



---

Universitetet  
i Stavanger

**HANDELSHØYSKOLEN UIS**  
**EXECUTIVE MBA MASTEROPPGAVE**  
**VÅRSEMESTER 2022**

**‘Hvordan opplever sykepleiere i to ulike  
organisasjonsmodeller i sykehjem  
sin arbeidssituasjon?’**

KANDIDATNUMMER: 251645

VEILEDER: ASLAUG MIKKELSEN

STUDENT: CHARLOTTE KNEDAL JENSEN



**HANDELSHØGSKOLEN VED UIs  
MASTEROPPGAVE**

<b>STUDIEPROGRAM:</b>  Executive Master of Business Administration	<b>ER OPPGAVEN KONFIDENSIELL?</b>  Ja:    Nei: <input checked="" type="checkbox"/>
<b>TITTEL:</b>  Hvordan opplever sykepleiere i to ulike organisasjonsmodeller i sykehjem sin arbeidssituasjon?  How do nurses in two different organisational models in nursing homes perceive their work situation?	

<b>FORFATTER:</b>  Kandidatnummer: 251645  Navn: Charlotte Knedal Jensen	<b>VEILEDER:</b>  Professor Aslaug Mikkelsen
--	--

## Forord

Det nærmer seg fire år siden jeg startet denne reisen, og det er ambivalent at det snart er over. Jeg sitter med en større sekk med kunnskap, og jeg har møtt mye flotte, dyktige folk på kursene som har bidratt til min læring og glede ved denne utdanningen. Den største innsikten jeg sitter igjen med er en økt forståelsen av hvor viktig forskjellige innfallsvinkler og perspektiv er når man skal navigere i samspillet med andre mennesker. Det er sjelden bare en sannhet, og denne utdanningen har gjort meg mer ydmyk i forhold til alt jeg ikke kan og alt jeg ikke vet.

Jeg ser utrolig frem til å levere et ferdig produkt som har tatt det meste av min fritid, og en del arbeidstid, det siste halvåret, men det er også med litt vemod.

Det er mange som har bidratt for at denne oppgaven ble til. Først vil jeg takke informantene fra de to sykehjemmene som har stilt opp, og virksomhetslederne som bidro med informasjon og gav tillatelse til at deres sykehjem ble satt under lupen. Og jeg er takknemlig for at dette lot seg gjennomføre i innspurten av en pandemi.

Jeg vil takke veilederen min professor Aslaug Mikkelsen, for kyndig og god veiledning – takk!

Jeg vil takke arbeidsgiver, og min nærmeste kollega Hege for det ekstra arbeidet min oppgave har medført henne den siste tiden. Takk til mannen min for gode diskusjoner, råd og tips, og korrekturlesning. Og ikke minst vil jeg takke mine 2 jenter, som gleder seg stort til å få mamma tilbake, for tålmodigheten og støtten de har vist mens jeg har studert.

Stavanger, mai 2022

Charlotte Knedal Jensen

## Sammendrag

Det er mangel på sykepleiere i samfunnet, og spesielt merkbart er dette i kommunehelsetjenesten. De er vanskelig å rekruttere og av de som jobber i sykehjem er det en stor andel som ønsker å slutte. Det etterlyses alternative måter å organisere personalressursene på for bedre utnyttelse av fagkompetansen.

Denne studien har undersøkt hvordan sykepleiere i to forskjellige organisasjonsmodeller i sykehjem opplever organisering av arbeidsoppgaver, jobbmotivasjon og mening i arbeidet.

Det er gjort en kvalitativ komparativ case studie med to case, ett sykehjem med stabsorganisering av sykepleiere, og ett case med tradisjonell organisering av sykepleier i avdelingen. Studien baserer seg på data innhentet fra åtte sykepleiere i de to modellene, og deres opplevelser av organisering av arbeidsoppgaver og jobbmotivasjon. Formålet med oppgaven er belyse eventuelle forskjeller, og om mulig forklare funnene i lys av teori om organisasjoner, motivasjon og studier gjort på sykepleieres trivsel i sykehjem.

Det teoretiske perspektivet er organisasjonslære, og motivasjonsteoriene jobb karakteristikk teorien til Hackman og Oldham og selvdetermineringsteorien til Deci og Ryan. Det rettes særlig fokus på kompetanse, tilhørighet og autonomi. Studier gjort spesifikt på sykepleieres motivasjon og trivsel i arbeidslivet er også benyttet.

Resultatene viser at det er tydelige forskjeller mellom de to sykehjemmene på hvorvidt sykepleierne opplever at de får brukt kompetansen sin, på hvordan de opplever mestring i hverdagen, deres opplevde autonomi, motivasjon og om de føler de har mulighet til å yte god sykepleie. Samtidig viser funnene at det er liten eller ingen forskjell når det kommer til opplevd tilhørighet og anerkjennelse eller om jobben oppleves meningsfull, og en kan tenke seg at begge organisasjonsformene legger til rette for at disse motivasjons aspektene er innfridd.

Funnene bekrefter i stor grad motivasjonsteoriene som er brukt, og viser at ledere i sykehjem som ønsker motiverte sykepleiere bør vurdere tiltak som forsterker følelsen av opplevd autonomi, sørger for at de får mulighet til å benytte seg av kompetansen sin, og organiserer arbeidet slik at de kan kjenne på mestring i hverdagen.

## Abstract

There is a shortage of nurses in society, and this shortage is especially challenging for the primary health care sector. This sparsity makes the recruitment of nurses difficult, and nursing homes also struggle with a high proportion of nurses that harbor an intention to leave their jobs. There is a need to look at alternate ways of organizing these human resources to better preserve their professional competence.

This study has investigated how nurses perceive the organisation of their tasks, their work motivation, and sense of meaning at work in two different organisational models in nursing homes.

This study consists of a qualitative comparative case study of two cases, one a nursing home with traditional organisation of combined professions, and the other a nursing home with nurses organised in a detached team. The study is based on eight interviews of nurses from these two models. The subject of the interviews was the nurses' own experiences of the organisation of tasks and their work motivation. The purpose of this paper is to identify potential differences and, if possible, link these findings to existing theory on organisations, motivation and studies concerning nurses' wellbeing and contentedness in nursing homes.

The theoretical perspective is organisational theory, and the motivational theories Job Characteristic Theory by Hackman and Oldham, and Self-determination Theory of Deci and Ryan (with special consideration given to competence, relatedness and autonomy). Research previously done on nurses' motivation and work contentedness in nursing homes is also used.

The results indicate clear differences between the two nursing homes and how the nurses perceive the opportunities to use their professional competence, their sense of accomplishment in their daily work, their perceived feeling of autonomy, their motivation, and their belief in whether they are given the opportunity to provide good enough service to their patients. On the other hand, the results indicate little or no differences in the areas of the nurses' sense of belonging, whether they feel recognition, and their perception of their work as meaningful. This indicates that both organisational models accommodate these motivational aspects.

These findings largely confirm the organisational and motivational theories used and demonstrate that nursing home managers should consider measures that enhance their nurses' sense of autonomy, allow them to make use of their competence and feel a sense of accomplishment at work.

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Sammendrag .....	4
Abstract .....	5
<b>Kapittel 1 Introduksjon .....</b>	<b>8</b>
<b>Kapittel 2 Teori.....</b>	<b>11</b>
2.1 Organisasjon og jobb design .....	11
2.2 Jobbkarakteristika teori .....	14
2.3 Jobb krav og ressurser .....	15
2.4 Selvdetermineringsteorien.....	17
2.5 Prososial motivasjon .....	18
2.6 Kompetanse .....	19
2.7 Autonomi.....	21
2.8 Tilhørighet .....	22
2.9 Oppgavedeling og rolleklarhet .....	23
<b>Kapittel 3 Metode .....</b>	<b>27</b>
3.1 Kontekst .....	27
3.2 Case A sykehjem med tradisjonell organisering .....	27
3.3 Case B sykehjem med stabs organisering .....	29
3.4 Forskningsdesign.....	31
3.5 Utvalg og informanter .....	32
3.6 Datainnsamling og analyse.....	33
3.7 Forforståelse .....	34
3.8 Troverdighet .....	35
<b>Kapittel 4 Resultater .....</b>	<b>38</b>
4.1 Tema Organisering og oppgavefordeling.....	38
4.1.1 Tabell oppgavefordeling .....	38
4.1.2 Tabell organisering av arbeidet .....	40
4.2 Tema prioriteringer og tidspress .....	41
4.2.1. Tabell prioriteringer .....	42
4.3 Tema kompetanse og fagmiljø .....	43
4.3.1 Tabell kompetanse og fagmiljø .....	44
4.3.2 Tabell kompetanse og fagmiljø, legedekning .....	46
4.4 Tema motivasjon og mening .....	47
4.4.1 Tabell motivasjon og mening.....	47

4.5 Tema mestring og krav.....	48
4.5.1 Tabell mestring og krav.....	49
4.6 Tema tilbakemelding og anerkjennelse.....	50
4.6.1 Tabell tilbakemelding og anerkjennelse.....	51
4.7 Tema tilhørighet og kollegiale forhold.....	53
4.7.1 Tabell tilhørighet og kollegiale forhold .....	53
4.8 Tema autonomi.....	54
4.8.1 Tabell autonomi.....	54
4.9 Tema god sykepleie og kvalitet.....	56
4.9.1 Tabell god sykepleie og kvalitet.....	56
4.10 Tema sykepleierollen .....	58
4.10.1 Tabell sykepleierollen .....	58
<b>Kapittel 5</b> .....	60
5.1 Diskusjon.....	60
5.2 Begrensninger ved studien .....	67
5.3 Videre forskning.....	68
<b>Kapittel 6 Konklusjon og ledelsesmessige implikasjoner</b> .....	70
Litteraturliste og referanser .....	72
Vedlegg 1 Intervjuguide.....	76
Vedlegg 2 Informasjonsskriv til informanter .....	78
Vedlegg 3 Vurdering NSD .....	81

## Kapittel 1 Introduksjon

Verdens Helse Organisasjon har fremhevet motivasjon og trivsel på jobb som viktige faktorer for å løse utfordringene med rekruttering og retensjon av sykepleiere og andre helse arbeidere (WHO, 2016). Mangel på sykepleiere og høy turnover er problemer over hele verden og dette er forbundet med risiko for pasientsikkerheten og høyere mortalitet. Videre studier av sykepleiere og annet helsepersonells jobbmotivasjon etterspørres derfor (Ahlstedt, Eriksson Lindvall, Holmström, & Muntlin, 2020).

For mange kommuner er det relativt store problemer knyttet til rekruttering og retensjon av sykepleiere til primærhelsetjenestene (Kommunesektorens organisasjon, 2021, NAV, 2021 og Gautun, 2020), og rekrutterings utfordringene er forventet å øke. Samtidig med varslet sykepleiemangel i primærhelsetjenesten er det også forventet at antall eldre med omsorgs- og pleie behov vil øke, og dermed vil det trenge flere sykepleiere enn i dag (Stavanger Kommune, 2022).

Gautun (2020) finner at årsaker til at det var lite attraktivt å jobbe på sykehjem var for stor arbeidsbelastning på grunn av for få sykepleiere på jobb, at det var for lite fagmiljø og for liten mulighet til kompetanseheving (Gautun, 2020). I NOVA-rapporten «Underbemanning er selvforsterkende» (Gautun, Øien & Bratt, 2016) ble det avdekket at nesten halvparten av alle sykepleiere som jobber i norske sykehjem eller hjemmetjenesten mistrives og ønsker å slutte som følge av tidspress og for stor arbeidsbelastning.

Undersøkelser utført av sykepleierstudenter viser at under 9% (Gautun, 2020) ønsker å jobbe i sykehjem etter endt utdanning, og selv om en noe høyere andel, 17%, faktisk jobber på sykehjem når de er ferdig utdannet, viser dette at sykehjem har et omdømmeproblem og utfordringer med å tiltrekke seg nyutdannede sykepleiere.

Pasientgrunnet i sykehjem har endret seg de senere år, spesielt i lys av samhandlingsreformen, og kommunene har overtatt oppgaver som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten (Tingvoll & Magnussen, 2018). Pasienter i sykehjem i dag er ofte multimorbide, lider av kognitiv svikt og har et høyt inntak av ulike medikamenter (Tingvoll & Magnussen, 2018). Sykehjem i dag omfatter også ofte spesialtilbud til ulike grupper med spesielle behov slik som demenssykdommer, rusavhengighet, psykiske lidelser og palliativ omsorg. Det krever økt kompetanse og mer spesialisert kunnskapsbehov å kunne yte mer avansert sykepleie og stell enn det tidligere var behov for (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk & Foss, 2016).



*I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 var Stoltenberg II-regjeringen – med samhandlingsreformen som bakteppe – opptatt av helhet og sammenheng i helsetjenestene, og hevder at både rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler blir viktige i så måte* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 7). Et organisatorisk virkemiddel som ble foreslått var ny oppgavefordeling. I planen konkluderes det med at oppgaveendringer skal vurderes og at helsepersonell må benyttes mer effektivt. Planen fokuserer videre på utdanning og rekruttering, samt arbeidsmiljø og ledelse i helsesektoren. I helsetjenesten skal kvalitet stå i sentrum, og oppgaver skal fordeles sånn at arbeidskraften til helsepersonellet blir benyttet på en mest mulig hensiktsmessig måte.

Mangel på en viktig personal ressurs fordrer at en, sammen med andre tiltak, vurderer organisering av arbeidsoppgavene og jobbdesign som et virkemiddel for å møte denne utfordringen. Sykehjem rundt i norske kommuner har svært viktige samfunnsoppdrag, og oppgavene er konstante uansett tilgang på sykepleiere og annet helsepersonell.

I de fleste sykehjem rundt om i kommunene organiseres sykepleieren, sammen med annet pleiepersonale, som tilhørende en avdeling og med en avdelingsleder som nærmeste leder, og her deler alt personalet i stor grad på alle oppgavene som skal gjennomføres i løpet av en dag (Gautun, 2016 og Gautun, 2020). En alternativ organisering er å flytte sykepleierne ut av avdelingen, og plassere dem i et eget team, et såkalt sykepleieteam/fagteam/fagstab hvor de har sin egen leder, og derfra server pasientene og hver sin avdeling. Det er da ikke sykepleiere i avdelingsbemanningen, men helsefagarbeidere, pleieassistenter og eventuelt andre helsefaglige yrkesgrupper, og det er som regel en helsefagarbeider som er teamleder. Sykepleierne har en ambulerende funksjon som innebærer at de tilkalles for rådgivning, konsultasjon ved behov for sykepleierkompetanse og dermed bruker tiden sin på definerte sykepleieoppgaver. Noen kommunalt driftede sykehjem velger nå å drive etter denne modellen, i all hovedsak fordi det krever mindre sykepleierårsverk og en får utnyttet sykepleie ressursene bedre (Hilsen, 2019). Kommunesektorens organisasjon, KS, leverte en rapport i 2021 av forskjellige initiativ kommuner rundt i landet hadde igangsatt for å bygge en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Oppgavedeling blir trukket frem i forskning og offentlige dokument som veien å gå for å sikre fremtidens helse og omsorgstjenester. Imidlertid synes ikke systematiske utprøvinger av alternative måter å fordele oppgavene på å være særlig utbredt blant norske kommuner (KS, 2021).

Bakgrunnen for denne oppgaven er nysgjerrighet på hvorvidt sykepleiestab modellen er et reelt alternativ for å skape gode og motiverende arbeidsplasser, samtidig som en yter

forsvarlig helsehjelp til de som bor på sykehjem. Hvis en alternativ organisering av sykepleierne blir benyttet som et virkemiddel for å møte bemanningsutfordringen, hvordan vil dette påvirke sykepleierne og deres arbeidshverdag, og i så tilfelle på hvilken måte?

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan to forskjellige organisasjonsmodeller i sykehjem oppleves for sykepleierne som jobber i dem. Faktorer som vil bli sett på i begge sykehjemmene er hvordan sykepleierne opplever organiseringen av arbeidsoppgaver, mestring og jobbmotivasjon i sin arbeidshverdag.

Problemstillingen er hvordan sykepleiere i to ulike organisasjonsmodeller i sykehjem, tradisjonell organisering og fagstab modell, opplever sin arbeidssituasjon?

Undersøkelse av problemstillingen støttes av følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever sykepleierne i de to organisasjonsmodellene at organiseringen av arbeidsoppgaver fungerer for dem?
2. Hvordan opplever sykepleierne at organiseringen av oppgaver og ansvar innvirker på deres motivasjon, prososiale motivasjon og følelse av mening i arbeidet?
3. Hvordan opplever sykepleierne i de to organisasjonsmodellene at de mestrer arbeidsoppgavene sine?

## Kapittel 2 Teori

Jeg gjør i dette kapitlet rede for teori som benyttes for å belyse oppgavens tema. Disse teoretiske innfallsvinklene danner en faglig ramme for oppgaven, og brukes for å forankre problemstillingen.

Forskning viser at faktorer som sykepleiere opplever som viktige er at arbeidet oppfattes som meningsfullt, at det er mulig å lære og utvikle seg i det daglige arbeidet, helst sammen med kollegaer av samme yrke, og det å ha et godt forhold til kollegaene sine samtidig som en jobber selvstendig (Ahlstedt, Lindvall, Holmstrøm & Muntlin, 2020). Verdens Helse Organisasjon fremhever jobbmotivasjon som en viktig faktor i arbeidet med å løse utfordringene med rekruttering og retensjon av sykepleiere og annet helsepersonell i helsesektoren (WHO, 2016).

Teori som vil benyttes i analysen av innsamlet data er motivasjonsteorien selvdetermineringsteorien (heretter STD) til Ryan og Deci (1985), jobb- krav og ressurs modellen som beskrevet av Demerouti, Bakker, Nachreiner & Scaufeli (2001), jobb karakteristikk modellen til Hackman og Oldham (1980), og diverse studier gjort på arbeidsmotivasjon, oppgavefordeling og rolleklarhet for sykepleiere. Ved bruk av STD vil de tre behovene for kompetanse, autonomi og tilhørighet ses nærmere på og linkes opp mot studier gjort av sykepleiere og deres jobb motivasjon.

### 2.1 Organisasjon og jobb design

*Sykehjem er tjenesteytende organisasjoner som skal gi helhetlig pleie, medisinsk behandling og rehabilitering på et forsvarlig etisk og faglig nivå i tråd med brukerens behov* (Stavanger Kommune, 2022). En organisasjon er et sosialt system som bevisst er konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Ambisjonene i organisasjonsteori er større enn å forstå hvordan organisasjoner fungerer. Målet er å peke på hvordan ting kan gjøres bedre og hvordan man kan skape noe nytt. Kjernen i enhver organisasjon er oppgaveløsning ut fra et ønske om at oppgaven løses på beste måte (kvalitet) med minst mulig bruk av ressurser.

*«Helse- og omsorgstjenester som tilbys og ytes skal være forsvarlige. I dette ligger at kvaliteten på tjenestene skal ligge på et visst nivå. Forsvarlighetskravet gjelder på alle nivåer i helse- og omsorgstjenester i både privat og offentlig sektor. Kravet til forsvarlighet som*

*rettes mot virksomheter omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud» (Helsedirektoratet, 2022). Et særtrekk med tjenesteytende offentlige organisasjoner, som sykehjem, er utydelige mål – middel sammenhenger (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Målene er kontinuerlige og ikke tidsavgrensede, og dette gjør dem komplekse når det kommer til vurdering av måloppnåelse. Mål og strategier er i organisasjonsteorien ansett som viktige for flere grunner. Det kan ha en motiverende effekt på ansatte, de kan ha en styrende funksjon, og ikke minst kan de fungere som evalueringskriterier for arbeidet til organisasjonen og den enkelte (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Effektivitet er da knyttet til i hvilken grad en organisasjon når sine mål, og med hvilken ressursbruk.*

En organisasjon er avhengig av omgivelsene og utviklingstrekk i samfunnet (Mikkelsen & Laudal, 2016), og som eksempel vil mangel på sykepleiere og annet helsepersonell, påvirke sykehjem og hvordan de organiserer og leverer tjenestene.

*I planperioden vil vi se en økende mangel på arbeidskraft og fagutdannet helsepersonell samtidig med økningen i antall eldre. Stavanger kommune har allerede mangel på kvalifisert helsepersonell. Dette skjer i en tid med medisinske framskritt og økte krav til kvalitet og kompetanse i tjenestene våre. Med det framtidige underskuddet på arbeidskraft, vil det ikke være mulig å løse oppgavene på samme måte som i dag. Vi tvinges til å finne nye løsninger (Stavanger Kommune, 2022).*

I organisasjoner kan en velge å fordele oppgaver og legge til rette for spesialisering ved å fokusere oppmerksomheten og begrense hva den enkelte ansatte skal arbeide med. Spesialisering innebærer at man utnytter kunnskapsarbeidernes fortrinn i forhold til ulike oppgaver. Ved å avgrense ansvar spisser man fokus, slik at den ansatte kan bli bedre på et avgrenset område som er hennes kompetanseområde (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I utforming av organisasjonsstruktur er det mange hensyn som må tas og avveininger som må gjøres. I alle organisasjoner er det en drivkraft i stadig sterkere arbeidsdeling og spesialisering, og mennesker som arbeider med et spesielt felt ønsker ofte å spesialisere seg ytterligere, for å bli enda bedre. Dette fører til mer oppsplittede organisasjoner som krever økt koordinering og igjen leder til økte kostnader (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

I tjenesteytende virksomheter er arbeidskraft og ansattes kompetanse den viktigste innsatsfaktoren, og hvordan de utnytter og deler den med hverandre, blir stadig viktigere i

organisasjoner. Verdiskapningen som skjer i organisasjoner, er derfor svært avhengig av den kompetansen og ferdighetene de ansatte innehar. En av de viktigste faktorene for å drive en virksomhet på en god måte handler derfor om å rekruttere, utvikle, motivere og holde på kompetanse og ferdigheter (Jacobsen & Thorsvik, 2013). For at virksomheter skal nå sine overordnede mål er motiverte medarbeidere en forutsetning (Ahlstedt et al., 2020). Motiverte ansatte ønsker å yte noe ekstra for organisasjonen, de ønsker å ta i bruk sine ferdigheter og på eget initiativ gjøre det som er godt for organisasjonen.

I tillegg vet vi fra helsevesenet at høy turnover og mangel på sykepleiere øker risikoen for dårligere pasientsikkerhet og for høyere pasient mortalitet, slik at å beholde slik arbeidskraft har betydning for kvaliteten som leveres (Ahlstedt et al., 2020).

Medarbeidere i en virksomhet har i dag forventninger utover lønn, og ønsker at jobben skal tilfredsstillende både sosiale behov og behov for utvikling. Jobbdesign er et teorifelt hvor en forsøker å definere kriterier for å utforme jobber som legger til rette for motiverte, produktive og fornøyde medarbeidere (Mikkelsen & Laudal, 2016). Jobbdesign handler om hvordan man utformer jobber slik at kravene til arbeidet skal innfris og dekke behovene til både arbeidsgiver og arbeidstaker *'Jobbdesign fokuserer direkte på arbeidsrelaterte oppgaver eller aktiviteter som ansatte gjør for å utforme, produsere eller levere varer og tjenester for virksomheten'* (Mikkelsen & Laudal, 2016, s 78). Hvordan arbeidsoppgaver settes sammen, hva slags metoder som benyttes for å utføre oppgavene, hvem som jobber sammen og hvor stor frihet den ansatte har i utførelsen, er alle elementer i jobbdesign. Disse mer eller mindre bevisste beslutningene som tas i virksomhetene kan ha stor betydning for medarbeiderens trivsel og helse på jobb (Mikkelsen & Laudal, 2016). For å tiltrekke seg og beholde kompetente, kvalifiserte ansatte må dagens helsevesen i økende grad legge til rette for arbeidsforhold som promoterer og beholder arbeidsmotivasjon (Perreira, Innis & Berta, 2016). Toode, Routasalo og Suominen (2011) finner at høy grad av jobb motivasjon øker sykepleieres arbeids kapasitet signifikant.

Motivasjonsperspektivet på jobbdesign handler om hvilken effekt jobbdesign har på medarbeiderens trivsel, velvære turnover og sykefravær.

## 2.2 Jobbkarakteristika teori

Jobbkarakteristika teorien (heretter JKT) til Hackman og Oldham (1980) er en motivasjonsteori som tar utgangspunkt i at jobbdesign påvirker ansattes motivasjon. Modellen predikerer fire utfall ved arbeidet; indre motivasjon, jobbtrivsel, økt prestasjon og intensjon om å slutte i jobben. Essensen i JKT er at tilstedeværelsen av spesifikke jobb karakteristikker øker sannsynligheten for at ansatte vil finne jobben meningsfull, vil føle ansvar for resultatet av jobben de utfører og at de vil ha kunnskap om resultatet av arbeidet (Hackman & Oldham, 1980).

Tidligere teorier hadde som premiss at medarbeidere primært søkte belønning i form av lønn eller anerkjennelse fra sjefen. Hackman og Oldman (1980) fremmet JKT og ideen om at medarbeiderne selv ønsker å prestere godt fordi det føltes godt å gjøre det, og at det samtidig ikke føles godt å ikke prestere på jobb. Ifølge teorien består alle jobber av fem karakteristikker; variasjon i oppgavene, oppgaveidentitet, oppgavens betydning, autonomi og tilbakemelding. Variasjon i oppgavene handler om i hvilken grad jobben krever utførelse av et sett av varierte aktiviteter, hvor den ansatte får brukt forskjellige evner og talenter.

Oppgaveidentitet handler om at jobben krever at en utfører et stykke arbeid fra start til slutt. Og oppgavens betydning handler om at jobben en utfører har en signifikant betydning på andre menneskers liv, enten i organisasjonen en jobber i direkte eller utenfor.

Høy score på oppgavevariasjon, oppgaveidentitet og oppgavens betydning skal føre til opplevd mening i arbeidet, høy grad av opplevd autonomi ville føre til en tilstand av opplevd ansvar for arbeidets resultat og høy score på opplevd tilbakemelding vil føre til kunnskap om arbeidets faktiske resultat. Mennesker som har kunnskapen og evnene som er nødvendig for å utføre jobben bra, og som verdsetter mulighetene for vekst og læring, vil være indre motiverte til å utføre slike jobber, og over tid resulterer det i større jobb tilfredshet og høyere kvalitet i jobbutførelsen (Hackman & Oldham, 1980 og Oldham & Hackman, 2010). Høy score på alle dimensjonene gir ifølge teorien den ansatte en psykologisk tilstand av opplevd mening i arbeidet. Perreira et al. (2016) finner også i en litteraturgjennomgang at det er en sammenheng mellom hvorvidt helsearbeidere opplever arbeidet som meningsfullt og graden deres av jobbmotivasjon.

JKT teorien er kritisert for at den ikke er like anvendelig for nåtidens jobber, hvor det er mer utstrakt bruk av team arbeid, jobboppgaver kan være mer flytende, prosjektorganisering er vanligere, og utstrakt bruk av virtuelle plattformer etc. (Parker, 2013). Kritikk av teorien fra

Oldham og Hackman selv (2010), er at den ikke i stor nok grad tok høyde for hvor viktig sosial samhandling er i jobbsammenheng, at jobber er blitt mer dynamiske og at det individuelle aspektet av motivasjon ikke er studert nok. Til tross for at arbeidslivet har endret seg siden teorien ble utformet, mener Hackman og Oldham (2010) at mange av utfordringene, som fremmedgjøring og mistriivsel, lav arbeids motivasjon, fravær og turnover, fortsatt er like aktuelle i dag. Og at ansvaret for disse utfordringene ligger hos dem som utformer jobbene og systemene, og ikke hos dem som jobber i dem (Hackman & Oldham, 2010).

### 2.3 Jobb krav og ressurser

To sentrale karakteristikk ved enhver arbeidsplass er jobb krav og jobb ressurser (Demerouti et al., 2001). Jobb krav-ressurs modellen (JD-R modellen) ble presentert i 2001 og hadde til hensikt å forklare hvorfor arbeidstakere ble utbrente. Siden den gang har modellen blitt revidert og inkluderer nå flere variabler som jobbengasjement og jobbforpliktelse (Schaufeli, Bakker & Van Rhenen, 2009). Modellen er en balansert tilnærming som forsøker å forklare det negative, utbrenthet, i tillegg til positive aspekter som jobb engasjement ved å linke det til respektiv påkjenning og motiverende prosesser (Bakker, Hakanen, Demerouti & Xanthopoulou, 2007).

Jobb krav består av det fysiske, psykologiske, sosiale og de organisatoriske aspektene av jobben som krever kontinuerlig fysisk og/eller psykisk innsats og er assosiert med en viss fysisk og/eller psykisk kostnad (Demerouti et al., 2001). Jobb krav er det som krever energi og innsats av arbeidstakeren. Uklare roller og arbeids- og tidspress kan være eksempler på jobb krav. Jobb krav er ikke nødvendigvis negative, men de kan bli jobb stressorer når det kreves høy innsats som den ansatte ikke tilstrekkelig kommer seg fra (Schaufeli et al., 2009). Når jobb krav øker, vil den ansatte måtte igangsette kompenserende tiltak for å opprettholde ytelsen på jobb. Denne kompenserende innsatsen er assosiert med fysisk og psykiske kostnader slik som økt sympatisk aktivitet, tretthet og irritabilitet. Langvarig kompenserende innsats vil tappe den ansatte for energi og kan føre til utbrenthet, dårlig helse og til slutt fravær fra jobb (Fernet, Austin, Trepanier & Dussault, 2013).

Jobb ressurser omhandler de forskjellige fysiske, psykologiske, sosiale og organisatoriske aspektene som støtter individet i utøvelsen av sine oppgaver. Ved å fasilitere oppgave gjennomføring, kan disse ressursene redusere jobb krav og de assosierte kostnadene, og bidra til at ansatte når sine mål på jobb, stimulerer utvikling og ansattes velvære og trivsel

(Demerouti et al., 2001). Jobb ressurser innfrir basis menneskelige behov som behovet for autonomi, tilhørighet og kompetanse som er kjernen i STD teorien til Deci og Ryan (1985). Opplevd autonomi, tilhørighet og kompetanse er jobb ressurser og disse kan virke som buffere mot de stressfulle påvirkningene fra jobb krav som utslitthet og kynisme.

JD-R modellen legger til grunn to relaterte psykologiske prosesser som forklaring på utbrenthet. I den energiske prosessen, som er antatt å redusere helse, vil jobb kravene tappe ansattes fysiske og mentale energi og derfor bidra til emosjonell utslitthet (Fernet et al., 2013). I den motiverende prosessen vil fravær av jobb ressurser påvirke ansattes motivasjon og slik bidra til tilbaketrekking og mangel på engasjement (Bakker et al., 2007). Mangel på ressurser vil hindre de ansattes personlige utvikling og hindre dem fra å nå målene sine, og dette leder til fra kobling fra jobben, og de vil kunne se jobben som noe negativt (Fernet et al., 2013).

Den viktigste ulikheten mellom JD-R modellen og STD handler om rollen til de psykologiske ressursene. Ifølge STD vil arbeidsforholdene, enten kontrollerende (som for eksempel; begrensninger eller press på hvordan ansatte tenker, føler eller oppfører seg) eller støttende (oppmuntrer initiativ, minimerer press, tilbyr tilbakemeldinger og anerkjennelse av følelser og syn), påvirke ansattes psykiske fungering basert på hvilken grad basis behovene er møtt. Det er sannsynlig at når jobbkrav overgår den ansattes jobb kapasitet, vil de oppleve begrenset autonomi og bli mer sårbare for emosjonell utslitthet (Fernet et al., 2013). Fernet et al. finner i en studie (2013) sterk sammenheng mellom viktigheten av ikke bare sosial støtte som jobb ressurs, men også jobb karakteristikker som rolle overbelastning, rolle uklarhet og jobb kontroll.

Mange studier har vist at uheldige jobb karakteristikker kan ha en stor påvirkning på jobb stress og utbrenthet, og jobb overbelastning, mangel på autonomi, emosjonelle belastninger, lav sosial støtte og rolle uklarhet som alle kan føre til en følelse av utslitthet og negative holdninger til jobben (Lee & Ashforth, 1996, og Enzmann, Schaufeli, Janssen, & Rozeman, 1998).

Bakker, Demerouti og Euwema (2005) fant i en studie at utbrenthet var et resultat av ubalanse mellom jobb krav og jobb ressurser, og at flere jobb ressurser kan kompensere for påvirkningen av mange jobb krav på utbrenthet. Jobb ressurser kan virke som en buffer mot jobb krav og stress reaksjoner som utbrenthet. Ifølge Bakker et al. (2005) utvikler jobb stress seg, uavhengig av type jobbe eller yrke, når jobb krav er høye og jobb ressursene er begrensede.



Jobber som er dårlig utformet eller høye jobb krav sliter på ansattes mentale og fysiske ressurser og kan lede til at de blir tappet for energi, og helseproblemer. Fravær av jobb ressurser påvirker motivasjon negativt og kan lede til kynisme og til redusert ytelse på jobb (Bakker et al., 2005).

## 2.4 Selvdetermineringsteorien

Selvdetermineringsteorien (heretter STD) til Deci og Ryan (1985) er en behovsteori som brukes til å forklare motivasjon, og teoriens premisser er at menneskers natur har en draging mot psykologisk vekst, internalisering og velvære, og at mennesker påvirker og er påvirket av miljøet rundt seg på måter som fasiliterer eller hindrer denne realiseringen (Deci & Ryan, 1985). STD definerer behovene som universelle nødvendigheter som er essensielle for best mulig menneskelig utvikling og integritet. Behovene for kompetanse, autonomi og tilhørighet er ansett som viktige for alle mennesker. Det er ikke konsekvensen av styrken av disse behovene STD setter søkelys på, men konsekvensen av i hvilken grad individer får dekket disse behovene i sin sosiale setting (Ryan & Deci, 2000).

Motivasjon på jobb er som regel definert som en driver til å gjøre noe, med fokus på hva som gir energi og retning til å utføre oppgaver på jobb (Deci, Ryan & Olafsen, 2017). STD skiller mellom kontrollert motivasjon og autonom motivasjon. Kontrollert motivasjon oppstår når den ansatte jobber på grunn av ekstern regulering for å oppnå noe. Autonom motivasjon oppstår når den ansatte jobber for selvvalgte mål eller på grunn av tilfredsstillende oppgaver. Organisasjoner ønsker ansatte med autonom motivasjon fordi det påvirker ansattes trivsel, velvære og profitt (Ahlstedt et al, 2016).

Til tross for at teorien er kritisert, også av Deci og Ryan selv (Deci et al., 2017), viser en metaanalyse at essensen i teorien står seg godt også i dag (Van den Broeck, Howard, Vaerenbergh, Leroy & Gagne, 2021). Jungert, Van den Broeck, Schreurs og Osterman (2018) finner i en metaanalyse at det er positive effekter på jobb av å tilfredsstille basis behov. Det fører til høyere ytelse, høyere organisasjonstilknytning, bedre jobb tilfredsstillelse og færre tilfeller av utbrenthet.

I SDT skilles det mellom indre og ytre motivert adferd (autonom eller kontrollert). Indre motivasjon er en motivasjon som kommer naturlig ut fra menneskes iboende behov for autonomi, kompetanse og tilknytning. Ved høy grad av indre motivasjon utføres oppgavene fordi oppgavene i seg selv oppleves meningsfulle og gir en glede å utføre. I motsetning vil

ytre motivert arbeid gjennomføres for å få en form for ytre belønning som lønn, verbal eller håndfast anerkjennelse, status eller frynsegoder. Deci og Ryan (1985) mener at for mye vekt på ytre belønning vil kunne fordrive den indre motivasjonen, og slik vil de to systemene for belønning konkurrere. I SDT er det sentralt hvorvidt den ytre motivasjonen som trenges for å løse de de uinteressante oppgavene, som uunngåelig finnes i alle jobber, er autonom eller kontrollert. Ved en sterk grad av autonom motivasjon utføres en oppgave fordi oppgaven i seg selv oppleves interessant, eller en ser nytten av oppgaven i det store bildet, og den utføres frivillig. I motsetning vil det å oppleve kontrollert motivasjon bety at en føler et press eller en følelse av å måtte utføre en oppgave, altså at den ikke er frivillig. Indre motivasjon er typisk autonom, mens ytre motivasjon kan være autonom eller kontrollert.

Ifølge selvdetermineringsteorien (Ryan & Deci, 2000 og Deci et al., 2017), har ansatte tre basis psykologiske behov som påvirker motivasjonen; behov for kompetanse, behov for autonomi og behov for sosial tilhørighet. Tilfredsstillelse av disse tre behovene promoterer autonom motivasjon og vil slik gi høyere prestasjoner, velvære og trivsel. Ved høy grad av indre motivasjon vil ansatte yte mer på jobb, være mer selvgående og ta mer initiativ enn de som har mindre grad av indre motivasjon. Høy grad av indre motivasjon har også en positiv påvirkning på lyst til å slutte i jobben fordi jakten på ytre belønninger kan undergrave den individuelle forpliktelsen til jobben og arbeidsgiver (Gagne & Deci, 2005). Indre motiverte mennesker er ifølge Ryan og Deci (2000) involvert i en kontinuerlig prosess hvor de oppsøker utfordrende situasjoner og så forsøker å løse utfordringene, og slik skape en kontinuerlig psykologisk vekst (Deci & Ryan, 1980 og Dill, Erickson & Diefendorff, 2016).

## 2.5 Prososial motivasjon

I en videreutvikling av STD fremmer Grant (2008b) de positive effektene av prososial motivasjon på arbeidsplassen. Prososial motivasjon vil si at en har et ønske om å gjøre noe som andre har nytte av og at en evner å se andres perspektiv (Dill et al., 2016). Prososial motivasjon betyr at en utfører jobben med et ønske om å gjøre noe godt for andre, og denne stammer fra ønsket om å beskytte og fremme andres velferd/velvære, som på en arbeidsplass betyr at en ansatt utfører en oppgave fordi den er ment for å hjelpe andre (Grant, 2008b). Forskingen til Grant (2008a) viser at høy grad av prososial motivasjon kan relateres til bedre ytelse, bedre utholdenhet og bedre produktivitet på jobb. For å fremme prososial motivasjon på jobben bør den ansatte ha kontakt med den en utfører jobben for, slik at en kan se at de

oppgavene en utfører har en effekt for tjenestemottakeren (Grant, 2007). Ifølge Grant (2007) er kontakt med mottaker av jobben viktig for jobb motivasjon. Forskning på omsorgsyrker har ifølge Ryan og Deci (2000) indikert at ytre motivasjon og prososial motivasjon er i konflikt med hverandre, og at indre og prososial motivasjon er det samme, mens de mener å kunne vise at for sykepleiere er den yrkesmessige jobbkonteksten slik at alle tre former for motivasjon har positive konsekvenser for selvrapportert helse og intensjon om 'turnover'.

For høy grad av prososial motivasjon i omsorgsyrker har vist sammenheng med utbrenthet og ønske om å slutte i jobben. Studier på prososial motivasjon i omsorgsyrker har vist at det ikke utelukkende er positivt (Dill et al., 2016). Høy grad av prososial motivasjon kan føre til at de ansatte er mindre i stand til å ivareta en sunn distanse til det relasjonelle stresset som omsorgsyrker kan medføre. Høy grad av prososial motivasjon hos sykepleiere kan være relatert til redusert ytelse på jobb, og de har risiko for utbrenthet og større sannsynlighet for å ønske å slutte i jobben (Dill et al., 2016).

## 2.6 Kompetanse

For sykepleiere i sykehjem har det etter samhandlingsreformen blitt økte krav til kompetanse. Pasienter med mer komplekse og sammensatte sykdomsbilder, multifarmasi, lav legedekning og sykehjemmenes spesialisering innfor flere områder krever at sykepleiere og annet helsepersonell som jobber på sykehjem er kompetente og kunnskapsrike for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Lai (2011) definerer kompetanse slik; *'Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål'*.

Mennesker har behov for å oppleve kompetanse (føle seg kompetent), og erfare muligheter og støtte til utvidelse og uttrykk av sin kapasitet og sitt talent for å kunne operere effektivt og oppleve mestring (Ahlstedt et al., 2020, Deci et al., 2017). Ryan og Deci (2000) mener at behovet for kompetanse fører til at folk søker utfordringer som er best mulige for deres kapasitet og at økt kompetanse er et resultat av interaksjon med utfordrende stimuli. STD definerer behovet for kompetanse som et behov for mestring av miljøet en er i, og for å utvikle nye evner.

Uklare roller har en sterk påvirkning på ansattes oppfattelse av kompetanse, da mangel på klarhet kommer i veien for måloppnåelse på jobb. Det er vanskelig for ansatte å utvikle en

sterk følelse av kompetanse når de er usikre på hvilke prestasjoner som er forventet av dem (Fernet et al., 2013)

Medarbeidere må tro på egen kompetanse for å være indre motivert for en oppgave (Gagne & Deci, 2005). Ny forskning viser at det ikke er nok at en medarbeider objektivt sett er kompetent, men vel så viktig er medarbeideres opplevelse av å få brukt kompetansen sin. Opplevd kompetansemobilisering reflekterer i hvilken grad en medarbeider opplever å få adekvate muligheter til å trekke på sin egen kompetanse i sin nåværende jobb (Lai, 2011). En medarbeiders opplevelse av å få brukt kompetansen sin utgjør en selvstendig og viktig motivasjonsfaktor, uavhengig av i hvilken grad oppfatningen objektivt sett er korrekt. Opplevd kompetansemobilisering er direkte knyttet til de oppgavene som skal løses, og kan derfor bidra til positive erfaringer med mestring som forsterker troen på egen kompetanse og øker den indre motivasjonen. Høy opplevd kompetansemobilisering innebærer at medarbeideren mener det er godt samsvar mellom oppgaver og egen kompetanse. Opplevd kompetansemobilisering ble funnet å ha en klar og direkte sammenheng med viktige holdninger hos den ansatte som indre motivasjon, affektiv organisasjonstilknytning og turnover intensjon (Lai, 2011).

Edwards, Scully og Brtek (2000) fokuserer på det relasjonelle ved kompetanse, og fremhever at den individuelle kompetansen nødvendigvis henger sammen med de andres kompetanse. Kompetanse er en kollektiv aktivitet og målet på en arbeidsplass burde være at sykepleiere settes i en posisjon hvor de gjensidig kan styrke hverandres kompetanse slik at den felles kompetansen til sammen er større enn den individuelle. Muligheten til å kunne diskutere med andre sykepleiere, spørre om råd og reflektere over situasjoner og problemstillinger gjennom dagen styrker den enkeltes kompetanse, men bidrar også til økt felles kompetanse.

Sykepleiernes behov for utvikling via arenaer med faglige diskusjoner på institusjonen, et sykepleiefaglig miljø på tvers av avdelingene, og tilbud om kurs bekreftes i litteraturen (Gautun, 2020). Ifølge Lai (2011) er det mange medarbeidere som har gode ferdigheter og kunnskaper, objektivt sett god kompetanse, som har behov for større tro på egen kompetanse for å yte bedre på jobb. Dette betyr at det bør være like mye søkelys på å utvikle ansattes selv-reflektive holdninger, som det er på å kontinuerlig søke å forbedre ferdigheter og kunnskap. Opplevd kompetansemobilisering har større betydning for indre motivasjon enn de andre faktorene i STD, tro på egen kompetanse, autonomi og tilhørighet (Lai, 2011).

Haukelien og Vibe (2009) setter søkelys på et viktig poeng om kompetanse som nok gjennomsyrrer primærhelsetjenestene i Norge. Kompetanse er kostbart, og i helsevesenet skaper bedre kvalitet på produktet ikke nødvendigvis noen gevinst annet enn anerkjennelse fra pasienter og deres pårørende. Penger og tid brukt på kompetanse ses ofte på som sløsing med ressurser. Haukelien og Vibe mener dette handler om at tjenestene kjennetegnes av en spesiell form for fleksibilitet, nemlig når budsjettensyn krever det så kan kvaliteten reduseres, uten at dette får konsekvenser som en nødvendigvis må ta hensyn til. En konsekvens av dette er at høykompetent personale ikke nødvendigvis trives i organisasjoner hvor de gis dårlige muligheter til å bruke kompetansen sin. NOVA rapporten *'En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien'* (Gautun, 2020) viser at det per i dag er et gap mellom det styresmakter ønsker kompetansenivået skal være på og der det faktisk ligger på i helse – og omsorgstjenestene for eldre. Haukelien og Vibe (2009) snakker om kompetanse i denne tjenesten som et beleilig fleksibelt konsept. Det handler ikke om enkelt personers manglende kunnskap, men om en tjeneste som er organisert for å kunne yte det nødvendigste til lavest kostnad. Det er ikke en bransje hvor kvalitet er strengt nødvendig, men hvor godt nok er akseptabelt, og spesielt når budsjettposter må kuttes. Og på bakgrunn av dette blir ikke kompetanse nødvendigvis verdsatt og investert i slik en gjør i bransjer hvor kvalitet påvirker økonomien.

## 2.7 Autonomi

SDT vektlegger at på arbeidsplasser hvor den ansatte opplever støtte til sin autonome motivasjon så vil dette føre til økt tilfredshet, ytelse og organisatorisk effektivitet. Jobb vil med andre ord være en plattform hvor de ansatte trives og kan blomstre, og i tillegg vil de ansatte oppleve mindre negative effekter som utbrenthet og dårlig helse når autonom støtte er til stede (Deci et al., 2017).

Behovet for autonomi relaterer til en følelse av egen villighet og eierskap av egne handlinger, det å være selvregulert i forskjellige situasjoner (Ahlstedt, Lindvall, Holmstrøm & Athlin, 2019). I STD spesifiserte Ryan og Deci (2000) at behovet for autonomi ikke indikerte et behov for å handle uavhengig av andre, men heller et behov for å handle med en følelse av valg og frivillighet, selv om det betyr å innrette seg etter andre sine ønsker. I Ahlstedt et al., (2019) sin studie av sykepleieres motivasjon finner de at linken mellom jobb motivasjon og

autonomi handler om muligheten til å påvirke sitt eget arbeid, ta egne avgjørelser og løse problemer.

Autonomi er en sentral faktor i egenmotivasjonsteori og blir regnet som en av de viktigste forutsetningene for å utvikle og beholde indre motivasjon (Lai, 2011). Metastudier tyder på at autonomi er den viktigste av de tre hovedfaktorene i egenmotivasjonsteori for å forklare indre motivasjon (Humphrey, Nahrgang & Morgeson, 2007). Behovet for autonomi, som var fokuset i tidlig STD forskningen, viste seg å være essensielt i å forklare de negative effektene av eksterne insentiver i fremveksten av og opprettholdelsen av indre motivasjon (Van den Broeck et al., 2016).

I følge Kuvaas og Dysvik (2009) vil; *Indre motiverte ansatte oppleve autonomi når de står fritt til å bistå andre, kompetanse når man effektivt kan hjelpe andre og tilhørighet når det er sammenheng mellom deres handlinger og utbytte som betyr noe i andre menneskers liv.*

Autonomi referer til opplevelsen av frivillighet og godkjenning av egne handlinger, kompetanse referer til evalueringen av egne evner til å utføre handlingene, og tilhørighet referer til i hvilken grad man føler seg knyttet til andre. Tilfredsstillende av å få dekket disse behovene kan forstås som psykologiske ressurser som gir energi, retning og opprettholder menneskelig adferd (Gagne & Deci, 2005). Disse ressursene er derfor antatt å direkte forbedre psykisk og fysisk velvære (Ryan, & Deci, 2000). På arbeidsplassen er det vist at tilfredsstillende av behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet er assosiert med jobb motivasjon, psykisk velvære og forpliktelse til jobb (Ryan, & Deci, 2000).

Det er sannsynlig at når jobb krav som arbeidsmengde overskrider ansattes kapasitet så vil de oppleve redusert autonomi og bli mer sårbare for emosjonell utslitthet.

## 2.8 Tilhørighet

Behovet for tilhørighet handler om en følelse av å være knyttet til andre og en følelse av å høre til (Ryan, & Deci, 2000). I det tidlige arbeidet med STD ble behovet for tilhørighet argumentert å ha en mindre viktig rolle for motivasjon enn behovene for autonomi og kompetanse. I Van den Broeck et al. (2016) sin litteratur gjennomgang ble derimot tilhørighet tillagt større vekt og en fant en sterk sammenheng mellom tilhørighet og indre motivasjon. Behovet for tilhørighet blir møtt når en ser seg selv som medlem av en gruppe, når en opplever en følelse av samhold og utvikler nære forhold.

At sykepleiere seg imellom har et godt forhold på jobb er viktig for sykepleierne og deres jobbhverdag, men det er også viktig for pasientsikkerheten (Ylitormanen, Turunen, Mikkonen & Kvist, 2019). Anerkjennelse fra andre sykepleiere er ansett som meningsfullt fordi det hjelper sykepleieren å kjenne verdien av arbeidet sitt (Ylitormanen et al., 2019).

Det er viktig med god organisering av arbeidsoppgavene og et støttende og inkluderende arbeidsmiljø for å oppnå høy grad av opplevd tilhørighet. En faktor av tilhørighet er hvorvidt en opplever å bli sett og lyttet til, og at man får positive tilbakemeldinger både på det man gjør og det man mener. Både kollegaer og leder er viktige for opplevelsen av tilhørighet (Gagne & Deci, 2005). Lai (2011) finner at de medarbeiderne som opplever størst grad av tilhørighet gjennom støtte fra kollegaer og ledere, også er de som i størst grad opplever at de får brukt kompetansen sin. Rollen til team medlemmer er ansett som en økende viktig driver for ansattes motivasjon (Jungert et al., 2018).

## 2.9 Oppgavedeling og rolleklarhet

Bergeland et al. gjennomførte en kvalitativ studie i 2010 av hvilke faktorer sykepleiere i sykehjem anså som kritiske faktorer for trivsel, og tre hovedfunn ble identifisert. Sykepleierne ønsket en tydeliggjøring av sykepleierollen hvor de fikk tid og mulighet til å sette søkelys på de sykepleiefaglige oppgavene i avdelingen. De ønsket tid til å kunne vurdere pasientene og deres behov, til å kunne sette seg inn i diagnoser og hvilke medikamenter pasienten bruker og få mulighet til å ha en dialog med sykehjemets lege. Og for at dette skulle muliggjøres måtte sykepleierollen gjøres tydeligere for de øvrige ansatte i avdelingen, og en rolleavklaring var nødvendig. Berge og Eilertsen (2020) argumenterer også for at ledelsen bør legge til rette for at sykepleiere får tid og anledning til å utføre kvalitativ god sykepleie til pasientene.

Utfordringer sykepleierne opplever i sykehjem er ofte at sykepleierollen er for lite avgrenset. Det ble beskrevet at mange opplevde forventninger fra kollegaer om å bidra i alle praktiske gjøremål i avdelingen. Dette kommer i tillegg til de sykepleiefaglige oppgavene som vurdering av pasientene, sårstell og andre prosedyrer, administrering av medisiner, visitt, dokumentasjon og andre faglige oppgaver. Ledere ba sykepleierne trekke seg tilbake fra avdelingen for å utføre 'sine' oppgaver, men dette medførte ofte sanksjoner fra kollegaer og i tillegg en følelse av å overlate kollegaer alene i avdelingen. Konsekvensen var at sykepleierne nedprioriterte sine oppgaver for å delta i de praktiske gjøremål i avdelingen sammen med de andre kollegaene (Bergeland, 2010).

*I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 (St. meld.nr 16 (2010–11)) var Stoltenberg II-regjeringen – med samhandlingsreformen som bakteppe – opptatt av helhet og sammenheng i helsetjenestene, og hevder at både rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler blir viktige i så måte (side 7–8). Et organisatorisk virkemiddel som ble foreslått var ny oppgavefordeling. I planen konkluderes det med at oppgaveendringer skal vurderes og at helsepersonell må benyttes mer effektivt. Planen fokuserer videre på utdanning og rekruttering, samt arbeidsmiljø og ledelse i helsesektoren. I helsetjenesten skal kvalitet stå i sentrum, og oppgaver skal fordeles sånn at arbeidskraften til helsepersonellet blir benyttet på en mest mulig hensiktsmessig måte.*

Helse- og omsorgsyrkene kjennetegnes av en høy grad av faglig differensiering som ikke i særlig høy grad realiseres praktisk i form av hierarkisk organiserte arbeids- og autoritetsformer (Haukelien & Vibe, 2009). Måten å arbeide på følger ofte en ganske egalitær tankegang, og dette har sammenheng med at arbeidet ikke muliggjør særlig spesialisering. Haukelien og Vibe (2009) mener at spesialisering faktisk blir motarbeidet, i sterk motsetning til i spesialisthelsetjenesten. I sykehjem eksisterer det en oppfattelse av at alle yrkesgrupper skal bidra for å løse alle oppgaver fordi det er mest rettferdig (Haukelien & Vibe, 2009). Mange av oppgavene i en sykehjemsavdeling er alle på jobb kollektivt ansvarlig for, og derfor må alle være beredt til å dele ansvar og kontinuerlig justere sin innsats etter hvor mye arbeid det er. Felleskapet får slik et sterkt eierskap til den enkeltes arbeidsinnsats, og en får på denne måten stor fleksibilitet til å håndtere situasjonen når det er mye å gjøre. En annen konsekvens av dette er at den faglige differensieringen blir tonet ned. Ironisk nok er faglighet ofte noe som splitter framfor å forene arbeidstakerne, spesielt fordi høy faglig kompetanse og faglig makt virker hierarkiserende og derfor truende overfor den helt nødvendige dugnadsånden.

Det at yrkesgrupper ofte samarbeider for å komme i mål med gjøremål, blir i studien identifisert som en av årsakene til at sykepleierne ikke får benyttet sin kompetanse til fulle, til tross for at de har utdanning til å kunne håndtere mer avanserte oppgaver enn de faktisk utfører (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016). Selv om det er forskjeller i utdanningsnivå er ofte rollene og ansvarsområdene til helsefagarbeidere, pleieassistenter og sykepleiere sammenblandet og lite differensiert. I tillegg antyder forfatterne at en årsak til den relativt lave kompetansen kunne forklares ved at de ikke identifiserer og måler sin kompetanse opp mot sin egen yrkesgruppe i tilstrekkelig grad.

Bing-Johnsson peker på at heller enn å se på antall sykepleiere som et mål på kvalitet burde en heller differensiere arbeidsoppgavene i sykehjem. Antall sykepleiere i sykehjem,



pleiefaktor per pasient, har vært brukt som et kvalitetsmål, og ideen om at flere sykepleiere automatisk øker kvaliteten er en generell oppfatning (Bing- Johnson et al., 2016). Tydeligere rollebeskrivelser og fordeling av oppgaver basert på utdanning og trening er ifølge forfatterne et mulig virkemiddel mot kompetanseunderskuddet i sykehjem.

Den andre faktoren som ble vektlagt var anerkjennelse av sykepleierollen, herunder anerkjennelse av ansvar, oppgaver og kompetanse. For dem inkluderte dette å bli tatt med i vurderinger i avdelingen, at en hadde en forutsigbarhet i ansvar, og at økt ansvar ble kompensert økonomisk. At anerkjennelse av rollen som sykepleier er viktig for jobbtilfredsheten bekreftes av Berge og Eilertsen (2020).

Mulighet for faglig utvikling var den siste faktoren. Sykepleierne ønsket arenaer for faglig diskusjon på tvers av avdelingene og mulighet for kurs og videre utdanning. Et sykepleiefaglig miljø ble beskrevet som attraktivt. Et aktivt fagmiljø er beskrevet som en av de viktigste rekrutteringsfaktorene for sykepleiere til sykehjem (Gautun et al. 2016). Det er viktig å organisere arbeidet slik at det skaper muligheter for sykepleiere til å reflektere og diskutere jobberelaterte utfordringer med hverandre. (Ahlstedt et al., 2020 & Ylitarmanen et al., 2019).

Team basert samarbeid har positive effekter på sykepleiers arbeidsmiljø, hvor god kommunikasjon er nødvendig for effektiv informasjonsflyt og for å legge til rette for å ta gode avgjørelser. Samarbeid mellom sykepleiere henger tett sammen med jobb tilfredshet, og samarbeid i grupper av sykepleiere reduserer sannsynligheten for at de slutter eller ønsker å slutte (Ulrich, Lavandero, Woods & Early, 2014). Muligheten til å lære og utvikle seg i det daglige arbeidet sammen med kollegaer av samme profesjon er en vital faktor for motivasjon (Ahlstedt et al., 2019, Toode et al., 2011).

Oppgaveglidning mellom ulike nivå i helsetjenesten benyttes gjerne som en løsning for bedre utnyttelse av ressurser, særlig når ressurstilgangen er begrenset. Oftest blir oppgaver flyttet vertikalt, fra yrkesgrupper med et høyere kompetansenivå, til yrkesgrupper med lavere kompetanse, slik som når oppgaver flyttes mellom yrkesgruppene i sykehjemmet. Oppgaveglidning er ofte mer en konsekvens enn et strategisk virkemiddel i planlegging av god utnyttelse av personal ressurser (Ahlstedt et al., 2019).

For at virksomheter skal nå sine overordnede mål er motiverte medarbeidere en forutsetning. I tillegg vet vi fra helsevesenet at høy turnover og mangel på sykepleiere øker risikoen for dårligere pasientsikkerhet og for høyere pasient mortalitet (Ahlstedt et al., 2019).

Motiverte ansatte som har en vilje til å gjøre en innsats på jobb presterer høyere og har høyere trivsel (Mikkelsen & Laudal, 2016). Motivasjon brukes som samlebetegnelse på de faktorer som setter i gang og som styrer adferden vår. Sykepleiere er kunnskapsarbeidere og deres verdiskapning er sterkt knyttet til motivasjon, og en kan slik si at ledere for denne yrkesgruppen primært skaper verdi ved å øke motivasjon.

## Kapittel 3 Metode

### 3.1 Kontekst

Sykehjem er en del av kommunehelsetjenesten og er en institusjon for personer som har behov for pleie og omsorg hele døgnet, men som ikke trenger behandling på sykehus. Behovet for tilsyn og hjelp må være av en så omfattende karakter at det er behov for heldøgntilbud i institusjon. Alle sykehjem skal ha tilknyttet lege og en sykepleier skal være ansvarlig for det medisinske og sykepleiefaglige tilbudet. I Stavanger Kommune er det i dag 17 sykehjem, både kommunalt og ideelt driftede (Stavanger Kommune, 2022).

Drift av sykehjem er underlagt en rekke lover og forskrifter for å sikre at pasientene og helsepersonellet blir forsvarlig ivaretatt. Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester sier noe om *‘...kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem til de som har behov for det, og hva tjenesten minimum skal inneholde. Det er krav til faglig forsvarlighet og videre at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenesten blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene’* (Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011).

Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers (Helsepersonelloven, 1999). Dette betyr at det påligger et ansvar på kommunene for å sikre at sykehjemmene organiseres slik at helsepersonellet som jobber der blir satt i stand til å utføre jobben sin.

### 3.2 Case A sykehjem med tradisjonell organisering

Virksomhet A, heretter med det fiktive navnet Tradenes Sykehjem, er et stort kommunalt driftet sykehjem i Stavanger kommune med både langtidsplasser og korttidsplasser for øyeblikkelig hjelp, og virksomhetsleders nærmeste leder er kommunalsjef for helse og velferd. Korttidsavdelingen er organisert separat fra resten av sykehjemmet, har egen bemanning og vil i liten grad bli presentert og gjennomgått i oppgaven.

Sykehjemmet er organisert i to seksjoner, en for demens med totalt 59 sengeplasser og en for rus og somatikk med 51 plasser. Demens seksjonen har tre avdelinger, og disse er videre delt inn i grupper på åtte eller ni pasienter, og det samme gjelder for rus/somatikk seksjonen. Hver

seksjon har en avdelingsleder, og denne er sykepleier. På demens seksjonen er to av avdelingene i samme bygg, mens den siste avdelingen er i et annet bygg. Sykehjemmet har også en fagavdeling som består av fagutviklingssykepleiere og fagutviklingsvernepleiere. Seksjonene har hver sin fagutviklingsvernepleier/sykepleier og denne jobber bare dagtid, og tilbringer tiden ute i avdelingene på vaktrommene. Totalt har sykehjemmet 13 sykepleiere og seks vernepleiere fordelt på de to seksjonene. I avdelingene består den daglige bemanningen av sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter, og de går i en turnus tilhørende denne avdelingen.

Det har nylig (2020/21) foregått en omorganisering til seksjon hvor avdelinger er slått sammen og antall avdelingsledere er redusert fra to til en per seksjon. Sykepleierne er tilhørende en avdeling, men skal også rullere og ta vakter på de andre avdelingene for å bli kjent der, og for å kunne sikre likere kvalitet til beboerne og større fleksibilitet for virksomheten.

På morgenrapport er det pleiere, sykepleier og en fagutviklingssykepleier og eller avdelingsleder. Avdelingsleder har ansvar for tre avdelinger, og er dermed ikke til stede på rapport på hver avdeling hver dag. Det er egne ansatte som er delegert ansvaret med fordeling av oppgaver hver dag, og dette er gjort før pleierne i avdelingen kommer på vakt. Ansvarlig sykepleier på vakt har myndighet til å gjøre om på fordelingen hvis det er behov. På tre grupper kan det være en eller to sykepleiere på en dagvakt. Det forekommer også at sykepleier er plassert på en gruppe, men har sykepleiefaglig ansvar for hele avdelingen og tidvis også bakvakt for en annen avdeling. På kveld og helg er sykepleier også plassert på en gruppe med et gitt antall pasienter, og i tillegg har de bakvakt funksjon for en eller begge de andre avdelingene på seksjonen. Det er ikke planlagte faste sykepleieoppgaver på kveld og helg, da blir sykepleierne tilkalt for vurderinger og observasjoner, eventuelt medisiner, akutte ting eller andre behov på de andre avdelingene.

Pasientene deles mellom alle som er på jobb, og alle ekstraoppgaver fordeles samtidig. Alt pleiepersonalet, inkludert sykepleierne, er ansvarlig for daglig stell og pleie, observasjoner, ernæring og medisiner av pasientene. Oppgaver som matlaging, oppvask, renhold, skyllerom og andre forefallende oppgaver utføres også av alle ansatte på jobb. Sykepleier på vakt skal i tillegg til sine pasienter og sin gruppe, utføre sykepleieoppgaver for de andre gruppene, og må da forlate egen gruppe for å utføre disse. Det være seg sykepleieprosedyrer, vurdering og administrering av eventuelt medisin eller medisiner helsefagarbeider ikke kan dele ut, ivaretagelse av syke og terminale pasienter, akutte hendelser osv. Da må det

gjenværende personalet på den gruppen overta oppgavene/pasientene for sykepleier så lenge hen er borte.

I tillegg til oppgavene i avdelingen med pasientene har sykepleier ansvar for oppgaver som å oppdatere pleieplaner, forberedelser og oppfølging etter legevisitt, legging av dosetter, medisinbestillinger, kontroll og utlevering av multidoser, forberedelser til årskontroller med lege, med mere og disse oppgavene gjennomføres når det er anledning.

Alle pasientene har en primærkontakt som er helsefagarbeider og en sekundærkontakt som er sykepleier. Sekundæransvar betyr at de har et særlig ansvar for å kjenne disse godt, at behandlingsplanene er oppdatert, at det blir gjennomført årskontroller, legemiddelgjennomgang, behandlingsintensitet og HLR status er vurdert og dokumentert, at det gjennomføres brukersamtaler og pårørendesamtaler og ellers at de har et godt samarbeid med pårørende.

Før korona var det sykepleiemøter en gang i måneden hvor alle sykepleierne på avdelingen møttes, men det har ikke vært regelmessige møter under pandemien.

### 3.3 Case B sykehjem med stabs organisering

Virksomhet B er et kommunalt langtidssykehjem i Stavanger kommune og virksomhetsleders nærmeste leder er kommunalsjef for helse og velferd. Sykehjemmet, heretter med det fiktive navnet Stabåsen Sykehjem, har 54 langtidsplasser fordelt på 16 demens plasser og 38 somatiske. Fysisk er plassene fordelt likt i to etasjer, med to avdelinger per etasje. Det er en avdelingsleder for hele sykehjemmet som har personalansvar og hun er sykepleier. Hver avdeling har hver sin teamleder som er helsefagarbeider, og sykepleiestaben har en teamleder som er sykepleier og denne er samtidig fagutviklingssykepleier på huset. Teamlederne jobber primært dagvakter, men hver tredje helg.

På dette sykehjemmet er sykepleierne organisert i stab. De er totalt seks sykepleiere i staben inkludert teamleder, og disse går i turnus og jobber hver 3. helg. På dagtid er de normalt to-fire sykepleiere på vakt og på kveld normalt en. På helg er det alltid bare en sykepleier per vakt, og denne har da det sykepleiefaglige ansvaret for hele huset, noe de refererer til som å ha husvakt. Helsefagarbeiderne driver avdelingene og teamleder er ansvarlig for å fordele det tilgjengelige personalet den dagen og sørger for at alle pasientene på sin avdeling får det de trenger av stell, medisiner og mat. De er også ansvarlige for at alt av oppgaver i avdelingen

blir utført, som renhold, matlaging, og annet forefallende. I tillegg har de ansvar for å utføre planlagte eller delegerte observasjoner og målinger av pasientene, følge opp aktiviteter, og delta i brukersamtaler og innkomst av nye pasienter sammen med sykepleier. Hver avdeling har sitt faste personale med helsefagarbeidere og pleieassistenter, men de kan ved behov jobbe på andre avdelinger.

Sykepleierne har ansvar for at alt av sykepleiefaglige oppgaver på huset utføres. Disse oppgavene er her primært definert som oppgaver andre yrkesgrupper ikke kan utføre. Dette er planlagte oppgaver som sårstell og andre prosedyrer, blodprøvetaking, administrasjon av IV medisiner, utdeling av eventuelt medisiner, bestilling av medisiner og kontroll og utdeling av multidoser. De har også legevisitt med påfølgende for- og etterarbeid, de utfører forefallende oppgaver, planlegger og gjennomfører samtaler med pasienter og pårørende i samarbeid med primærkontakt, og vurderer sammen med helsefagarbeiderne behov for og administrering av eventuelt medisiner til pasientene. I tillegg har de ansvar for at behandlingsplanene og medisinalistene til pasientene til enhver tid er oppdatert, og ved akutte hendelser eller når pasienter blir syke skal dette håndteres og deretter dokumenteres og følges opp.

Sykepleierne har sekundæransvar for et gitt antall pasienter som de skal ha ekstra god kjennskap til. Disse sekundærpatientene er fordelt i forskjellige avdelinger, slik at sykepleierne må være kjent på hele huset. Sekundæransvarlig betyr at de har et særlig ansvar for å kjenne disse godt, at behandlingsplanene er oppdatert, at det blir gjennomført årskontroller, legemiddelgjennomgang, at behandlingsintensitet og HLR status er vurdert og dokumentert, at det gjennomføres brukersamtaler og pårørendesamtaler sammen med helsefagarbeiderne og ellers at de har et godt samarbeid med pårørende.

En dagvakt starter med rapport fra natt, og her er sykepleiere, avdelingsleder, teamledere og virksomhetsleder til stede, og ansvarsområder og oppgaver for dagen fordeles. Hver etasje får tildelt sin sykepleier som er ansvarlig for de sykepleiefaglige oppgavene der denne dagen, og er det flere enn to sykepleiere på jobb går disse 'på topp' og de avtaler hvem som utfører hvilke oppgaver. Sykepleierne kan velge om de ønsker å delta i stell av pasientene, og de velger da primært å stille syke eller terminale pasienter som har behov for sykepleiefaglig observasjon og vurdering, nye beboere eller sine egne sekundærpatienter. Alle informantene forteller at de stort sett deltok i ett eller flere stell de fleste dagene, men at de hadde ikke videre ansvar for oppfølging av disse pasientene resten av dagen. Ved sykdom i avdelingene hjelper sykepleier til med stell eller annet det er behov for, men er sjelden en hel dag i avdelingen, da de fortsatt har ansvar for at sine egne oppgaver gjennomføres.

Sykehjemmet har en lege i 50% stilling, og sykepleiere må ellers kontakte legevakt, sykehjemslegevakt eller 113 når pasientene er dårlige.

Sykepleierne har faste møter to ganger per uke sammen med sin teamleder, avdelingsleder og virksomhetsleder. Her er det en gjennomgang av alle beboerne, det er en gjennomgang og oppdatering fra visitt, og aktuelle utfordringer og problemer diskuteres. Det kan også være undervisning i forskjellige tema, eller refleksjon rundt gitte problemstillinger. Etter møtet skrives et referat som deles med alle sykepleierne på e-post i pasientjournalssystemet og slik sikrer de at alle er kjent med status og plan på alle pasientene, og at alle får samme informasjon. Det er en daglig rapport klokken 12 i hver etasje hvor teamleder og sykepleier som er ansvarlig for den etasjen har en gjennomgang fra morgenen, og de oppdaterer hverandre på dagen så langt, status på beboerne og beskjeder formidles som skal videre til kveldsvakt.

### 3.4 Forskningsdesign

Problemstillingen i denne oppgaven har som mål å undersøke hvordan sykepleiere som jobber i to forskjellige organisasjonsmodeller opplever organiseringen av oppgavene, jobbmotivasjon, mestring og mulighetene de har til å kunne yte det de mener er god sykepleie. Forskning på organisering av oppgavefordeling i sykehjem med fokus på spesialisering av sykepleiernes oppgaver er begrenset, og jeg savner informasjon om hvordan sykepleiere i sykehjem opplever og reflekterer omkring temaet.

Det er valgt en komparativ case studie med to case for å kunne forklare og sammenligne hvordan sykepleiere opplever gitte faktorer i de to forskjellige organisasjonsmodellene. Studien har et kvalitativt forskningsdesign og casedesignet er forklarende (Postholm & Jacobsen, 2018). I ett case jobber de etter en organisasjonsmodell med sykepleiere i en stabs modell, og i det andre caset jobber de etter en klassisk modell med sykepleiere i avdelingen. En case studie har som målsetting å presentere en grundig forståelse av en case, og en multipl case studie skal studere flere caser og deretter sammenligne (Postholm & Jacobsen, 2018). To caser vil aldri være helt like slik at kunnskap kan overføres direkte, men det er i denne oppgaven forsøkt å gjøre rede for de forhold som gjør hver enkelt case typisk.

Målet med studien har ikke vært å utvikle ny teori eller avlede generalisering basert på casene, men å utvikle ny forståelse av temaene i lys av teori, gjennom en kombinasjon av induktiv og deduktiv tilnærming. Dette er valgt for å undersøke nærmere faktorer som

vanskelig lar seg kvantifisere, men best belyses ved å gå i dybden på temaet. Tidligere forskning på temaet ble gjennomgått for å utarbeide intervjuguiden, og slik snevre inn hvilke tema en ønsket å belyse.

### 3.5 Utvalg og informanter

Sykehjemmene som ble valgt har ulike måter å organisere sykepleiertjenesten på. Det var et ønske fra start å benytte to sykehjem med relativ lik størrelse og pasientplasser, slik at en hadde mest mulig lik kontekst for sykepleierne. Dette lot seg ikke gjøre, og sykehjemmet med tradisjonell organisering som ble valgt hadde dobbelt så mange pasientplasser. Sykehjemmet var organisert og delt opp i to seksjoner med henholdsvis 51 og 59 plasser, hver seksjon hadde eget personal som ikke jobbet ved den andre seksjonen, og egen avdelingsleder. Slik kunne en argumentere med at for sykepleierne ved Tradenes var størrelsen og konteksten nokså lik sykehjemmet med stabs organisering.

Det er valgt å samle inn data fra kun sykepleiere i to ulike modeller for å finne ut hvordan de opplever å jobbe i sin organisering. Det er ikke valgt å samle inn data fra andre yrkesgrupper eller ledere, da ønsket var å snevre forskningsområdet til motivasjon og trivselsfaktorer hos kun denne gruppen. Informantene er sykepleiere som jobber i kommunale sykehjem i Stavanger Kommune. Målet var å rekruttere til sammen 10 sykepleiere, men resultatet ble åtte stykker, fire informanter fra hvert sykehjem. Det ene sykehjemmet hadde kun seks sykepleiere ansatt, en fra vikarbyrå som ikke var aktuell, og en som ikke ønsket eller hadde anledning å delta. Alle informantene fra begge sykehjemmene som deltok jobbet 100%, og i fast stilling. Det var viktig at alle jobbet i tilnærmet hel stilling og hadde fast ansettelsesforhold. Det å være ansatt i vikariat stilling vil kunne påvirket hvilket forhold de hadde til arbeidsplassen (Mikkelsen & Laudal, 2016). Informantene var mellom 24 og 51 år, og arbeidserfaringen som sykepleier varierte fra ett år til over 25 år. Alle sykepleierne, bortsett fra en, som jobbet i sykehjemmet med stabsorganisering hadde tidligere jobbet i sykehjem med tradisjonell organisering.

Virksomhetslederne var forespurt og informert om prosjektet på forhånd, og begge gav sin tillatelse til at jeg kontaktet sykepleiere ved deres virksomhet. På sykehjemmet med stabs organisering hadde virksomhetsleder tatt dette opp med sykepleierne på forhånd, slik at de var klar over at det kom en forespørsel. Jeg fikk en liste med fem sykepleier som jobbet i staben, og fire av de takket ja til å delta. Ved det andre sykehjemmet var ikke sykepleierne informert



på forhånd, men jeg fikk en liste over alle sykepleierne jeg kunne kontakte, totalt ni stykk i store stillinger. Det ble først tatt kontakt per mail, og deretter fulgt opp med to påminnelser på mail eller SMS. Resultatet ble fire informanter som stilte til intervju.

### 3.6 Datainnsamling og analyse

Det ble samlet inn data gjennom intervju av åtte sykepleiere, og det ble også samlet inn data om organiseringen via sykehjemmenes hjemmesider, informasjon fra Stavanger kommunes hjemmeside, og fra de to respektive virksomhetslederne via epost. For å kunne utarbeide intervjuguiden til studien har forfatter gjennomgått teorier som er relevant for å svare på forskningsspørsmålene. Teorien som er lagt til grunn i oppgaven viser faktorer som er kritiske for trivsel og motivasjon for sykepleiere, og intervjuguiden er laget med disse teoriene som bakgrunn. Intervjuguiden var temabasert, og rekkefølgen ble ikke nødvendigvis fulgt ettersom informanten selv startet med å fortelle og de brakte opp forskjellige tema underveis i intervjuet. Det ble stilt ulike oppfølgingsspørsmål, og noen tema fikk større plass i enkelte intervju basert på hva informantene vektla.

Målet med et semi-strukturert intervju som verktøy i denne case studien er å forstå deltakerens perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015). Det skapes kunnskap i møtet mellom forsker og synspunktene til den som blir intervjuet. Creswell og Poth (2013) forklarer et kvalitativt intervju som et forsøk på å forstå verden fra intervjuobjektet ståsted, og avdekke meningen bak deres erfaringer, og vise deres levde verden.

Det var gitt godkjennelse fra ledelsen ved begge sykehjemmene til å utføre intervjuene i arbeidstiden, og de ble gjennomført i møterom på sykehjemmene. Intervjuene tok mellom 40 min og 75 min. Informantene hadde ikke lest spørsmålene på forhånd, men visste fra infoskrivet hvilke tema intervjuet skulle omhandle.

Intervjuene ble tatt opp på bånd, og transkribert samme dag eller innen et par dager. Intervjuene ble lyttet gjennom en gang før transkribering startet, for å sikre en oversikt og forståelse av det som ble sagt. Transkribering av tale medfører alltid tap av kunnskap/innsikt som kroppsspråk, toneleie, sukk, latter eller andre lyder som gir mening til språket. Noe er forsøkt oversatt i skriftlig form, mens noe gikk tapt i oversettelsen fra tale til skrift. Noen av intervjuobjektene hadde ikke norsk som morsmål, og i transkriberingen ble det forsøkt rettet slik at det var lettere å lese gjennom og forstå senere. Det er benyttet direkte sitater fra

intervjuene, og der det er gjort er de alltid skrevet ut med riktig grammatikk uten å endre meningsinnholdet.

Hensikten med kvalitativ analyse er først å sortere datamaterialet som er samlet inn i en studie for å gjøre materialet forståelig. I følge Postholm og Jacobsen (2018) er denne formen for analyse, hvor materialet struktureres og gjøres rapportvennlig, kalt deskriptiv analyse. Her leter man etter mønster slik at materialet kan samles i kategorier eller under tema.

Analysen startet allerede før intervjuene, i det innsamling av informasjon om virksomhetene startet, i kommunikasjonen med ledere og i rekrutteringen og kommunikasjonen med sykepleierne, både de som stilte opp og de andre. I intervjuene ble aktiv lytting benyttet og oppfølgingsspørsmål ble stilt for å oppmuntre informantene til å fortelle mer om enkelte tema, utdype en kort kommentar eller for å bekrefte uttalelser som ikke var så tydelige. Egen forforståelse ble forsøkt lagt vekk, og i hvert intervju var det fokus på å lytte på en åpen og objektiv måte.

Etter transkribering ble intervjuene skrevet ut på papir med brede marger slik at det kunne noteres direkte på utskriften. Intervjuene ble lest gjennom flere ganger før analysen startet. Alle intervjuene til case A ble lest og analysert først og et utkast av funn skrevet, før det samme ble gjort for case B. En temabasert analyse basert på hovedtemaene i intervjuguiden ble valgt. Ved gjennomlesing av transkripsjonene ble det på høyre side notert koder fra hvert avsnitt. Som for eksempel; støtte/hjelp, bruk av kompetanse, veiledning, kompetanseutvikling, møteplasser, tverrfaglighet, legedekning og så videre ble plassert i det overordnede temaet 'kompetanse og fagmiljø'.

Hensikten med studien var ikke å avdekke eller finne ny teori, men å beskrive opplevelsene til informantene. Ved å beskrive deres opplevelser kan denne kunnskapen bidra til temaet rundt organisering av sykepleiere i sykehjem.

### 3.7 Forforståelse

Jeg er selv sykepleier med 20 års erfaring fra sykehus, humanitært arbeid, sykehjem og aldershjem for private aktører, både ideelle og kommersielle. Min erfaring fra sykehjem er kun som avdelingsleder ved et kommersielt driftet sykehjem hvor sykepleierne da var organisert i et fagteam, en lignende modell som stabsmodellen undersøkt i denne oppgaven. I dag er jeg virksomhetsleder ved et ideelt drevet aldershjem. I sykehjemmet opplevde jeg at fagteam modellen la til rette for at sykepleierne, og i den organiseringen lege, fysioterapeut og

ergoterapeut, hadde daglig fokus på å yte høy faglig kvalitet, og at sykepleierne hadde tid og anledning til å løse sine oppgaver. Modellen derfra kan dog ikke sammenlignes helt med den valgte casen i denne studien, da de hadde lege, fysioterapeut og ergoterapeut i 100% stillinger, og det er ikke vanlig i sykehjem i dag. Min interesse for hvordan organisering av arbeidet påvirker de ansatte startet her.

Det finnes i dag flere kommuner som satser på varianter av denne fagteam/stab organiseringen av sykepleiere, og hvor helsefagarbeidere er teamleder og har ansvar for daglig drift av avdelingene (Hilsen, 2019). Bakgrunnen for valg av denne modellen handler i stor grad om utfordringer relatert til å skaffe nok sykepleiere, ikke nødvendigvis fordi det er ansett for å kvalitetsmessig være en bedre organisering for å yte gode tjenester til brukerne.

I tiden jeg har jobbet med denne oppgaven har jeg jobbet med min egen forforståelse av temaet og vært svært bevisst på eget utgangspunkt. Det har ikke vært et ønske å få bekreftet egen ide, men være objektiv gjennom hele prosessen fra valg av teori, til intervju og analyse av dataen, slik at eventuelle funn i størst mulig grad kan være pålitelige.

### 3.8 Troverdighet

Forskning må ses som en pågående prosess der vi avdekker og forstår deler av virkeligheten, og er dermed en prosess som utvider vår kunnskap (Postholm & Jacobsen, 2018). Validiteten, eller gyldigheten, i studien handler om hvilke konklusjoner man egentlig kan trekke basert på dataen man har samlet inn (Postholm & Jacobsen, 2018). Ifølge Postholm og Jacobsen (2018) kan man dele gyldighet inn i indre og ytre. Indre validitet handler om at det vi har kommet frem til, de konklusjonene man trekker, er gyldige for de eller det vi har studert. Jeg har vist mitt teoretiske utgangspunkt og hva jeg derfor baserer mine tolkinger og analyser på. Under prosjektet har jeg vært kritisk til min egen forforståelse, og tatt dette med i innsamling, analyse og diskusjon av funnene. Ytre gyldighet handler om overførbarheten til andre kontekster enn den som her er studert, om funnene kan generaliseres. Det er forsøkt å skrive med språk og beskrivelser som er gjenkjennbart for de fleste som jobber i sykehjem, noe som defineres som naturalistisk generalisering (Postholm & Jacobsen, 2018).

De siste to årene har helsevesenet, som resten av verden, vært sterkt preget av pandemien, og dette har selvfølgelig påvirket den overordnede arbeidshverdagen til alle, også informantene i dette prosjektet, og uttalelser fra informantene om økte og endrede oppgaver de siste to årene bekreftet dette. I starten av 2022 var sykefraværet blant helsepersonell en stor utfordring og

dette viste seg når flere av intervjuene måtte bookes om på grunn av sykdom. Restriksjonene relatert til smittevern og samling av mennesker har påvirket og redusert mulighetene for møter, kurs og undervisning og dette viser igjen i svarene til informantene. Sykehjemmet med tradisjonell organisering har gjennomgått en omorganisering i pandemiperioden, med sammenslåing av avdelinger til seksjon og reduisering av antall avdelingsledere.

Selve problemstillingen kan fremstå som om studien er ute etter å si at den ene eller andre organiseringen er bedre enn den andre, og dette kan ha innvirket på svarene for noen av informantene. Alle informantene, bortsett fra en, ved sykehjemmet med stabsorganisering har tidligere jobbet i tradisjonell organisering og vil da naturlig sammenligne sine opplevelser med sånn de jobber i dag. Som novise innen datainnsamling og intervju teknikk kan jeg ikke se bort fra at jeg i den semistrukturerte formen, valgte å gå dypere inn i svar som jeg personlig anså som interessante, mens jeg på andre siden unnlot å følge opp utsagn som kunne vært viktige.

Relabilitet, eller pålitelighet, handler om forskningsresultatene konsistens og hvorvidt resultatene kan reproduseres av andre på andre tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2015). Det vil være vanskelig å gjøre en kvalitativ studie likt på nytt, både fordi møtet mellom forsker og menneskene som deltar i studien vil arte seg forskjellig og fordi ulike forskere har med seg sin egne subjektive teori inn i forskningen, og fordi alle mennesker hele tiden er i utvikling. Om en studie er mulig å replikere har betydning for hvor sann den er, men ikke hvor pålitelig funnene er. Funnene i denne kvalitative studien handler om kontekstuell kunnskap og forfatters subjektivitet må legges frem som en del av konteksten kunnskapen skal forstås i (Postholm & Jacobsen, 2018). Gjennom hele prosessen har jeg vært bevisst egen subjektivitet og forståelse av problemstillingen før oppstart. Jeg har vært bevisst hvordan jeg har stilt spørsmål i intervjuene, og forsøkte hele veien og komme med nyanserende oppfølgingsspørsmål og var bevisst på at informantene kunne anta at jeg var ute etter sånne eller slike svar. En av informantene fra sykehjemmet med tradisjonell organisering kom med en uttalelse på slutten av intervjuet som bekreftet min mistanke om at svarene nok var justert fordi hun trodde jeg var ute etter å høre at deres organisering hadde utfordringer. Svarene her fremstod noe lite nyansert sammenlignet med de andre. Dette handlet nok i stor grad om at mine evner som intervjuer fortsatt trenger mye øving.

Jeg informerte om stillingen min som virksomhetsleder til informantene, og selv om jeg presiserte at informasjonen de gav var konfidensiell, kan frykt for at ufordelaktige beskrivelser skulle nå deres ledere gjennom felles nettverk, ha påvirket noen svar.

På sykehjemmet med tradisjonell organisering var det utfordrende å rekruttere informanter. Dette kan være tilfeldig, midt i en intensiv sykdomsperiode for helsepersonell, men det kan også være av betydning. Det var lagt til rette fra arbeidsgivers side at de kunne gjøre intervjuene i arbeidstiden slik at det skulle være enkelt for dem. Det er vanskelig å ha en mening om de som ikke stilte, men tatt i betraktning spriket i opplevelser fra de som stilte hadde det vært svært interessant å høre fra de som ikke stilte til intervju.

Forskningsetiske hensyn handler i stor grad om å ivareta personvernet til informantene som deltar. Det var søkt og gitt godkjenning fra NSD før igangsetting av intervjuene. Informantene var gitt et informasjonsskriv før intervjuet og de samtykket til opptak og lagring av data. Deltakerne er anonymisert, og sykehjemmene er gitt fiktive navn. Datainnsamling og lagring er utført i tråd med anbefalingene fra NSD.

Jeg har vært bevisst egen rolle og muligheten for at informantene skulle være bekymret for å snakke fritt da jeg også jobber i bransjen. Min egen kjennskap til sykehjem og spesielt da stabsorganiseringen har nok påvirket utforming av intervjuguide og hvordan selve intervjuene ble gjennomført til tross for sterk bevissthet rundt dette. Det kan ikke utelukkes at jeg har gått glipp av relevant informasjon som jeg burde gått dypere inn i, eller at jeg tidvis har forsøkt å få bekreftet egne antagelser.

## Kapittel 4 Resultater

I denne delen av oppgaven presenteres resultatene fra analysen av datamaterialet. Resultatene presenteres temabasert, og i tabell form med sitater fra begge sykehjemmene.

### 4.1 Tema Organisering og oppgavefordeling

Herunder er informantenes opplevelse av hvordan organiseringen og oppgavefordelingen fungerer for dem i arbeidshverdagen, og hvilke konsekvenser dette har.

Fordeling av oppgaver i de to sykehjemmene er illustrert i den første tabellen. Tabellen er ikke utfyllende, men viser et tydelig bilde.

#### 4.1.1 Tabell oppgavefordeling

OPPGAVEFORDELING YRKESGRUPPER		
OPPGAVER	Tradenes sykehjem	Stabåsen sykehjem
Fordeling av personal i avdeling	Sykepleier (spl), leder	Teamleder helsefag
Renhold og klesvask i avdeling	Spl, helsefag, pl.ass	Helsefag og pleieassistent
Praktiske oppgaver beboer	Spl, helsefag, pl.ass	Helsefag og pleieassistent
Oppfølging aktiviteter/trening	Spl, helsefag, pl.ass	Helsefag og pleieassistent
Stell beboere i stabil fase	Spl, helsefag, pl.ass	Helsefag og pleieassistent
Stell syke eller terminale beboere	Spl, helsefag, pl.ass	Sykepleier og helsefag
Matlaging og servering	Spl, helsefag, pl.ass	Helsefag og pleieassistent
Varebestilling/logistikk i avd	Spl, helsefag, pl.ass	Helsefag og pleieassistent
Planlagte målinger beboere/NEWS	Sykepleier og helsefag	Helsefagarbeider
Samarbeid pårørende	Sykepleier og helsefag	Sykepleier og helsefag
Ernæringscreening/fallkartlegging	Sykepleier og helsefag	Helsefag
Medikamenthåndtering faste	Sykepleier og helsefag	Helsefag
Medikamenthåndtering evt + IV	Sykepleier	Sykepleier
Legevisitt m/oppfølging	Sykepleier og lege	Sykepleier og lege
Dokumentasjon daglig rapport	Spl, helsefag, pl.ass	Helsefag, spl og pl.ass
Medikamentbestilling, kontroll, legge dosetter, medisinerom	Sykepleier	Sykepleier
Oppdatering behandlingsplaner	Sykepleier og helsefag	Sykepleier (helsefag)
Årskontroll, legemiddelgjennomgang, IPLOS	Lege og sykepleier	Lege og sykepleier
Håndtering akutt syke beboere	Sykepleier (helsefag)	Sykepleier (helsefag)

Sårstell, kateter, IV	Sykepleier	Sykepleier
Primæransvarlig beboer	Helsefagarbeider	Helsefagarbeider
Sekundæransvarlig beboer	Sykepleier	Sykepleier
Ansvarsvakt andre avdelinger	Sykepleier	Sykepleier
Veiledning/opplæring	Sykepleier (helsefag)	Sykepleier (helsefag)
Kunnskap om diagnoser, plan og behandling sykepleier	Egen avdeling	Alle avdelingene

Neste tabell viser sitater fra informantene. Kodene som ble brukt var; arbeidsoppgaver, arbeidsfordeling og fleksibilitet i oppgaveløsningen.

#### 4.1.2 Tabell organisering av arbeidet

ORGANISERING AV ARBEIDET		
Kode	Sitat fra Tradenes sykehjem	Sitat fra Stabåsen sykehjem
<b>Arbeids oppgaver</b>	<p><i>Det er veldig slitsomt, det er egentlig det. Man føler man strekker ikke til på alle punkt, og det blir litt hulter til bulter, og du husker kanskje ikke om du gjorde det eller ikke, så kommer det nye beskjeder hele tiden og folk kommer med nye ting. Så oppstår det kanskje akutte ting. Kaotisk av og til. (Spl 3)</i></p> <p><i>Men det er en følelse av at du ikke er sikker på at du har gjort alt, av og til ringer jeg tilbake inn på jobb og sjekker, det gjorde jeg på fredag. Det er ikke alltid så travelt, men når det er sånn så føler du at du ikke har nok tid å snakke med pasientene fordi du må springe og gjør de oppgavene som du må gjøre (Spl 1)</i></p>	<p><i>I går var jeg i 2. etasje. Kikket i svarte boka hvilke oppgaver som er skrevet til i dag, så låser vi ut A og B preparater på medisinerrommet, det er ganske mange som får det, så det tok lang tid. (Spl 8)</i></p> <p><i>I dag var det sykdom i ene etasjen, så da har jeg hjulpet i stell, hjulpet med mating av en sengeliggende og hatt god samtale med han. Så har jeg hatt en samtale med en som nylig kom fra rus/psyk, undersøkte ørene hans og de var fulle av ørevoks så jeg har skylt de. (Spl 5)</i></p>
<b>Arbeids fordeling</b>	<p><i>Men du er jo sykepleier så du må jo gå hvis du har noen som er terminale eller det har vært et fall, så må du gå, og da må noen andre ta over den pasienten. Det er ikke alltid det beste, fordi det er ikke alle pasientene som liker at man bytter. (Spl 1)</i></p> <p><i>Vi har jo fordelt på gruppene hvem som skal ta skyllerom, kjøkken, hvem skal ta rent lager og varer. Så blir det jo pleieplaner, oppdatering av tavle som vi har, masse småting som du plutselig må gjøre. Som ikke er fordelt, men som folk forventer at du som sykepleier gjør. (Spl 3)</i></p>	<p><i>De grunnleggende stell av beboere i stabil fase er helsefag. Vask av klær, holde orden på rommet, sånne ting er det helsefag som har det grunnleggende ansvar for. Sykepleier skal ta seg av de som er syke. De som har behov for sykepleier. Men vi skal også ha et ansvar for de vi har et primæransvar for. De skal vi kjenne ekstra godt. (Spl 5)</i></p> <p><i>&lt;...&gt; det er såpass klar arbeidsfordeling, dette er deres oppgaver og dette er sykepleier sine oppgaver. (Spl 6)</i></p>
<b>Fleksibilitet i oppgaveløsning</b>	<p><i>Så har jeg myndighet til å gå inn og endre det hvis jeg har ansvarsvakt. Hvis jeg ser behovet for at noe må gjøres. Hvis for eksempel noen blir akutt dårlige, og det ikke er så mye fag der, så kan jeg bytte. (Spl 1)</i></p> <p><i>Jeg har opplevd det selv, når jeg jobbet som assistent, at når sykepleier går ifra så får de igjen i avdelingen mer å gjøre. Jeg likte ikke å jobbe med sykepleier den gangen. (Spl 2)</i></p>	<p><i>Vi må tenke hvor sykepleierne trengs. Det er bare sykepleier som kan gjøre det som bare sykepleier kan gjøre og da må vi prioritere det først. (Spl 5)</i></p> <p><i>Helsefag er ganske trent og tar NEWS, så mye kan delegeres til helsefag. (Spl 1)</i></p>



I Tradenes sykehjem deltar sykepleierne i alle oppgavene relatert til stell og pleie av beboere og drift av avdelingene, sammen med helsefagarbeiderne og pleieassistentene. I motsetning til de andre yrkesgruppene har sykepleier mange oppgaver utenfor selve avdelingen, som for eksempel; oppgaver på medisinerom, administrative oppgaver og tilsyn, prosedyrer, og administrering av eventuelt medisin på andre grupper og avdelinger. Spennet av oppgaver det forventes at sykepleier kan og skal utføre fremstår noe ubegrenset.

Informantene gir uttrykk for at arbeidet ikke er organisert slik at de har avsatt tid og kan prioritere de administrative sykepleiefaglige oppgavene, men at disse må løses ad hoc, eller på kveld når det er mindre faste oppgaver. Den begrensede tiden gjør at sykepleierne ikke vil prioritere disse oppgavene over pasientnært arbeid, og de vektlegges i mindre grad.

Det kommer frem at det er varierende forståelse fra kollegaer for oppgavene som sykepleier må utføre utenfor avdelingen, med mindre det er akutte hendelser eller behov for eventuelt medisin på en annen avdeling, og disse oppgavene blir heller ikke nødvendigvis prioritert. Det er noe fleksibilitet i oppgaveløsningen, men for sykepleieren er det personavhengig hvem de jobber sammen med, og hvor mye de kan trekke seg ut av avdelingen for å løse andre pålagte oppgaver.

På Stabåsen sykehjem opplever informantene at oppgavene og arbeidsfordelingen er tydelig. Helsefagarbeiderne driver avdelingen og er ansvarlig for daglig drift, og stell og pleie av beboere i stabil fase. Sykepleierne har sine definerte oppgaver og ansvarsområder, og de overlapper lite. Oppgavene til sykepleierne er begrenset og omhandler rene sykepleiefaglige oppgaver og prosedyrer, medikamenthåndtering, legevisitt, at de har kontroll og oversikt over tilstand og behandlingsplan på alle beboerne på sykehjemmet og sørger for at den blir utført, veiledning, opplæring og støtte av helsefagarbeidere og pleieassistenter og håndtering av akutt syke og terminale beboere. Den fristilte organiseringen setter sykepleierne i en posisjon ovenfor avdelingen hvor de tilbyr å hjelpe hvis det er behov og de har tid, men dette er frivillig og driften av avdelingen er ikke deres primæroppgave. Ved fravær i avdelingen hjelper de til med stell, utdeling av medisiner, og i matsituasjoner.

#### 4.2 Tema prioriteringer og tidspress

Under temaet prioriteringer, ble det søkt å finne informantenes oppfattelse av hvilke oppgaver og ansvarsområder de prioriterte, hvilke oppgaver de prioriterte vekk, og hvordan de generelt opplevde tidspresset på jobb. Dataen ville bidra til forståelsen av hvordan de opplevde mestring og friheten de hadde til å prioritere oppgaver de mente var viktige.

#### 4.2.1. Tabell prioriteringer

PRIORITERINGER		
Kode	Sitat fra Tradenes sykehjem	Sitat fra Stabåsen sykehjem
<b>Hva prioriteres</b>	<p><i>Jeg sitter mye med pasienter som miljøterapi, de som er forvirret og ikke forstår hvorfor de er her, og de vil reise hjem. Vi vurderer dette med medisin mot miljøterapi, det varierer veldig, fra pas til pas og fra dag til dag. (Spl 1)</i></p> <p><i>Nei altså, assistenter eller helsefagarbeidere tar gjerne mer stell og skyllerom, kjøkken ansvar, sånne ting, mens sykepleiere har mer de vanlige sykepleieoppgavene og dokumentasjon i forhold til pleieplaner og sånne ting. Ellers er jo egentlig alle med og driver avdelingen, det må vi jo som et samarbeid. (Spl 4)</i></p>	<p><i>Vi prioriterer de pasientene som trenger det mest. Så hvis det er en som vi ser det har vært en endring på, en døende, eller en ny pasient, da steller jeg de/den pasienten og ser nærmere på den, pluss faste oppgaver. Vi har en liste med faste oppgaver, resten bestemmer vi selv. (Spl 8)</i></p> <p><i>Alle sykepleiere har noen som de har primæransvar for, og da skal de gå til de og har et ansvar for å bli ekstra kjent med de pasientene. Med det er på eget ansvar. (Spl 5)</i></p>
<b>Hva prioriteres vekk</b>	<p><i>Dobbeltkontroll på medisin, pleieplan, lese i CosDoc og endre ting i CosDoc, alt dette går bort. (Spl 1)</i></p> <p><i>At jeg skulle slippe å ta kjøkken og skyllerom av og til, kanskje ta mindre stell slik at jeg skulle hatt mulighet til å gjøre alle de andre tingene som også er veldig viktige, men som må prioriteres vekk fordi det handler ikke om liv og helse for pasienten. Eller grunnleggende behov. (Spl 3)</i></p> <p><i>Jeg prioriterer vekk å jobbe med tiltaksplan, egentlig å se måter hvordan de som bor der skal få det bedre, og å se hva de trenger. (Spl 1)</i></p>	<p><i>Hvis det er sykdom og vi ikke får tak i folk, og vi er flere sykepleiere så går vi i stell, men vi har ikke ansvar for dem hele dagen. Vi kan tilby hjelp, men vi er ikke pålagt å hjelpe. Vi organiserer oss, så vi bruker ressursene på riktig måte. (Spl 6)</i></p> <p><i>Nå har vi mindre avvik fordi vi ikke rekker å gjøre alle oppgavene den dagen, det skjer ikke. (Spl 7)</i></p>
<b>Tidspress</b>	<p><i>Så jeg synes det blir på en måte at det blir for mange oppgaver til at vi klarer å rekke det på jobb. (Spl 3)</i></p> <p><i>Hvis det var flere sykepleiere kunne jeg sluppet å ha dårlig samvittighet for å gå fra gruppen, du ville hatt tid til å gjøre dine oppgaver uten å tenke hva jeg har gjort og ikke gjort. Ellers kanskje jeg glemmer noe. (Spl 3)</i></p> <p><i>Jeg prøver å skynde meg fordi jeg vet det er vanskelig for de som er igjen. (Spl 1)</i></p>	<p><i>Noen dager kan det være veldig travelt, mens andre ganger kan jeg føle at, ja, det hviler mer på oss selv. Når vi har pasienter på en liste, må vi faktisk stå på selv, drive oss selv. (Spl 5)</i></p> <p><i>Ja, det er travle dager, men generelt har vi ganske god tid. (Spl 8)</i></p>

Ved Tradenes sykehjem prioriteres pleie, stell og medisiner til beboerne, og deretter sykepleiefaglige oppgaver som prosedyrer, medikamenthåndtering og legevisitt. Henvendelser om behov for eventuelt medisin og tilsyn av beboere som er syke håndteres kontinuerlig gjennom en vakt, og antall henvendelser er avhengig av hvor mange grupper og avdelinger sykepleier har ansvar og bakvakt for. Informantene opplever at det er vanskelig å prioritere tid til å jobbe med sykepleiefaglig dokumentasjon, som for eksempel oppdatering og vedlikehold av behandlingsplaner, og dette ansvarsområdet blir oftest prioritert bort. I et forsøk på å prioritere oppgavene de mener er viktigst forsøker sykepleierne å delegere bort en del oppgaver som andre yrkesgrupper kan utføre, og dette aksepteres i varierende grad av de andre ansatte. Ved tilkallinger til situasjoner utenfor sin gruppe opplever sykepleierne at de må være tidseffektive og forsøker å løse oppdraget raskest mulig for å rekke tilbake. Ved å ha ansvar for beboere, og stell, mat og medisiner, låses de opp store deler av dagen og de har lite handlingsrom for å følge opp de andre avdelingene som de har det sykepleiefaglige ansvaret for. Tidspresset for informantene er varierende, men dagvakter hvor de har ansvar for andre avdelinger oppleves svært hektiske, og dette skjer hver uke på den ene seksjonen.

Ved Stabåsen sykehjem oppgir informantene at de prioriterer å stelle og vurdere beboere som er syke, terminale eller nye på huset, sine primærpasienter, og sine faste oppgaver relatert til medikamenthåndtering, prosedyrer og legevisitt. De er forventet å kjenne alle beboerne på huset, og de bruker tid på å lese og sikre at behandlingsplanene til enhver tid er oppdaterte. I samarbeid med helsefagarbeider og teamleder i avdelingene utarbeides tiltak for hver beboer, og de fleste oppgavene relatert til observasjoner og prosedyrer som helsefagarbeider er kvalifisert eller opplært til utføres av helsefagarbeider.

De opplever i liten grad at de trenger å prioritere vekk oppgaver de har ansvar for, og tidspresset er til vanlig helt overkommelig. Ved sykdom, fall eller andre akutte hendelser hos beboerne, kan sykepleierne prioritere å bruke den tiden det tar å håndtere, og de trenger ikke tenke på at de overlater pasienter og oppgaver til andre. Informantene opplever at de har tid og mulighet til å prioritere å ha oversikt og kontroll på alle beboerne på sykehjemmet gjennom rapporter, tilsyn eller dokumentasjon i journalsystemet.

#### 4.3 Tema kompetanse og fagmiljø

Her ble det undersøke hvordan informantene opplevde fagmiljøet, med fokus på sykepleiemiljøet, og hvordan de opplevde egen kompetanse og hvordan de fikk benyttet denne, og hvilke veiledningsoppgaver de hadde.

#### 4.3.1 Tabell kompetanse og fagmiljø

KOMPETANSE OG FAGMILJØ		
Kode	Sitat fra Tradenes sykehjem	Sitat fra Stabåsen sykehjem
<b>Kompetanse utvikling</b>	<p><i>Ja, jeg har lært ganske mye på jobben. Utviklet kompetanse på prosedyrer, kateter og sårstell (Spl 2)</i></p> <p><i>Ja, vi har jo stort sett masse møter på huset, vi prøver på det. Det fungerte ganske godt, og vi hadde fokus på å involvere de som ikke er fagpersoner. Det var nyttig for meg og veldig viktig. (Spl 1)</i></p> <p><i>Jeg etterspurte sårkurs, da fikk jeg 1 uke hospitering på sårstell på SUS. Det var bra. Nå er jeg ressursperson. (Spl 2)</i></p>	<p><i>Jeg merker at ovenfor pasientene så har vi et høyt faglig nivå, og pas får den oppfølgingen de skal ha. Jeg merker forskjell fra andre steder i kommunen hvor jeg har jobbet og vært i praksis, at sykepleier har mer overskudd til å gjøre de sykepleie faglige oppgavene. (Spl 6)</i></p> <p><i>Vi har jo fagutviklingssykepleier, og så generelt hvis vi har forslag, vi er ikke så flinke på det eller det, så kan vi snakke om det eller ha faglunsj og en diskusjon om tema. Vi kan komme med forslag om hva vi trenger (Spl 8)</i></p>
<b>Kompetanse mobilisering</b>	<p><i>Jeg føler mange ganger at jeg ikke får brukt min kompetanse. Jeg har ikke tid til å bruke min kompetanse. En sykepleier skal jo ha tid til pasienten, og hvis jeg ikke har tid gjør jeg ikke en riktig vurdering av pasienten (Spl 1)</i></p> <p><i>Ja, jeg vil si jeg får brukt kompetansen min. Når man står masse alene så må man jo bruke det man har lært, og vurdere situasjonene man står i. (Spl 3)</i></p>	<p><i>Jeg får bruke kompetansen min mye bedre enn da vi jobbet på vanlig måte. Jeg har bedre oversikt over pasientene, medisinske greier og generelt mye bedre oversikt. (Spl 8)</i></p> <p><i>Jeg får brukt den ved å ha det sykepleiefaglige ansvaret, det er mye veiledning og rådgiving av helsefagarbeidere, det er det mye av. &lt;...&gt; Det som er kjekt, er at man ikke trenger å stå i oppvasken, men at jeg får bruke den kompetansen jeg har. (Spl 6)</i></p>
<b>Fagmiljø sykepleiere</b>	<p><i>Den delen mangler vi. Det hadde vært nyttig. Det å ta opp en sak og diskutere hvordan vi skal løse problemer, jobb i helse er ikke bare 1 eller 2 personer, det er en teamjobb. (Spl 2)</i></p> <p><i>I hverdagen hvis jeg skal spørre om noe, ha råd om noe, ha hjelp med en prosedyre, da spør jeg fagutviklingsvernepleieren, hun har jeg jo masse kontakt med, og spør om hjelp. (Spl 3)</i></p>	<p><i>Det er ofte at vi ikke er helt enige om ting da får vi høre hva andre mener og hva jeg mener og så komme til en felles løsning, og det er viktig. (Spl 8)</i></p> <p><i>Blant sykepleierne er det et veldig godt miljø. Der er åpenhet og vi kan lære av hverandre, vi deler på informasjon. Det er ikke sånn fy fy hvis man har glemt noe, det er heller sånn at vi hjelper hverandre. (Spl 6)</i></p>
<b>Veiledning</b>	<p><i>Ja, har sykepleier student, det er kjekt, fordi de tvinger meg til å lese, vi skal gjøre klart på forhånd. Og de må få riktig svar. (Spl 2)</i></p>	<p><i>Og det er og kjekt fordi du klarer å overføre mye av det til helsefag også, sånn at du merker at de også blir flinkere. De blir flinkere å observere, og merker endringer i pasientene, og tar mer ansvar for det som er deres oppgaver (Spl 6)</i></p>

Ved Tradenes sykehjem opplever informantene at det er et godt faglig miljø på huset, og relaterer det til fagavdelingen, og at de alltid kan få tak i en annen sykepleier å spørre til råds hvis det trengs. Før pandemien har det vært jevnlig internundervisning og kurs på huset, og dette er i oppstartsfasen igjen. De opplever ikke at det er et eget sykepleiefaglig miljø på huset og de kjenner ikke sykepleierne på den andre seksjonen.

Muligheten til å bruke og videreutvikle kompetansen de allerede har, kompetansemobiliseringen, oppleves begrenset og det begrunnes med for mange oppgaver og for lite definert tid. De opplever å inneha kunnskapen, men opplever at det er for liten mulighet til å fullt ut benytte denne. Samtidig oppleves det å stå i krevende situasjoner alene, som de gjør relativt ofte, som en god utnyttelse av kompetansen sin. Sykepleierne veileder de andre yrkesgruppene, enten når situasjoner oppstår eller de spør om hjelp og råd, og de har jevnlig ansvar for sykepleiestudenter.

Ved Stabåsen sykehjem har de en fagutviklingssykepleier som er teamleder for sykepleier staben, og hun jobber også som sykepleier. I dette sykehjemmet fremstår hun som en pådriver for faglig kvalitet, og hennes holdning bidrar til at sykepleierne må være frempå og ute i avdelingene, stelle og kjenne pasientene.

På Stabåsen sykehjem drives mye veiledning av alle yrkesgruppene, og de benytter blant annet simulering som metode. Sykepleierne uttrykker at de får brukt kompetansen sin godt, og begrunner det med tid og anledning til å sette seg inn i alle beboerne, og muligheten til å bruke den tiden det tar når beboere blir syke og trenger oppfølging. Sykepleiemøtene to ganger i uken ble benyttet til gjennomgang av alle beboerne, diskusjon av diverse problemstillinger og hvordan de skulle løse forskjellige utfordringer, og alle informantene opplevde møtene som svært nyttige. Møtene skapte et fora hvor de kunne diskutere og bryne seg sammen med andre av samme fagbakgrunn, det var takhøyde for å ta opp feil, innrømme at man ikke kunne ting og sammen finne ut gode løsninger og hvordan man ønsket å jobbe.

Pandemisituasjonen oppgis av informanter fra begge sykehjem å ha redusert antall møter, undervisninger og kurs fra hvordan det normalt har vært.

Alle informantene opplevde legedekningen som et problem som i stor grad påvirket arbeidshverdagen deres, og denne er derfor tatt med som en egen tabell.

### 4.3.2 Tabell kompetanse og fagmiljø, legedekning

KOMPETANSE OG FAGMILJØ		
Kode	Sitat fra Tradenes sykehjem	Sitat fra Stabåsen sykehjem
<b>Legedekning</b>	<p><i>Men det jeg ikke liker er at vi bare har lege i 40%. Vi har alltid lege på huset, men de kjenner ikke pasientene, så det er vanskelig &lt;...&gt; Andre leger forordner noe, så kommer den faste legen tilbake og bytter medisin. Dette er ikke forsvarlig. (Spl 1)</i></p> <p><i>Vi har ØHD, alltid lege der. (Spl 2)</i></p> <p><i>Det er en stor trygghet at vi alltid har en lege her på huset og at vi kan ha den gode dialogen (Spl 4)</i></p>	<p><i>Akkurat nå er det altfor liten legedekning, vi har nå 50%. Det er altfor uforsvarlig dekning av lege. &lt;...&gt; Folk står i situasjoner som de opplever som ikke greit, men de vet ikke hvordan de skal løse det. (Spl 5)</i></p> <p><i>Hvis vi har en døende pasient, og den ikke står på palliativ pakke, må vi gå gjennom sykehjemslegevakt. Mange ganger sjokkert hvor dårlig legedekning det er. (Spl 6)</i></p> <p><i>Hvis pasienten trenger det, må du mase og ringe rundt for å skaffe lege. (Spl 8)</i></p>

På Tradenes sykehjem har de en lege i 40% stilling, men det er alltid lege til stede på øyeblikkelig hjelp avdelingen. Sykepleierne opplever at de enkelt får tak i lege ved behov og at dette bidrar til å skape trygghet for dem i pleien av beboerne. De får ikke alltid kontakt med legen som hører til sin avdeling, og dette kan skape utfordringer når det kommer til ordinerer av medikamenter, spesielt på demens avdelingene. Overordnet opplever sykepleierne godt samarbeid med legene.

Ved Stabåsen sykehjem oppfattes dårlig legedekningen som et problem. De har en lege i 50% stilling, men denne er mindre tilgjengelig og er heller ikke tilgjengelig på telefon utover arbeidstiden sin, noe som er vanlig på mange sykehjem. Erfaringen her beskriver godt hverdagsutfordringene dette skaper;

*‘...så var det klart at hun trengte legetilsyn, og vi hadde ikke lege på huset. Så virksomhetsleder ringte kommunen, og spurte om en lege, hvilken som helst, kunne komme, men det var nei, ingen kunne komme. Så måtte jeg ringe legevakt, og de sendte ambulanse, så kom det ambulanse uten lege. Så var det litt sånn, hvorfor ringte dere oss? kunne dere ikke få en lege her på huset, men det kunne vi jo ikke, så det var litt frem og tilbake. Så sa ambulansen at de ikke kunne vurdere om de skulle legge henne inn, så de ringte legevakt, så da ble det bestemt at det heldigvis var en lege som kunne kjøre hit’, sykepleier 8.*

Sykepleierne oppfatter at den begrensede legedekningen gjør det vanskelig å yte den kvaliteten de ønsker ovenfor beboerne, og dette skaper frustrasjoner.

#### 4.4 Tema motivasjon og mening

Hvorvidt informantene opplever at jobben deres er meningsfull har innvirkning på deres motivasjon i jobben. Det var ønskelig å kartlegge hva som motiverte sykepleierne og på hvilken måte.

##### 4.4.1 Tabell motivasjon og mening

MOTIVASJON OG MENING		
Kode	Sitat fra Tradenes sykehjem	Sitat fra Stabåsen sykehjem
<b>Hjelpebeboere og utgjøre en forskjell</b>	<p><i>Ja, jobben min er meningsfull for meg. Grunnen er at jeg kommer som sykepleier og utfører jobben min. Det er bra for meg, og arbeidsmiljøet og det er bra for pasientene. (Spl 2)</i></p> <p><i>Det som motiverer meg, er å få hjelpe noen som trenger det og gi de glede og en meningsfull hverdag, og små øyeblikk som de kan huske. Og når de har de gylne øyeblikkene hvor de husker hva som har skjedd, så synes jeg det er motiverende og veldig meningsfullt å være på jobb. Og det gjør jo at jeg har lyst til å fortsette å være der. (Spl 3)</i></p>	<p><i>Den er fantastisk meningsfull. Jeg får jo lov til å jobbe med mennesker slik de faktisk er &lt;...&gt; Det er en ære å få jobbe med folk som trenger hjelp. Spesielt når folk ligger for døden, for da viser de sitt mest sårbare jeg, og vi får komme så tett på dem. Det er veldig fint. (Spl 5)</i></p> <p><i>Jeg liker å jobbe med mennesker og det er det som motiverer meg og, at pas skal ha det bra. Og gjør mest mulig for dem. Det gjør meg glad og det gir meg noe tilbake å jobbe med det. (Spl 6)</i></p>
<b>Glede og trivsel i arbeidet</b>	<p><i>Når det er nok bemanning blir alle glade, og det er mindre sykefravær og alltid kjente folk; godt arbeidsmiljø. (Spl 2)</i></p> <p><i>Det gjør jo at det er kjekt å komme på jobb, det er absolutt noe jeg ser frem til og jeg trives veldig godt på jobb. (Spl 4)</i></p>	<p><i>Jeg elsker å gjøre noe hands-on, og i går fikk jeg gjøre nesten alle prosedyrene som trengtes. Nei, det var egentlig kjekt (Spl 8)</i></p> <p><i>Jeg går hjem smilende, det gjorde jeg ikke før. (Spl 7)</i></p>
<b>Motiverende aspekt ved jobben</b>	<p><i>Pasientene. De trenger jo hjelp. Det er pga dem jeg har valgt å bli sykepleier, så de motiverer meg til å komme på jobb og til å gjøre jobben min. (Spl 1)</i></p> <p><i>Gode relasjoner med pasientene mine, og at jeg opplever at jeg gjør nytte for meg og kan være der for noen i vanskelige situasjoner. (Spl 4)</i></p> <p><i>Ja, jeg føler meg bra når jeg klarer å utføre oppgavene min. (Spl 2)</i></p>	<p><i>Jeg synes det er utrolig kjekt at siden vi startet her, hvor mye bedre vi har blitt her. Hvor mye mer vi får til, da kjenner jeg at jeg blir hoppende glad. (Spl 5)</i></p> <p><i>Vi har veldig godt miljø, det er motiverende. Jeg elsker de oppgavene jeg har, jeg elsker å jobbe med eldre, det er viktig det. (Spl 8)</i></p>

Ved Tradenes sykehjem opplever informantene at jobben er meningsfull, og de oppgir å få lov å hjelpe beboerne som årsak til dette. Sykepleierne utrykte en sterk prososial motivasjon og at det å bidra til å hjelpe beboerne og å dekke deres behov gav mening til jobben. Det å ha gode relasjoner til beboerne, og se at jobben de gjorde betydde en forskjell var motiverende og gjorde det kjekt å komme på jobb. Godt arbeidsmiljø og gode kollegaer var faktorer som gjorde at informantene trivdes på jobben. Sykepleierne fant det motiverende å komme i mål med oppgavene sine, men opplevde at dette ofte ikke skjedde. En demotiverende faktor var å vite at de kunne levert bedre kvalitet på tjenesten til beboerne, men at de ikke hadde mulighet på grunn av tidsaspektet.

Sykepleierne opplevde ikke at den nye organiseringen med seksjon skapte bedre arbeidsforhold for dem. Med den nye organiseringen skulle sykepleierne ta vakter på alle tre avdelingene på seksjonen for å sikre at de ble bedre kjent og at det ville være lettere å plassere dem der behovet var. I tillegg skulle det sikre likere kvalitet og at alle gjorde 'det samme' på alle avdelingene. Informantene opplevde at rulleringen var en stressfaktor for dem som skapte dårligere kontinuitet ovenfor beboerne.

På Stabåsen sykehjem opplevde informantene at jobben var meningsfull, og begrunnet dette med at de hjalp beboerne, og så en effekt av jobben de utførte. De opplevde å kunne hjelpe beboerne på en helhetlig måte og følte at å kunne bidra til at beboerne fikk en bedre hverdag, og å kunne yte god terminal pleie når beboeren var døende, var motiverende i hverdagen.

Informantene her opplevde også at oppgavene i seg selv var motiverende, og det at de primært brukte tiden sin på oppgaver som krevde sykepleiefaglig kompetanse gjorde arbeidsdagen bra. Sykepleierne, med fagutviklingssykepleier i spissen, utrykte stolthet og en overbevisning om at de leverte god kvalitet til beboeren og det var motiverende. Det var også en motiverende faktor at de for det meste opplevde å ha tilstrekkelig tid til å løse oppgavene sine slik de ønsket. Det at de hadde tid i hverdagen til å løse oppgavene sine på en god måte, gjorde at de opplevde stor trivsel og god helse på jobb.

#### 4.5 Tema mestring og krav

Jobb krav-ressurs modellen forklarer hvordan alle arbeidsplasser består av krav og ressurser (støtte), og at en balanse mellom disse fører til økt trivsel i arbeidet. Her undersøkes hvordan informantene opplever dette i sin arbeidshverdag.



#### 4.5.1 Tabell mestring og krav

MESTRING OG KRAV		
Kode	Sitat fra Tradenes sykehjem	Sitat fra Stabåsen sykehjem
<b>Arbeidsbyrde og ansvar</b>	<p><i>Jeg kan også ha de andre 2 avdelingene, at jeg har hele seksjonen på en dagvakt. I utgangspunktet ikke, men hvis det blir sykdom så må jeg ofte ta det. &lt;...&gt; Men det skjer hver uke, og alltid i helgene. (Spl 3)</i></p> <p><i>Ja, sånn som sist vakt hadde jeg ansvarsvakt og hadde vakttelefon og jeg hadde legevisitt og jeg skulle dele ut medisiner på en gruppe (Spl 1)</i></p>	<p><i>Hvis du skal gå en dagvakt alene, da kan du lure om det er forsvarlig, da er det mye som skal skje og mange oppgaver som skal gjøres. Da har du et veldig press. Men du er jo heldig at du kan legge vekk alt annet. (Spl 6)</i></p>
<b>Opplevd kontroll</b>	<p><i>Så jeg synes det blir på en måte at det blir for mange oppgaver til at vi klarer å rekke det på jobb. (Spl 1)</i></p> <p><i>Det er veldig slitsomt, det er egentlig det. Man føler man strekker ikke til på alle punkt, og det blir litt hulter til bulter, og du husker kanskje ikke om du gjorde det eller ikke, så kommer det nye beskjeder hele tiden og folk kommer med nye ting. (Spl 3)</i></p> <p><i>Tidligere var det vanskelig. Siste året har det vært mer tilrettelagt, de oppgavene som jeg må gjøre. (Spl 2)</i></p>	<p><i>Når jeg merker mestring på jobb, er det ofte når du kommer i mål med noe. Det har vært krevende situasjoner med dårlige pasienter eller konflikter med pårørende, og du klarer å finne løsninger på ting, at alle kan bli fornøyde, da kan jeg kjenne på mestring. Jeg kan merke mestring ved å gi noen en fin død (Spl 6)</i></p> <p><i>Dagene er mindre travel, jeg føler meg ikke sliten når jeg kommer fra jobb. Før var det sånn at jeg ikke orket noen ting etter jobb, føler meg ikke tung i hodet når jeg er på jobb fordi jeg klarer å organisere meg og styre dagen selv (Spl 7)</i></p>
<b>Støtte</b>	<p><i>Og det har litt å si hvem andre som er på jobb, avhengig av hvor mye jeg må gjøre selv og hvor mye jeg kan få hjelp til. (Spl 3)</i></p> <p><i>Det er viktig å ha en avdelings leder tilstede, du kan ikke bestemme alt &lt;...&gt; Jeg føler at jeg har mistet den kontakten. Hun er nå ikke til stede hver dag i rapport, fordi hun må dele seg på 3 avdelinger (Spl 1).</i></p>	<p><i>Vi går ofte alene om kveldene og i helgene, og da er det veldig trygt at jeg kan ringe til de andre hvis man står i en situasjon eller for å spørre om hjelp eller diskutere noe hvis man er usikre, og det er helt greit. (Spl 6)</i></p> <p><i>Ja, jeg har bedre oversikt nå, og det er både på grunn av stab og på grunn av sykepleiemøter x2 per uke, og da går vi gjennom alle pasientene (Spl 7)</i></p>
<b>Følelser/ Konsekvenser</b>	<p><i>Kjempetravel. Jeg fikk vondt i hodet &lt;...&gt; Ja, jeg har jobbet masse med dette – at når jeg går hjem så skal jeg ikke tenke på dette. Men det er ikke lett, og jeg jobber enda med det. (Spl 1)</i></p> <p><i>Føler vel at den største konsekvensen er at jeg får dårlig samvittighet fordi at jeg føler at når det er organisert sånn så får jeg ikke gjort alt det jeg egentlig skal i tillegg til alt jeg burde gjort på en måte (Spl 3)</i></p>	<p><i>Jeg gruer meg ikke til å gå på jobb, det er viktig det. Godt humør mens jeg er på jobb. (Spl 8)</i></p> <p><i>Dagene er mindre travel, jeg føler meg ikke sliten når jeg kommer fra jobb. Før var det sånn at jeg ikke orket noen ting etter jobb, føler meg ikke tung i hodet når jeg er på jobb fordi jeg klarer å organisere meg og styre dagen selv. (Spl 7)</i></p>

Ved Tradenes er det variasjon av opplevd mestring og kontroll over arbeidsoppgavene mellom seksjonene. Den ene seksjonen er kun beboere med demens og det er her det oppleves størst sprik mellom arbeidsmengde og opplevd kontroll. Det kommer ikke tydelig frem hvorvidt det er høyere sykefravær på denne seksjonen, men begge informantene nevner sykefravær flere ganger, og dette kan forårsake at de oftere enn planlagt har flere oppgaver og større ansvar enn de opplever å mestre. I den andre seksjonen, hvor det er en annen pasientgruppe, opplever de i større grad mestring i jobben. Alle informantene opplever å mestre oppgavene i seg selv, og hvis de ikke vet eller kan noe, er de trygge på at de kan finne hjelp fra noen andre. Det er mengde oppgaver spesielt sykepleierne på den ene seksjonen opplever at de ikke alltid mestrer. Når de ikke opplever å mestre å utføre alle oppgavene oppgir de symptomer som hodeverk, labilitet, dårlig samvittighet, at de tar med jobben hjem og har en generell dårlig følelse av å ikke innfri forventninger.

Det er nå en avdelingsleder på tre avdelinger, og informantene uttrykker at de savner å ha sin nærmeste leder til stede i hverdagen. De opplever at de har fått større ansvar og flere oppgaver etter redusering i ledertettheten, og dette oppleves negativt.

På Stabåsen opplever informantene å mestre både selve oppgavene og mengde oppgaver.

På kveld og helg er de alene sykepleier på sykehjemmet, og dette oppleves som et stort ansvar. De yngre sykepleierne med mindre erfaring kjenner mer på at det er et stort ansvar enn de eldre, mer erfarne. Har de behov for å rådspørre en annen sykepleier, kontakter de en fra staben som har fri, og har slik laget seg en støtteordning som fungerer. De er få sykepleiere på Stabåsen, og er dermed sårbare for fravær, spesielt på helg, men det er også dagvakter hvor de går alene sykepleier på hele sykehjemmet. Dette oppleves som travelt, men overkommelig og de verdsetter å være fristilt fra andre oppgaver for å håndtere og rekke over alle oppgavene de må utføre gjennom en dag.

#### 4.6 Tema tilbakemelding og anerkjennelse

Å få tilbakemelding i arbeidet vil ifølge Hackman og Oldham (1980) bidra til økt kunnskap om arbeidets faktiske resultat, og slik bidra til en tilstand av økt mening i arbeidet, derfor undersøkes sykepleierne opplevelse av dette temaet. Og anerkjennelse av sykepleierrollen er ifølge Berge og Eilertsen (2020) viktig for jobbtilfredsheten.

#### 4.6.1 Tabell tilbakemelding og anerkjennelse

TILBAKEMELDING OG ANERKJENNELSE		
Kode	Sitat fra Tradenes sykehjem	Sitat fra Stabåsen sykehjem
<b>Sett på jobb</b>	<p><i>Både fra leder og kollegaer. De kommer spontant, og de gir bra tilbakemelding (Spl 2)</i></p> <p><i>Ja, det er av og til pårørende som kommer. Noen ansatte som er veldig flinke å skryte, og av og til fra lederne. (Spl 3)</i></p> <p><i>Absolutt, jeg føler at jeg får gode tilbakemeldinger, og at jeg er godt likt i avdelingen. (Spl 4)</i></p>	<p><i>I stor grad. Jeg har egentlig i meg en driv, en nysgjerrighet på kunnskap, så hvis jeg er usikker, dette må vi finne ut av. (Spl 5)</i></p> <p><i>Men sånn konkrete er fra kanskje mest sykepleie gruppen, vi gir tilbakemelding til hverandre. (Spl 6)</i></p> <p><i>Jeg ønsker mer tilbakemelding fra ledelse på hvordan jeg jobber, hva jeg kan gjøre bedre. (Spl 7)</i></p>
<b>Verdsatt som fagperson</b>	<p><i>Det varierer jo &lt;...&gt; Jeg føler at folk anerkjenner meg og spør meg om ting og råd der de ikke er komfortable. Også fra lege og leder. (Spl 3)</i></p> <p><i>Jo absolutt det føler jeg, helsefag og studenter hører på det jeg har å si, ja de kommer til meg og spør og de respekterer det. God dialog med lege og en blir alltid møtt på en god måte om en ringer og spør om ting. (Spl 4)</i></p>	<p><i>Blir vel anerkjent på den måten at jeg har mye ansvar og at helsefag kommer med spørsmål og ting de lurer på, mye forskjellig. (Spl 6)</i></p> <p><i>Jeg har aldri følt at når jeg sier noe at folk ikke stoler på meg. (Spl 7)</i></p>

Ved Tradenes sykehjem opplever sykepleierne at de får tilbakemeldinger fra kollegaer, pasienter og pårørende, og fra ledelsen på jobben de gjør. Tilbakemeldingene kommer spontant og er ikke gitt i spesifikke settinger. Sykepleierne i den ene seksjonen savner flere tilbakemeldinger, spesielt fra avdelingsleder på hvordan jobben kan gjøres bedre.

Informantene i den ene seksjonen opplever at det er kommet mer tilbakemeldinger i den siste tiden, både fra kollegaer og ledere og de undrer om dette kan ha sammenheng med at det er satt inn noen tiltak for å bedre arbeidsmiljøet.

Informantene opplever å bli anerkjent som fagpersoner, og de setter dette i sammenheng med det store ansvaret de er tildelt i jobben. Andre ansatte og studenter kommer til dem og spør om råd og veiledning, og de tar rådene til etterretning, og dette oppfattes som anerkjennelse av deres kunnskap og kompetanse. Deres vurderinger og observasjoner blir også tatt på alvor og anerkjent av legene og av ledelsen, og ledelsen ytrer ofte støtte til sykepleierne i avgjørelser de tar.

Ved Stabåsen sykehjem gir informantene uttrykk for at de ønsker mer tilbakemeldinger på hva de kan gjøre bedre fra ledelsen. Dette fremstår å henge sammen med fokuset de overordnet har på kvalitet, og hvordan bli bedre. I sykepleiergruppen gir de hverandre tilbakemeldinger i hverdagen og er flinke å støtte og oppmuntre. Der er også takhøyde for å komme med konstruktive tilbakemeldinger og diskutere hvordan oppgaver skal løses på andre måter. Når noen har gjort en feil brukes veiledning og en løsningsorientert tilnærming på tilbakemeldingen, og de opplever ikke å få negativ kritikk. Sykepleierne får litt, men mindre tilbakemeldinger fra de ansatte i avdelingene, og her kan det være en sammenheng med hvor mye den enkelte sykepleier hjelper til og tilbringer tid i avdelingen når de har anledning.

Informantene opplever at de blir anerkjent som fagpersoner på jobb. De også ser sammenheng mellom det store ansvaret de er tildelt og følelsen av anerkjennelse. Veileder rollen ovenfor studenter og ansatte i avdelingene gjør også at de føler seg anerkjent. Som i det andre sykehjemmet opplever de at deres vurderinger, observasjoner og råd blir tatt til etterretning av leger og ledelsen.

#### 4.7 Tema tilhørighet og kollegiale forhold

Opplevd tilhørighet er en av de tre basis behovene i STD teorien, og dette temaet ble dekket ved spørsmål om de opplevde å høre til og hvilken støtte de hadde fra kollegaer og leder.

##### 4.7.1 Tabell tilhørighet og kollegiale forhold

TILHØRIGHET OG KOLLEGIALE FORHOLD		
Kode	Sitat fra Tradenes sykehjem	Sitat fra Stabåsen sykehjem
<b>Arbeidsmiljø og kollegaer</b>	<p><i>Vi har et veldig godt arbeidsmiljø. Vi støtter hverandre, og hjelper hverandre. Dette går kjempefint. Og jeg er veldig glad når jeg kommer på jobb og ser kollegaene mine. (Spl 1)</i></p> <p><i>Det er jo alltid sånn at det er noen en kommer bedre overens med enn andre. Og så føler jeg at det kanskje er masse frustrasjon og klaging og det kan jo være litt sånn generell frustrasjon fordi jeg vet at mange kjenner på at det er lite tid og de rekker ikke det de burde ha gjort og alt det der. (Spl 3)</i></p>	<p><i>De er gode &lt;...&gt; Bedre miljø. I det store og hele trives jeg på jobb. De sykepleierne vi har nå er stabile. Det hadde vi ikke før stab. Det er et godt tegn. (Spl 5)</i></p> <p><i>De som jobber her også, blant sykepleierne er det et veldig godt miljø. Der er åpenhet og vi kan lære av hverandre, vi deler på informasjon (Spl 6)</i></p> <p><i>Overordnet godt miljø, men så er det jo alltid mye damer, da vil det alltid være noen typer konflikter. (Spl 6)</i></p> <p><i>Det kommer an på hvem. De fleste har jeg godt samarbeid med. Jeg opplever at alle har godt samarbeid med hverandre. Det betyr mye for meg (Spl 7)</i></p>
<b>Del av felleskap</b>	<p><i>Jeg er glad for å komme på jobb. (Spl 1)</i></p> <p><i>&lt;...&gt; men jeg følte raskt at jeg hørte til for det var sånn behov for meg og å spørre om ting i sommer, studenter og vikarer. Så datt det litt vekk et par måneder, hvor det bare gikk og det ikke var noen anerkjennelse, men nå har det tatt seg litt opp igjen. (Spl 3)</i></p>	<p><i>Både og, vi er jo en egen gruppe, men jeg føler veldig tilhørighet til begge avdelingene. Det er den avdelingen jeg hører til den dagen, jeg går og spiser lunsj med, og det er de jeg snakker med fordi det er de du ser mest. (Spl 6)</i></p> <p><i>Jeg føler jeg hører til, blitt tatt godt imot. Er jo stolt av den plassen du jobber, og den jobben vi gjør. (Spl 6)</i></p>
<b>Høre til</b>	<p><i>Ja, jeg har jo vært her så lenge at jeg føler i alle fall at jeg hører til. Jeg trives jo absolutt veldig godt her. Det er min rette vei her. Føler at jeg gjør noe jeg var ment å gjøre. (Spl 4)</i></p>	<p><i>Ja, jeg gjør det. Jeg er veldig involvert i det som skjer på jobb, engasjement. Jeg føler veldig at dette er min plass. Veldig fornøyd. (Spl 8)</i></p>

Ved Tradenes sykehjem opplever informantene tilhørighet, og da primært til kollegaer og sin avdeling, og noe mindre til virksomheten overordnet. Alle opplever å høre til, og det handler i hovedsak om gode kollegaer. Det fremstår overordnet som et greit arbeidsmiljø, men her

skiller det merkbart mellom seksjonene. Informantene opplever ingen tilhørighet til andre sykepleiere som gruppe.

Ved Stabåsen sykehjem opplever også informantene å høre til på arbeidsplassen sin. Her opplever de å høre til huset som institusjon, til sykepleiergruppen og også, til avdelingene. Sykepleierne seg imellom uttrykker at de har et godt miljø og liker å jobbe sammen. Når sykepleierne har ansvar for en etasje på dagtid, så oppholder de seg mest der, spiser lunsj sammen med avdelingen og har mer samhandling med de ansatte i avdelingen enn til de andre sykepleierne.

## 4.8 Tema autonomi

For å kartlegge informantenes opplevelse av autonomi ble det undersøkt hvorvidt de følte at de hadde frihet i arbeidet, hvilke valgmuligheter hadde de gjennom arbeidsdagen og hva frihet i arbeidet betydde for dem.

### 4.8.1 Tabell autonomi

AUTONOMI		
Kode	Sitat fra Tradenes sykehjem	Sitat fra Stabåsen sykehjem
<b>Opplevd frihet arbeidet</b>	<i>Ja, jeg har mine oppgaver hver dag, men jeg føler at jeg har en viss frihet til å organisere når jeg kan gjøre de forskjellige oppgavene etter den tiden jeg har tilgjengelig. (Spl 4)</i>	<i>Det betyr mye, det verste hadde vært å bli låst opp i en hel haug med arbeidsoppgaver som gjør at jeg ikke kan ta de som virkelig brenner. Sånn som det var før stab, så ble det et styr med å omorganisere. Ting ble så tungrodd. (Spl 5)</i>
<b>Valg</b>	<i>Ja. Hvis jeg har en terminal pasient, og jeg bruker tid på den og prioriterer den over andre pas fordi den trenger smertestillende og gode vurderinger, så kommer ingen andre og sier at jeg ikke skal ta den pas. (Spl 2)</i>	<i>Jeg har nok frihet i den grad at jeg disponerer tida min selv &lt;...&gt; . Jeg kan bruke tiden min på det jeg vil. Og jeg føler jo at alt jeg gjør på jobb er meningsfullt. Jeg sitter aldri ned og ikke har noe å gjøre. (Spl 6)</i>
<b>Bestemme selv</b>	<i>Det liker jeg egentlig veldig godt. Å kunne styre litt selv. Å ha tid. Egentlig å kunne disponere dagen som jeg ser det er behov og der det trengs. &lt;...&gt; Både ja og nei. Det kommer an på hva gruppe jeg er på, hvilken avdeling, hvor mye fri jeg kan ta til å gjøre ting som ikke er inne på gruppen, eller å kunne gå ut å gjøre ting på kontoret og sånn. (Spl 3)</i>	<i>Det gjør godt. Det er viktig å ha frihet i dette yrket, fordi du vet ikke hva som skjer den dagen. Hvis du ikke har rom til å ta imot akutte hendelser, så kan du ikke &lt;...&gt; alt rundt en hendelse er tidkrevende, kontakt med lege, håndtering av hendelse, dokumentasjon. (Spl 7)</i>
	<i>Jeg har jo på en måte det, men kanskje ikke så mye som jeg har tenkt vi burde hatt som sykepleiere. (Spl 3)</i>	

Ved Tradenes sykehjem gir informantene utrykk for at de opplever en viss frihet i arbeidet. De opplever at de er gitt ansvar og fullmakt til å kunne fordele ressurser der det er størst behov basert på prinsippet om faglig forsvarlighet, og dette er en motiverende faktor. De har også frihet til å løse oppgaver slik de mener er best, og trenger ikke godkjenning av andre for å ta faglige avgjørelser. Noen opplever valgfrihet når det kommer til å løse oppgaver i den rekkefølgen de mener er best, mens andre opplever at de er mer låst og at gitte oppgaver må gjøres først. Flere gir utrykk for at de ønsker en større grad av frihet i arbeidet enn de har i dag, og her foreslår de mindre oppgaver som stell og drift av avdelingen, for å frigjøre tid til å følge opp sine sykepleiefaglige oppgaver som de også anser som svært viktige.

På Stabåsen sykehjem opplever informantene stor grad av frihet i arbeidet, og dette er viktig for dem alle. De uttrykker å kunne bruke kompetansen sin til å prioritere hvor det er mest behov for sykepleier. Sykepleierne har faste daglige oppgaver som skal løses, men de er gitt stor frihet i når og hvordan disse løses. Alle informantene verdsetter friheten til å kunne bruke tiden det tar for å håndtere akutte hendelser, som de sier oppstår jevnlig. De har muligheten og tiden til å vurdere på en god måte, håndtere hendelsen og å skaffe lege ved behov, og deretter dokumentere. Informantene begrunner den store graden av opplevd frihet med hvordan arbeidet er organisert, og deres fristilte rolle på huset. Denne friheten gjør at informantene benytter tiden sin noe forskjellig, og teamleder fremstår tett på for å sikre at nok tid blir tilbragt pasientnært.

## 4.9 Tema god sykepleie og kvalitet

Sykepleiere er kunnskapsarbeidere, og deres opplevelse av å ha muligheten til å levere god kvalitet vil påvirke deres opplevelse av motivasjon og trivsel i arbeidssituasjon sin.

### 4.9.1 Tabell god sykepleie og kvalitet

GOD SYKEPLEIE OG KVALITET		
Kode	Sitat fra Tradenes sykehjem	Sitat fra Stabåsen sykehjem
<b>Mulighet til å yte god sykepleie</b>	<p>&lt;...&gt; når sykepleier aldri er fristilt så vil det på en måte, de vil jo få det som er nødvendig og det som de trenger, men det blir på en måte aldri mer enn minimum føler jeg. (Spl 3)</p> <p>Jeg synes ikke alltid jeg gjør alt som jeg kan gjøre som sykepleier, på grunn av tid og mulighet. (Spl 1)</p> <p>Faktisk ikke. Fordi vi rullerer på avdelingene, og jeg mangler kontinuitet. (Spl 2)</p>	<p>Når vi hadde mer hands-on sykepleie, da hadde vi mye dårligere tid, nå når vi tar ett stell så har vi bedre tid og kan bruke den tiden det tar til å gjøre grundige observasjoner. (Spl 5)</p> <p>Jeg synes jeg har god mulighet i stor grad. Når jeg kommer på vakt så ser jeg hvor det er mest behov for en sykepleier, jeg kan vurdere det, ha fokus på den pasienten som trenger det den dagen. (Spl 7)</p> <p>I stor grad har jeg mulighet til det (Spl 8)</p>
<b>Opplevd kvalitet</b>	<p>Hvis det er en pasient jeg kjenner godt jeg kan vurdere fort, men hvis jeg har bakvakt på en annen avdeling og ikke kjenner pasienten da kan jeg vurdere feil. &lt;...&gt; For eksempel at de ikke får god observasjon, for eksempel virkning og bivirkning av medisin eller om de var dårlige i går. (Spl 1)</p> <p>&lt;...&gt; men dette med dokumentasjon som sykepleier har mye ansvar for, det er ikke alltid det beste kvalitet. Kanskje noen andre prioriterer dette, men jeg vil ikke prioritere dette over pasientene. (Spl 1)</p> <p>Når det er fordelt sånn at sykepleier aldri er fristilt så vil det på en måte, de vil jo få det som er nødvendig og det som de trenger, men det blir på en måte aldri mer enn minimum føler jeg. (Spl 3)</p>	<p>Kvaliteten på stell observasjoner har blitt bedre, men kvantiteten har blitt mindre. (Spl 5)</p> <p>Og spesielt de du har primæransvar for, de har du god mulighet for å kunne følge opp og yte god faglig pleie til. (Spl 6)</p> <p>Tilbakemelding fra lege at observasjonene er bedre etter stab. (Spl 5)</p> <p>Nå snakker vi om hvordan pasienten egentlig har det &lt;...&gt; fokuset er mye mer på pasienten og ikke på alt det praktiske &lt;...&gt; bedre helhetlig bilde av som skjer med pasienten, rett og slett, hvordan de har det. (Spl 8)</p> <p>Nå har vi mindre avvik fordi vi ikke rekker å gjøre alle oppgavene den dagen (Spl 7)</p>

På Tradenes sykehjem opplever sykepleierne å ha begrenset mulighet til å yte det de mener er god sykepleie. Det å kunne yte god sykepleie handlet for dem om å kunne ivareta beboeren på en helhetlig måte. Slik arbeidet er organisert har de kapasitet til å dekke beboernes grunnleggende behov, og yte basis sykepleie, men ikke så mye utover det. Det er varierende tid og mulighet til å holde behandlingsplanene til beboerne oppdaterte og bruke dem aktivt i hverdagen. Oversiktstavler som henger på vaktrommene blir ikke alltid oppdatert, og dette



oppleves å gå ut over pasientsikkerheten. De opplever å ikke ha tilstrekkelig tid til å kartlegge, og vurdere hvordan beboerne kan få det bedre, eller å ha anledning til å vurdere godt nok for eksempel effekt av medisiner. Når de nå skal rullere mellom avdelinger, opplever de å miste kontinuitet og muligheten til å følge opp beboere på en god måte. Informantene er tydelige på at når oppgavene med sykepleiedokumentasjon og oppfølging blir nedprioritert går dette utover kvaliteten på tjenesten til beboerne.

Når de har bakvakt på en annen avdeling enn sin primæravdeling, kjenner de beboerne dårlig. Det er liten tid til å sette seg ned å lese i journalsystemet, og det som står der er ikke nødvendigvis oppdatert. Sykepleierne kjente ikke så godt de ansatte på de andre avdelingene, og derfor var ikke tilliten til vurderingene som de ansatte hadde gjort alltid til stede. Ved vurdering av behovet for eventuelt medisin ønsket sykepleierne å ha tid til å vurdere dette selvstendig, og det krevde en viss kjennskap til beboeren og dens habituelle tilstand, og dette opplevde de sjelden å ha.

Ved Stabåsen sykehjem opplever sykepleierne at de har mulighet til å yte god sykepleie. De opplever at når de steller beboere så har de sjelden et tidspress, og de får anledning til å gjøre gode observasjoner og bruke den tiden det tar. Muligheten til å kunne velge og prioritere de beboerne som hadde størst behov for sykepleier den dagen var også et uttrykk for kvalitet. Sykepleierne opplevde at de hadde god oversikt og kjente alle beboerne, selv om de fysisk ikke var inne i stell situasjon med alle. De kjente sine 8-10 primærpasienter ekstra godt, og følte på at de ytte de bedre sykepleie enn de andre. Legen var bedre fornøyd med kvaliteten på observasjoner som ble gjort, og hvordan og at tiltak ble gjennomført som planlagt. Flertallet av informantene hadde jobbet i den tradisjonelle organiseringen og sammenlignet naturligvis før og nå. Deres opplevelse var at, selv om de utførte færre stell daglig, så kjente de beboeren bedre i dag og gjorde bedre vurderinger enn tidligere.

## 4.10 Tema sykepleierollen

Ved å undersøke to organisasjonsmodeller som har forskjellige rammer for hva sykepleierollen skal inneholde, er det interessant å kartlegge hvordan sykepleierne selv oppfatter sin egen rolle.

### 4.10.1 Tabell sykepleierollen

SYKEPLEIEROLLEN		
KODE	Sitat fra Tradenes sykehjem	Sitat fra Stabåsen sykehjem
<b>Sykepleie rollen</b>	<p><i>En sykepleier skal jo ha tid til pasienten, og hvis jeg ikke har tid gjør jeg ikke en riktig vurdering av pasienten. (Spl 1)</i></p> <p><i>Og det er ikke bra fordi du føler ikke at du hjelper pasienten som en hel pakke, det er bare der og da sant? (Spl 1)</i></p> <p><i>&lt;...&gt; at jeg skulle hatt mulighet til å gjøre alle de andre tingene som også er veldig viktige, men som må prioriteres vekk fordi det handler ikke om liv og helse for pasienten. (Spl 3)</i></p>	<p><i>God sykepleie er kombinasjon av alt. Helhetlig syn på mennesket, det gjelder medisinske greier og helse og det gjelder andre ting som; har de det godt, har de en god hverdag. Hva skal til for at de har det? (Spl 7)</i></p> <p><i>Men du føler jo ikke alltid at du strekker til, av og til føler du at du skulle vært mer i stell og at mye av den gode sykepleien kan ligge der i den gode samtalen (Spl 6)</i></p> <p><i>Mindre fysisk stell ja, men jeg ser jo alle pasientene i løpet av dagen. (Spl 8)</i></p> <p><i>Viktig å ha rom til å kunne håndtere akutte ting, og det skjer ofte. (Spl 7)</i></p>

Ved Tradenes handlet sykepleierollen for informantene om tid med pasientene. Hadde de hatt mer tid ønsket de primært å bruke den på beboeren for å bidra til at de fikk det bedre. De snakket om å bruke mer tid i hvert stell for å slippe å skynde på beboeren, la dem gjøre mer av det de klarte selv og å kunne tilby det lille ekstra når det kom til velvære. Det var ønske om god nok tid til å kunne vurdere effekt av nye medisiner, og slik få mulighet til å gjøre gode vurderinger til det beste for beboeren. Informantene sitt syn på sykepleierollen var helhetlig, men de opplevde ikke at arbeidshverdagen tillot at de arbeidet slik for beboerne.

På Stabåsen handlet sykepleierollen mer om å ha kjennskap til og oversikt over alle beboerne og deres behov, via rapporter, journalsystemet og sykepleiemøtene, og slik kunne vurdere hvem som hadde behov for tilsyn av sykepleier. Helsefagarbeiderne utfører den daglige sykepleien i avdelingen, som stell, omsorg, planlagte observasjoner og målinger, og utdeling av faste medisiner. Sykepleierens rolle er mer administrativ og konsulent aktig, og de må i stor grad stole på at helsefagarbeiderne gjør gode observasjoner av beboerne i det daglige. Noen sykepleiere ytret et savn om å være nærmere pasienten, og snakket om det som muligens går tapt i samsillet og dialogen rundt et stell, men mente samtidig at i denne

organiseringen var det ikke mulig å få det til. Alle var overbeviste om at helsefagarbeiderne utførte den biten av sykepleien på en god måte, og stolte på at beboerne fikk alt det de hadde behov for.

## Kapittel 5

### 5.1 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å belyse hvordan sykepleiere opplever å jobbe i forskjellige organisasjonsmodeller i sykehjem. Funnene viser at det er på noen områder er relativt store forskjeller i hvordan informantene i de to sykehjemmene opplever sin arbeidssituasjon.

Oppgavene sykepleierne ved Tradenes utfører dekker et vidt spekter, og totalmengden av oppgaver fremstår som for stor, de har en noe utydelig rolle, og det er varierende grad av opplevd mestring. På Stabåsen er oppgavefordelingen og rollen til sykepleieren tydeligere, og de har ansvar for et snevrere spekter av oppgaver. Sykepleierne i stab har mindre direkte kontakt med beboerne, og de bruker noe mer tid på koordinering og innsamling av informasjon.

Det er en mindre forskjell i hvordan informantene opplever tilhørighet og anerkjennelse på arbeidsplassen, og hovedfunnet er at sykepleiere i stab kjenner en sterk tilhørighet til sine sykepleiekolleger i staben, mens sykepleierne fra Tradenes opplever å høre til sin avdeling. Alle informantene opplever at de har en meningsfull jobb, og har en fremtredende prososial motivasjon.

Temaet om kompetanse og kompetansemobilisering viser at det er merkbare forskjeller mellom sykehjemmene. Sykepleierne ved Stabåsen får i stor grad benyttet den kompetansen de har, mens på Tradenes opplever informantene at tid og mangel på tilrettelegging er til hinder for at de får brukt kompetansen sin slik de ønsker.

Sykepleierne på Tradenes opplever at de har ansvar for svært mange oppgaver, og rollen deres fremstår noe utydelig, og en kan argumentere for at de har en rolle overbelastning.

Konsekvensen er at sykepleierne ved Tradenes tidvis nedprioriterer sine sykepleieroppgaver for å bidra i alle de praktiske gjøremålene på sin gruppe. Dette samsvarer med Bergeland sine funn fra studien i 2010. En av utfordringene ved Tradenes, spesielt den ene seksjonen, virker til å være at sykepleierne har ansvar for flere grupper og avdelinger oftere enn planlagt i arbeidsplanen, og at dette skaper merarbeid og økt stress.

På Stabåsen har de valgt å organisere sykepleierne fristilt fra den daglige driften av avdelingen. De har en klart definert rolle, og det er tydelig hvilke oppgaver de har ansvar for. Ved å avgrense ansvar spisser man fokus, slik at den ansatte kan bli bedre på et avgrenset

område innenfor sitt kompetanseområde (Thorsvik & Jacobsen, 2013). For å koordinere mellom sykepleiere og avdelingene ved Stabåsen krever det mange rapporter og møter daglig og ukentlig. Dette er tidkrevende og medfører dermed en kostnad. Ved Stabåsen opplever sykepleierne at de har et godt forhold til helsefagarbeiderne og de andre ansatte i avdelingen, og det er naturlig all den tid sykepleier kun er inne og utfører gitte oppgaver, og ikke jobber sammen med dem hele dagen. I tillegg får sykepleier her en rolle hvor de kan tilby seg å hjelpe, mens det i utgangspunktet ikke er forventet. Redusert kontakt gjør at det blir mindre friksjon og mindre potensiale for uenigheter.

Informantene fra begge sykehjemmene opplever at arbeidet er variert, og de utfører oppgaver som krever at de bruker flere sider av seg selv, men variasjonen er klart størst ved Tradenes. Oppgaveidentitet, som handler om å utføre et stykke arbeid fra start til slutt og se resultatet Hackman og Oldham (1980), opplever alle sykepleierne i større eller mindre grad. På Stabåsen utfører de i mindre grad stell og andre oppgaver som omhandler 'starten på oppgaven', mens på Tradenes utfører de i mindre grad oppgaver relatert til 'slutten på oppgaven', som omhandler kvalitetsforbedring i behandlingsplaner og dokumentasjon. Alle sykepleierne i begge sykehjem opplever at arbeidet de utfører har stor betydning for beboerne de har ansvar for. Ifølge Oldham og Hackman (2010) skal disse tre karakteristikkene ved arbeidet bidra til at de ansatte opplever at arbeidet er meningsfullt. Informantene ved begge sykehjemmene opplever alle at jobben sin er meningsfull.

Behovet for tilhørighet handler om en følelse av å være knyttet til andre og en følelse av å høre til (Deci og Ryan, 1980), og behovet blir møtt når en ser seg selv som medlem av en gruppe, når en opplever en følelse av samhold og utvikler nære forhold (Van den Broeck et al., 2016). Informantene i begge sykehjemmene opplevde å høre til på arbeidsplassen sin. Informantene fra Tradenes opplevde tilhørighet til avdelingen og kollegaene sine der, men for de fleste fremsto ikke tilhørigheten videre sterk, og et par snakket om at de hadde vurdert å finne seg en annen jobb. Den nye organiseringen med seksjon betød at sykepleierne skulle rullere mellom tre avdelinger for å bli kjent, men nesten ingen av informantene likte denne måten å jobbe på. Denne rulleringen kan være med å bidra til en svakere følelse av tilhørighet, da det blir veldig mange ansatte sykepleierne skal bli kjent med og trygge på. På Tradenes er nærmeste leder i liten grad til stede i hverdagen, da denne er ansvarlig for tre avdelinger, og flere informanter ytret at de savnet å ha sin nærmeste leder tilgjengelig. Dette er også nytt, og det er ikke usannsynlig at det oppleves som et tap at ledertettheten er redusert. Ifølge Lai (2011) er både kollegaer og leder viktige for opplevelsen av tilhørighet. Lai (2011) finner at

de medarbeiderne som opplever størst grad av tilhørighet gjennom støtte fra kollegaer og ledere, også er de som i størst grad opplever at de får brukt kompetansen sin. Og den noe svakere opplevelsen av tilhørighet kan dermed bidra til den reduserte opplevelsen av å få brukt kompetansen sin som sykepleierne ved Tradenes kjenner på.

På Stabåsen opplevde informantene en sterk tilhørighet til sykepleiestaben og kollegaene der, men de kjente også på en tilhørighet til avdelingene, dog i noe mindre grad. Sykepleiestaben er en definert faglig gruppe på få individer, og de jobber tett sammen, og det fremstår som de har et godt arbeidsmiljø seg imellom. Dette er med på å bidra til en følelse av tilhørighet, og det er naturlig å tro at å høre til en faglig gruppe fremmer følelsen av stolthet over arbeidet som flere av sykepleierne på Stabåsen kjente på. Ved Stabåsen opplever sykepleierne at teamleder for stab er en de går til for faglige spørsmål og diskusjoner, og selv om hun ikke har personalansvar er hun en leder for dem som de jobber relativt tett med, og hun gir også tilbakemeldinger i hverdagen på jobben de utfører. Det fremstår naturlig å tro at hun bidrar til følelsen av tilhørighet.

Sykepleierne fra begge sykehjemmene opplever at de blir anerkjent på jobb. Ifølge Bing-Jonsson (2016) var anerkjennelse, herunder anerkjennelse av ansvar, oppgaver og kompetanse, en faktor som ble vektlagt når det kom til trivsel for sykepleierne. Det fremstår i denne studien som at organiseringen av oppgaver på begge sykehjemmene oppnår at sykepleierne opplever at de føler seg anerkjent som fagpersoner. På begge sykehjemmene veileder informantene kollegaer, studenter og lærlinger og de har et stort ansvar, spesielt på kveld og helg. Lederne på Tradenes formidler til sykepleierne at de er uformelle ledere på sin vakt, og at de er gitt myndighet til å flytte personalet der det er behov. Dette er en anerkjennelse av dem som kompetente fagpersoner, og bidrar til trivsel i arbeidet. En tydeligere rolle avklaring for sykepleierne her ville mest sannsynlig økt følelsen av å bli anerkjent.

Opplevd kompetansemobilisering hos informantene var et av temaene hvor det kom frem størst forskjeller mellom sykehjemmene. I sykehjemmet med stabsorganisering opplevde informantene at de fikk brukt og utviklet kompetansen sin på en god måte. Dette hang i stor grad sammen med at de primært utførte oppgaver som krevde sykepleiefaglig kompetanse, og at de hadde tid til å utføre oppgavene sine. Muligheten de var gitt gjennom organiseringen til å kunne sette seg inn i alle beboerne og deres diagnoser, medisiner og behandlingsplaner, gjorde at de opplevde å ha oversikt og kontroll, og dette bidro til en følelse av mestring. Når det oppsto akutte hendelser var de fristilt og kunne bruke den tiden det tok å håndtere

hendelsen, ha dialog med lege og/eller sykehus og dokumentere ordentlig i etterkant, og dette gjorde at de satt igjen med en følelse av å ha håndtert situasjonen så godt de kunne, og kjente på en mestringsfølelse.

Ved Tradenes opplevde majoriteten av informantene at de ikke fikk benyttet kompetansen sin slik de ønsket. Det å ha ansvar for et gitt antall pasienter gjennom dagen gjorde at de ble bundet, og pasientenes umiddelbare behov ville alltid veie tyngst når oppgaver skulle prioriteres, og det ble dermed vanskelig å prioritere å bruke tid på å sette seg ned med pasientjournaler for å oppdatere seg eller dokumentere. Det å måtte gjennomføre vurderinger av pasientenes tilstand, eller vurdere behov for eventuelt medisin med et tidspress hengende over seg påvirket kvaliteten på vurderingen. En mulig konsekvens kan være at en for eksempel vurderer behovet for eventuelt medisin som større enn det er, fordi det er den enkleste og raskeste løsningen for pleierne, og pasientene mottar mer medikamenter enn det egentlig er behov for, og dette påvirker kvaliteten på tjenesten negativt.

I tillegg opplevde informantene at de utførte en for stor del oppgaver som ikke krevde sykepleiekompetanse. Det å bruke sykepleierressurser til å utføre oppgaver som matlaging, renhold, rydding og andre forefallende oppgaver er lite hensiktsmessig bruk av ressursene, og var lite motiverende for sykepleierne. Hvis det hadde vært en sykepleier på hver gruppe, kunne en forsvare at de også utførte slike oppgaver, men når en sykepleier skal ha det sykepleiefaglige ansvaret for opptil 28-30 pasienter på en dagvakt, burde ressursene utnyttes på en måte slik at pasientene nyter godt av kompetansen som er tilgjengelig. Sykepleierne på Tradenes opplevde også at de hadde en noe utydelig rolle, som inneholdt et vidt spekter av oppgaver, og de var av og til usikre på om de prioriterte riktig. Rolle uklarhet har en sterk påvirkning på ansattes oppfattelse av kompetanse, da mangel på klarhet kommer i veien for måloppnåelse på jobb. Det er vanskelig for ansatte å utvikle en sterk følelse av kompetanse når de er usikre på hvilke prestasjoner som er forventet av dem (Fernet et al., 2013).

Sykepleiernes behov for faglig utvikling gjennom arenaer for faglige diskusjoner på institusjonen, et sykepleiefaglig miljø på tvers av avdelingene bekreftes i litteraturen (Gautun, 2020). Også Edwards (2000) fremhever at kompetanse er en kollektiv aktivitet og målet på en arbeidsplass burde være at sykepleiere settes i en posisjon hvor de gjensidig kan styrke hverandres kompetanse slik at den felles kompetansen til sammen er større enn den individuelle. Når det ble spurt om de opplevde at det var et sykepleiemiljø ved Tradenes, svarte en sykepleier at de 'grupperte' seg ikke og at alle jobbet sammen. Dette kan være en indikasjon på en holdning som er vanlig i sykehjem, at faglig differensiering er sett på som

noe negativt. Haukelien og Vibe (2009) snakker om den kollektive ånden som råder i sykehjem, at alle må bidra like mye for at alle oppgavene i en avdeling skal bli løst, og at felleskapet 'eier' tiden til de ansatte. Når da sykepleier har mange oppgaver utenfor avdelingen som ikke nødvendigvis er synlige for felleskapet, blir de da ikke tillagt like mye viktighet som de mer synlige praktiske oppgavene i avdelingen.

Det er et aktivt fagmiljø på Tradenes og de har en egen fagavdeling som jobber med fag og kvalitet. En av de viktigste rekrutteringsfaktorene for sykepleiere til sykehjem er et aktivt fagmiljø (Gautun et al. 2016). Men informantene her opplever ikke at de mangler kompetanse påfyll, men heller at de ikke fikk anledning å bruke det de allerede kunne.

Sykepleierne på Stabåsen har planlagte møteplasser for sykepleierne, og legger slik bedre til rette for at sykepleierne opplever at de tar del i et sykepleiemiljø enn ved Tradenes, og dette påvirker også i hvilken grad de opplever å få benyttet kompetanse sin (Ahlstedt et al., 2020 og Ylitarmanen et al., 2019). I det daglige utfører sykepleierne ved Stabåsen noen av oppgavene sammen og kan slik utveksle kunnskap og erfaringer, og diskutere og reflektere rundt oppgaveløsning. Ifølge Lai (2011) bør det være like mye søkelys på å utvikle ansattes selv-reflektive holdninger, som det er på å kontinuerlig søke å forbedre ferdigheter og kunnskap. Det var ingen forskjeller hos informantene mellom sykehjemmene når det kom til tro på egen kompetanse. Alle opplevde at de kunne det de skulle kunne, og at de visste hvor de skulle gå for å finne informasjon hvis de trengte det.

En mulig ulempe med å flytte sykepleiediskusjonene ut av avdelingen, slik de gjør ved sykepleiemøtene på Stabåsen, er at det øvrige pleiepersonalet i mindre grad blir delaktige i kompetanseoppbyggingen. En kan risikere at det øvrige pleiepersonalet bare får presentert løsningene og tiltakene som har blitt bestemt, men ikke får delta i vurderingene og refleksjonene.

Informantene ved begge sykehjemmene opplevde at de hadde en svært meningsfull jobb og at jobben de gjorde hadde en positiv effekt for beboerne. Forskningen til Grant (2008b) viser at høy grad av prososial motivasjon kan relateres til bedre ytelse, bedre utholdenhet og bedre produktivitet på jobb. Sykepleierne fra Stabåsen viste i tillegg til prososial motivasjon, også motivasjon relatert til arbeidsoppgavene i seg selv. Høy grad av prososial motivasjon alene kan føre til at de ansatte er mindre i stand til å ivareta en sunn distanse til det relasjonelle stresset som omsorgsyrker kan medføre, og hos sykepleiere kan det være relatert til redusert ytelse på jobb, økt risiko for utbrenthet og større sannsynlighet for å ønske å slutte i jobben



(Dill et al., 2016). Når sykepleierne i sykehjemmet med stabsorganisering uttrykker en motivasjon relatert til selve oppgavene de utfører, i tillegg til den prososiale motivasjonen, kan en tenke seg at denne motivasjonen gjør dem mindre sårbare for de mulige negative effektene av prososial motivasjon alene.

Ahlstedt et al. (2019) finner i sin studie av sykepleieres motivasjon at linken mellom jobb motivasjon og autonomi handler om muligheten til å påvirke sitt eget arbeid, ta egne avgjørelser og løse problemer. Sykepleierne i stabsorganiseringen opplever at de har stor grad av frihet i arbeidet til å kunne prioritere oppgaver basert på faglige vurderinger, og dette er viktig for dem alle. Den store graden av frihet på Stabåsen betydde samtidig at de hadde et stort ansvar for å lede seg selv, og de måtte selv ta ansvar for å sikre at de fulgte opp alt de skulle. Teamlederen fremsto som tett på og gav tydelige føringer på hva som var forventet av sykepleierne, og nødvendigheten av at leder er tett på kan være en svakhet ved modellen.

På Tradenes var opplevelsen av autonomi varierende, og igjen her var det forskjell mellom seksjonene. En noe redusert opplevelse av autonomi i arbeidet i dette sykehjemmet kan ha sammenheng med høye jobb krav som arbeidsmengde, som spesielt var en utfordring i den ene seksjonen. Det er sannsynlig at når jobb krav som arbeidsmengde og en uklar rolle overskrider ansattes kapasitet så vil de oppleve redusert autonomi og bli mer sårbare for emosjonell utslitthet (Ryan & Deci, 2000). Jobb krav er ikke nødvendigvis negative, men de kan bli jobb stressorer når det kreves høy innsats som den ansatte ikke tilstrekkelig kommer seg fra (Schaufeli et al., 2009). Som jobb ressurser hadde informantene gode kollegaer, flink og tilgjengelig fagutviklingssykepleier/vernepleier som tilhørte deres avdeling, lege tilgjengelig på huset, og alltid en annen sykepleier å få hjelp av på kveld og helg. Disse jobb ressursene skapte en trygghet, selv når de gikk med et stort ansvar. Reduksjon i ledertettheten førte til økte krav for sykepleierne, og de opplevde nå at de hadde flere oppgaver og ansvarsområder enn de hadde hatt før.

Det fremsto som det var en god balanse mellom jobb krav og jobb ressurser ved Stabåsen, både fordi jobb kravene var mindre, men også fordi jobbressursene var flere. De hadde en tydeligere rolle og oftere mindre jobb belastning. Det var travle dager også her, men informantene opplevde likevel at de mestret oppgavene og var trygge i hvilke oppgaver de prioriterte. Det var tydelige føringer fra ledelsen på hva sykepleierne skulle bruke tiden sin på, og ikke minst hva de ikke skulle bruke tiden sin på. I tillegg var ansvarsområdene deres, og helsefagarbeiderenes, godt definerte og kommunisert til alle ansatte. De tydelige rollene er viktige for jobbtrivsel, noe som bekreftes i litteraturen (Bing-Jonsson et al., 2016).

Det faglige og kollegiale forholdet mellom sykepleierne på Stabåsen er en viktig jobb ressurs. De har bare en avdelingsleder på hele sykehjemmet, men dette blir ikke opplevd som noe problem, da de i stedet har teamlederen som oppfattes som en jobbressurs for informantene. Jobb ressurser omhandler de forskjellige fysiske, psykologiske, sosiale og organisatoriske aspektene som støtter individet i utøvelsen av sine oppgaver (Demerouti et al., 2001). Sykepleiemøtene to ganger i uken er en organisatorisk jobb ressurs. Sykepleierne får via disse møtene oversikt og kontroll over tilstand og plan på alle beboerne, og når de da går alene på huset er de orienterte og har oversikt, og dette igjen skaper en følelse av å mestre jobben.

Sykepleierne i den tradisjonelle organiseringen oppgir at de ofte opplever at de ikke får utøvd yrket sitt slik de har lært under utdanning og at kvalitetene på det de leverer ikke alltid er bra nok. Ingstad (2010) viser at endringer og reformer som har til hensikt å få mer helse ut av hver krone, kombinert med stadig eldre og sykere pasienter, har medført et større tidspress. Dette gjør at sykepleiere velger enten å gi mer i jobben, forlenger vekten sin og dropper pause, for å kunne yte til det beste for beboerne, eller de velger å godta at med de ressursene som er tilgjengelige får de ikke gjort alt de ønsker, og senker heller kravet til sin egen yrkesutøvelse (Ingstad, 2010). Ved Tradenes har de mer direkte kontakt med flere beboere gjennom dagen enn sykepleierne på Stabåsen, men de opplever at kvaliteten av det de leverer er preget av tidspress og ikke alltid er i tråd med det de ønsker å levere, og dette utfordrer omsorgsidealet (Ingstad, 2010).

På Stabåsen har sykepleierne mindre direkte pasientkontakt i stell, men de opplever at de har god mulighet til å utføre de stellingene de tar med god kvalitet på grunn av mindre tidspress. Når sykepleierne ved Stabåsen utførte stell hadde de stort sett et mål, at de skulle observere for å utforme eller oppdatere en behandlingsplan, vurdere om gjeldende smertelindring var tilstrekkelig eller for å bli kjent med nye beboere. Det var slik mulig å sette mål gjennom dagen, utføre dem og gå tilbake å evaluere når det var nødvendig. Det kan tenkes at det var enklere for sykepleierne her å lage seg delmål gjennom dagen, og slik kjenne på en følelse av måloppnåelse og mestring, og som kjent kan mål kan ha en motiverende effekt på ansatte (Thorsvik & Jacobsen, 2013).

Når sykepleierne er mindre til stede i avdelingen, ser de pasientene i noe mindre grad og de er svært avhengig av at helsefagarbeiderne gjør gode observasjoner og utfører basis sykepleie på en god måte for å ivareta beboerne, men dette er likt i begge sykehjemmene. Sykepleierne på Stabåsen har i større grad en undersøkende rolle og en kontroll funksjon, og de velger hvilke beboere som trenger tilsyn og stell basert på rapporter og faglige vurderinger. Denne måten å

organisere arbeidet på sikrer en bedre utnyttelse av fagkunnskapene til sykepleierne. De bruker sin kompetanse i oppgaveløsningen store deler av dagen, og bruker ikke tiden sin på oppgaver som andre yrkesgrupper kan utføre. Sykepleiebemanningen på begge sykehjemmene er noenlunde den samme per beboer, men ved Tradenes bruker sykepleier en del av tiden sin på oppgaver som andre yrkesgrupper kan løse, og virksomheten får dermed ikke utnyttet sykepleiekompetansen optimalt, som også økonomisk er dårlig ressursutnyttelse. En svakhet ved stabsorganiseringen er færre sykepleiere til stede i avdelingene gjennom dagen. De har mindre mulighet for å observere og vurdere beboerne over tid, og kan slik gå glipp av verdifulle observasjoner. Sykepleierne på Tradenes er mer til stede, og til tross for mange oppgaver utenfor avdelingen vil de likevel kunne observere på en annen måte enn sykepleierne i Stabåsen.

## 5.2 Begrensninger ved studien

En begrensning ved studien er at kun sykepleiere er intervjuet. Hadde man samlet inn data fra helsefagarbeidere, ledere, leger og pasienter og pårørende ville man fått en bredere forståelse av hvordan organiseringen av sykepleierne påvirker virksomheten. Det er heller ikke undersøkt kvalitetsmål som avvik, klager, eller bruker- og pårørendeundersøkelser, som kunne gitt indikasjoner på hvordan kvaliteten blir påvirket av organiseringen. For å skaffe mer kunnskap om stabsmodellen ville det også vært interessant og sett på sykefravær, rekrutterings parameter, turnover og hvordan kostnaden med modellen er sammenlignet med en tradisjonell modell av sykepleiere.

Rekruttering av informanter var utfordrende på Tradenes, til tross for at de hadde mulighet til å gjennomføre intervjuet i arbeidstiden. Dette kan henge sammen med korona, og at i datainnsamlingsperioden var det høyt sykefravær blant helsepersonell. En annet grunn kan være at sykepleierne ikke ville bruke arbeidstiden på dette. Vanskelighetene med å rekruttere gjør at det kan stilles spørsmål med validiteten til den innsamlede dataen. Vi har ingen opplysninger om de som ikke svarte. Dataen fra Stabåsen er slik mer valid da fire av fem sykepleiere som var aktuelle stilte til intervju.

Det er ikke stilt spesifikke spørsmål i intervjuene rundt ledelse, og det er en kjensgjerning at ledelse har stor betydning for ansattes trivsel på arbeidsplassen. Funnene fra Tradenes er noe sprikende, og det må tas høyde for at aspekter som ikke er undersøkt her kan ha innvirket på informantenes opplevelse av sin arbeidshverdag.

Hensikten med studien har vært å belyse om, og hvordan, organiseringen påvirker opplevelsen av de gitte faktorene, men en kan ikke se bort fra at faktorer som ikke er belyst også har påvirket dataen. Hadde faktorer som arbeidsmiljø, ledelse og sykefravær vært undersøkt, kunne disse vist seg å påvirke opplevelsen av arbeidshverdagen, uavhengig av organiseringen. Et høyt sykefravær ville kunne bety at sykepleierne oftere enn planlagt hadde flere arbeidsoppgaver og større ansvar enn de i utgangspunktet skulle ha, og utfordringer i arbeidsmiljøet kan vanskeliggjøre samarbeid om oppgavefordelingen.

Omorganisering er ofte krevende, og sykehjemmet med den tradisjonelle organiseringen har nylig gjennomført omlegging til seksjoner, med mål om større fleksibilitet i fordeling av sykepleierressursene og likere kvalitet på de tilhørende avdelingene. Det kan fremstå som denne omleggingen ikke er forankret eller tilstrekkelig akseptert hos sykepleierne, og flere av dem gir uttrykk for at de opplever dette som negativt. Det er ikke usannsynlig at det har påvirket informantenes opplevelse av organiseringen på en negativ måte, og slik viser igjen i svarene i denne studien.

### 5.3 Videre forskning

Mangelen på sykepleiere og annet helsepersonell betyr at kommunene rundt i landet blir tvunget til å vurdere alternative måter å organisere personal ressursene for å kunne levere på samfunnsoppdragene sine. Stabsorganisering av sykepleiere i sykehjem er relativt nytt, og det finnes lite tilgjengelige studier om hvordan modellen fungerer og hvilke konsekvenser denne formen for organisering har. For å skaffe seg en bredere forståelse av denne modellen og hvorvidt den er et godt alternativ, er det nødvendig med videre studier på organisering av sykepleiere og annet helsepersonell i sykehjem, og det er flere viktige perspektiv som bør belyses. Hvordan opplever pasientene og de pårørende at kvaliteten på tjenesten er, hvordan ser måleindikatorer som avvik, klagesaker og brukerundersøkelser ut, finner en forskjell i sykefravær og arbeidsmiljø, hvilke økonomiske utslag vil en stabsorganisering gi, og er det forskjell i rekruttering og turnover kontra sykehjem med tradisjonell organisering. Det vil være viktig å kartlegge hvordan helsefagarbeiderne opplever at ulike organiseringer fungerer for dem, hvordan opplever de sin motivasjon og hvordan får de benyttet og utviklet sin kompetanse, hvordan opplever de at forholdet og organiseringen av sykepleierne påvirker deres mulighet til å yte pleie og omsorg til pasientene, og opplever de å ha mer eller mindre autonomi i sin arbeidshverdag. Som en av informantene nevnte, er arbeid i helse teamarbeid,

og kun sykepleiernes opplevelse viser en begrenset side av sannheten. Virksomhetene, og dermed også pasientene, er tjent med at alle ansatte opplever å være motiverte og trives i jobben. Med forventet økende mangel på sykepleiere, vil kommunehelsetjenestene være ytterligere avhengig av å rekruttere og videreutvikle dyktige og motiverte helsefagarbeidere for å levere forsvarlige tjenester.

Stabsorganisering er kun en alternativ organisering for å møte mangel på sykepleiere og deres lave motivasjon for å jobbe i sykehjem. Videre forskning bør ta sikte på å undersøke hvilke andre organisasjonsmodeller som kan sikre fornøyde medarbeidere, kvalitet i tjenesten, og begge delene innenfor budsjett. Det er stor forskjell på små kommuner i mer griskrendte strøk, og store kommuner med større tilgjengelighet av fagutdannet helsepersonell, og dermed vil forskjellige løsninger kreves.

Både nasjonale og lokale styresmakter etterlyser kunnskap om alternativ organisering, og bedre utnyttelse av fagkompetanse i sykehjem for å bøte på mangel på sykepleiere og annet helsepersonell, og da trenger vi videre studier av temaet.

## Kapittel 6 Konklusjon og ledelsesmessige implikasjoner

Hensikten med denne studien var å undersøke ‘Hvordan sykepleiere i to ulike organisasjonsmodeller i sykehjem, tradisjonell organisering og fagstab modell, opplever sin arbeidssituasjon.’

Denne studien viser at det er relativt store forskjeller på hvordan sykepleierne i de to organisasjonsmodellene opplever organisering av arbeidsoppgaver, autonomi, rolleklarhet, kompetansemobilisering og mestring i arbeidshverdagen. Ved Tradenes sykehjem uttrykker informantene en noe redusert opplevelse av disse motivasjonsfaktorene. På Stabåsen opplever informantene i større grad at disse behovene og motivasjonsfaktorene blir dekket gjennom arbeidet.

Det er små eller ingen forskjeller på informantenes opplevelse av tilhørighet, anerkjennelse, hvorvidt arbeidet oppleves som meningsfullt, hvordan informantene opplevde sykepleierollen og den prososiale motivasjonen, og en kan slik si at begge måtene å organisere arbeidet på legger til rette for at sykepleierne føler disse faktorene dekkes i jobben.

Denne studien viser at organiseringen av arbeidsoppgavene for sykepleierne har en påvirkning på viktige motivasjonsfaktorer. Samlet fremstår sykepleierne i stabsorganiseringen som mer motiverte og med en noe høyere grad av trivsel i arbeidet enn sykepleierne fra Tradenes.

At studien kun har samlet data fra sykepleiere, og ikke andre yrkesgrupper, er en viktig begrensning. Sykehjem har behov for at alle sine ansatte er motiverte og trives på jobb og ikke bare en utvalgt gruppe, og at disse samlet bidrar for å oppnå virksomhetens overordnede mål. Samtidig er sykepleiere den yrkesgruppen det er størst utfordringer med å rekruttere, og mer kunnskap om hva som motiverer dem er nødvendig.

Ledelsesmessige implikasjoner av funnene i studien er flere. Funnene viser at kompetanse handler om mer enn faglig påfyll i form av kurs eller annen opplæring, og i vel så stor grad om hvordan en får brukt den kompetansen en allerede har og mulighetene en blir gitt til å reflektere rundt denne. Det å tydeliggjøre sykepleierollen og snevre inn mengde oppgaver og ansvarsområder kan føre til økt opplevelse av rolleklarhet. Rolleavklaring bør inkludere de andre yrkesgruppene, slik at alle har klart definerte oppgaver og ansvarsområder og at en beveger seg bort fra at alle skal gjøre alt, som er en utfordring i sykehjem.

Å legge til rette for plattformer og møtepunkter hvor sykepleiere møter, reflekterer og jobber sammen med andre sykepleiere bidrar til at de får utviklet kompetansen sin, og at de trives

bedre på jobb. Samtidig bør en sikre at faglige diskusjoner også inkluderer de andre yrkesgruppene, og at de ikke kun får servert ferdige tiltak og planer, men at de får bidratt med og utviklet sin egen fagkompetanse. For at sykepleiere skal oppleve autonomi og større grad av mestring i hverdagen bør det legges til rette for et reelt handlingsrom. Det kan bety færre oppgaver og snevrere ansvarsområder, flere sykepleiere på jobb eller reduserte forventninger til kvaliteten som leveres.

## Litteraturliste og referanser

- Ahlstedt, C., Lindvall, C. E., Holmström, I. K., & Athlin, Å. M. (2019). What makes registered nurses remain in work? An ethnographic study. *International journal of nursing studies*, 89, 32-38. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.008>
- Ahlstedt, C., Eriksson Lindvall, C., Holmström, I. K., & Muntlin, Å. (2020). Flourishing at work: Nurses' motivation through daily communication – An ethnographic approach. *Nursing & Health Sciences*, 22(4), 1169-1176. <https://doi.org/10.1111/nhs.12789>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of occupational health psychology*, 10(2), 170-180. <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.10.2.170>
- Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of educational psychology*, 99(2), 274-284. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.99.2.274>
- Berge, H., & Eilertsen, G. (2020). Beholde og rekruttere sykepleiere til sykehjem, en kvalitativ studie av avdelingssykepleieres erfaringer. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 16(1), 1-21. <https://doi.org/10.7557/14.4648>
- Bergland, Å., Vibe, O., & Martinussen, N. (2010). Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass? *Sykepleien*, 1, 52-54.
- Bing-Jonsson, Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I. T., & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*, 15(5), 5–5. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4. utg.) SAGE Publications.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uisbib/detail.action?docID=3086782>
- Deci, E. L., Olafsen, A. H., & Ryan, R. M. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science. *Annual review of organizational psychology and organizational behavior*, 4, 19-43. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86(3), 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Dill, J., Erickson, R. J., & Diefendorff, J. M. (2016). Motivation in caring labor: Implications for the well-being and employment outcomes of nurses. *Social Science & Medicine*, 167, 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.028>
- Edwards, J. R., Scully, J. A., & Brtek, M. D. (2000). The nature and outcomes of work: A replication and extension of interdisciplinary work-design research. *Journal of Applied Psychology*, 85(6), 860-868. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.6.860>
- Enzmann, D., Schaufeli, W. B., Janssen, P., & Rozeman, A. (1998). Dimensionality and validity of the Burnout Measure. *Journal of occupational and organizational psychology*, 71(4), 331-351. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1998.tb00680.x>
- Fernet, C., Austin, S., Trépanier, S. G., & Dussault, M. (2013). How do job characteristics contribute to burnout? Exploring the distinct mediating roles of perceived autonomy, competence, and relatedness. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(2), 123-137. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2011.632161>



- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational behavior*, 26(4), 331-362. <https://doi.org/10.1002/job.322>
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selyforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*. Oslo: (NOVA Rapport nr. 6). Hentet fra <https://hdl.handle.net/20.500.12199/6417>
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. Oslo: (NOVA Rapport nr. 14). Hentet fra <http://hdl.handle.net/20.500.12199/6417>
- Grant, A. M. (2007). Relational Job Design and the Motivation to Make a Prosocial Difference. *The Academy of Management Review*, 32(2), 393–417. <http://www.jstor.org/stable/20159308>
- Grant, A. M. (2008a). The significance of task significance: Job performance effects, relational mechanisms, and boundary conditions. *Journal of applied psychology*, 93(1), 108-124. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.1.108>
- Grant, A. M. (2008b). Does intrinsic motivation fuel the prosocial fire? Motivational synergy in predicting persistence, performance, and productivity. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 48-58. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.1.48>
- Hackman, J. R., Hackman, R. J., & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign* (Vol. 2779). Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Haukelien, H., Vike, H. & Bakken, R. (2009). Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene: evaluering av prosjektet EVUK. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2439293>
- Helsedirektoratet, (2022, 02.mai), Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veileder/helse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 (Meld.St nr. 16. (2010–11))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hilsen, M., (2019, 12. Mai). Slik jobber sykepleiere i stab på Søreide sykehjem. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/05/slik-jobber-sykepleiere-i-stab-pa-soreide-sykehjem>
- Humphrey, S. E., Nahrgang, J. D., & Morgeson, F. P. (2007). Integrating Motivational, Social, and Contextual Work Design Features: A Meta-Analytic Summary and Theoretical Extension of the Work Design Literature. *Journal of Applied Psychology*, 92(5), 1332-1356. Hentet fra [humphrey\\_nahrgang\\_morgeson\\_2007.pdf](http://humphrey_nahrgang_morgeson_2007.pdf) (archive.org)
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem — idealer og realiteter. *Nordic Journal of Nursing Research*, 30(2), 14–17. <https://doi.org/10.1177/010740831003000204>
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jungert, T., Van den Broeck, A., Schreurs, B., & Osterman, U. (2018). How colleagues can support each other's needs and motivation: An intervention on employee work motivation. *Applied Psychology*, 67(1), 3-29. <https://doi.org/10.1111/apps.12110>
- Kommunesektorens organisasjon (2021). *Prosjekt Tørn: Sammen om fremtidens helse og omsorg*. Hentet fra <https://www.ks.no/link/bb90338cbacb440a9e813d2e9f1aa327.aspx>
- Kommunesektorens organisasjon (2021). *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2021*. Hentet fra <https://www.ks.no/link/81fc8cce40404e34bf8bddae448fff13.aspx>

- Kuvaas, B., & Dysvik, A. (2009). Perceived investment in employee development, intrinsic motivation and work performance. *Human resource management journal*, 19(3), 217-236. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2009.00103.x>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of applied Psychology*, 81(2), 123-133. <https://doi.org/10.1002/job.678>
- Ludvigsen, K., & Danielsen, H. (2014). Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester? Bergen: Uni Research Rokkansenteret. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2627894>
- Mikkelsen, A. & Laudal, T. (2016). *Strategisk HRM 2 HMS, etikk og internasjonale perspektiver* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- NAV (2021). NAVs bedriftsundersøkelse 2021. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/nyheter/navs-bedriftsundersokelse-2021-fortsatt-hoy-mangel-pa-arbeidskraft>
- Oldham, G. R., & Hackman, J. R. (2010). Not what it was and not what it will be: The future of job design research. *Journal of organizational behavior*, 31(2-3), 463-479. <https://doi.org/10.1002/job.595>
- Perreira, T. A., Innis, J., & Berta, W. (2016). Work motivation in health care: a scoping literature review. *International journal of evidence-based healthcare*. 14:175-182,
- Postholm, M.B. & Jacobsen, D.I. (2018). *Forskningsmetode for masterstudenter i lærerutdanning*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30(7), 893-917. <https://doi.org/10.1002/job.595>
- Stavanger Kommune, (2022, 25.april). Handlings- og økonomiplan 2022-2025. Hentet fra <https://hop2022.stavanger.kommune.no/>
- Tingvold, L., & Magnussen, S. (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 153-164. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-11>
- Toode, K., Routasalo, P., & Suominen, T. (2011). Work motivation of nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (2), 246–257. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.013>
- Ulrich, B. T., Lavandero, R., Woods, D., & Early, S. (2014). Critical care nurse work environments 2013: a status report. *Critical care nurse*, 34(4), 64-79. <https://doi.org/10.4037/ccn2014731>
- Van den Broeck, A., Ferris, D. L., Chang, C. H., & Rosen, C. C. (2016). A review of self-determination theory's basic psychological needs at work. *Journal of Management*, 42(5), 1195-1229. <https://doi.org/10.1177/0149206316632058>
- Van den Broeck, A., Howard, J. L., Van Vaerenbergh, Y., Leroy, H., & Gagné, M. (2021). Beyond intrinsic and extrinsic motivation: A meta-analysis on self-determination theory's multidimensional conceptualization of work motivation. *Organizational Psychology Review*, 11(3), 240-273. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1177/20413866211006173>

World Health Organization (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>

Ylitörmänen, T., Turunen, H., Mikkonen, S., & Kvist, T. (2019). Good nurse–nurse collaboration implies high job satisfaction: A structural equation modelling approach. *Nursing open*, 6(3), 998-1005. <https://doi.org/10.1002/nop2.279>

## Vedlegg 1 Intervjuguide

### Intro

Hvor lenge har du jobbet her?

Hvilken utdanning/videreutdanning har du?

Hvilke andre steder har du jobbet tidligere?

### **Arbeidsoppgaver/organisering/rolleklarhet**

1. Kan du fortelle meg om den siste vekten din?
  - hvilke oppgaver utførte du
  - hvem samarbeidet du med
  - hvordan opplevde du det som foregikk
  - hvor mange pasienter så du
  - hvilke beslutninger tok du
2. Kan du fortelle hvordan arbeidet på arbeidsplassen din er organisert?
  - a. Hvem er ledere og hvem er de ledere for
  - b. Hvilke yrkesgrupper er representert her

Hvordan fordeles oppgavene mellom yrkesgruppene? Hvilke unntak gjøres?

Hvilken fleksibilitet er det i fordeling av oppgavene?
3. Hvilke konsekvenser har denne måten å planlegge og administrere arbeidet for deg? Hvordan synes du det fungerer for avdelingen/?
4. Kan du fortelle hva som forventes av deg når du utfører de ulike oppgavene? Hva legges det vekt på?
5. Hvordan vil du beskrive bemanningen av de ulike yrkesgruppene i forhold til arbeidsoppgavene?
6. Hvordan er tidspresset?
7. På kveld og helg hvor det er mindre bemanning – hvordan opplever du mengde oppgaver og ansvar i forhold til tid og ressurser tilgjengelig?

### **Motivasjon/mestring**

8. Kan du fortelle hva som motiverer deg i jobben, og på hvilken måte dette påvirker deg?
9. På hvilken måte opplever du at jobben din er meningsfull?

10. Fortell hvordan du opplever å mestre oppgavene du har ansvar for og rollen din?  
(mengde + selve oppgavene)

### **Tilbakemelding/anerkjennelse/tilhørighet**

11. Hvordan og av hvem får du tilbakemelding på jobben du gjør?  
12. Hvordan blir du som fagperson anerkjent på arbeidsplassen din?  
13. Hvordan vil du beskrive de kollegiale forholdene på jobb?  
14. Kan du si noe om din opplevelse av tilhørighet på jobben?

### **Autonomi**

15. Hva betyr det å ha frihet i arbeidet for deg?  
16. Innenfor de rammene en har, som at en del oppgaver må utføres til gitte tider, hvilken frihet har du til å gjøre arbeidet på den måten du vil og når du vil?

### **Kompetanse/fagmiljø**

17. Kan du fortelle hvordan det tverrfaglige samarbeidet fungerer hos dere?  
18. Fortell hvordan du får brukt kompetansen din på jobb? Hvordan dekkes kompetanseutvikling for deg og de som jobber på dette sykehjemmet?  
19. Hvordan er det faglige miljøet på jobben? Er det organiserte møteplasser for faglige diskusjoner og refleksjon?  
20. Hvilke veiledningsoppgaver har du og hvordan legger du opp denne delen av jobben?

### **Sykepleierollen**

21. Hvordan opplever du muligheten til å kunne utøve det du mener er god sykepleie i jobben din?

### **Annet**

22. Er det noen ting du har lyst å tilføye/utdype om tema relatert til organiseringen av arbeidet hos dere som jeg ikke har spurt om?

## **Invitasjon til å delta i forskningsprosjektet**

### **«En sammenligning av sykepleieres jobberfaringer i to sykehjem med ulike organisasjonsmodeller»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få mer kunnskap om sykepleieres jobberfaringer i sykehjem. Hensikten er å sammenligne erfaringene til sykepleiere som jobber innenfor to forskjellige organisasjonsmodeller i sykehjem. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Jeg ønsker å se nærmere på jobberfaringer knyttet til arbeidsoppgaver, motivasjon og hvordan sykepleierollen oppleves i to forskjellige sykehjem som har organisert sykepleierne ulikt. Det ene sykehjemmet har organisert sykepleierne i en tradisjonell modell hvor de er tilhørende hver sin avdeling, og det andre sykehjemmet har organisert sykepleierne i en fagteam modell.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Professor Aslaug Mikkelsen, Handelshøyskolen ved UIS er ansvarlig for prosjektet.

Veileder for prosjektet er Aslaug Mikkelsen, epost adresse er [aslaug.mikkelsen@uis.no](mailto:aslaug.mikkelsen@uis.no).

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Vi ønsker å komme i kontakt med sykepleiere som jobber i de to sykehjemmene og har derfor tatt kontakt med deg. Jeg ønsker fem informanter fra hvert sykehjem.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du stiller opp til et intervju som vil ta ca 60 min (+/- 15 min). Målet er å gjennomføre intervjuet ved et fysisk møte, men skulle dagens pandemi sette begrensninger vil vi kunne gjennomføre intervjuet digitalt. Hvis du samtykker, ønsker jeg å benytte meg av lydopptaker i intervjuet for å sikre at man får med seg alt som blir sagt. Opptaket vil bli skrevet ned og deretter slettet.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Opplysninger fra lydopptaker og notater blir oppbevart konfidensielt. Lydfiler blir oppbevart i samsvar med personvernregelverket. Når data fra lydopptaker er transkribert, blir alt innhold slettet og makulert umiddelbart etterpå. Jeg vil i studien skille mellom svar fra ulike organisasjonsmodeller, men ikke oppgi navn eller arbeidssted.

Ansvarlig for prosjektet og veileder ved UiS vil ha tilgang til informasjonen du gir. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på en navneliste adskilt fra den innsamlede dataen.

Datamaterialet vil under arbeid med prosjektet lagres lokalt på privat PC og i sky som er låst med ansiktsgjenkjenning og kode, slik at uvedkommende ikke kan få tilgang.

Det vil ikke bli brukt navn på de aktuelle sykehjemmene, men basert på beskrivelsen nødvendig for oppgaven (størrelse, årsverk og antall plasser etc), vil de kunne identifiseres. Ditt navn vil ikke benyttes i oppgaven. Det vil kunne benyttes sitat fra intervjuene i oppgaven, men dette vil da tilegnes sykepleier fra virksomhet X, og ikke navngis.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er september 2022. Alt materiell vil bli slettet etter endt prosjekt.

## **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiS har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Charlotte Knedal Jensen, [charlotteknedal@gmail.com](mailto:charlotteknedal@gmail.com), mob 91381211
- Åse Lea er personvernkontakt ved fakultetet og kan kontaktes på [Aase.lea@uis.no](mailto:Aase.lea@uis.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Charlotte Knedal Jensen  
Student

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «**Hvordan opplever sykepleiere å jobbe i 2 forskjellige organisasjonsmodeller i sykehjem**»? og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i intervju, lydopptak av intervjuet og at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## Vedlegg 3 Vurdering NSD

### Vurdering NSD

**Referansenummer** 480574

**Prosjekttittel** En sammenligning av sykepleieres jobberfaringer i to sykehjem med ulik organisasjonsmodell

**Behandlingsansvarlig institusjon** Universitetet i Stavanger / Handelshøgskolen ved UiS

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Aslaug Mikkelsen, aslaug.mikkelsen@uis.no, tlf: 51833770

**Type prosjekt** Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student** Charlotte Knedal Jensen, charlotteknedal@gmail.com, tlf: 91381211

**Prosjektperiode** 17.01.2022 - 17.09.2022

Vurdering (1)

---

#### 27.01.2022 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med dagens dato, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og Personverntjenester. Behandlingen kan starte.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger.

**TAUSHETSPLIKT** Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter.

**LOVLIG GRUNNLAG** Meldeskjema for behandling av personopplysninger about:blank 1 av 2 05.02.2022, 14:06 Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

**PERSONVERNPRINSIPPER** Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: · lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen · formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål · dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet · lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE

**REGISTRERTES RETTIGHETER** Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

**MELD VESENTLIGE ENDRINGER** Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-utmeldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET** Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Meldeskjema for behandling av personopplysninger about:blank 2 av 2 05.02.2022, 14:06