

# MASTEROPPGAVE

Hvordan bli bedre og mer effektiv på samme tid?

Utarbeidet av:  
Heidi Bache Mathisen og Rigmor Johansen

Fag:  
Organisasjon og Ledelse

Avdeling:  
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag, 2007



## FORORD:

Operasjonssykepleie er et fagområde som krever mye kunnskap. Med den teknologiske utviklingen som skjer er vi av den oppfatning at operasjonssykepleie er et fag i endring og at det må tas høyde for dette i operasjonsavdelinger. For å opprettholde kvaliteten på de tjenester vi utfører kreves det derfor at fagmiljøet er godt og at det legges til rette for fagutvikling og læring, og vi har sett at nettopp dette er en utfordring i et miljø hvor kravet til effektivitet stadig blir større.

Vi har i denne studien forsøkt å belyse denne problemstillingen og håper at våre funn kan komme operasjonssykepleiere til gode i framtiden.

Våre kollegaer er operasjonssykepleiere som er engasjerte og stolte av sitt fag, og vi er imponerte over hvor villige de var til å stille opp i vår undersøkelse. Vi er også takknemmelige over lederne som tok seg tid til å bli intervjuet.

Det har vært en spennende og lærerik prosess å arbeide med denne avhandlingen. Vi har hatt et særdeles godt samarbeid oss i mellom, med mange konstruktive diskusjoner og ikke minst mye latter.

Heidi Bache-Mathisen og Rigmor Johansen

12 10 2009

1	INNLEDNING .....	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema for oppgaven .....	5
1.2	Hensikt med oppgaven .....	6
1.3	Problemstilling.....	7
1.4	Avgrensning.....	7
1.5	Metodisk tilnærming.....	7
1.6	Begrepsavklaring .....	8
1.7	Oppbygging av oppgaven.....	9
2	BAKTEPPET .....	11
2.1	Faglig forsvarlighet.....	11
2.2	Operasjonssykepleiernes funksjons- og ansvarsområde.....	11
2.3	Organisering av Sentraloperasjon, Fredrikstad .....	13
2.4	Beskrivelse av operasjonssykepleiers funksjon.....	15
2.5	Organisering av sykehusene i Østfold .....	17
2.6	Beskrivelse av utviklingen innen faget operasjonssykepleie .....	17
2.7	Den formelle læring i operasjonsavdelingen .....	19
2.8	Den uformelle læringen i operasjonsavdelingen .....	20
3	TEORETISK PERSPEKTIV PÅ HELSEREFORMEN OG NEW PUBLIC MANAGEMENT .....	21
3.1	Bakgrunn for innføring av Helsereformen 2002 .....	21
3.2	Sentrale punkter i Helsereformen .....	23
3.3	New Public Management.....	24
3.4	Kostnads- og formåls effektivitet .....	25
3.5	Vektlegging av brukerperspektiv.....	27
3.6	Innføring av nye organisasjonsmodeller.....	28
3.7	Desentralisering av ledelse .....	29
3.8	Mål og resultatstyring som planleggingssystem.....	30
3.9	Kan kvalitet måles? .....	32
3.10	Kritikk av Helsereformen.....	33
4	LÆRING .....	35
4.1	Helsereformens syn på kompetanseutvikling .....	35
4.2	Kompetanse .....	36
4.3	Formell kompetanse og real kompetanse .....	38
4.4	Organisatorisk kompetanse.....	38
4.5	Særpreg ved operasjonssykepleierens kompetanse .....	39
4.6	Læring.....	40
4.7	Overføring av kunnskap i praksis .....	41
4.8	Erfaringslæring .....	44
4.9	E-læring .....	45
4.10	Beskrivelse av et godt læringsmiljø .....	46
4.11	Hvordan lærer operasjonssykepleiere .....	47
4.12	Helsereformens innvirkning på fagutvikling og læring .....	48

5	METODE .....	50
5.1	Begrunnelse for valg av metode .....	50
5.2	Kvalitativ metode .....	51
5.3	Begrunnelse for utvalg av informanter .....	51
5.4	Refleksjon rundt framgangsmåte .....	53
5.5	Utarbeidelse av intervjuguide .....	54
5.6	Beskrivelse av intervjuene .....	55
5.7	Troverdighet .....	56
5.8	Forskningsetikk .....	56
5.9	Bearbeidelse av intervjuene .....	57
6.	PRESENTASJON OG ANALYSE AV FUNN FRA OPERASJONSSYKEPLEIERE..	58
6.1	Introduksjonsspørsmål .....	59
6.2	Arbeidsbelastningen .....	63
6.3	Tilrettelegging av operasjonssykepleieres læring/fagutvikling .....	75
6.4	En effektiv dag .....	85
6.5	Veiledning/refleksjon på en effektiv dag .....	88
7	PRESENTASJON AV ANALYSE OG FUNN HOS LEDER I SYKEHUSET	
	ØSTFOLD HF .....	94
7.1	Oppfatning av operasjonssykepleiernes hverdag .....	94
7.2	Oppfatningen av tilretteleggelsen for operasjonssykepleiernes mulighet for læring og fagutvikling .....	97
7.3	Forholdet mellom effektivitet og læring .....	99
8	PRESENTASJON AV ANALYSE OG FUNN FOR LEDER I HELSE SØR-ØST .....	101
8.1	Oppfatning av operasjonssykepleierens hverdag .....	101
8.2	Tilretteleggelse for fagutvikling og læring .....	103
8.3	Effektivitet og et godt læringsmiljø .....	104
9	OPPSUMMERING OG DISKUSJON AV HOVEDFUNN .....	106
9.1	Økende arbeidsbelastning .....	106
9.2	Den formelle og uformelle læringen .....	112
9.3	Effektivitet og læring .....	116
10	KONKLUSJON .....	118
10.1	Veien videre .....	119
10.2	Etterord .....	121

LITTERATURLISTE .....	122
Vedlegg 1 Tidsproduksjon øyeblikkelig hjelp .....	125
Vedlegg 2 Tidsproduksjon operasjonsaktivitet .....	126
Vedlegg 3 Informasjonsskriv til informantene .....	127
Vedlegg 4 Intervjuguide til operasjonssykepleiere .....	128
Vedlegg 5 Intervjuguide til ledere.....	130
Vedlegg 6 Samtykkeerklæring .....	132
Vedlegg 6 Forespørsel til Helse Sør-Øst.....	133
Vedlegg 7 Forespørsel til Sykehuset Østfold.....	134

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema for oppgaven

I 2002 ble det iverksatt en ny Helsereform med overgang fra fylkesstyring av sykehusene til statlig styring og Helseforetak. Dette var en endringsprosess som har gitt konsekvenser på flere felt. Denne reformen var ment fra regjeringens side å gi offentlig sektor et moderniserende innhold med elementer hentet fra privat næringsliv. Reformen er en eierreform og en ledelsesreform men også en innholdsreform som legger vekt på økt tilgjengelighet for pasienter, kvalitet og omsorg som skal kombineres med effektiv ressursutnyttelse. De statlige føringer knyttet til organisering, ledelse og pasientbehandling i sykehus framgår av flere styringsdokumenter som bl.a. Lov om spesialisthelsetjenesten, Lov om helsepersonell og Lov om pasientrettigheter. Reformen har mange effektivitetselementer knyttet til seg som vil bli omtalt senere i oppgaven.

Lederstrukturen ved sykehusene er forandret fra todelt ledelse til en leder og profesjonalisering av denne. Nå har ledere ned til avdelingssjefsnivå et helhetlig ansvar for drift av de avdelinger ansvaret ligger under. Beslutningsmyndigheten har blitt flyttet nedover i organisasjonen for å søke en mer effektiv ledelse.

Pasienter kan nå velge fritt hvilket sykehus de ønsker å la seg behandle på. En konsekvens for de enkelte sykehus kan bli konkurranse offentlige sykehus imellom. For å få kortet ned ventelistene gir staten konsesjon til private aktører på linje med offentlige sykehus. Den politiske styring legger føringer for hvilke pasientgrupper dette skal gjelde for og hvilke sykehus som blir tildelt pasientdiagnoser. Dette gjelder kun elektive (planlagte) operasjoner. Det er en økning av markedsføringen av behandlingstjenester. Sykehus som er flinke til å rekruttere pasienter får økt inntjening via DRG (Diagnose Relaterte Grupper) og ISF (Innsatsstyrt Finansiering). Bortfall av etterspørsel og dermed redusert operasjonsaktivitet kan medføre inntektsreduksjon for sykehusene. Konsekvensen for sykehusene blir ikke bare en opprettholdelse av operasjonsaktiviteten men også en økning av aktiviteten for å øke inntektene.

1. mai 2007 ble det foretatt en omorganisering/funksjonsfordeling i Sykehuset Østfold HF. All akutt kirurgi ble lagt til Fredrikstad og noe av den elektive kirurgiske virksomhet ble lagt

til Moss. Før funksjonsfordelingen trådte i kraft ble det stipulert med et lavere antall akutte operasjoner enn det som ble realiteten. Konsekvensen har blitt en markant økning av akutt kirurgi til Fredrikstad.

Samfunnets utvikling med de teknologiske og medisinske nyvinninger det siste tiår har medført store endringer i vår praktiske utøvelse av operasjonssykepleiefaget på flere områder;

- Vi behandler stadig flere eldre og medisinsk sykere pasienter
- Nye operasjonsteknikker som krever økt kompetanse og økte ressurser er tatt i bruk
- Elektromedisinsk utstyr som krever opplæring satt i system
- Bakterie- og virus infeksjoner som krever ny kompetanse om smitteforebyggelse og behandling

Helsereformen legger vekt på kvalitet, effektiv ressursutnyttelse og pasientenes rettigheter. Effektivitet lar seg lett måle ved hjelp av statistiske parametere mens kvaliteten på pasientbehandlingen lar seg vanskelig måle. Effektivitet står som en sentral verdi for operasjonsavdelingens organisering av det daglige operasjonsprogram. I utgangspunktet ser vi på effektivitet som en positiv verdi som kommer flest mulig pasienter til gode. Men samtidig ser vi at den økte fokuseringen på effektivitet kan påvirke operasjonssykepleiernes funksjons- og myndighetsområder. Vi har en antakelse om at det kan få konsekvenser for opprettholdelsen av den faglige standard og dermed på kvaliteten av pasientbehandlingen.

## **1.2 Hensikt med oppgaven**

Hensikten med oppgaven er å se nærmere på hvordan fagutvikling/læring påvirkes i en organisasjon der fokus på effektivitet er stort. Som en følge av innføringen av Helsereformen og omorganiseringene som er blitt gjort har vi en hypotese om at det har skjedd en endring i forhold til muligheten til å ivareta og utvikle operasjonssykepleiernes fagområde.

Helsereformens intensjon har vært å modernisere sykehusdriften der både krav om effektiv ressursutnyttelse og bedre kvalitet er noen av de sentrale elementene. Vi vil i oppgaven undersøke nærmere om operasjonssykepleierne har mulighet til å opprettholde den faglige standard og kvaliteten på pasientbehandlingen.

### **1.3 Problemstilling**

**Har operasjonssykepleierne ved Sentraloperasjon, Fredrikstad, mulighet til utvikling og vedlikehold av faglige standarder i et miljø der fokus på effektivitet er stort?**

### **1.4 Avgrensning**

I vårt teorikapittel har vi valgt å beskrive hvordan vi lærer og hva som påvirker et godt læringsmiljø. Når det gjelder organisasjonsteori har vi valgt å se nærmere på New Public Management da Helsereformen er bygget på ideer, teorier og modeller fra denne organisasjons- og styringsformen.

Vi har begrenset studien til å gjelde Sentraloperasjon, Fredrikstad, fordi det etter vår mening ville gi oss en bedre mulighet til å gå mer i dybden av problemstillingen. Begrunnelsen for valget er at vi er godt kjent i miljøet. Vi har tatt med to sentrale ledere med god erfaring innen forskning- og kvalitetsarbeid, en fra Sykehuset Østfold HF og en fra Helse Sør-Øst. Hensikten med å innlemme lederne i studien har vært å få innblikk i deres synspunkter og undersøke om disse samsvarer med operasjonssykepleierens oppfatning. Vi har likevel valgt å konsentrere oss om å kartlegge hvordan operasjonssykepleierne selv mener den faglige utvikling opprettholdes i et miljø der fokus på effektivitet er stort.

### **1.5 Metodisk tilnærming**

I vår studie har vi valgt en kvalitativ metodisk studie. Vi har brukt denne metoden fordi vi ville foreta dybdeintervju for å få fram operasjonssykepleierens opplevelse og beskrivelse av hvordan læring og fagutvikling gjennomføres i praksis. Metodevalg blir begrunnet og utdypet nærmere i kap.5.



## 1.6 Begrepsavklaring

I oppgaven bruker vi begrep som vi tror krever en nærmere forklaring. Disse blir presentert nedenfor:

DE-dager: (Day education) Undervisningsdager som er lagt inn i operasjonssykepleieres turnusplan. Hver operasjonssykepleier får dette tilbudet en fredag hver 12. uke.

Operasjonssykepleierne er delt inn i 3 grupper på 3 fredager slik at alle har mulighet til å få den samme undervisningen.

Grønt skjema: (Henvisning til operasjon/undersøkelse som krever anestesi). Dette skjema følger pasienter til operasjonsavdelingen og skal være ferdig utfylt av anestesilege/anestesisykepleier og operatør. Skjemaet skal inneholde alle opplysninger om pasientens helsetilstand som er relevant i forhold til den forestående operasjon/undersøkelse. Skjemaet er et viktig redskap for alle faggrupper som er involvert i pasienten.

SOP: Sentraloperasjon, Fredrikstad.

Dagkirurgi: Kirurgiske inngrep som utføres samme dag som pasienten reiser hjem. Alle forundersøkelser og prøver er utført før pasienten ankommer på operasjonsdagen.

Elektiv kirurgi: Kirurgiske inngrep som er planlagt og er godt forberedt både av helsepersonell og pasienten selv.

Seansetid: Den totale tid operasjonsteamet bruker på en pasient fra forberedelsene begynner til pasienten er overlevert til postoperativ/intensiv/sengepost.

Knivtid: Tiden fra kirurgen åpner pasientens hud til huden er lukket.

Byttetid: Tidsintervaller mellom to operasjoner. Her definert som tiden fra en pasient forlater operasjonsstuen til neste pasient blir tatt inn på operasjonsstuen.

DRG: (Diagnose Relaterte Grupper). Dagens finansieringsordning gjør at enkelte pasientgrupper gir god inntjening for sykehusene, mens andre har vært rene tapsobjekter. Denne finansieringsordningen gir en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten på sykehusene. Dette systemet gir mulighet til å sammenligne sykehus selv om de ikke behandler de samme pasientene. DRG prøver å håndtere en kompleks virkelighet og alle pasienter kan klassifiseres i dette systemet. I stedet for antall sykehusopphold brukes DRG - poeng som aktivitetsmål. DRG vil gi både økonomisk og medisinsk informasjon. Pasienter som er plassert i samme gruppe skal ligne hverandre og bruke tilnærmet like mye ressurser. DRG gruppering betyr at hver og en pasient blir plassert i en DRG. Grupperingen gjøres ut i fra de data som registreres i sykehusets datasystem. Denne grupperingen skjer ved hjelp av et dataprogram slik at sykehuset ikke selv kan velge en DRG. Sentrale variabler i DRG klassifisering er: diagnoser, kjønn, prosedyrer (operasjoner), alder, utskrivningsstatus med mer. DRG brukes som grunnlag for aktivitetsbasert finansiering, altså innsatsstyrt finansiering. (Helsedirektoratet, 08. 01. 2007)

ISF: (Innsatsstyrt finansiering) ISF ble innført 01. 07. 1997 i alle somatiske sykehus i Norge. Det er primært et finansieringssystem med den hensikt å øke sykehusenes behandlingsaktivitet og kostnadseffektivitet. Motivasjon for sykehusene til å behandle flere pasienter og å forbedre det totale helsetilbudet var hovedbegrunnelsen. Systemet innebærer at finansieringen til sykehusene avhenger av hvor mange pasienter som behandles, og inntektene varierer etter hva pasienten blir behandlet for. Ordningen er basert på blanding av stykkpris- og rammefinansiering som varierer fra år til år. Stykkprisandelen i ISF er basert på DRG-systemet som omtalt ovenfor. (Olaug S. Lian, 2007:93)

## **1.7 Oppbygging av oppgaven**

I kapittel 1 presenterer vi bakgrunnen for valg av tema, samt selve problemstillingen med avgrensninger. Vi har også valgt å avklare og definere sentrale begreper. I kapittel 2 beskriver vi operasjonssykepleiernes funksjonsområder, utviklingen av operasjonssykepleierfaget, læringen i operasjonsavdelingen og organiseringen i Sykehuset Østfold HF. I kapittel 3 omtaler vi Helsereformen og knytter den opp til New Public Management. Kapittel 4 omhandler Helsereformen og fagutvikling/læring.

Metodevalg presenteres i kapittel 5. Analyse og funn hos operasjonssykepleierne presenteres i kapittel 6, mens analyse og funn hos de 2 lederne presenteres i kapittel 7. I kapittel 8 diskuterer vi hovedfunnene i undersøkelsen. Kapittel 9 presenterer vi vår konklusjon.

## **2 BAKTEPPET**

### **2.1 Faglig forsvarlighet**

Operasjonssykepleiere skal til enhver tid følge gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer /prosedyrer som gjelder helsetjenesten generelt, og institusjonen/sykepleietjenesten spesielt. Utøvelse av sykepleie bygger på Helsereformens bestemmelser om forsvarlighet og medisinskfaglig ansvar. Vi ønsker spesielt å trekke fram kravet om faglig forsvarlighet fra Helsepersonelloven som har betydning operasjonssykepleiernes behandling av pasienter.

En av hovedbestemmelsene i den nye Helsepersonelloven går ut på at helsepersonellet skal opptre "faglig forsvarlig" i sitt møte med pasientene, jfr. lovens § 4. Dette er ikke et nytt rettslig krav men det har nå kommet tydeligere til uttrykk enn tidligere. Spørsmålet er hva kravet mer konkret innebærer i forhold til sykepleierne i deres yrkesutøvelse. I utgangspunktet betyr kravet forsvarlighet at sykepleierne skal innrette seg i samsvar med det som "*innen yrkesgruppen anses for å være god utøvelse av yrket.*" (Helsepersonelloven § 4) Med god utøvelse av yrket menes at operasjonssykepleiere utøver sine handlinger ut i fra Yrkesetiske Retningslinjer og Funksjons- og ansvarsområder.

### **2.2 Operasjonssykepleiernes funksjons- og ansvarsområde**

Operasjonssykepleie er et spesialområde innen sykepleie som krever kunnskaper om og forståelse for den akutt- og eller kritisk syke pasients behov og situasjon. En operasjonssykepleier har en 3-årig grunnutdanning i sykepleie (Bachelor). Deretter kreves det minimum 2 års praksis som sykepleier for videreutdanning i operasjonssykepleie. Dette er en utdanning som ligger under høgskoler og har en varighet på 18 måneder med 90 studiepoeng. Det er helseforetakene som kjøper studentplasser av Høgskolene etter bestilling. Spesialutdannelse i operasjonssykepleie er en blanding av teori og praksis med veiledning og oppfølging kontinuerlig i utdannelsen som leder fram til funksjonsdyktighet som operasjonssykepleier.

En operasjonssykepleier planlegger, tilrettelegger og er med på å gjennomføre kirurgiske inngrep- og undersøkelser til akutt- og/eller kritisk syke mennesker. Denne gruppen omfatter mennesker som;

- Utsettes for skade- eller ulykke.
- Rammes av akutt inntreden av sykdom.
- Får en akutt forverring av en langvarig sykdomstilstand
- Er i biologisk eller psykisk krisetilstand

Foruten å være kvalifisert til å møte pasienter i en slik tilstand stilles det også en rekke andre krav til operasjonssykepleiere;

- Gode kunnskaper i anatomi- og fysiologi
- Gode kunnskaper i kirurgiske teknikker. På SOP finnes det 200 prosedyrer på kirurgiske teknikker
- Instrumentlære- og instrumenthåndtering
- Infeksjonsforebyggende arbeid - sterilitet
- Sikker håndtering av elektromedisinsk utstyr som benyttes under kirurgiske inngrep
- Forebygging av leiringsskader
- Ansvar for undervisning og veiledning av studenter og nyansatte

Operasjonssykepleierens funksjons- og ansvarsområde er beskrevet i den formelle funksjonsbeskrivelsen for operasjonssykepleiere. Begrepet funksjon betyr den virksomhet eller spesielle oppgave en utfører i kraft av sitt embete. Funksjons- og ansvarsområdet deles inn i fem områder;

1. *Kompetanseområdet.* Her ligger teoretisk kunnskap, opplæring, refleksjon, men også klinisk vurdering, beslutningsevne, kommunikasjon og samarbeid.
2. *Kvalifikasjonskrav.* Operasjonssykepleier må ha autorisasjon som sykepleier i Norge, og ha videreutdanning i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke mennesker, som kvalifisere til operasjonssykepleierkompetansen i Norge.
3. *Plass i organisasjonen.* Med dette menes at operasjonssykepleieren har et selvstendig sykepleierfaglig ansvar og er ansvarlig overfor nærmeste leder. Har også

ledelsesansvar gjennom å lede sitt myndighetsområde/funksjonsansvar og er overordnet hjelpepersonell samt kan delegere oppgaver dersom det er nødvendig.

4. *Rammer for tjenesten.* Operasjonssykepleier følger til enhver tid de lover, forskrifter og retningslinjer/prosedyrer som gjelder helsetjenesten generelt og institusjonen spesielt. Operasjonssykepleier utøver sykepleie i tråd med Helsepersonellovens bestemmelser, Smittevernloven, Pasientrettighetsloven, Arbeidsmiljøloven samt Forskrift om bruk- og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr.
5. *Myndighetsområde- og funksjonsansvar.* Operasjonssykepleie har som mål å utøve individuell og profesjonell sykepleie som innehar: Helsefremmende, forebyggende, lindrende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske tiltak.

Innenfor operasjonssykepleierens ansvars- og myndighetsområde heter det blant annet at operasjonssykepleier skal;

*”holde seg faglig à jour, bidra til utvikling innen fagområdet og delta i utprøving av nytt utstyr og nye arbeidsmetoder, innen rammen av de yrkesetiske retningslinjene.”*  
(NSFLOS, 1998-2002:27)

Dette innebærer at operasjonssykepleieren skal medvirke til å utvikle og opprettholde en høy kvalitet på sitt fagområde. Det innebærer også å stimulere til fagutvikling med det mål at kvaliteten på sykepleien vedlikeholdes og videreutvikles.

### **2.3 Organisering av Sentraloperasjon, Fredrikstad**

Sykehuset Østfold Fredrikstad har den sentrale operasjonsavdelingen, SOP. Avdelingen har 10 operasjonsstuer, hvor 1 operasjonsstue er tilegnet traume-mottak. Med traume-mottak menes en operasjonsstue som står i kontinuerlig beredskap til pasienter som har vært utsatt for ulykker og som har behov for akutt undersøkelse/behandling. Operasjonsavdelingen er delt inn i 4 seksjoner, øre-nese-hals, gynekologisk, ortopedisk og kirurgisk seksjon. Kirurgisk seksjon er for øvrig delt inn 4 mindre seksjoner, endokrin-, gastroenterologisk-, urologisk- og karkirurgisk seksjon.

Hver seksjon har tilknyttet en fagutviklingssykepleier som arbeider kun dagtid.

Fagsykepleiernes funksjons- og ansvarsområde er å ivareta det faglige i form av prosedyrer og vedlikeholde disse, sørge for at utstyr ved seksjonen til enhver tid er tilgjengelig og har kontakt med operatør i forhold til operasjonsteknisk virksomhet. Fagsykepleierne har også et hovedansvar for nyansatte og studenter ved sin seksjon samt ha oversikt over operasjonssykepleiernes kompetansegrunnlag. Det er tilknyttet ca 50 operasjonssykepleiere i ulike stillingshjemler. De fleste har tredelt turnus og med dette menes at de har vakter som dekker hele døgnet. Det er 10 hjelpleiere i ulike hjemler. Renholdsavdelingen er en egen enhet og har 20 stillinger.

Arbeidet inne på en operasjonsstue er organisert i teamarbeid. Et team består av 2 operasjonssykepleiere, 1 anestesisykepleier, 1-2 kirurger (ofte flere) og en anestesilege. Det er mange mennesker som omgir den enkelte pasient og det kreves derfor god organisering, koordinering og styring. Teamet er sammensatt av medlemmer med den overforstående bakgrunn for at de skal utfylle hverandres fagkompetanse. Teamets medlemmer har grunnleggende kunnskaper om hverandres funksjon for sammen å hjelpe pasienten gjennom det operative inngrepet.

Pasientene som kommer til operasjonsavdelingen har ulikt utgangspunkt. Omfanget av pasienter vi møter spenner seg fra enkle brokkoperasjoner, alvorlige kreftoperasjoner, keisersnitt og akutt/kritisk syke der behandling må skje raskt for å redde liv. Dette innebærer at personalet alltid må være i beredskap for det uforutsette. En operasjonssykepleier vet aldri hva arbeidsdagen vil bringe. Selv ved rutinemessige eller såkalt enkle kirurgiske inngrep kan det oppstå uventede situasjoner og/eller komplikasjoner som krever rask handling. Pasienter som kommer til operasjonsavdelingen er mennesker i alle aldre, mennesker med kroniske og akutte lidelser, pasienter som kan få et bedre liv etter operasjonen eller mennesker som er døde, donorer, som skal hjelpe andre mennesker til livet.

Noen pasienter får epidural/spinal anestesi (ryggbedøvelse) eller lokal anestesi og er våkne under operasjonen. Andre får full narkose, som tilsier at de er i dyp søvn under inngrepet. Siden pasientene befinner seg i en spesiell situasjon er det viktig at operasjonssykepleieren viser forståelse/innlevelse og bidrar til trygghet i situasjonen. Til de pasientene som får full narkose er det spesielt viktig å bidra til mest mulig trygghet i situasjonen, da tidsaspektet for å gjennomføre dette er kort.

## 2.4 Beskrivelse av operasjonssykepleiers funksjon

Definisjon på operasjonssykepleie;

*”Operasjonssykepleier er ansvarlig for den helhetlige operasjonssykepleie i enheter hvor det er akutt/kritisk syke mennesker som gjennomgår kirurgisk undersøkelse og/eller behandling.”*  
(NSFLOS, 1988)

Operasjonssykepleierens arbeid har to hovedfunksjoner, sterilt utøvende - og koordinerende funksjon. Dette utdypes som følgende;

*Sterilt utøvende operasjonssykepleiers funksjon:*

Den sterilt utøvende operasjonssykepleier utøver sin sykepleiefunksjon i det sterile feltet. Med det sterile feltet menes det området rundt pasienten som er sterilt for å forebygge infeksjoner. Denne funksjonen inneholder flere aspekter for at pasienten skal ha optimale forhold under inngrepet. Dette innebærer håndtering av utstyr og instrumenter, oppdekking og påkledning i området rundt pasienten. Med sterilitet menes;

*”Ikke mer enn en levende og formeringsdyktig mikroorganisme pr. 1 million steriliserte produkter.”*

(Haus, Søltnæs, Berg, 1998:200)

Det er operasjonssykepleiers ansvar å observere handlinger og bevegelser innefor den sterile sone for å hindre at pasienten påføres en infeksjon. Den sterilt utøvende operasjonssykepleier assisterer ved operasjonen og må kunne vurdere aktuelle instrumenter ut i fra anatomi, organisk struktur, patologi, pasientens alder og ha klar de instrumenter som er riktige til det formål de skal brukes til. Samtidig skal han/hun gjøre pasientobservasjoner og vurdere tilstanden pasienten er i sammen med det kirurgiske team. Dette er svært viktig da operasjonssykepleieren i prinsippet skal kunne forutse og være klar over at det kan skje komplikasjoner under ethvert operativt inngrep. Operasjonssykepleieren må alltid være forberedt på å handle øyeblikkelig i akutte situasjoner som kan oppstå for å redde liv. Den steril utøvende operasjonssykepleier har også ansvar for den totale oversikt over de kirurgiske instrumenter/utstyr som til enhver tid er i bruk under operasjonen. Ved inngrepets slutt kontrolltelles det alltid slik at ingenting blir gjenglemt i operasjonssåret.



Et annet ansvar er steril oppdekking av pasienten som krever evne til improvisasjon og kunnskaper i steril teknikk og erfaring. Ved noen operative inngrep må det tas spesielle forholdsregler ved steril oppdekking. Dette krever kunnskaper som må vurderes i forbindelse ved ulike inngrep for å sikre sterilitet og infeksjonsforebyggelse.

*Den koordinerende operasjonssykepleiers funksjon:*

I den koordinerende operasjonssykepleierfunksjon ligger et stor administrativt ansvar. Det innebærer å ha oversikt over pasientsituasjonen, ansvar for de materielle ressurser og at nødvendig personale til enhver tid er tilgjengelig. Med de materielle ressurser menes elektro-medisinsk apparatur, instrumenter og annet utstyr som brukes under en operasjon. Alt utstyret skal være kontrollert på en forsvarlig måte. Et meget viktig ansvar er å hindre at den enkelte pasient påføres skader under inngrepet som trykk-, strekk- og nerveskader eller brannskader. Det er også viktig å ta hensyn til at operatør får best mulig tilgjengelighet under inngrepet og pasienten må derfor legges riktig til rette i forhold til det inngrepet som skal utføres. Det kreves gode anatomikunnskaper for å hindre at skader oppstår.

Videre må koordinerende operasjonssykepleier utføre korrekt huddesinfeksjon. Med huddesinfeksjon menes å fjerne bakterier/mikrober fra området på det feltet som skal opereres. Dette er for å forebygge infeksjoner etter operasjonen. Den koordinerende operasjonssykepleier tilrettelegger for den sterile oppdekkingen og for det sterile utstyr som skal brukes. Oppstår det akutte situasjoner eller komplikasjoner under inngrepet, er det den koordinerende operasjonssykepleier som tilkaller den nødvendige hjelp og annet fagpersonell/utstyr. De to beskrevne funksjonene utfyller hverandre og er gjensidig avhengig av hverandre. Operasjonssykepleierne i teamet deler disse rollene seg i mellom.

På grunn av infeksjonsfaren som alle pasienter som gjennomgår et kirurgisk inngrep blir utsatt for, stilles det spesielle krav til personalet. Alle som skal inn i operasjonsavdelingen må ”sluse” seg inn, som vil si å skifte til rent/spesielt tøy og sko som kun skal benyttes inne i operasjonsavdelingen. Personalet må også være påpasselige med personlig hygiene. I vår globale verden er den økte forekomsten av smittsomme infeksjonssykdommer som multiresistente bakterier, virussykdommer, HIV, Aids, tuberkulose for å nevne noen, en utfordring som stiller nye krav og kunnskap til personalet i forhold til smitteforebyggelse.

Bare de siste årene har det vært en rivende utvikling innen den medisinske behandling. Grunnet den medisinsk-teknologiske utviklingen innen kirurgi kreves og forventes det at operasjonssykepleierne ytterligere spesialiseres innen de ulike kirurgiske seksjoner. Det kreves også at operasjonssykepleiere kontinuerlig er oppdatert på høyteknologisk utstyr. Ved SOP har operasjonssykepleierne ca 200 operasjonstekniske prosedyrer å forholde seg til. For 10 år siden ble operasjonssykepleierne seksjonert innen de ulike fagområder slik at de skulle kunne spesialisere seg innen et kirurgisk felt/seksjon. Dette er med på å heve kompetansen innen det spesialiserte fagområdet, noe som bidrar til økt trygghet og mestring for den enkelte operasjonssykepleier. Mestring kan virke som en motivasjonsfaktor i arbeidet og kan også bidra til at kvaliteten på behandlingen blir optimal. Til tross for at operasjonssykepleiere er tilknyttet spesielle seksjoner forventes det likevel at de skal kunne beherske de vanligste kirurgiske- og akutte inngrep.

## **2.5 Organisering av sykehusene i Østfold**

Før Helseforetakene ble organisert bestod Sykehuset Østfold av 5 sykehus. Halden, Moss, Askim og Sarpsborg fungerte som lokalsykehus, mens Fredrikstad var sentralsykehus. I 2003 ble all operativ virksomhet lagt ned ved Askim sykehus og overflyttet til Sarpsborg. Denne virksomheten utfører i dag kun dagkirurgi. Den ortopediske virksomheten ble i 2004 lagt ned i Halden og overflyttet til Moss sykehus. 01 05 2007 ble det foretatt en funksjonsfordeling ved Sykehuset Østfold der Sykehuset Østfold, Fredrikstad der fikk all kirurgisk akuttberedskap og Sykehuset Østfold, Moss kun fikk elektiv kirurgi.

## **2.6 Beskrivelse av utviklingen innen faget operasjonssykepleie**

Operasjonssykepleie som fag har vært i en kraftig utvikling de seneste årene. Dette på grunnlag av at det har skjedd mye når det gjelder nye operasjonsteknikker samt utvikling av nytt utstyr for å utføre disse teknikkene. Det er flere eldre med bedre helsetilstand enn tidligere. Vi stiller større krav til behandling, noe som vil bli et spørsmål om prioritering i økende grad i framtiden.

Når det gjelder den teknologiske utviklingen er det viktig å nevne laparoscopisk operasjonsteknikk (kikkhullskirurgi). Det er en teknikk som har vært i en kraftig utvikling og krever økt kunnskap og kompetanse. Denne teknikken medfører mindre kirurgisk snitt, kortere rekonvalisenstid/sykehusopphold, mindre smerter etter operasjonen og mindre komplikasjonsrisiko for pasienten. Innen ortopedisk kirurgi er det også mange nye kompliserte teknikker, mye nytt utstyr å forholde seg til og stiller derfor store krav til opplæring.

Alle områder innen kirurgien har utviklet spesialkompetanse. Det er ikke lenger nok og bare kunne de generelle operasjonene. Et eksempel er kompliserte underarmsbrudd der man tidligere implanterte 2 pinner for å holde brudd-endene sammen. Nå gjøres det i økende grad innsetting av plater med skruer som medfører en bedre bruddtilheling. Et annet eksempel er operasjoner av utposing på hovedpulsåren der man den siste tiden har utviklet en ny teknikk hvor man legger inn en stent via lysken. (Stenting er et hult rør som føres inn i blodåren og ekspanderes for at blodet skal føres gjennom). Dette inngrepet krever høy medisinskfaglig kompetanse av hele teamet og utføres på radiografisk avdeling.

Som en følge av nye operasjonsteknikker er det nødvendig å "leire" pasienten i mer spesielle leier. Det er viktig at pasienten ligger forsvarlig under hele inngrepet og at trykk- og nerveskader forebygges. Med leiring menes at pasienten ligger til rette slik at operatøren skal kunne ha den beste tilgang til det operative inngrepet. De spesielle leiene krever at operasjonssykepleieren har god kompetanse for å unngå å påføre pasientene trykk- og nerveskader.

Det stilles stadig større krav til operasjonssykepleiere når det gjelder dokumentasjon av våre arbeidsoppgaver. I 2000 ble det utarbeidet et omfattende dokumentasjonsskjema hvor vi dokumenterer vår operasjonssykepleie. Vi dokumenterer for eksempel leiring, trykkavlastning, kontrolltelling av alt utstyr/instrumenter som har vært i operasjonsområdet, samt elektromedisinsk utstyr som er brukt. Hensikten med dokumentasjonen er å sikre operasjonspasienten i forhold til eventuelle komplikasjoner/feilbehandling som kan oppstå, samt å ansvarliggjøre operasjonssykepleierne.

Innen smittevernarbeid og infeksjonssykdommer har også operasjonssykepleiefaget forandret seg mye de siste årene. Hygiene, smittevern og sterilitet er en av operasjonssykepleierens

viktigste funksjoner. Globaliseringen har gjort at mennesker forflytter seg på andre måter enn tidligere. På grunn av dette ser vi en økende grad av infeksjonssykdommer. Overforbruk/feilbruk av antibiotika har ført til at bakteriestammer er blitt resistente og vanskeligere å behandle. Økning av alvorlige infeksjoner som smitter via blod (Hepatitt, Hiv) har også økt. Konsekvensen for dette er at vi som operasjonssykepleiere må ta forhåndsregler i forhold til smitteforebyggelse både til pasienter og oss selv som helsepersonell. Faget har med andre ord utviklet seg fra å være generelt til å bli spesielt, noe som krever økt vedlikehold og utvikling av ny kompetanse.

## **2.7 Den formelle læring i operasjonsavdelingen**

SOP har et opplæringsprogram for nyutdannede/nyansatte. Operasjonssykepleierne er fra 3-6 måneder på hver seksjon for å få et visst innblikk i det spesielle på den enkelte seksjon. Opplæringsprogrammet kan legges til rette for den enkelte operasjonssykepleier dersom det er behov for det. Det følger med en sjekklister på hver seksjon som den nyutdannede selv har ansvar for å følge opp i denne perioden sammen med fagsykepleier på seksjonen.

Hver fredag har det vært avsatt tid til undervisning for alt personalet ved SOP. Undervisningen foregår mellom kl. 07.30 og kl.10.00. Under denne tiden er operasjonssykepleiere i beredskap dersom det er behov for akutt kirurgi. Undervisningen omhandler all læring som har med faget operasjonssykepleie å gjøre samt personaladministrative saker. Hver 12. fredag gjennomføres det undervisningsdager som er lagt inn i turnus. Operasjonssykepleierne er delt inn i 3 grupper og hver gruppe får den samme undervisningen i løpet av 3 uker. Disse dagene er ofte viet til undervisning av elektromedisinsk utstyr med et sertifiseringsprogram. Andre viktige temaer er hygiene, gjennomgåelse av prosedyrer, operasjonsteknikker, hjerte-lungeredning, medikamenter og fellesinformasjon med andre faggrupper. Det er ikke avsatt konkret tid til refleksjon mellom operasjonssykepleierne eller tilbud om sykepleiefaglig veiledning.

Operasjonsavdelingen har hatt et forholdsvis romslig kursbudsjett og det har vært et godt tilbud om eksterne kurs. Operasjonssykepleiere blir plukket ut til disse kursene etter ønsker og behov. Ofte har eksterne kurs vært lagt til helger. Operasjonssykepleierne fikk tidligere

avspasert lørdag men ikke søndag dersom de velger å dra på kurs. Når nytt utstyr skal introduseres i avdelingen er ofte leverandøren av utstyret interessert i å gi opplæring. Dette er også et krav fra brukerne. Ofte har det vært tradisjon på at opplæringen foregår på kveldstid, som med andre ord er på operasjonssykepleierens fritid. Opplæringstiden kan tas ut i avspasering på et senere tidspunkt, time for time.

## **2.8 Den uformelle læringen i operasjonsavdelingen**

Siden operasjonssykepleie er et praktisk utøvende yrke med bakgrunn i både teori og erfaring foregår det meste av læringen fra operasjonssykepleier til operasjonssykepleier i arbeidssituasjonen. Sykepleie har alltid vært preget av mester-svenn læring og med dette menes at en erfaren operasjonssykepleier er sammen med en uerfaren og gir praktisk opplæring. Denne overføringen av kunnskap er den viktigste måten operasjonssykepleiere lærer på.

Det har vært en god kultur på denne formen for kunnskapsoverføring i operasjonsavdelingen. Operasjonssykepleiere i samme team er gjensidig avhengige av hverandres kompetanse og det er viktig at kompetansenivået opprettholdes. Operasjonssykepleierne drar kontinuerlig nytte av hverandres kompetanse og ressurser. Det foregår hele tiden veiledning og refleksjon uten at det er avsatt spesiell tid til dette. Refleksjon skjer ofte i situasjonen og man ser, lærer og kommuniserer underveis eller reflekterer etter selve situasjonen. Et godt hjelpemiddel er de nedfelte prosedyrene for hvert enkelt inngrep som er et helt nødvendig verktøy i hverdagen.

På vakter har teamene vært sammensatt av operasjonssykepleiere tilhørende de ulike seksjoner og hensikten er at det alltid er en ressursperson i teamet fra hver seksjon. På denne måten er teamet i stand til å ta de fleste utfordringer fordi det alltid er en operasjonssykepleier som har kompetanse på hvert område. Det er fagsykepleier som har oversikt over den enkelte operasjonssykepleiers kompetanse og er den som avgjør sammensetningen av teamene. Med vakt mener vi kveld-, natt- og helgearbeid. På vakter er antall team redusert slik at seksjoneringen opphører. Operasjonssykepleierne må forholde seg til alle pasientgrupper da det kun er akutte operasjoner som utføres på vakttid.

### **3 TEORETISK PERSPEKTIV PÅ HELSEREFORMEN OG NEW PUBLIC MANAGEMENT**

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst, sier i Omstillingsprogrammet, nr. 1, mars 2008;

*”I løpet av 2008 skal Helse Sør-Øst vedta gjennomgripende omstillinger, og i årene fremover skal disse endringene gjennomføres. Modernisering av helsetjenesten er helt nødvendig for å skape et godt helsevesen for framtiden.”*

Videre sier hun at;

*”vi kontinuerlig må vurdere å overvåke at kvaliteten er god og at vi prioriterer riktig. For å etablere trygge og sikre helsetjenester må både brukere og ansatte involveres, og vi må utvikle oss som en lærende organisasjon.”*

Hvordan kan kvaliteten på våre tjenester ivaretas i denne omstillingsprosessen når vi samtidig ser at fokuset på effektiv ressursutnyttelse blir viktigere for hver dag som går? Det er grunn til å tro at det kan by på store utfordringer å opprettholde den faglige standarden for operasjonssykepleierne. La oss se litt nærmere på utviklingen av styringen av sykehus som er en følge av gjennomføringen av Helsereformen som ble innført i 2002.

#### **3.1 Bakgrunn for innføring av Helsereformen 2002**

Siden Sykehusloven kom i 1969 har helsevesenet vært preget av reformer og utviklingsarbeid. Virkemidlene for reformene har vært ulike, men bakgrunnen og målene kan sammenlignes uavhengig av hvilke politiske sammensatte regjeringer som har hatt makten. Det var i hovedsak kommunene og fylkeskommunene som styrte og bygget ut sykehus og dette er en av årsakene til at sykehusene har hatt en sterk lokal forankring. Det var staten som hadde ansvar for ressurs- og rammefordelingene. Fylkeskommunene og lokale interesseorganisasjoner ville gjerne utbygge og forbedre sykehusene for å ivareta et godt helsetilbud i sin region men ble ofte hemmet i sine planer av staten. Bekymring for kostnadsøkninger og dårlig ressursutnyttelse var ofte årsaken til at mange utviklingsplaner ble stoppet.

I forhold til store underskudd og forskjellige tilbud om pasientbehandling i de ulike fylkeskommunene, var det misnøye fra de sentrale myndigheter om de resultater som ble oppnådd. Det var også lange ventelister til noen typer behandling og ”korridorpasienter” var et utbredt problem (Helsereform - utfordringer og løsninger, Rapport nr. 15:2007).

Offentlig sektor ble sett på som for stor, lite effektiv, for lite fleksibel og for regelbundet med svak brukerorientering og ledelse. Det er politiske ledere som har kommet med denne kritikken og har krevd en raskere og mer variert, effektiv og målfokusert handling av offentlig politikk.

Grunntanken i det politiske styret i Norge bygger på sosialdemokratiske verdier og velferdsstaten er et produkt av denne tanken. I følge Ramsdal og Skorstad (2004) kom det fram et økende behov for å forandre organiseringen innen offentlig virksomhet, både fra de som ønsket å bygge ned velferdsstaten og de som ønsket å bevare den.

Det var på bakgrunn av denne kritikken at Helsereformen kom i 2002. Man hadde da sett at helsevesenet hadde behov for en modernisering for å styre mer kostnadseffektivt og samtidig sikre en god pasientbehandling. Tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skulle kombineres med rasjonell ressursforvaltning og helhetlig ledelsesmessig ansvar. Man så at helsevesenet ble for dyrt, lite effektivt og for lite pasientvennlig og man måtte gjøre noen endringer for å bedre dette. Hovedintensjonen med den nye Helsereformen var;

*-pasientens behov og ønsker skulle stå i sentrum*

*-sikre bedre helhetstenking*

*-gi større likeverdighet i pasientbehandlingen*

*-gi sikkerhet og trygghet for befolkningen*

*-gi mer effektiv frambringelse av helsetjenester*

(Helsereform, rapport nr.15, 2007:12)

Med virkning fra 01. 01. 2002 ble fylkeskommunene avløst som eiere av sykehusene.

Sykehusene ble da skilt ut fra forvaltningen som selvstendige helseforetak med egne styre og med staten som eier. Helseforetakene ble organisert i 5 regioner hvor hver region har en egen ”konsernledelse” som rapporterer til Helsedepartementet som nå utøver eierrollen.

Overordnede helsepolitiske mål og rammer fastsettes av staten og er grunnlaget for styring av

de enkelte foretakene. I siste del av 2007 ble helseregion Sør og helseregion Øst slått sammen til et helseforetak, Helse Sør-Øst. Staten er nå i en helhetlig ansvarsposisjon for Spesialisthelsetjenesten. Sektoransvar, finansieringsansvar og eierskapet er samlet på en hånd (Helsereformen 2002, 2.5.1).

### **3.2 Sentrale punkter i Helsereformen**

De statlige føringer knyttet til organisering, ledelse og pasientbehandling i sykehus framgår av flere styringsdokumenter som;

- Lov om spesialisthelsetjenesten.
- Lov om helsepersonell.
- Lov om pasientrettigheter.

Overnevnte dokumenter /lover inneholder sentrale punkter om ledelse, forsvarlighet og medisinskfaglig ansvar.

Før Helsereformen trådte i kraft har sykehusene så langt vært vanskelige å lede som følge av store underskudd, profesjonskamp, hyppige lederskifter og økende spesialisering samtidig som de har vært underlagt politisk styring. I en årrekke har sykehusene vært utsatt for omorganisering, motivert av diverse sparetiltak. I alle disse tilfellene er det gitt forsikringer om at effektiviseringen ikke skal gå ut over pasientene.

Sykehusene pålegges ansvar og organisering av drift, og et av hovedpunktene for Helsereformen er at sykehusene må settes i stand til å kunne utøve denne jobben. Ved å organisere sykehusene som helseforetak skal de myndiggjøres ved at de gis klarere roller og med direkte ansvar for helsetjenestens ressurser. Arbeidsgiveransvar for egne medarbeidere og ansvaret for egen økonomi er derfor en sentral effekt av Helsereformen (Helsereformen 2002, 2.5.2).

Vi ser at sykehusene nå begynner å te seg som bedrifter for å få kostnadskontroll og næringslivsspråket er på vei inn. Nå snakkes det om produksjonsheter med resultatansvar.



Pasienter kan nå velge fritt hvilket sykehus han/hun ønsker å la seg behandle på. En konsekvens for de enkelte sykehus vil bli konkurranse offentlige sykehus imellom og konkurranse fra private klinikker/sykehus. For å få kortet ned ventelistene gir staten konsesjon til private aktører på linje med offentlige sykehus. Dette gjelder i første omgang elektive operasjoner. Konsesjonen til private aktører vil være avhengig av hvilket politisk parti som er i regjering. Det sees en økning av markedsføringen av behandlingstjenester. Sykehus som er flinke til å rekruttere pasienter får økt inntjening via DRG (Diagnose relaterte grupper) og ISF (Innsatsstyrt finansiering). Bortfall av etterspørsel og dermed redusert operativ aktivitet vil medføre inntektsreduksjon for sykehusene.

Regjeringens ambisjoner med Helsereformen, som bl.a. inneholder den nye loven om helseforetak er ment å gi helsetjenesten et moderniserende innhold. Selv om reformen både er en eierreform og ledelsesreform er det også en innholdsreform som legger vekt på økt tilgjengelighet, kvalitet og omsorg som skal kombineres med effektiv ressursutnyttelse.

### **3.3 New Public Management**

New Public Management (NPM) kan forstås som en reaksjon eller kritikk mot organisasjonsformer som tidligere ble benyttet i offentlig sektor. Det var på bakgrunn av denne kritikken at Helsereformen kom i 2002. Man hadde da sett at helsevesenet hadde behov for en modernisering for å styre mer kostnadseffektivt og samtidig sikre en god pasientbehandling. Tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skulle kombineres med rasjonell ressursforvaltning og helhetlig ledelsesmessig ansvar. Man så at helsevesenet ble for dyrt, lite effektivt og for lite pasientvennlig og man måtte gjøre noen endringer for å bedre dette.

NPM er som tidligere nevnt en samlebetegnelse på en internasjonal trend for modernisering av offentlig virksomhet. Fremveksten av NPM har blitt beskrevet av enkelte observatører som et brytningspunkt innen offentlig forvaltning i forhold til styring og ledelse (Øgård 2002). Det hevdes at NPM ikke bare handler om ledelse, men er et helhetlig politisk moderniseringsprogram for offentlig sektor der den økonomiske tankegang er liberal og står sentralt (Byrkjeflot 1997). Ifølge Skorstad og Ramsdal dreier NPM seg om;

*”et sett av ideer som utgjør et løst sammensatt grunnlag for konkrete endringsprosesser.” (Ramsdal, Skorstad 2004:58)*

Ifølge T. Christensen er hovedinnholdet i NPM i utgangspunktet en reformbølge med mange ulike reformelementer. Elementene henger ikke sammen i et målrettet og konsistent system, men representerer enkelte reformideer som dominerer. I varierende grad er praktiske reformer tett koplet på disse ideene, som f.eks. Helsereformen. Christensen sier videre at et viktig trekk i NPM er økt fokus på effektivitet og utfordrer offentlig sektor i forhold til den tradisjonelle organiseringen. Dette kommer til uttrykk i forhold til f.eks. politisk lojalitet, effektivitet i beslutninger og faglig kompetanse (Christensen, forelesningsnotater OLU, 2003).

Det er etter hvert blitt stor enighet om at New Public Management består av 6 grunnelementer:

1. *Vektlegging av økt økonomisk kostnadbevissthet/ effektivisering, der argumentasjonen er basert på modeller fra private bedrifter*
2. *Vektlegging av et ”brukerperspektiv”*
3. *Innføring av nye organisasjonsmodeller, kjennetegnet ved ”divisjonalisering” og resultatenheter*
4. *Helhetsledelse/totalansvarsledelse-”managementsledelse”*
5. *Målstyring som viktigste planleggingssystem*
6. *Resultatevalueringssystem som kobler mål og resultatvurderinger*

(Ramsdal, Skorstad 2004:61)

I punktene under vil vi kommentere noen faktorer som ligger innenfor ovennevnte grunnelementer og knytte disse opp mot Helsereformen og vår oppfatning av sykehusdrift.

### **3.4 Kostnads- og formålseffektivitet**

I flere tiår har oppfatningen vært at det offentlige helsevesenet har vært preget av å være ineffektivt organisert, lite dynamisk og lite effektivt, blant annet som en følge av at motstridende, styrende og sterke krefter (profesjoner) til dels har vært dominerende. Behovet for en mer effektiv kostnadskontroll og bruk av ressurser danner grunnlaget for at en modernisering har tvunget seg fram (Ramsdal, Skorstad 2004). I vår globaliserte verden med

økt konkurranse, knappe ressurser og økte krav fra brukerne av offentlig sektor er søkelyset rettet mot kostnadseffektivitet, produktivitet og markedsorientering.

Innen private virksomheter ser man en stadig økende konkurranse der hovedfokus er høyest mulig profitt med minst mulig kostnader for bedriften. Man snakker da om varer og tjenester i et fritt marked som drives av kundenes betalingsvilje. Målet er å skape effektiv flyt i produksjonen. Vi ser at ”næringslivsspåket” er på full fart inn i den offentlige virksomhet og velferdsstaten.

Innenfor effektivitetstankene av NPM ser man likheter med teorier Fredrick Taylor var opphav til i begynnelsen av forrige århundre. Hans teorier gikk ut på å standardisere arbeidsprosesser og å kontrollere arbeidsmåten på ved hjelp av tids- og bevegelsesstudier. Studiene ble gjort for det meste innenfor fabrikkproduksjon for å komme fram til den mest effektive arbeidsmåten. Fram til midten av 1900-tallet hadde Taylors teorier innflytelse også innen offentlig administrasjon. I vår tid vises dette ved at organisasjonene analyserer og rasjonaliserer ved hjelp av mål og resultatstyring for å drive mest mulig effektivt (O. Lian 2007).

Man søker å fremme to typer effektivitet, kostnadseffektivisering og formålseffektivitet. Med kostnadseffektivitet menes at man søker etter å ”gjøre tingene på en riktig måte”. Det handler om å effektivisere drift/produksjon ved god organisering. Det handler om å bruke ressursene på en slik måte at man får mest mulig igjen for pengene. Innen offentlig sektor menes det at flest mulig yter godt av det man har til rådighet av ressurser. På en operasjonsavdeling kan riktig ressursutnyttelse blant annet innebære flere pasienter blir operert og ventetiden på operasjoner kan bli redusert.

Med formålseffektivitet forstår vi at virksomheter skal sikre best mulig måloppnåelse for den drift man skal iverksette (Ramsdal, Skorstad 2004). Et formålseffektivt grep som har fått fokus innen offentlig virksomhet etter at Helsereformen ble innført er standardisering i form av prosedyrer og retningslinjer som et utgangspunkt for drift og organisering. Målet er best mulig kvalitet på de tjenester som ytes og ivaretagelse av faglig forsvarlighet. Dette står i sammenheng med sykehuset Østfolds elektroniske kvalitetssystem som ble innført etter at Helsereformen trådte i kraft. En annen gevinst av denne formen for formålseffektivitet er at

oppgavene blir mer forutsigbare og kjente og sikrer at personalet raskt kan sette seg inn i de ulike prosedyrene.

Etter innføringen av Helsereformen er det de sentrale myndigheter som legger føringer for overordnede politiske beslutninger for helseforetakene for å oppnå økt formålseffektivitet. Et eksempel på dette er funksjonsfordelingen som ble foretatt i sykehuset Østfold 01. 05. 2007, der all akuttkirurgi ble lagt til sykehuset Østfold, Fredrikstad. En av hensiktene for Helsereformen er sterkere styringskontroll fra det politiske system som nå er iverksatt. I Helsereformen står det;

*”Overordnede helsepolitiske mål og rammer vil fastsettes av Staten og vil ligge til grunn for styring av foretakene.” (Helsereformen 2002:2.5.1)*

Tidligere har profesjonsgrupper innen helsesektoren hatt stor innflytelse over beslutninger og tiltak i kraft av sin fagposisjon. Blir profesjonsgruppene for sterke i offentlig virksomhet vil beslutningsprosessene påvirkes og føre til mindre gjennomslagskraft fra politikernes ønsker.

Man ser en klar tendens til å ”bygge ned” profesjonens makt -hierarki til fordel for en lettere gjennomføring av modernisering gjennom Helsereformen. Ramsdal, Skorstad 2004 sier at dette i praksis innebærer at man må bruke ”mer muskler” for å kontrollere ressursbruken for offentlige virksomheter.

### **3.5 Vektlegging av brukerperspektiv**

Det å basere seg på et brukerperspektivet betyr at det er brukerne av tjenestene som bestemmer hvilke ønsker som skal ivaretas og hva som skal vektlegges av de tjenester som det offentlige skal tilby når det gjelder tilgjengelighet, omfang og kvalitet på tjenester. Tilnærmingen innebærer at det offentlige framstår som et ”supermarked”. Det hersker med andre ord en oppfatning om at virksomhetene vil levere bedre tjenester når de utsettes for konkurranse (Ramsdal, Skorstad 2004).

I denne bolken av NPM elementer rettes oppmerksomheten mot tiltak for hvordan man kan øke brukernes innflytelse og medvirkning i forhold til organisasjonens

innrettelse/organisering. I Helsereformen kommer det klart til uttrykk en fokusering på bruker/borger. Bakgrunnen er at offentlig forvaltning har lagt for liten vekt på informasjon fra hva som er brukernes interesser og behov. Man gjenkjenner kjente begrep og måter å forholde seg til service- og kunderelasjoner fra det private næringsliv og forsøker å tilpasse disse til offentlig virksomhet ved økt fokus på brukerne. Disse finner vi igjen som kjente elementer i NPM som for eksempel ”valgfrihet” eller service-garantier (Øgård 2002).

Med bakgrunn i Pasientrettighetsloven som trådte i kraft 1. januar 2001 kommer det fram at pasienten har rett til å velge sykehus på samme behandlingsnivå innført på generell basis. Dette kan bety at sykehus kan ”velges bort” av pasienten. Bostedsfylket/sykehusene vil imidlertid ha betalingsforpliktelsen. En utfordring for helsetjenesten i fremtiden vil være å sikre kvalitet på gitte tilbud til pasientene. Ut ifra utdrag av Helsereformen kommer det fram at fremtidens pasient vil kreve dokumentasjon for kvalitet og sikkerhet (Helsereformen 2002). Vår forståelse er at dokumentert kvalitet og måten dette formidles på vil være et fortrinn for sykehus i konkurransen om pasientens valg av behandlingssted. Et eksempel på en slik dokumentasjon vil være infeksjons- og komplikasjonsregistrering som nå er i ferd med å utvikles.

### **3.6 Innføring av nye organisasjonsmodeller**

NPM reformer knyttes til hyppige implementeringer av organisasjonsløsninger for å få en mer effektiv organisering av virksomhet innen offentlig sektor. Svært ofte ”hentes” konsulentkonsepter fra det private næringsliv som så tilpasses og implementeres i offentlig virksomhet. Noen blir populære og får mye oppmerksomhet inntil en ny variant dukker opp.

I følge Ramsdal, Skorstad (2004) blir denne bruk av moderne organisasjonsmodeller innen offentlig virksomhet betegnet som ”fragmentering”. Med dette forstår vi det som at man tar ut ulike deler av en eller flere teorier/løsninger og setter disse sammen som en metode med varierende hell.

Konsernorganisasjon som en teori startet innen private virksomheter. Innføring av konsernorganisering i offentlig virksomhet er selve kjernen i moderniseringsprosessen. For det første ved at modellen konsernorganisasjon er velutviklet og utprøvd i store private

virksomheter. For det andre blir det stilt krav til organisering av offentlig virksomhet og man søker etter å ”luke vekk” særtrekk som hindrer en effektiv produksjon.

Denne modellen gjenkjennes ved flere særtrekk og vi ser en tydelig likhet med hvordan helseforetak er organisert. I 1980 årene ble ”konsernmodeller” innført ved flere sykehus i Norge, men den har etter Helsereformens innføring og organisering av helseforetak, fått en mer helhetlig organisatorisk styringsform. Som vi skal komme tilbake til senere gjøres dette bl.a. for å styrke/effektivisere beslutningsprosesser i organisasjonen ved å koordinere de ulike ledelseshierarkier på en annen måte.

Modellen ”konsernledelse” dreier seg om en divisjonalisering av virksomheten. Styringsmekanismene innen offentlig sektor, og sykehusene, har tradisjonelt vært dominert av et tungt byråkratisk hierarki med formelle regler og rutiner samt en direkte regulering. Den norske statsviteren Harald Gammelsæther (2002) hevder at det er en underliggende konsernlogikk som nå gjøres gjeldene. Han sier at denne logikken viser at modellene som observeres henger sammen ved at:

*”..den underliggende og grunnleggende ideen er at en skal effektivisere beslutningssystemene slik at de blir like effektive som i privat sektor.”*  
(Ramsdal, Skorstad 2004:70)

Ved å innføre divisjoner under en konsernledelse innebærer det mindre aktiv styring av drift fra den overordnede ledelse for å redusere belastningen. Det man vil oppnå med denne modellen er desentralisering av drift og beslutningsprosesser, en formåls effektivisering av tilpassninger til økonomiske rammer som for eksempel sammenslåing av sykehus, nedleggelse av avdelinger osv. Konsernledelsen kan dermed ta overordnede/ofte upopulære beslutninger uten at belastningen blir for stor.

### **3.7 Desentralisering av ledelse**

Et av hovedelementene i Helsereformen er at man gjennom desentralisering blant annet ønsker å oppnå bedre omstillingsevne og mindre byråkrati. Et annet kjennetegn på ”konsernmodellen” er å styrke nivået fra divisjonsdirektør og ned til avdelingsnivå. Det ønskes et totalansvar for ledelse innen den enkelte divisjon. Utgangspunktet for

totalansvarsledelse er å gjøre organisasjonen mer dynamisk med lederen i sentrum. Det stilles resultatkrav og måloppnåelse samtidig som det gis tilretteleggelse og rom for utøvelse av ledelse.

Ved at ledere gis mulighet til å lede ligger en økt vekt på desentralisering og delegering av ansvar og myndighet fra politiske til administrative styringsnivåer og til de enkelte helseforetak. Desentraliseringen vil gi ledere på de enkelte nivåer ansvar for sine budsjetter, personalpolitikk og kompetanseutvikling (Byrkjeflot 1997). Argumentet er at det vil gi en mer effektiv og bedre styring samt gi mer frihet og inspirerende oppgaver for ledere på de enkelte nivåer og medarbeiderne (Christensen, forelesningsnotater OLU, 2003).

Hvilke krav som skal stilles til de som skal lede andre er et aktuelt tema i offentlig sektor. At man som leder er den dyktigste på sitt fagfelt eller at man er tildelt myndighet fra nivåer høyere i hierarkiet er ikke lenger tilstrekkelig (Byrkjeflot 1997:419). Profesjonalisering av lederrollen er et kjennetegn ved NPM, og ifølge Byrkjeflot (1997) er kjennetegnet på profesjonell ledelse at det er ledelsesfunksjonen i seg selv som er blitt faget. Det fokuseres på lojaliteten overfor organisasjonens mål og resultatkrav og det stilles større krav til utvikling av strategier i forhold til endringer i omgivelsene og til tilpasninger i organisasjonen. Dette kan bety at det for slike ledere kan være lettere å bryte med sosiale relasjoner og med etablerte rutiner/arbeidsdeling, samt ivaretagelse av likebehandlingshensyn (Byrkjeflot 1997:425). Nå ser man imidlertid en tendens til at man går tilbake på dette. Man har sett at det er en fordel at profesjonene ledes av sine egne men at det stilles større krav til lederutdanning.

### **3.8 Mål og resultatstyring som planleggingssystem**

Ifølge Christensen er det et hovedtrekk i NPM en økt vektlegging på klare mål, riktige virkemidler og på resultat. Han sier videre at prosessen frem til måloppnåelse er mindre viktig enn å ha fokus på resultatet (Christensen, forelesningsnotater OLU 2003). Vi forstår dette som at lederstilen og hvilke metoder lederen for en resultatenheter bruker for måloppnåelse blir mindre viktig for arbeidsgiver enn resultatorienteringen.

For all ledelse i sykehus er utgangspunktet pasientens behov for medisinsk behandling og pleie. Målet er at pasientens behov skal prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester. Overordnede mål som er vedtatt i Stortinget er rett til medisinsk behandling og pleie, juridiske rettigheter og tilgjengelighet. For å imøtekomme dette er sykehusene pålagt å drive slik at dette blir oppfylt (Helsereformen 2002:2.1.1). Christensen og Læg Reid (1998) beskriver et sett av elementer for mål- og resultatstyring som en styringsform som henger sammen i en prosess og plan. En annen måte å beskrive målstyring vil være;

*”Å synliggjøre ledelse ved å utvikle ledelsesprosesser der så mange som mulig ser sammenhengen mellom mål og budsjetter, tiltak for å nå disse og de resultater dette fører til.” (Ramsdal, Skorstad 2004:75)*

En operasjonalisering av mål innen sykehusforvaltning vil være å bruke indikatorer for mål og resultatstyring/vurdering. Vi ser en utstrakt bruk av denne form for målstyring for å dokumentere drift for å få en vurdering av effektivitet. En indikator for å operasjonalisere et mål vil for eksempel kunne være måling av ”knivtid” på en operasjon. ”Knivtid” er et godt kvantitativt målingsparameter, men sier ingenting om tidsbruk i forhold til forberedelse og avslutning av inngrepet eller hvordan kvaliteten på behandlingen har vært. Ramsdal, Skorstad beskriver at en forenkling av operasjonaliserte målformuleringer ved indikatormålinger er en utfordring innen helsevirksomhet. Som vi ser i eksempelet ovenfor er en indikator på ”knivtid” en forenklet måte å måle en kompleks operasjon der mennesket er i sentrum.

Det å måle effekter og resultater i offentlig sektor er vanskelig og det er mange grunner til dette. Det er viktig å ha det klart hvilke kriterier som skal brukes for å vurdere om en offentlig organisasjon fungerer godt eller dårlig. I sykehus vil resultatene være lett målbare fordi driften kan sammenlignes med en bedrift. Det kan måles i antall pasienter som blir operert, knivtid, seansetid og byttetid. Alle parametrene med samme målingshensikt kan knyttes til lønnsomhet og dermed beskrive hvor effektiv driften er. Siden pasientdiagnosene er tildelt DRG, vil en lett kunne se inntjening. Resultatene sier imidlertid ingenting om kvalitet, infeksjoner eller komplikasjoner.



### 3.9 Kan kvalitet måles?

Som vi beskrev innledningsvis har vi en oppfatning om at det økte kravet til effektivitet kan få konsekvenser for kvaliteten på våre tjenester dersom fagutvikling og læring nedprioriteres. Et av hovedmålene i Helsereformen er å sikre kvaliteten på helsetjenestene.

Operasjonssykepleiernes verdigrunnlag er å gi pasienten den beste mulige behandling ut ifra våre Yrkesetiske Retningslinjer, Funksjonsbeskrivelser, Lover- og Retningslinjer og faglige standarder. På bakgrunn av dette verdigrunnlag vurderer operasjonssykepleieren hva som er en god behandling.

*”Hva som er godt eller dårlig, er i svært mange tilfeller et spørsmål om verdier, normer, smak og skjønn.” (Skorstad, Ramsdal 2004:204)*

I styring av sykehusenes aktivitet har man til nå nesten bare tatt hensyn til de kvantitative måleparametrene som benyttes for å gi gir svar på lønnsomheten og produktiviteten. På denne måten blir fokus på hvor mye som utføres og hvor effektiv driften er. Samtidig sier det lite om hvordan oppgavene blir utført. Etter innføringen av Helsereformen og den innsatsstyrte finansieringen ser det ut til at det er de kvantitative elementene som får mest oppmerksomhet fremfor de kvalitative, samtidig som at kravet til kvalitet skal opprettholdes. Det finnes til nå ingen nasjonale standarder for måling av kvalitet, som f. eks komplikasjoner etter operasjoner. Ved at befolkningen ikke har kjennskap til behandlingsresultatene ved de enkelte sykehus vil fritt sykehusvalg kunne være en illusjon. Det er det målbare som viser en organisasjons suksessfaktor og dermed grad av lønnsomhet og det finnes intet system som belønner god kvalitet økonomisk eller på andre måter. Dette til tross for at Helse Sør-Øst sier i plan for strategisk utvikling 2009-2020, at fremtidig utvikling og omstilling i Helse Sør-Øst først og fremst handler om kvalitet og sikre riktige prioriteringer.

I Helsereformens omtale av kvalitet defineres kvalitet som et begrep som er målbart. Den legger føringer for hvordan man kan måle kvalitet med ulike parametere og det er startet opp et arbeid med å utvikle nasjonale helseindikatorer for kvalitet for behandling av pasienter (Helsereformen 2002:2.7.2). Ett eksempel på en helseindikator vil være infeksjonsregistrering. En annen form for helseindikator vil være avviksmeldninger som kan brukes i forbedringsarbeid for behandling av pasienter.

En ensidig fokusering på kvantitative målinger ser ut til å være i tråd med NPMs måte å lede organisasjoner på, ved mål- og resultatstyring. Aadland (2004) sier at kvantitative målinger er nyttige i sammenhenger med for eksempel endringer av organisasjoner/praksis. Men en ensidig fokusering på det målbare vil kunne gi en uheldig retning av vår behandling av pasienter. Det er derfor viktig å kombinere kvantitative målinger med kvalitative analyser der verdirefleksjoner blir inkludert (Aadland 2004:178).

Deal og Kennedy sier;

*”Verdier er grunnfjellet i enhver bedriftskultur. Verdier fungerer som essensen i bedriftens filosofi for å oppnå suksess, ved at de gir en følelse av felles retning for alle ansatte samt retningslinjer for de daglige aktivitetene.”*

*(Jacobsen og Thorsvik 2002:127)*

Flere organisasjonsforskere mener at etter innføringen av Helsereformen og moderniseringen av offentlig sektor, kan det bli en konflikt mellom Helsereformens og institusjonens verdier. Lian (2007) sier at årsaken til dette misforholdet er når styringssystemer fra privat sektor skal overføres til offentlig sektor. Dette kan bli en stor utfordring for utviklingen av helsevirksomheter i tiden framover.

### **3.10 Kritikk av Helsereformen**

Etter at Helsereformen trådte i kraft 2002 har man sett stadig omorganiseringer og omstillinger for å nå de målene reformen hadde som utgangspunkt. Som tidligere har nevnt var reformens overordnede målsetting at helsetjenestens innhold skulle bli bedre sett fra pasientens ståsted ved blant annet å ha fokus på uakseptable ventetider, overbelegg samt ulike behandlingstilbud.

I den senere tid har det vært stort fokus på de økte utgiftene til sykehusene. I Aftenposten 07. 08. 2009 stiller Endresen og Gullestad spørsmål om dagens finansieringssystem (IFS) er kostnadseffektivt. Som tidligere nevnt ble ISF innført for å øke pasientbehandlingen, noe som også fant sted, med refusjon av deler av utgiftene basert på DRG- systemet. Endresen og Gullestad sier at ISF-systemet resulterer i en ineffektiv bruk av ressursene ved at økte midler brukes til kontroll, måling og dokumentasjon. Dette har ført til en økning i administrative

stillinger innen helsevesenet. I norske sykehus er det langt flere administrative stillinger (10417) enn f. eks leger (8729). Dette er tankevekkende når intensjonen med innføringen av Helsereformen var å oppnå mindre byråkrati og bedre omstillingsevne gjennom desentralisering. Inntil i dag har de mange utviklingsprosessene bidratt til et økt byråkrati og vært toppstyrt med en økt kontroll og rapportering, samt en vurdering av sykehusstrukturen.

Både politikere og fagpersonell har stilt seg kritiske til Helsereformens virkninger. I en artikkel i Overlegen, 01. 04. 2008, uttaler Hans Petter Næss blant annet at færre og færre ledere i organisasjonen ser ut til å forstå hva som skal til for å oppnå kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen. Han hevder videre at man ikke kan sammenligne helsetjenester med varer i et fritt marked. De etiske og de politiske verdiene i forhold til helsetjenester vil alltid være styrende på lik linje med de økonomiske. Helseforetakene drives for å gi befolkningen et best mulig og lik tilgang på helsetjenester ut i fra den enkeltes behov.

Man ser en økt bruk av konsulentvirksomhet for å innføre nye løsninger/tiltak for å effektivisere/omorganisere for å oppnå budsjettkontroll. Kritikere sier det er et dilemma når de politiske myndigheter krever ”kostnadskontroll” samtidig som de gir løfter om garantier for ventetider og førsteklasses kvalitet.

I Aftenposten 18. 07. 2009 ble drift av sykehus i Skottland omtalt og det ble hevdet at de fikk budsjettkontroll først etter at markedsmekanismene, et system med ISF, ble erstattet av et plansystem.

## 4 LÆRING

### 4.1 Helsereformens syn på kompetanseutvikling

Innen utvalgte områder i Helsereformen for satsing fremover ønsker vi å trekke frem et sentralt punkt, nemlig etterutdanning – livslang læring.

*”Helsetjenesten er særdeles personellintensiv og kvaliteten på de tjenester som tilbys er avhengig av at personellet til enhver tid har oppdaterte kunnskaper og holdninger. Fordi dynamikken og omløpshastigheten for kunnskaper og ferdigheter er tiltagende, blir behovet for kontinuerlig oppdatering og kompetanseutvikling av personellet tilsvarende viktig.”*  
(Helsereformen 2002:2.7.2)

Utviklingen fører til at arbeidet innen helsesektoren blir mer og mer komplisert, og behovet for kontinuerlig oppdatering /opplæring blir derfor vel så viktig som tidligere. Det er spesielt to hensyn Helsereformen er opptatt av:

1. At det er mulig for helsepersonellet å være à jour i forhold til aktuelle kvalitets- og kompetansekrav
2. At helsepersonellet gis mulighet til å følge med i den faglige utviklingen for å kunne ta stilling til etablert praksis i lys av nye metoder og ny kunnskap

(Helsereformen, 2002)

Det kommer videre fram at det er behov for et system med kontinuerlig kompetanseutvikling av de ulike grupper av helsepersonell. For å opprette slike læringssystemer har de enkelte helseforetakene et viktig ansvar for at dette etableres i samarbeid med høyskoler og medisinske fakultet. Helsereformen har fokus på IKT og nettverksbaserte løsninger for læring, som f. eks E-læring. Målet er blant annet å binde sammen helsepersonell i et lærende felleskap der en kontinuerlig kvalitetsforbedring og vilje til omstilling er ønsket.

## 4.2 Kompetanse

Kompetanse er et begrep som brukes i mange ulike sammenhenger. I dag ser vi kompetanse bli benyttet i mange ulike situasjoner for å beskrive opplæring, utdanning, ferdigheter eller kunnskaper. Innenfor mange virksomheter vil man finne ulike ”kompetansesentre” for ulike fagområder. Et eksempel på dette er Sykehuset Østfolds ”kompetansevarehus”, som planlegger og distribuerer kurs/opplæring til de ansatte.

Dalins beskrivelse av kompetansebegrepet skiller mellom en persons personlige forutsetninger og kompetanseelementer som kan utvikles gjennom læring. Med personlige forutsetninger mener han evner og talenter, personlighetstrekk, motivasjon og energi som viktige elementer. Han beskriver evner og talenter som egenskaper man er født med som får innvirkning på hvordan ferdigheter utvikles og tilegnelse av kunnskap.

Personlighetstrekk sier han er grunnleggende egenskaper som kan være stabile hele livet. Egenskaper som å være kreativ, analytisk og verbal er viktig og vil kunne bidra til en raskere læring. En person som er motivert vil bruke sin kompetanse mens en umotivert person vil gjøre det motsatte. Endring av motivering og energi kan finne sted og i den sammenhengen er det forutsetningene å benytte en persons kompetanse som blir påvirket, ikke selve kompetansen (Dalin, 1999:25).

Ordet kompetanse fikk sin opprinnelse fra det latinske verbet *competere* som betyr ”å komme sammen”. Senere er det også brukt om å streve eller kjempe sammen. Begrepet finner vi også i det engelske ordet ”*competition*” som betyr å konkurrere. Slik vi forstår det har kompetanse med mestring å gjøre. Kompetanse kan betraktes som en drivkraft i organisasjonens utvikling. Odd Nordhaug (1998) sier dette om utvikling av kompetanse;

*”En grunnleggende observasjon er at all utvikling av kompetanse må gå veien om individnivået eller de menneskelige ressurser.” ( Norhaug 1998:36)*

Ut i fra litteraturen er det flere måter å definere kompetanse på avhengig av hvilket fagområde som beskrives og hvilke elementer som inkluderes. Vi har valgt å forholde oss til to definisjoner. Dalin inkluderer følgende elementer i begrepet kompetanse:

*”Kunnskaper, ferdigheter, holdninger, innsikt og bruk av andres kompetanse.”  
(Dalin 1999:25)*

Med kunnskap menes opplysninger om fakta, systematisering og faglig analyse av teori eller av erfaringer. Praktisk kunnskap inkluderes også i kunnskapselementet. Ferdigheter deles inn i teknisk, kognitiv og sosial art. Teknisk ferdighet innebærer den praktiske utførelsen av arbeidet, den kognitive ferdighet er evnen til å analysere, og samhandling med andre mennesker innebærer den sosiale ferdigheten. Holdninger representerer verdier som har betydning for forståelsen av omverdenen, faglige valg og personlig væremåte. Det er holdningene som styrer hvordan et menneskes kunnskaper og ferdigheter kommer til uttrykk i praksis.

Innsikt er den forståelsen man får gjennom innlevelse i et fagområde, en sosial situasjon eller et arbeid. Forståelsen for hvordan helheter og detaljer påvirker hverandre eller henger sammen og praktisk forståelse for utøvelse av kvalitet i arbeidet, avhenger av den enkelte menneskets innsikt. Den innsikten et menneske innehar, har derfor betydning for de andre kompetanseelementene og de personlige forutsetninger. Bruk av andres kompetanse er den av elementene som supplerer egen kompetanse ved å danne nettverk med andre personer. Dette kommer til uttrykk ved å vekselvis benytte hverandres kompetanse i ulike sammenhenger. Dette kompetanseelementet får mer og mer oppmerksomhet og har økende betydning for læring i organisasjoner der kompleksiteten er stor.

Nordhaugs (2004) begrepsmodell av kompetanse består av tre hovedelementer, kunnskaper, ferdigheter og evner. På dette grunnlaget defineres kompetanse som:

*”Kunnskaper, ferdigheter og evner som kan anvendes til å utføre arbeid.”  
(Norhaug 2004:29)*

Denne begrepsdefinisjonen inneholder ikke begrepene holdnings- eller innsiktselementene, slik Dalins (1999) definisjon av kompetanse gjør. Nordhaug (2004) sier likevel at det finnes gode argumenter for å inkludere disse elementene, spesielt innenfor omsorgs- og serviceyrker.

Vi støtter Dalins (1999) utvidede begrepsdefinisjon som også har med holdninger og innsikt som elementer. Begrunnelsen for dette valget er at vi som operasjonssykepleiere har et

kunnskapsgrunnlag der verdier, holdninger og innsikt har en sentral betydning i utøvelse av sykepleiefaget.

### **4.3 Formell kompetanse og real kompetanse**

Litteraturen skiller mellom to former for kompetanse, realkompetanse og formell kompetanse. Med formell kompetanse menes den kompetansen som er forankret i vitenskapelig arbeid, altså den kompetansen individet har tilegnet seg via formell utdanning. Den formelle kompetansen er de kunnskaper og ferdigheter som kan dokumenteres gjennom dokumenter som offentlige eksamener og utdanning. Med realkompetanse menes hva en person reelt kan for å fungere godt i sitt arbeid. Denne kompetansen utvikles kontinuerlig gjennom læring og erfaring på basis av praktisk yrkesutøvelse.

### **4.4 Organisatorisk kompetanse**

Forskning viser at det er et økende behov for å utvikle læreprosesser som kan fremme og forholde seg til endringer og utvikling i organisasjonen. Skal organisasjonen henge med i den teknologiske utvikling og med organisasjonsmessige endringsprosesser er det derfor nødvendig og å utvikle en kapasitet for læring på alle nivåer. Det er nødvendig med en langsiktig planlegging av og investering av kompetanseressurser. Det poengteres at de organisasjoner som ofte skjærer ned på kompetanseutvikling er de som ofte har mest behov for å utvikle de menneskelige ressursene. B. Baklien (1987) sier at utvikling av en innebygget læringskapasitet hos organisasjoner, grupper og individer er utvikling av de menneskelige ressurser. Å forankre og lagre individuelle erfaringer i organisasjonen er vesentlig i forbindelse med organisasjonens totale kompetanseutvikling. Dette er viktig for å sikre at erfaringene blir tilgjengelige for så mange medarbeidere som mulig.

Arne Orvik (2004) sier at den organisatoriske kompetansen har to ulike former, organiseringskompetanse og organisasjonskompetanse. Han beskriver organiseringskompetanse som organisasjonskunnskap i handling. Evne til omstilling og ivaretagelse av rollen som arbeidsleder, er beskrivende for en slik kompetanse. Kompetanse

er forankret i individer, fagmiljø og organisasjoner og organiseringskompetanse innebærer derfor involvering i organisasjonens prosesser og utvikling. Spesielt gjelder dette innen samhandling, ledelse og endring. Dette er i tråd med Helsereformens syn på kompetanseutvikling i forhold til organisasjonsutvikling og omstillingsprosesser.

Organisasjonskompetanse er i følge Orvik (2004) forståelsen av organisasjonen. Et eksempel på dette kan være en operasjonssykepleier som må ta hensyn til pasienten, egen arbeidssituasjon og krav til effektivitet på en reflektert måte. Vi ser at i hverdagen er det mange utfordringer og vi vil slutte oss til filosof Tore Frosts utsagn ”*Organisatorisk kompetanse er å sette navn på dilemmaer*” (Arne Orvik 2004:37).

#### **4.5 Særpreget ved operasjonssykepleierens kompetanse**

Den formelle kompetansen til operasjonssykepleiere er 3-årig høgskoleutdanning innen sykepleie. Videre kreves det minst 2 års praksis innen generell sykepleie. Videreutdanning i operasjonssykepleie består av 18 måneders høgskoleutdanning.

Den realkompetansen som særpreger operasjonssykepleierfaget er de erfaringer og holdninger vi tilegner oss i vår praksis. Vi henviser til kap.2.2 der vi har gitt en beskrivelse av det særegne for en operasjonssykepleiers funksjonsområder. Med bakgrunn i operasjonssykepleierens funksjonsområder vil det være vanskelig for sykepleiere uten denne spesialkompetansen å ivareta den akutt/kritisk syke pasient.

For å tilegne seg kompetanse som operasjonssykepleier vil læring være en kontinuerlig prosess i utviklingen. I det følgende kapittel vil vi utdype nærmere begrepene individuell og organisatorisk læring.



## 4.6 Læring

Det vil alltid stilles krav til ny kunnskap i en organisasjon og denne kunnskapen vil hele tiden endres ettersom organisasjonen endres, etterspørselen forandres og ny kompetanse kommer til. Læring i organisasjonen er derfor viktig både for organisasjonen selv men også for de som arbeider der.

Dalins (1999) definisjon av læring relaterer den i forhold til forandring av adferd i den forstand at man gjør ting på en annen måte enn tidligere. Vi slutter oss til Dalin når han sier at dette blir en snever forståelse av læringsbegrepet. Refleksjoner og utveksling av erfaringer med andre kan for eksempel bekrefte at nåværende adferds- og handlingsmåter er gode og derfor ikke bør forandres. Det kan være med på å styrke den enkeltes tro på at arbeidet han/hun gjør er bra. Han bruker derfor begrepet mønster i stedet for adferd og definerer den individuelle læring som følgende:

*”Individuell læring er de prosesser som fører til at den enkelte utvikler eller endrer sin kompetanse, eventuelt også styrker eller endrer egne mønstre.” (Dalin 1999:31)*

I Omstillingsprogrammet for helse Sør-Øst omtales ”den lærende organisasjon”, spesielt i forhold til e-læring. Administrerende direktør for Helse Sør-Øst uttaler følgende når det gjelder den lærende organisasjon:

*”For å etablere trygge og sikre helsetjenester må både brukere og ansatte involveres, og vi må utvikle oss som en lærende organisasjon.”  
(Nyhetsbrev fra Helse Sør-Øst RHF, 2009)*

Det er imidlertid ikke konkret beskrevet hva som ligger i dette utsagnet og vi har derfor sett det nødvendig å se hvordan teorien beskriver den lærende organisasjonen. Det er mange definisjoner på hva en lærende organisasjon er, men de har noe felles. De inneholder både en kunnskap og en handlingskomponent. Jacobsen/Thorsvik (2002) beskriver læring i organisasjoner som;

*”Læring i organisasjoner forutsetter at den enkelte lærer gjennom de erfaringer denne tilegner seg i det daglige arbeidet, og at den enkelte klarer å formidle sine erfaringer på en slik måte at det utvikles et kollektivt kunnskapsgrunnlag i organisasjonen som kan danne grunnlag for strategiske beslutninger som endrer hvordan organisasjonen fungerer.” (Jacobsen/Thorsvik 2002)*

Organisatorisk læring knyttes til nye prosedyrer, rutiner eller mønstre i organisasjonen. Den knyttes også til utvikling av felles forståelse mellom medarbeiderne til ulike former for utfordringer. Dette kan for eksempel være en forbedring av systemer for rutiner, prosedyrer og retningslinjer. Dalin (1999) definerer organisatorisk læring på følgende måte:

*”Organisatorisk læring er de felles læringsprosessene blant organisasjonens medlemmer som fører til at nåværende mønstre styrkes eller endres, eventuelt at nye mønstre utvikles.” (Dalin 1999:31)*

Det er menneskene i organisasjonen som lærer og setter seg mål, handler og prioriterer. Når organisasjonen lærer er det menneskers læring som kobles på en slik måte at deres felles erfaring og kunnskapsbase danner grunnlag for ny adferd på kollektivt nivå i organisasjonen. For at en organisasjon skal lære kreves det at det er flere i organisasjonen som lærer noe.

Det er med andre ord slik at den individuelle læringen på en eller annen måte må komme til uttrykk i organisasjonen slik at erfaringer kan endre organisasjoners adferd. Da må det være en forutsetning at det finnes arenaer hvor denne erfaringen kan komme til uttrykk og at man lærer av dette og eventuelt endrer adferd i forhold til hvordan arbeidet eller rutiner/prosedyrer utføres. Det forutsetter også at organisasjonen har tid til at man utveksler erfaringer og kan lære av dem (G.Blåka og C.Filstad 2007).

## **4.7 Overføring av kunnskap i praksis**

Man skiller gjerne mellom eksplisitt kunnskap og taus kunnskap. Eksplisitt kunnskap kjennetegnes ofte som kunnskap som det er lett å gi uttrykk for. Denne kunnskapen kan sees som systematisk og universal. Den kan forklares, kodes og kommuniseres til andre som har samme kunnskapsområde. Eksempel på eksplisitt kunnskap behøver ikke være dypt forankret kunnskap hos den som benytter den. Den kan lett overføres til andre gjennom et systematisk språk. Den eksplisitte kunnskapen kan lett lagres i databaser, bøker, manualer og prosedyrer og kan lett beskrives (Blåka, Filstad, 2007). Etter vår forståelse kan denne kunnskapen sammenlignes med den formelle kompetansen.

Den tause kunnskapen derimot er det ikke så lett å beskrive. Nonaka (1991) definerer denne kunnskapsformen som ikke-lingvistisk form for kunnskap og vil derfor være vanskelig å formalisere og kommunisere. Taus kunnskap kan defineres som kunnskap som det ikke er mulig å forklare med ord. Individet har med andre ord mer kunnskap enn det er mulig å forklare med språk. Denne kunnskapen vil da komme til uttrykk ved utførelse av profesjonen, og denne utførelsen vil være overførbart. Man vil lære ut i fra en annens handling. Den tause kunnskapen er også personlig og avhenger av personens erfaringer, verdier, ideer og emosjoner (Blåka, Filstad 2007). Denne kunnskapen vil kunne sammenlignes med en persons realkompetanse, i og med at den kommer til uttrykk i erfaringer og handling.

Nonaka og Takeuchi (1995) deler taus kunnskap inn i en teknisk og en kognitiv del. Teknisk, taus kunnskap skapes gjennom individets handlinger og direkte erfaringer i situasjonen. Denne kunnskapen kan tilegnes gjennom erfaring uten at den krever språk. Den kognitive tause kunnskapen derimot er tilsynelatende overførbart språklig og kan sosialiseres og diskuteres uformelt (Blåka, Filstad 2007).

Nonaka og Takeuchi (1995) mener at man ikke kan skille mellom eksplisitt kunnskap og taus kunnskap. Det finnes 4 typer kunnskapsoverføringer og disse er basert på antagelsen om at kunnskap skapes gjennom en kontinuerlig interaksjon mellom eksplisitt kunnskap og taus kunnskap (Blåka, Filstad 2007).

*Sosialisering* - overføring av taus kunnskap til taus kunnskap. Dette er kunnskap som kommer til uttrykk når man deler erfaringer på arbeidsplassen. Her kan man få erfaringer ved å dele andres måte å tenke og føle på. Denne læringsformen skjer gjennom prosesser der man lærer gjennom å se hva andre gjør. "Ekspertene" handler ut i fra overbevisning om at den beslutningen de tar er riktig uten at man kan vise til spesielle data. Den uerfarne lærer av eksperten ved at man er sammen og lærer ut i ekspertens handlinger. Blant operasjonssykepleiere er denne læringsformen veldig vanlig fordi man alltid arbeider sammen i team. Denne formen for sosialisering krever at man har en arena hvor man deler erfaringene og at det er en kultur der dette er mulig.

*Eksternalisering* - kommer til uttrykk når man tydeliggjør den tause kunnskapen og setter den i former som kan forstås av andre. Dette kan for eksempel skje ved at en dyktig medarbeider har funnet en god måte å løse oppgaver på og skriver dette ned slik at det kan forstås av andre.

*Kombinasjon* - er når man knytter eksplisitt kunnskap til annen eksplisitt kunnskap. Ny kunnskap spres i organisasjonen, og det vil ikke være behov for å tolke eller forklare denne kunnskapen. Et eksempel vil være utarbeidelse av nye prosedyrer.

*Internalisering* - er nylig eksplisitt kunnskap som forvandles til individets egen tause kunnskap. Denne kunnskapen vil kunne læres gjennom personens erfaringer, trening og øvelse og gjøres om til praktiske, effektive og riktige handlinger. Det handler om at det som kan se enkelt ut på papiret kan være vanskelig å utføre i praksis (Blåka, Filstad 2007).

Det er slik i organisasjonsutvikling at kunnskap og læring ofte handler om mer enn man kan sette ord på. Det er derfor viktig å ha tilgang på både eksplisitt kunnskap men også opprettholde tanker og refleksjoner hos de ansatte. For å utvikle- og videreføre denne kunnskapen kan det være avgjørende å ha en kultur der det legges til rett for dialog og refleksjon i et arbeidsfelleskap. Ideer og det å skape muligheter, samt bidra til beslutninger kan komme gjennom dialog.

En grunnleggende forutsetning for at læring skal kunne foregå er at det finnes arenaer som skaper muligheter for diskusjon og refleksjon over felles praksis. Tar man bort disse arenaene er det fare for at verdifull tilegnelse av kunnskap går tapt. Det behøver ikke være avsatt verken mye tid eller være i organiserte former, men det må være rom for å kunne utveksle og diskutere situasjoner når man nettopp har vært i dem eller mens man er i dem. Bli hverdagen så travel at disse arenaene forsvinner, er det mulighet for at en del av denne utvekslingen av kunnskap kan gå tapt og gå ut over både den individuelle og den organisatoriske kunnskapen i organisasjonen. Levin og Klev (2002) sier det er en grunnleggende forutsetning å etablere arenaer der sosial utveksling kan foregå og felles læring kan finne sted. Denne form for læring bygger på de enkeltes erfaringer og er viktig i utviklingen av hvordan man lærer i organisasjoner.

## 4.8 Erfaringslæring

Det hevdes at hverdagen og de daglige erfaringer vil bli den viktigste læringsressurs i framtiden i organisasjoner (Tiller 1997). Begrepet erfaringslæring ble innført i organisasjoner av David Kolb og beskriver de prosesser som sentrale for at læring skal finne sted på en god og effektiv måte. Man utvikler og forandrer sin oppfatning og ferdighet ved å prøve ut sin kunnskap i praksis for så og reflektere over handlingen og dens konsekvenser.

Kolb beskriver erfaringslæring som en læringssirkel. Læringssirkelen bygger på konkrete erfaringer, refleksjon over erfaringene, forståelse av virkeligheten og hvordan den nye forståelsen kommer fram i nye handlinger og erfaringer (Levin og Klev 2002). Refleksjon oppstår når vi tenker rundt det som skjer eller ikke skjer. Tiller sier dette om refleksjoner;

*”Refleksjon handler enkelt sagt om å tenke over og tenke gjennom de ulike forhold vi erfarer.” (Tiller 1997:18)*

Refleksjon over erfaringer er et internt kompetansetiltak knyttet direkte til oppgaver og er derfor en effektiv læringsform. Man kan blant annet oppnå og få en bedre beredskap i forhold til vanskelige og nye situasjoner. Erfaringslæring kan være basert både på spontane erfaringer i det daglige arbeidet, samt i en mer organisert og planlagt form utenfor arbeidssituasjonen. Dalin sier noe om hva man kan oppnå med erfaringslæring;

*”Systematisk arbeid med disse kan utfordre miljøet både faglig og mellommenneskelig – og dermed bidra til åpenhet mot nye utfordringer.” (Dalin 1999:66)*

Ved å prioritere den interne læringsutviklingen vil den lærende organisasjonen utvikles. Dette kan bidra til å beholde kompetansen i organisasjonen. Eierforholdet til utviklingstiltak som iverksettes internt i organisasjonen kan øke motivasjonen og føre til en sterkere ansvarliggjøring hos medarbeiderne. Trolig vil også medarbeiderne involvere seg mer i prosessene (Lai 1997).

Erfaringslæring innebærer at vi vet fordi vi alene eller sammen med andre har tenkt over og vurdert, diskutert og gransket. Dalin (1999) skiller mellom erfaringslæring som system og som spontan handling;

*”Den sentrale utfordringen er å utvikle bedriften slik at så vel kultur, systemer og rutiner som mellommenneskelig praksis stimulerer til og opprettholder læring gjennom erfaring som grunnleggende læringsform.” (Dalin 1999:275)*

Med erfaringslæring som spontan handling menes at medarbeiderne tar initiativ og ser muligheter i situasjoner som oppstår ved å reflektere over disse. Et eksempel fra vår praksis kan være at man etter å ha opplevd en spesiell situasjon, deler denne med andre slik at man diskuterer og får innspill. Man er da mer forberedt når lignende situasjoner oppstår. Det betyr at man har erfaringslæring som grunnholdning. Det stilles litt andre krav til erfaringslæring som settes i system. Dette kan ofte gi en inspirasjon til de som involveres. Det forutsettes at noen elementer blir realisert, samt at erfaringene blir fulgt opp og vektlagt. Det grunnleggende i denne læringsformen er at medarbeidernes erfaringer og samhandlingen tas på alvor. Et annet viktig element er at erfaringene systematiseres og analyseres. Et eksempel på dette vil være innføring eller forandring prosedyrer. Avvikshåndtering og rapportering er også viktige elementer som fremmer felles læring basert på erfaringer.

## **4.9 E-læring**

E-læring er en form for moderne informasjonsteknologi som binder fagfolk sammen i et lærende fellesskap i form av nettverksløsninger. På denne måten blir det mulig å utnytte felles nasjonale ressurser også fordi man kan drive desentralisert undervisning. I praksis fungerer det slik at undervisningen skjer via internett og man kan på denne måten følge undervisning på ulike steder i landet samtidig. Man har også en læringsportal der opplæringsprogrammer er tilgjengelig kontinuerlig og ta tester for gjennomgåtte program. Ansvarlig leder får da en dokumentasjon på at den enkelte medarbeider har gjennomgått og bestått opplæringsprogrammet. E-læringsplattformen skal inngå i en naturlig helhet sammen med grunnleggende helsefaglig utdanning, spesialutdanning og kurs innen ulike fagfelt.

Viseadministrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF, sier for eksempel at;

*”vårt mål er best mulig kvalitet i pasientbehandlingen. Dette forutsetter medarbeidere med høy kompetanse. Kompetanseutvikling er derfor en sentral del av vårt kvalitetsutviklingsarbeid.” (Helse Sør-Øst nettsider, 03. 07. 2007)*

Helse Sør Øst har nå et pilotprosjekt hvor denne type opplæring prøves ut og Sykehuset Østfold er med i dette prosjektet.

*”E-læringsprosjektets hovedmålsetting er å bidra til høyere kvalitet i pasientbehandlingen gjennom å forenkle og effektivisere kompetanseutvikling ved hjelp av en felles teknologisk plattform for e- læring.”*  
*(Helse Sør-Øst, Styringsgruppen for E-læringsplattform)*

Ved å innføre E-læring som en læringsmetode forventes det;

*Bedre kvalitet* på opplæringen ved at disse blir standardisert på tvers av helseforetakene, og at læringen spres hurtigere i de ulike helseforetakene enn i dag. Man legger da til rette for kvalitetsutvikling gjennom kompetanse og kunnskapsbasert praksis. En felles plattform med muligheter for å utvikle læringsmoduler på tvers av helseforetak og avdelinger vil gjøre det enklere å gjennomføre kompetanseutvikling i helseforetakene.

*Økt produktivitet* gjennom en enklere arbeidsmetode for medarbeiderne. Man ser her effektiv tidsutnyttelse da man sparer tid til som for eksempel reisetid til kurs. Ved nettbaserte kurs kan medarbeideren ta dette når vedkommende selv ønsker det. Det vil i fremtiden være mulig å foreta denne opplæringen fra hjemmet. Det sies også at det er ment at medarbeideren eventuelt kan utnytte tilgjengelig tid på rolige vakter, og på denne måten oppnå effektivitetsgevinst.

*Direkte kostnadsbesparelser* fordi elektronisk opplæring kan erstatte tradisjonelle kurs som gjennomføres i dag. Man sparer da reisekostnader, kursmateriell kostnader til overnatting og vikarer. Den e-baserte læringen vil være meget fleksibel og enkel å utvide/tilpasse det enkelte foretak, organisasjonsenhet og fagområde. De utstyrmessige IT-investeringene er allerede tatt i bruk og kan erstatte noe av den tradisjonelle måten å gjennomføre kurs på.

#### **4.10 Beskrivelse av et godt læringsmiljø**

Et godt læringsmiljø vil kunne beskrives som et miljø der det legges til rette for den enkelte slik at det stimuleres og gis tid og rom for egenutvikling i forhold til fag. Det vil være mange faktorer som spiller inn for å oppnå dette. At den enkelte har rimelig arbeidsbelastning er vesentlig. Blir arbeidsbelastningen for stor vil ikke behovet for læringsutvikling bli tilfredsstillt. En rimelig arbeidsbelastning er en betingelse for at f. eks erfaringslæring skal bli en del av arbeidsdagen men også for at den organiserte læringen gjennomføres (Dalin 1999).

Det er også viktig at den enkelte medarbeider har tilgang på god veiledning og støtte fra medarbeiderne og ledelse for å øke utviklingsmulighetene.

*”En grunnleggende forutsetning for å skape læring som er delt mellom ansatte i organisasjonen, er å skape møteplasser hvor sosial utveksling kan finne sted:”  
(Levin og Klev 2002:104)*

Læringsarenaer er sosiale situasjoner som bidrar til læring. Slike arenaer skaper blant annet mulighet for erfaringsutveksling, utveksling av ideer, samtrening og refleksjoner. Det er vesentlig at det avsettes tid og mulighet for deling av kunnskaper og erfaringer. Utfylles ethvert pusterom og gis det ikke mulighet til sosiale situasjoner der refleksjon kan fremmes, vil dette påvirke læringsmuligheten og motivasjonen for medarbeiderne.

#### **4.11 Hvordan lærer operasjonssykepleiere**

Sykepleie har en lang tradisjon på opplæring i praksis helt tilbake til Florence Nightingales tid. Denne opplæringen har vært preget av mester-svenn tradisjonen som går ut på refleksjonsprosesser i handling. Den erfarne sykepleier er sammen med den uerfarne og gjennom praktisk handling veiledes den uerfarne. Etter at handlingen er utført reflekterer den erfarne og uerfarne sammen over hva som har blitt gjort, hvordan og hvorfor denne handlingen er utført og man gir tilbakemelding til hverandre. På denne måten overføres praktisk kunnskap.

Som vi tidligere har påpekt har operasjonssykepleiere en grunnutdanning som Bachelor i sykepleie, samt en videreutdanning på 90 studiepoeng ved høyskole. Faget operasjonssykepleie er i kontinuerlig utvikling og spesialisering. Det stilles krav til kontinuerlig faglig oppdatering i form av både intern og ekstern undervisning/kurs.

På operasjonsavdelingen er det utarbeidet standardiserte prosedyrer for de enkelte inngrep og operasjonsteknikker på alle seksjoner. For å ivareta den faglige kompetansen på en best mulig måte og sørge for god læringsutvikling, er alle operasjonssykepleiere seksjonert over kortere eller lengre perioder på de ulike seksjoner.



Det er i praktisk handling operasjonssykepleiernes kompetanse kommer til uttrykk. Operasjonssykepleiere arbeider alltid to sammen i et team og det er i den praktiske utførelsen av arbeidet at læring finner sted. Det forutsettes imidlertid at det er tid og mulighet til forberedelse, veiledning underveis samt kontinuerlig refleksjon, for at denne læringsprosessen skal være nyttig. For å utvikle god operasjonssykepleie er det vesentlig at den teoretiske og praktiske kunnskapen sammen kommer til uttrykk gjennom våre handlinger og holdninger.

#### **4.12 Helsereformens innvirkning på fagutvikling og læring**

I de foregående kapitler har vi beskrevet hvordan lærings- og kunnskapsoverføring bør være. Etter Helsereformen ble innført i norske sykehus, og spesielt etter funksjonsfordelingen i Sykehuset Østfold, er det grunn til å tro at en endring har funnet sted.

Den totale operasjonsaktiviteten ved SOP har økt etter funksjonsfordelingen. Man har sett det nødvendig å øke ortopediske team, fra 1-2 team hver dag, til 3 faste ortopediske team fra mandag til fredag. Dette fordi den største andelen av akutte operasjoner er pasienter med brudd- og skadekirurgi. Det har også vært nødvendig å øke med 1 team på kveldstid.

Det som er mest interessant er at seansetiden har økt betraktelig. En stor del av inngrepene er uforutsigbare og krever mye resurser både før, under og etter inngrepet. Inngrepene er blitt mer komplekse og nye teknikker som krever større ressurser enn tidligere har blitt tatt i bruk, noe som kan sees i sammenheng med den økte seansetiden. (Se vedlegg 2, tidsproduksjon)

Man ser en økning av operasjonsaktivitet på dagtid, men ikke minst på kveldstid, natt og helger. Samtidig som den elektive operasjonsaktiviteten har blitt opprettholdt har akutt kirurgi økt betraktelig. (Se vedlegg 1, tidsproduksjon) Operasjonsstuekapasiteten utnyttes kontinuerlig og vi opplever at det hele tiden er pasienter som venter på operasjon. På dagvakter er det oftest fullt operasjonsprogram på de team som er satt opp. I tillegg skal alle akutte pasienter som er meldt til operasjon, opereres innenfor de respektive seksjoner på dagtid.

Med dette ønsker vi å vise at en operasjonsavdeling er driftsmessig spesiell når det gjelder operasjonsaktivitet. Før funksjonsfordelingen hadde vi i ferieavviklingsperiodene lavaktivitet

som vil si færre team. Disse periodene ble fortrinnsvis benyttet til undervisning og fagutvikling. Etter 1. mai 2007 har disse lavaktivitetsperiodene ”smuldret” bort fordi operasjonsaktiviteten krever flere team. Dermed er muligheten til å bruke disse periodene til undervisning/fagutvikling svekket.

Omstillingen ved Sykehuset Østfold og dermed omorganiseringen ved operasjonsavdelingen er et resultat av Helsereformen. Helsereformen bygger på teorier fra New Public Management (NPM) med blant annet økt krav til effektiv ressursutnyttelse og en markedsorientering av offentlig sektor. Etter funksjonsfordelingen har det skjedd en endring i forhold til muligheter for læring for operasjonssykepleiere.

Både den formelle- og uformelle læring blir påvirket i et miljø der det er tidspress og et kontinuerlig krav om å operere flest mulig pasienter. Når det gjelder den formelle læringen ser vi at operasjonssykepleiere oftere enn før blir tilbakekalt til avdelingen og må avbryte undervisningsdagene. Årsaken til dette er sykdomsfravær samme dag eller at det er kommet til akutte operasjoner på operasjonsprogrammet. Operasjonssykepleierne mister av denne grunn viktig undervisning som sertifisering av elektromedisinsk utstyr, nye operasjonsteknikker, samt gjennomgåelse av prosedyrer. På internundervisningen på fredager er det bestemt at 1 til 2 team skal starte fra kl. 0730. Dette innebærer at 3-5 operasjonssykepleiere mister denne undervisningen. Ved nye operasjonsteknikker og til nyansatte med behov for gjennomgåelse av prosedyrer blir det mindre ressurser og tid til at man får gjennomført en organisert læring. Det synes som om at det legges for lite vekt på vedlikehold /utvikling av kompetanse.

Når det gjelder den uformelle læringen i avdelingen blir denne også påvirket av tidspress. Læringsarenaer for veiledning av studenter, nyansatte og hverandre på en tilfredsstillende måte samt refleksjon og evaluering før, under og etter operasjonene er blitt svekket.

Vi er bekymret for at dette kan påvirke operasjonssykepleierens læringsmuligheter i forhold til utvikling av vår kompetanse i fremtiden. På grunnlag av denne bekymringen har vi sett det interessant å undersøke nærmere om vår erfaring stemmer overens med andre operasjonssykepleieres forståelse av virkeligheten.

## 5 METODE

Som vi tidligere har beskrevet i denne oppgaven ønsker vi å se nærmere på Helsereformens synspunkter på kvalitet og fagutvikling samt Omstillingsprogrammet/moderniseringen fra Helse Sør-Øst. Her vises det til at sykehusene skal utvikles til lærende organisasjoner, økt kvalitet på behandlingstjenestene og at helsepersonell skal ha tid /anledning til fagutvikling og opplæringsprogrammer. Vi ønsker å undersøke om muligheten for faglig utvikling og vedlikehold av kompetanse er til stede for operasjonssykepleierne. Samtidig vil vi se nærmere på om det er samsvar mellom det Helsereformen og Omstillingsprogrammet for Helse Sør-Øst uttrykker og tilretteleggelsen for fagutvikling i vår hverdag.

Etter funksjonsfordelingen 01. 05. 2007 har det blitt en økt operasjonsaktivitet og inngrepene er mer kompliserte. Helse Sør-Øst sier i sitt Omstillingsprogram lite om hvordan kriteriene skal defineres i kjernen av behandlingstjenestene og overlater dette til de regionale foretakene. Derfor vil vi undersøke hvordan Sykehuset Østfold løser dette i praksis. Vi vil undersøke hvilke synspunkter sentrale personer i ledelsen har på fagutvikling og se på hvordan dette samsvarer med operasjonsavdelings praksis og operasjonssykepleiernes opplevelse.

### 5.1 Begrunnelse for valg av metode

Vi har forsøkt å beskrive hvordan innføringen av Helsereformen og funksjonsfordelingen ved Sentraloperasjon, Fredrikstad har ført til en endring med hensyn til fokus på effektivitet og muligheter for fagutvikling for å opprettholde kvaliteten på våre tjenester. Våre antagelser er at det har skjedd en endring og vi vil undersøke hvordan det har påvirket operasjonssykepleierens hverdag. Vi har valgt en kvalitativ metode for undersøkelsen fordi vi vil gå i dybden for å få mest mulig informasjon fra informantene og for å se om våre antagelser stemmer. Vi tror denne tilnærmingen gir best mulighet for å få best mulig kunnskap om hvordan fokus på effektivitet kan bidra til å påvirke fagutvikling/læring hos operasjonssykepleiere. Det essensielle er operasjonssykepleiernes erfaring og forståelse samt opplevelse av virkeligheten. Disse opplevelsene fra virkeligheten ser vi det som vanskelig å få fram ved å bruke en kvantitativ tilnærming.

For gjennomføringen av de kvalitative intervjuene har vi forsøkt å bruke en åpen, fenomenologisk tilnærming. Ved bearbeidingen av analysearbeidet har vi brukt en hermeneutisk tilnærming. Vi vil forklare nærmere hvordan disse to tilnærmingene blir brukt videre i studien.

## **5.2 Kvalitativ metode**

VI har valgt en kvalitativ metode i undersøkelsen fordi vi ønsker å få kunnskap om operasjonssykepleiernes virkelighet slik de opplever den. Denne metoden benyttes der man ønsker å få svar på enkeltmenneskets og sosiale gruppers forhold slik de involverte opplever det selv i miljøet. Utgangspunktet er den menneskelige erfaringen og på grunnlag av denne beskrivelsen tror vi metoden egner seg godt når vi skal undersøke fenomenene læring og effektivitet beskrevet av det utvalg av informanter vi har valgt.

Vi har bevisst forsøkt å oppfatte og få forståelse for informantenes opplevelse av virkeligheten slik de gir uttrykk for den. De har fortalt sine historier og vi har forsøkt å lytte på en så åpen og nøytral måte som mulig.

Hermenautikk, eller fortolkningsbasert tilnærming har sitt utgangspunkt i gresk og betyr fortolkning eller forståelse (Jacobsen 2005:27). De humanistiske vitenskapene og samfunnsvitenskapene er utgangspunktet for den hermenautiske tilnærming som metode. Hensikten er å få en forståelse av hvordan mennesker tenker og handler, og har et helt annet utgangspunkt enn naturvitenskapen. Her er det sentrale at de data som er tilgjengelige, teksten etter intervjuene, blir forstått så nært opp til virkeligheten som mulig. Vi har forsøkt å tolke og bearbeide dataene på en så virkelighetsnær og fordomsfri måte som mulig ut i fra den enkelte informants historier.

## **5.3 Begrunnelse for utvalg av informanter**

Utvalget av informanter i undersøkelsen består av 8 operasjonssykepleiere i Sykehuset Østfold, Fredrikstad og 2 ledere på ulike nivåer i Helse Sør-Øst. De 8 operasjonssykepleierne var ikke tilfeldig valgt. Alle operasjonssykepleierne som arbeider i turnus og har større stillingsbrøk enn 75 %, ble delt inn i 2 grupper etter arbeidserfaring. Med arbeidserfaring

menes antall år de har arbeidet som operasjonssykepleiere. Gruppene er inndelt slik; de som har opp til 5 års yrkeserfaring, og de som har arbeidet i 5 år eller mer. Antallet operasjonssykepleiere som var med i utvelgelsen var 43.

Trekningen av utvalget foregikk ved at hvert navn ble skrevet på en lapp i de to gruppene og det ble anonymt trukket ut 4 informanter i hver gruppe av en ekstern representant. Begrunnelsen for utvalget i de 2 gruppene var at vi ville se om det var forskjell på informantenes tilegnelse og vedlikehold av kompetanse. Samtidig ønsket vi å ta med operasjonssykepleiere med lang erfaring for å se nærmere på om de har opplevd en endring i forhold til fagutvikling/læring etter funksjonsfordelingen 1. mai, 2007.

Vi hadde et pilotintervju hvor vi valgte en operasjonssykepleier med lang erfaring. Begrunnelsen var for å teste om spørsmålene i intervjuguiden var relevante. Vi har aldri gjennomført en kvalitativ studie tidligere slik at bakgrunnen for å ha et pilotintervju var for å teste oss selv og det teknologiske utstyret vi brukte. Erfaringen med pilotintervjuet var så vellykket at vi valgte å implementere denne i studien.

Ledelsen i Helse Sør-Øst har klare synspunkt på hvordan sykehusene skal drives og organiseres samtidig som kvalitet og kompetanse står sentralt. Vi har derfor valgt å intervju en representant fra Helse Sør-Øst som er med på å legge føringer for retningslinjer for kompetanse og fagutvikling. Av samme grunn valgte vi å inkludere en leder i Sykehuset Østfold HF som innehar en stilling knyttet opp mot kvalitets- og kompetanseutvikling. Vi kjente til denne personens ansvarsområde og valgte selv ut informanten på grunnlag av dette. Vi var usikre på om troverdigheten i oppgaven ville svekkes ved at vi selv hadde valgt denne informanten, men besluttet likevel å tilknytte informanten i studien fordi vi var enige om at det var viktig for å belyse problemstillingen. Bakgrunnen for at vi har valgt å intervju informanter på ulike nivåer er at vi ønsket å se om de krav til fagutvikling/kompetanse som settes fra Helse Sør-Øst blir opprettholdt, samtidig som kravet til effektivitet øker.

Når vi hadde utvalget av informantene klart sendte vi ut brev med forespørsel om de ville være med i vår undersøkelse. Brevet inneholdt en kort beskrivelse om hva vi ville undersøke, samt en samtykkeerklæring og informasjon om taushetsplikt. Det viste seg imidlertid at en av de valgte informantene skulle ut i permisjon, noe vi ikke var klar over når vi foretok utvalget.

Det ble da nødvendig å velge ut en annen informant i denne gruppen på samme måte som vi innlemmet de andre informantene i studien.

#### **5.4 Refleksjon rundt framgangsmåte**

I utgangspunktet hadde vi tenkt å foreta undersøkelsen på to andre sykehus med tilsvarende operasjonsavdeling som Sentraloperasjon Fredrikstad i samme helseregion, Helse Sør-Øst. Begrunnelsen er fordi alle sykehusene i Helse Sør-Øst har samme sentrale ledelse. Vår tanke med å gå ut av egen organisasjon var å samle mest mulig informasjon fra andre steder for å se om det var likheter med våre egne erfaringer i egen organisasjon. Ved å undersøke andre virksomheter ville vi ha en distanse til informantene og muligens få et resultat som ikke var påvirket av våre antagelser og erfaringer og dermed mer troverdig. Underveis fant vi ut at denne prosessen ville bli for omfattende for undersøkelsen.

Siden vi valgte å foreta undersøkelsen i egen organisasjon var vi bevisste på at dette kunne by på utfordringer med hensyn til validitet og reliabilitet for gjennomføring og resultat av undersøkelsen. Ingen forsker kan i følge Jacobsen (2005) være helt fri for nøytralitet selv om det er idealet. Dessuten er ikke alltid forskere klar over sin påvirkningseffekt. Denne faren vil være ekstra stor når man forsker i egen organisasjon.

Denne problematikken har vi vært meget bevisste på under hele forskningsprosessen. Vi har vært bevisste på at helt i fra utarbeidelse av problemstilling har faren for å påvirke resultatet vært tilstede. Problemstillingen er bygget på våre egne erfaringer og hypotese, men det er ikke dermed sagt at alle operasjonssykepleiere opplever virkeligheten slik som oss. Faren for å lukke ørene for de uttalelser som ikke passer inn våre antagelser er også til stede. Det er også fordeler, slik vi ser det, å forske i egen organisasjon. Kjennskap til miljøet, kulturen og terminologien tror vi har gjort det enklere for oss å forstå informantenes forståelse av virkelighet.

Vi har reflektert over hva som kan påvirke undersøkelsen og resultatet for at undersøkelsen skal være pålitelig og troverdig (reliabel). For å påvirke informantene minst mulig har vi valgt å holde en lav profil i forhold til å snakke om hva vi undersøker. Vi informerte heller ikke om at vi har tenkt å forske i egen organisasjon.

For å sikre begrepsgyldigheten testet vi spørsmålene på en pilotperson for å se om spørsmålene var relevante for det vi ønsket svar på. Det ideelle for oss som forskere var å beherske kunsten og balansere mellom nærhet og distanse. Som Pål Repstad (1993) sier er det for å forstå informantens virkelighet viktig med nærhet, men også viktig med avstand for fortokning av informasjonen (Jacobsen 2005). Vi har forsøkt etter beste evne å forstå og fortolket informantenes historier gjennom den formidling de ha gitt ut i fra deres egen virkelighet og erfaringer.

For å sikre at vi hadde en nøytral tilnærming under intervjuet har vi valgt at vi begge var tilstede under samtlige intervju. Vår forforståelse og kunnskap om kulturen i operasjonsavdelingen så vi som et fortrinn ved at vi lettere hadde mulighet til å se helheten i det informantene fortalte.

## **5.5 Utarbeidelse av intervjuguide**

Vi har utarbeidet og valgt å bruke intervjuguide i intervjuprosessen. Å bruke intervjuguide som arbeidsredskap kan være nyttig både for å gjøre analysearbeidet i etterkant enklere men også for å sikre datainnsamlingen. 2 ulike intervjuguides ble utarbeidet til henholdsvis operasjonssykepleierne og til de to lederne fordi vi hadde en formening om at de hadde ulikt utgangspunkt. Intervjuet ble foretatt uten at informantene hadde sett intervjuguiden på forhånd. Begge intervjuguidene inneholdt noen introduksjonsspørsmål som ble innlemmet i studien.

En halvstrukturert intervjuguide var vårt valg av redskap og ble utarbeidet på bakgrunn av våre egne erfaringer, litteratur og våre hypoteser. Vi har forsøkt å organisere den halvstrukturerte intervjuguiden med 3 forskerspørsmål. Under hvert forskerspørsmål har vi brukt tilleggsspørsmål for å belyse oppgavens problemstilling i størst mulig grad. Tilleggsspørsmålene var noe ulikt utformet for lederne.

## 5.6 Beskrivelse av intervjuene

Som datainnsamlingsmetode gjennomførte vi seminstruerte dybdeintervjuer. Hvert av intervjuene var en individuell samtale. Innholdet var i liten grad bestemt fullstendig på forhånd (Jacobsen 2005). Intervjuet var en samtale mellom oss som forskere og operasjonssykepleiere med ulik arbeidserfaring, en leder i Helse Sør-Øst samt en leder i Sykehuset Østfold, Fredrikstad.

Vår intensjon var å intervju operasjonssykepleiere etter arbeidstid, men fant fort ut at dette ikke var ønskelig da de fleste av operasjonssykepleierne ikke hadde mulighet til å benytte sin fritid. Vi fikk da tillatelse fra seksjonsleder å bruke avsatt tid på slutten av dagen til å utføre intervjuene. Siste del av vekten egnet seg best fordi det da er overlapping av operasjonssykepleiere. Vår erfaring er imidlertid at til tross for planlegging ble noen av intervjuene utsatt til en annen dag grunnet stor arbeidsmengde. Intervjuene ble utført på et skjermet kontor inne i operasjonsavdelingen. Den ene av oss innehar en stilling som stedfortreder for seksjonsleder og den andre arbeider som operasjonssykepleier. Vi var usikre på om stedfortreder som intervjuer ville påvirke operasjonssykepleierens svar. Av den grunn valgte vi operasjonssykepleieren som intervjuer i alle intervjuene.

Vi var begge til stede under samtlige intervjuer. Under selve intervjuet brukte vi lydopptager og i tillegg noterte stedfortreder underveis for å sikre dataene. Vår opplevelse var at ingen av informantene ble forstyrret av lydopptageren og heller ikke av at det ble notert underveis. Ved to av intervjuene opplevde vi å bli forstyrret ved at noen kom inn i rommet. Både intervjuerne og informantene opplevde denne situasjonen som forstyrrende, men vi kom fort inn i den fortrolige samtalen igjen.

Hvert intervju startet med at intervjueren kort gikk gjennom hovedtemaene i intervjuguiden. Dette ble gjort med tanke på at informantene skulle oppleve trygghet i situasjonen og at de ville være noe forberedt på hva vi ville spørre om. Videre presiserte vi vår taushetsplikt, at all informasjon ville bli destruert etter oppgavens innlevering og at ingen navn ville være nedtegnet noe sted. Dette var det også informert om på forhånd i informasjonsskrivet. Det enkelte intervju hadde en varighet på 30-60 minutter. Ved gjennomføringen av intervjuene lå det en utfordring i å balansere samtalen og å styre den, slik at det vi spurte om ble besvart. Vår oppfatning var at intervjuguiden fungerte meget bra for den frie samtalen og vi opplevde



en god flyt mellom spørsmål og respons på spørsmålene. Gjennom samtalen søkte vi å få innsikt i intervjuobjektens følelser, håp, erfaringer og deres beskrivelser av virkeligheten. Det var de individuelle beskrivelsene vi ønsket å få fram som utgangspunkt for fortolkningen av våre valgte fenomener (Kvale 2001:21).

## **5.7 Troverdighet**

Det stilles kvalitetskrav til en kvalitativ studie for at den skal framstå som troverdig. Studien må være pålitelig og troverdig, og empirien må være gyldig og relevant. Vi har under hele undersøkelsen forsøkt å få fram ” sannheten ” ved å bruke empirisk basert kunnskap. Under intervjuene la vi vekt på å få informantene til å beskrive virkeligheten slik de oppfattet den. Under analysen var vi bevisste på å få fram operasjonssykepleierne erfaringer uten å legge egne tolkninger til grunn for konklusjonene.

Det er grunn til å tro at denne studien kan være et hjelpemiddel for tilsvarende avdelinger. Begrunnelsen for denne hypotesen er at alle helseforetak styres etter Helsereformen som legger føringer for hvordan sykehusene skal organiseres og driftes.

## **5.8 Forskningsetikk**

Når det gjelder forskningsetikk er det stort sett tre grunnleggende krav til forskeren og informantene som er informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt (Jacobsen 2005). Med informert samtykke menes at den som er med i undersøkelsen gjør dette frivillig og er informert om hva undersøkelsen innebærer og hva den skal brukes til. Informanten må også ha forstått informasjonen og må være sikret anonymitet. I vår studie ga vi skriftlig informasjon om hensikten ved undersøkelsen. Vi informerte også om frivillighet, taushetsplikt, anonymitet og at vi ville forsøke å gjengi informantenes beskrivelser så korrekt som mulig.

I utgangspunktet hadde vi tenkt å bruke avdelingens sekretær til å skrive ut intervjuene, men etter nærmere ettertanke endret vi dette da vi så at muligheten til identifisering var for stor. Vi skrev selv ut alle intervjuene. Vi informerte også om at alle intervjunotater, skriftlige, elektroniske og lydnotater ville bli makulert etter at undersøkelsen var ferdig.

## **5.9 Bearbeidelse av intervjuene**

Vårt utgangspunkt for analysen er det transkriberte materiale. De kvalitative dataene utgjorde ca. 40 sider med tilnærmet ordrett gjengitte intervjuer. Alle intervjuene ble anonymisert med tall. Transkriberingen ble utført av oss og det viste seg i ettertid at dette var et klokt valg fordi vi kom godt inn i materialet. Det skrevne materialet ble så systematisert ved å lage skjemaer og tabeller med oversikt over svarene. Svarene som var i samme kategori ble fargekodet. Tanken bak denne systematiseringen var å få en god oversikt over grupperingen av svarene og vår erfaring var at det lettet analysedelen. Analysen har vært en tidkrevende prosess men den har vært viktig i forhold til å få et helhetsbilde av problemstillingen.

## **6. PRESENTASJON OG ANALYSE AV FUNN FRA OPERASJONSSYKEPLEIERE**

Vi har i første rekke valgt å rette oppmerksomheten mot de svarene vi mener er mest sentrale for å belyse hvordan læring finner sted i et arbeidsmiljø der det er stort fokus på effektivitet. Svarene er gjengitt i referater og sitater. Våre funn i hvert forskerspørsmål har vi kategorisert etter de data informantene har gitt oss.

Som en innledning til intervjuene hadde vi forberedt enkelte spørsmål for å tilstrebe at informanten ble trygg i situasjonen. I ettertid har vi imidlertid vurdert det slik at svarene vi fikk på to av introduksjonsspørsmålene kan være med på å belyse problemstillingen i studien. Vi finner det derfor viktig å ha med de reaksjonene vi fikk på disse to spørsmålene. Under noen av funnene er et fenomen beskrevet flere ganger. Dette ser vi på som at de er viktige for informantene å beskrive.

### Introduksjonsspørsmål:

1. Hva innebærer god operasjonssykepleie for deg?
2. Hvordan vil du beskrive en god arbeidsdag?

### Forskerspørsmål:

1. Hvordan opplever operasjonssykepleiere arbeidsbelastningen i operasjonsavdelingen?
2. Hvordan legges det til rette for operasjonssykepleieres læring/fagutvikling i hverdagen?
3. Hvordan kan man kombinere fokus på effektivitet med et godt læringsmiljø?

De mest sentrale funnene under hvert spørsmål vil bli drøftet i kapittel 8.

## 6.1 Introduksjonsspørsmål

Vi har som nevnt valgt å ta utgangspunkt i svarene på to av introduksjonsspørsmålene da vi mener de er viktige for å kunne belyse problemstillingen. Svarene vi fikk er med på å belyse hvordan operasjonssykepleierne beskriver hva god operasjonssykepleie er og hva som særpreger en god arbeidsdag. Det operasjonssykepleierne var opptatt av i forhold til hva som er god operasjonssykepleie kan i stikkordsform oppsummeres på følgende måte:

- Ivareta pasienten
- Gi helhetlig sykepleie
- Være forberedt
- Ha tid nok til pasienten
- Trygghet i teamet

**Helhetlig fokus på den enkelte pasient.** I Norsk Sykepleieforbunds Yrkesetiske Retningslinjer står det at all sykepleie:

*”bygger på respekten for alle menneskers liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertelighet, omsorg og respekt for menneskerettigheten og være kunnskapsbasert.” (Norsk Sykepleieforbunds Yrkesetiske Retningslinjer)*

Som vi tidligere har beskrevet er operasjonssykepleieryrket preget av et hektisk miljø hvor bruk av elektromedisinsk utstyr preger en stor del av arbeidet. Tiden vi har kontakt med våkne pasienter er knapp i forhold til andre avdelinger og dette byr på utfordringer og situasjonen beskrives blant annet på følgende måte:

*”Kanskje en utfordring at pasienten er her så kort tid. Pasientene sover jo mye av tiden og vi prøver å se pasienten bak. At ikke pasienten forsvinner i alle de tekniske tingene vi har her.”*

*”Vil si en helhetlig sykepleie på den måten at du ser mennesket som skal opereres, ikke bare en del av et menneske som skal skiftes ut.”*

Det er en stor utfordring å huske at det er pasienten som er i sentrum i et slikt miljø. I vår studie viser det seg imidlertid at alle operasjonssykepleierne svarer at det er det å ivareta

pasienten som er viktigst for dem når de skal beskrive hva som er god operasjonssykepleie.

En av informantene sier:

*”Jeg knytter også instrumenthåndtering og assistering opp mot pasienten. Jeg gjør det for pasienten. For at jobben skal ha mening selv om den er teknisk.”*

Det kommer også fram at operasjonssykepleierne gjerne vil se pasienten som et helt menneske. I dette ligger det at de har satt seg inn i pasientens livssituasjon og er forberedt når de tar imot pasienten. Forberedelser går ut på at de har lest journal, prosedyrer og har forberedt seg rent praktisk. Dette krever tid og denne tiden er det ønskelig å ha for å kunne utføre forsvarlig sykepleie. En av operasjonssykepleierne uttaler følgende:

*”Føler ikke at jeg alltid har tid til å gjøre en god jobb for pasienten. I og med at alt skal være så effektivt så føler jeg at man ikke får ivaretatt den biten bestandig.”*

*”At vi får gjort leiring og sånn riktig er viktig for meg. Skal gjøre det ordentlig, forskriftsmessig. Hvis en ikke har det for travelt kan du få gjort det ordentlig. Hvis det ikke er for mange som presser på.”*

I vår studie kommer det fram fra flere av operasjonssykepleierne at trygghet er viktig. Dette innebærer både å gi pasienten en følelse av trygghet, men også å ha følelse av trygghet i teamet. Med trygghet i teamet menes at teamene er satt sammen slik at de ulike operasjonssykepleierne kan supplere hverandre og veilede hverandre i ulike situasjoner for å gi pasienten optimal operasjonssykepleie. Et sentralt element i denne tryggheten består altså av kompetanse. Operasjonssykepleieren er trygg når han/hun mestrer jobben, men er også avhengig av at andre kan supplere når kompetansen ikke er der.

*”En trygghet i teamet og for pasienten. At jeg vet sykehistorien, litt rundt pasienten, at jeg vet hva vi skal gjøre for noe, vet hva vi skal bruke av utstyr og at vi har de*

Hovedbudskapet i disse utsagnene er at hverdagen i operasjonsavdelingen ofte er travel med mye teknologi, utstyr og prosedyrer å forholde seg til. Det er derfor viktig å ha fokus på pasientene og å se hele mennesket. I vår studie er alle operasjonssykepleierne opptatte av å ha fokus på pasienten og at alt de gjør i forberedelse og assistanse under operasjonen er med på å gi pasienten en god behandling. Får de tid nok til dette vil operasjonssykepleierne selv oppleve trygghet og pasientene vil oppleve trygghet og føle at de blir godt ivaretatt.

Utøvelse av god og forsvarlig operasjonssykepleie er naturlig nok knyttet til operasjonssykepleiernes ansvars- og myndighetsområder som krever kunnskap og forståelse for den akutt- og kritisk syke pasientens behov. For å oppnå dette kreves det at en rekke forhold ligger til rette i operasjonsavdelingen. På grunnlag av svarene i intervjuene får vi et godt bilde av hva operasjonssykepleierne legger vekt på i forhold til særpreg ved en god arbeidsdag:

- Realistiske operasjonsprogram
- God bemanning
- Godt samarbeid i teamet
- Tid til forberedelse

Vi har valgt å se nærmere på to av de funnene vi mener er viktige for å belyse hva som særpreger en god arbeidsdag for operasjonssykepleierne.

***Realistiske operasjonsprogram.*** På alle hverdager er det oppsatt elektive operasjonsprogram på de ulike operasjonsstuen. De enkelte seksjonene har fått tilført et visst antall team pr uke og dette er fordelt etter ressurser og behov. Det er seksjonene selv som lager operasjonsprogrammene uten involvering av representanter fra sentraloperasjonen. Hver dag kl 1400 skal en anestesilege, programkoordinator og en representant fra hver av de kirurgiske enheter samles til program møte. Hensikten med program møtet er å se helheten for morgendagens operasjonsprogram og planlegge ut ifra utstyrsressurser, operasjonsstuekapasitet og personellressurser. Diskusjon og informasjon om de enkelte pasienter vedrørende medisinske opplysninger mellom faggruppene er også en intensjon med program møtet.

Operasjonsprogrammene er de kirurgiske seksjoners bestilling til operasjonsavdelingen. Det er sjelden det møter opp representanter fra alle kirurgiske enheter. Det kan synes som om det er flere hemmende forhold som forkludrer muligheten for å planlegge et realistisk operasjonsprogram. Dermed kan det virke som at operasjonsplanleggingen ikke er koordinert faggruppene i mellom. Det kan stilles spørsmål til intensjonen vedrørende program møtet på bakgrunn av denne erfaringen og det kan synes som om lederne i operasjonsavdelingen mangler innflytelse til å påvirke programoppsettet. Dette kan være en av flere årsaker til at operasjonsprogrammene ofte er urealistiske. Sitatene under viser at operasjonssykepleierne

opplever urealistiske oppsatt programmer som frustrerende og at det oppleves som en god følelse når det oppsatte operasjonsprogram gjennomføres på en god måte.

*”Det er sjelden vi kommer igjennom programmet.”*

*”Og at vi blir ferdig med programmet uten at det går på bekostning av pauser for eksempel og at du føler at du har gjort det som er forventet av deg når du kommer gjennom programmet.”*

*”Er det store inngrep og du vet erfaringsmessig at inngrepene tar så og så lang tid, du ser hvem som opererer og noen av inngrepene vet du krever mye utstyr og forberedelser. Så hvis det bare er slike store ting så mener jeg vi kan se at det er urealistisk.”*

*”Veldig frustrerende i enkelte perioder hvor vi må stryke pasienter. Vi får pasienten ned og så kommer det på andre ting og da må vi sende pasienten tilbake.”*

På bakgrunn av informantenes kunnskap og erfaring om de ulike inngreps kompleksitet og tidsaspekt, ser de ofte hvorvidt de elektive operasjonsprogrammene er gjennomførbare. Når operasjonssykepleierne beskriver en god arbeidsdag mener de at de har et realistisk operasjonsprogram å forholde seg til. Med et realistisk operasjonsprogram menes at programmet er gjennomførbart fra ca 0800-1530. Når pasienter må strykes av operasjonsprogrammet grunnet urealistiske oppsatte operasjonsprogram eller ved at ved at akutte operasjoner kommer til, kan operasjonssykepleierne oppleve det som frustrerende fordi de vet hvilken belastning det er for pasientene som får utsatt sin operasjon.

**Teamsamarbeid.** Tre av operasjonssykepleierne sier at det å ha en god arbeidsdag også avhenger av et godt teamsamarbeid.

*”Er trygg på de jeg jobber sammen med, at de kan supplere med det ikke jeg kan, og at legene kan jobben sin.”*

Vi forstår dette som at hver enkelt er trygge på hverandres kompetanse slik at de kan bistå hverandre ved behov. Samhandling og samarbeid mellom fagpersonellet i teamet krever en felles målsetting og en felles lojalitet til de oppgaver som skal gjøres i pasientbehandlingen.

*”For meg så har det noe med de du jobber sammen med, at du har god kjemi med de. Da har jeg en god dag.”*

Et team består av kompetanse fra flere ulike faggrupper. Det blir lagt vekt på at alle i teamet er sikre på sine roller og at de utfyller hverandres fagkunnskap. Det kommer også fram at det er viktig at hver enkelt bidrar til et godt samarbeid.

*”Jeg synes det er viktig at jeg er trygg på de andre i teamet. Det gjør meg usikker hvis jeg føler at noen av de andre ikke mestrer jobben.”*

Operasjonssykepleieren har et selvstendig ansvar for egen arbeidsutførelse. Som operasjonssykepleier arbeider man som oftest sammen i team og er derfor helt avhengig av at alle i teamet kan sine oppgaver. Operasjonsteamet består som nevnt av flere andre faggrupper som sammen er ansvarlig for resultatet. Trygghet på at alle i teamet utfører sine arbeidsoppgaver på en forsvarlig måte er derfor helt vesentlig for å ivareta pasienten på best mulig måte.

## **6.2 Arbeidsbelastningen**

Som en del av intervjuet spurte vi operasjonssykepleierne hvordan de opplever arbeidsbelastningen i operasjonsavdelingen. I utgangspunktet hadde vi en hypotese om at arbeidsbelastningen har økt etter funksjonsfordelingen, noe som også er underbygget i statistikk for økt operasjonsaktivitet og seansetid. (Se vedlegg 1 og 2, tidsproduksjon) Vi antok at det var slik, selv om det samtidig ble tilført 4 årsverk for operasjonssykepleiere for å ta høyde for denne forventede økte operasjonsaktiviteten. Intervjuene berørte mange sentrale forhold som virker inn på arbeidsbelastningen i operasjonsavdelingen. De viktigste faktorene kan oppsummeres på følgende måte:

- Arbeidsdagen er hektisk
- Opplevelse av forstyrrelser er en belastning
- Ikke personellressurser nok
- Arbeidsbelastningen er økende
- Arbeidsbelastningen er stor

Operasjonsaktiviteten ved Sentraloperasjon, Sykehuset Østfold, Fredrikstad er stor. Det har blitt tilført flere team på helger og kvelder for å operere pasienter som har behov



forøyeblikkelig hjelp. Ett team ekstra mandag til fredag kveld og ett ekstra team på dagtid lørdag og søndag.

Antall øyeblikkelig hjelp operasjoner har økt samtidig som det hver dag er satt opp elektivt operasjonsprogram på alle operasjonsstuene. Det er ikke opprettet et eget team som ivaretar øyeblikkelig hjelp operasjoner.

Alle operasjonsstuene er i bruk til elektiv virksomhet fra mandag til torsdag. Traumestuen er alltid i beredskap til akutte operasjoner. Blir traumestuen brukt må første ledige operasjonsstue stoppes fordi det alltid må stå en ledig operasjonsstue klar for beredskap. Når det kommer pasienter som må opereres umiddelbart går dette på bekostning av det elektive programmet slik at planlagte operasjonene blir fortrent. Det er ikke sjelden at siste pasient blir strøket av det elektive operasjonsprogrammet og at operasjonen blir utsatt til en annen dag. For pasientene innebærer dette ofte en stor påkjenning. Når vi spurte operasjonssykepleierne om hvordan de opplever arbeidsbelastningen kom det fram at det har skjedd en endring:

**Hektiske arbeidsdager.** Studien viser at de fleste informantene opplever blandingen av elektiv kirurgi og håndteringen av øyeblikkelig hjelp som stressende og belastende. Som en operasjonssykepleier beskriver situasjonen;

*”Mye mas og arbeidsbelastningen er stor. Det er urealistiske program og mye frem og tilbake, og når det kommer øyeblikkelig hjelp så har vi ikke ressurser til å ta det akutte som kommer. Da må man bruke de ressursene som skulle gå til den jevne drift.”*

Samtlige operasjonssykepleiere svarer at arbeidsdagen er hektisk. Det ser ut til at nettopp dette med uforutsigbarhet er noe som sliter på operasjonssykepleierne i lengden og det å stadig forandre på det man hadde tenkt å gjøre.

*”det et hektisk, kan virke frustrerende. Fordi det til tider er mye omgjøring på program du har satt deg inn i på forhånd. Det blir forsinkelser og alt blir heseblesende fordi du skal prøve å rekke programmet.”*

Flere av informantene gir uttrykk for at det er noe som mangler i organiseringen på avdelingen siden det er så mye forstyrrelser.

*”Dagen er hektisk, spennende, litt rotete organisert kanskje. Programmet blir aldri som det var fra morgenen av. Men det er sikkert mulighet til forbedring slik at det går glattere.”*

Når informantene ble bedt om å beskrive arbeidsdagen brukte samtlige ordet hektisk! Det ser ut til at operasjonssykepleierne opplever at forstyrrelser og uforutsigbarhet på dagtid er det som virker mest belastende i forhold til blandingen av elektiv kirurgi og øyeblikkelig hjelp operasjoner. Alle gir uttrykk for at det er stressende å hele tiden måtte endre programmet og dermed også planene for arbeidsdagen. Studien viser også at de fleste informantene gir uttrykk for at de elektive operasjonsprogrammene er store og ofte urealistiske.

**Arbeidsbelastning.** De fleste av operasjonssykepleierne vi snakket med synes at arbeidsbelastningen ikke bare er stor men også stadig økende. Øyeblikkelig hjelp øker stadig samtidig som det elektive programmet også skal gjennomføres. Operasjonssykepleierne gir også uttrykk for at det ikke er nok ressurser og heller ikke nok antall operasjonsstuer. En av informantene sier at arbeidstakerens dagsform også er avgjørende i forhold til hvordan arbeidsbelastningen virker inn på den enkelte.

*”Kommer an på deg selv og hvilken setting du er i. Er du sliten, 50 år, nedtrykt og ikke får sove og utslitt så er det belastende. Men er du uthvilt og tatt deg inn og er forberedt på dagen så er det noe annet.”*

Det er to nyutdannede som imidlertid sier at arbeidsbelastningen er mindre enn der de arbeidet før. De sier at de opplever det mindre stressende å forholde seg til bare en pasient om gangen i forhold til å jobbe på vanlig sengepost hvor man ofte har ansvar for flere pasienter med deres pårørende. De gir uttrykk for at de får konsentrert seg om en pasient om gangen og lar seg ikke stresse fordi de vet at de ikke kan være flere steder på en gang. En av de nyutdannede sier at det ikke gjør noe at det er mye å gjøre og at vedkommende gleder seg til hver dag, men tillegger:

*”Noen ganger kunne det vært godt med et glass vann.”*

En annen nyutdannet operasjonssykepleier sier at arbeidsbelastningen ikke føles så stor fordi vedkommende kanskje er ”skånet”. En årsak til dette kan være at den nyutdannede ikke har full oversikt over avdelingen eller inngrepene og av denne grunn opplever mindre stress, og sier som følger:

*”Her har vi en pasient om gangen. Står du steril kommer du ingen vei. Derfor er det deilig å være her. Kanskje jeg blir skånet fordi jeg er ny, vet ikke. Men føler ikke jeg blir dratt i alle ender.”*

Ut i fra svarene kan det synes som at de nyutdannede ikke opplever arbeidsbelastningen så stor som resten av operasjonssykepleierne. En av årsakene kan være at de arbeider på annen måte enn de gjorde før. Likevel svarer de fleste at arbeidsbelastningen er stor. Noen av informantene sier at dette har med organiseringen av driften å gjøre og at det må være mulig å organisere avdelingen på en annen måte slik at driften går glattere.

**Bemanningen.** Det ble tilført 4 operasjonssykepleierstillinger i forbindelse med funksjonsfordelingen 1. mai 2007. Målet var at tilføringen av disse stillingene skulle dekke opp for den forventede økte operasjonsaktiviteten ved at sentraloperasjon Fredrikstad fikk all akutt kirurgi i Østfold Fylkeskommune. Den elektive aktiviteten har gått noe ned samtidig som seansetidene har økt. Øyeblikkelig hjelp operasjoner har økt.

Operasjonssykepleierne er samstemte i forhold til bemanningen og mener at den ikke er god nok. Blant annet kreves det mer ressurser i oppstart av kompliserte inngrep fordi det har skjedd en markant forandring med hensyn til blant annet bruk av elektromedisinsk utstyr og nye operasjonsteknikker. Operasjonssykepleierens svar oppsummeres på følgende måte:

- Grunnbemanningen er ikke god nok
- Spesielt sårbart i helger, på kveld og på natt
- Det bør være 3 operasjonssykepleiere i oppstart ved krevende operasjoner
- Grunnbemanningen er egentlig god nok

**Grunnbemanningen.** Til tross for at operasjonsavdelingen har fått tilført 4 operasjonssykepleierstillinger etter funksjonsfordelingen, sier alle informantene med unntak av en at grunnbemanningen er for lav.

*”Det ideelle er at det er 3 operasjonssykepleiere når vi pakker opp til krevende operasjoner hvor du både skal leire og serve masse utstyr.”*

En av informantene foreslår at det burde være 5 operasjonssykepleiere på 2 operasjonsstuer slik at det hele tiden er en til å hjelpe til, spesielt i oppstart av operasjoner. Det vanlige er at det er 2 operasjonssykepleiere som betjener 1 operasjonsstue.

*”Grunnbemanningen må være slik at det er 5 operasjonssykepleiere på 2 stuer, slik at man har noen å gå på til operasjoner som krever mye ressurser.”*

Det er altså en helt klar oppfatning blant operasjonssykepleierne at grunnbemanningen er for liten. I og med at kompleksiteten på inngrepene har blitt større kreves det mer ressurser, spesielt i oppstart av inngrepene. Det er derfor ønskelig at det er 3 operasjonssykepleiere ved oppstart av kompliserte inngrep.

***Bemanning i helger, på kvelds- og nattevakter.*** Alle operasjonssykepleierne opplever at det er stor arbeidsbelastning på helger og på vakter. Dette til tross for at bemanningen har økt med et team på alle kvelder på hverdager, samt på dagtid lørdag og søndag. Vår undersøkelse viser at informantene opplever at arbeidsbelastningen på vakter er stor til tross for økt bemanning. Flere henviser igjen til at det er en merkbar økning av arbeidsbelastning på kvelder og i helger.

*”Natta er vel det mest kritikkverdig for da er det bare 1 team på en så stor befolkningsgruppe. Kommer det flere syke pasienter som må ha hjelp der og da, trafikkulykker, hastesnitt, blødninger og lignende er vi altså bare 3 operasjonssykepleiere. Det er kritikkverdig. Det kan stresse folk og vi blir slitne.”*

*”Mye å gjøre på vakter. Masete. Mye forstyrrelser. Helgene er slitsomme”*

Operasjonssykepleierne sier at det er stor pågang av øyeblikkelig hjelp på vakter. De gir en beskrivelse av at det spesielt på nattevakter er lite med et team og det ofte er samtidighetskonflikter der det burde vært flere team.

*”På vakter på helg, kveld og natt er det veldig sårbart her. Det må jeg virkelig si. Når man er et team er det langt over grensen til det som er forsvarlig.”*

*”Tenk på det at før var vi 5 akuttstusykehus og nå er vi bare et! Og det er ikke flere team på natt og på kveld i helgene. Det er vel noe økning på kveldene på hverdager ellers har vi ikke økt siden vi var 5 akuttstusykehus.”*

Samtlige av operasjonssykepleierne sier at bemanningen på kvelder, helger og netter er for liten. Enkelte sier at nattevakter kan grense til det som er forsvarlig fordi det kun er ett team som dekker all øyeblikkelig hjelp i Østfold Fylkeskommune.

Etter funksjonsfordelingen 1. mai 2007 i Sykehuset Østfold HF har operasjonsaktiviteten økt. Den medisinskteknologiske utvikling har ført til at man har mulighet til å operere flere eldre og medisinsk dårligere pasienter enn tidligere. Samtidig har kompleksiteten på inngrepene blitt større og krever mer ressurser. Denne endringen har vært merkbar og de fleste av operasjonssykepleierne sier de på en eller annen måte har merket denne endringen og svarene er oppsummert som følgende:

- Arbeidsbelastningen totalt har økt
- Belastningen på vakter har blitt større
- Tilførsel av nye operasjonssykepleiere ressurser har ikke vært merkbar
- Pasientene har blitt eldre og sykere
- Nyutdannede (var studenter) har ikke merket endringen

**Arbeidsbelastningen etter funksjonsfordelingen.** Etter at funksjonsfordelingen fant sted sier alle med unntak av de to nyutdannede at arbeidsbelastningen økte. De to nyutdannede var studenter da funksjonsfordelingen ble gjennomført og sier selv at de av denne grunn ikke var i stand til å se om arbeidsbelastningen økte fordi de hadde fokus på å lære. Samlet sett kommer det fram ulike forhold om hva stor arbeidsbelastning kan føre til. Noen nevner at det går ut over veiledning og faglig kommunikasjon, andre at det går utover arbeidsmiljøet.

*”Det har blitt mer øyeblikkelig hjelp og flere pasienter gjennom systemet her. Jeg føler at arbeidsbelastningen har blitt større. Mer stress.”*

*”Det er kjempe mye mer belastende, vi får aldri tid til å spise sammen, prate sammen eller puste. Pasientene er jo eldre og sykere også. Driften har økt uten at vi har mer folk.”*

*”Det har blitt mye mer slitsomt, føler at du skulle ha hjulpet så mange flere pasienter. Er ikke nok mennesker her til å gjøre det.”*

Det ser altså ut til at de fleste av operasjonssykepleierne mener at arbeidsbelastningen har økt betraktelig etter funksjonsfordelingen. En nevner at det går ut over arbeidsmiljøet i og med at man sjelden har mulighet til å snakke sammen lenger. Det kan se ut som at det er færre arenaer der både sosialt samvær og utveksling av erfaringer finner sted.

Operasjonssykepleierne sier at bemanningen på helg, kveld og natt er spesielt sårbar. De nyutdannede sier at arbeidsbelastningen er stor spesielt på helg, natt og kveld men de har

ingen formening om noen endring. Dette kan forklares med at de var studenter når endringen fant sted.

**Forberedelser før operasjoner.** Å forberede til et operativt inngrep krever i tillegg til grunnleggende kunnskaper som operasjonssykepleier at man leser pasientens journal og ”grønt skjema”. Ut ifra disse opplysningene forberedes operasjonen ved å finne fram nødvendige instrumenter, elektromedisinsk utstyr og leiringsutstyr. Studien viser at alle operasjonssykepleierne er enige om at det er for liten tid til å forberede seg forsvarlig til operasjoner, noe følgende oppsummering av hovedpunkter viser:

- For liten tid til forberedelser før inngrep generelt
- Tilfeldig og personavhengig om morgenrapport avholdes
- Ikke tid til å sette seg inn i prosedyrer ved behov
- Effektivitets press fra andre yrkesgrupper

**Oppdatering i prosedyrer.** De fleste av operasjonssykepleierne sier de ofte får for liten tid til å forberede seg til en operasjon. På operasjonsavdelingen i Fredrikstad er det over 200 prosedyrer som beskriver de ulike inngrepene operasjonssykepleierne må forholde seg til. I tillegg til hver prosedyre er det et utstyrskort som beskriver leiringsutstyr og leiring av pasienten, utstyr, instrumenter og spesielle bemerkninger til hvert enkelt inngrep. Prosedyrene og utstyrkortene er blitt et nødvendig redskap i hverdagen. En av operasjonssykepleierne sier det slik;

*”Jeg tar meg jo tid til å lese prosedyrer. Må jo det eller så ligger jeg dårlig an. Jeg leser prosedyrer til inngrep det er lenge siden jeg har vært med på for eksempel.”*

*”Av og til. Av og til ikke.”*

*”Må ofte ta det kjapt der og da. Men det hender jeg sier jeg går og vasker meg og først så springer jeg ned i datakroken og finner prosedyren og leser kjapt gjennom, og springer ned og vasker meg. Det blir jo litt stress oppe i hodet da!”*

Kompleksiteten i de kirurgiske inngrepene som utføres har blitt betydelig større de senere årene. Samfunnet generelt preges av en økende teknologisk utvikling samtidig som kravet til effektivitet og produktivitet blir større. Nye operasjonsteknikker med mer avansert utstyr samtidig som pasientene blir eldre og sykere krever spesialisert fagkompetanse. For ca 10 år

siden ble både ”enkle” og ”kompliserte” operasjoner foretatt i operasjonsavdelingen. Nå utføres et stort antall av de ”enkle” på dagkirurgisk enhet i Sarpsborg. Kompleksiteten på inngrepene som nå utføres på operasjonsavdelingen er dermed økende. Dessuten er en stor andel av alle inngrepene som utføres øyeblikkelig hjelp og krever ofte store ressurser.

*”Litt forskjellig hvordan jeg får sett på prosedyrene. Noen ganger er det så hektisk så jeg får ikke tid til å lese så mye jeg burde. Leser prosedyrene ofte, de er veldig fine.”*

*”Prøver å lese prosedyrer noen ganger men ikke alltid tid til det. Jeg spør andre erfarne når det er noe jeg lurer på.”*

Studien viser at det å ha tid til å forberede seg godt til inngrepet ved å sette seg inn i prosedyrer ved behov, er viktig for de fleste operasjonssykepleierne men at det ikke alltid er tid til å gjøre dette. Det ser ut til at operasjonssykepleierne bruker hverandres erfaringer for å komme i mål når de ikke selv får forberedt seg godt nok før inngrepene.

**Morgenrapporten.** En annen viktig forberedelse er å innhente informasjon om pasientene på sykehusets elektroniske journalsystem DIPS og fra ”grønt skjema”. I DIPS står journalnotat som beskriver pasientens tilstand og viktige opplysninger i forhold til pasientens diagnose. På ”grønt skjema” står det opplysninger vedrørende det kirurgiske inngrepet fra operatør og anestesilege. Det er helt nødvendig at dette er korrekt utfylt for teamet som skal forberede til det kirurgiske inngrepet. Informasjon om pasienten vil danne grunnlaget for den individuelle sykepleien til pasienten.

*”Det er helt slutt på å gå inn og lese om pasienten. Tilfeldig. Nå er det helt tilfeldig og kommer an på hvem du er sammen med på stua om man gidder å lese om pasienten og ha rapport sammen.”*

*”Får ikke alltid forberedt meg. Rekker ikke alltid å lese ”grønt skjema” eller om pasienten på DIPS. Det skjer det at man vet lite om pasienten på forhånd og det er selvfølgelig ikke heldig.”*

Det er også viktig å innhente informasjon fra pasienten selv og dersom pasienten skal ha narkose er tiden ofte begrenset. Operasjonssykepleieren er for eksempel avhengig av å vurdere bevegelighet i ledd ved spesielle leier for å forhindre overstrekk av ledd, muskler og nerver som kan medføre skader. Opplysninger som allergier, implantater og andre sykdommer kan medføre at operasjonssykepleieren må iverksette spesielle forholdsregler. Å skape

trygghet for pasienten i situasjonen er viktig, samt å gi informasjon kontinuerlig om tiltak som utføres.

*”Jeg synes det er viktig at pasienten skjønner at jeg har satt meg inn i situasjonen og at jeg er forberedt.”*

*”Det er jo ikke så heldig hvis jeg ikke vet om pasienten er operert tidligere for eksempel.”*

Før funksjonsfordelingen hadde man felles rapport på morgenen der man hadde en gjennomgang av alle pasientene som skulle opereres, men denne rutinen er endret. Grunnen til dette var at det var bortkastet tid å høre på rapport om pasienter man ikke skulle være med på å behandle. Det ble derfor bestemt at hvert team samlet skulle avholde rapport på sine respektive operasjonsstuer kl.07.40 på morgenen. Man går da gjennom opplysninger på ”grønt skjema” sammen og planlegger dagen. En i teamet leser høyt opp viktig informasjon fra DIPS. Flere av operasjonssykepleierne sier det er tilfeldig og personavhengig om denne rapporten utføres.

*”Tilfeldig om man innhenter informasjon om pasienten og om man har rapport sammen. Opptil hver enkelt hvordan man vil forberede seg. Spørs hvem du er sammen med.”*

Det ser ut som at morgenrapporten er tilfeldig i forhold til hvem man er sammen med i operasjonsteamet. Dette til tross for at det foreligger en prosedyre om hvordan morgenrapporten skal utføres med hele operasjonsteamet. Det ser altså ut til at morgenrapporten ikke fungerer som en rutine.

**Manglende tid.** Operasjonssykepleierne sier at de har for liten tid til å forberede seg til operasjoner rent fysisk. Utstyr som skal brukes finnes frem i hvert enkelt tilfelle da behovet varierer sterkt. Det å finne fram engangsutstyr, instrumenter/annet utstyr og elektromedisinsk apparatur tar ofte tid. Til mange inngrep er det kompliserte leier som krever mye forberedelser. Det kan være ulike deler som må være på plass og det kan kreve tid å finne utstyret. Operasjonsavdelingen er preget av at det er for liten plass og logistikken er ikke tilfredsstillende. Operasjonssykepleierne uttrykker at de bruker mye tid på å finne fram utstyr og at det ofte er tungt å transportere utstyret. Mye av utstyret er forbruksvarer og blir fort utslitt. Det oppleves ofte at det er for lite utstyr.



*”Jeg synes det er rart at ledelsen ikke skjønner at vi må ha nok utstyr og at dette må ligge på plass. Vi må jo ha ordentlige skap.”*

*”Jeg føler jeg ikke får forberedt meg godt nok på dagvakter. Når jeg er der da føler jeg det som et problem, og jeg synes ikke jeg får forberedt meg. Og spesielt hvis det er store operasjoner.”*

Alle informantene gav uttrykk for at tiden ofte var knapp til forberedelse før en operasjon og alle påpekte viktigheten av å være godt forberedt. Tempoet i operasjonsavdelingen er høyt og operasjonssykepleierne sier det kan være vanskelig å utnytte og mestre tidsfaktoren med hensyn til forberedelse før operasjoner.

**Ledelsens driftsmål.** Operasjonsaktiviteten og driften for Sentraloperasjon, Fredrikstad, har endret seg etter funksjonsfordelingen 1. mai 2007. Bakgrunnen for endringen er innføringen av Helsereformen, 2002. Denne reformen bygger på elementer fra NPM der blant annet effektivitetstanken er sentral samtidig som kravet til kvalitet ligger høyt. Det kan synes som om at ledelsen ikke har formidlet det overordnede mål for driften godt nok. Ut i fra operasjonssykepleierens utsagn kan det virke som det er uklarhet i forhold til overordnet mål.

- Spare penger
- Operere mest mulig
- Kjenner ikke driftsmål pga liten kontakt med ledelsen
- Ringe pasienten tidligere ned og komme i gang med operasjoner tidligere

**Operere flest mulig pasienter.** Ingen av operasjonssykepleierne vet hva ledelsens driftsmål er. De fleste av informantene sier de tror ledelsens driftsmål er å operere mest mulig og at de ønsker en effektiv drift. Men de sier det med forskjellige ord.

*”Må jo være å få gjennom flest mulig pasienter i løpet av dagen som står på programmet. Går på effektivitet og økonomi.”*

*”Slik jeg ser hverdagen min så føler vel jeg at ledelsen vil at vi skal jobbe mer fordi trykket er så stort utenfra og at de pålegger oss veldig ansvar der. Uten at vi har økt bemanning.”*

Operasjonssykepleierne har gitt uttrykk for at de ikke kjenner ledelsens mål. Det snakkes lite om hva som skal være overordnede mål i avdelingen. I utgangspunktet hadde vi forventet at

operasjonssykepleierne ville svare at effektivitet og produksjon var det målet de trodde ledelsen hadde. Vi trodde også at kvalitet på arbeidet som gjøres var mer vektlagt. En operasjonssykepleier beskriver det slik:

*”Jeg tror det er produksjon, effektivitet. At medarbeiderne skal bruke kortest mulig tid på flest mulig pasienter. Føler det er litt rovdrift på de som har mye dagvakter. For jeg føler det er veldig mye frustrasjoner når jeg har nattevakt. Det er veldig mye grums som kommer da.”*

En operasjonssykepleier sier man vet jo ikke fordi ledelsen er usynlig og sier lite om de driftsmål som gjelder.

*”Dem ser jo ikke vi. Det er det samme som med målsettingen og ikke hører vi noe om det heller. Før var det tatt opp i forbindelse med årsrapporter på julebord og juleavslutninger og slikt. Det er aldri noen som taler til oss lenger overhodet. Så vi hører sjelden hva som skjer her.”*

Her gis det inntrykk av at ledelsen er lite synlig når det gjelder formidling av driftsmål og hva man felles skal jobbe mot. Ingen av de spurte operasjonssykepleierne visste hva ledelsens mål for driften var. Når vi spurte dem svarte samtlige at de trodde det var produksjon og effektivitet som var målet. Det var ingen som nevnte at de trodde at kvalitet på våre tjenester var vektlagt som overordnet mål fra ledelsen.

**Operasjonsavdelingens målsetting og verdigrunnlag.** Å vite hva som er verdigrunnlaget for organisasjonen og målsettingen for det arbeidet som gjøres er viktig for fellesskapet og for motivasjonen. Vår hypotese var at det ikke var noen felles målsetting i avdelingen og vi fikk denne bekreftet på følgende måte;

*”Kjenner ikke til operasjonsavdelingens målsetting/verdigrunnlag.”*

Når ulike faggrupper jobber sammen i team er det nødvendig at alle har felles mål. De fleste operasjonssykepleiere svarer at de ikke kjenner operasjonsavdelingens målsetting og verdigrunnlag i og med at de uttrykker seg slik:

*”Tenker jo at man skal være så effektiv som man kan være men ikke gå på bekostning av pasientens ve og vel. Synes ikke vi snakker om det.”*

*”Jeg kan ikke gjengi den. Det burde vært mer presentert fra avdelingsledelsen.”*

*”Har ikke lest noe ark om det. Synes ikke det blir snakket om i hverdagen.”*

En av operasjonssykepleierne uttrykker det slik at hun har hørt det for mange år siden, men at den er lite tydelig;

*”Tror det var kvalitet i alle ledd.”*

Det er opplagt at felles verdigrunnlag og målsetting for operasjonsavdelingen ikke er tydeliggjort og snakket nok om av avdelingsledelsen. Sykehuset Østfold HF har et overordnet verdigrunnlag og akuttdivisjonen har også en.

**Tiltak som vil lette arbeidsbelastningen.** Studien viser at operasjonssykepleierne opplever arbeidsbelastningen som stor og belastende. De har også ideer om hva som kan hjelpe dem gjennom en arbeidsdag slik at belastningen kan bli mindre. De svarene som kom fram kan oppsummeres slik:

- Økte personellressurser
- Bedre system for utstyr
- Tydeligere ledelse

**Økte personellressurser.** I vår studie sier samtlige operasjonssykepleiere at økt bemanning ville lettet arbeidsdagen betraktelig. De er spesielt opptatte av at det bør være flere ved oppstart til kompliserte inngrep, men sier også at det bør være økt bemanning på helger, kvelder og netter, slik de sier her:

*”Vi må være mer mennesker, slik at vi får et pust i bakken. Bemanningen er for dårlig, det kommer igjen hele tiden.”*

*”Hadde vi vært flere på jobb, hadde det selvfølgelig blitt mindre belastning.”*

Samtlige operasjonssykepleiere vi intervjuet mente at det ville lette arbeidsbelastningen dersom det var større bemanning. Disse personalressursene kan bli brukt til å hjelpe i gang med kompliserte inngrep, løse av til mat/kaffepauser og styrke bemanningen i helg, kvelden

og om natten. Men det er også andre faktorer som vil være med på å lette arbeidsbelastningen og vi nevner disse videre:

**Utstyr.** Flere av operasjonssykepleierne uttaler at et bedre system for utstyr og nok leiringsutstyr ville lette belastningen. Det er ikke alltid at utstyret er på sin plass og man må ofte lete for å finne det.

*”Vi må ofte lete etter utstyr. Utstyr må være tilgjengelig. Syns det er slitsomt at jeg ligger litt etter skjema fordi jeg har brukt tid på sånne ting. Vil gjøre tingene ordentlig og ikke måtte skynde meg hele tiden. Vil at vi har utstyr nok, at det er på plass og flere hender.”*

Utsagnene fra operasjonssykepleierne gir et tydelig signal om at dårlige systemer for logistikk og uorden i avdelingen er frustrerende. Det er viktig for dem å føle at de gjør en god jobb. Det synes som om flere operasjonssykepleierne sier at det å lete etter utstyr og det å mangle viktig utstyr er frustrerende i en hektisk hverdag. På spørsmålet om hva som kan gjøres for å gi en mindre belastende hverdag, sier en operasjonssykepleier;

*”Sikkert noe med hvor vi har ting og vi flyr og leter etter utstyr hele tiden. Ting burde ligge mye mer til rette, på sin plass. Var på ortopedien et par dager nå på 2-stua, og det er langt å gå for å hente utstyr og andre ting. Logistikken kunne vært gjort noe med.”*

Det kan virke som om operasjonssentralens arealer er for små i forhold til den driften som opprettholdes. Systemer for oppbevaring av utstyr er dårlig med hensyn til at lagrene er små og plassert langt fra operasjonsstuene. Det er trangt i korridorene og vanskelig å dra tungt utstyr rundt omkring.

### **6.3 Tilrettelegging av operasjonssykepleieres læring/fagutvikling**

Læring skjer på mange ulike måter og i mange ulike sammenhenger. For operasjonssykepleiere er læring viktig i forhold til å utvikle og vedlikeholde sin fagkompetanse. Vi har delt læringen i formell og uformell læring. Med den formelle læringen mener vi den læringen som er formalisert i form av avsatt tid til kurs og undervisningsdager. Det er også formalisert at operasjonssykepleierne rullerer mellom ulike seksjoner for å ivareta

den grunnleggende fagkompetansen. Den uformelle læringen er den læringen som hele tiden foregår mellom kollegaer i løpet av den normale arbeidsdagen.

Etter funksjonsfordelingen er det skjedd en endring i forhold til undervisningen i operasjonsavdelingen. Tidligere var det undervisning for alle hver fredag fra 07.30-10.00. Nå er det minst ett ortopedisk team som starter å operere pasienter kl. 07.30. I tillegg opereres det pasienter som må tas øyeblikkelig. Undervisningsfredagene som er innbakt i turnus er som før. Det har imidlertid blitt tilført mindre penger til kursbudsjett. Det er vanskeligere å få fri for å delta på eksterne kurs fordi det går ut over driften. På bakgrunn av denne utviklingen hadde vi i utgangspunktet en hypotese om at operasjonssykepleierne opplever tilbudet for undervisning som dårligere enn før funksjonsfordelingen.

**Fredagsundervisning.** Tidligere var det alltid avsatt tid til undervisning på fredager for alle operasjonssykepleierne fra kl.07.30 til 10.00. Denne tiden ble ofte brukt til undervisning av nytt utstyr og nye operasjonsteknikker. Tiden ble i liten grad benyttet til refleksjon etter hendelser. Derimot ble det ofte diskusjoner rundt praktiske problemer og rutiner samt informasjon fra seksjonsleder. Etter funksjonsfordelingen er det alltid et ortopedisk team som begynner å arbeide kl.07.30. Kommer det pasienter som må opereres akutt må minst ett team til gå fra undervisningen. Det er dermed andre ord færre som får med seg denne undervisningen enn tidligere. Operasjonssykepleierne belyser fredagsundervisningen på følgende måte:

- Ofte blir det prioritert å jobbe
- Fredagsundervisning er tilfeldig, men aktuelle tema

Studien viser at operasjonssykepleierne ikke er fornøyde med forandringen i tilbudet om intern undervisning på fredager:

*”Fredagsundervisningen er nyttig, men den blir satt mindre og mindre pris på, etter det jeg skjønner. Noen ganger starter vi jo både en, to og tre team samtidig, og da er det jo ikke så mange igjen.”*

*De fredagene jeg er her har jeg blitt prioritert til å jobbe. Føler som nyansatt at det er viktig å få med seg undervisningen.”*

I vår studie sier operasjonssykepleierne at utbyttet av fredagsundervisningen kan være veldig varierende fordi de ikke alltid har mulighet til å delta. Noen sier at de opplever det som urettferdig at de stadig går glipp av denne undervisningen, men samtidig sier de også at de er positive til at ledelsen forsøker å fordele deltakelsen slik at det ikke er de samme som mister denne hver gang.

*”Jeg har forståelse for at noen må begynne tidlig fordi vi har så stor pågang av pasienter og slik at det blir en rettferdig fordeling med det store presset vi har. Det er veldig bra at vi har begynt å skrive en liste”*

*”Før var alle med på undervisning, nå er det ikke slik lenger. Mange opplever det som urettferdig, kanskje, og det er fint at det nå er blitt rullering på dette.”*

Alle operasjonssykepleierne savner undervisningen de fikk på fredager og sier også at undervisningen er nyttig når de får den.

*” Fredagsundervisningen er ofte nyttig for meg.”*

*”Det er nyttig undervisning når det først er noe.”*

Fredagsundervisningen som før var en fast etablert ordning som angikk alle har altså endret funksjon. Nå oppleves denne undervisningen tilfeldig fordi det er mange som må starte operasjoner tidlig og går dermed glipp av nødvendig opplæring og refleksjon.

**Undervisningsdager i turnus.** DE dager er undervisningsdager som er lagt inn i turnus hver 12 uke og undervisningen foregår en hel dag i eget undervisningslokale utenfor avdelingen. For at alle skal få samme undervisning er det satt opp samme program og samme tema 3 fredager etter hverandre.

- DE dager er positivt
- Går glipp av mange DE dager

I vår studie gir alle informantene gir uttrykk for at undervisningsdagene er nyttige.

*”Hver 12 uke har vi DE dagene våre, og det er et mål i seg selv å ha den videre. Den er kjempefin, den må vi få lov til å beholde.”*

*”DE dagene er ofte veldig nyttige.”*

Undervisningen på disse dagene er varierende og operasjonssykepleierne blir ofte oppfordret til å komme med ønsker om hva de vil ha undervisning i. Det viser seg at alle er positive til denne opplæringen.

**Eksterne kurs.** Det har tidligere vært godt tilbud om eksterne kurs for operasjonssykepleiere. Kursbudsjettet har også vært høyere enn på vanlige sengeposter og det har vært forholdsvis mange som har fått tilbud om eksterne kurs. Grunnet utviklingen innen operasjonsteknikker er det også påkrevd at operasjonssykepleiere får den nødvendige kunnskapen for å ivareta faget. Vi hadde en hypotese om at operasjonssykepleierne opplever dette tilbudet som svekket, noe som også bekreftes gjennom de svarene vi fikk når vi spurte om dette.

*”Eksterne kurs opplever jeg som eksklusivt. Det er veldig få som får gå på det. Det er dyrt og jeg har ikke anledning til å bruke egne penger. Synes det har blitt mindre av det.”*

*”Vi har jo fått dårligere midler til eksterne kurs, så det er ikke mange kurs vi får dra på for tida.”*

De fleste eksterne kurs foregår i helger. Tidligere har de som har deltatt på disse kursene fått kompensasjon dersom de har arbeidshelg. De som bruker fritiden sin har fått kompensasjon for lørdag, men ikke for søndag. Nå er midletid dette falt bort og ingen får dispensasjon for å delta på kurs i fritiden. De av operasjonssykepleierne som mener tilbudet er tilgjengelig benytter seg ikke av det. Begrunnelsen er at de ikke er villige til å bruke sin fritid.

*”Det har vel vært diskutert hvordan man får kompensasjon for å bli fritatt i helger.”*

*”De yngre er mer opptatt av fritiden sin og det er forståelig når de ikke får kompensasjon.”*

*”Skal man på kurs må man bruke fritid og det spørs vel hvor mye tid vi skal bruke på det uten å få timer for det.”*

Som vi ser opplever de fleste at tilbudet om eksterne kurs er dårligere enn før. Det ser ut til at få er villige til å bruke fritiden sin på kurs når de ikke får kompensasjon i form av fritid til avspasering i etterkant.

**Opplæring i elektromedisinsk utstyr (MTU).** I 2005 kom ”Forskrift om bruk og opplæring av elektromedisinsk utstyr” i operasjonsavdelinger. I operasjonsavdelingen er det mye elektromedisinsk utstyr å forholde seg til og det kommer stadig nytt utstyr. Bruk av dette utstyret krever kunnskap fordi en kan påføre pasienter skade dersom det ikke brukes forskriftsmessig. I forskriften inngår også vedlikehold av opplæring. Å gjennomføre opplæring og sertifisering av alt dette utstyret krever mye ressurser. For noen år siden ble det gjort et forsøk på å sette denne opplæringen i system, men dette fagarbeidet har ikke blitt prioritert. Det er derfor ikke overraskende at operasjonssykepleierne ikke sier seg fornøyde med den eksisterende opplæringen. Hovedpoengene kan oppsummeres slik:

- Dårlig opplæring av elektromedisinsk utstyr
- Har brukt elektromedisinsk utstyr uten å ha fått opplæring
- Bra at det er tilsatt i 20 % stilling for å ivareta MTU
- Det vi har hatt av undervisning har vært bra

Det er en utbredt oppfatning blant operasjonssykepleierne at opplæringen er for dårlig og tilfeldig. Noen av informanter sier at de har brukt elektromedisinsk utstyr uten å ha fått opplæring på forhånd.

*”Det begynte bra for noen år siden med undervisning og testing, men jeg vet ikke hva som skjedde, jeg. Har brukt MTU flere ganger uten å ha fått opplæring.”*

*”Jeg savner opplæring på nye ting og det gamle utstyret vi har.”*

*”Prøving og feiling metode, føler jeg at det er.”*

*”Man begynner å bruke nytt utstyr før man har fått opplæring, og operatørene kan det heller ikke og de spør oss.”*

En av årsakene til at opplæring i elektromedisinsk utstyr ikke har vært tilfredsstillende kan også være at det er et krevende arbeid å sette dette i system, og det har vært avsatt for lite ressurser til dette arbeidet. I senere tid ble det omgjort en 20 % operasjonssykepleierstilling fra grunnbemanningen til å ivareta elektromedisinsk utstyr og systematisere opplæringen. Funksjonen for denne stillingen er å sørge for at alle får den nødvendige opplæring av



elektromedisinsk utstyr. I henhold til utsagnene virker det som våre informanter er positive til denne ordningen.

*”Avdelingen prøver nå å legge til rette for MTU med undervisning og testing. Det synes jeg er veldig bra.”*

*”Nå har vi jo fått en ansatt som skal ha ansvar for MTU, det synes jeg er veldig bra.”*

Hovedinntrykket er likevel at opplæringen i forhold til elektromedisinsk utstyr har vært for dårlig. Mange gir uttrykk for at de har brukt slikt utstyr uten at de har fått opplæring. De er imidlertid fornøyde med at det nå er ansatt en operasjonssykepleier i 20 % stilling som skal ivareta denne opplæringen. Samtidig er ikke bildet fullstendig negativt da flere også gir uttrykk for at den undervisningen de har fått har vært bra.

**Refleksjon.** Refleksjon er et kjent begrep innen sykepleie. Det blir ofte brukt i veiledningssituasjoner der man etter veiledningen, som har foregått både muntlig og praktisk, gjør en refleksjon over hva som faktisk har skjedd. På denne måten får man reflektert over handlinger og vurdert hvorfor man handlet på ulike måter. På en operasjonsavdeling opplever ofte personalet vanskelige situasjoner og personalet har ofte behov for å reflektere og snakke sammen i ettertid. Vi vil si det så sterkt at refleksjon og bearbeiding av vanskelige situasjoner er en nødvendighet for at man skal kunne fungere godt som operasjonssykepleier.

Informantene oppsummerer dette på følgende måte:

- Aldri satt av tid til refleksjon i hverdagen
- Uformell refleksjon, man lager seg rom
- Behov for tid til refleksjon

Slik situasjonen er i dag synes det som om refleksjon kan karakteriseres som en forsømt oppgave. Informantene gir uttrykk for at det er for liten tid til refleksjon i hverdagen.

*”Det er tilfeldig, som regel er vi så opptatte at det ikke er tid til noen refleksjon. Har vært med på vanskelige hendelser hvor det har vært ok oppfølging, men også på andre hendelser hvor det ikke har vært noe.”*

*”Har ingen refleksjon i arbeidstiden, har ingen tidspunkter på dagen lenger som vi kunne ha brukt.”*

*”Man setter seg ikke ned for å snakke om det planlagt, liksom. Det burde vært avsatt tid til refleksjon/debriefing.”*

Avdelingen har ingen avsatt tid til refleksjon og det er i følge studien et savn. Det ser ut til at operasjonssykepleierne har et behov for refleksjon og noen bruker faktisk fritiden sin.

*”Føler at det ikke er satt av noen tid til det. Prater i bilen hjem og sånn.”*

*”Ikke tid til refleksjon i arbeidstiden. Det er ofte på fritiden at man snakker om ting som har skjedd.”*

De fleste gir altså uttrykk for at det ikke er avsatt tid til refleksjon ved behov. Likevel ser det ut til at de får bearbeidet hendelser fordi de enten snakker sammen uformelt på jobben eller privat.

**Veiledning ved bytte av seksjon.** Operasjonsavdelingen er organisert slik at operasjonssykepleierne bytter seksjon en gang i året. Det er også mulig å være på en seksjon over lengre tid fordi ett år kan være for lite for å sette seg inn i alle rutiner, inngrep og teknikker på den enkelte seksjon. Nyutdannede rullerer 3 til 6 måneder på hver seksjon det første året for å få et innblikk i avdelingens ulike seksjoner før de velger fast seksjon. Hver seksjon har tilknyttet en fagsykepleier som blant annet har ansvar for veiledning av nye operasjonssykepleiere. Dette er en bevisst plan å oppnå formalisert kompetanse slik at operasjonssykepleierne får en så god opplæring som mulig på de ulike seksjonene. Likevel ser det ut til at denne ordningen ikke fungerer som planlagt da operasjonssykepleierne peker på tre forhold som oppfattes som problematisk:

- Dårlig veiledning
- Veldig ulikt på ulike seksjoner
- God veiledning, men avhengig av seksjon

Seks av informantene ikke er fornøyde med veiledningen de får ved bytte av seksjoner.

*”Kan ikke si at jeg har fått velkommen til seksjonen. Ofte blir vi bare kastet ut i det.”*

*”Det er jo ikke noe mottagelse eller oppfølging når du bytter seksjon. Ingen informasjon for de nye. Det er fagsykepleiers oppgave når det kommer nye på seksjonene. Det må bli bedre.”*

*”Gå inn på stua og begynn! Det blir underveis etter hvert.”*

Det virker som om veiledningen ved de ulike seksjoner er veldig varierende ved bytte av seksjon.

*”Kunne vært bedre. Det synes jeg. Den kan være personavhengig og varierer fra seksjon til seksjon.”*

*”Det er litt bedre på den seksjonen jeg er nå. Det var litt oppfølging i begynnelsen iallfall.”*

Samlet sett gir disse utsagnene uttrykk for at veiledningen ved bytte av seksjoner eller når operasjonssykepleiere kommer nye til en seksjon ikke er god nok. Det er kun en av operasjonssykepleierne som sier at veiledningen er tilfredsstillende ved nåværende seksjon.

**E-læring.** Departementet er som vi har sett spesielt opptatt av e-læring der man kan anvende informasjonsteknologi for å praktisere desentralisert undervisning. Det er også opprettet en læringsportal hvor opplæringsprogrammer ligger kontinuerlig og som alle ansatte skal kunne benytte seg av. Denne læringsformen er i startfasen og sykehusene har så vidt begynt å forholde seg til denne læringsmåten. I Helse Sør-Øst pågår det nå et pilotprosjekt hvor denne type elektronisk opplæring prøves ut og Sykehuset Østfold er med i dette prosjektet. På tilsvarende måte som den organiserte rotasjonen er intensjonen bak E-læring prisverdig. I praksis virker imidlertid opplæringsmåten ikke helt etter intensjonen i og med at hovedinntrykket kan oppsummeres slik:

- Vet ingenting om E-læring
- Skeptisk i forhold til tidsbruk
- Positive til e-læring

Til tross for at Sentraloperasjon, Fredrikstad er med i et pilotprosjekt vedrørende E-læring er det få som har oppfatning hva det egentlig er:

*”Har vel noe med læring på data å gjøre.”*

*”Vet ingen ting om E-læring.”*

*”Tror det har noe med opplæring på data å gjøre.”*

Ved nærmere informasjon om e-læring ble operasjonssykepleierne spurt om hvordan de så på denne læringsformen. Studien viser en tydelig forskjell i alderssammensetningen i forhold til de svarene som ble beskrevet om denne læringsformen:

*”For meg er det helt suverent, jeg er jo vant til å jobbe med data. Og så kan jeg gå inn når det passer meg!”*

*”Jeg tror det er en veldig fin måte å lære på.”*

I vår studie er de fleste informantene skeptiske i forhold til avsatt tid til E-læring. Flere av operasjonssykepleierne uttrykker at de bruker lang tid på å bruke elektroniske verktøy. De sier også at det vil komme i konflikt med driften på operasjonsavdelingen.

*”Jeg tror sikkert at det kan bli bra, men jeg må lære meg å bruke det elektroniske systemet bedre. Kan ikke se at det er mulighet i arbeidstiden.”*

*”det vil kreve veldig med tid, og hvem skal da gjøre min jobb?”*

*”Skal du drive med E-læring i arbeidstiden, så skjønner ikke jeg hvordan vi kan få det til. Det ser håpløst ut slik det er nå.”*

Det var få av operasjonssykepleierne som hadde kjennskap til E-læring til tross for at Sykehuset Østfold er med i et pilotprosjekt vedrørende denne elektroniske opplæringsformen. Alle var positive til denne formen for opplæring men ga uttrykk for at det kan bli vanskelig gjennomføre uten at det er avsatt tid til det.

**Veiledning i hverdagen.** Å være operasjonssykepleier innebærer en kontinuerlig utvikling og læring av faget. Kravene til å fungere optimalt faglig er til stede hele tiden og operasjonssykepleiere står faglig ansvarlig for det arbeidet som utføres. Som tidligere nevnt er det flere måter å tilegne seg kunnskap på. Operasjonsavdelingen har tilbud om både interne og eksterne kurs, samt undervisningsdager i turnus. Det foregår daglig en utveksling av erfaring og kunnskap mellom operasjonssykepleierne i hverdagen. Vi spurte operasjonssykepleieren om på hvilken måte de lærte best og hovedinntrykket vi fikk var:

- Veiledning i hverdagen er best

- Både veiledning i hverdagen og eksterne kurs er viktig

I vår undersøkelse ser det ut til at de fleste operasjonssykepleierne mener at den beste måten å lære på er den daglige veiledningen i hverdagen.

*”Veiledning i hverdagen!!”*

*”I hverdagen, helt klart, det daglige, at det fungerer”*

*”oppfølging i hverdagen er viktigst”*

*”Helt klart veiledning og undervisning i hverdagen”*

Det er en klar overvekt av informanter som mener at veiledning og undervisning i hverdagen er den beste måten å tilegne seg kunnskap på. Det legges også vekt på at operasjonssykepleiere er sammen med en annen erfaren i situasjoner de føler er vanskelig å mestre.

*”Etter min mening må du ha med deg en erfaren på nye ting og særlig hvis det er lenge siden jeg har vært med på noe, da må jeg ha med meg noen”*

Noen av informantene la også vekt på at en kombinasjon mellom veiledning i hverdagen og ekstern undervisning er mest ideelle måten å lære på.

*”Begge deler, synes jeg”*

*”Begge deler er viktig”*

*”På eksterne kurs kan man få litt ideer om hva andre driver med”*

*”Se hvordan andre løser ting og får inspirasjon, men oppfølging i hverdagen er viktigst”*

Hovedinntrykket i undersøkelsen er at både læring i form av veiledning i hverdagen og eksterne kurs er viktige for tilføring og vedlikehold av fagkompetanse. Likevel ser det ut til at det er læring i hverdagen som betyr mest for operasjonssykepleierne.

## 6.4 En effektiv dag

Hensynet til effektivitet er en sentral premisse for operasjonsavdelingens organisering av det daglige operasjonsprogrammet. I utgangspunktet kan effektivitet ansees som en positiv verdi som kommer flest mulig pasienter til gode. Men samtidig kan den økte fokuseringen på effektivitet få konsekvenser for operasjonssykepleiernes funksjons- og myndighetsområder.

I et arbeidsmiljø der det stilles store krav til kompetanse, kvalitet og forsvarlighet er det vesentlig at fagutvikling blir prioritert. I dette kapitlet vil vi vise hvordan operasjonssykepleierne beskriver en effektiv dag på operasjonsavdelingen. Etter Helsereformen 2002 stilles det større krav til at sykehusene utnytter sine ressurser bedre. Helsereformen 2002 og IFS (innsatsstyrt finansiering) har helt klare mål om økt operativ virksomhet og ”produksjon”. Dette betyr at for å ha mulighet til å holde budsjettet må operasjonsaktiviteten økes. Flere operasjoner betyr økt inntjening med tilnærmet de samme ressursene.

Studien viser at et flertall av informantene sier at det å ha et realistisk operasjonsprogram og det å komme i mål med operasjonsprogrammet først og fremst er det som kjennetegner en god dag. Dessuten at det ikke oppstår forstyrrelser og at dagen har flyt.

***En effektiv dag på operasjonsavdelingen.*** Når operasjonssykepleierne beskriver en effektiv dag på operasjonsavdelingen gjentar de mange av de samme faktorer som når de beskriver en god arbeidsdag på operasjonsavdelingen. Det vil si at en positiv dag også er ensbetydende med en effektiv dag. Det ser ut som den overordnede målsetting på operasjonsavdelingen er å få operasjonsprogrammet gjennomført. De viktigste forutsetningene operasjonssykepleierne legger vekt på for å ha en effektiv dag kan oppsummeres slik:

- God nok bemanning
- At jeg er forberedt

- At programmet er realistisk
- Slippe å lete etter utstyr
- At man starter til tid og slipper å vente

**Bemanning.** Betydningen av at bemanningen er tilfredsstillende går igjen i hele studien. Vi så at det var viktig å si noe om i dette underkapittelet også, fordi flere av informantene koplet en tilfredsstillende bemanning til en effektiv dag.

*”En effektiv dag er jo at du jobber hele tiden, får ting unna. All bemanning er på plass.”*

En operasjonssykepleier gir en beskrivelse av en effektiv dag med et eksempel som gjengis med entusiasme!

*”Det var effektivt, det var ikke stress, det var ingen sure miner og det var et meget godt samarbeid. Vi hadde ikke ventetid. Det var samarbeidet som gjorde det. Det var nok personale som var på utsiden som holdt øye med oss hele tiden.”*

Det å ha tilstrekkelige personellressurser på en operasjonsavdeling er med på å gi en god flyt i forhold for eksempel kortere byttetider som i sin tur gir mer operasjonsstuetid. Med byttetider menes den tiden det tar mellom operasjonene. Det har vært mye fokus på å få ned byttetiden for å få mer operasjonsstue-tid og dermed få gjennomført flere operasjoner.

*”Nok folk har mye å si for at vi skal være effektive på en dag. Men det er mange andre ting som spiller inn og da.”*

Det kommer til uttrykk at tilstrekkelig personell har stor betydning for en effektiv dag og dermed en god dag der man kommer i mål med det planlagte operasjonsprogrammet. Det ser ut som det er av stor betydning for operasjonssykepleierne at dagen ”går på skinner”. Samtidig er det også andre faktorer som beskrives som viktige for en effektiv dag.

**Realistiske operasjonsprogram.** Mange beskriver et realistisk operasjonsprogram som viktig dersom det skal bli en effektiv dag på operasjonsavdelingen. Dette er beskrevet tidligere men vi så viktigheten av å kommentere funnet også her fordi det har så stor betydning for operasjonssykepleierne.

Det er avviklingen av operasjonsprogrammet som styrer arbeidet i operasjonsavdelingen. Store operasjonsprogram kan medføre at siste pasient må strykes. Dette kan være en stor påkjenning for den enkelte pasient. Forstyrrelser med hensyn til blant annet akutte inngrep som må avvikles er ikke beskrevet her fordi fokus er realistiske program. En effektiv dag handler om informantenes egne ord om:

*”Å komme i mål!”*

*”Det er en dag du får unna programmet. Kommer i mål med alt som er planlagt på en god måte.”*

*”En dag du har gjort det programmet er. Jeg tenker at vi må jo komme gjennom programmet men de er jo ofte alt for lange.”*

De fleste av operasjonssykepleierne beskriver det å komme gjennom programmet som tilfredsstillende når operasjonsaktiviteten går som planlagt. Men det sies også at operasjonsprogrammene ofte er for omfattende til å kunne gjennomføres. Det kan se ut som følelsen av å være effektiv er bedre dersom de får gjennomført mange operasjoner i forhold til en stor operasjon.

*”Har tenkt på hva som er effektivt mange ganger. Er du effektiv hvis du har fire små inngrep eller ett langt. Vet ikke om det er det viktige.”*

Studien viser at et planlagt oppnåelig operasjonsprogram er viktig for en effektiv dag på operasjonsavdelingen. Målet og ønsket ser ut til å være å ha mulighet til å gjennomføre operasjonsprogrammet. På bakgrunn av utsagnene ser vi også at det virker på motivasjon og arbeidsglede å nå dagens mål og samtidig ikke tenke på at pasienter blir strøket.

**Tidlig oppstart.** På operasjonsavdelingen har man vært å opptatt av å starte seansetiden så tidlig som mulig. ”Å dra inn pasienten” er det samme som å hente pasienten inn til operasjonsstua. Det er vist gjennom statistikk at det har betydning for operasjonsavviklingen resten av dagen. At pasientene er godt forberedt er en forutsetning for tidlig oppstart.

*”En dag vi får dratt inn til tiden vi skal og slipper å vente på grønt skjema, på anestesien og på prøvesvar, at vi får dratt inn 0750. Vi får begynt med en gang uten stopp, uten venting som kan dra ut tiden veldig noen ganger.”*



*”Da er pasienten godt forberedt fra avdelingen for det første. Og anestesimessig også godt forberedt der slik at det ikke er mange prøver som ikke er tatt. Det spesielle som står på grønt skjema er der og man slipper å være barnepike for operatør, forstå meg rett!”*

Studien viser altså at en av forutsetningene for å starte tidlig er at sengeavdelingen har forberedt pasienten optimalt og at alt er klargjort på forhånd.

## 6.5 Veiledning/refleksjon på en effektiv dag

Studien viser at muligheten for veiledning og refleksjon på en effektiv dag er blitt dårligere med den økte operasjonsaktiviteten SOP har i dag. Funnene gir signaler om at det er lite rom for veiledning/refleksjon. Tid til veiledning/refleksjon er en viktig måte for operasjonssykepleiere å lære på og det ser ut til at denne læringsformen blir nedprioritert. Forholdene karakteriseres i stikkordsform på følgende måte:

- Det er ikke rom for veiledning
- Det er rom for veiledning om programmet er realistisk
- Veiledning/refleksjon vil sinke produksjonen

**Veiledning på en effektiv dag.** Et større antall av operasjonssykepleierne sier det ikke er rom for veiledning/refleksjon med dagens operasjonsaktivitet. Veiledning/refleksjon er som tidligere nevnt en viktig læringsform for operasjonssykepleiere. Men hensynet til effektivitet kan forhindre at dette finner sted:

*”Nei for da har du jo bare spisepausa. Det er bare effektivitet som produksjon. Det er jo det dem driver med her.”*

*”Nei. Det må jeg si nei til. Det ville forsinke prosessen.”*

*”Vi kan selvfølgelig prate vi i teamet. Men å diskutere med andre får vi bare gjort på kafferommet. Det går jo an å forsøke å få det til og bli flinkere å se etter sånne rom. Men jeg tror det blir vanskelig å få det til.”*

*”Får ikke satt deg ned eller sånn. Må ta det kjapt der og da.”*

*”Nei da går det jo unna på en effektiv dag. Sånn jeg beskriver det nå da går det jo fort da!”*

Tre informanter sier at det bør være mulig å få til veiledning/refleksjon i hverdagen dersom operasjonsprogrammet er realistisk og det ikke kommer akutt syke som har behov for operasjon øyeblikkelig.

*”Ja det ville det både før og etter. Men da snakker du om et program som er realistisk.”*

En uttalelse fra en operasjonssykepleier er noe tvetydig;

*”Å få til veiledning på en slik dag, ja det kan nok hende men fordi vi da jobber jevnt hele tiden kan vi jo forsøke å få det til og bli flinkere å se etter sånne rom.*

Vi tolker dette utsagnet slik at det mulig å finne rom for veiledning om man vil. Er det viljen og motivasjonen til å få det til som er drivkraften? Et annet sitat underbygger dette;

*”I forhold til nyansatte og sånn så kommer det helt an på hvem du er på stue med. Det er ikke alle som er like tålmodige med å ta seg av nye. Hvorfor du tenker sånn, og hvorfor du gjør sånn. Det kommer helt an på hvem som er der. Der syns jeg noen er flinkere enn andre.”*

I hovedsak viser utsagnene at det er vanskelig å få til refleksjon/veiledning i hverdagen med den operasjonsaktivitet som drives. På en effektiv dag er det lite rom for dette. Det kan også tenkes at når det finnes rom blir ikke tiden utnyttet til veiledning/refleksjon.

### ***Konsekvenser av mangelfull utvikling og vedlikehold av nødvendig kompetanse.***

I Helsereformen kommer det fram at helsepersonell gis mulighet til å følge med i den faglige utviklingen og være à jour i forhold til aktuelle kvalitets- og kompetansekrav. I en operasjonsavdeling er oppmerksomheten først og fremst rettet mot effektivitet og det å komme gjennom operasjonene i henhold til programmene. Høyt arbeidstempo kan altså få konsekvenser for operasjonssykepleiernes læring. Operasjonssykepleierne ga uttrykk for at det var viktig å gi pasienten en helhetlig pleie. Vår hypotese var at når operasjonssykepleiere ikke får utviklet og vedlikeholdt sin kompetanse, kan det gå ut over kvaliteten på arbeidet og dermed få konsekvenser for pasienten. Imidlertid sa de fleste i studien at trivsel og stagnasjon var de viktigste konsekvensene når faglig utvikling nedprioriteres. Stikkordsmessig var informantene opptatt av følgende;

- går ut over trivsel, arbeidsmiljø og samarbeid
- går ut over pasienten
- går ut over min faglige identitet

**Trivsel, arbeidsmiljø og samarbeid.** På spørsmål om hva konsekvensene ville være hvis operasjonssykepleierne ikke fikk utviklet sin fagkompetanse var våre antagelser at det ville få konsekvenser for pasientene. Det var imidlertid andre konsekvenser operasjonssykepleierne nevnte først:

*”Da blir en lei og stående i stampe. Det gjør noe med deg personlig. Får ikke utført jobben på en tilfredsstillende måte. Får konsekvens for meg som privatperson også. Det går ut over helsen.”*

*”Du vil til slutt stange i veggen og bli såkalt utbrent og at du ikke kunne klare å jobbe. For da føler du at du gjør ikke en god nok jobb som du selv vil. Og går det over lang tid at du stadig møter den følelsen og måten du møter hverdagen på, så tror jeg ikke du greier å jobbe.”*

*”Får konsekvenser for hele resten av mitt liv. Går på trivsel.”*

Det ser ut til at informantene i første omgang er opptatt av sin egen utvikling og trivsel som kommer til uttrykk på følgende måte:

*”Da ville jeg jo ikke trives på jobben!”*

*”Du får likegyldighet tror jeg. Og blir ukonsentrerte og kanskje litt leie medarbeidere. Enten vil de fortsette i jobben og gjøre mindre god jobb eller så vil de slutte. Det dreper jo gleden, arbeidsgleden og samarbeidet.”*

Operasjonssykepleierne gir altså uttrykk for at konsekvensen for ikke å få vedlikeholdt eller utviklet sin kompetanse først og fremst går ut over trivsel, personlig utvikling og arbeidsmiljø. Det ser ut som om trivselsfaktoren spiller en stor rolle for operasjonssykepleierne i forhold til det å kunne utvikle seg faglig og vedlikeholde sine kunnskaper.

Det var bare to av operasjonssykepleierne som svarte at det går ut over pasienten dersom man ikke får utviklet eller vedlikeholdt sin kompetanse. Av denne grunn spurte vi operasjonssykepleierne spontant mer inngående om konsekvensene. Etter direkte spørsmål

om hvilke andre konsekvenser dette kunne få, svarte de fleste av informantene at det kunne gå ut over pasienten:

*”Dårligere operasjonssykepleie overfor pasienten. De skal ha en optimal sykepleie.”*

*”En annen konsekvens er dårligere behandling av pasienten. Farlige situasjoner kanskje.”*

*”For meg ville det være veldig trist og ikke kunne det jeg skal for å gjøre en god jobb for pasienten.”*

Slik vi forstår det viser oppfølgingsspørsmålet altså at manglende vedlikehold og utvikling av fagkompetanse også kunne gå ut over pasienten og faglig forsvarlighet. Men først og fremst rammer denne mangelen spørsmål om trivsel i den forstand at det går ut over kvalitet og kontroll.

Mangelfull opplæring går også ut over faglig identitet. Med faglig identitet menes at operasjonssykepleiere skal utvikle og opprettholde en høy kvalitet innen fagfeltet. Operasjonssykepleiere er ansvarlig for at kvaliteten på sykepleien er av faglig god standard som er beskrevet i kap.2.1, operasjonssykepleierens funksjons- og ansvarsområde.

*”Går inn i en hverdag som blir preget av rutiner uten at man tenker på hva man holder på med. Får ikke utviklet seg. Trenger å fornye kunnskap.”*

*”Det har med min trygghet og identitet som operasjonssykepleier å gjøre. At jeg er trygg på det jeg gjør og vet jeg gjør en god jobb. Må få tid til å friske opp mine kunnskaper.”*

*”Blir stående stille i faget ditt, da.”*

Studien viser at operasjonssykepleierne er opptatt av sin faglige identitet og at vedlikehold og utvikling av egen fagkompetanse er viktig for å være trygg på at man utøver en forsvarlig operasjonssykepleie. Vi tror også at dette kan ses i sammenheng med hva operasjonssykepleierne sier om trivsel og fagutvikling.

Opprettholdelse av en faglig forsvarlig virksomhet er avhengig av at det legges til rette for fagutvikling og læring i hverdagen. Dette er arbeidsgivers plikt og ansvar. Spørsmålet blir da

hvordan ledelsen prioriterer å tilrettelegge for kompetanseutvikling. Når vi spurte operasjonssykepleierne viste det seg at de var opptatte av følgende forhold:

- Liten kommunikasjon med ledelse
- Kvalitet krever opplæring
- Effektivitet gir ikke rom for fagutvikling/læring grunnet tidspress
- Læring kan planlegges
- Flyter på erfaring

**Kommunikasjon med ledelse.** Å drive en operasjonsavdeling effektivt og samtidig opprettholde faglig forsvarlighet og en god kvalitet på behandlingen, er helt avhengig av god kommunikasjon og forståelse mellom ledere på ulike nivåer og øvrig medarbeidere.

*”Jeg kan godt tenke meg at de har tanker om det. Men det kommer alt for lite fram her i avdelingen. Vi ser alt for lite til ledelse, og hva deres tanker er, er det vanskelig å si noe om. Og jeg tror at det går litt på at de må stå ansvarlig overfor Et øvre sjikt.”*

*”Jeg syns at vår ledelse her i avdelingen ikke møter oss så godt. Det er vanskelig å ta opp ting og vanskelig å kommunisere.”*

*”Og så må jo ledelsen vite litt om hva problemene egentlig er. Ledelsen må få mer orientering om vår arbeidsfunksjon. Det må jo være vi som jobber på operasjonsstua som må orientere ledelsen om det.”*

Altså ser det ut til at operasjonssykepleierne mener at ledelsen er lite synlige i hverdagen og at de ikke helt forstår deres arbeidssituasjon.

**Kvalitet er opplæring.** Pasienter har krav på kvalitet og sikkerhet fra vårt helsevesen og for å opprettholde en god kvalitet kreves det god opplæring.

*”Skal man opprettholde kvalitet må man sørge for å fornye kunnskap og tilrettelegging for mulighet for læring. Alt skal effektiviseres og penger skal spares. Noe må det gå på bekostning av og da tenker jeg at opplæring er en av de tingene som vil lide.”*

Informantene sier at det har blitt større og større fokus på effektivitet og det er ikke lenger tid til læring i hverdagen.

*”Det er ikke tid eller rom til opplæring til noen ting! Sånn som det er nå så bare jobber vi og det er ikke tid til noen ting, unntatt DE dager. Men da skal vi gjennomgå nye ting, gamle ting, masse ting om operasjoner og.. vi rekker det ikke!”*

*”Skal det være effektivt og gå fort og slik så er det vel ikke veldig mye tid til læring i hverdagen.”*

*”Veldig effektiv drift tror jeg går på bekostning av læring i situasjoner. For da er det ikke rom for det fordi i hverdagen greier vi ikke å ta begge deler. Hvis vi skal opprettholde læring så går det ut over effektiviteten og motsatt.”*

Til tross for at personalressursene er økt noe oppleves ikke dette av operasjonssykepleierne i hverdagen.

*”Du får jo ikke gjennomført alt med et minimum med folk. Er begrenset hva du får ut av ressursen der. Må være folk nok for at det skal være effektivt. Da får du læring. Må øke ressursene.”*

*”Alt er mulig tenker jeg hvis man bare vil. Det krever at folk tenker nytt både vi som jobber her og ledelsen. Det hadde løst en del problemer hvis man hadde hatt flere folk. Helt klart.”*

For å opprettholde kvalitet på denne typen tjenester kreves det opplæring slik at operasjonssykepleiere er faglig oppdaterte, er i stand til å mestre arbeidsdagen og får utført en arbeid på en faglig forsvarlig måte. Vår studie viser at informantene mener at effektivitet prioriteres og at det er lite rom for strukturert opplæring og refleksjon i hverdagen.

## **7 PRESENTASJON AV ANALYSE OG FUNN HOS LEDER I SYKEHUSET ØSTFOLD HF**

Vi vil nå gå over til å vise hva ledelsens syn er på hvordan det er mulig å kombinere en effektiv drift med fagutvikling. Vi konsentrerer oss om de elementer vi mener er viktige for å belyse problemstillingen. Disse forholdene vil bli drøftet opp mot funnene hos operasjonssykepleierne i kap.9.

De tre forskerspørsmålene som danner grunnlag for intervjuene for operasjonssykepleierne ble stilt til denne informanten i en litt annen form der utgangspunktet er det samme. Vi presenterer funnene i hvert forskerspørsmål samlet med en oppsummering i hvert underkapittel. Vi vil herunder presentere de tre forskerspørsmålene:

1. Hva vet ledere om operasjonssykepleieres arbeidsbelastning i operasjonsavdelingen?
2. Hvilket syn har ledere på hvordan det legges til rette for operasjonssykepleieres læring/fagutvikling i hverdagen?
3. Hvordan kan man kombinere fokus på effektivitet med et godt læringsmiljø?

### **7.1 Oppfatning av operasjonssykepleiernes hverdag**

Det er ingen på ledernivå 2 i Sykehuset Østfold som har bakgrunn som operasjonssykepleier. Vi ønsket å se nærmere på hvilken kunnskap og erfaring lederen innehar om operasjonssykepleiernes arbeidssituasjon og hva som eventuelt har endret seg etter funksjonsfordelingen 1. mai 2007. Hovedpoengene kan oppsummeres på følgende måte:

- Arbeidsbelastningen har økt
- Liten økning i strykprosent
- Uforutsigbarhet oppleves som belastende
- Må sette opp realistiske program
- Kravene til kompetanse har økt
- Målsetting ikke viktig, målet er å fylle oppdraget
- Målet for ledelse er ikke å operere mest mulig

**Arbeidsbelastning.** Informanten gir uttrykk for at det er en kjensgjerning at arbeidsbelastningen har økt for operasjonssykepleierne ved Sentraloperasjon, Fredrikstad, etter funksjonsfordelingen.

*”Jeg vet at det er et veldig økt press i Fredrikstad og at man til tider ikke har klart å ta unna med bemanningen på dagtid. Det er fra sommeren 2008 økt ressurser med 2 operasjonsteam. Jeg håper det har klart å avhjelpe belastningen for personalet.”*

*”Jeg tror det stemmer at arbeidsbelastningen har økt, det finnes tall på økningen i forhold til både ansatteperspektivet og pasientperspektivet. Jeg tror det er samsvar der.”*

Informanten svarer at arbeidsbelastningen for operasjonssykepleierne har økt men samtidig gis det uttrykk for at det er tilført stillinger for å kompensere for den økte operasjonsaktiviteten. På spørsmål om det er samsvar mellom den økte operasjonsaktiviteten og tilførsel av ressurser gis det uttrykk for at det er samsvar mellom disse to forholdene. Med dette forstår vi at informanten mener at det er tilført nok operasjonssykepleierressurser for å møte den økte operasjonsaktiviteten.

**Uforutsigbarhet.** Vi så det viktig å spørre lederen om hva årsaken kan være til at operasjonssykepleiere opplever hverdagen som belastende:

*”Den økte øyeblikkelig-hjelp belastningen og uforutsigbarheten tror jeg har ført til belastning på personalet og det har også gjort noe med pasientenes opplevde kvalitet grunnet lengre ventetid. Men det har ikke vært noe katastrofal økning i strykprosenten, faktisk.”*

*”Jeg tror egentlig ikke det er bare belastningen som oppleves som vanskelig eller stressende, for jeg tror at operasjonssykepleieren håndterer godt å ha mye å gjøre. Men det er ikke helt å ha oversikt over hva man har å gjøre virker som en stor belastning på de fleste. Men har du oversikt og en plan over hva du skal gjøre, da håndterer de fleste det, men hvis det hele tiden kommer på ting som ikke er planlagt og du må forskyve på planene du egentlig hadde, det oppleves som stressende.”*

Lederen har samme oppfatning som operasjonssykepleierne om at uforutsigbarheten i hverdagen kan oppleves som stressende og belastende. Årsaken til dette kan være at operasjonsavdelingen er organisert uten et eget team som ivaretar øyeblikkelig hjelp på hverdagene. Kommer det akutte operasjoner må et av teamene forandre på sitt oppsatte



program. Denne situasjonen er en daglig forekomst. En måte å forebygge uforutsigbarheten på kan være å sette opp mer realistiske operasjonsprogram.

**Realistiske operasjonsprogram.** Som nevnt ovenfor blir det elektive programmet daglig forandret som en følge av akutt kirurgi. De elektive operasjonsprogrammene er ofte store og er ikke sjelden urealistiske ved at det er liten sannsynlighet for gjennomføring før arbeidssituasjonens slutt.

*”Det er mange som nå snakker om at vi må sette opp et realistisk program for vi har for store ambisjoner når vi setter opp program.”*

Ut i fra dette utsagn ser vi at lederen er inneforstått med at operasjonsprogrammene ofte er urealistiske og uforutsigbare, og har forståelse for at arbeidssituasjonen kan oppleves som belastende for operasjonssykepleierne.

**Kompetansekrav.** I forbindelse med den medisinske utviklingen gir informanten uttrykk for at det stilles større krav til kompetanse nå enn tidligere.

*”Det kreves en helt annen kompetanse enn tidligere.”*

I tilknytning til den medisinske utviklingen ser vi at inngrepene har blitt mer komplekse, det stilles også andre krav til infeksjonsforebyggelse og større krav til dokumentasjon.

**Målsetting og forståelse.** Når vi snakket med operasjonssykepleierne kom det fram at de savnet en målsetting for driften av operasjonsavdelingen. Det kom også fram at det ser ut som det er ulike mål for ulike faggrupper og at det ikke forekommer en felles målsetting. Vi spurte informanten om kjennskap til operasjonsavdelingens målsetting:

*”Målsetting ikke viktig, målet er å fylle oppdraget”*

*”Jeg vil tro at målet er å fylle oppdraget og det vil gjenspeile seg i hele sykehuset hvor du enn er. Målsetting er ikke så viktig fordi målet vårt er å fylle oppdraget, og da må du kjenne oppdraget for å fylle det. Målsetting er passe.”*

*”Utfordringen til ledere er hvordan leverer vi i henhold til kravene fra våre overordnede.”*

Målsetting vurderes altså ikke som så viktig ettersom det sentrale er å fylle kravene til oppdragsgiver. Vi ser det slik at det er vesentlig at samtlige ansatte vet hva disse oppdragene er for å kunne ha et felles mål, både overordnet og delmål. Når vi informerte lederen om at samtlige operasjonssykepleiere svarte at de trodde at ledelsens mål er å operere mest mulig fikk vi følgende svar:

*”Jeg tror ikke målet for ledelse er å operere mest mulig, selv om du sier at alle operasjonssykepleierne har gitt uttrykk for det.”*

Det foreligger altså ikke noen felles forståelse for mål for driften mellom operasjonssykepleierne og ledelsen. Ledelsen gir som vi har sett uttrykk for at arbeidsoppgavene har endret seg og kravene til kompetanse har økt for operasjonssykepleiere etter funksjonsfordelingen. Dette demonstreres blant annet i erkjennelsen av at operasjonsaktiviteten har økt og at kompleksiteten på inngrepene har blitt større som blant annet kan vises ved økt seansetid. Vi ser at informanten har forståelse for at uforutsigbarheten kan være belastende og at situasjonen kan imøtekommes ved blant annet å sette opp realistiske operasjonsprogram. Kravene til kompetanse har økt i forhold til mer kompliserte inngrep. Når det gjelder målsetting sier vår informant at dette er sett på som gammeldags og man snakker nå om å fylle oppdraget fra Helse Sør-Øst. Etter det vi forstår må det da være viktig å vite hva oppdraget er. Utfordringen blir da at lederne i helseforetakene leverer i forhold til de kravene som er stilt og at hva disse kravene innebærer blir formidlet slik at man har en felles forståelse for oppdraget.

## **7.2 Oppfatningen av tilretteleggelsen for operasjonssykepleiernes mulighet for læring og fagutvikling**

Informanten er nært knyttet til forskning og utvikling i sin stillingsfunksjon ved Sykehuset Østfold HF. Vår hypotese går ut på at det har funnet sted en endring i forhold til fagutvikling og opplæring for operasjonssykepleierne. Dette er operasjonssykepleierne langt på vei med på å bekrefte. Ut i fra dette utgangspunktet var det viktig å høre hva en slik representant for ledelsen hadde å si om dette temaet. Hovdepunktene kan oppsummeres slik:

- E-læring er viktig
- Gode systemer for å bruke prosedyrer elektronisk

- Kan ikke nedprioritere faglige utviklingstiltak
- Viktig med praktisk veiledning og refleksjon

**E-læring.** Det ser ut som E-læring er en læringsform som spesielt ledere er opptatt av som en ny læringsform. Både departementet og Helse Sør-Øst vil satse for fullt på E-læring. Selv om Sykehuset Østfold er med i et pilotprosjekt vedrørende dette er ikke denne opplæringen satt i system. Det er helt klart at denne opplæringen krever mye ressurser og vi fant det interessant å høre hvordan ledelsen ser på dette:

*”Jeg har tro på E-læring, men det kommer an på programmet. Jeg tror E-læring kommer for fullt, og du er ikke avhengig av å ha tiden der og da. Det krever mer av disiplin av tiden din selv om mange dager er kjempehektiske.”*

*”Når det gjelder EK og prosedyrer tror jeg ikke folk kan det godt nok. Det gjelder å lage gode systemer for å finne fram til prosedyrene. De har fått for liten opplæring. Får du opplæring, så må du bruke det for å bli god.”*

Det kommer helt klart fram at lederen ved Sykehuset Østfold, Fredrikstad har tro på at E-læring vil bli et viktig læringsverktøy i framtiden. Imidlertid krever denne læringsformidlingen god opplæring av både systemet i seg selv og de ulike programmene.

**Faglige utviklingstiltak.** Informanten har gitt uttrykk for at det kreves mye kompetanse for å utøve arbeid som operasjonssykepleier og at det er viktig å prioritere utviklingstiltak:

*”I høyeste grad er sykehuset en kunnskapsorganisasjon. Den må hele tiden være ute etter å holde seg oppdatert. Og vi kan ikke, selv for en aldri så kort periode, nedprioritere faglige utviklingstiltak. Og det går så fort at man nesten må prioritere det høyere.”*

*”Det er ikke noe man sparer så lite på men taper så mye på som for eksempel å kutte ned på kursbudsjett. Jeg forstår ikke strategier som å kutte kursbudsjett. Men jeg forstår at man vil styre kompetansebehovet.”*

*”Jeg tror operasjonssykepleierne lærer mest med å lære praktisk og ved å reflektere sammen.”*

Lederen mener altså at det er viktig å ikke nedprioritere opplæring. Tvert i mot må opplæring prioriteres. utfordringen blir da å sette dette i system.

### 7.3 Forholdet mellom effektivitet og læring

For å utvikle og vedlikeholde kompetanse kreves det avsatt tid. I et miljø der effektivitet er høyt prioritert kan dette bli vanskelig å få til i hverdagen. Vi ville undersøke hvordan lederens oppfatning om tilretteleggelse for læring var, og fikk følgende svar:

- Arbeidsgiver må prioritere opplæring
- Tariffeste permisjon til opplæring
- Utfordring i hverdagen å få til opplæring

**Opplæring.** Utfordringen med å ivareta opplæring ligger nettopp i å sette denne i system. Det er helt på det rene at opplæring også krever tid. Hvordan skal man da finne denne tiden og hvem har så ansvaret for dette:

*”Det må være en styring fra arbeidsgiver. Og det kan arbeidsgiver bestemme. For eksempel å ha seksjonsopplæring og satt av dager til dette. For eksempel når legene er på kurs osv. Man må sette dette i system for å få det til.”*

*”For å få det til må man bestemme seg for det og prioritere det. Kortsiktig kan det koste mye men langsiktig så får du det igjen. Det er 2 perspektiver.”*

Informanten sier ikke konkret noe om hvem arbeidsgiver er eller hvem som skal bestemme dette.

*”Er det noen tid på dagen dere ikke har operasjoner? .....jeg forstår at det byr på utfordringer for dere.”*

*”En vei å gå er jo tariffestet permisjon. Hvis man hadde tariffestet rett til for eksempel 5 dager i året, permisjon med lønn til kurs, fagoppdatering.”*

*”Dere styrer ikke hverdagen deres selv. Men dere må styre den slik at den får et innhold og at det blir et resultat.”*

Lederen kom med forslag om å sikre opplæring og en måte å få dette til på kunne være tariffestet permisjon til opplæring.

I vår undersøkelse gir vår informant tydelig uttrykk for at fagutvikling og læring må prioriteres. Samtidig er operasjonssykepleiernes arbeidssituasjon og hverdag på nåværende tidspunkt slik at det vil by på utfordringer å tilrettelegge for læring og fagutvikling.

## 8 PRESENTASJON AV ANALYSE OG FUNN FOR LEDER I HELSE SØR-ØST

Hensikten med å inkludere lederen i Helse Sør-Øst i denne undersøkelsen var å finne ut om hvordan overordnede tenker om omstillingsprosesser og hvilke konsekvenser endringer kan få for fagutvikling og læring i organisasjonen. I utgangspunktet hadde vi tenkt å bruke vår intervjuguide for ledere i intervjuet med denne sentralt plasserte informanten, som også var godt orientert om omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst. Imidlertid tok det ikke lang tid før vi forstod at lederen ikke hadde detaljkunnskap om driften ved de enkelte operasjonsavdelinger. Det samme opplevde vi i forhold til orienteringen om operasjonssykepleieres funksjonsområder. Vi fant det derfor nødvendig å improvisere og gripe fatt i de opplysningene vi fikk. Intervjuet ble dermed helt annerledes enn det vi hadde regnet med i utgangspunktet. I det følgende har vi valgt å begrense oss til de funnene vi fikk som er relevante til vår drøftning av problemstillingen i kapittel 9.

### 8.1 Oppfatning av operasjonssykepleierens hverdag

Som et innledningsspørsmål spurte vi om å få en beskrivelse av hva operasjonssykepleie går ut på. Hensikten med spørsmålet var å få et inntrykk av informantens forståelse for operasjonssykepleierens rolle i et operasjonsteam.

*”Jeg vet litt om det, men har ikke satt meg noe særskilt inn i operasjonssykepleierens hverdag.”*

*”Jeg ville som pasient vært opptatt av operasjonssykepleierens rolle som en del av forløpet og at de var organisert på – og hadde en plass på en hensiktsmessig måte, hvis du skjønner.”*

Informanten ga uttrykk for liten kunnskap om detaljene innen operasjonssykepleierens funksjons og arbeidsområde, men var mer opptatt av hvordan man organiserer pasientforløpet på en hensiktsmessig måte. Dette kommer til uttrykk på følgende måte:

*”Vi har vært veldig opptatt av hvordan man organiserer operasjonsstuevirksomheten også, og i forhold til at man sørger for å ikke få strykninger og at man legger opp til et både raskt og effektivt pasientforløp og selvfølgelig pasientsikkerhet.”*

Vi forsto at informanten hadde kunnskap om sentralisering av pasientbehandling, funksjonsfordelinger av akuttberedskap og omstillingstiltak i hele Helse Sør-Øst.

**Forventningers betydninger.** Etter funksjonsfordelingen har omfanget av øyeblikkelig hjelp økt samtidig som de elektive operasjonsprogram er omtrent de samme som før. Dette har resultert i at det hele tiden er forstyrrelser fordi øyeblikkelig hjelp må prioriteres. Før funksjonsfordelingen var hverdagen mer forutsigbar og følelsen av å ”komme i mål” med det oppsatte operasjonsprogrammet var oftere tilstede. Slik sett har hverdagen blitt mer uforutsigbar enn hva den var. Fra sentral side ble det imidlertid pekt på at dette måtte ansees som normalt:

*”Er det forstyrrende? Bør de ikke da jobbe i Moss? Er det ikke kun elektiv kirurgi der?”*

*”Det som er helt forutsigbart er at det kommer inn øyeblikkelig hjelp.”*

Vi oppfatter dette som at en på et eller annet vis må forholde seg til uforutsigbarheten som en del av den normale hverdagen.

*”Så poenget er hva slags systemer man har for å fange opp at man er et sted hvor det hele tiden kommer øyeblikkelig hjelp og at det er elektiv kirurgi i tillegg.”*

*”Det har med forventninger å gjøre, forventer du å bli forstyrret, så blir du ikke forstyrret.”*

Her gis det altså uttrykk for at det ikke er noen forståelse for at omgjøringer av operasjonsprogram kan oppleves som forstyrrende. Forstyrrelser ansees som noe man må leve med. Forventes det at det kommer forstyrrelser så er de lettere å takle.

## 8.2 Tilretteleggelse for fagutvikling og læring

Som tidligere nevnt er det flere måter operasjonssykepleiere lærer på. Vi ønsket å finne ut hvordan lederen så på tilretteleggelse for fagutvikling og læring for operasjonssykepleiere. Lederen er opptatt av at man lærer gjennom planlegging av arbeidet, måling, evaluering og innhenting av tilbakemeldinger, og at det må ligge gode prosedyrer for systemer slik at man lærer av det.

*”Det betyr at vi må ha lokale systemer på enhver operasjonsstue, på enhver avdeling og på ethvert sykehus som er egnet i forhold til hvilke problemstillinger som er lokalt.”*

I forhold til læring er informantene opptatt av å finne gode systemer for læring lokalt og er spesielt opptatt av e-læring.

**Elektronisk læring.** Helse Sør-Øst har som hovedmålsetting å bedre kvaliteten i pasientbehandlingen ved å forenkle og effektivisere kompetanseutvikling ved hjelp av felles teknologisk plattform for elektronisk læring. Sykehuset Østfold er med i et pilotprosjekt som omfatter læring ved hjelp av bruk av elektronisk verktøy. Vi spurte hva helse Sør-Øst mener om bruk av IKT som læringsverktøy i framtiden og fikk følgende svar:

*”E-læring kommer til å bety mye. Vi kommer til å få mye av informasjon over på slike systemer og for dere er det viktig å kunne systemet.”*

*”Slik elektronisk verktøy vil være veldig sentralt for dere i framtiden, også i form av E-læring i form av prosedyrer og sånn.”*

Det kom helt klart fram at Helse Sør-Øst satser for fullt på elektroniske verktøy i forhold til opplæring. Dette kommer jo også fram i omstillingsprogrammet. Utfordringen blir da å sette dette i system og ikke minst lære opp brukere:

*”I forhold til alderssammensetning og læring så nytter det ikke å bare sende ut i posten at i morgen er det bare E-læring som gjelder. Her er det implementering som blir svært viktig.”*

*”Når du implementerer elektroniske måter å lære på så endrer du måten jobbe på. Alle vet jo at det å endre måter å jobbe på er krevende!”*



*”For dere vil det bety en merbelastning /kostnad å sette seg inn i det for den enkelte.”*

Det gis altså uttrykk for at det kreves både tid og ressurser til å sette seg inn i og benytte seg av E-læring som verktøy slik Omstillingsprogrammet indikerer. Selv om lederen er inneforstått med at denne læringsformen vil kreve mye i framtiden så kommer det lite fram hvordan implementering skal foregå i praksis.

**Veiledning/refleksjon.** Informanten var opptatt av at kvaliteten på tjenestene skulle ivaretas og at fagkompetansen burde bli bedre, og har følgende svar på hvordan dette kan la seg gjennomføre:

*”Jeg tror man må tenke litt nytt. På hvordan man lærer.”*

*”Det er mulig at man må få det mer integrert og at man må ha andre modeller som gjør at man får det til.”*

*”Man vil alltid være avhengig av å snakke sammen, det kommer vi ikke bort fra. Også å snakke lære på den måten. Men jeg tror vi er i en ny tid i forhold til det.”*

Relasjonell læring anses altså som viktig samtidig som det gis uttrykk for at det vil skje en endring i denne måten å lære på i framtiden, ikke minst på grunn av e-læring.

### **8.3 Effektivitet og et godt læringsmiljø**

Vi var også opptatt av å få lederens syn på om muligheter er til stede for å kombinere en effektiv drift med læring og utvikling i hverdagen.

**Opprettholdelse av effektivitet og fagkompetanse.** Helse Sør-Øst sier helt klart at kvalitet på tjenestene er viktige samtidig som krav til økt effektivitet er stor. Dette understrekes på følgende måte:

*”Mer effektiv på samme tid vil alle i helsevesenet være nødt til på lik linje med andre i samfunnet.”*

*”Det er ingen som ønsker at fagkompetansen skal bli dårligere, tvert imot.”*

Disse utsagnene bekrefter det vi allerede er klar over. utfordringen er hvordan man skal få tid og rom til å gjennomføre fagutvikling i hverdagen og hvem som er ansvarlig for at denne læringen skal kunne finne sted.

**Ansaret for læringsmuligheter.** Det kom tydelig fram at ledelsen i helse Sør-Øst er opptatt av at det må innføres nye måter å integrere læring på. Ansaret for å sette dette i system ligger imidlertid på lokalt nivå.

*”At man er opptatt av læring, avvikshåndtering og den type læring. At man skal få til det mer lokalt.”*

Det gis også uttrykk for at de enkelte sykehus plikter å drive effektiv operasjonsvirksomhet. All systemisert opplæring og læring i hverdagen er viktig for operasjonssykepleiere, men måten dette gjennomføres og tilrettelegges på må muligens endres. Oppfatningen går ut på at ansvaret for dette ligger på lokalt nivå.

På spørsmål om hvordan informanten trodde operasjonssykepleiere har mulighet til å opprettholde fagkompetansen og tilegne seg ny kunnskap i en hektisk hverdag, får vi et svar som følgende:

*”Jeg tror man må tenke litt nytt på hvordan man lærer.”*

*”Det er mulig at man må få det mer integrert og at man må ha andre modeller som gjør at man får det til”*

Etter vår forståelse foreligger det ikke noen konkret plan for hvordan fagutvikling og læring i hverdagen skal kunne finne sted for operasjonssykepleierne.

## 9 OPPSUMMERING OG DISKUSJON AV HOVEDFUNN

Vår hovedhypotese i denne studien har gått ut på at fagutvikling/læring for operasjonssykepleiere kan bli nedprioritert i en organisasjon der kravet til effektivitet er stort. Studien viser at operasjonssykepleierne har bekreftet våre antakelser gjennom sine beskrivelser i intervjuene. De lederne som er beskrevet i studien har ikke en konkret løsning på hvordan tilretteleggelse for et godt læringsmiljø skal finne sted. Lederne mener ansvaret for tilrettelegging av fagutvikling kan plasseres på lokalt nivå.

Vi vil nå se nærmere på de hovedfunn vi mener er relevante i forhold til problemstillingen. Vi har tatt utgangspunkt i operasjonssykepleiernes synspunkter og drøfter dette opp mot ledernes beskrivelser og relevant litteratur der vi finner det viktig.

### 9.1 Økende arbeidsbelastning.

**Generell arbeidsbelastning.** I studien gir operasjonssykepleierne uttrykk for at arbeidsbelastningen er stor og at den har økt etter funksjonsfordelingen 1. mai 2007. Dette bekreftes også ved at operasjonsaktiviteten har økt i antall operasjoner og benyttet seansetid har økt, belyst i tall tatt ut fra SPISS (se vedlegg 1 og 2, tidsproduksjon). Denne økningen har vist seg å være større enn den økningen som var antatt før funksjonsfordelingen, noe som bekreftes av operasjonssykepleierne opplevelse av arbeidsbelastningen. Operasjonssykepleierne gir også uttrykk for at de har merket lite til de fire operasjonssykepleierhjemlene som ble tilført i forbindelse med funksjonsfordelingen.

Leder ved Sykehuset Østfold HF bekrefter at det er kjent at arbeidsbelastningen for operasjonssykepleierne har økt men legger til at det også er tilført hjemler for å møte den økte forventede operasjonsaktiviteten. Samtidig gir lederen uttrykk for at det sannsynligvis er samsvar mellom økt operasjonsaktivitet og ressurser. Det foreligger altså to ulike oppfatninger av dette forholdet; operasjonssykepleierne opplever et sprik mellom den økte arbeidsbelastningen og de tilførte personellressursene, mens lederen mener det er tatt høyde for økning gjennom bemanningshensyn.

**Grunnbemanningen.** Samtlige operasjonssykepleiere beskriver arbeidsdagen som hektisk. Alle operasjonssykepleierne med unntak av de nyutdannede, beskriver at grunnbemanningen er for lav på dagtid i forhold til operasjonsaktivitetsnivået. De to nyutdannede operasjonssykepleierne har ingen kritisk kommentar til bemanningen, men sier samtidig at de ennå ikke har full oversikt over den totale operasjonsaktiviteten. En av dem sier også at det er en mulighet for at de blir skånet fordi de er nye. Det er grunn til å tro at årsaken til at de nyansatte ikke opplever grunnbemanningen som lav eller arbeidsbelastningen som stor, kan være at de fremdeles er i en læringssituasjon og derfor har en foreløpig begrenset mulighet til å se helheten i operasjonssykepleiernes funksjonsområder. Avdelingen tar dessuten hensyn til de nyansatte i forhold til deres kompetansenivå så langt det lar seg gjøre, og dette kan resultere i at de ikke føler arbeidspresset på samme måte som de erfarne operasjonssykepleierne.

Alle mener at bemanningen er for lav på vakter, på kveld-, natt- og helg. Noen går så langt at de beskriver den lave bemanningen på vakter med et team som uforsvarlig. Denne beskrivelsen kan illustrere hvor sårbar bemanningssituasjonen er. Når operasjonssykepleierne oppfatter denne situasjonen som uforsvarlig er det grunn til å tro at de mener at den faglige forvarligheten er truet. Vi henviser til kap.2.1 der faglig forsvarlighet ble beskrevet som det som ligger til grunn for operasjonssykepleiernes yrkesutøvelse i henhold til funksjons- og ansvarsområder.

Flere poengterer også at det tidligere var fem sykehus i Østfold Fylke som ivaretok akuttberedskap, mens det nå bare er ett. Det vil si at det kun er ett team som er tilgjengelig for den totale akuttberedskap i Østfold Fylke. Det er ikke sjelden at teamet står overfor samtidighetskonflikter, som når f. eks ved at flere pasienter må opereres samtidig. Dette beskriver operasjonssykepleierne som utrygt og belastende da de kan komme i situasjoner som kan bli vanskelig å mestre.

Som tidligere beskrevet har det skjedd en utvikling med hensyn til operasjonsteknikker og teknologi. Flere av våre informanter sier at mange av inngrepene nå krever flere ressurser ved oppstart av operasjoner. Det kan altså se ut som om operasjonssykepleiefaget er i endring og at det ikke er tatt høyde for denne endringen i forhold til bemanningssituasjonen. Noen av operasjonssykepleierne gir uttrykk for at det virker som ledelsen ikke har forståelse for denne endringen i arbeidsfunksjonen. Det kommer fram i undersøkelsen at det kreves mer ressurser i

form av stillingshjempler for operasjonssykepleiere for å drive en forsvarlig og kvalitetsmessig operasjonssykepleie.

***Uforutsigbarhet/forstyrrelser.*** Samtlige operasjonssykepleiere beskriver hverdagen som hektisk og at hyppige forstyrrelser og uforutsigbare hendelser er en belastning. Forstyrrelser oppstår som blant annet av øyeblikkelig hjelp som presses inn i de elektive operasjonsprogrammene. Dette er en realitet hver dag og det virker stressende på de fleste operasjonssykepleierne når programmet og arbeidsoppgavene hele tiden endres. En arbeidsdag som er preget av høye effektivitetskrav, liten innflytelse i arbeidet og mange forstyrrelser kan oppleves som lite motiverende i det lange løp. Fra tidligere studier vet vi at ansatte kan være tilfredse med selve arbeidsoppgaven men oppleve mistriivsel i forhold til løsning av den samme arbeidsoppgaven. Mangel av selvkontroll og trivsel i jobben antas å gi mindre motivasjon for arbeidsoppgavene (Hertzberg i Busch og Vanebo 1991:287).

Fra ledelsens side gis det et klart uttrykk for hvordan forstyrrelser og uforutsigbare hendelser er en del av arbeidsdagen. Her går oppfatningen ut på at det uforutsigbare er en naturlig del av jobben og at en eventuell frustrasjon kan tilskrives feilaktige forventninger. Det er grunn til å tro at operasjonssykepleierne forventninger ikke stemmer overens med ledelsens forventninger etter funksjonsfordelingen.

Forstyrrelsens karakter har endret seg etter funksjonsfordelingen i form av økt operasjonsaktivitet. En av årsakene til dette kan være at det ikke er tilgjengelig et eget team som ivaretar øyeblikkelig hjelp. En annen årsak kan være at det er mindre arealkapasitet i form av operasjonsstuer. Frustrasjonen i forbindelse med uforutsigbarhet/forstyrrelser oppstår først og fremst når de forstyrrer det normale arbeidsforløpet. Den forstyrrelsen som operasjonssykepleiere opplever som frustrerende må tas på alvor. Det kan gå ut over arbeidsmiljøet og ikke minst trivsel å føle at man aldri kommer i mål i løpet av arbeidsdagen. Før funksjonsfordelingen klarte operasjonssykepleierne i større grad å nå målet om å gjennomføre det elektive operasjonsprogrammet. Operasjonssykepleierne grunnleggende verdier er å ivareta pasienter og når det til stadighet oppleves at pasienter blir strøket av operasjonsprogrammet grunnet den nåværende organiseringen, kommer det i konflikt med disse verdiene.

Lederen i Sykehuset Østfold HF har forståelse for at uforutsigbarheten i forhold til forstyrrelser kan oppleves som belastende for operasjonssykepleiere. Denne forståelsen deles altså ikke på sentralt hold. Lederen i Helse Sør-Øst og operasjonssykepleierne har altså en divergerende oppfatning av forstyrrelser. Vi tror at det muligens kan ha en sammenheng med ulik oppfatning av virksomhetens felles målsetning og at denne ikke har vært tydelig nok. Slik vi ser det underbygges denne oppfatningen også av operasjonssykepleiernes beskrivelse av liten kjennskap til operasjonsavdelingens målsetning.

**Urealistiske operasjonsprogram.** Det ser ut som om operasjonssykepleierne ofte opplever at de elektive operasjonsprogrammene er for omfattende til å kunne gjennomføres i løpet av en arbeidsdag. Dette bekreftes fra sentralt hold ved Sykehuset Østfold der det gis uttrykk for at ambisjonene er for store når det settes opp operasjonsprogram som derfor lett kan bli urealistiske. Noen av forklaringen ligger i at inngrepene er blitt mer komplekse og tar lengre tid, og at pasientene er blitt eldre og sykere og dermed krever mer tid og ressurser. Operasjonssykepleierne opplever at det ikke tas tilstrekkelig hensyn til pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp ved oppsett av elektive operasjonsprogram.

Det ser ut til at urealistiske operasjonsprogram er en medvirkende årsak til at operasjonssykepleierne opplever arbeidsbelastningen som stor og at forstyrrelser/uforutsigbarhet i tillegg forsterker denne opplevelsen. Svarene gir inntrykk av at det hersker en følelse av maktesløshet over ofte ikke å komme i mål ved at operasjonsprogrammene ofte er lite gjennomførbare.

**Effektivets-jag.** I studien gir operasjonssykepleierne uttrykk for at det er produksjon og det å operere flest mulig pasienter som er sykehusets hovedfokus. Kjernevirksomheten for operasjonssykepleie er pleie, omsorg og kirurgisk behandling. Operasjonssykepleiernes verdigrunnlag er nedfelt i Yrkes-Etiske Retningslinjer og å gi optimal behandling til hver enkelt pasient (se kap. 3.9). Det er på grunnlag av operasjonssykepleiernes funksjons- og ansvarsområder behandling gis. Helsereformen, det politiske miljøet og media stiller krav til at sykehusene må utnytte sine ressurser bedre (se kap.3.1).

Som tidligere nevnt i kap.3.1 inneholder Helsereformen flere effektivitetskrav. Et av dem er å få sykehusene til å behandle flere pasienter for å redusere ventelister og korridorpatienter. IFS og DRG som finansieringssystemer er tatt i bruk med tanke på å øke sykehusenes

behandlingsaktivitet. Etter innføring av ISF og DRG som finansieringssystem blir operasjonsavdelingens innsats direkte knyttet til sykehusets inntekter og organisasjonen stilles derfor overfor klare krav til økt produksjon. Det viktigste blir å oppnå resultater og å holde budsjetter ved en effektiv drift med tilnærmet de samme ressurser. I et system der pasientene ”prises” og produksjon premieres, vil operasjonssykepleierne lett vil kunne komme i et dilemma. Som det kommer fram av studien ser det ut til at det ikke er det viktigste for operasjonssykepleierne å behandle flest mulig pasienter, men å gi en god kvalitet på behandlingen (se kap.3.9).

De fleste av operasjonssykepleierne sier i studien at de ikke alltid får tid til å forberede seg og satt seg inn i nødvendige opplysninger om pasienten på den måten de ser som nødvendig for å utføre god operasjonssykepleie grunnet kravet til effektivitet. Funn i studien viser at de har opplevd en endring etter funksjonsfordelingen når det gjelder tid til å forberede seg til operasjoner.

På tilsvarende måte er morgenrapporten dårlig organisert slik at det er tilfeldig hvorvidt den avholdes felles eller ei (se kap.6.2). Flere operasjonssykepleiere gir også uttrykk for at de ikke alltid får tid til å innhente nok opplysninger om pasientene på forhånd. Sett i lys av Helsepersonelloven § 4, kan det virke overraskende at operasjonssykepleierne ikke stiller krav til å få morgenrapporten organisert og å få tid til å innhente nødvendige opplysninger om pasienter som skal opereres. På den annen side er det liten grunn til å tvile på at operasjonssykepleierne er grundige og samvittighetsfulle i sitt arbeid, og at det er de ytre faktorene gjør det vanskelig for dem å handle slik de ønsker. Med ytre faktorer mener vi mange oppgaver og tidspress som kan være med på å påvirke arbeidet.

### ***Verdigrunnlag/målsetting***

Hovedtyngden av operasjonssykepleierne tror ledelsens driftsmål er å operere mest mulig og at det er produksjon og økonomi som er prioritert. Videre gis det uttrykk for at ledelsen formidler felles mål og verdigrunnlag på en utilfredsstillende måte. Fra ledelsens side ved Sykehuset Østfold HF avkreftes det at det er produksjon som er målet. M Det ser ut som om målsetting blir sett på som gammeldags og nå snakkes det om å fylle oppdraget fra oppdragsgiver. Utsagnet kan gi assosiasjoner til næringslivets måte å formidle måloppnåelse.

Det gis også uttrykk for at en må man vite hva oppdraget er, dersom en skal kunne fylle oppdraget. Oppdraget er blant annet å følge lov- og forskrifter, følge interne prosedyrer, holde budsjettet og ha pålitelig rapportering. Oppdraget er inndelt i mange områder.

Pasientbehandling, forskning, kunnskapshåndtering, god praksis, organisering og utvikling av felles tjenester, mobilisering av ansatte og ledere. Ledelsen understreker at det er en utfordring til ledere hvordan oppdraget fylles på beste måte.

Det kan være grunn til å tro at å fylle oppdraget kan være en annen måte å snakke om målsetting på, men at denne måten ikke har blitt tilstrekkelig forankret siden ingen av operasjonssykepleierne kjenner til den. Ideelt sett bør kulturen i en organisasjon preges av et felles verdigrunnlag der forståelsen av hvorfor organisasjonen eksisterer står sentralt. I praksis kan dette by på store utfordringer og det er viktig at målsettinger er kjent for alle medarbeidere, samt at de snakkes om og har enkle formuleringer.

Verdigrunnlaget til operasjonssykepleierne er å gi hver enkelt pasient en optimal behandling, slik det fremgår i av Yrkes-Etiske Retningslinjer (kap.2.1). Vi ser en konflikt i verdigrunnlag og målsetting når operasjonssykepleierne i studien tror ledelsens mål er størst mulig effektivitet og flest mulig operasjoner. Vår hypotese om at økonomiske verdier blir prioritert og at effektivitet måles ut ifra disse verdiene ser ut til å få støtte fra operasjonssykepleierne.

Den kritikken som i den senere tid har vært rettet mot Helsereformen om dens økonomiske vinkling sammenfaller altså med operasjonssykepleiernes forståelse og beskrivelse i denne studien (se kap.3.10). Det ser med andre ord ut til at det foreligger et sprik i målsetning og verdigrunnlag.

***Tilretteleggelse av utstyr.*** Studien viser at de fleste gir uttrykk for at arbeidsbelastningen kunne vært mindre dersom de fysiske arbeidsforholdene lå bedre til rette. Når en operasjon skal forberedes er det mye som skal på plass når det gjelder utstyr. For å ivareta operasjonspasienten godt er det blant annet viktig med forsvarlig leiring som vil si at pasienten blir lagt til rette på best mulig måte for at kirurgen skal få best mulig tilgjengelighet for å kunne utføre inngrepet. Dette innebærer at pasienten kan bli utsatt for å få trykk og nerveskader og det er operasjonssykepleiers ansvar å se til at skader ikke oppstår.



Å unngå leiringskader inngår i den forebyggende operasjonssykepleie til pasienten og operasjonssykepleier skal dokumentere at dette blir gjort på en forsvarlig måte. Det kreves at riktig utstyr blir brukt. Leiringsutstyret er ofte lagret på ulike plasser i avdelingen grunnet plassmangel.

Det gis også uttrykk for at tiden til forberedelse før inngrep er blitt mindre på grunn av økt pågang av akutt kirurgi, urealistiske elektive operasjonsprogram og økte effektivitetskrav. Det er ledernes ansvar å organisere operasjonsavdelingen slik at operasjonssykepleierne får forberedt seg på en forsvarlig måte. Den tid som går til spille med å lete etter nødvendig utstyr bør i stedet brukes på viktige forberedelser og pasientbehandling. Standard leiringsutstyr bør være tilgjengelig på hver operasjonsstue. Det er en liten investering som kan gi en stor gevinst i form av frigjort tid som kan benyttes til pasientrelatert arbeid og dermed øke effektiviteten.

## 9.2 Den formelle og uformelle læringen

Operasjonssykepleierfaget krever både formell kompetanse og en kontinuerlig læring innen organisasjonen. Som tidligere beskrevet har operasjonssykepleierfaget de siste årene vært i en endring blant annet grunnet den medisinske teknologiske utviklingen. I henhold til kap.6.3, understrekes det at de organisasjoner som nedprioriterer læring og utvikling er de som ofte har det største behovet for å utvikle de menneskelige ressursene.

Etter funksjonsfordelingen 1. mai 2007 beskrives det i følge operasjonssykepleierne at det har blitt en endring i arbeidsbelastningen ved operasjonsavdelingen, Fredrikstad. Samtidig sier de at det har skjedd en endring i forhold til utvikling og vedlikehold av kompetanse. I kap.6.1 refereres det til Helsereformen som poengterer at kvaliteten på våre tjenester er avhengig av personellens oppdaterte kunnskaper og holdninger til enhver tid. På bakgrunn av operasjonssykepleiernes beskrivelser av læring og utvikling kan det se ut som om det forligger en rekke utfordringer her, og vi skal kommentere de mest sentrale.

**Formell opplæring.** Operasjonssykepleiernes oppfatninger at den formelle opplæringen i operasjonsavdelingen er svekket. Dette skyldes blant annet den økte kompleksiteten knyttet til inngrep noe som i sin tur krever en annen kompetanse enn tidligere. I Omstillingsprogrammet

for Helse Sør-Øst legges det vekt på at vi må utvikle oss som en lærende organisasjon for å etablere og sikre helsetjenester i framtiden. Med dette forstår vi at det er den organisatoriske læringen som er knyttet til nye prosedyrer, rutiner eller mønstre i organisasjonen som kontinuerlig må vedlikeholdes og utvikles. Ledelsen i Helse Sør-Øst gir også uttrykk for at det er viktig å ha gode lokale systemer i forhold til hvilke problemstillinger som skal løses. Operativ virksomhet og produksjon blir prioritert fremfor opplæring. Dette til tross for at Helsereformen poengterer at skal tas hensyn til helsepersonellens mulighet for kontinuerlig oppdatering og kompetanseutvikling for å opprettholde kvaliteten på helsetjenester (se kap.4.1).

På nåværende tidspunkt i operasjonsavdelingen er det mange operasjonssykepleiere med lang erfaring og bred kompetanse. Det er helt klart at denne gruppen av operasjonssykepleiere er støttebjelken i forhold til den nåværende kompetansen i operasjonsavdelingen. Dersom denne kompetansen tappes, som kan bli et resultat dersom ny- og vedlikeholdelse av kompetanse ikke tilføres, er det grunn til å være sterkt bekymret for at kvaliteten på pasientbehandlingen kan bli redusert. Vi ser det derfor som helt sentralt å investere i en langsiktig planlegging av læring og kompetanseutvikling i fremtiden i tråd med Helsereformens syn.

***Uformell opplæring.*** Utøvelse av operasjonssykepleiefaget er praktisk rettet inn på veilednings- og refleksjonstradisjoner. Dette betyr at læringen foregår gjennom praktisk utøvelse med veiledning og refleksjon underveis. Denne kontinuerlige overføringen av kunnskap mellom operasjonssykepleiere vil alltid eksistere, men kvaliteten av den avhenger av hvordan forholdene blir lagt til rette for at læringen. I kap.4.7 beskriver vi hvordan kunnskapsoverføring foregår og betydningen for at det finnes en arena for denne form for læring. Når operasjonssykepleierne beskriver at de opplever at det er liten tid avsatt til veiledning/refleksjon settes dette i sammenheng med det økte kravet til effektivitet.

At teamet er satt sammen med en erfaren operasjonssykepleier (mester) som kan veilede den mindre erfarne (svenn) er en forutsetning for læring. Samtidig bør det settes av tid til refleksjons- og veiledningssamtaler før og etter inngrepet for å få utbytte av læringssituasjonen. Som vi har beskrevet i kap.4.7 er det en grunnleggende forutsetning at det skapes muligheter for refleksjon over felles praksis for å vedlikeholde og utvikle den individuelle og den organisatoriske kunnskapen i organisasjonen. Vår studie viser at

operasjonssykepleierne sjelden får anledning til slik refleksjon/veiledning fordi tiden ikke strekker til i hverdagen grunnet stor pågang av pasienter.

Lederne i vår studie gir begge uttrykk for at de tror refleksjon og veiledning er den læringsmåten som er viktigst for operasjonssykepleierne både når det gjelder å komme fram til ny kunnskap, deling av kunnskap og refleksjon over situasjoner. Dersom daglige plikter, for mange arbeidsoppgaver og for store arbeidsbelastninger blir for dominerende kan det bli vanskelig å tilpasse læring og faglige utviklingstiltak til det daglige arbeid. Det kan være vanskelig å tilfredsstille behovet for læringsutviklingen dersom arbeidsbelastningen blir for stor og arbeidsoppgavene ensidig rettet mot resultater. Etter operasjonssykepleiernes beskrivelser vil en rimelig arbeidsbelastning være en betingelse for at veiledning/refleksjon i hverdagen skal kunne bli en del av arbeidsdagen (se kap.4.10).

**Elektronisk læring.** I kap 4.9 viser vi hvordan Departementet legger opp til at informasjonsteknologi skal binde sammen fagpersoner i et lærende fellesskap. På denne måten forutsettes det at man kan utnytte felles nasjonale ressurser fordi det er mulig å benytte desentralisert undervisning. Det er opprettet en læringsportal der opplæringsprogrammer til enhver tid skal være tilgjengelig. Denne formen for undervisning er foreløpig i startfasen, men Sykehuset Østfold er sentralt inne fordi de er med i et pilotprosjekt.

Begge lederne i vår studie har sterk tro på E-læring som undervisningsmetode i framtiden. Effektiviteten skal opprettholdes blir det sagt og for å få til dette i praksis er det nødvendig å finne andre måter å organisere fagutvikling på, både de formelle og uformelle komponentene. Denne læringsmåten er en måte å effektivisere læring på fordi den er kostnadsbesparende med hensyn til både utgifter, tid og menneskelige ressurser.

Helse Sør-Øst har som hovedmålsetting å bedre kvaliteten i pasientbehandlingen ved å innføre elektroniske verktøy som E-læring. Dette vil kreve tid til opplæring og bruk av systemet og det er en tydelig mening om at ansvaret for implementering og bruk ligger på det enkelte foretak. Syv av operasjonssykepleierne i studien vet ingenting om E-læring til tross for at Sykehuset Østfold satser på denne form for læring. Helse Sør- Øst satser på E-læring som et opplæringssystem i framtiden men det viser seg at operasjonssykepleierne er lite informert om dette opplæringssystemet. De forstår ikke hvordan E-læring skal kunne

implementeres slik de beskriver hverdagen. Denne problemstillingen forsterkes ved at lederen ved Sykehuset Østfold også ser at opplæring i E-læringssystemet kan bli en utfordring.

Det kommer fram av lederne at de vil effektivisere kompetanseutvikling ved hjelp av E-læring, samtidig som de gir uttrykk for at de tror veiledning/refleksjon i hverdagen er den viktigste måte å lære på. Operasjonssykepleierne er bekymret for at E-læring som effektiv læringsmetode skal overta for operasjonssykepleiernes tradisjonelle kunnskapsoverføring.

Nivået på kunnskap om elektroniske verktøy er sterkt varierende grunnet alderssammensetningen av operasjonssykepleierne. De yngste operasjonssykepleierne har gode IKT kunnskaper og vil kunne bruke verktøyet uten problemer. Det vil trolig bli en stor utfordring for de eldre operasjonssykepleierne fordi det vil kreve mye tid til å tilegne seg denne kunnskapen. Studien viser at operasjonssykepleierne mener undervisningen i operasjonsavdelingen allerede er svekket, og det er grunn til å være bekymret for hvorledes E-læringsmetoden vil la seg gjennomføre i praksis.

**Elektromedisinsk opplæring.** Operasjonsavdelingen har en prosedyre som skal fungere som en plan for systematisk og dokumentert opplæring. Denne prosedyren bygger blant annet på ”Forskrift om bruk- og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr” (FOR 1999-08-20 nr.995). Prosedyren skal sikre at operasjonssykepleierne har kunnskap om elektromedisinsk utstyr og kan forvalte dette utstyret på en forsvarlig måte. Operasjonsavdelingen har den senere tid omgjort en 20 % operasjonssykepleierstilling for å sette denne opplæringen i system.

Samtlige operasjonssykepleiere sier at opplæring av elektromedisinsk utstyr ikke fungerer tilfredsstillende og flere uttalte at de har tatt i bruk utstyret uten å ha fått opplæring på forhånd. Det er grunn til å peke på at opplæringen på elektromedisinsk utstyr er særdeles viktig for å ivareta en sikker og forsvarlig håndtering av utstyret og dermed unngå pasientskader.

I kap.6.2 beskriver operasjonssykepleierne en arbeidsdag der tiden til å sette seg inn i prosedyrer før operasjoner og bruk av elektromedisinsk utstyr ikke strekker til.

Operasjonsavdelingen er en kunnskapsbedrift og operasjonssykepleiernes arbeid er i endring påvirket av den medisinske utviklingen generelt. Behovet for kompetanseutvikling og opplæring er større enn noen gang. Lover og forskrifter samt yrkesutøvernes etiske standarder

danner grunnlaget for en forsvarlig utøvelse av faget og kravet til å følge prosedyrer er en forsikring mot en uforsvarlig praksis.

### 9.3 Effektivitet og læring

Leder i Helse Sør-Øst sier det er viktig å opprettholde effektiviteten og kravet til gode resultater for operasjonsaktiviteten er stor. Dette innebærer at det er antall utførte operasjoner som sykehusenes aktivitet måles ut i fra og det er på bakgrunn av denne aktiviteten at sykehusene igjen får tilført penger og honnør. Informanten sier videre at det forventes en effektiv operasjonsdrift samtidig som en god kvalitet skal opprettholdes på lik linje med andre bedrifter i samfunnet. I Helsereformen står det at tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skal kunne kombineres med en rasjonell ressursforvaltning (kap.3.2).

**Beskrivelse av en effektiv dag.** Operasjonssykepleierne beskrev hva de legger i en effektiv dag på operasjonsavdelingen, og det viste seg at nesten alle ga uttrykk for at en effektiv dag samsvarer med en god dag. En effektiv dag er en dag der alt fungerer som det skal, f.eks. operasjonsprogrammet er realistisk, utstyr er på plass, pasientene er forbedt, operasjonssykepleierne er forberedt, det er god bemanning osv. (kap.6.4). Det er ikke tid eller rom for opplæring, veiledning eller refleksjon slik bemanningssituasjonen er etter funksjonsfordelingen.

**Veiledning/refleksjon.** Operasjonssykepleierne sier at det er vanskelig å kombinere operasjonsdriften og en systemisert fagutvikling/refleksjon i hverdagen med den økte operasjonsaktiviteten. Begge lederne i studien uttrykker at det er veiledning og refleksjon i praksis som er den viktigste måten å lære på.

Levin og Klev (2002) sier i kap.4.7 at en forutsetning for at læring skal kunne foregå er at det lages arenaer der mulighet for refleksjon/diskusjon av felles praksis skal finne sted. Det er i praktisk handling at operasjonssykepleieres kompetanse kommer til uttrykk. Når operasjonssykepleierne sier at det ikke er tid eller mulighet for veiledning/refleksjon på en effektiv dag, er det grunn til å tro at arenaene er gått tapt. Som vi beskrev i kap.4.7 kan det være en verdifull kunnskapstilegnelse som forsvinner dersom disse arenaer eller tiden prioriteres til produksjon. Hjemmeløkningsen som ble foretatt etter funksjonsfordelingen merkes ikke i hverdagen av operasjonssykepleierne og kravet til produksjon er økende.

Lederen i Helse Sør-Øst sier at det er ingen som ønsker at fagkompetansen skal bli dårligere, tvert imot, og en effektiv drift skal ikke påvirke fagutvikling og læring i hverdagen. Dette kan komme til uttrykk som et dilemma der tid til fagutvikling og læring i hverdagen og dermed kravet til opprettholdelse av en faglig forsvarlighet kommer i konflikt med kravet til effektivitet.

**Tid.** Det er grunn til å tro at mangel på tid er en gjennomgående faktor når operasjonssykepleierne beskriver sin arbeidssituasjon. Mangelen på tid gjenspeiler seg i forhold til forberedelser, utførelse av arbeidsoppgavene, veiledning/refleksjon og den formelle læringen. Når operasjonssykepleierne sier at de ikke får den nødvendige tiden til læring og til å utføre operasjonssykepleie slik de ønsker er det grunn til å være bekymret for at dette kan få ulike konsekvenser.

**Trivsel, arbeidsmiljø og motivasjon.** Operasjonssykepleierne uttrykte at en konsekvens for manglende tid til fagutvikling var mistriivsel og dårlig arbeidsmiljø. Det ser altså ut til at operasjonssykepleierne setter trivsel, motivasjon og arbeidsmiljø i sammenheng med fagutvikling. Ut ifra svarene operasjonssykepleierne gav ser det ut til at det er dårlig arbeidsmiljø som er den største trusselen når tid til fagutvikling nedprioriteres.

**Kvalitet.** Når læring og fagutvikling blir nedprioritert er det grunn til å tro at kvaliteten på utførelsen av behandlingen kan bli dårligere. Det er som tidligere nevnt vanskelig å måle god kvalitet, men det er betraktelig lettere å måle dårlig kvalitet. Dårlig kvalitet lar seg måle i form av pasientskader, som f.eks påførte infeksjoner og leiringsskader.

Operasjonssykepleierne gir uttrykk for at de nettopp er bekymret for at dette kan skje. Årsaken er at operasjonssykepleierfaget er i stadig endring grunnet den medisinske teknologiske utvikling, og krever av denne grunn en kontinuerlig læring og vedlikehold av kompetanse (kap.2.6). Operasjonssykepleierne legger i tillegg vekt på at det er kravet til effektivitet som kan få konsekvenser for utøvelsen av operasjonssykepleie fordi det ikke er tid eller rom til å forberede seg på en god nok måte til de ulike inngrepene.

## 10 KONKLUSJON

Etter at Helsereformen ble innført i 2002 har kravet til ressursutnyttelse økt samtidig som kravet til kvalitet skal opprettholdes. Bakgrunnen for innføringen var bl.a. å sikre et mer likeverdig helsetilbud til befolkningen. Det ble hevdet at organiseringen av offentlig virksomhet var ineffektiv og det ble iverksatt en modernisering ved å innføre Helsereformen. Staten er nå eier og alle overordnede helsepolitiske mål og rammer blir fastsatt av politikerne. Dette danner grunnlaget for styring av de enkelte helseforetak.

De enkelte sykehus er ansvarlige for drift og å holde budsjetter. Med IFS og DRG som finansieringssystem for pasientbehandling er det fokus på behandlingseffektivitet og kostnadseffektivitet som kan bli det overordnede. Sykehusene får bl.a. tilført penger ut ifra antall behandelende pasienter. Økt produksjon gir mer DRG og dermed økt tilførsel av økonomiske midler.

Som et ledd i effektiviseringsprosessen ble det gjort en omorganisering ved Sykehuset Østfold HF som tilførte all akutt kirurgi til Fredrikstad. Vår studie belyser at operasjonsaktiviteten har økt, spesielt etter funksjonsfordelingen 1. mai 2007, noe som har medført at operasjonssykepleierne opplever en økt arbeidsbelastning. De beskriver at det er mindre tid til forberedelse før operasjoner. Med forberedelser menes tid til å lese pasientens journal, nødvendige prosedyrer og klargjøring av operasjonsstuen til de enkelte inngrep.

Operasjonssykepleie er et fag i kontinuerlig utvikling og alle operasjonssykepleierne bekrefter at kompetansekravet er økende. Til tross for et økende kompetansebehov gir operasjonssykepleierne uttrykk for at tilbudet til formell læring er svekket. I studien kommer det fram at refleksjon og veiledning er den viktigste kunnskapsoverføringen for operasjonssykepleiere. Denne læringsmåten krever tid og operasjonssykepleierne sier at det økte krav til operasjonsaktivitet gir liten mulighet for veiledning og refleksjon i hverdagen.

Operasjonssykepleierne gir i studien uttrykk for at de opplever et økt krav til produksjon samtidig som kompetansebehovet er blitt større. Samtidig sier de at de ikke får tid til å utføre operasjonssykepleie ut ifra faglige standarder og at fagutvikling er nedprioritert. På grunnlag av dette er det grunn til å være bekymret for at kvaliteten på behandlingen kan bli dårligere i framtiden.

## 10.1 Veien videre

Vi vet at det i framtiden vil bli økt pågang av pasienter som har behov for helsetjenester og kravet til effektivitet og ressursutnyttelse vil vedvare. Det er også grunn til å tro at den medisinske utvikling vil kreve en høy kompetanse også i framtiden. Brukere av helsetjenester vil bli mer bevisst på sine rettigheter og kreve god kvalitet på behandling.

For å kunne ivareta pasientene på en forsvarlig måte i framtiden kommer operasjonssykepleierne med forslag om tiltak som kan være med på å møte denne utfordringen. For at tiltakene skal kunne gjennomføres er det vesentlig at ledelsen har forståelse for arbeidssituasjonen og at operasjonssykepleierfaget er i endring.

Det ser ut som mangelen på tid og tidspress er den viktigste årsaken til at operasjonssykepleierne ikke får utført arbeidet på den måten de ønsker. Å øke grunnbemanningen er et av de viktigste tiltakene som kan være med på å lette arbeidsbelastningen for operasjonssykepleierne. Ved å øke grunnbemanningen vil det gi bedre pasientflyt, byttetider mellom de enkelte inngrep vil bli kortere og det kan gi en bedre ressursutnyttelse av personalet som igjen kan øke operasjonsaktiviteten.

Økt grunnbemanning vil også frigjøre tid slik at operasjonssykepleierne kan forberede seg på en tilfredsstillende måte samtidig som kvaliteten opprettholdes. Tid til veiledning/refleksjon i praksis vil også bli frigjort slik at operasjonssykepleierne har bedre mulighet til denne form for kunnskapsoverføring og blir en del av hverdagen. En økt grunnbemanning vil gi bedre mulighet for ekstern undervisning og undervisningsdager i turnus.

Etter funksjonsfordelingen har organiseringen av morgenrapporten blitt endret og det ser ut til at denne endringen ikke fungerer slik intensjonen var. En god rutine for felles morgenrapport på de enkelte operasjonsstuer vil kunne gjøre det enklere for operasjonssykepleierne å innhente nødvendige opplysninger om pasientene og sikre den faglige forsvarligheten. Alle som inngår i teamet må være til stede og sammen planlegge det operative forløp. På denne måten vil også utveksling av erfaringer og kunnskap lettere kunne finne sted.

Studien viser at operasjonssykepleierne opplever endringen i operasjonsaktiviteten i form av økt akutt kirurgi som belastende. De beskriver arbeidssituasjonen som uforutsigbar grunnet



forstyrrelser og omgjøringer i operasjonsprogrammene. Et tiltak som kan bedre denne situasjonen er å opprette et eget team som ivaretar akutt kirurgi, samt at operasjonsprogrammene fremgår som gjennomførbare. Etter vårt syn er likevel det mest sentrale at operasjonssykepleierne må få forståelse for at arbeidsdagen er mer uforutsigbar etter funksjonsfordelingen. Det er viktig at alle medarbeiderne ved operasjonsavdelingen har en felles målsetting og er inneforstått med at uforutsigbarhet vil være en naturlig del av arbeidsdagen i framtiden.

Som operasjonssykepleierne ved Sentraloperasjon, Fredrikstad påpeker, er det en rekke faktorer som må endres for å kunne ivareta faglig utvikling i et miljø der fokus på en effektiv drift er stor. Etter vårt syn er det ledelsens ansvar å tilrettelegge for faglig utvikling og læring i hverdagen slik at kvaliteten på behandlingen opprettholdes. Uten utvidede ressurser vil det være vanskelig å opprettholde det høye kompetansekravet og samtidig opprettholde operasjonsaktiviteten. Som en av operasjonssykepleierne i studien uttalte om dagens arbeidssituasjon;

***”Hvis vi skal opprettholde læring så går det utover effektiviteten, og motsatt!”***

## 10.2 Etterord

Dette har vært en lærerik prosess. Vi har fått bedre forståelse for hvorfor Helsereformen ble innført og hvilke konsekvenser innføringen har fått for de ulike helseforetakene og sykehusene. Studien har også gitt oss en forståelse for hvorfor omstillingsprosesser er nødvendig og hvor kompliserte disse prosessene kan være. Med den erfaring vi har tilegnet oss i arbeidet med denne studien tror vi at fremtidige endringsprosesser vil være lettere å møte.

Beskrivelsene operasjonssykepleierne har gitt oss, samt teorien vi har tilegnet oss har gjort oss mer oppmerksomme på det dilemma som kan oppstå når fokus på effektivitet blir satt høyt. Studien har gitt oss større innsikt i hvor viktig læring og fagutvikling er for å ivareta vår faglige identitet og må ikke på noen måte nedprioriteres.

## LITTERATURLISTE

Aschehoug og Gyldendal. (1992) *Ordbok*.  
Oslo: Aschehoug og Gyldendal

Baklien, Birger. (1987) *Kompetanse, organisasjon og ledelse*.  
Oslo: Tano

Busch, Tor og Vanebo, Jan Ole. (1991) *Organisasjon. Ledelse og motivasjon*.  
Oslo: Tano

Blåka, Gunnhild og Filstad, Cathrin. (2007) *Læring i helseorganisasjoner*.  
Oslo: Cappelen Akademisk forlag

Byrkjeflot, Haldor. (1997) *Fra styring til ledelse*.  
Fagbokforlaget

Christensen, Tom. (2003) *Forelesningsnotater, OLU*.  
Høyskolen i Østfold

Christensen, Tom og Lægreid, Per. (1998) *Den moderne forvaltning: om reformer i sentralforvaltningen*.  
Oslo: Tano Aschehoug

Dalin, Åke. (1999) *Veier til den lærende organisasjon*.  
Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Endresen, Knut og Gullestad, Lars. (07. 08. 2009) *Helsepengene brukes feill*.  
Oslo: Aftenposten

Fagermoen, May-Solveig. (1993) *Sykepleie i teori og praksis*.  
Oslo: Universitetsforlaget

FOR nr. 995.(1999). *Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr*.

Hauss, Kari, Søltnæs, Turid og Berg, Brita. (1998) *Sterilforsyning i helsetjenesten*.  
Oslo: Universitetsforlaget

Helsedirektoratet. (2007) *Hva er DRG!*  
Oslo: Helsedirektoratet

Helsepersonelloven. (1999) *Lov av 2. juli 1999 nr. 64 helsepersonell m.v.*

Helsereformen *Lov om helseforetak fremmet for Stortinget*  
Ot. prp 66 / 2000-2001

Helsereform. (2007) *Utfordringer og løsninger*.  
Rapport nr. 15. 15:2007

Helse Sør-Øst. (2007) *Samlet plan for utvikling og omstilling*.  
Sak NR.068-2007

Helse Sør-Øst. (2009) *Plan for strategisk utvikling*.  
2009–2020

Helse Sør-Øst. (2008) *Omstillingsprogram nr.1*.

Helse Sør-Øst. (2009) *Nyhetsbrev*.

Styringsgruppen for E-læringsplattform. (2007) *E-lærings plattform for bedre kvalitet i pasientbehandlingen*.  
Helse Sør-Øst

Jacobsen, Dag Ingvar. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser*.  
Høyskoleforlaget

Jacobsen, Dag Ingar og Thorsvik, Jan. (2002) *Hvordan organisasjoner fungerer*.  
Fagbokforlaget

Kvale, Steinar. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*.  
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Levin, Morten og Klev, Roger. (2001) *Forandring som praksis*.  
Fagbokforlaget

Lai, Linda. (1997) *Strategisk kompetansestyring*.  
Fagbokforlaget

Lian, Olaug S. (2007) *Når helse er en vare (2. utgave)*.  
Høyskoleforlaget

Nordhaug, Odd. (1998) *Måltrettet personalledelse*.  
Oslo: Tano Aschehoug

Nordhaug, Odd. (2004) *Strategisk kompetanseledelse: teori og praksis*.  
Oslo: Universitetsforlaget

Norsk Sykepleierforbund. (1989) *Sykepleiertjenesten i framtiden*.  
Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Norsk sykepleierforbund. (2001) *Yrkesetiske Retningslinjer*.  
Oslo: Norsk Sykepleierforbund

NSFLOS. (2008) *Operasjonssykepleierens myndighetsområde og funksjonsansvar med funksjonsbeskrivelse*.  
Oslo: Norsk Sykepleierforbund, Landsgruppe for Operasjonssykepleiere

Næss, Hans Petter. (2008) *Foretaksreformen-ved veis ende?*  
Overlegen-1

Orvik, Arne. (2004) *Organisatorisk kompetanse*.  
Oslo: Cappelens Forlag A/S

Pasientrettighetsloven. (1999) *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter*.

Ramsdal Helge, Skorstad Egil J. (2004) *Privatisering fra innsiden*.  
Fagbokforlaget

Repstad, Pål. (1993) *Mellom nærhet og distanse, kvalitative metoder i samfunnsfag*.  
Oslo: Universitetsforlaget

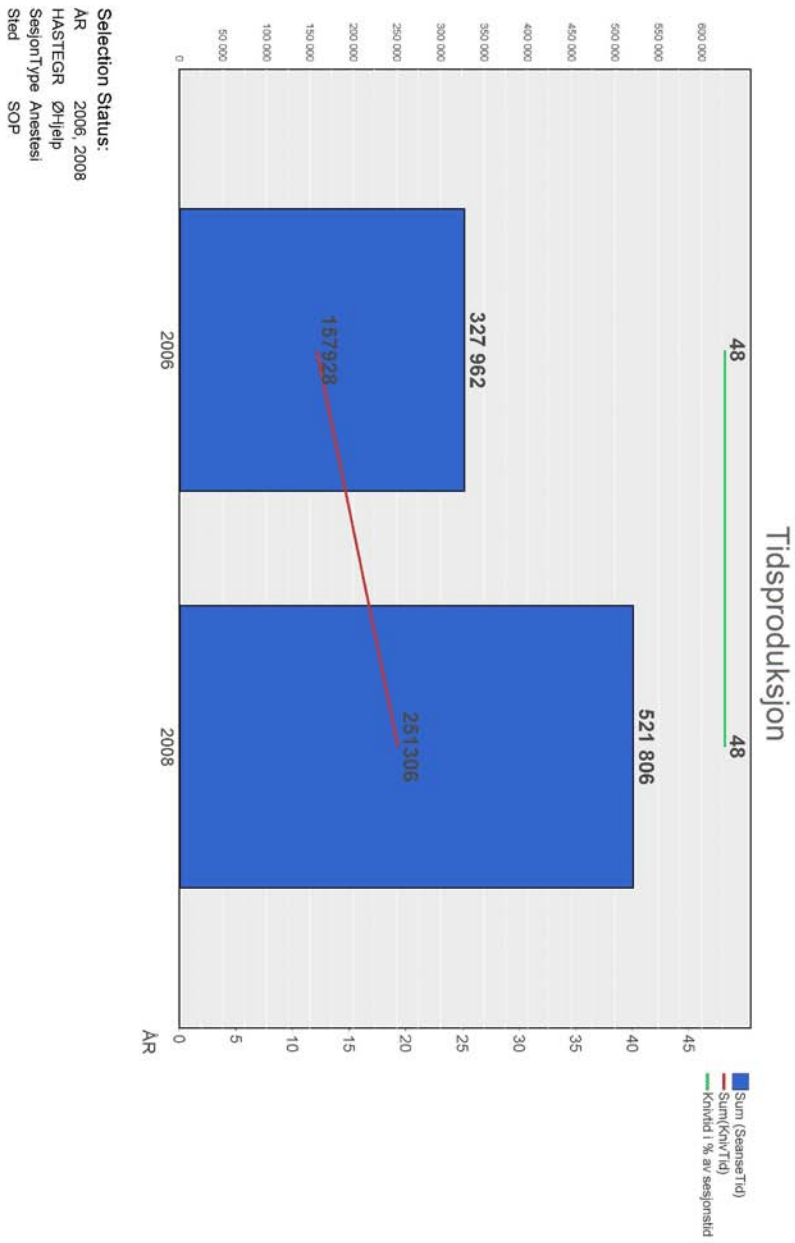
Tiller, Tom. (1997) *Læring i hverdagen*.  
Unicom, Universitets kompetansesenter for lærerutdanning

Øgård, Morten. (2002) *Forvaltningsinnovasjon i de nordiske regionene/kommunene: I felles takt med New Public Management*.  
Oslo: Unipub forlag

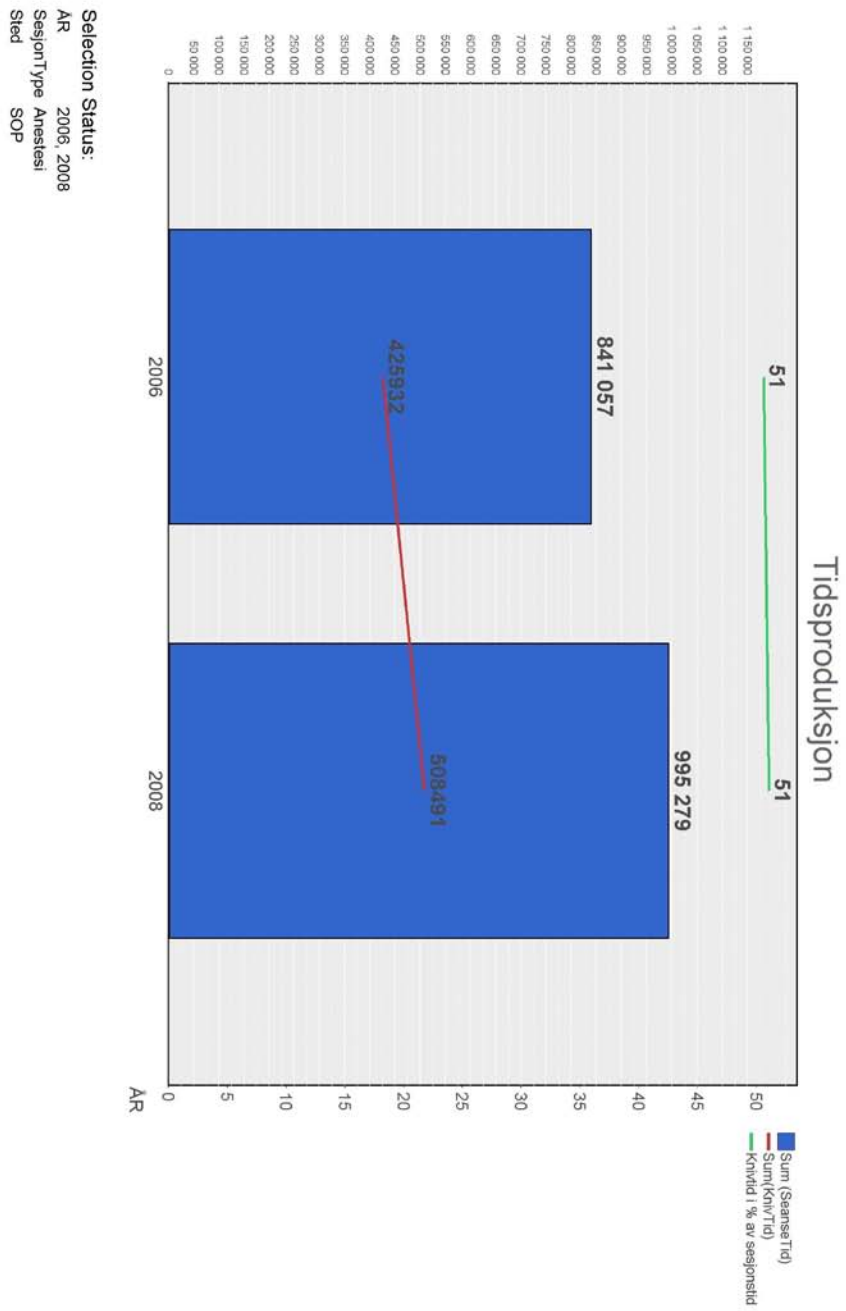
Aadland, Einar. (2004) *Den truverdige leiaren*.  
Det Norske Samlaget

Aadland, Einar. (1994) *Kultur i helse-, sosial- og utdanningsinstitusjoner*.  
Det Norske Samlaget

# Vedlegg 1 Tidsproduksjon øyeblikkelig hjelp



## Vedlegg 2 Tidsproduksjon operasjonsaktivitet



### **Vedlegg 3 Informasjonsskriv til informantene**

Rigmor Johansen  
Heidi Bache-Mathisen  
Sentraloperasjon  
Sykehuset Østfold, Fredrikstad

Til.....  
Sentraloperasjon  
Sykehuset Østfold, Fredrikstad

#### **Forespørsel om deltagelse i mastergradprosjekt**

Vi vil med dette spørre deg om du er villig til å delta i vår undersøkelse i vår mastergradstudie.

I forbindelse med vår mastergradavhandling ved Høyskolen i Østfold vil vi se nærmere på hvordan fagutvikling/læring hos operasjonssykepleiere påvirkes i et miljø der krav til effektivitet blir mer og mer framtrepende. Hensikten med oppgaven er å se nærmere på den omorganiseringen som gjøres som en følge av å modernisere sykehusdriften fra Helse Sør-Øst som en følge av Helsereformen, og om dette kan være med å påvirke operasjonssykepleiernes læring og fagutvikling i hverdagen. Videre vil vi se på hvilken følge dette kan få for operasjonssykepleierens læringsmuligheter og fagutvikling, og samtidig om det kan få konsekvenser på kvaliteten på det arbeidet vi utfører. Vi ønsker å intervju operasjonssykepleiere med ulikt arbeidserfaring for å kartlegge behovet for læring/fagkompetanse.

Vi vil i denne undersøkelsen intervju 8 operasjonssykepleiere ved vår avdeling. Utvelgelsen vil foregå slik at vi deler operasjonssykepleierne inn i 2 grupper etter arbeidserfaring, og trekker tilfeldig ut 3 i hver gruppe. Vi har valgt å intervju de som innehar minst 75% stilling.

Hvert intervju vil ta ca. 1 time. Intervjuet vil bli tatt opp elektronisk med en MP3 spiller og transkribert manuelt i etterkant. Vi vil begge være til stede under intervjuet. Opplysningene registreres på privat pc tilknyttet Internett i anonymisert form, kodet slik at verken direkte eller indirekte personopplysninger framgår. Vi vil foreta intervjuene på et møterom i sykehuset etter endt arbeidstid. Avtale om tid og sted gjøres direkte med deg på forhånd. Henviser til skrevet om samtykkeerklæring og ber deg undertegne denne og returnere den til oss.

Alle data i oppgaven vil være anonymisert og vi er oppmerksomme på vår taushetsplikt. Informasjonen som kommer fram i undersøkelsen vil bli behandlet konfidensielt. Vi regner med å starte intervjuprosessen i slutten av januar.

Dersom dere ønsker mer informasjon eller har spørsmål vedrørende undersøkelsen ber vi dere om å ta direkte kontakt med oss på telefon eller på e-mail.

Vi gleder oss til en spennende og hektisk periode og håper på et godt samarbeid og at dette arbeidet kan bidra til felles nytte for avdelingen vår.

Vennlig hilsen  
Rigmor Johansen og Heidi Bache-Mathisen



## **Vedlegg 4 Intervjuguide til operasjonssykepleiere**

En kartlegging av muligheten for fagutvikling/læring for operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingen.

Informasjon før intervjustart

**Vi vil at du svarer ærlig på våre spørsmål, og at du kommer med dine subjektive oppfatninger og meninger om din erfaring og opplevelse av din hverdag som operasjonssykepleier.**

**Vi vil igjen opplyse deg om at vi har taushetsplikt. Alt du sier vil bli og alle data i oppgaven vil bli anonymisert og kan ikke spores tilbake til deg.**

Introduksjonsspørsmål.

- **Hvordan vil du kort beskrive hverdagen i operasjonsavdelingen?**
- **Kan du beskrive hva som innebærer en god arbeidsdag? Din egen oppfatning**
- **Kjenner du til operasjonsavdelingens målsetting og verdigrunnlag?**
- **Hva innebærer god operasjonssykepleie for deg?**

### **Forskerspørsmål 1:**

**Hvordan opplever operasjonssykepleiere arbeidsbelastningen i operasjonsavdelingen?**

- **Hvordan opplever du arbeidsbelastningen i operasjonsavdelingen?**
- **Hvordan opplever du bemanningen? Er det nok operasjonssykepleiere?**
- **Har du sett en endring i arbeidsbelastningen etter funksjonsfordelingen i 01.05.2007? Hvordan har det påvirket ditt arbeid? Er det noen endring på de ulike vaktene?**
- **Får du tid til å forberede deg til operasjonene?**
- **Kan du gi eksempler på driftsmål som ledelsen setter?**
- **Kan du gi noen eksempler på tiltak som ville gitt deg mindre belastende hverdag?**

## **Forskerspørsmål 2:**

### **Hvordan legges det til rette for operasjonssykepleieres læring/fagutvikling i hverdagen?**

- Kan du fortelle om opplæringen i avdelingen( Undervisningsdager, undervisningsfredager, eksterne kurs) Har det skjedd noen endring?
- Hva betyr mest for deg, oppfølging i hverdagen eller eksterne kurs?
- Hvordan vil du beskrive opplæring i forhold til medisins teknisk utstyr?
- Hvilke muligheter har du til refleksjon etter hendelser etter eget behov?
- Kan du fortelle noe om dine muligheter til å forberede deg til ulike inngrep(lese prosedyrer, få veiledning av andre)
- Hvordan opplever du opplæring/veiledning ved bytte av seksjoner?
- Hva vet du om E-læring? Hva tror du det vil bety for deg i framtiden?
- Hva legger du i ”lærende organisasjon?”

## **Forskerspørsmål 3**

### **Hvordan kan man kombinere fokus på effektivitet med et godt læringsmiljø?**

- Hvordan vil du beskrive en effektiv dag på operasjonssentralen?
- Vil det være rom for refleksjon/veiledning, undervisning på en slik dag?
- Kan du si noe om hvilke konsekvenser det kan få dersom du ikke får utviklet og vedlikeholdt din kompetanse.
- Kan du si noe om hva du tror ledelsen gjør for å opprettholde en god kvalitet på i en hverdag der fokus på effektivitet er stort?
- Er det noen motsetninger mellom effektiv drift og læring, i tilfelle hvilke?

## Vedlegg 5 Intervjuguide til ledere

Informasjons før intervjustart

**Vi vil at du svarer ærlig på våre spørsmål, og at du kommer med dine subjektive oppfatninger og meninger om hvordan fagutvikling /læring tilrettelegges på en operasjonsavdeling der fokus på effektiviteten er økende.**

**Vi vil igjen opplyse deg om at vi har taushetsplikt. Alt du sier vil bli og alle data i oppgaven vil bli anonymisert og kan ikke spores tilbake til deg.**

### **Introduksjonsspørsmål.**

- Kan du si litt om din faglige bakgrunn
- Hva vet du om hva jobben som operasjonssykepleier innebærer?
- Kan du fortelle hva som ville være god operasjonssykepleie for deg, dersom du var pasient

### **Forskerspørsmål 1:**

#### **Hva vet ledere om operasjonssykepleieres arbeidsbelastning i operasjonsavdelingen?**

- Det ble i mai 2007 foretatt en funksjonsfordeling i Sykehuset Østfold. Denne gikk ut på at man samlet all kirurgisk akuttberedskap ved sykehuset Østfold, Fredrikstad. Hvordan tror du dette har påvirket arbeidsbelastningen for operasjonssykepleiere?
- Hvilke mål har Helse sørøst for pasientbehandling? For operasjonsavdelingen?
- Etter hvilke kriterier måles operasjonsaktiviteten ut i fra?
- Hva med infeksjonsregistrering, komplikasjonsregistrering, og ventetider
- Tror du at har aktiviteten økt etter funksjonsfordeling?
- Tror du det samsvar mellom aktiviteten i avdelingen og grunnbemanningen for operasjonssykepleiere?
- Vet du noe om er det skjedd en endring i inngrepenes kompleksitet, og hva det innebærer for operasjonssykepleieren?
- Hvilken formening har du om bemanningen i operasjonsavdelingen8opr. Sykepl9
- Har du noen formening om avsatt nok tid til forberedelser?

## **Forskerspørsmål 2:**

### **Hvilket syn har ledere på hvordan det legges til rette for operasjonssykepleieres læring/fagutvikling i hverdagen?**

- Hva legger du i begrepet ”lærende organisasjon”?
- I Helsereformen står det nedfelt at helsepersonell skal ha mulighet til å være à jour i forhold til aktuelle kvalitets- og kompetansekrav. Tror du dette er mulig å få gjennomført i praksis?
- Kan du fortelle hva du vet om forskriften om elektromedisins utstyr og opplæring?
- Hvordan tror du operasjonssykepleiere lærer? Veiledning,refleksjon,eksterne kurs
- Hvilken formening har du om viktigheten av å ha tilgjengelige, oppdaterte prosedyrer og bruk av disse ved behov?
- Kan du si noe om E-læring? Hva tror du det vil bety for i framtiden?

## **Forskerspørsmål 3**

### **Hvordan kan man kombinere fokus på effektivitet med et godt læringsmiljø?**

- Hvordan tror du en effektiv dag på operasjonssentralen vil være?
- Tror du det være rom for refleksjon/veiledning, undervisning på en slik dag?
- Kan du si noe om hvilke konsekvenser det kan få dersom operasjonssykepleiere ikke får utviklet og vedlikeholdt sin kompetanse.
- På hvilken måte tror du at man kan opprettholde en god kvalitet i en hverdag der fokus på effektivitet er stort?

## Vedlegg 6 Samtykkeerklæring

**Jeg samtykker og er villig til å la meg intervjuet i forbindelse med Mastergradsoppgaven som Heidi Bache-Mathisen og Rigmor Johansen er i ferd med å utarbeide.**

Jeg ønsker å delta i denne undersøkelse på bakgrunn av den informasjonen jeg har fått både muntlig og skriftlig

Dato:

Signatur:

Denne erklæringen om samtykke leveres i forbindelse med intervjuet til Heidi Bache-Mathisen og Rigmor Johansen. Den vil bli oppbevart i lukket i forseglet konvolutt til oppgaven til sensur er falt. Alle samtykkeerklæringer vil da bli makulert sammen med annen sensitiv informasjon vedrørende undersøkelsen.

## Vedlegg 6 Forespørsel til Helse Sør-Øst

### **Forespørsel om intervju i sammenheng med Mastergradoppgave.**

Som et ledd i en mastergradsstudie i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold ønsker vi å intervju deg eller en annen i ledelsen i helse Sør-Øst med innflytelse på kvalitet og fagutvikling i spesialisthelsetjenesten. februar

Tidspunktet for intervjuet vil være i første del av februar.

Vi vil se nærmere på hvordan fagutvikling/læring hos operasjonssykepleiere påvirkes i et miljø der krav til effektivitet blir mer og mer framtrekkende. Hensikten med oppgaven er å studere hvordan stadige omorganiseringer påvirker operasjonssykepleierens læring og fagutvikling i hverdagen. Dernest hvordan dette påvirker kvaliteten på arbeidet som utføres.

Vi skal intervju 6 operasjonssykepleiere med ulik arbeidserfaring for å kartlegge deres oppfatning av dette. I tillegg vil vi intervju en person i sykehusledelsen i ved Sykehuset Østfold Hf, samt en person i ledegruppen til helse Sør-Øst med et strategisk overordnet fokus på kvalitet i spesialisthelsetjenesten. Begrunnelsen for utvalget er å studere operasjonssykepleieres virkelighetsoppfatning, og de føringer som legges fra ledelsen i regionen.

Intervjuet vil ta ca. 1 time. Det er ønskelig å ta opp intervjuet elektronisk for å lette transkriberingen. Alle data i oppgaven vil være anonymiserte og vil bli behandlet konfidensielt. Etter sensur på mastergradoppgaven vil alle data i tilknytning til undersøkelsen bli slettet.

Vår veileder på mastergradoppgaven er professor Egil Skorstad ved Høgskolen i Østfold, Avdeling for Økonomi, Språk og Samfunnsfag.

Dersom du ønsker mer informasjon eller har spørsmål vedrørende undersøkelsen er det bare å ta kontakt på telefon eller e-mail.

Vennlig hilsen

Rigmor Johansen og Heidi Bache-Mathiesen

[heibac@so-hf.no](mailto:heibac@so-hf.no)    [rigm-joh@online.no](mailto:rigm-joh@online.no)

## Vedlegg 7 Forespørsel til Sykehuset Østfold

### **Forespørsel om å få gjennomføre en undersøkelse basert på intervju av operasjonssykepleiere ved operasjonsavdelingen, Fredrikstad.**

I forbindelse med vår mastergradavhandling ved Høgskolen i Østfold vil vi se nærmere på hvordan fagutvikling/læring hos operasjonssykepleiere påvirkes i et miljø der krav til effektivitet blir mer og mer framtrekkende. Hensikten med oppgaven er å se nærmere på den omorganiseringen som gjøres som en følge av å modernisere sykehusdriften fra Helse Sør-Øst som en følge av Helsereformen, og om dette kan være med å påvirke operasjonssykepleierens læring og fagutvikling i hverdagen. Videre vil vi se på hvilken følge dette kan få for operasjonssykepleierens læringsmuligheter og fagutvikling, og samtidig om det kan få konsekvenser på kvaliteten på det arbeidet vi utfører. Vi ønsker å intervju operasjonssykepleiere med ulikt arbeidserfaring for å kartlegge behovet for læring/fagkompetanse.

Vi vil med denne søknaden be om tillatelse til å intervju 6 operasjonssykepleiere fra vår operasjonsavdeling, samt et pilotintervju som mulig integreres i studien. Hvert intervju vil ta ca. 1 time. Intervjuet vil bli tatt opp elektronisk med en MP3 spiller og transkribert manuelt i etterkant. Opplysningene registreres på privat pc tilknyttet Internett i anonymisert form, kodet slik at verken direkte eller indirekte personopplysninger framgår. Vi vil foreta intervjuene på et møterom i sykehuset etter endt arbeidstid. Avtale om tid og sted gjøres direkte med respondentene på forhånd. Respondentene vil være informert både skriftlig og muntlig på forhånd med samtykke.

Alle data i oppgaven vil være anonymisert og vi er oppmerksomme på vår taushetsplikt. Informasjonen som kommer fram i undersøkelsen vil bli behandlet konfidensielt. Etter sensur på mastergradoppgaven vil alle data i tilknytning til undersøkelsen bli makulert.

Vår veileder på mastergradoppgaven er professor Egil Skorstad ved Høgskolen i Østfold, avd. for Økonomi, Språk og Samfunnsfag.

Dersom dere ønsker mer informasjon eller har spørsmål vedrørende undersøkelsen ber vi dere om å ta direkte kontakt med oss på telefon eller på e-mail.

Vi gleder oss til en spennende og hektisk periode og håper på et godt samarbeid og at dette arbeidet kan bidra til felles nytte for avdelingen vår.

Vennlig hilsen

Rigmor Johansen og Heidi Bache-Mathisen