



Ledelse

NR. 1-2016 • ÅRGANG 4

NSFS FAGGRUPPE FOR LEDERE



Ledelse i norske helseforetak

Sykepleien

LEDELSE blir utgitt av Landsgruppen for sykepleieledere i NSF (NSFLSL), i samarbeid med Sykepleien. Faggruppen er en møteplass for fag- og kunnskapsutvikling. Arbeidet er viktig for fagets identitet, og bidrar dessuten til anvendelse og formidling av forskning og erfaring. Medlemmene i NSFLSL utgjør et nettverk av kompetanse, både innad i faggruppen og på tvers av NSF's fagområder.

ISSN: NO3333310

STYRET

Gitte Christine Korvann, May Synnøve Birkely, Elinor Grøthe, Mette R. Dønåsen, Siri Gulpinar, Mari K. Evenstuen, Jan Erik Nilsen, Jan Arild Brandshaug

ANSVARLIG REDAKTØR

Mette R. Dønåsen
Mobil: 90075931
mette.r.donasen@lhl-klinikkene.no

REDAKSJONSUTVALG

Mette R. Dønåsen, Siri Myklebust, Jan Erik Nilsen

ABONNEMENT

Gitte Korvann
gitte@korvann.no

ANNONSER

Mari K. Evenstuen
Mobil: 975 92 715
mari.k.evenstuen@gmail.com

HJEMMESIDE

<https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleieledere>

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

Barth Tholens
Tlf: 22 04 33 50/408 52 179
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf: 926 08 706

Trine-Lise Gjesdal
Tlf: 906 08 779

Ingvald Bergsagel
Tlf: 934 98 422

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK

Color Print A/S

FORSIDEBILDE

Colourbox

NESTE UTGAVE

19. mai 2016

ANNONSERING

Ledelse passer for annonsører som ønsker å nå ledere generelt og sykepleieledere spesielt. Sykepleieledere finnes både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter.



Innhold

NR. 1-2016 • ÅRGANG 4

- | | |
|---|--|
| <p>3 Leder</p> <p>4 Psykiatriambulansen kommer</p> <p>5 Fem kjappe: Cathrine E. Lunde</p> <p>6 Smånytt</p> <p>10 Forfatterintervju: Marie Aakre</p> <p>14 Førstereis på landsmøtet</p> <p>16 Tilbakeblikk</p> <p>18 Forny lederutdannelsen</p> <p>20 Innovativt om helse</p> | <p>22 LNN-konferanse</p> <p>24 Kreft og sex</p> <p>26 Ledelse i norske helseforetak</p> <p>30 Godt synlig i samfunnsdebatten</p> <p>32 Revisjon av legemiddelhåndteringsforskriften</p> <p>34 Viktig med sykepleiere i ledelsen</p> <p>35 Forbedringsarbeid stjeler tid</p> |
|---|--|

«Jeg er glødende interessert i situasjonsbestemt ledelse.» Side 5



18



32



24

■ **LEDER:**
Gitte Christine Korvann



Lederrollen må styrkes

Sykepleieprofesjonen i utvikling - ledelse, ehelse og ansvar og roller i endring. Dette var et av hovedområdene som ble diskutert under Norsk Sykepleierforbunds landsmøte i november, når landsmøtet skulle fastsette prinsippprogrammet for den kommende 4-årsperiode.

Ledelse trekkes fram i alle fora – som et av områdene som må styrkes for å møte denne utviklingen. Ledelse ble trukket fram både av statsminister Erna Solberg under hennes tale på landsmøtet og av Bent Høie da han hilste velkommen på landsmøtet.

Lederrollen må styrkes og ledelse i helse- og omsorgstjenesten må gis mulighet til å påvirke der vedtakene fattes. «Bedre kvalitet og trygge tjenester skal sikres gjennom å endre og forbedre systemer, ledelse og kultur i tjenesten. Regjeringen vil arbeide for å begrense uberettiget variasjon, styrke ledelsen i sektoren og i større grad styre ut fra kvalitets hensyn.» står det i Stortingsmelding 11.

Lederskap må styrkes for å kunne drive systematisk arbeid med kvalitetsledelse. Det å drive kvalitetsstyring som innebærer både kvalitetsutvikling og kvalitetsforbedring. Uten dette fokuset på kvalitetsledelse, kan man risikere at kvaliteten på tjenesten blir dårlig.

Det er derfor gledelig at dette var satsingsområder som ble vedtatt i prinsippprogrammet under innsatsområde 2: Sykepleieprofesjonen i utvikling hvor hovedmålet er:

En kompetent, tydelig, rett bemannet og godt koordinert sykepleietjeneste, med fokus på faglig kvalitet, pasientsikkerhet, aktiv brukemedvirkning og tilgjengelighet.

For å nå dette målet skal blant annet følgende virkemidler benyttes:

- NSF påvirker til at det utvikles en kvalitets- og kompetansebasert bemanningsnorm i helsetjenesten.
- Sykepleiefaglig kompetanse på ledernivå er avgjørende for å sikre kvaliteten i alle deler av helse- og omsorgssektoren.
- Ledere av sykepleietjenesten skal ha myndighet i saker som angår sykepleietjenesten.
- En sykepleietjeneste som videreutvikler arbeidet med kvalitetsindikatorer, pasientforløp og helhetlige systemer for kvalitetsforbedring.

Forbundsstyret valgte i forrige periode å utarbeide syv politiske plattformen, hvor ledelse var en av dem. De politiske plattformene varer fra 2013–2016. Med de vedtak som nå er fattet på Landsmøtet forventer vi at NSF satsing på ledelse vil fortsette i landsmøteperioden.

NSF LSL er medlem av ledernetverket i Norden (LNN) sammen med de øvrige sykepleielederorganisasjonene. I år arrangeres LNN konferanse i Reykjavik 24.–26. mai. Vi håper å se flere av dere der. Ellers er det viktig at dere allerede nå setter av mandag den 26. september til en lederkonferanse i forkant av Lederkongressen 2016.

Da ønsker jeg dere alle et fantastisk flott nytt år!

LEDER NSFLSL



Foto: Jon Olav Ness/odd / NTB-scannix

Psykiatriambulansen kommer

Mindre polititransport av psykisk ustabile pasienter er blant målene når Vestre Viken nå etablerer en egen psykiatriambulanse.

Tekst **Elinor Grøthe**, kvalitetskonsulent Vestre Viken helseforetak, styremedlem NSFLSL

Klinikk for psykisk helse og rus og klinikk for prehospitaltjenester i Vestre Viken helseforetak (VVHF) samarbeider om et felles prosjekt for etablering av psykiatriambulanse (PA) innen februar 2016.

Foruten de to klinikkene, deltar også Legevakten i Drammen, politiet i Nedre Buskerud og representant fra Brukerutvalget.

Dette gjøres etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til helseregionene. Fra Helse Sør-Øst deltar, i tillegg til VVHF, også Sykehuset Innlandet og Sykehuset i Vestfold.

Disse tre helseforetakene har ulik tilnærming til prosjektet. Her på Vestre Viken har vi valgt å bygge på den såkalte Bergensmodellen. Helse Bergen var det første sykehuset i Norge som etablerte PA, og de har hele ti års fartstid å høste erfaringer fra.

Tydeliggjøre og forebygge

Prosjektet hos VVHF startet april 2015 og er beregnet avsluttet i august 2016. Målene er:

- Å tydeliggjøre at helsetjenesten har hovedansvaret for transport, samt redusere omfanget av bruk av politi til

pasienttransport av psykisk ustabile pasienter.

- Forebygge unødvendige innleggelses i akuttavdelinger.
- Etablere godt samarbeid med kommunale tjenester.

Oppdragsområdet er Nedre Buskerud, og PA skal være i drift i ukedager mellom klokken 10 og 22. Den vil være bemannet med en ambulansarbeider og to stykk psykiatrisk personell hvorav minst én sykepleier.

PA skal være stasjonert ved Akuttmottaket, psykiatrisk avdeling Lier. Utenfor driftstiden skal PA plasseres i tilknytning til ambulansestasjonen i Drammen.

Psykiatriambulansen skal altså ha «first responder»-funksjon for somatiske oppdrag i AMKs flåte. Dette stiller krav til opplæring både innen akuttmedisin og psykiatri for både ambulansarbeider og psykiatrisk personell.

Alle som skal jobbe på PA må derfor gjennomgå kurs innen ambulansesfag og psykiatri, og de skal hospitere på ambulans og akuttmottak i psykiatrisk avdeling Lier før psykiatriambulansen starter opp 1. februar 2016.

Klinikk for prehospitaltjenester har

ansvaret for utstyr, bil og bemanning av ambulansarbeidere, mens Klinikk for psykisk helse og rus har ansvar for bemanning av psykiatrisk personell. ■

Referanser:

1. PowerPoint presentasjoner laget av prosjektleder og fagsjef i Klinikk for prehospitaltjenester Hans-Christian S. Platou
2. Intern retningslinjer for psykiatriambulans v/ kvalitets-sjef Mette Ryan, Klinikk for psykisk helse og rus
3. www.helse-bergen.no/no/nyheter/Sider/Psykiatri-bay-fyller-ti-%C3%A5r.aspx
4. www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/psykiatrisk-klinikk/pam/Sider/om-oss.aspx

■ Prioriteringer

Følgende typer oppdrag skal prioriteres:

- «First responder» på somatiske ambulansoppdrag.
- Innleggelses i psykiatrisk avdeling både til frivillig og tvungent psykisk helsevern.
- Tvungen legeundersøkelse i henhold til Psykisk helsevernloven.
- Innhenting av pasienter som har unndratt behandling i henhold til Psykisk helsevernloven.
- Transport av pasienter mellom psykiatriske institusjoner ved behov for ambulans.

Cathrine E. Lunde

Tittel og arbeidssted: Seksjonsleder på lungemedisinsk sengepost Ahus. Utdannet sykepleier.

Hvorfor: Lunde oppfattes som en engasjert, tydelig, modig og stolt leder. Hun har oppnådd meget gode resultater gjennom sin lederstil – stabilt og engasjert personale, lavt sykefravær og et godt arbeidsmiljø.

Alder: 49 år



Intervjuet av **Siri R. Gulpinar**, styremedlem NSFLSL

1. Har du en ledelsesfilosofi som rettesnor?

Jeg er gløddende interessert i situasjonsbestemt ledelse, og jeg er svært opptatt av boken «Fra novise til ekspert» av Benner og Rubler. Den handler om utvikling hos den ansatte og om å være leder i hele utviklingsløpet til den ansatte. Alle dine ansatte må sees; både ekspertene og novisene. Du kan være ny og ha nok utfordringer med det, og du må gis ansvar på det nivået du er. Eksperten trenger andre utfordringer. Det er viktig å se hele mennesket. Og å lede den ansatte der han eller hun er. Vi er i ulike livssituasjoner – noen er unge og lærehungrig, andre er fornøyd med det de utfører på jobb og har mye på hjemmebane.

Jeg opptatt av å være med og skape en god kultur og felles verdier. Som leder må du være rollemodellen. Du må få dine ansatte til å bidra og ta ansvar. Alle må få utvikle seg og få mulighet til å lære, men samtidig må man som leder huske på at vi lærer forskjellig og i ulikt tempo. Alle skal føle seg trygge når de går på jobb. Alle skal være med å løfte hverandre. De mest erfarne må være tålmodige og dele. Jeg må inkludere de ansatte i ulike prosesser og la dem komme med innspill for å få dem med som lagspillere. Det er viktig at den enkelte blir sett.

2. Hvilke aktuelle saker er du opptatt av?

Arbeidskultur. Skape trygge rammer i en uforutsigbar hverdag. Det krever tydelig ledelse og som leder må du være en god rollemodell. Du må legge forholdene til rette.

3. Har du selv et forbilde innen ledelse?

Faren min som var leder i en bankfilial og min mann som leder et privat firma. Fordi de ser sine ansatte.

4. Hva er det morsomste ved å være leder?

Det er når vi lykkes. Når vi innfører endringer og vi ser det skaper en bedre hverdag både for pasient og pleier. For eksempel har vi nylig

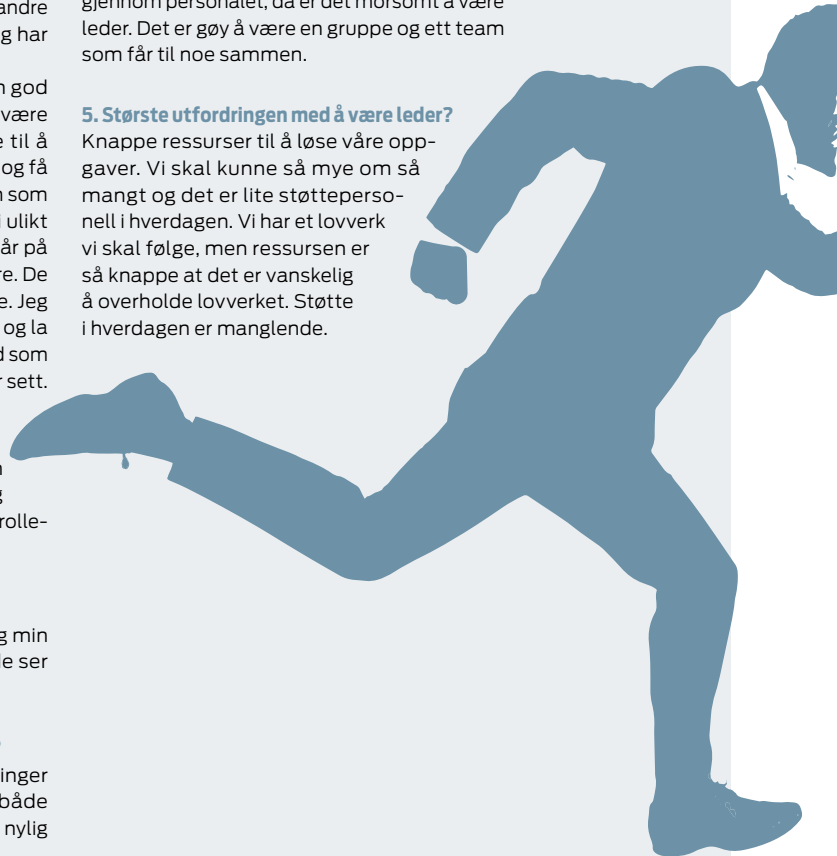
innført tavlemøter hvor ernæring er ett av målepunktene. Vi ser allerede at det gir positivt resultat for pasienten. Aktivt og tålmodig arbeid med sykefravær har også gitt resultater,

«De mest erfarne må være tålmodige og dele.»

med korttidsfravær på 0,79 prosent. Når jeg har klart å skape en god kultur og resultater gjennom personalet, da er det morsomt å være leder. Det er gøy å være en gruppe og ett team som får til noe sammen.

5. Største utfordringen med å være leder?

Knappe ressurser til å løse våre oppgaver. Vi skal kunne så mye om så mangt og det er lite støttepersonell i hverdagen. Vi har et lovverk vi skal følge, men ressursen er så knappe at det er vanskelig å overholde lovverket. Støtte i hverdagen er manglende.



Tøft med barn

Både mannlige og kvinnelige forskere synes det er utfordrende å kombinere karriere og familieliv. Dette kommer fram i en studie fra Universitetet i Oslo. Rapporten «Veiledning, kjønn og omsorgsansvar» har kartlagt forholdet mellom forskerkarriere og ansvar for barn. Det viser seg at norske forskere føler sterk konkurranse fra internasjonale eliteforskere uten barn. Det at stillinger ved norske universitet får mange utenlandske søknader, bedrer ikke situasjonen.



Kilde: Kilden, kjønnsforskning.no

Ansettes uten intervju

Én av tre leger ansettes uten intervju, viser den nasjonale evalueringen av turnustjenesten som Legeforskningsinstituttet gjennomførte i fjor.

– At så mange ikke er intervjuet før de ansettes, er oppsiktsvekkende.

Det sier Rasmus Bakken, leder for Norsk medisinstudentforening, til Dagens Medisin.

Kilde: Dagens Medisin

SMÅNYTT

Trivsel er gull

Et positivt arbeidsmiljø vil gi dramatiske fordeler for arbeidsgiver, medarbeidere og bunntinjen. Dette viser en stor og økende mengde forskning innenfor positiv organisasjonspsykologi, hevder Emma Seppälä og Kim Cameron i et innlegg hos Harvard Business Review, gjengitt i Ukeavisen Ledelse. De amerikanske skribentene viser til at organisasjoner som er preget av stress, har skjulte kostnader i form av medarbeideres helseproblemer. En annen kostnad er manglende engasjement hos medarbeidere, noe som igjen kan påvirke sykefraværet, antall ulykker og feil som gjøres på jobb. En tredje kostnad handler om lojalitet. Klarer ikke arbeidsgiveren å skape et godt arbeidsmiljø, mister de sine ansatte. Produktivitet og lønnsomheten faller rett og slett.

Kilde: Ukeavisen Ledelse



«En leders oppgave er å ta folk fra der de er til der de aldri har vært.»

Henry Kissinger

Ny jobb. Hva nå?

Hvordan man håndterer nyansatte det første halvåret er helt avgjørende for om vedkommende blir værende i jobben. Problemet er at mange arbeidsgivere bruker altfor mye tid på å finne den rette personen, sammenliknet med den tiden de bruker på å følge opp vedkommende. Det er særlig to fallgruver som går igjen. Én er at nyansatte nøler for lenge med å etterspørre informasjon de trenger for å utføre jobben sin. Den andre er at arbeidsgivere ikke er flinke nok til å kommunisere hvilke forventninger de har til den nyansatte, og ikke ser behovet til den nye medarbeide-

ren med å bli sett og bekreftet den første tiden. Det er forskere fra forskningsstiftelsen Fafo som står bak rapporten, som tar for seg hvem som har ansvaret for nyansattes mestring.

Kilde: Fafo



Ensom og avvist

Innvandrerkvinner fra Afrika og Asia med kroniske muskel- og skjelettplager, føler seg isolert hjemme på grunn av smerte, depresjon og uro i familien. Stipendiat Line Nortvedt fra HiOA har intervjuet 14 innvandrerkvinner som har vært helt eller delvis sykmeldt i en lang periode. Kvinnene opplevde i tillegg å bli avvist på arbeidsplassen. De slet med ensomhet, og savnet sine store sosiale nettverk fra hjemlandet. Ensomheten økte byrden deres ettersom de både opplevde ensomhet i familien og med kolleger.

Kilde: Høgskolen i Oslo og Akershus

Det nye legevaktnummeret 116 117 ble innført i hele Norge 1. september i fjor, men bruken er lavere enn forventet. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin har sett på telefontrafikken de to første månedene etter innføringen, og registrert at kun 33 prosent av alle forespørslene til legevakt har gått via det nye nummeret. De gamle legevaktsnumrene blir med andre ord fremdeles mye brukt.

Kilde: Dagens Medisin

Ny blodprøvemetode

Amerikanske forskere har utviklet en metode for å teste om legemiddelet paroksetin (antidepressiver) vil egne seg. Om metoden fungerer vil man, ved hjelp av en blodprøve, kunne avsløre om antidepressiver har en effekt eller ei, før man eventuelt tar det i bruk. Da vil også mange deprimerede pasienter kunne bli spart for unødvendige bivirkninger, som fedme og manglende sexlyst.

Kilde: Forskning.no

Tekst Trine-Lise Gjesdal Foto Colourbox



6 digitale bud

Digital teknologi byr på store muligheter for innovasjon og forretningsutvikling. Så tar du lederrollen på alvor, bør du fremstå som et godt eksempel i så henseende, mener professor Linda Lai, ved Høgskolen BI. I BIs eget magasin – BI Leadership Magazine – legger professoren fram seks digitale krav man bør stille til en leder:

1. Ledere må ha nødvendig innsikt i eksisterende og fremvoksende teknologiske plattformer og verktøy.
2. Leder må kunne bruke informasjon fra digitale medier på en effektiv måte og utvise god kildekritikk.
3. Leder må være bevisst på hvordan de kan utvikle en profesjonell digital profil og identitet, innad og utad.
4. Leder må kunne bruke digitale medier til merkevarebygging.
5. Leder må kunne benytte seg av digitale medier til å utvikle et personlig læringsnettverk.
6. Leder må ha evne til å bruke digital teknologi som en integrert del av lederskap.

Kilde: BI Leadership Magazine

Barn og folkehelse

Sosiale forskjeller i språklig, sosioemosjonell og kognitiv utvikling har betydning for barns helse, trivsel og muligheter for å lykkes i skolegang og arbeidsliv, skriver Helsedirektoratet på sine nettsider. De viser til en rapport de har fått utarbeidet, fra Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Vest (RKBV Vest). I rapporten vises det også til at familiens levekår har betydning for barns utvikling.

– Kunnskap om hvordan foreldrenes utdanning og inntekt har betydning for barn og unge er nyttige innspill i samfunnsutviklingsprosesser og i utformingen av tjenester rettet mot barn, unge og deres familier, sier avdelingsdirektør Ole Trygve Stigen i Helsedirektoratet.

Psykisk helse er en uttalt satsing i folkehelsepolitikken. Rapporten inngår i oppdraget med å bygge opp kunnskap og kapasitet i forvaltningen om psykisk helse i folkehelsearbeidet.

Kilde: Helsedirektoratet





Har din institusjon for høye kostnader ? Velg Aktiv Forsyning – en del av arbeidsdagen

Hva er Aktiv Forsyning

- ✦ Aktiv Forsyning er et *konsept* som gjør at du minimerer antall produkter på lager samtidig som at du aldri går tom.
- ✦ Aktiv Forsyning gjør deg uavhengig nøkkelpersoner og automatiserer bestillinger.
- ✦ Aktiv Forsyning er leverandøruavhengig!



Hvordan fungerer Aktiv Forsyning

Produktene på lager er delt opp i bokser som er delt i to; ett ytre- og ett indre kammer.

Når det siste produktet blir plukket fra det ytre kammeret, flytter man ut produktene fra det indre til det ytre, og skanner strekkoden.

Dette er det eneste man må gjøre for å alltid være garantert at lageret er fylt.

Hvorfor velge Aktiv Forsyning

Siden 2011 har en rekke sykehjem, legevakter, sykehus, helsehus og hjemmetjenester tatt i bruk Aktiv Forsyning.

Vi har ikke mistet en eneste kunde frem til i dag noe som skyldes at vi holder det vi lover, og det er nemlig at ved innføring av Aktiv Forsyning så sparer institusjonen tid og penger.

3000 brukere tar ikke feil - Din hverdag blir enklere og billigere!

"I forbindelse med omstrukturering av Volvat Fredrikstad hadde vi ikke klart å holde driften i gang uten automatikken Aktiv Forsyning ga oss" –Claus Haagensen, Volvat Fredrikstad

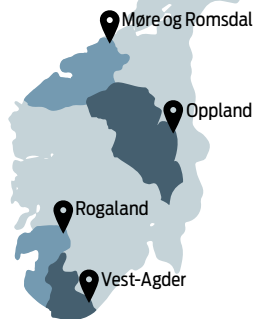
Når treffes vi ?

Vi sees på Fagernes seminaret 27.01.16 – 29.01.16.

Kom innom vår stand for en presentasjon av Aktiv Forsyning, eller kontakt; Bjørn Gregersen (bjorn.gregersen@aluna.no), M: 92610225 for å avtale en demonstrasjon hos dere.

Landet rundt

Her er en statusrapport fra noen av de lokale faggruppene i NSF's landsgruppe av sykepleieledere.



Møre og Romsdal

Tekst: Leder Siv Jensen

Vår lokalgruppe av NSFLSL hadde ordinær generalforsamling i juni, og vi har no et ordinært styre. I november arrangerte vi eit nettverksmøte med faginnlegg av Arne Orvik. Han snakka om «Bærekraftig helseledelse – også for sykepleielederen». Eit engasjerande innlegg som resulterte i flotte diskusjonar over litt mat et terpå. Dette kjem vi til å gjenta.

Til våren held vi på å organisere dagskonferanse for sykepleieleiarar.

Vi er i startgropa, men dette har vi trua på!

Rogaland

Tekst: Leder Inger Bakkalia

Siden styret ble valgt på årsmøte 20. januar 2015, har vi hatt oppmerksomhet på rekruttering av medlemmer, lage treffpunkt for ledere, nettverksbygging og på ledelsesfaget. Vi har et godt samarbeid med NSF Rogaland, som blant annet er med å arrangere to ledermøter i året.

Vi er opptatt av rekruttering av medlemmer. Dette har ført til at vi økte medlemstallet fra 52 til 100 medlemmer på cirka ett år. Sammen med NSF Rogaland inviterte vi i vår Hanne Kristin Rhode som foredragsholder på ledermøte. Hun snakket varmt om relasjonsledelse, likeverd og balanse, og om det å være en prestasjonsfremmer for sine medarbeidere. Et engasjerende møte. I høst ble stortingsrepresentant Olaug V. Bollestad invitert. Hun snakket om lederrollen i endring, sykepleieledelse før og nå og utfordringer i nye helse-Norge. Primærhelsemeldingen, nasjonale helse og sykehusplan og prioriteringsdebatten var noen av de viktige områdene hun var innom. I november hadde vi møte for kun medlemmer i ledergruppen. Her fikk vi høre en engasjert Jan Erik Nilsen, sjefsykepleier på psykiatrisk divisjon, SUS, som tok for seg

temaet «Administrasjon og fagledelse – ja takk begge deler!» Et interessant tema.

Lederne har vært engasjerte, og det har blitt gode diskusjoner etter innleggene, både med dem en kjenner og ikke kjenner fra før. Nye kontakter er blitt dannet. Vi jobber også med å finne struktur og innhold til websiden.

Oppland

Tekst: Leder Lillian Mistereggen

Vi i NSFLSL Oppland starter et nytt år med en styresamling der vi planlegger kommende år med antall styremøter i året og andre saker som vi har på agendaen. Vi har en gjennomgang av det påfølgende årsmøtet på Fagernes. På styresamlingen i år gikk vi igjennom vedtektene, og vi laget en stillingsbeskrivelse av alle vervene i gruppa. Dette for at det skal bli enklere å få oversikt over hva hvert enkelt styremedlem har som oppgave. Stillingsbeskrivelsen vil også hjelpe dem som skal ta over de ulike oppgavene senere. Vi har også i år gjennomført Fagernes-seminaret i januar. Det er krevende å være arrangør for et såpass stort arrangement, og det krever god planlegging og oversikt. Vi utgir også et medlemsblad, Opplandslederen, to ganger i året. Bladet kommer ut før sommeren og før jul. Der refererer vi fra kurs og seminar som medlemmene i Oppland har deltatt på. Vi tar opp andre aktuelle tema som angår ledelse. Vi har også et halvdagsseminar for medlemmene i oktober hvert år på Honne konferansesenter. Dette er et gratisseminar der vi starter med lunsj før det faglige programmet. Gjennom hele året jobber vi med planleggingen av Fagernes. Når dette skrives, er foredragsholderne og underholdningen på plass, og påmeldingen er avsluttet for 2016. Vi måtte også i år inn og stenge påmeldingen før fristen gikk ut på grunn av stor pågang. Vi i styret gjør alt det praktiske rundt påmelding og romfordeling selv,

og det tar tid. Men det er artig at vi får det til, så det veier opp for jobbingen. Nå i november gjenstår utgivelsen av julenummeret av Opplandslederen og de siste praktiske oppgavene med Fagernes. Det er Fagernes-seminaret som er vår store suksess og inntektskilde. Da vi hvert år må stoppe påmeldingen tidlig på grunn av stor pågang, har vi ved flere anledninger vurdert å flytte arrangementet, siden hotellkapasiteten er avgjørende. Vi har likevel valgt å holde på Fagernes som en merkevare.

Vest-Agder

Tekst: Leder Turi Stapnes

Faggruppen for sykepleieledere i Vest-Agder hadde sitt konstituerende årsmøte i Kristiansand 7. oktober 2015 etter å ha ligget nede i noen år. Forberedelsene til dette årsmøtet startet for alvor i februar, etter at tidligere fylkesleder Anne Britt Sodefjed sammen med Turi Stapnes hadde skapt interesse for dette noe tidligere.

På årsmøtet fikk vi valgt et styre med en god blanding av ledere fra første- og andrelinjetjenesten. Interimsstyret la fram følgende tre satsingsområder som ble vedtatt:

- Rekruttering
- Nettverksbygging
- Sykepleiefaglig ledelse

Det er mange sykepleieledere i Vest-Agder, og vi ønsker å få rekruttert flest mulig av disse til faggruppen slik at vi kan bli en stor gjeng og dra nytte av hverandres kunnskap og erfaringer. Vi har opprettet en lukket Facebook-side kun for medlemmer, som vi ønsker å bruke til informasjon, diskusjoner og spørsmål. Vi vil også stille med representanter fra faggruppen på aktuelle arenaer for å markedsføre oss. I løpet av våren planlegger vi et medlemsmøte hvor vi håper å kunne presentere et innhold som er inspirerende og aktuelt. Vi er i startgropa og gleder oss til fortsettelsen! ■

Jakten på dømmekraft

■ PORTRETTET

Marie Aakre er aktuell med en ny bok om etikk – en bok som har et viktig budskap til sykepleiere om praksisnært etikkarbeid, men også når det gjelder utøvelse av lederskap.

Tekst **Siri Myklebust**, enhetsleder, seksjon for barn og ungdom, avdeling for kompleks epilepsi, klinikk for kirurgi og nevrofag-SSE, Oslo universitetssykehus HF

Jakten på dømmekraft er en spennende tittel. Hvorfor valgte du begrepet «dømmekraft»?

Fordi begrepet favner kjernen av den kompetansemangel vi møter i store deler av praksis. Dømmekraft har med utvikling av personlig karakter og vurderingsevne å gjøre. Kilder til dømmekraft kommer både fra teori, oppøvelse av ferdigheter, oppdragelse og dannelse i praksis. Den enkelte ansattes «moraliske kjøp» skal sikre gode handlingsvalg i komplekse og travle praksissituasjoner. Evnen til å skille mellom godt og vondt, å velge det rette og det rettferdige for den enkelte er jo hovedmålet for etisk kompetanseutvikling. Både oppøvelse av ferdigheter, oppdragelse og dannelse er hovedkilder til dømmekraft.

Jeg hadde ikke boktittelen klar før omtrent midt i skriveprosessen. Jeg ville i utgangspunktet snu meg og skrive erfaringsbasert, praksisnært, frimodig og troverdig om min viktigste erfaringslæring fra mangfoldig verdiarbeid. Først etter mange måneders kaos og oppgittethet i

«Kloke handlingsvalg handler alltid om både personen, relasjonen, situasjonen og handlingene.»

skrivearbeidet vokste denne kjernen frem. Jeg har jobbet mye både klinisk og pedagogisk med profesjonsidentitet og utvikling av kritisk vurderingsevne i fagutøvelsen. Da er ikke veien lang til Aristoteles' beskrivelser av fronesis eller Svein Åge Cristoffersens modell for dømmekraft som jeg lenge har vært mye opptatt av.

Det var først da jeg formulerte jakten på dømmekraft at tittelen falt på plass. Jakten favner jo alt det som skal til for å utdanne og danne personlig vurderingsevne, alle de perspektiv, pedagogiske metoder og etikkfaglige tema vi må oppøve og forstå for å skape dannende læringsprosesser. Jeg har ofte blitt spurt om hva det fører til, alt

dette verdiarbeidet. Svaret er «personlig dømmekraft», et resultat av mangfoldige og langvarig kompetanseprosesser. Når jeg nå betrakter mitt 50-årige sykepleieliv ser jeg at jakten på dømmekraft har vært en agenda i alle roller og posisjoner, uten at det har vært tydelig formulert. Mer og mindre bevisst har min egen og andres dømmekraft vært sentralt siden jeg startet min grunnutdanning i 1965.

Mennesker som arbeider med sårbare andre står i en stadig valgtvang med stor kompleksitet i høyt tempo. Pasienter, pårørende og kolleger er prisgitt den enkeltes moralske skjønn, kritisk analytisk vurderingsevne og velbegrunnet praktisk handlekraft. Behovet for verdibeviste handlingsvalg tiltar i sammensatte og kompetansekrevende vurderinger. Det er dessverre mange steder gode grunner til å spørre om vi overhode jakter, og om det er personlig dømmekraft vi faktisk jakter på.

Jakten på dømmekraft impliserer at man er undervegs og stadig søker å forbedre praksis. Men også at man aktivt må undersøke og stadig vurdere og revurdere hva som er etiske utfordringer i akkurat den praksis den enkelte står i?

Ja, nettopp denne type erkennelser er avgjørende. Mennesker kan ikke hjelpes med oppskrifter. Kloke handlingsvalg handler alltid om både personen, relasjonene, situasjonen og handlingene. Vi har vel hørt utsagnet om at den som tror han er ferdig utlært, ikke er utlært men ferdig. Personlig dømmekraft og praksis klokskap kan bare utvikles langsomt, langvarig og langsiktig. Det holder ikke med kortvarige etikk-prosjekter, et årlig kick-off, et engasjerende foredrag, en berørende pleiesituasjon eller opplysende refleksjonsstund. De viktigste veiene til dømmekraft sikres heller ikke gjennom mastergrad og akademia. Profesjonsdannelse utvikles primært praksisnært, i hverdagskulturer der fagutvikling, kritisk refleksjon og personlig relasjonsmot stimuleres, utfordres og bearbeides.

Du er opptatt av ledernes rolle og ansvar. Du etterlyser en tydelig, tilgjengelig hverdagsledelse, altså verdibasert og verdibevist lederskap der tjenestene utføres.

Marie Aakre

Arbeidssted: Selvstendig næringsdrivende

Stilling: Rådgiver, foredragsholder og veileder i sykepleie, ledelse og etikk

Alder: 68 år

Ja, det viktigste svaret ligger hos nærmeste leder. Vi kommer ikke lenger enn det lederen legger til rette for. Hvem danner dannelsen i praksis? Det er et lederansvar å sikre dannende hverdagskulturer. Fra mange års egen ledererfaring og gjennom arbeid med lederutvikling er det åpenbart at nærmeste leders betydning for dannende hverdagskultur er udiskutabel. Det er den kompetente, relasjonelle, verdibevisste, tydelige, tilgjengelige lederen som stadig stimulerer kritisk tenkning, modige tilbakemeldinger, tverrfaglige refleksjoner og kloke etiske diskurser som fremmer arbeidsglede og moralsk praksis.

Du sier videre at aktivt bruk av kjerneverdier og profesjonsetikk burde langt tydeligere formuleres som et lederkrav. Vil du utdype det?

Verdier vi har valgt oss har en hensikt. De er jo til for å brukes aktivt. Men verdier er ikke mer verdt enn det vi bruker dem til i språk, refleksjoner og faktisk beslutningsstøtte. Kjerneverdier er først og fremst kulturverdier som bør implementeres grundig i alle ansattes tenkning, og brukes som styringsverktøy av ledere på alle nivå. Hverdagskulturer må bygges systematisk på gitte felles verdier som en solid og forankret grunnmur for alle ansattes fagutøvelse. Yrkesetikken, eller profesjonsverdiene har sin legitimitet både i samfunnsoppdraget og den praktiske fagutøvelsen. Profesjonsverdier og etiske retningslinjer bør påvirke og støtte oss i hvordan vi utøver faget i konkrete situasjoner.

Forstår jeg deg dithen at du synes profesjonsetikken i for stor grad er løsrevet fra det daglige arbeidet, og at en organisasjons kjerneverdier ofte kun blir «pynt» og ikke i tilstrekkelig grad operasjonalisert og internalisert?

Det er ofte stor avstand mellom de etiske formuleringer og den virkelige virkeligheten der ▶



FORFATTER: Marie Aakre har gitt ut bok om etikk. Foto: Schröder.

Om forfatteren: Marie Aakre er nå seniorrådgiver, foredragsholder og veileder i sykepleie, ledelse og etikk. Hun var med på å etablere og lede Kreftavdelingen og Seksjon lindrende behandling ved St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim. Aakre har vært med i flere offentlige utvalg og råd i arbeidet for pasientsikkerhet og verdighet. Marie Aakre er Ridder 1. klasse av St. Olavs Orden 2007 og mottok Livsvernprisen i 2004. Hun ble i 2013 utnevnt til æresmedlem i NSF.



■ PORTRETTET

Hverdagsetikken hører hjemme. Verdiene lever sitt liv inni oss og gjennom oss enten vi snakker om dem eller ikke. Både profesjonsverdier og organisasjonsverdier bør naturlig høre hjemme i hverdagspråk, identiteter og medarbeiderskap. Profesjonsetikken gir oss legitimitet til å utøve faget vårt, og formulerer hva som ligger i det faglige ansvaret. Vi har ingen rett til å utøve sykepleie hvis praksis ikke er basert på og forankret i sykepleiens profesjonsetikk. Formuleringene i sykepleiens grunnlag og de yrkesetiske retningslinjer bør brukes både som beslutningsstøtte og korrektiv til hva vi bør få til og hva vi faktisk ikke ivaretar i gjeldende praksis. Sykepleiere må stadig reflektere over hvordan de utøver respekt for liv, verdighet og barmhjertighet.

Du skriver at ledere i større grad bør integrere kontinuerlig arbeid med refleksjoner over erfaringer for å oppfylle kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp slik det er formulert i helsepersonell-loven?

Reflektert praksis er moralsk praksis. Vi lærer ikke av erfaring men av refleksjoner over erfaringer. Det finnes en alvorlig mangel på verdibasert lederskap både i kommunale og sykehusbaserte tjenester, og en alvorlig mangel på systematisk etisk refleksjon på mange sårbare praksisområder.

Det er uforståelig at det ikke satses mye sterkere på ledelse på mellomledernivå der tjenestene utføres. Sykehusene er avanserte pleieinstitusjoner, ofte uten tydelig tilstedeværende lederskap på seksjoner, sengeposter og poliklinikker. Det samme gjelder i kommunale strukturer. Det er uforståelig at kulturutvikling ikke er et formalisert lederkrav. Ledere står i en skvis av forventninger både fra overordnet og underordnet nivå. De blir selv målt på kvantifiserbare resultatkrav basert på markedsideologisk tenkning, noe som ikke er forenelig med sentrale humane omsorgsverdier. Ledere møter mye moralsk stress hos de ansatte. Resultatet er oftest at ledere ser for mye oppover og er for lite tilstedeværende og frimodig spørrende nær praksis. Der de mest avgjørende vurderinger av kvalitet, pasientsikkerhet, verdighet, effektivitet og ressursforvaltning avgjøres, er ledere altfor ofte fraværende. Mange mellomledere mangler også kompetanse og motivasjon for å lede dannende kulturutvikling og verdibaserte refleksjonsprosesser. Noen har resignert og makter ikke å kjempe «motstrøms» hele livet.

Hvilken nytte kan boken ha for sykepleiere?

Den kan gir leseren verktøy for de som står i utfordrende situasjoner i praksis. Det er jo så mange som er opptatt av forbedringsarbeid, og ganske enkle grep i refleksjonsprosesser kan bety svært mye. Implementering av velprøvde refleksjonsmodeller krever trening, trygging og veiledet erfaringslæring. Både ledere, veiledere og pedagogisk personale kan ta ansvar i dannelsesarbeidet.

Du knytter også et begrep som arbeidsglede til moralsk praksis?

Kollegarefleksjon setter språk på våre identiteter. De berører inntrykk og den praktiske virkelighet. Der oppmerksomheten blir gitt til praksis skjer det mye gjenkjennelse som ofte gir stor mening og avlastning. Trivsel og arbeidsglede er ofte knyttet til det meningsfulle og faktiske. Vi vet at arbeidsplasser som prioriterer systematisk refleksjonsarbeid, dokumenterer både redusert sykefravær og større arbeidsglede.

Hvorfor valgte du å skrive denne boken?

Det er nok en sammensatt begrunnelse. Etter 10 år i Rådet for sykepleietikk ble det født en ide, både fra meg selv og noen rundt meg om å klatre videre på de tekster jeg hadde skrevet i spalten «Dilemma i Sykepleien». Både bokforlag og kolleger viste interesse for dette. Det viste seg imidlertid raskt at jeg ikke fikk det til. Jeg måtte skape bokens innhold på blanke ark. Jeg holdt på å gi opp mange ganger, men jeg hadde så mye på hjertet om ledelse, profesjonalitet, kulturutvikling og kvalitet, om ferdighetstrening i modige møter og oppøvelse av etisk refleksjon. Min egen moralske uro fra mange utsiktspunkt ble også en motivasjonsfaktor. Det var godt å få formulert ettertanker og minner etter et langt og meningsfullt yrkesliv, uvanlig mange etikkprosjekter med mye personlig erfaringslæring fra dem alle. Jeg skriver altså noe av mitt narrativ etter 50 fantastiske år i sykepleietjenesten. Mitt arbeidslivs lykke var at jeg valgte sykepleie og ledelse.

Jeg har stanget meg i mål med noen sideveger underveis. Bokens del I har fått 15 kapitler om sentrale etiske kompetanseområder og perspektiv i jakten på dømmekraft. I del II har jeg skrevet 8 kapitler om erfaringslæring og minner fra store praktiske etikkprosjekter og rollen som verdiarbeider. Med meningers mot, avrunder jeg med noen sentrale forutsetninger for bærekraftig etikkarbeid. Jeg håper mange finner nyttige argumenter i kampen for styrket hverdagsledelse og dannelsesarbeid. ■

NEXT TO THE
NORTH POLE

Foto: Linda Drake



Tettere på **SVALBARD**

Arktisk seilas med MS Nordstjernen

Fra **9 390,-**

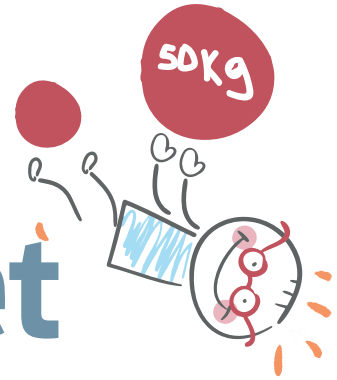
Eksotisk og ekstremt – Svalbard byr på uberørt villmark og uforglemmelige opplevelser. Bli med MS Nordstjernen på et eventyr med alle høydepunktene. I løpet av 5 dager får du oppleve Longyearbyen, Barentsburg, Ny-Ålesund og hele den fantastiske nordvestkysten av Spitsbergen. **Les mer på spitsbergentravel.no. Kontakt oss på 79 02 61 00 eller info@spitsbergentravel.no.**

Inkl. buss t/r flyplass, overnatting, guidet tur i Longyearbyen, fullpensjon, programførte utflukter og 4 dagers seilas.

Spitsbergen
travel 

PART OF  HURTIGRUTEN

Førstereis på landsmøtet



Landsmøtet i Norsk Sykepleierforbund er et høytidelig arrangement. En førstereisdelegat har her utarbeidet møtevettregler for landsmøtet, basert på egne observasjoner og erfaringer.

Tekst Marianne Haagensen Øien, anestesisykepleier og førstereisdelegat fra Troms

Landsmøtet er Norsk Sykepleierforbunds høyeste organ og avholdes hvert 4. år. Her velges forbundsledelsen, forbundsstyret, Rådet for sykepleieetikk, kontrollkomité og nominasjonskomité. Det er på landsmøtet vi vedtar prinsippprogram og innsatsområder i den kommende 4 årsperioden.

Delegater på landsmøtet er valgt av fylkene og antall delegater bestemmes ut ifra antall medlemmer. Alle fylker har også en studentdelegat.

På landsmøtet er det i tillegg en del som har uttale- og forslagsrett. Det gjelder for blant annet forbundsstyret og lederne av de forskjellige råd og utvalg, samt faggrupelederne i Sentralt fagforum, slik som under tegnede som er leder av NSFLSL

«Blæretrening anbefales.»

(dersom faggrupelederne er delegat i sitt fylke).

Ett av medlemmene i faggruppen Anestesisykepleiernes landsgruppe i NSF (ALNSF) – Marianne Haagensen Øien – var førstereisdelegat for Troms på landsmøtet. Marianne har en egen blogg «Grønn i ishavsbuen» og vi har fått tillatelse til å gjengi tekst herfra: «Møtevettreglene for landsmøtet». God fornøyelse!

NSF Landsmøte 2015: Møtevettregler

Det nærmer seg slutten av Norsk Sykepleierforbunds landsmøte. Det er fire år til neste gang og faren er stor for at jeg da har glemt det jeg har lært i løpet av denne uken. Derfor finner jeg det formålstjenlig å gjøre noen notater her slik at disse kan hentes fram neste gang det er møte. Med samme oppdateringshashtighet på denne bloggen som vanlig, vil nok innlegget ligge lett tilgjengelig på toppen av førstesiden.

1. Legg ikke ut på landsmøtet uten trening

Om du ikke har lest møtepartiene, diskutert noen av sakene med delegasjonen din eller tenkt over hva du selv mener om de forskjellige sakene som skal debatteres,

blir det å delta på landsmøte ganske så slitsomt. Saksmengden er overveldende og fra talerstolen kommer det til å komme enormt mange gode argumenter – både for og imot, som man plutselig må ta stilling til.

Blæretrening anbefales. Her blir det ikke mange muligheter for å gå på do. Sykepleiere i klinisk praktisk har allerede søsterblære og ingen trening er nødvendig. Om du for eksempel jobber som

en frikjøpt HTV og dermed har fått en blærekapasitet av normal størrelse; ikke fortvil. Tilgangen på vann under møtet er minimal så det er ikke mange dråpene nyrene lar slippe ut til blæra.

2. Meld fra hvor du går

Vi er på Jessheim, så det er ikke mange steder man kan gå. Likevel, det er fint om delegasjonslederen vet hvor du er. Det kan være farlig å vandre rundt på måfå i gangene. Man risikerer å bli utsatt for aggressiv lobbying. Vær særlig forsiktig om du ser en faggrupeleder som sikter seg inn på deg. De har ikke stemmerett og er ute etter å få deg til å bruke din stemme i deres favør.

3. Vis respekt for meldinger fra ordstyrerbordet

Om du ikke får med deg beskjedene herfra, kan det bli ubehagelig å være møtedeltaker. Ordstyrerne er rekruttert blant organisasjonens mest militante medlemmer og legger ingenting imellom for å disiplinere DEG! I verste fall kan du bli klubbet. Se opp for rødt lys.

4. Vær godt kledd

Her er det forskjellige hensyn som må vurderes. Kle deg gjerne i din delegasjonsuniform, men ta høyde for temperaturskifte i møtesalen. Her kan det



være både kald aircon-vind og glohet debatt i tung luft. Lag-på-lag-plagg anbefales for temperaturregulering anbefales. Godt skotøy for hurtig gange mot talerstolen er et must dersom du er en taletrengt type. Kortvokste bør imidlertid bruke platåsko – talerstolen er ganske høy.

Husk! Antrekket skal vare hele dagen – her blir det ikke lagt inn tid til klesskift før middag.

5. Lytt til erfarne organisasjonsfolk

Trodde du at logikk og kjennskap til hvordan ting gjøres andre steder var nok? Tro om igjen. Sykepleierforbundet har sin egen vri på det meste. Eneste måten å finne ut av det på, er å se på hva de erfarne NSFerne gjør.

6. Bruk elektronisk sakskart og app

«Jeg savner permen» – anonym, tidligere studentleder og nå landsmøtedelegat fra Troms (28).

Sorry kjære, fremtiden er nå. Hvorfor gjøre det enkelt når man kan gjøre det elektronisk?

«Easymeet» er forresten en app for personvalg, ikke en sjekke-app slik man skulle tro.

7. Stem ikke alene

Da taper du saken og alle andre synes du er en særing. Trenger du hjelp til å få flere til å stemme sammen med deg, kan det være smart å alliere seg med de proffe lobbyistene – de beste på dette er studentrepresentantene, faggruppene og Oslodelegasjonen.

8. Trekk saken din i tide, det er ingen skam i å skifte mening

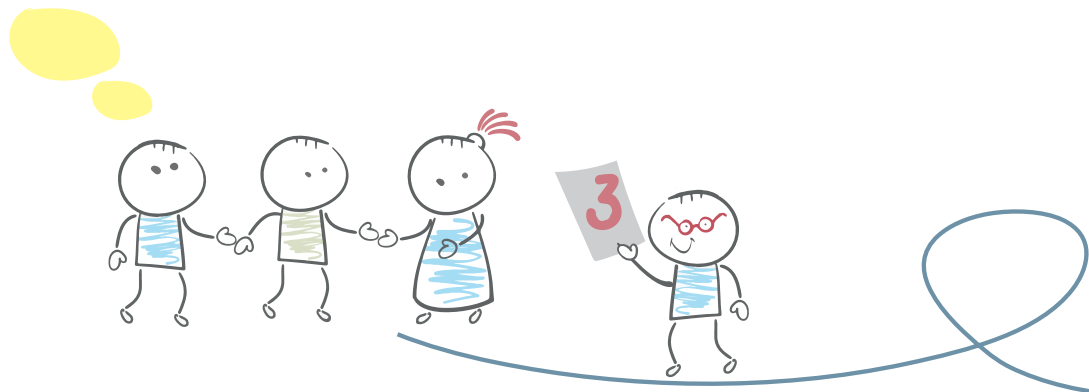
Da blir du også poppis blant ordstyrerne, noe som kan komme deg til gode senere. Særlig er dette noe du bør vurdere dersom klokken begynner å nærme seg midnatt.

9. Spar på kreftene og ikke grav deg ned i mikroskopiske detaljer

Møtedagene legges opp nesten uten pauser og varer i utgangspunktet fra 08.30 til 20.30. Utstrakt flisespikkeri anbefales kun dersom du elsker stolen din i landsmøtesalen og gjerne vil sitte på den hele natta. ■

Referanse:

Teksten ble først publisert på bloggen «Grønn i Ishavsbyen». Gjengitt med tillatelse. ishavsbyen.wordpress.com

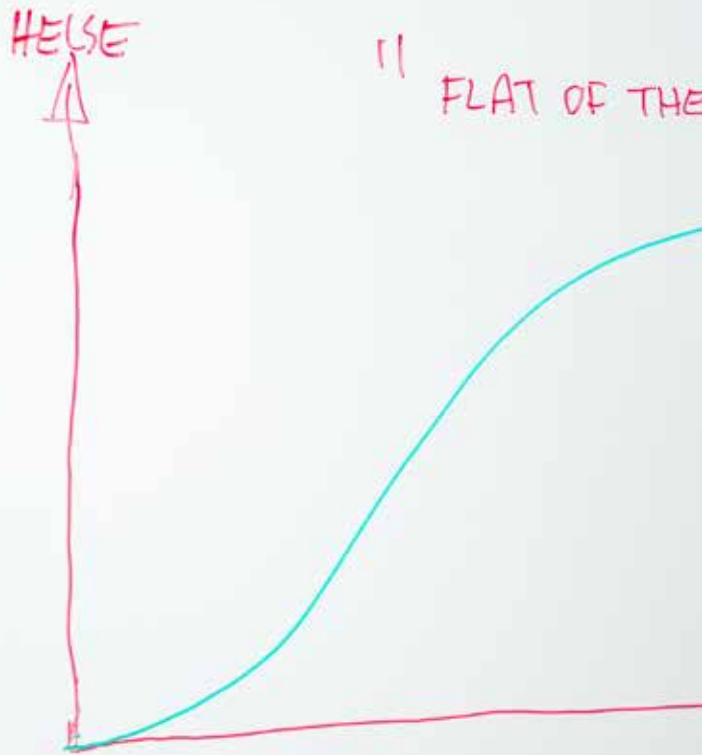




KLAR TIL UTRYKNING: I 1969 kom dette vidunderet på veien, med sykepleier ombord. Bildeteksten fra den gang forteller følgende: «Oslos nye legeambulanse er klar til utrykning, der øyeblikkelig behandling er nødvendig på stedet, derfor er alltid lege og sykepleier med. Ambulansen har førstehjelpsutstyr og spesielle sjener, som til nå har vært ukjente her i landet. Men likevel har folk i trafikken problemer med å høre dem. Her f.v. stud.med. Jens Moe, Eli Bolstad, samt sjåførene Svein Gutrup og Knut Samuelson.» Foto: NTB/Scanpix.



Forny leder- utdannelsen



I høst endrer vi masterprogrammet i helseadministrasjon ved UiO til et samlingsbasert studium, som skal knytte utdanningen tettere til hver enkelts arbeidssituasjon.

Tekst **Hege Sjøvik**, vit.ass., og **Jan Frich**, professor og avdelingsleder, begge ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, UiO

Masterstudiet i helseadministrasjon ble etablert i 1986 og har siden den gang tiltrukket seg studenter med ulike fagbakgrunner og fra ulike forvaltningsnivå.

Studiet er en plattform for erfaringsutveksling, hvor det skal skapes forståelse og læring på tvers innen helsesektoren, og siden oppstarten er over 800 studenter uteksaminert fra programmet.

Ny samlingsbasert modell

Vi har nylig gjennomført en under-

søkelse blant tidligere studenter og har kontaktet fagmiljøer og arbeidsplasser for å samle erfaringer og få innspill om hvordan man kan legge til rette for en utdanning som er attraktiv for dem som har et behov for å kombinere utdanning med jobb.

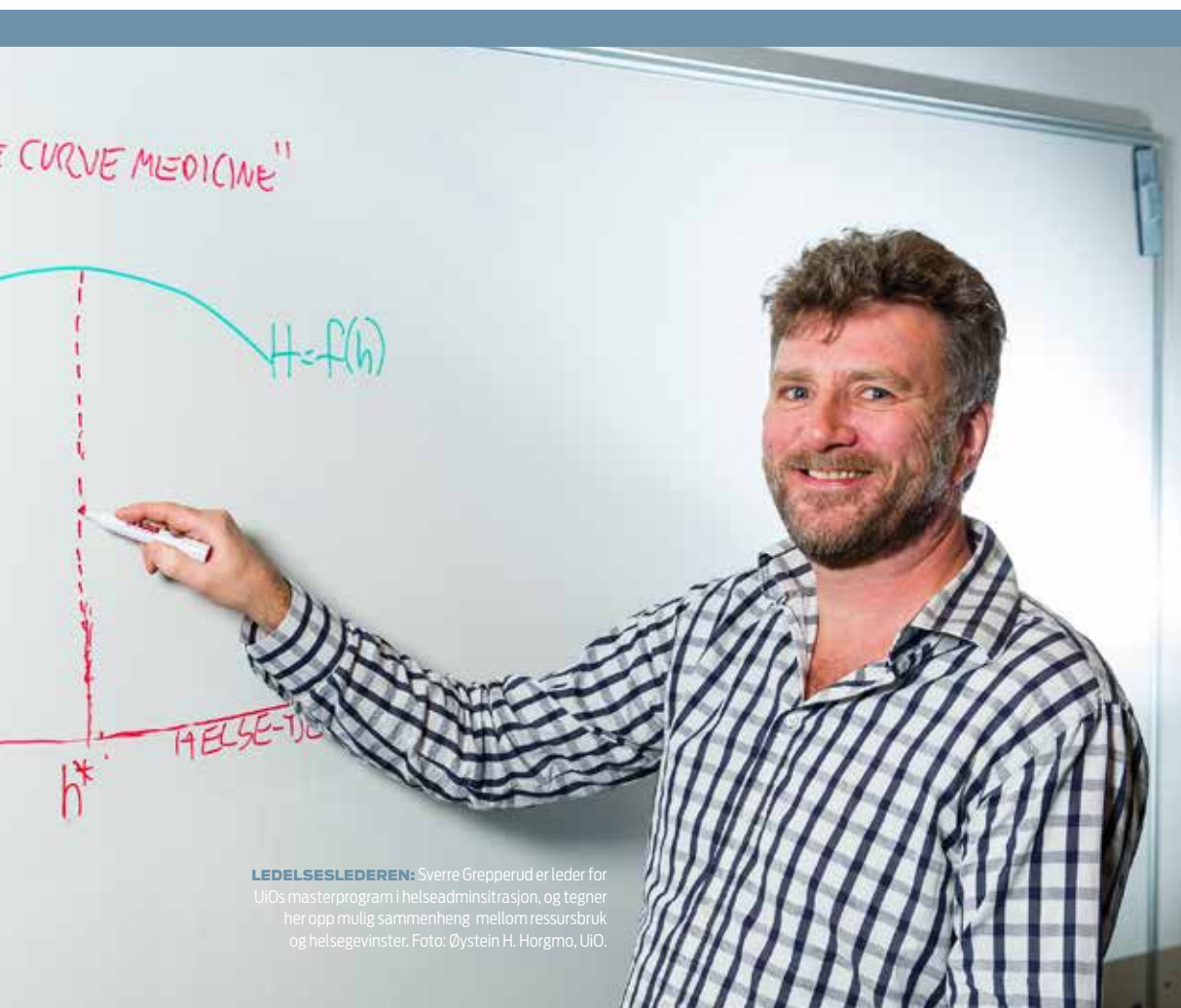
Den nye studiemodellen, bestående av to introduksjonsuker og ti samlinger, tar derfor sikte på å gi studentene faglig tyngde og å sikre relevans opp mot egen arbeidsplass.

Et tverrfaglig studium

Samlingene vil være preget av erfaringsutveksling og læring i grupper, og det vil legges til rette for at masteroppgaven kan knyttes direkte til studentens unike arbeidssituasjon.

Studentene får innføring i et bredt spenn av fagområder, som ledelse, ledelsespsykologi, organisering, helsepolitikk, helseøkonomi og helserett.

Målet er å gi studentene det de trenger for å kunne håndtere kompleksitetene i dagens helsevirksomhet, men også



LEDELSESLEDEREN: Sverre Grepperud er leder for UiOs masterprogram i helseadministrasjon, og tegner her opp mulig sammenheng mellom ressursbruk og helsegevinster. Foto: Øystein H. Hørgmo, UiO.

forutsetninger for å bidra til nyskaping i morgendagens helsetjeneste.

Sterkt fagmiljø og nettverk

Avdeling for helseledelse ved Universitetet i Oslo er del av Det medisinske fakultet og representerer et sterkt fagmiljø. Hovedvekten av undervisningen blir gitt av avdelingens egne ansatte, som har lang erfaring fra både forskning og undervisning.

Ny programleder fra 2016 er Sverre Grepperud (bildet), som er samfunnsøkonom og jobber som professor i helseøkonomi ved avdelingen. Han har blant annet forsket på bruk av regulering og kvalitet i helsetjenesten.

Avdelingen har opparbeidet seg et omfattende nettverk, blant annet

gjennom sine tidligere studenter. Alumniorganisasjonen Norsk forum for helseledelse er aktiv og arrangerer en årlig konferanse kalt «Helselederforum».

Nettverket benyttes også i undervisningssammenheng ved at man henter inn eksterne ledere fra norsk helsevesen, som kan fortelle om og dele sine erfaringer med studentene.

Nyttig studietur

Hvert kull arrangerer en studietur til utlandet der studentene får en unik mulighet til å studere helsesystem organisert på en annen måte enn her hjemme. Studieturen har de siste årene blant annet gått til USA, England, Japan, Kina og Belgia.

Turen har også en viktig funksjon som en sosial arena gjennom at studentene får muligheten til å bli bedre kjent med hverandre og knytte kontakter de kan ta med seg videre i yrkeskarrieren. ■

■ MHA-studiet

- Har utdannet norske helseledere siden 1986
- Etablert av professor Ole Berg
- Organisert under Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
- Tar årlig opp 30 studenter
- Søknadsfrist 1. mars
- På nett: uio.no/studier/program/helseadministrasjon-master/

Innovativt om helse

Innovasjon og nytenkning i rehabiliteringsfeltet var høstens tema under samlingen for ledernetverk innen rehabilitering. Medlemmene ble utfordret til å tenke over hvordan man kan bli åpnere og flinkere til å dele kunnskap, og tenke mer helhetlig.

Tekst **Ingvild Grimstad**, leder, Ledernetverk innen rehabilitering, Helse Sør-Øst

Helsesektoren bruker flest kroner på forskning, men vi kommer bakerst i rekken når det gjelder å omsette forskningen til faktisk innovasjon og verdiskaping i andre enden. Sammenlignet med andre land, foregår det for lite innovasjon på helse og rehabilitering i Norge. Dette slo Anita Krohn Traaseth fast på samlingen. Traaseth er administrerende direktør i Innovasjon Norge. Hun la til at det likevel finnes noen fyrtårn som viser vei. Og at et av disse er Sunnaas sykehus.

Må kvalifisere oss

Einar Magnus Strand, administrerende direktør ved Sunnaas sykehus, delte erfaringer om hva som skal til for å kvalifisere seg for fremtiden. Han la vekt på et dristig entreprenørskap hvor man tør å ta noen sjanser, i tillegg til en ambisiøs forsknings- og innovasjonskultur. Det

Strand mente at vi i fremtiden også vil oppleve en sterkere internasjonal konkurranse fra utenlandske aktører innen rehabilitering. Det betyr at vi vil få mer dagbehandling, ambulante team, telemedisin og så videre. Og at tilbudene vil legges til rette der folk ferdes og bor, som satellitt-tilbud på tvers av sykehusområder og regioner.

I Sunnaas sin strategi for 2030 ligger det en videre satsning på innovasjon med et siste byggetrinn, som skal romme et innovasjonssenter for nye teknologiske løsninger, med test-beds og simuleringssenter.

Best på helse

Anita Krohn Traaseth i Innovasjon Norge, mente det er godt mulig for oss i Norge å bli best på helse.

– Det mangler ikke kompetanse i dette landet. Det som hindrer oss er at

For å få til mer innovasjon i rehabiliteringsfeltet inviterte Traaseth til direkte samarbeid, der Innovasjon Norge kan bidra med alt fra risikoavlastning (finansiering), samt nettverk/samarbeid og skalering av løsninger, til internasjonal markedsføring.

I 2014 bidro Innovasjon Norge med 147 millioner kroner til helseinnovasjon. Noen eksempler på det er velferdsteknologiprojektet i Sola kommune, som skal resultere i færre svingdørspasienter, og IMATIS-projektet – elektroniske tavler som vil revolusjonere akuttten. Samtlige danske akuttmottak har tatt i bruk den norske teknologien, men veldig få i Norge. Hvorfor?

Silostyrt og fragmentert

Hvem sørger for at Norge AS tenker helhetlig om helsetjenester? Vi er alt for silostyrt med et fragmentert eierskap til innovasjonsprosesser. Hvordan innoverer vi best når gevinsten av en forbedringsprosess skapes et sted, mens kostnadene ligger et annet sted? undret Traaseth.

Ligger årsaken i risikoaversjon? At innovasjon oppfattes som ekstra farlig når man har ansvar for liv og helse, eller skyldes det dårlig ledelse. At man ikke klarer å gjennomføre endringsprosessene som skal til? Noen skylder på systemet, men siden systemet er 100 prosent menneskeskapt, er det jo mennesker som kan endre det, mente Traaseth. Kultur for innovasjon er en lederoppgave. Vi må bruke anskaffelser som strategisk verktøy, og gjøre som Steve Jobs: Identifisere behovet i marke-



«Det er godt mulig for oss i Norge å bli best på helse.»

Anita Krohn Traaseth (Foto: Agnete Brun/Innovasjon Norge)

er viktig å få de ansatte med på laget og skape medeierskap i innovasjonskulturen, mente Strand, og ga et eksempel på en elektronisk idéboks, hvor alle ansatte bidrar til en felles idédugnad.

Sunnaas sykehus samarbeider også med ledende forsknings- og innovasjonsmiljøer både i Norge og internasjonalt. Det er også viktig for å posisjonere seg for fremtiden, mente sykehussjefen.

vi står i veien for oss selv, sa Traaseth, og etterlyste mer åpenhet og deling i helsesektoren, i stedet for kontroll og styring.

– Helse er den næringen vi forsker mest på her i landet, med hele 12 milliarder kroner årlig. Men vi klarer ikke å kommersialisere denne forskningen, sa Traaseth, og la til at innovasjon må få en sterkere status i forhold til forskningspublisering.

INNOVASJON: Medlemmene i Ledernetverk innen rehabilitering ble utfordret til å tenke nytt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



det, heller enn raskt å bestemme seg for en bestemt løsning (en effektiv måte å redusere risiko).

Traaseths appell til medlemmene: Gi innspill til Innovasjon Norge om hvilke løsninger som fungerer. Gjør utfordring til mulighet. Det er lov å feile.

Senter for fremtidig helse

Innovasjonsdirektøren ved Center for Connected Care (C3) ved OUS, Kari Kværner, var initiativtaker til det første innovasjonssenteret ved OUS, Idé-poliklinikken, som senere har blitt skalert til Senter for fremtidig helse (C3). BI-professor Kåre Hagen definerer Innovasjon og omsorg som N3 – Nytt, Nyttig og Nyttiggjort. Kari Kværner vil legge til en N4, som står for Nyttevurdert – for pasient, behandler og samfunn.

Diagnostikk blir billigere og teknologiorientert. En «vi gjør det selv»-kultur er på vei inn. Pasienten kan i stor grad diagnostisere seg selv ved hjelp av teknologi og nettløsninger.

C3 er et senter for forskningsdrevet innovasjon – et senter for fremtidig helse, med et åpent mandat fra Forskningsrådet. Samarbeidspartnerne i senteret skal selv bringe til bords innovasjonsprosjekter som de ønsker skal ruller ut i større skala. Mange av løsningene vil legge vekt på forebyggende tiltak, slik at pasientene skal sørge for egen helse og greie seg hjemme lenger.

– 70 prosent av alle pasienter burde, rent teknisk, kunne være på sykehus hjemme, mente Kværner, og la vekt på at

innbyggerne og pasientene selv må engasjeres og tas med på råd for å beskrive sine behov for tjenester.

Kari Kværner inviterte også medlemmene til samarbeid og sa at uten iderike partnere i senteret, vil det heller ikke skje innovasjon.

Mobil helse

Mister mHelse i Helsedirektoratet, Helge T. Blindheim, fortalte at vi kommer til å se stadig flere mobile helseløsninger og digitale tjenester i årene som kommer. Den digitale utvikling legges nå til rette i et helt nytt direktorat for eHelse, som skal sørge for at teknologi og infrastruktur er på plass og tilgjengelig for alle. I dag har innbyggerne i Norge tilgang til flere helseportaler, som HelseNorge.no, kjerne-journal, e-resept, og så videre.

For å gi noen konkrete tall på vår teknologibevisthet her i landet, kunne Blindheim slå fast at 80 prosent av nordmenn har en smarttelefon, og at 70 prosent har tilgang til og bruker nettbrett. Stadig flere helse-apper utvikles for mobil, blant annet blodtryksmåler på mobil.

– Det er for vanskelig å utvikle digital teknologi for helse innenfra – så produsentene går via sluttbrukerne i stedet, forklarte Blindheim. Teknologidrevet helse er i stor grad styrt gjennom tilgangen på mobile helse-apper. Dette er en stor utfordring. Blindheim mente at den store utfordringen vil være: Hvordan skal helsetjenestene forholde seg til denne teknologiutviklingen? Utvikle selv, eller bruke det forbrukerne allerede har?

Doctor Watson, I presume?

Innovasjonsdirektøren i IBM Norge presenterte «fremtidens lege» – IBM Watson. Det er et datasystem bygget på kognitiv hukommelse og kunstig intelligens, som kan tilegne seg kunnskap som blant annet benyttes som klinisk beslutningsstøtteverktøy. IBM samarbeider blant annet med Mayo-klinikken i USA hvor Watson brukes i avansert kreftbehandling. Forskere innen medisin her i landet mener at dette vil være fremtidens løsning for å hjelpe leger og klinikere til en mer nøyaktig diagnostisering og medisiner av komplekse sykdommer, men at det nok vil ta noen år før man ser denne type helseløsninger i bruk ved norske sykehus.

Interkommunale innovasjonsamarbeid

Det skal også kreves innovasjon og nytenkning for at Samhandlingsreformen skal bli en suksess. Det krever at spesialist- og primærhelsetjenesten samarbeider med kommunene om å legge tilrette for gode helsetjenester for innbyggerne. Vi fikk presentert et samarbeidsprosjekt mellom Muritunet Meistring og Rehabilitering og ulike andre helseinstitusjoner i kommunene i og rundt Norddal kommune i Helse Midt-Norge, som har innledet et stortilt tverrfaglig, interkommunalt samarbeid. Ved å tenke helt nytt har de lyktes med et omfattende samhandlingsprosjekt som legger vekt på innovasjon og ledelse. Prosjektet har også fått internasjonal oppmerksomhet. ■

Nordisk nettverkskonferanse for sykepleieledere i Reykjavik



LNN (Ledernes nettverk i Norden) har den gleden av å invitere til konferansen

«Del din viten og øk din erfaring» i Reykjavik 24. til 26. mai!

Her blir det presentasjoner om lederskap innen helsesektoren i de nordiske land, samt i år også Storbritannia. Møt gode kollegaer, diskuter synspunkter og knytt nettverk!

Program

Tirsdag 24. mai – Harpa, Björtuloft

19:00 Velkomstsereoni

Onsdag 25. mai – Harpa, Norðurljós

08:30 Ankomst og registrering
09:00 Velkommen ved Guðlaug Rakel Guðjónsdóttir, formann for LNN, Island. Årningstale
09:30 Helen Bernt Andersen, sykepleiedirektør, cand.cur., Rigshospitalet, Danmark: «Visioner og strategier for sundhedsvidenskabelig forskning – det kræver faglig ledelse»
10:15 Morten Sager, universitetslektor i vitenskapsteori ved Göteborgs universitet, Sverige. «Verksamheter: Där verkligheter möts och skapas»
11:00 Súsanna Olsen, MSc. i etikk og verdier i organisasjoner, Færøyene: «Vidensdeling og nytænkning i sygeplejefaget – en central faktor i fremtidens velfærdsinnovation»
11:45 Lunsj
13:30 Elisabeth Holen-Rabbersvik, p.hd.-student i helsevitenskap, Norge: «Samhandling uten grenser»
14:15 Grete Brorholt, senior prosjektleder, antropolog, p.hd., Danmark: «Inddragelse af patienten kræver dialog og god ledelse»
15:00 Kaffe
15:30 Studiebesøk til ulike virksomheter, som sykehus, helsesenter og geriatriske institusjoner

Torsdag 26. mai – Harpa, Norðurljós

09:00 Sigríður Gunnarsdóttir, Chief Nursing Executive for Landspítali universitetssykehus, Island: «Nurses of the future and their role in building the healthcare of tomorrow»
09:45 Kaffe
10:15 Susan E. Osborne, Independent Nursing & Management Consultant, Storbritannia: «Safe Staffing and the Culture of Compassionate Care»
11:00 Mary Sexton, Executive Director of Nursing, Quality and Governance, Storbritannia: «Compassionate care – why culture matters»
11:45 Lunsj
13:15 Mervi Johanna Flinkman, RN, PhD, Finland: «Why young RNs have an intend to leave profession – and could this leaving intention be influenced by means of nursing management?»
14:00 Sigrún Gunnarsdóttir, PhD, ass. professor, Faculty of Business, Bifröst universitet, Island: «Better patient care through nurse leaders at every place in the system»
14:45 Kaffe
15:15 Avslutning ved Margrét I Hallgrímsson, Island
15:30 Underholdning
19:00 Middag på Perlan



Illustrasjon: Colourbox

Verdt å vite

- **Hva:** LNN-konferansen 2016
- **Når:** 24. – 26. mai 2016
- **Hvor:** Harpa Concert Hall and Conference Centre, Reykjavik
- **Tema:** «Dele din viten og øk din erfaring»

- **Påmelding:** www.lnn2016.yourhost.is
- **Konferanseavgift:** Ved påmelding til og med 1. mars: DKK 4500, etter 1. mars: DKK 5500
- **Inkludert:** Konferansmateriell, lunsj, kaffe, velkomstsereoni, konferansmiddag
- **Programinformasjon:** Guðlaug Rakel

- Guðjónsdóttir (gdurakel@landspitali.is) og Margrét I Hallgrímsson (margriha@landspitali.is)
- **Annen informasjon angående registrering, betaling og hotelbooking:** Your Host in Iceland, Kirkjutorg 6, 101 Reykjavik, Island, yourhost.is, +354 551 1730



Ny tid - nye roller

SYKEPLEIERKONGRESSEN 2016

Sykepleierkongressen er landets største helsekonferanse, og en unik faglig møteplass for sykepleiere. Kongressen gir faglig oppdatering og verdifull inspirasjon. Gjennom blant annet foredrag, utstillinger og nettverksmøter kan du få og dele kunnskap med andre innen ditt fag.

27. - 28. SEPTEMBER 2016 // THE QUBE KONGRESSENTER,
CLARION HOTEL OG CONGRESS OSLO AIRPORT

Påmelding åpner 1. mars 2016. Hold deg oppdatert på www.nsf.no

Kreft og sex

Seksualitet er fortsatt tabu i Helse-Norge. Flere sykepleiere har etter hvert tatt utdanning innen feltet for å bistå pasientene. Randi Gjessing er en av dem. Hun arbeider som sexolog ved Radiumhospitalet.

Tekst **Mette R. Dønåsen**

Hvorfor valgte du å arbeide med temaet seksualitet?

Jeg opplevde at jeg manglet kunnskap og trygghet i å snakke om seksualitet, og tok derfor en videreutdanning i sexologi. Det viste seg at min arbeidsplass satte stor pris på at jeg tilegnet meg denne kunnskapen og jeg fikk bruke 20 prosent av arbeidstiden min som sexolog for pasientene ved Radiumhospitalet med en gang. Først startet jeg på gynekologisk avdeling. Etter hvert utvidet vi tilbudet til å gjelde alle kreftdiagnoser. I 25 år har jeg har arbeidet med kreftpasienter og jeg opplever stadig at de sliter med seneffekter etter behandling. Jeg har vært spesielt opptatt av fatigue og seksualitet, fordi jeg jobbet med lymfekreftpasienter i 16 år og forsto at her hadde kreftoverleverne store utfordringer. Etter 2013 har jeg jobbet i full stilling som sexolog og er spesialist i sexologisk rådgiving NACS. For øvrig har jeg utdanning som sykepleier, spesialsykepleier i onkologi og kunnskapsbasert praksis.

Siden 1990 har jeg arbeidet på Radiumhospitalet som sykepleier/spesialsykepleier på sengepost, poliklinikk, vært leder på poliklinikk samt startet og drevet Lærings- og mestringscenteret på Radiumhospitalet. Jeg har også vært gruppeleder og foredragsholder på Montebello senteret siden 1993 og har holdt

foredrag om kreft og seksualitet for helsepersonell og pasienter over hele landet.

Hvilke pasienter treffer du i din hverdag? Hvem blir henvist og hvem tar kontakt?

Jeg treffer kreftpasienter fra hele landet. Det er få inneliggende pasienter. De fleste er polikliniske konsultasjoner som jeg treffer under behandling, etter behandling men også flere år senere. Noen kommer alene, andre kommer med partnere. Det er ganske likt fordelt på kjønn. De som henviser til sexologer er leger på OUS og leger fra andre sykehus. Mange fastleger er også flinke til å henvise.

Hva kan en arbeidsdag bestå i for deg?

Stort sett treffer jeg pasienter på mitt kontor. Det er lagt opp til én klokke time per samtale. De fleste pasienter kommer flere ganger, og noen opp til ett år. Jeg bruker også en stor del av tiden min på å undervise. Mange grupper her på OUS, blant annet på «Raskere tilbake» og lærings- og mestringskurs. Jeg er foreløpig den eneste i landet i full stilling som jobber som sexologisk rådgiver i forhold til kreft, så jeg blir ofte spurt om å undervise ved andre sykehus. Det er også en måte å markedsføre tilbudet om sexologisk rådgiving her på huset. Det er viktig å være synlig for å få henvisninger. Nå har jeg fulle timebøker, og det er utrolig moro!



SEXOLOG: Randi Gjessing holder foredrag om kreft og seksualitet for helsepersonell og pasienter over hele landet. Foto: Per Marius Didriksen.

Hvilke utfordringer ser du hos pasienter med kronisk sykdom?

Den største utfordringen er nok fatigue – tretthet. Det påvirker hele livet; muligheten til å være i jobb, være sosial, ha et familieliv og ikke minst være seksuelt aktiv.

Pasientene forteller ofte at de blir sett på som mer «friske» enn de er. De får høre at de ser godt ut, men opplever selv at de ikke er så spreke. De som forventer at livet etter kreftbehandling blir «som før» kan bli skuffet.

VIKTIG ARBEID: Som sexolog informerer Randi Gjessing kreftpasienter om hvordan kreftbehandlingen påvirker kroppen og seksualfunksjonen. Mange vet for eksempel ikke at cellegifter og stråling kan påvirke kjønnshormoner. Foto: Colourbox.

Hvordan kan du bistå pasientene til å mestre livssituasjonen bedre med hensyn til seksualitet?

Jeg jobber på ulike måter. Det blir viktig å informere dem om hvordan kreftbehandlingen påvirker kroppen og seksualfunksjonen. Mange vet ikke

grunn av angst for samleie. Både dem med ereksjonssvikt og smerter ved samleie, kan trekke seg vekk fra partnerne. Partnere sier ofte «jeg savner nærheten vi hadde før, mer enn akkurat sexen».

Er det ting som er tabu å snakke med pasienter om?

«Mange vet ikke at cellegift og stråling kan påvirke kjønnshormoner.»

at cellegift og stråling kan påvirke for eksempel kjønnshormoner som styrer kjønnsdriften. Jeg informerer om hormonbehandling og gir råd om hvordan plager kan reduseres. De fleste menn som kommer til meg sliter med ereksjon. Jeg snakker om viktigheten av seksuell rehabilitering av svamplagemene i penis og rekvirerer ofte penispumpe og PDF 5 hemmere.

Den viktigste delen av samtalene er å kartlegge hvordan de som lever i parforhold har det. Er det andre ting enn kreftbehandlingen som påvirker negativt? Kommunikasjon? Nærhet? Viser de at de vil hverandre vel? Et utgangspunkt er at «det er mye mellom null og samleie».

Jeg jobber også med sensualitetstrening og kan gi dem «samleieforbud» for at de skal jobbe med intimitet og nærhet når de har trukket seg vekk fra dette på

Dette er egentlig ikke så vanskelig. Pasientene kommer med et behov for informasjon eller ønsker råd om hvordan de kan jobbe med seksualfunksjonen. Dette får de hjelp til. Jeg føler meg frem og er varsom så jeg ikke trår over deres grenser. Men jeg går ikke «rett på» sak. Vi snakker første om hvordan de har det generelt og hvordan kreftsykdommen har påvirket dem. Jeg opplever at pasientene mine er utrolig flinke til å snakke om dette, og de trekker heller aldri over mine grenser.

Hvilke råd kan du gi til pasienter og helsepersonell?

Til pasienter vil jeg si at dersom de lurer på noe vedrørende seksualitet under og etter behandling, bør de ta det opp med lege eller sykepleier. Får de ikke den hjelpen de trenger, bør de be om å bli henvist videre. Når det gjelder sexologisk rådgiving til kreft-

pasienter eller til pasienter som er kronisk syke, tror jeg det er viktig at sexologen også kjenner til sykdommen pasienten har. Det er viktig med god generell kunnskap om det medisinske. Seksualitet har både en psykologisk og en medisinsk side.

Helsepersonell må tørre å ta opp temaet. Dersom vi mener at seksualitet er viktig for folks helse og livskvalitet, forplikter vi oss til å ta opp dette. «No approach in medical care deserves the term holistic as long as sexuality and intimacy have not been addressed», (Woet Gianotten).

Hvordan stiller andre helsearbeidere seg til din kompetanse?

Veldig positivt. Det er stor etterspørsel etter undervisning om temaet og økende antall henvisninger. Det har skjedd en større bevissthet omkring seksualitet ved sykdom de siste årene, men det har vært mye jobbing og stort engasjement for å få dette til.

Min leder i 2005 – Eldbjørg Vorkinn (sykepleierleder) – støttet meg 100 prosent da jeg ønsket å ta videreutdanningen i sexologi. Lederen min i 2013 – Torhild Birkeland (leder klinisk service) – var modig og turte å satse på en full sexologstilling her på sykehuset. Det har vært viktig. Jeg er stolt av at min arbeidsplass Radiumhospitalet har sett dette behovet. ■

Ledelse i norske helseforetak

Betraktninger om ledelsesutvikling i helsevesenet basert på en avhandling om ledelse i norske helseforetak.



Av **Ivan Spehar**, førsteamanuensis, avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo

Det har vært stor interesse for og oppmerksomhet rundt det å rekruttere klinikere til lederstillinger i helsevesenet. Endringer i sykdomsbildet, begrensede økonomiske rammer og økende forventninger til kvalitet i helsetjenester stiller ikke bare krav til ledelsesfaglig kompetanse, men også til helsefaglig kompetanse.

Men på tross av at man har vært opptatt av å rekruttere klinikere til lederstillinger, så har det vært mangel på kunnskap om klinikers motivasjon for å bli ledere og hvordan de opplever og utøver lederrollen. Mens en slik tilnærming kan karakteriseres som et mikroperspektiv på ledelse gjennom fokuset på individuelle ledere, har mye av den tidligere forskningen på ledelse i helsevesenet hatt et makropreg over seg. For eksempel har profesjonssosiologiske tilnærminger, blant annet inspirert av Abbott (1988) og Freidson (2001), vært opptatt av hvordan ulike profesjoner agerer overfor hverandre og politiske myndigheter i kampen om makt, innflytelse og legitimitet. Institusjonelle perspektiver, som også har vært godt representert, har blant annet sett på argumentene for, og konsekvensene av, reformer på organisering i helsevesenet. Organisasjonspsykologiske teorier har derimot vært representert i liten grad.

I denne artikkelen presenterer jeg doktorgradsavhandlingen min om ledelse i helsevesenet. Avhandlingen er basert på en studie av 30 kliniske ledere i to forskjellige norske helseforetak. Lederne arbeidet på avdelings- og seksjonsnivå i medisinsk og kirurgisk klinikk, og var primært sykepleiere og leger. 16 av lederne hadde bakgrunn

som sykepleiere. Jeg gjennomførte intervjuer med alle lederne og fulgte flere av dem i løpet av en utvalgt arbeidsdag.

I doktorgradsavhandlingen har jeg forsøkt å integrere aspekter fra de ulike teoretiske perspektivene som jeg har beskrevet over, for slik å få en bedre forståelse av klinikers motivasjon og opplevelse av lederrollen, samt hvordan de søker å utøve innflytelse i organisasjonen. Målet med dette har vært å undersøke betingelser for ledelsesutvikling i helsevesenet.

Historikk og bakgrunn

Professor og nestor innen helseledelse, Ole Berg, har brukt begrepet «medikrati» (Berg, 1996) for å beskrive hvordan sykehusene historisk sett har vært styrt av leger, og hvordan sykehusene som medikratiske institusjoner har vært resistente mot ytre styring og kontroll. Men etter hvert som kompleksiteten i helsevesenet har økt, har medikratiet blitt mer og mer utfordret, og legene har måttet gi slipp på mange av de tradisjonelle ledelsesposisjonene sine. I dag har vi en toppledelse med en mer generell lederutdanning, blant annet med fokus på økonomi og administrasjon. Til gjengjeld betrakter mange av lederne på de pasientnære nivåene seg som fagpersoner, som gjerne fortsetter å vektlegge fagkompetansen sin.

Det vi ser i dag, er en modell der vi har fått en dekopling og fristilling mellom toppledernivået og det pasientnære nivået. Toppledelsen og klinikere utfører ofte oppgaver uavhengig av hverandre. Strategier og budsjettstyring påvirker ikke nødvendig-



vis de daglige aktivitetene på det kliniske nivået på sykehuset, mens nye rutiner og behandlingsprosedyrer ikke nødvendigvis påvirker de strategiske beslutningene som tas på toppledernivået. Det som derfor ofte blir resultatet er at aktører på begge nivåer opplever frustrasjon over det de oppfatter som manglende respons og samhandling fra den andre parten. Gapet mellom budsjett, strategier og reelle aktiviteter kan bli et problem som begge parter legger skylden for på hverandre. Toppledelsen kan mene at de fagprofesjonelle ikke følger opp avgjørelsene fra toppen, mens de fagprofesjonelle kan anklage toppledelsen for ikke å fange opp signalene nedenfra.

Ulike løsninger

Det har vært foreslått forskjellige former for tiltak som en respons på disse utfordringene. En av disse er den såkalte hybride ledermodellen. Enkelt forklart vil en slik modell foreslå at ledere for kliniske avdelinger bør ha både helsefaglig bakgrunn og en formell lederutdannelse. Dette vil, ifølge forskere og teoretikere, gjøre at lederen kan opptre som en oversetter og brobygger «oppover» og «nedover» i systemet. Forskere har også pekt på at hybridledere enklere vil kunne oppnå legitimitet i begge grupper. Konturene av en slik hybridledermodell kan ses i dagens enhetlige ledelsesmodell som preger sykehusene.

Enhetlig, profesjonsnøytral ledelse ble vedtatt innført på alle nivåer i sykehus i 1999 (med virkning fra 2001). Dette innebar at sykepleiere og andre med en ikke-medisinsk bakgrunn kunne

søke seg til de nye lederstillingene, på lik linje med leger.

Denne ledelsesmodellen ga oss mulighet til å studere ulike tilnærminger til ledelse på avelings- og seksjonsnivå, ved å se på hvordan sykepleiere og leger tilnærmer seg og utøver lederrollen.

Funn fra studien

Opplevelsen av å bli leder

«Du er veldig sånn overlatt til deg sjøl og må oppfinne kruttet på nytt igjen.» (Seksjonsleder, sykepleier).

Flere av lederne beskrev veien inn i ledelse som preget av tilfeldigheter og en opplevelse av indre og ytre press for å påta seg oppgaven. Lederne i studien hadde i utgangspunktet ikke planlagt å bli ledere. Dette er interessante funn i lys av litteratur som hevder at lederkarrierer er en følge av bevisste valg, enten som følge av en sterk interesse for ledelse generelt, eller – inspirert av profesjons sosiologisk litteratur – strategiske, profesjonsorienterte interesser.



«16 av lederne hadde bakgrunn som sykepleiere.» Ivan Spehar

Denne uformaliserte inngangen inn i en ledelsesposisjon medførte at klinikerne i liten grad var forberedt på utfordringene de møtte på i lederrollen. De måtte prøve seg fram i den nye lederrollen samtidig som de måtte lære seg nye kunnskaper og

ferdigheter. Flere opplevde et stort arbeidspress og manglende administrativ støtte. Lederrollen kunne også tidvis oppleves som ensom, med få sosiale møteplasser. Ledere som lyktes med å delegere arbeidsoppgaver, opplevde lederrollen som mer håndterlig. Men delegering av oppgaver var utfordrende for de nye lederne, blant annet fordi de var usikre på hvilke

«Det var også et interessant mønster i forhold til hvilke ledere som trivdes.»

oppgaver de kunne delegere og hvilke oppgaver de selv burde ta. Noen oppfattet det som nødvendig å ha en totaloversikt over avdelingens eller seksjonens aktiviteter, og forsøkte derfor å holde i så mange oppgaver som mulig.

Utviklingen av en lederidentitet

Lederne omtalte også overgangen til lederrollen som krevende av andre grunner. De opplevde blant annet at lederjobben dro dem bort fra pasientbehandling og forskning, noe de opplevde som et savn. Dette var særlig fremtredende blant legene, men også sykepleiere opplevde et savn knyttet til det å miste pasientkontakten. Det var også et interessant mønster i forhold til hvilke ledere som trivdes og identifiserte seg med rollen. De som identifiserte seg med rollen, omtalte seg selv som kompetente og trygge i lederrollen, med mulighet til å påvirke beslutninger. De fortalte også om sosiale og formaliserte arenaer der de kunne utveksle erfaringer med andre ledere. Ledere som i mindre grad identifiserte seg med lederrollen, fortalte om en sterkere opplevelse av kompetanse, autonomi og sosial støtte i sin faglige rolle som sykepleier eller lege eller i rollen som akademiker.

Dette er interessante resultater sett i lys av teorier om identitet og motivasjon. Forskere har blant

annet antydning at identifisering med en lederrolle påvirker motivasjonen for å tilegne seg ny kunnskap og ferdigheter om ledelse. Med andre ord ser det ut til at identifisering med lederrollen påvirker ønsket om å utvikle seg selv som leder. Opplevelse av kompetanse, autonomi og sosial støtte utgjør det som psykologer omtaler som «psykologiske behov» (Deci og Ryan, 2000), og er blitt relatert til blant annet jobbtilfredshet og utbrenthet. Selv om det gjenstår mer forskning, så kan det med utgangspunkt i denne doktorgradsstudien antas at psykologiske behov også kan spille en rolle i forhold til trivsel i og identifisering med lederrollen.

Utøvelse av lederrollen

«Det er kanskje litt rart at jeg sier det, men jeg trur faktisk at jeg er veldig glad for at det er en lege som har fått avdelingslederjobben. Det er ikke nok å være lege, det er ikke det jeg mener. Men det er faktisk fortsatt sånn i helsevesenet altså at du skal jammen være flink hvis du skal få gehør i en del kliniske miljøer hvis du ikke er lege.» (Seksjonsleder, sykepleier).

Lederne beskrev også hvordan sosiale maktsstrukturer kunne favorisere ledere med en medisinskfaglig bakgrunn. Sykepleiere og leger så ut til å tilpasse seg disse maktstrukturene, heller enn å utfordre dem. De valgte ulike strategier for å utøve innflytelse. Legene ga eksempler på hvordan de forsøkte å oppnå – og beholde – respekt blant sine kollegaer ved å fremheve sin egen faglighet. Sykepleiere valgte i stedet å fremheve rollen som leder og tilrettelegger. Funnene viser at det er utfordringer knyttet til å utøve hybridlederrollen, og det er betimelig å spørre om dagens ledere kan beskrives som «hybride» ledere.

Hvordan anvende kunnskapen

Avhandlingen viser at det er behov for å inkorporere «mykere» og tradisjonelt underprioriterte temaer i ledelsesundervisningen, som identitet og rolleforståelse. Det er også viktig å anerkjenne opplevelsen av tap eller savn som kan prege den innledende overgangen fra en klinisk til en ledelsesfaglig rolle.

Fra lederutvikling til ledelsesutvikling

Det har vært en endring i ledelseslitteraturen fra å fokusere på individuelle ledere og lederutvikling til å fokusere mer på det vi kan kalle «ledelsesutvikling». Van Velsor og kollegaer (2010) beskriver ledelsesutvikling som utviklingen av en kollektiv kapasitet

Mål og problemstillinger

Avhandlingens mål har vært å undersøke betingelser for ledelsesutvikling i helsevesenet gjennom å utforske:

- Klinikers motivasjon for og opplevelse av å bli ledere på sykehus
- Opplevelse av rolle og identitet i overgangen til en lederrolle
- Hvordan kliniske ledere forsøker å utøve innflytelse

til å produsere engasjement, forpliktelse og retning. Ledelsesutvikling handler dermed om at ledelse kan forstås som et kollektivt prosjekt.

Det blir et økende behov for koordinering på tvers av profesjoner og yrkesgrupper. Dette krever respekt og forståelse for andre profesjoner og forståelse av andre faggruppers tenkemåter. Det kan dermed tenkes at felles lederopplæring kan innføres i profesjonsutdanningene. Dette vil kunne bidra til et felles språk og referanseramme, som i større grad kan bidra til at mulighetsrommet for ledelse øker. Vi ser allerede tendenser som går i retning av nasjonale, tverrfaglige kompetanserammeverk, blant annet i det britiske helsevesenet (NHS).

Konklusjon

Det har vært et økende fokus på å rekruttere og utvikle kompetente, kliniske ledere i helsetjenesten. Avhandlingen viser at det er viktig med en mer systematisk tilnærming til utvelgelse, rekruttering og utvikling av ledere med klinisk bakgrunn til lederstillinger i helsevesenet. Tidlig opplæring og lokal

støtte, blant annet i form av mentorordninger, vil kunne være viktige komponenter i en slik tilnærming. Ledelsesutvikling handler også om å bevisstgjøre eksisterende ledere på å aktivt se etter ledertalenter og potensielle arvtakere.

Selv om avhandlingen viser at ledere har behov for mer kunnskap om blant annet økonomi, lovverk, HR og HMS, så demonstrerer den også at fokus på kompetanseutvikling alene ikke er nok for å forberede ledere på utfordringene de står overfor som ledere i helsevesenet. Det er også nødvendig å se nærmere på andre sider av det å være en leder, som for eksempel identitet og rolleforståelse.

Avhandlingen viser også at det å forberede klinkere for lederstillinger i helsevesenet ikke bare handler om kompetanseutvikling og oppfølging. Det må også sørges for at ledere har et mulighetsrom for å utøve ledelse. Med andre ord er det viktig å reflektere over hvordan statushierarkier og sosiale normer påvirker lederens mulighet til å gjennomføre beslutninger. Slike temaer bør inkluderes i vurderinger av nye ledelsesmodeller og ansvarsoppgaver på sykehus. ■



Referanser:

1. Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
2. Berg, O. (1996). *Meta-medicine: the rise and fall of the doctor as leader and manager*. In Ø. Larsen and B.O. Olsen (Eds.), *The shaping of a profession: physicians in Norway, past and present* (pp. 431-443). Canton, MA: Science History Publications.
3. Deci, E.L., & Ryan, R. M. (2000). The (what) and (why) of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
4. Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.
5. van Velsor E., McCauley C.D. & Ruderman, M.N., (2010). *The Center for Creative Leadership Handbook of Leadership Development*, 3. ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Illustrasjonsfoto: Colourbox

Godt synlig i samfunnsdebatten

Landsgruppen av helsesøstre NSF har gjennom flere år arbeidet aktivt politisk og vært synlige i samfunnsdebatten. Her kan vi lære av hverandre. Mette Dønåsen tok en prat med leder Kristin Sofie Waldum-Grevbo.

Tekst **Mette Dønåsen**, redaktør for Ledelse og klinikkssjef medisin LHL-klinikkene, Glittre

Hvordan har dere arbeidet i faggruppen for å bli mer synlig?

– Helsesøstergruppen har jobbet strategisk over flere år for å være en stemme i den politiske debatten på vegne av barn og unge og deres familier. Fagområdet rommer en bredde i forhold til denne delen av befolkningen og helsesøstre blir ofte tidlig klar over trender i befolkningen. De har da en plikt til å bringe ulike tema inn i den offentlige debatt, sier faggruppeleder for Landsgruppen av helsesøstre Kristin Sofie Waldum-Grevbo.

Hun forteller at for å få trykk på dette, har helsesøstrene hatt et prosjekt som heter «Helsesøstre som samfunnsaktør».

– Dette prosjektet hadde særlig fire fokusområder der helsesøstre trenger å bevisstgjøres: Lov og rammeverk, politiske og administrative systemer, internkontroll og kvalitet og kommunikasjon. Prosjektet har gjort helsesøstre bevisste

– Helsesøstre som samfunnsaktør er tema ved de fleste helsesøsterutdanningene på ulike måter. Ved Høyskolen Diakonova har de integrert dette som en fordypning for masterstudentene. Andre kan også delta på toukers kurs. Eksamen går ut på å skrive en kronikk. Hvis politikere og journalister opplever at de får god informasjon fra helsesøstrene, spør de igjen, og det er i stor grad tilfellet nå.

– *Hvilket forebyggende arbeid kan helsesøstre bidra med innen skolehelsetjenesten?*

– Helsesøstres viktigste funksjon i skolehelsetjenesten er å bidra til at elevene fullfører skoleløpet. For å lykkes må helsesøstre samarbeide med de andre som er rundt elevene, sier Waldum-Grevbo.

– Helsesøstre bidrar med sin kompetanse på fysisk og psykisk helse og kan hjelpe til å sortere og koordinere, henvise videre og altså ikke minst samarbeide. Det er lite forskning på feltet, men internasjonal forskning tyder på

– *Forskrivningsrett – hvorfor er dette viktig?*

– Da jordmødre og helsesøstre fikk forskrivningsrett for prevensjon, gikk abortraten for den yngste aldersgruppen drastisk ned. Dette skjedde sannsynligvis både fordi tilgjengeligheten økte og fordi tilliten til skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (HFU) er stor.

– I dag er abortraten høyest i aldersgruppen 20–25 år. Disse kvinnene er ofte på flyttefot og er vant til å benytte disse lavterskeltilbudene. Ved å utvide aldersgrensen på HFU, samtidig som jordmødre og helsesøstre kan skrive ut for også denne aldersgruppen, tror vi dette bidrar positivt på statistikken. Fra 2016 kan vi også, etter opplæring, skrive ut langtidsvirkende prevensjon. Denne utvidelsen i forskrivningsretten kommer fordi vi skal kunne gi kvinnene det som er anbefalt prevensjon. Når det gjelder helsestasjonene ønsker vi at de skal kunne være et helhetlig tilbud ved at kvinner kan få oppfølging av jordmor i svangerskapet og avslutte et normalt svangerskap med kontroll og prevensjon. Forskrivningsretten gjør dette mulig.

– *Hva kom ut av Arendalsuka?*

– Arendalsuka er en viktig politisk arena for tiden. I år var denne uka sammenfallende med at vi ferdigstilte en rapport om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Den fikk vi Solveig Horne

«Skolehelsetjenesten ble en av de mest omtalte sakene i valgkampen.»

på sin samfunnsrolle utenfor kontoret, og gitt dem noen verktøy med på veien.

Waldum-Grevbo forteller at studentene ofte får lære hvordan de kan bli aktive samfunnsaktører.

at det å ha helsesøstre på skoler bidrar til at helsemessige problemstillinger som står i veien for læring, ryddes av veien. Samtidig frigjøres lærerens tid til å undervise.



LEDER: Helsesøstre har mye å bidra med i den offentlige debatten, mener faggrupeleder for Landsgruppen av helsesøstre i NSF, Kristin Sofie Waldum-Grevbo. Foto: Norsk Sykepleierforbund / Camilla Moe Røisland.

til å ta imot på Arendal helsestasjon. Vi brukte også regjeringens egne tall på den såkalte satsingen på helsestasjons- og skolehelsetjenesten og fikk ut budskapet om at 70 prosent av pengene som bevilges ikke når frem. Vi kontaktet ulike medier i forkant av uka og avtale intervju der nede.

Waldum-Grevbo forteller at de samarbeider med barneombudet, ungdomsorganisasjoner og andre om å få ut budskap som de har felles interesse av.

– Barn og unge fortjener en likeverdig og godt utbygget helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Under Arendalsuka arrangerte «Unge funksjonshemmede» en flott debatt om helsetilbudet til unge. Skolehelsetjenesten var et tema. Jeg deltok

sammen med stortingspolitikere og statssekretær Lisbeth Normann og ikke minst ungdommen selv. Skolehelsetjenesten ble en av de mest omtalte sakene i valgkampen, mye på bakgrunn av iherdig jobbing med saken fra ungdom, ulike organisasjoner og Landsgruppen av helsesøstre.

– *Helsesøstrene er i vinden politisk. Hva er de viktigste politiske sakene for dere fremover?*

– En viktig sak nå er å få bemanningsnorm og øremerking i havn, slik at tilgjengeligheten i skolehelsetjenesten øker. Like viktig er det å løfte frem tilbudet til de yngste barna. Første året i barnas liv er helsestasjonen ofte den eneste offentlige instansen som møter familiene.

– For å kunne jobbe både helsefremmende og samtidig fange opp, er det viktig at ikke tilbudet «uthulles», slik vi ser eksempler på mange steder. Ellers er vi opptatt av at helsetilbudet til alle flyktningene som kommer styrkes.

– *Hvordan vil du bruke pengene om du fikk et gitt antall millioner?*

– På økt tilgjengelighet i tjenestene, så klart. I Skien har de nettopp erfart at en dag ekstra med helsesøster på skolene og systematisk jobbing med dem som står i fare for å falle ut, fører til økt gjennomføringsgrad. Dette gir jo også en klar samfunnsøkonomisk gevinst. Det burde snart være tydelig for alle som forvalter pengene i AS Norge. ■

Revisjon av legemiddel- håndteringsforskriften

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp er revidert. Endringene i forskriften har betydning for sykepleieledere i ulike virksomheter.

Tekst **Berit Berg**, spesialrådgiver NSF

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (forskrift 3. april 2008 nr. 320) er revidert. Endringene i forskriften med nytt rundskriv trådte i kraft 1. januar 2015. Virksomhetsleders ansvar er presisert i ny forskrift med rundskriv. Dette har generell betydning for sykepleieledere i ulike virksomheter.

Ifølge Helsedirektoratet er det i hovedsak to større endringer i forslaget til ny forskrift. Det er i forhold til krav til

begrepet legedelegasjon. Når det gjelder «legedelegasjon» skrev Helsedirektoratet (10.12. 2008): *«Med helsepersonelloven er alt helsepersonell gitt et personlig ansvar (profesjonsansvaret) og det er ikke lenger behov for å delegerer til sykepleier fra lege for at de skal kunne gjøre jobben sin. Det er forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 som er bestemmende for hva den enkelte kan gis av oppgaver, og det er virksomhetsleder som er ansvarlig for at oppgavene står i forhold til den enkeltes kompetanse, og at virksomheten har den kompetanse som er*

Ved siden av endringene i § 7 og § 8 er det gjort noen endringer i § 3 Definisjoner og § 4 Virksomhetsleders ansvar som er tydelig presisert, spesielt gjennom kommentarer i rundskrivet.

Samarbeidsprosjekt

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har arbeidet mye med tidligere- og nåværende revisjon av legemiddelhåndteringsforskriften. NSF har hatt et samarbeidsprosjekt med Sykehuset Østfold HF gjennom det såkalte PaSTA-prosjektet (Pasientsikkerhet, samhandling og trygg anestesi) hvor også Helsedirektoratet har vært involvert. Et av prosjektets hovedområder har vært knyttet til legemiddelforskriften og tverrfaglig samarbeid, hvor et av målene var endring av forskriften av 2008 i tråd med dagens praksis. NSF/SØ har gjennom dette arbeidet hatt en tett dialog med Helsedirektoratet, hvor hensikten blant annet har vært å vise til en praksis som fagmiljøene innen anestesifaget har vurdert som hensiktsmessig, god og faglig forsvarlig. Arbeidet resulterte i at Sykehuset i Østfold ved adm. direktør Just Ebbesen, og NSF ved forbundsleder Eli Gunhild By skrev et felles høringssvar til revisjon av forskriften. Hovedbudskapet var behovet for og krav til lovfesting av rammeordningssats av virksomhetsleder.

NSF skrev også et generelt høringss-

«Endringene trådte i kraft 1. januar 2015.»

istandgjøring og utdeling (§ 7) og tilberedning av legemidler (§ 8).

I tillegg er det utarbeidet et omfattende rundskriv som beskriver hele prosessen knyttet til legemiddelhåndtering sett i forhold til faglig forsvarlighet. Rundskrivet omfatter også en solid gjennomgang av legemiddelhåndteringsforskriftens enkelte paragrafer.

Etter at legemiddelhåndteringsforskriften trådte i kraft 1. mai 2008, er det blitt stilt mange spørsmål fra helsetjenesten, ifølge Helsedirektoratet, knyttet til to vesentlige endringer i forskriften. Det er relatert til rollen som virksomhetsleder, samt bortfall av

nødvendig, jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Forskrift om legemiddelhåndtering regulerer ikke selve behandlingen, men system og kontroll rundt legemiddelhåndteringen».

I høringsnotat av 08. 01.2014 heter det at *«Helsedirektoratet er blitt gjort oppmerksom på at § 7 (i 2008- forskriften) er til hinder for den normale virksomheten ambulansetjenesten utøver. Dette punktet er derfor endret i forslaget til ny forskriftstekst, ved at det innføres en rettslig hjemmel for å utøve legemiddelhåndtering etter prosedyre fastsatt av virksomhetens ledelse.»* (ibid). Det relateres til situasjoner der lege ikke har mulighet til å vurdere pasienten først.



RIKTIG MEDISIN: Formålet med forskriften er å bidra til riktig og god legemiddelhåndtering. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

var som omfatter hele sykepleietjenestens utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering, og kommentarer til utkast til ny forskrift.

Av endringene i ny forskrift blir spesielt følgende paragrafene kommentert: § 4 Virksomhetsleders ansvar, § 7 Krav til istandgjøring og utdeling - fokus på rammeordinasjon og § 8 Tilberedning av legemidler.

§ 4 Virksomhetsleders ansvar

Virksomhetsleders ansvar defineres som «den som har det overordnede ansvaret for helsehjelpen som ytes i virksomheten.» Faglig forsvarlighet og kvalitets sikring av ansattes kompetanse skal skje gjennom kartlegging av ansattes kompetansebehov, rekruttering av personell med nødvendig kompetanse, samt å sørge for at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og videre- og etterutdanning. Videre presiseres prosedyre for fordeling av oppgaver og løpende kontroll og dokumentasjon. I utdelingen av legemidler ligger også observasjon av pasientens reaksjoner på legemiddelet.

Det vektlegges også virksomhetsleders ansvar knyttet til internkontroll som ledelsesverktøy og hjelpemiddel for å oppnå kvalitetsforbedring samt pasient- og brukersikkerhet.

Rutiner og prosedyrer knyttet til sårbarhetsvurderinger og risikoanalyse er

virksomhetsleders ansvar som en kontinuerlig prosess i risikovurderingen.

Bruk av studenter og ferie-/ fraværs vikarer er beskrevet i pkt. 3.4.5 (s. 19-20). Når det gjelder bruk av vikarer gjelder bestemmelsen i helsepersonellovens § 5, første ledd. Tildeling av oppgaver må gjøres etter en individuell vurdering av vikarens kompetanse, heter det i rundskrivet.

§ 7 Krav til istandgjøring og utdeling

Det nye er at det er gitt en rettslig hjemmel for administrering og utdeling av legemidler på grunnlag av ordinerer gjennom virksomhetens prosedyre. Dette prinsippet har departementet allerede nedfelt i § 16 i helsepersonelloven, i forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (1/1-2012). Her er det gitt hjemmel til å fastsette forskrift som regulerer prosedyrer for administrering av legemidler for enkelte helsepersonellgrupper uten rekvireringsrett. I forarbeidene nevnes virksomheter som blant annet ambulansetjeneste og sykehjem der det ikke alltid er praktisk mulig at rekvirer (i hovedsak lege) alltid er til stede. I slike tilfelle kan forsvarlig helsehjelp ytes i henhold til på forhånd fastsatte helsefaglige prosedyre. Slike prosedyrer vil kunne erstatte en individuell ordinerer til enkeltpasienter gjort av rekvirerende lege. I rundskrivet heter det videre at «ordinerer gjennom pro-

sedyre kan skje til grupper av pasienter som er definert ut fra nærmere bestemt helsetilstand».

Det er opp til virksomhetsleder å definere hvilke situasjoner hvor ordinerer kan benyttes gjennom prosedyre utviklet av virksomheten.

§ 8 Tilberedning av legemidler

Dette er en ny paragraf, hvor det stilles krav til tilberedning av legemidler i sykehus og andre helseinstitusjoner. Utredningen skisserer minimumskrav som bør stilles til lokaler og til gjennomføring i de tilfellene hvor det er nødvendig å tilberede legemidler umiddelbart før bruk. Også her utdypes virksomhetsleders ansvar med å sikre faglig forsvarlighet ved tilberedning av legemidler.

NSF hadde også en bemerkning til denne paragrafen i vårt generelle hørings svar knyttet til store utfordringer med å etterleve kravene i § 8 ved tilberedning av legemidler i pasientens hjem, noe som skjer i økende grad etter samhandlingsreformen.

Oppsummert er NSF spesielt positiv til virksomhetsleder tydelige ansvar for solid kvalitetssikring av ansattes kompetanse, og at den individuelle vurderingen av helsepersonells formelle og reelle kvalifikasjoner blir sammenholdt med tildeling av oppgaver innen legemiddelhåndtering. ■

– Viktig med sykepleiere i ledelsen

– Sykepleiere har alltid tatt ansvar for ledelse av eget fag og det må vi fortsette med, sier Gerd Gran. Hun er leder av NSF's faggruppe av lungesykepleiere.

Tekst **May Synnøve Birkely**, styremedlem NSFLSL

Gerd Gran jobber som spesialsykepleier og rådgiver ved Seksjon for pasientsikkerhet ved Forsknings- og utviklingsavdelingen, Haukeland universitetssjukehus. Hun har flere års erfaring som leder, som avdelingssykepleier og som konstituert, assisterende avdelingsdirektør. Gran er utdannet spesialsykepleier innen lungesykepleie og har master i internasjonal helse fra Universitet i Bergen.

– *Hva er det viktigste området for sykepleieleidere fremover?*

– Å arbeide for at det skal være sykepleiere i ledelsen og at sykepleiere tar

– *Hva tenker du vil være satsingsområder for NSF's Faggruppe av lungesykepleiere i årene fremover?*

– Å bidra til en bedre utnyttelse av sykepleierkompetansen for å oppnå best mulig ressursbruk i helsetjenesten. Det kan vi gjøre ved å fremme økt bruk av sykepleiere i poliklinisk behandling, identifisere hvilke oppgaver sykepleiere bør utføre og dokumentere behov og resultater og formidle disse. Vi må også stimulere til iverksetting av prosjekt som kan øke kvaliteten på sykepleie til mennesker med lungesykdom, sier Gerd Gran.

– Andre satsingsområder for NSF's

mer avansert behandling, dette gjelder også bruk av medisinsk-teknisk utstyr. Det er pasientgrupper som tidligere ble fulgt opp av spesialisthelsetjenesten som nå forventes fulgt opp av kommunehelsetjenesten. Det er derfor viktig med god flyt av kunnskap fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og omvendt. I fagmiljøet foregår det utstrakt samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det kan være undervisning der sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten drar ut i kommunene og har undervisning, for eksempel om en pasientgruppe eller bruk av behandlingshjelpemidler. Det er også opprettet koordinatorstillinger både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Noen eksempler på dette er i forhold til tuberkulose, hjemmerespiratorpasienter og kols. Enkelte sykehus har ambulerende team som reiser rundt og har opplæring av helsepersonell i kommunene og ved flere sykehus er det tilbud om kols-skole.

– *Er det andre ting du som faggruppeleder har lyst til å fremheve?*

– Faggruppene skal ivareta sine fagområder ved å bidra til utvikling av faglig identitet og tilhørighet. Det er også viktig at faggruppene bidrar til utvikling av nettverk på tvers av faggruppene, utvikling av strategier, systematisk arbeid og kompetanse innen NSF's fag- og helsepolitiske prioriteringer.

– *Er du medlem av faggruppen for ledere?*

– Nei, men jeg har vært det tidligere, jeg har ikke lederstilling nå. ■



«Vi skal arbeide for å øke kvaliteten.»

Gerd Gran

ansvar for ledelse av eget fag. At vi som sykepleiere og ledere er tydelig, modig og stolt. Jeg synes også det er viktig at man beholder sykepleier i tittelen, når man har en lederstilling, sier Gerd Gran.

– *Hva er de viktigste områdene for lungesykepleierne fremover?*

– NSF's Faggruppe av lungesykepleiere har nedfelt i sin handlingsplan at vi skal arbeide for høy kvalitet på lungesykepleie i alle lungemedisinske avdelinger i landet. Videre skal vi arbeide for å øke kvaliteten på sykepleie til mennesker med lungesykdom, rekruttere flere medlemmer til faggruppen og samarbeide med andre faggrupper og organisasjoner for å øke kvaliteten på lungesykepleie.

faggruppe av lungesykepleiere er å bidra til videreutvikling av videreutdanning i klinisk sykepleie, samt å fortsette arbeidet med å utvikle tilbud om mastergrad i lungesykepleie og stimulere sykepleiere til fagutvikling og forskning innen sykepleie til lungesyke.

– *Jobber de fleste medlemmene i faggruppen på sykehus eller i kommunene?*

– De fleste arbeider innenfor spesialisthelsetjenesten, noen i kommunehelsetjenesten.

– *Hvilke utfordringer ser du på mellom sykehus og kommune etter samhandlingsreformen?*

– Pasientgruppene har blitt mer komplekse, noe som mange ganger fører til

HENGER SAMMEN: Fag er viktig, men om ikke systemer, rutiner, prosedyrer, lover og forskrifter blir fulgt, kan man i fellesskap etablere en dårlig faglig praksis. Foto: Colourbox.

Forbedringsarbeid stjeler tid

Hvordan kan vi få ting til å fungere i helsevesenet om ikke kvalitetsarbeid og fag kan kombineres uten at det oppleves som tidstjuver? spør artikkelforfatteren.

Tekst **Elinor Grøthe**, kvalitetskonsulent, Vestre Viken

Psykisk helse og rus er et fagfelt hvor mesteparten av oppmerksomheten blir rettet mot pasienter og pasientbehandling. Det er greit når fagpersoner sier at faget er viktigst og at de jobber klinisk med pasienter. Men om systemer, rutiner, prosedyrer, lover og forskrifter ikke blir fulgt, kan dette i fellesskap skape dårlig faglig praksis. Kvalitetsarbeid er omfattende og en del av jobben består av kontinuerlig forbedring av tjenester, systemer med mer. Spesialisthelsetjenesteloven (1999) har i 1.1 en egen paragraf om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det å arbeide systematisk med forbedringsarbeid ble tilføyd i loven i 2011 og ble da endelig forankret og synliggjort i lovverket. Dette stiller krav til all helsepersonell i forhold til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring i sin daglige praksis.

Bruk av kunnskap

Det å gjøre et forbedringsarbeid uten at dem som skal utøve tjenesten har erkjent behovet, er utfordrende for de som skal lede arbeidet. Forbedringsarbeid krever stor grad av involvering og samarbeid for at man skal lykkes. Alt her kommer man fort til kort med fagpersoner. De vil heller benytte tiden til klinisk virksomhet, og ikke helt se behovet for forbedringsarbeide. Forbedringsarbeidet vil stjele tid fra den pasientnære virksomheten.

Å klargjøre kunnskapsgrunnlaget er viktig for å sikre at tjenestene har god kvalitet. Fagfeltet innen psykisk helse og rus er kompleks, og krever stor fleksibilitet i bruk av ulik kunnskap i ulike situasjoner. Dette sikres gjennom anvendelsen av kunnskapsbasert praksis.

Endre atferd

Det å få helsepersonell til å endre helseatferd krever at ledelsen er resultatorientert og positive til tiltaket (Sandvik et al., 2011).

Å anvende kunnskapsbasert praksis vil si at faglige avgjørelser baseres på systematisk innhenting av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon. Det komplekse er at det omslutes av en kontekst, altså et miljø eller en setting hvor praksisen settes ut i livet, som påvirker alle elementene i model-

riteringer i ulike miljøer eller settinger (Nortvedt et al., 2007). Er dette riktig?

En stor utfordring

Internkontrollforskriften i helsetjenesten i §1 beskriver virksomhetens krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid. § 4 beskriver innholdet i kontrollen, hvor punkt h handler om ansvaret og de oppgavene ledelsen har for å følge opp og kontrollere sin egen virksomhet (internkontrollforskrift i helsetjenesten, 2002).

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) kapittel 3 inneholder plikter og oppgaver til helseforetak og det enkelte helsepersonell. Her forteller § 3-4a om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Alle som jobber i spesialisthelsetjenesten skal sørge for at foretaket jobber systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

«De mener det tar tid og stjeler fra deres kliniske hverdag.»

len. Den erfaringsbaserte kunnskapen en innehar er utviklet på bakgrunn av hvor vi har arbeidet, innen hvilket fagfelt, hvilke pasientkategorier og hvem vi har hatt som kollegaer. Dette styrer hvilken type forskning vi innhenter, som igjen vil påvirke ulike beslutninger og prio-

I mitt arbeid som kvalitetskonsulent opplever jeg mange ganger at det jeg holder på med bare er noe jeg gjør. Det er vanskelig og få tilbakemeldinger fra fagfolk på det jeg ber om, da de mener det tar tid og stjeler fra deres kliniske hverdag. Dette er en stor utfordring. ■

Kongress- og eventtjenester, alle steder til alle tider

Møter • Konferanser • Kick Off • Skireiser • Events • Belønningsturer • VM og OL turer

