endring og realisering av et IKT verktøy. Kultur er som nevnt den variabelen som det er vanskeligst å påvirke, og sterke profesjoner kan motarbeide initiert endring (Lundquist, 1998).

De fleste lederne i denne undersøkelsen vil imidlertid ha et IKT verktøy, men de setter høye krav til funksjonalitet og integrasjon med eksisterende IKT verktøy. Et av kravene til funksjonalitet var at verktøyet kunne holde styr nettopp på sertifiseringer og obligatoriske opplæringer med et varslingsystem som gir lederne god tid til å iverksette tiltak. En leverandørs kapasitet og et verkstøys funksjonalitet og utviklingspotensial er her avgjørende for om kravene kan innfris. Det må også vurderes om eksisterende IKT verktøy kan gi mer støtte ved å ta i bruk flere moduler.

Det er viktig å innse at IKT verktøy har begrensninger, og vil ikke kunne telle en organisasjons totale kompetanse. En stor del av vår kompetanse er taus kunnskap og kompetanse er i stor grad et relasjonelt fenomen som gjør registrering komplisert. ”*Med taus kunnskap menes den*

erfaringsbaserte kunnskap og viten man får i utøvelse av en aktivitet, et fag eller yrke og som ofte ikke lar seg forklare med ord” (Wikipedia).

Medarbeiderens evne til relasjonelt samspill på tvers av profesjoner, som er et av de kritiske kompetansekrav inn mot nytt sykehus, vil det være vanskelig å kompetanseregistrere. Her trengs det andre prosesser. Uansett, skal et kompetansekartleggingsverktøy innføres må organisasjonen kunne begrunne hvorfor, og hva målet med kartleggingen er. Hva skal målingen skal brukes til, hvordan vil oppfølgingen foregå, og hvilke tiltak i forlengelsen av målingen kan forventes. Det må vises til en tydelig kobling til organisasjonens mål, strategi og behov. Kartleggingen må videre gi reell støtte for ledere ved at de opplever å få noe som er et bedre registreringsverktøy enn de har i dag. Et IKT verktøy må også gi et tydelig bilde av hvor mye kompetanse (utbredelse) organisasjonen har på et gitt definert kritisk kompetanseområde, og styrken på kompetansen (nivå på kompetanse). Videre, men ikke minst, må det gi en oversikt over fremtidig intern medarbeiderdemografi.

Hvis ikke HR kan svare fornuftig på hvorfor kartlegge og hva den skal brukes til, vil medarbeideres motivasjon til å delta påvirkes negativt. Det å anskaffe et kartleggingsverktøy med kun begrunnelse av behovet for en sentral oversikt over kompetansen i organisasjonen holder ikke, mener jeg, til det er kunnskapsmedarbeideren for selvrådende.

7.1.3 GAP analyser over kritiske kompetanseområder

Både Nordhaug (2002) og Lai (1997) beskriver strategisk kompetanseplanlegging som en viktig del av kompetansestyringen. For meg er denne fasen helt avgjørende og fokus på kompetanseplanlegging blir viktigere jo større og mer kompleks virksomheten er. Et sykehus er en kompleks kunnskapsorganisasjon.

Med bakgrunn i funnene kan det konkluderes med at SØ trenger en bedre metode i å gjennomføre planleggingsfasen, det gjelder både å definere fremtidige kompetansekrav og det å registrere eksisterende kompetanse. Slik det foregår nå, gjennomføres god GAP analyser stort sett kun på individnivå.

Rett kompetanse sikres nettopp gjennom gode GAP-analyser over kritiske kompetanseområder. Analysen må ta hensyn til nåtid og fremtid, individ og den totale

humankapitalen på enhetsnivå, og på organisasjonsnivå. En forutsetning for at kompetanseanskaffelsesfasen lykkes, er at planleggingsfasen viser tydelig hvilke kompetansegap som skal fylles. Er dette grunnarbeidet gjort godt, er forutsetningen til stede for at man skaffer rett kompetanse.

7.2 Hvilke faktorer i kompetanseanskaffelsesfasen sikrer rett kompetanse?

Vi har sett at respondentene tar utgangspunkt i etablerte rutiner når de utarbeider plan for kompetanseutvikling. Planen lages med utgangspunkt i handlingsplaner, overordnede mål og strategier. Videre nevnes medarbeidersamtaler og medarbeideres egne ønsker som premissgivende.

Anskaffelsesfasen skal legge til rette for at kompetansegapene fylles mellom kompetansekrav og eksisterende kompetanse. Gapene skal fylles slik at den enkelte medarbeider, avdeling og organisasjon har den kompetanse som trengs for å nå definerte mål (Lai, 1997). Denne fasen gjennomfører ledere til tross for en planleggingsfase som vi har sett har et klart forbedringspotensiale.

SØ har en intern prosedyre på:

1. At alle medarbeidere i løpet av medarbeidersamtalen skal utarbeide en individuell utviklingsplan med mål om å dekke gapet mellom kompetansekrav til funksjon/oppgaver og medarbeideres nåværende kompetanse.
2. At alle enheter skal utarbeide en plan for kompetanseutvikling som forankres i overordnede mål, strategier og handlingsplaner. Planen skal forankres i ledernivået over og divisjonen skal ende opp med en overordnet plan over definerte satsningsområder. Planen skal innholde *mål, målgruppe, tiltak, budsjett og tiltakene skal tidfestes*.

Kompetanseanskaffelsesprosessen inneholder målrettede tiltak innen tre hovedelementer:

1. Mobilisering av kompetanse i organisasjonen.
2. Videreutvikling av egne medarbeidere.
3. Rekruttering av nødvendig ny kompetanse.

7.2.1 Mobilisering av kompetanse i organisasjonen

Som regel er det ikke mer kompetanseutvikling som er løsningen, men å mobilisere den kompetansen som allerede finnes i virksomheten. Lai (1997) påpeker at virksomheten først bør mobilisere tilgjengelig kompetanse, før det brukes ressurser på å utvikle og anskaffe ekstern kompetanse. Både Nordhaug og Lai beskriver mobilisering av kompetanse som viktig for virksomheten for å få optimal måloppnåelse. Dette er viktig da vi vet at kompetente medarbeidere som får lov til å videreutvikle seg og bidra med sin kompetanse, velger å bli i organisasjonen.

Funnene tyder imidlertid på at flere avrespondenter er mer opptatt av at den enkelte medarbeider skal få gå på kurs og utdanning, enn mobilisering av eksisterende kompetanse. Det blir nevnt, men da som en utfordring med tanke på å få tid til å planlegge godt nok for det. Mobilisering handler om flere ting, blant annet å nyttiggjøre seg av de nye kvalifikasjonene medarbeidere har fått gjennom kompetansehevede tiltak. Jeg gjentar at man da er avhengig av at tiltakene forankres i organisasjonens reelle behov. Sendes medarbeidere på kurs og utdanning uten denne forankringen, er kompetansen vanskelig å mobilisere.

Et eksempel som understreker dette: Sykehuset utdannet for en tid tilbake for mange anestesisykepleiere, en utdanning som går heltid over tre semestre. Når medarbeiderne kom ferdig utdannet og fulle av virkelyst tilbake til arbeidsgiver, så hadde vi ikke ledige stillinger å tilby dem i spesialavdeling. I de to årene de hadde plikttjeneste (utløst av økonomisk støtte på kr. 18500 pr. mnd), måtte de derfor jobbe ved andre ikke spesialiserte avdelinger. Flere valgte i frustrasjon å slutte ved sykehuset etter plikttjenesten. Dette er et eksempel på dårlig kompetansestyring som ga manglende muligheter for mobilisering av medarbeideres kompetanse og som også svekket den indre motivasjonen. Her fikk ikke medarbeiderne belønning for ervervet kompetanse, jmf. 2.2.5 om belønningssystemer.

Mobilisering av kompetanse handler også om å vurdere oppgaveglidning eller ny arbeidsdeling mellom profesjoner. Når vi vet at vi vil komme i manko på

operasjonssykepleiere i fremtiden, mener jeg vi bør vurdere om andre yrkesgrupper kan bidra i oppgaver knyttet til å tilrettelegge for kirurgiske inngrep. Interne prosedyrer krever nå at det skal være to operasjonssykepleiere pr. operasjon uavhengig av inngrepets art. Hvilke faglige argumenter finnes for at det fortsatt må være slik? Hvorfor skulle ikke en operasjonstekniker eller en hjelpepleier med videreutdanning i operasjon kunne erstatte en av operasjonssykepleierne på noen av de kirurgiske inngrepene? Hvis vi vurderer med bakgrunn i oppgaver som skal gjøres og krav til kompetanse, er det ingen tvil om at andre yrkesgrupper kan slippe til.

Hva med å slippe til andre yrkesgrupper der sykepleiere i dag har sitt domene, hvor sykepleiekompetanse i seg selv ikke er avgjørende for kvaliteten av tjenesten? Kan helsefagarbeideren og eventuelt en ny yrkesgruppe som servicemedarbeidere kunne overta noen av de oppgavene som gjøres av høgskoleutdannet arbeidskraft i dag? Er det slik at jo høyere andel spesialutdannede helsearbeidere, jo mer effektivt og kvalitetsmessig arbeid utføres i sykehus? Er dagens antall av pleiepersonell basert på faglige velfunderte kriterier? Spørsmålet, tror jeg, er heller hvem som skal legge premissene, profesjonen eller ledelsen?

Funnene fra en undersøkelse utført av Deloitte på oppdrag fra Arbeidsgiverforeningen Spekter, 2008, tyder også på det. Formålet med undersøkelsen var å identifisere om eventuelle ulikheter i profesjonsstrukturen mellom Norge og sammenlignbare land viste forskjeller i produktivitet og teknisk effektivitet per lege- og pleieårsverk. Studiet omfattet Norge, Danmark, Tyskland Finland og delvis Skottland.

Rapportens hovedfunn er at Norge har høyest ressursbruk og dekningsgrad av leger og pleiere i forhold til befolkningensmengde. Dette gjelder både i helsesektoren samlet og i somatisk spesialisthelsetjeneste. Samtidig har Norge lavest antall pasienter utskrevet fra offentlige somatiske sykehus, målt per 1000 innbyggere. Norge har også høy legedekning i offentlige somatiske sykehus, men fremstår med lavest legeproduktivitet, målt i antall utskrevne pasienter og polikliniske konsultasjoner og dagbehandling per lege. Rapporten viser også at det er visse variasjoner mellom landene hva angår den relative fordeling av ulike personellgrupper i somatiske sykehus. Størst forskjell er det med hensyn til andelen assisterende pleiere og barnepleiere. Av totalt antall årsverk ved somatiske sykehus i 2006 hadde Norge 7 % assisterende pleiere og barnepleiere. Til sammenligning hadde Finland

12 % og Danmark 11 % (Deloitte-analyse 2008). Funnene sier meg at her er det ingen standard på hvor mange høyt utdannet helsearbeidere et sykehus må ha for å drive effektivt.

Med tanke på utfordringer relatert til mangel på helsearbeidere i fremtiden, vil oppgaveglidning, samt å tilby ansatte med deltidsstillinger høyere stilling være et viktig tiltak. I deltidsstillingene ligger det mye kompetanse og arbeidskraft som kan mobiliseres. Sykepleiere har tradisjon på å jobbe deltid, men heldigvis ser den trenden ut til å snu. Det viser at sykepleiere utdannet i 2003 har halvert omfanget av deltidsarbeid sammenliknet med sykepleiere utdannet ti år tidligere. Men fremdeles arbeider sykepleiere mer deltid enn andre kvinner med høgskoleutdanning (Abrahamsen, 2003). Her kommer det også nå krav fra våre eiere om å finne løsninger, slik at spesialisthelsetjenesten utnytter eksisterende kompetanse for å demme opp under fremtidens mangel på helsearbeidere.

7.2.2 Videreutvikling av egne medarbeidere

En av hovedstrategiene for å utvikle et bedre helsevesen fram mot 2025 er å legge forholdene til rette for systematiske prosesser der profesjonene engasjeres og utfordres til å forbedre sine arbeidsformer og sitt samspill.

Et sykehus består av et stort antall kunnskapsmedarbeidere med høy utdanning som utfører komplekse, sammensatte og selvstendige arbeidsoppgaver som er vanskelige å standardisere. Kunnskapsmedarbeidere gir en spesiell utfordring for ledere og HR-ansvarlige. Dette fordi disse medarbeidere har unike kunnskaper og ferdigheter som er vanskelige å erstatte, samtidig som utviklingen innen faget skjer raskt med den konsekvens at kompetansen utdateres raskere enn for andre ansatte som har mer rutinepregede oppgaver. En annen utfordring er at kunnskapsmedarbeideres lojalitet er mer knyttet til arbeidsoppgavene enn til organisasjonen. Opplever de å ikke få mulighet til å videreutvikle seg eller jobbe innenfor rammer de finner akseptable, vil organisasjonen få vanskeligheter med å beholde dem.

Det finnes mange varianter av utviklingstiltak for medarbeidere. Det skiller ofte mellom uformelle og formelle læreprosesser. Med bakgrunn i Lai (1997) sin kompetansestyingsprosess sikrer respondentene at medarbeidere har rett kompetanse gjennom å planlegge for tiltak som sikrer at hver enkelt har den kompetanse som ligger til den enkeltes funksjon og primæroppgaver. Stillingens krav til kompetanse og forventning om

kompetanseutvikling er basert bl.a. på Benners stige og fagprofesjonens spesialistløp. Videre oppgavenes, behandlingsutstyrets, teknikken og prosedyrenes krav til opplæring og sertifiseringer.

I e-postundersøkelsen fikk jeg inn mange eksempler på utarbeidede planer for kompetanseutvikling. Planen inneholder stort sett hva enheten trenger av formell kompetanse, gjennom heltids- og deltidsvidereutdanning og kurs. Planen tydeliggjør behovet for hvor mange medarbeidere enheten trenger med spesialutdanninger innen ulike fagfelt for å kunne gi god pasientbehandling. For sykepleiere gjelder dette stort sett fagområdene; anestesi, operasjon, intensiv, akutt, kreft, geriatri, pediatri og psykiatri.

Begrunnelsen for kompetansebehovet er intern demografi med spesialsykepleiere som grunnet høy alder går av med pensjon (gjelder anestesi, operasjon og intensiv), men også behov for økt kompetanse med tanke på fagområder i fremtidens spesialisthelsetjeneste (gjelder akutt, kreft, geriatri og psykiatri). Fagområdene favner i stor grad det som ble nevnt som behov under sykdomsutvikling, i kapittelet om faktorer som kan påvirke kompetanse i spesialisthelsetjenesten jmf. kapittel 3.2. Fagområder som ikke nevnes i planen er slitasjesykdommer, diabetes og fedmeproblematikken, men det er også fagområder som kommunehelsetjenesten sannsynlig vil måtte håndtere i større grad enn spesialisthelsetjenesten, med tanke på samhandlingsreformen og ny framtidig kommunal rolle. Henviser her til kapittel 3.4 *Samhandlingsreformen*. Det kan se ut som at planene reflekterer fremtidsperspektivet bedre enn det som fremkom i intervjuene når det gjelder sykdomsutvikling og fagets utvikling.

Jeg mener å kunne se en bedre struktur og klarere prioritering på hvilke utdanninger sykehuset sender sine medarbeidere på, enn hvilke kurs som prioriteres. Når det gjelder utdanninger skal disse prioriteres på divisjonsnivå i samarbeid med HR. Når det gjelder kurs er det mer opp til hver enkelt enhet. Det er imidlertid mer forskjell på interne kurs, eller kurs som legene trenger i forbindelse med sine spesialistløp, enn andre tilfeldige eksterne kurs. Enkeltstående eksterne kurs kan fort bli en ”belønning” framfor en kompetanseinvestering hvis det da ikke knyttes direkte til definerte behov for kompetanse. Henviser nok en gang til Lai (1997) som understreker at kompetansen skal være formålstjenelig. Med det menes at den knyttes til mål, oppgave eller funksjon for å ha bruksverdi for organisasjonen. Høy

kompetanse innen et spesialisert område har, har som nevnt, liten verdi hvis ikke kompetansen trengs for å løse oppgaven.

Når det gjelder planer for å øke erfaringskompetanse er det stort sett Benners fagstige for sykepleiere og legenes spesialistløp det henvises til. Sårbarheten her er at erfaring i seg selv ikke gir økt kompetanse hvis ikke erfaringen blir nedfelt i kunnskaper og ferdigheter. Et eksempel; når jeg skulle ta mitt sertifikat måtte jeg vise at jeg kunne lukeparkere. Jeg viste sensor en overraskende elegant lukeparkering og fikk godkjent kryss for dette sjekkpunktet med et anerkjennende blick og nikk i tillegg. Jeg fikk mitt sertifikat, men lukeparkere kan jeg ikke den dag i dag, snart 30 år etter mitt perfekte første forsøk. Det betyr ikke at jeg ikke har prøvd.

Min vurdering er at planene for kompetanseutvikling og kompetanseanskaffelsesprosessen i stor grad ivaretar utvikling av individuell kompetanse. Tiltakene bærer dog preg av mål om å øke deklarativ og prosedyrisk kunnskap mer enn kausalkunnskap. Selv om flere respondenter reflekterer over behov for kompetanse inn mot nytt sykehus og enkelte forankrer kompetansebehovene i handlingsplaner, er det likevel få som nevner nødvendigheten av forankring i ledergruppen. Videre er det kun en respondent som kommuniserer behov for samhandlingskompetanse. Behov for flere spesialister nevnes derimot av flere, men kun en nevner behov for generalistkompetanse og jobbgliding. Disse behovene står dårlig i samsvar med behovet for fremtidig kompetansebehov og arbeidskraft.

Samlet sett savner jeg tiltak med fokus på å dele den tause kunnskapen, øve i fellesskap på tvers av profesjoner, trene på samhandling og kommunikasjon, og ”bryne” holdninger gjennom bevisstgjøring og etisk refleksjon. Jeg savner en plan som ivaretar alle de ulike kompetansetypologier (jmf. kap.4.1.2). Det betyr at den må innbefatte mer enn faglig og jobbt teknisk kompetanse. Jeg vil også hevde at de viktigste individuelle kompetansebehovene i sykehuset, i tillegg til fagspesifikkompetanse, er omstillingsdyktighet og evne til samhandling både med pasienter, pårørende og kollegaer internt og eksternt. Organisasjonen og våre ledere er avhengig av selvledede, ansvarlige, motiverte og bidragsorienterte medarbeidere som gir god pasientbehandling og kan jobbe tett sammen med andre profesjoner. Simulering som metode og tilrettelegging av lærende arbeidsmiljøer vil stimulere til utvikling av denne viktige kompetansen. Å skape gode læringsmiljøer er kanskje det

viktigste en bedrift kan gjøre i kampen om arbeidskraften. Å legge til rette for lærende arbeidsmiljø koster ikke penger, og det er i praksissituasjoner vi kan lære mest.

Krogh (2001) mener at kunnskap holdes i live, vedlikeholdes og skapes, ved å benytte seg av såkalte kunnskapshjelpere:

1. Å formulere en kunnskapsvisjon
2. Å lede samtaler
3. Å mobilisere kunnskapsaktivister
4. Å skape den riktige konteksten

Det kunnskapshjelperne har felles, er ifølge Krogh (2001) at de har en god påvirkning på utviklingen av tverrfaglig kunnskap. Videre vil de også styrke kunnskapsspredningen i hele organisasjonen. Kunnskapshjelperen ”å lede samtaler” har et nært forhold til ”omsorg og menneskelige relasjoner” i organisasjonen. Denne kunnskapshjelperen påvirker de tre andre kunnskapshjelperne i kunnskapsutviklingsprosessen. Gode samtaler er med på å fremme kreativitet og stimulere utvekslingen av taus kunnskap. Det sosiale samspillet mellom organisasjonens medlemmer betyr mye for nettopp stimulering til deling av den tause kunnskapen. Kunnskapsutvikling generelt fordrer en god atmosfære preget av gode kollegiale relasjoner. Man må ha forhold å rette seg etter som gjør at organisasjonens medlemmer blir aktivt opptatt av å dele sin kunnskap, og utnytte kunnskapene som er tilført av andre. Det legges også vekt på å formulere en kunnskapsvisjon for å legitimere kunnskapsutviklingen i hele organisasjonen. ”Vi skal være best på samhandling”. Å mobilisere kunnskapsaktivisten handler om å ha fokus på de menneskene som initierer og samkjører prosesser som leder til kunnskapsutvikling. Lederutvikling, eller å utvikle interne ”samhandlingsagenter” i enhetene kan være en vei å gå.

Det er viktig å understreke at selv om vektlegging på lærende arbeidsmiljøer ikke kom nevneverdig frem, verken i intervjuer eller kompetanseplanene, betyr ikke det at enheter i sykehuset ikke har, eller legger til rette for det i praksis. Likevel mener jeg at en ennå større bevissthet, gjennom å trene opp ledere og andre dedikerte medarbeidere, i velprøvde metoder hvor kommunikasjon og samhandling mellom profesjoner med mål om læring og deling, kan styrke samhandlingskompetansen ytterligere.

Hospitering er også et viktig tiltak som jeg savner. Her tenker jeg spesielt på å sette hospitering i system hvor klinisk personell er innom alle enheter i behandlingslinjen innen sitt spesialiserte fagområde. Dette mener jeg ikke bare gir økt kompetanse i fagområdet, men også vil stimulere til økt samhandling på tvers av enheter, og evt. forvaltningsnivå.

7.2.3 Rekruttering av kompetanse

En viktig HR oppgave er å legge til rette for at organisasjonen klarer å tiltrekke seg, beholde og utvikle kvalifiserte, motiverte og endringsdyktige medarbeidere som kan bidra til verdiskapningen, som i sykehuset er god pasientbehandling. En bevisst rekrutteringspolitikk sikrer rett kompetanse.

Medarbeidere som trives og er stolte av arbeidsplassen sin er den beste markedsføringen. Nettopp derfor er det å tilrettelegge for gode, lærende arbeidsplasser, samt gi den enkelte muligheter for å konkurrere om ledige stillinger et viktig motivasjonstiltak. Jeg mener god personalpolitikk er å kommunisere at stillinger som hovedregel skal lyses ut internt, og ved ekstern rekruttering skal interne søkere foretrekkes ved ellers like forhold. Ved intern rekruttering gir vi våre medarbeidere muligheter for intern karriere, og organisasjonen legger til rette for mobilisering av kompetanse. Medarbeidere som jobber uønsket deltid vil også da få muligheten til å få øke sine stillinger.

Selv om rekrutteringspolitikken legger til rette for interne karrieremuligheter vil vi ha behov for ekstern tilførsel av arbeidskraft. Min kjæpphest er da å tilrettelegge for gode praksisstudier. Utdanning av helsepersonell er en lovpålagt oppgave som gir oss tilgang til fremtidens kompetansemedarbeidere. Sykehuset har i løpet av et år ca. 600 potensielle nye medarbeidere inne til praksis. Vi bør ha som mål at praksisstudiene i sykehuset skal være så attraktive og gode at våre turnusleger, studenter, elever og lærlinger skal ønske å bli medarbeidere i sykehuset etter endt utdanning. Uansett jobb her eller ikke, skal de i hvert fall være så fornøyde at de markedsfører sykehuset som et god arbeidsplass. Hvis de velger kommunehelsetjenesten som arbeidsplass er de utstyrt med kompetanse som kommer våre pasienter til gode. Utdanning av helsepersonell mener jeg er vår viktigste rekrutterings kilde.

Ikke alle stillinger egner seg for intern utlysning, noen stillinger må også lyses ut eksternt. Rekruttering og seleksjon er en sentral HR aktivitet i enhver organisasjon. Rekruttering fordrer kompetanse på metodekunnskap innen jobbanalyse, testing, intervju, tilbakemelding

og analyse av søkerne. Den ansvarlige må ha kjennskap til organisasjonen, dens strategi, dens målsetting, kultur, kompetansebeholdning og fremtidig krav til kompetanse. Videre ha kunnskaper om hva som kjennetegner arbeidsoppgavene som ligger til stillingen, og om disse vil kunne endres radikalt i framtiden. Sist, men ikke minst, trenger vedkommende å ha psykologisk kunnskap om menneskelige egenskaper og evner.

Ansettelse av nye medarbeidere er, med andre ord, en stor og krevende prosess som omfatter:

- *Jobbanalyse* består i å definere de menneskelige egenskaper som man på grunnlag av teori, observasjon og erfaring kan anta vil være gunstige i den jobben hvor man trenger en ny medarbeider. Denne danner grunnlag for innholdet i stillingsbeskrivelse, annonse og jobbintervju (Kuvaas, 2008, s. 93). Jobbanalysen danner også grunnlaget for våre beslutninger, både hva vi skal måle av søkerens kompetanse og hvordan vi skal måle søkere.
- *Vurdering av jobbsøkere* krever gode vurderingsmetoder. Det finnes flere metoder, eksempelvis intelligens- og personlighetstester, interestetester, jobbutsnitt, referansesjekk, strukturerte og ustrukturerte intervjuer, samt situasjonelle intervjuer. Hvilke metoder man benytter avhenger en viss grad av hvilken stilling det er snakk om, men vitenskaplige studier (Schmidt og Hunter, 1998) innen området peker ut strukturert intervju og jobbutsnitt som den mest treffsikre metoden sett opp mot jobbeffektivitet (Kuvaas, 2008).
- *Oppfølging av nyansatte* krever at organisasjonen har gode rutiner på mottakelse, informasjon og opplæring av nye medarbeidere.

De mottatte sjekklister for nyansatte vitner om at organisasjonen tar godt i mot sine nyansatte med informasjon og opplæring.

Denne undersøkelsen har ikke hatt fokus på rekruttering, men mange studier peker på at det er betydelige summer å tjene på å forbedre rekrutteringstiltak, bl.a. Boudreaus (1991) viser at forbedrede prosedyrer alltid gir en nettogevinst (Kuvaas, 2008). Derfor kan vi slå fast at gode ansettelsesprosedyrer og god lederopplæring på dette området er en god HR- investering.

7.3 Evalueringens betydning for sikring av rett kompetanse

Evaluering handler om en bevisstgjøring på om organisasjonen tilrettelegger for rett kompetanse i alle fasene. Har investeringen hatt en effekt og hvordan dokumenteres dette, er målet for kompetanseinvesteringen oppnådd? Dette selv om evalueringen først og fremst bør fokusere på om tiltaket har en nytteverdi for organisasjonen, jmf. 4. trinn i Kirpatriks modell (Statskonsult, 2001, s.69). Tiltaket bør vurderes i forhold til kost/nytte, om det har ført til verdiskapning for organisasjonen eller om andre tiltak bør settes inn. Å evaluere om tiltakene har ført til bedre pasientbehandling er ikke alltid enkelt. Noen ganger er det helt åpenbart, obligatorisk smittevernkurs for alle ansatte, kan måles i om det har vært nedgang i sykehusinfeksjoner. Kurs i obligatorisk legemiddelhåndtering kan måles i antall meldte avvik på feilmedisinering. Strukturert opplæring i hjerte- lungeredning kan måles i om flere reddes ved hjertestans, osv. Målingen må tas før og etter tiltaket, slik at sammenligning er mulig.

Det kanskje ikke like enkelt å måle om kvaliteten på behandlingen blir bedre ved tiltak som skal gi samspillskompetanse, men hvis det fører til at pasienten opplever å bli bedre ivaretatt, kan det synliggjøres gjennom pasienttilfredsundersøkelser. Medarbeidere kan gjennom medarbeiderundersøkelsen gi oss en vurdering av om de opplever at samspillet mellom profesjoner og enheter fungerer, og om de mener det kommer pasientene til gode.

Selv om vurdering av nyttenivå er det viktigste å evaluere, er jeg av den oppfatning at alle nivåene i Kirpatriks 4-trinnsmodell bør kunne brukes.

Når det gjelder Kirpatriks første trinn, mener jeg at en subjektiv god opplevelse av et tiltak er nyttig, ikke bare for arrangøren, men fordi jeg tror at god opplevelse i en treningssituasjon kan skape lyst til å trene mer. Et godt læringsmiljø stimulerer deltakernes motivasjon, som igjen er med på å påvirke utbyttet og ønske om å lære mer. Henviser her til Krogh (2001) og hans kunnskapshjelpere, spesielt de to som omhandler å skape en god kontekst og mobilisere kunnskapsaktivisten.

Vurdering av læringsnivå, Kirpatriks andre trinn, vektlegger måling av faktisk læring gjennom tester. Utdanningsinstitusjonene bruker dette, men også sykehuset gjennom sertifiseringer og tester på enkelte andre kurs, som for eksempel legemiddelhåndtering. Her

kan det lages e-læringskurs med påfølgende test som må være godkjent før du kan håndtere legemidler i sykehuset. Man kan legge inn et krav om at testen skal gjennomgås og bestås hver år. Selvtester kan også lages i et e-læringskurs uten at deltakeren risikerer ”å stryke”, men som et hint om at her bør du skaffe deg mer kunnskap. Et par av respondentene hadde laget faste ukentlige fagquiz til sine ansatte, et kreativt og nyttig innspill hvor nettopp selvvurdering av læringsnivå inngår, samtidig som du trigger de ansattes faglige kunnskapsutvikling gjennom konkurranseinstinktet.

Kirkpatriks 3.nivå omhandler vurdering av anvendelsesnivå handler om at kompetansen som er ervervet kommer til anvendelse, noe som ble behandlet under mobilisering av kompetanse i kap. 7.2.1. Har du lært noe nytt, er det viktig at kompetansen kommer til praktisk nytte. Nærmeste leder har her et medansvar for å tilrettelegge for at kompetansen anvendes, gjennom tydelige forventinger om deling og praktisk utførelse. Medarbeidersamtalen kan brukes til å vurdere å gi medarbeideren tilbakemelding om observert praksis.

I tillegg mener jeg at evaluering også handler om å ta et metaperspektiv på hele kompetansestyringsprosessen, hva organisasjonen gjør i dag som sikrer rett kompetanse, og hvilke tiltak kan settes i verk for å gjøre prosessen enda bedre. Det første har denne oppgaven omhandlet så langt, det siste vil jeg forsøke å gi svar på i siste kapittel.

8.0 Forslag til tiltak og veien videre

Tidligere har jeg redegjort for at det å ha indre motivasjon er viktig for oss mennesker. Indre motivasjon er forbundet med velvære og godt selvbilde, som igjen har positiv betydning for vår mentale helse. Det defineres tre behov som danner grunnlaget for vår indre motivasjon;

1. Behov for å være kompetent

2. Behov for å føle tilknytning

3. Behov for autonomi

Muligheten for å tilfredsstillere disse behovene finnes i den sosiale konteksten. Tilrettelegging av et arbeidsmiljø som stimulerer disse behovene vil øke de ansattes motivasjon og prestasjoner (Clegg, 2008). Det å tilrettelegge for gode arbeidsmiljøer hvor deling av kunnskap er en selvfølge, fremmer den indre motivasjonen. Samtidig vil organisasjonen få mangedoblet sin kompetanse, fordi når den enkeltes kompetanse deles, fordobles dens verdi. Hoveddelen av den enkeltes kunnskap er taus. Når taus kunnskap, deles omdannes den til eksplisitt kunnskap som kan anvendes av andre. Derfor er det viktig for organisasjonen å utvikle og tilrettelegge for lærende arbeidsmiljøer. Lederutvikling med dette som mål, er en god investering i bedriftens intellektuelle kapital.

HR handler nettopp om å forvalte organisasjonens intellektuelle kompetanse, og sørge for at den utvikles i samsvar med samfunnets og organisasjonens behov. Intellektuell kapital kategoriseres ofte i strukturkapital og humankapital. Humankapitalen er individers kapital, og er *hver enkelts medarbeiders evne til å skape nytte for andre gjennom kunnskaper, evner og ferdigheter* (Gottschalk 2003). Humankapitalen er den viktigste ikke-finansielle ressursen for de fleste moderne virksomheter (Jacobsen 2005).

Strukturkapital er den delen av den intellektuelle kapitalen som ”ikke går hjem” når arbeidsdagen er slutt. Strukturkapital eies av bedriften og er kultur, systemer, arbeidsprosesser, rutiner, metoder, verktøy og databaser. Derfor blir det å transformere deler av humankapitalen til strukturkapital viktig, slik at bedriften ikke blir for avhengig av sine

ansatte. Utvikles strukturkapitalen har man et hjelpemiddel til å utnytte humankapitalen på en best mulig måte. Strukturkapital kan hjelpe de ansatte til å nyttiggjøre seg sin kompetanse maksimalt, ved å fungere som en støttende infrastruktur (Nørgaard m.fl. 2003).

HR enheten sin oppgave er å sørge for å tilføre organisasjonen tilstrekkelig strukturkapital på gode lærende arbeidsprosesser og en proaktiv kompetansestyringsprosess. Det er HR enheten sitt ansvar at organisasjonen har tilstrekkelig strukturkapital for å sikre rett kompetanse. Dette kan gjøres gjennom lederutvikling, lederstøtte, tilrettelegging av gode arbeidsprosesser, samt utvikling av hensiktsmessige prosedyrer og metoder. Det kan også bety at HR må skaffe organisasjonen et IKT verktøy, som gir ledere bedre mulighet for å styre kompetansen.

Når ledere i SØ uttrykker at kunnskapen om humankapitalen i egen enhet først og fremst sitter i eget hode, er dette for sårbart for organisasjonen. Det urovekkende med tanke på kvaliteten i pasientbehandlingen og pasientsikkerheten, når ledere ikke klarer å holde oversikt over sertifiseringer, og hvem som mangler obligatoriske kurs. Undersøkelsen viser klart at det er behov et verktøy som sikrer at ledere får nødvendig oversikt over humankapitalen.

Det denne undersøkelsen også viser, er at planleggingsfasen er det svake leddet i kompetansestyringsprosessen. Denne fasen danner grunnlaget for å sikre rett kompetanse. Det bør derfor utarbeides en metode for å gjennomføre gapanalyser mellom nødvendig fremtidig kompetanse og eksisterende kompetanse. Forslag til tiltak kommer her:

Det bør utarbeides et enkelt og oversiktlig materiale over de faktorer som vi kan anta vil få betydning for fremtidig kompetanse, jmf. figur 7.1 og 7.2. Det bør utarbeides et materiale som presenteres for ledere og fagansvarlige. Det bør velges et fagområde og ikke en organisasjonsenhet, slik at dagens organisering ikke blir styrende for fremtidens spesialisthelsetjeneste. Det kan bety at aktørene er ledere og fagansvarlige i ulike organisatoriske enheter. Fagansvarlige får i oppdrag å undersøke utviklingen innen eget fagområde, og sammen lage en kort presentasjon som legges inn i materialet over. Fagansvarlige bør helst bestå av ulike profesjoner slik at det samtidig legges til rette for en tverrfaglig refleksjon.

Når materialet er ferdig utviklet legger leder denne frem for medarbeidere i egen enhet. Medarbeiderne inviteres til en refleksjon over hvilken kompetanse som blir nødvendig for å

møte fremtidens spesialisthelsetjeneste, og hvilke utfordringer vi har med henblikk på arbeidskraft. Innspillene tas med tilbake til arbeidsgruppen, som sammen diskuterer seg frem til enighet over nødvendig kompetanse.

Når nødvendig kompetansekrav er definert, vurderer lederne eksisterende kompetanse i respektive enheter. Leder får i oppgave å vurdere dagens kompetansebeholdning med utgangspunkt i bemanningsplan og erfaringskompetanse. Til denne jobben får leder HR støtte i form av oversikt over eksisterende bemanning. Forslag til skjema for kartlegging av kompetansegap finnes i figuren under. Arbeidsgruppen fyller ut kartleggings-skjema, med informasjon om hvilke krav til erfaringskompetanse de ulike stillingsgrupper har, og trenger i fremtiden. Hvilken formellkompetanse og erfaringskompetanse på hvilket nivå (på en skala fra 1-3) er det behov for i døgntilrettelagt og dagbehandling om 3 år og om 5 år?

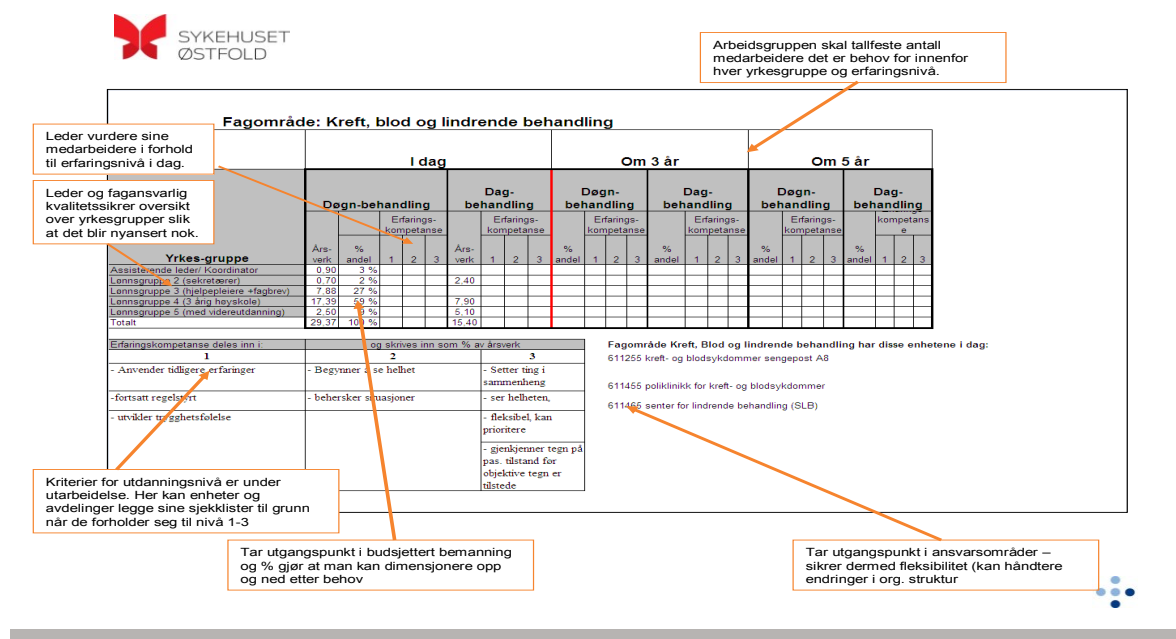
Jeg foreslår nivåvurdering av erfaringskompetanse til 3 nivåer for å gjøre det enklere:

Nivå 1: Er avhengig av prosedyrer og veiledning når oppgaver skal løses.

Nivå 2: Behersker oppgavene godt og er selvstendig i jobben.

Nivå 3: Er ekspert på oppgavene og veileder kollegaer på lavere nivå.

Figur 8.1 Kartleggings-skjema



Det er vanskelig å gi et komplett og hundre prosent riktig bilde av vårt fremtidige kompetansebehov. Mekanismene som underbygger dette blir mer og mer komplekse og sammensatte, jo lenger frem i tid det planlegges for. Siden vi vet av erfaring at endring i kompetansebeholdning, stillingsprofil og oppgaveglidning krever langsiktig arbeid, må en prosess starte med de muligheter vi har. Det vil si fremtidsanalyser og medarbeideres faglige refleksjoner. Det å sette ledere og medarbeidere i modus for proaktiv kompetansestyring krever en godt forberedt arbeidsprosess, med grunnlagsdata på intern medarbeiderdemografi, samt faktorer som vil påvirke fremtidens spesialisthelsetjeneste. Både sykehuset og utdanningsinstitusjonene trenger tid til å forberede eventuelle endringer, og begge instanser vil bli berørte. Utdanningsinstitusjonene må tilpasse eksisterende studietilbud til fremtidens helsetjenester og vektlegge systemforståelse og samhandlingskompetanse i mye større grad, også utvikling av nye studietilbud.

Forslaget til arbeidsprosessen over fordrer at flere aktører bidrar. Prosessen vil være tidkrevende, derfor er det viktig at gapanalyser først og fremst gjennomføres på noen valgte kritiske områder. I tillegg er det behov for lederutvikling og en tilgjengelig kompetansestyringsprosess.

Beskrevet arbeidsprosess mener jeg gir et godt grunnlag for å sikre rett kompetanse, samtidig som organisasjonen utvikler sin evne til samhandling, samspill, omstilling og endring.

Arbeidsprosessen legger til rette for en utvikling av organisasjonen gjennom å tilrettelegge for meningsskapende prosesser. Aktørene i arbeidsgruppen skaper et meningsinnhold vi kan bruke, i den hensikt å implementere prosessen til bruk på flere kritiske fagområder. I det *fortolkende perspektivet* betraktes organisasjonen som et naturlig åpent system.

Organisasjonen utvikler seg gjennom kontinuerlige prosesser, og er i liten grad styrt av rasjonelle beslutninger. De meningsskapende prosessene er i sentrum, hvor aktører i felleskap skaper et meningsinnhold (Busch, 2007). Når kompetansestyringsprosessen skal brukes senere i lederutvikling, vil den få en helt annen legitimitet dersom den er utviklet og pilotert i fag- og ledermiljøer, enn om den eies av HR alene.

Målet med arbeidsprosessen er å utvikle organisasjonens strukturkapital. Dette gjøres ved å sørge for at ledere tar hensyn til faktorene i planleggingsfasen som sikrer rett kompetanse, slik

at anskaffelsesprosessen i større grad blir styrt inn mot behov knyttet til primære arbeidsoppgaver.

I 2015 skal vi flytte inn i nytt sykehus. Mange prosjekter er etablert for å sikre at organisasjonen er forberedt til å ta det nye sykehuset i drift. Mange av prosjektene har behov for bistand knyttet til kompetansevurdering for å sikre realisering. Derfor er det essensielt at det utvikles en metode som kan bistå også disse prosjektene.

Som en avslutning vil jeg understreke at godt HR arbeid har stor betydning i sykehus når det gjelder å forsterke verdiskapning – god pasientbehandling. Henviser her til West, M.A.mfl, (2002) sin studie hvor resultatene viste en sammenheng mellom effektiv HR ledelse og dødelighet blant pasienter i sykehus. En oppsummering av resultatene i denne studien viser:

- *“There is a strong association between the sophistication and extensiveness of staff management practices in NHS hospitals and lower patient mortality.*
- *Appraisal systems have the strongest association with lower patient mortality – better appraisal of staff is associated with lower patient mortality.*
- *The more sophisticated and extensive the staff training policies in hospitals, the lower the patient mortality.*
- *The higher the percentage of staff working in teams within a hospital the lower the patient mortality.*
- *When the HR director is a voting member of the hospital board, the link between HRM practices and lower patient mortality is stronger **than when the HR director is not a voting member.**”*

Sammenheng mellom effektiv HR ledelse og dødelighet blant pasienter i sykehus forsterker HR sin rolle i organisasjonen. HR sin viktigste oppgave er å sikre organisasjonen god strukturkapital på kompetansestyring.

Litteraturliste

Forfatter	Tittel	Forlag/sted/tid
Abrahamsen, Bente	<i>Deltidsarbeid på retur. En sammenlikning av tre kull sykepleiere: 1997, 1992 og 2003.</i>	Artikkel.
Andersen, S.S, mfl.	<i>Heroisk HR- pragmatisk pragmatikere: Hvordan HR kan bidra til bedre resultater.</i>	Magna (1), publisert 2/2009.
Balle Frank mfl.	<i>Human Resource Management (HRM) i små og mellomstore virksomheder.</i>	Nyt fra Samfundsvidenskabernes, København, 2004.
Bastøe, Per Øyvind mfl.	<i>Organisasjoner i utvikling og endring.</i>	Gyldendal Akademiske, Oslo, 2002.
Benner, Patricia	<i>Fra novise til ekspert.</i>	Munksgaard, Kjøbenhavn, 1995.
Bodil Marie Berg	<i>Hvordan styrke HR-avdelingens image.</i>	Artikkel publisert i HR Norges nyhetsbrev 10.03.06.
Bolman, Lee & Deal, Terrence	<i>Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse” 3. utgave,</i>	Gyldendahl Norsk Forlag AS, Oslo, 2004.
Brunsson, Nils	<i>Mechanisms of hope. Maintaining the Dream of the Rational Organization.</i>	Universitetsforlaget AS, Oslo, 2006.
Bryde, Arild	<i>Fra personal til HR – moteord eller reelle endringer.</i>	Spekter orienterer (2), 15–18, 2008.
Busch Tor, mfl.	<i>Endringsledelse i et strategisk perspektiv.</i>	Universitetsforlaget, Oslo, 2007.
Busch, T. og Vanebo, J.T.	<i>Organisasjon, Ledelse og Motivasjon (4.utgave).</i>	Universitetsforlaget, Oslo, 2000.
Clegg S., Kornberger M. and Pitsis T.	<i>Managing and Organizations. An Introduction to Theory & Practice.</i>	Sage: Los Angeles, London, New Delhi and Singapore, 2008.

Dalland, Olav	<i>Metode og oppgaveskriving for studenter.</i>	Gyldendahl Norsk Forlag AS, Oslo, 2000.
Deloitte	<i>Makroanalyse av bemanning og produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste - en sammenligning av Norge, Danmark, Finland, Tyskland og Skottland.</i>	Rapport på oppdrag fra Arbeidsgiverforeningen Spekter, Versjon 10.juni 2008.
Einarsen, S. og Skogstad, A.	<i>Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger.</i>	Fagbokforlaget, Bergen, 2005.
Ernst&Young, HR Norge	<i>HR- undersøkelsen 2008 HR i Norge, hvordan møter vi forventningene.</i>	HR-Norge, 2008.
Fossåskaret, Erik mfl.	<i>Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data.</i>	Universitetsforlaget, Oslo, 2006.
Gammelsæter, Hallgeir	<i>Høgskoler til besvær. Når statlige reformer møter lokale institusjoner og ambisjoner.</i>	Fagbokforlaget, Bergen, 2002.
Ginsberg A	<i>Measuring and modeling changes in strategy: Theoretical foundations and empirical directions.</i>	Strategic management journal, 9: 559-575, 1988.
Gottschalk, P.	<i>Ledelse av intellektuell kapital.</i>	Universitetsforlaget, Oslo, 2003.
Graversen, Gert & Larsen, Henrik Holt	<i>Arbejdslivets psykologi.</i>	Hans Reitzels Forlag, 2004.
Greiner LE og A Bhambri	<i>New ceo intervention and dynamics of deliberate strategic change.</i>	Strategic management journal, Special summer issue: 67-89, 1989
Grunde, Jan	<i>Sykehus -- hvordan bør de styres?</i>	Magma - Årgang 3 - Nr. 5 – 2000.

Hatch, Mary Jo	<i>Organisasjonsteori: Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver.</i>	Abstrakt, 2004.
Helse Sør-Øst	<i>Arbeidskraft og kompetanse mot 2020</i> <i>Sentrale faktorer som påvirker behovet for arbeidskraft og kompetanse.</i>	Januar 2011.
Helse Sør-Øst	<i>"HR-strategi".</i>	2010
Helse Sør-Øst	<i>"Plan for strategisk utvikling 2009 - 2020".</i>	2009
Helse Sør-Øst	<i>"Strategisk fokus, 2007-2010.".</i>	2007
Hendry, Chris	<i>Human Ressource Management - a strategic approach to employmen.</i>	Oxford, Butterworth & Heinemann, 1995.
Håkonsen, K. M.	<i>Innføring i psykologi, 4. utgave.</i>	Gyldendal Norsk Forlag A/S, Oslo, 2009.
Imsen, G	<i>Elevenes verden. Innføring i pedagogisk psykologi.</i>	Tano Aschehoug, 1998.
Ingebrigtsen Stig m.fl.	<i>Økonomi, natur og kultur.</i>	Abstrakt forlag, Oslo, 2004.
Jacobsen, Dag Ingvar	<i>Administrasjonens makt. Om forholdet mellom politikk og administrasjon.</i>	Fagbokforlaget, Bergen 2001.
Jacobsen, Dag Ingvar	<i>Hvordan gjennomføre undersøkelser?</i>	Høyskole Forlaget AS, Kristiansand, 2000.
Jacobsen, Dag Ingvar	<i>Hvordan gjennomføre undersøkelser?</i> <i>Innføring i samfunnsvitenskapelig metode.</i>	Høyskole Forlaget AS, Kristiansand, 2005.
Kaufmann, G. og Kaufmann A.	<i>Psykologi i organisasjon og ledelse.</i>	Fagbokforlaget, Bergen, 2003.

- Kolstad Hansen, Svein, mfl. *Økonomi på tvers*
Grunnleggende økonomistyring for
kommunale ledere. Gyldendahl Akademiske, Oslo, 2006.
- Krogh von Georg, Ichijo Kazuo, Nonaka Ikujiro *Slik skapes kunnskap.* NKS Forlaget, Oslo, 2001.
- Kuvaas, Bård (red.) *Lønnsomhet gjennom menneskelige*
ressurser: Evidensbasert HRM. Fagbokforlaget, Bergen, 2008.
- Kuvaas, Bård *Når dårlige ledelsesteorier resulterer i*
dyr og dårlig ledelse. Tidsskrift for økonomi og ledelse, nr.
3/2005. Magma, 2005.
- Lagerhorn, Annika *Nya utmaningar for HR – best practice.* Sveriges HR forening, 2010
- Lai Linda *Strategisk kompetansestyring.* Fagbokforlaget, Bergen, 1997.
- Legge, Karen *Human Resource Management*
Rhetorics an Realities. Palgrace macmillan, New York,
2005.
- Lundquist, Lennart *Demokratins väktare.* Studentlitteratur, Lund, 1998.
- Lægreid, P., S. Opedal og I. M. Stigen *Den norske sykehusreformen – mer*
sentral politisk styring enn fristilling? Tidsskriftet *Nordiske*
Organisasjonsstudier, 2004.
- Maslach C, Leiter MP. *The truth about burnout.* San Francisco, CA: Jossey Bass,
1997.
- Merriam, S. B. *Fallstudien som forskningsmetod.* Lund Studentlitteratur, 1994.
- Mezias JM, P Grinyer og W Guth *Changing collective cognition: A process*
model for strategic change. *Long range planning*, 34: 71-95,
2001.
- Mintzberg, Henry *Structures in fives. Designing effective*
organizations. Prentice - Hall Inc, 1985.

- Mintzberg, Henry *The Rise & Fall of Strategic Planning.* Plans, Planners, Simon & Schuster, 1993.
- Mintzberg H, JB Quinn og S Ghoshal (red) *The strategy process.* Prentice Hall Europe, 1995.
- Nielsen, Peter *HRM i praksis: Strategisk integration og Kompetenceopbygning.* Tidsskrift for arbejdsliv nr. 3, 1999, s. 59-79.
- Nielsen, R. og Repstad, P. *Fra nærhet til distanse og tilbake igjen.* Artikkel, 1993.
- Nordhaug, Odd, m.fl *Kompetansegullet@ det nye arbeidsliv.* Cappelen Akademisk Forlag, Oslo, 2001.
- Nordhaug, Odd *Strategisk personalledelse.* Tano Aschehoug, Otta, 1998.
- Nordhaug, Odd *Strategisk personalledelse, 2.utgave.* Universitetsforlaget, Oslo, 2002.
- Nørgaard, P., I. Borud, et al. *Økonomileksikonet.* Læremiddelforlaget, Sandefjord, 2003.
- Pinnington, Ashly m.fl *Introduction to Human Resource Management.* Oxford, 2000.
- Rasmussen, Bente *Organisering av kunnskapsproduksjon; Grenseløse jobber og grådige organisasjoner?* Institutt for sosiologi statsvitenskap NTNU, 1999.
- Repstad, Pål (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker, 2.utgave.* Universitetsforlaget, Oslo, 2004.
- Roness A, Matthiesen SB, red. *Utbrent. Krevende jobber – gode liv?* Fagbokforlaget, Bergen, 2002.
- Ry Nielsen, J.C & Ry, Morten; *Annerledes tanker om Leavitt – en klassiker i ny belysning.* Nyt fra Samfundsvidenskaperne, København, 2002.

- Schein, Edgar H. *Organisasjonspsykologi.* Forlaget Tanum- Norli A/S. Kolbotn, 1983.
- Senge, Peter M. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization.* Doubleday, USA, 1990.
- Skadsdammen, Aase *Personalet som strategisk ressurs.* Bedriftsøkonomens Forlag A/S, Oslo 1992.
- Statskonsult *Strategisk kompetanseutvikling.* Oslo, 2001.
- Storey, John *Human Ressource Management - a critical text.* Oxford, Blackwell Publishers, 1995.
- Sykehuset Østfold *Strategisk utviklingsplan for Sykehuset Østfold HF.* 2005 – 2009.
- Sørås, Irene *Organisasjonsutvikling i Sykehuset Østfold-forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis.* Universitetsforlaget, 2007.
- Torjesen, Dag Olaf *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten.* Dr.polit-avhandling, Universitetet i Bergen, 2005.
- Ulrich, D. *Human Resource Champions.* Harvard Business School Press, Boston 1997.
- Vareide, P. *Sykehusreformen Et hamskifte i styring av helsetjenestene.* SINTEF Unimed.,2001.
- West, M.A., Borrill C., Dawson, J, Scully, J., Carter, M., Anelay, S., Patterson, M., Waring, J. *The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals.* The International Journal of Human Resource Management, 13, 8, 1299-1310, 2002.

Østerud, Ø, F. Engelstad og P. Selle *Makten og demokratiet. En sluttbok fra Makt og demokratiutredningen.*

Gyldendal Akademisk, Oslo 2003.

Offentlige dokumenter og øvrige kilder:

- Nasjonal helseplan 2007-2010
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten
- St meld nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
- Inst 212S (2009-2020): Samhandlingsreformen
- St meld nr. 44 (2008-2009) Utdanningslinja
- Ny nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)
- Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til Helse Sør-Øst
- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)

Vedlegg 1 Intervjugal

1. Har du i dag oversikt over dine medarbeiders kompetanse (utover stillingsbetegnelse)?
2. Hvis du har det, skiller du mellom formell og erfaringskompetanse?
3. Har du en plan for kompetanseutvikling og hvordan kom du frem til den?
4. Hvordan arbeider du i dag med å styre kompetanseutvikling? Gi eksempler
5. Har du utarbeidet et internt verktøy, eks. Excel?
6. Hvilke krav til kompetanse ser du din enhet har behov for om 3-4 år?
7. Har du behov for et IKT verktøy, og hva må et IKT verktøy inneholde hvis det skal være til støtte for deg i kompetansestyringsprosessen?
8. Hvilken type kompetanse mener du det er nyttig å ha oversikt over?
9. Hva skal til for at du benytter et slikt system i hverdagen?
10. Hva ville du trenge for å bli bedre på styring av kompetanse?
11. Hva ser du som de største utfordringene i arbeidet med å planlegge og styre kompetanse?
12. Hvordan kan disse utfordringene best bli løst?