



**YRKESMOTIVASJON OG ARBEIDSGLEDE I HELSEREFORMENES TID**

**Elisabet Breivik**

**Mastergradsoppgave i helsefag**

Institutt for helse- og omsorgsfag  
Det helsevitenskapelige fakultet  
Universitetet i Tromsø

Mai 2010



## **FORORD**

Dette masterprosjektet har vært krevende men også en meget lærerik prosess. Oppgaven er et kreativt arbeid som har tatt tid, gitt meg utfordringer og lærdom som jeg vil ta med videre i mitt arbeid. Det er flere jeg ønsker å takke for dette.

For det første vil jeg takke mine fem erfarne sykepleierinformanter. Har det ikke vært for dere har ikke denne oppgaven blitt til. Dere ga meg mye verdifull formasjon om arbeidsglede og yrkesmotivasjon i ei tid hvor deres arbeidsplass stadig er under endringer og omstillinger som får betydning for sykepleiearbeidet. Takk også til ledelsen på avdelingene som ga positiv respons på forespørsel om å få gjennomføre intervju med sykepleierne.

En stor takk til min veileder Aud Obstfelder. Du har vært til støtte og inspirasjon i hele denne prosessen fra prosjektbeskrivelsen til ferdig produkt.

Takk også til familien som har holdt ut med meg og prosjektet mitt denne tiden. Barna mine Nora, Markus og Felix som lar meg få fred til å studere når de er ferdig med sine skoledager. Fredrik, takk for at du har vært forståelsesfull og oppmuntrende i prosessen, og for den gode omsorg for våre barn når jeg har vært fraværende og opptatt av mitt prosjekt.

Tromsø mai 2010

Elisabet Breivik



## SAMMENDRAG

Tema for studien er ”Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformenes tid”

Dagens helsevesen er preget av reformer og raske omstillinger som er inspirert av liberalistisk ideologi og markedsøkonomisk tenkning. Konsekvensene er nye organisasjons- og ledelsesformer med fokus på målstyring og effektivitet, samt endringer i lovgiving for å sikre kvalitet på tjenestene og rettigheter til brukere og pasienter. Begreper som vi vanligvis assosierer med markeder og handels- og profittorganisasjoner slik som ”service”, ”vare” og ”produksjon”, blir stadig oftere brukt i sammenheng med pleie- og omsorgstjenester.

I følge helsefaglig forskning er liberalistisk ideologi og markedsøkonomisk tenkning vanskelig å forene med grunnleggende omsorgsverdier i sykepleien. Studier av yrkesmotivasjon og jobbtilfredshet blant sykepleiere i Norge viser det samme. Sykepleierne i denne studien gir uttrykk for at det er utfordrende å arbeide innenfor rammer som vanskeliggjør å formidle sykepleiefagets omsorgsverdier. Hvilke forhold er det som gjør at de klarer å stå i sykepleieryrket innenfor slike rammer, trives og er motivert? Når forskning og teori påpeker at sykepleiernes vilkår for utøvelse av sitt yrke er vanskelig, hvorfor blir noen innenfor de tilsynelatende pressede rammer? I denne studien ønsker jeg å undersøke hvorfor. Studiens forskningsspørsmål er:

På hvilke måte gir sykepleierne uttrykk for yrkesmotivasjon og arbeidsglede, og på hvilke måte blir forhold knyttet til endringer i arbeidskrav og organisatoriske omstillinger gitt betydning?

Denne kvalitative studien er basert på semistrukturerte intervju av fem sykepleiere som har jobbet mer enn 10 år på samme sengepost, på et av universitetssykehusene i Norge. Tidligere forskning viser at varierte, utfordrende og utviklende arbeidsoppgaver, medbestemmelse og gjensidig anerkjennelse er viktig for yrkesmotivasjon og arbeidsglede. Sykepleierne i min studie viser at slike forhold ikke kan isoleres fra måten det daglige arbeidet er organisert og ”tonen” i det kollegiale arbeidsfellesskapet for øvrig. Et godt samarbeid med sine kollegaer, opplevelse med å bli tatt med på råd får betydning i diskusjoner om faglige og praktiske utfordringer. Sykepleierne trives med at de kan trekke seg tilbake fra det daglige arbeidet i avdelingen for å fylle andre faglige funksjoner som å veilede studenter eller lede faggrupper. De har tillit til avdelingsledelsen som frem til nå har håndtert forhold knyttet til blant annet omstilling og omorganisering av avdelingen på en god måte. Dette gjør at sykepleierne i mindre grad trenger å engasjere seg i diskusjoner om budsjetter, omorganisering, nedbemaning og ventelister. Slike diskusjoner blir oppfattet som ”støy” og det forstyrrer dem i det daglige arbeidet.

Disse arbeidsoppgavene og arbeidsforhold til sammen gir sykepleierne inspirasjon og motivasjon til å holde ut i hektiske perioder, og til å ta i et ekstra tak når det trengs slik som ved endringer i rutiner og organisatoriske omstillinger. Likevel, og tross for at sykepleierne uttrykker trivsel i sitt yrke har de i løpet av de siste årene merket endringer i forhold til mulighet til fagutvikling, pålegg om nye ansvarsoppgaver, ledelsens tilstedeværelse, mer hektiske arbeidsdager med sykere pasienter og mindre tid til dem. Dette gjør sykepleierne noe usikker på hva fremtiden vil bringe med tanke på muligheten til å utøve yrket på en god måte.

**Nøkkelord:** Helsepolitiske reformer, omsorgsverdier, arbeidspress, sykepleiere, yrkesmotivasjon, kvalitativ studie, arbeidspress, ledelse.

## SUMMARY

The theme of the study is "Work motivation and job satisfaction at the time of healthcare reforms".

Today's health care sector is characterised by rapid reforms and restructuring that is inspired by liberal ideology and market economic thinking. The consequences are new organisational and management forms with a focus on performance management and efficiency, as well as changes in legislation to ensure quality of services and rights to users and patients. Concepts that we normally associate with markets and trading and profit organizations, such as "service", "goods" and "production" are increasingly used in conjunction with nursing and care services.

According to medical research is the liberal ideology and market economic thinking difficult to reconcile with the basic values of care in nursing. Studies of work motivation and job satisfaction among nurses in Norway show the same. The nurses in this study expresses that it is challenging to work within the framework that makes it difficult to provide nursing care profession's values. What makes them unable to stand in the nursing profession within these limits, content and motivated? When research and theory points out that nurse' conditions for doing their profession is hard, why are some in the apparent pressure frames? In this study, I wish to examine why. The study research questions are:

In what way gives nurses an expression of professional motivation and job satisfaction, and in what way does the factors related to changes in work requirements and organisational restructuring subject matter?

This qualitative study is based on semi-structured interviews of five nurses who worked more than 10 years in the same ward, in one of the university hospitals in Norway. Previous research shows that diverse, challenging and stimulating work tasks, participation and mutual recognition is important for career motivation and job satisfaction. The nurses in my study shows that such conditions can not be isolated from the way the daily work is organized and the "tone" in the collegial working community. A good cooperation with their colleagues, experiences of being consulted are of importance in discussions about scientific and practical challenges. The nurses are comfortable with that they can retreat from the daily work of the department to fill the other professional features as guide students or lead groups. They trust their leaders and have until now dealt with matters related to restructuring and reorganization of the department in a good way. This makes nurses less need to engage in discussions about budgets, restructuring, staff reductions and waiting lists. Such discussions are seen as "noise" and interfere with them in their daily work.

These tasks and working conditions together give nurses inspiration and motivation to endure the hectic periods, and to help when needed when there is changes in procedures and organizational restructuring. Nevertheless, and despite that the nurses expressed satisfaction in their profession, they have in the past year noticed changes from the opportunity to professional development, new responsibilities, management's presence, more hectic working with sicker patients and less time to them. This makes the nurses something not sure what the future holds in terms of ability to exercise the profession in a good way.

Keywords: health reform, care values, work pressures, nurses, professional motivation, qualitative study, work, leadership.



# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
STRUKTUR PÅ MASTEROPPGAVEN .....	2
<b>TEORETISKE PERSPEKTIVER.....</b>	<b>3</b>
SYKEPLEIERS ARBEIDSSITUASJON.....	3
Yrkesmotivasjon og arbeids glede.....	3
Organiseringskompetanse.....	4
Organisasjonskompetanse .....	6
<b>BESKRIVELSE AV STUDIEN .....</b>	<b>10</b>
METODE.....	10
Forskerrollen.....	11
Valg av informanter.....	13
Forskningsetiske forhold .....	14
Datainnsamling .....	15
Dataanalysen.....	16
Studiens troverdighet.....	17
<b>STUDIENS FUNN OG DISKUSJONSDEL .....</b>	<b>18</b>
TRIVSEL HOS SYKEPLEIERNE I HELSEREFORMENES TID .....	18
SYKEPLEIERNE TRENGER ORGANISATORISK KOMPETANSE.....	25
Organiserings- og organisasjonskompetanse .....	25
Verdikonflikter - spenninger i sykepleiehverdagen.....	27
Ansvarsfulle sykepleiere.....	30
Det uoverkommelige ansvaret .....	30
Organisatoriske problemer blir private frustrasjoner .....	31
Å gi makt og bemyndigelse til den som bærer ansvaret nærmest pasienten.....	34
<b>AVSLUTNING.....</b>	<b>35</b>

**Artikkel:** ”Yrkesmotivasjon og arbeids glede i helsereformenes tid”

**Vedlegg**



## INNLEDNING

Tema for studien er ”Yrkesmotivasjon i helsereformenes tid”<sup>1</sup>. Begrunnelsen for valg av tema er egne erfaringer som sykepleier på to forskjellige avdelinger for kronisk syke og dødende pasienter. Begge avdelingene gikk igjennom ulike innsparings- og effektiviseringstiltak samtidig som jeg var ansatt. Jeg opplevde at dette gikk ut over måten jeg fikk gjort arbeidet mitt på, og fikk betydning for min trivsel i sykepleien. I denne studien har jeg undersøkt hva det er som gjør at noen sykepleiere trives i arbeidet til tross for gjentakende omorganiseringstiltak og stort arbeidspress.

Tidligere studier viser at varierte, utfordrende og utviklende arbeidsoppgaver har betydning for yrkesmotivasjon og jobbtilfredshet blant sykepleiere. (Lyon, 2003). Å arbeide med mennesker, medbestemmelse og lønnsforhold er andre forhold som er viktige i denne forbindelse. (Aiken et al ,2001;Knutsen Bøe, 2007 ;Krogstad et al, 2006). Dagens helsevesen er preget av helsepolitiske reformer og raske omstillinger og i nyere studier om utbrenthet og turnover blant sykepleiere blir det hevdet at forhold som fremmer yrkesmotivasjon og jobbtilfredshet i liten grad er til stede.

Sykepleierne i denne studien sier at de har hatt et stort arbeidspress de siste 8-10 årene, men at de likevel trives i yrket. De sier at en hensiktsmessig organisering av det daglige arbeidet og et godt samarbeid med andre erfarne sykepleiere og leger gir en opplevelse av at arbeidet flyter godt og at de får gjort arbeidet på en god måte selv om de har mye å gjøre. En slik arbeidsform kan også virke faglig og personlig inspirerende og utviklende. Videre sier sykepleierne at det er viktig å ha en avdelingsledelse de har tillitt til. Dette gjør at de i mindre grad trenger å engasjere seg i diskusjoner om budsjetter, omorganisering, nedbemaning og ventelister. Slike diskusjoner blir oppfattet som ”støy” og det forstyrrer dem i det daglige arbeidet.

Da intervjuene ble gjennomført var avdelingene de jobbet på midt inne i en større omorganisering. Selv om sykepleierne har jobbet hardt igjennom flere år har de klart å finne frem til en måte å organisere arbeidet på som virker motiverende og inspirerende. Den siste omorganiseringen har imidlertid gjort en forskjell i så henseende. De sier at de nå har enda

---

<sup>1</sup> Tittelen på masteroppgaven er inspirert av Nina Olsvold sin artikkel med tittelen Profesjonsetikk i helsereformenes tid (Olsvold 2003).

mindre tid til både pasientene og fagutvikling og at lederne er blitt mindre synlige i det daglige arbeidet. Videre sier sykepleierne at de er mer frustrert nå enn tidligere. De vet imidlertid ikke hvem de skal skylde på annet enn at det er *systemet* som ikke fungerer hensiktsmessig. I følge Arne Orvik (2004) bør dagens sykepleiere ha kunnskap *om* system, det vil si om helseorganisasjoner som moderne organisasjoner. Siden omorganisering og endring er karakteristisk trekk ved dagens helsevesen vil kunnskap om slike organisasjoners funksjon og virkemåte gjøre sykepleiere bedre rustet til å forstå, men også håndtere utfordringer knyttet til egen yrkesfunksjon i en tid med raske omstillinger. Videre kan en slik innsikt gi en større opplevelse av forutsigbarhet i arbeidet og med dette økt trivsel.

Hensikten med studien er å undersøke hvorfor noen sykepleiere blir i sine yrker og trives til tross for vedvarende arbeidspress over tid. I både den offentlige og faglige debatten blir det hevdet at det er en sammenheng mellom gjentatte omorganiseringer og effektivitetstiltak i det norske helsevesenet og lav arbeids glede og yrkesmotivasjon blant sykepleiere. Dersom slike forhold medfører at sykepleiere blir utbrent og forlater yrket sitt, hvorfor er det da noen som blir igjen? Studiens problemstillinger er som følger: *På hvilken måte gir sykepleierne uttrykk for yrkesmotivasjon og arbeids glede og på hvilken måte blir forhold knyttet til endringer i arbeidskrav og organisatoriske omstillinger gitt betydning?*

## **Struktur på masteroppgaven**

Denne masteroppgaven består av en vitenskapelig artikkel samt en innledende del hvor forhold i artikkelen er utviklet og utdypet. Forhold som får en utfyllende behandling i den innledende del er teori, metode, mine funn og diskusjon av data.

I den siste diskusjonsdelen vil det forekomme en del gjentakelser fra delen hvor jeg presenterer og diskuterer mine funn. Dette ble naturlig da jeg først skrev artikkelen og senere utvidet diskusjonen av funnene. Jeg vil der ta for meg hvordan sykepleierne i studien forventer å være både omsorgsfulle og effektive hvor slike rollekrav er en direkte følge av at sykepleie foregår i sykehus med ulike verdier og mål som kan være vanskelig og forene. De ulike verdier og mål gir spenninger og konflikter som får betydning for sykepleiernes daglige pasientarbeid, og er særlig fremtredende i en tid med mange omstillinger og endringer i sykehusene. Jeg vil diskutere hvordan organisatorisk kompetanse kan være redskap for å forstå og å håndtere spenningsfylte arbeidssituasjoner i sykepleiernes hverdager, slik at de trives i sin rolle og med sitt arbeid. Her tar jeg opp hvordan sykepleiernes ansvar og

arbeidsoppgaver endres i omstillingstider og får betydning for opplevelse av egen rolle og ”flyt i arbeidet” og hvordan en slik kompetanse kan få betydning for å møte utfordringer knyttet til sykehusavdelingenes omorganiseringer. Endelig kommer en diskusjon om hvordan organisasjonskunnskap kan bidra til kompetanse og bemyndigelse av sykepleierne. Samt sykehusledelsens ansvar for å gi sykepleierne handlingsberedskap slik at de skal kunne arbeide under sunne omgivelser og med dette bli motivert til å bli i sykepleieryrket.

Først vil jeg presentere tidligere forskning om yrkesmotivasjon og arbeidsglede blant sykepleiere, samt teoretiske begrep som viser ulike sider ved sykepleierarbeidet. Begrepene er pleiekulturen, artikulering, backstage kommunikasjon og organisatorisk kompetanse. Deretter blir det gitt en beskrivelse av metode. Videre kommer en oppsummering av artikkelens resultater som også vil fungere som bakgrunn for diskusjonen om organisatorisk kompetanse.

Artikkelen er skrevet for publisering i tidsskrift som åpner for 5000 ord, og er nå sendt til tidsskriftet ”Vård i Norden” for vurdering.

## **TEORETISKE PERSPEKTIVER**

### **SYKEPLEIERS ARBEIDSSITUASJON**

#### **Yrkesmotivasjon og arbeidsglede**

Interesse for det faglige innholdet i eget arbeid sammen med et godt sosialt arbeidsmiljø skaper engasjement, arbeidsglede og motivasjon. Dette er viktig for trivsel og tilfredshet i arbeidet (Frøland, 2007). Når det gjelder sykepleiere er det varierte, utfordrende og utviklende arbeidsoppgaver som skaper arbeidsglede og motivasjon. Andre viktige forhold i denne sammenheng er det å arbeide med mennesker, oppleve å få gjort jobben på en god måte, medbestemmelse og anerkjennelse for det som blir gjort (Aiken, 2001 et al; Knudsen, 2007; Krogstad et al, 2006; Lyon, 2003; Tveit, 2001; Waterloo, 2003). Også omstendigheter knyttet til organisering av arbeidet og det kollegiale arbeidsmiljøet er av betydning for arbeidsglede og motivasjon. Blant annet er hensiktsmessig organisering og forutsigbarhet i det daglige arbeidet og et godt samarbeid med kollegaer og ledelsen viktig (Krogstad et al, 2006; Lyon, 2003).

Tidligere forskning viser at dersom slike forhold ikke er tilstede i sykepleiernes arbeid vil dette kunne medføre frustrasjon, utbrenthet og avgang fra yrket. Dette gjelder spesielt dersom sykepleiere mister kontroll over egen arbeidssituasjon slik som ved store omorganiseringer ved egen arbeidsplass (Aiken, 2001; Lian, 2003; Waterloo, 2003). Omorganisering og endring er imidlertid et karakteristisk trekk ved dagens helsevesen og i følge Arne Orvik (2006) bør sykepleiere ha kunnskap om helseorganisasjoners funksjon og virkemåte. Dette kan gjøre dem mer rustet til å forstå, men også håndtere utfordringer knyttet til egen yrkesfunksjon i en tid med raske omstillinger. Videre kan en slik innsikt gi en større opplevelse av forutsigbarhet i arbeidet og med dette økt trivsel (Orvik, 2004). I følge Orvik (2004) består organisatorisk kompetanse av organiseringskompetanse og organisasjonskompetanse.

## Organiseringskompetanse

I studien støtter jeg meg til tidligere forskning om yrkesmotivasjon og arbeidsglede som tilsier at interesse for eget arbeid, sammen med god organisering av det daglige arbeidet, og et godt kollegialt fellesskap er viktig for motivasjon og arbeidsglede. Siden utøvelse og organisering av det kliniske arbeidet er viktig for at sykepleiere skal trives i sitt yrke, vil jeg i tillegg knytte an til noen begreper som på ulikt vis fremhever karakteristiske og grunnleggende trekk ved utøvelse og organisering av sykepleiarbeidet. Disse begrepene er *pleiekulturen* (Hamran, 1992), *articulation work* (Strauss et al, 1995) og *backstage kommunikasjon* (Ellingson, 2003).

Begrepet *pleiekulturen* (Hamran, 1992) fremhever sammenhengen mellom måten pleie- og omsorgsarbeidet er organisert og grunnleggende verdier i arbeidet slik som å *passé på* og å *være hos syke* mennesker (Hamran, 1992:9). Arbeidsrutinene i avdelingen ivaretar og vedlikeholder et kollektivt og kontinuerlig ansvar for den enkelte pasient, den totale pleietyngden og det øvrige avdelingsarbeidet. Ulike kvalitets- og ressurs hensyn er bygd inn i rutinene hvorav *god flyt* i arbeidet er en viktig kvalitets- og effektivitetsnorm.

Rutinene regulerer arbeidet i tid og rom og det skaper en viss forutsigbarhet for både pleiepersonalet og for de syke. Likevel, og på grunn av pleiearbeidets grunnleggende karakter, må personalet kontinuerlig kommuniserer om flyten i arbeidet og om hvordan aktiviteter og prosedyrer kan koordineres og samkjøres til det beste for den enkelte pasient og avdelingsarbeidet for øvrig. Denne formen for kommunikasjon dreier seg om forhold "... *...above and beyond the core work itself...*" (Strauss et al, 1985:82) og den forekommer som regel ad hoc og i "forbifarten" på vaktrommet, i korridorene, på pauserom eller inne på

pasientenes rom. Denne kommunikasjonsformen er betegnet som *articulation work* (Strauss, 1985) og den er et ”taust aspekt” ved alt klinisk arbeid, også pleie- og omsorgsarbeidet.

*Articulation work* er tett integrert med en annen karakteristisk kommunikasjonsform i det kliniske arbeidet, nemlig *backstage* kommunikasjon (Ellingson, 2003). På samme måte som ved *artikulation work* er også denne kommunikasjonsformen ”taus”. Betegnelsen fremhever at kommunikasjon om den forløpende daglige organiseringen av arbeidet ikke kan skilles fra kommunikasjon om faglige utfordringer i arbeidet for øvrig. Videre får begrepet frem at det ikke bare er sykepleiere som er inkludert i denne formen for kommunikasjon, men også det øvrige personalet på avdelingen blant annet legene og ledelsen.

*Backstage* kommunikasjon er ofte preget av *forhandlinger* om hvordan utfordringer skal bli forstått og håndteres, av hvem og når (Svennson, 1996). Informasjon og kunnskap om forhold knyttet til de enkelte pasientene utveksles forløpende etter hvert som utfordringer dukker opp. I og med endringene i dagens helsevesen med økt krav til effektivitet og kvalitet på den ene siden og forandringer i sykdomspanorama på den andre, er det ikke bare kunnskap om den enkelte pasientens diagnose og behandling som er av betydning. Men, også kunnskap om deres funksjonsnivå, ressurser og preferanser. Sykepleiere har kunnskap om slike forhold og i følge Svennson (1996) vil dette gi sykepleierne større betydning og innflytelse i diskusjoner om pasientenes ”karriere” i helseorganisasjoner og med dette utfordre den tradisjonelle hierarkiske samarbeidsrelasjonen mellom leger og sykepleiere. Slik sett er *backstage* kommunikasjon en samarbeidsform hvor det ikke bare forekommer gjensidig fagutvikling og læring, men også brytning av disiplinære skillelinjer og etablerte profesjonsrelasjoner (Svennson, 1996; Ellingson, 2003).

På ulikt vis uttrykker begrepene *pleiekulturen*, *articulation work* og *backstage* kommunikasjon individuell og kollektiv vilje til å gi den enkelte pasient et godt behandlings- og pleietilbud og til å organisere det øvrige avdelingsarbeidet på en hensiktsmessig og effektiv måte. God kommunikasjon og samhandling i avdelingen og på tvers av avdelinger og institusjoner muliggjør kontinuitet i det medisinske og pleiefaglige arbeidet, og det gir oversikt over den enkelte pasients sykdomsforløp. Dette har positiv effekt på antall liggedøgn, dødelighet etter utskrivelse og innleggelse på sykehjem etter sykehusopphold (Ellingson, 2003).

God kommunikasjon og samhandling forutsetter imidlertid hardt arbeid, der sykepleiere, leger og andre ansatte i helseorganisasjoner fortløpende samordner og koordinerer, vurderer og diskuterer aktiviteter og oppgaver internt på egne avdelinger, men også på tvers av avdelinger og organisasjoner. Rutiner for samhandling og koordinering er selvsagt bygd inn i formelle arbeidsinstrukser, men på grunn av det kliniske arbeidets karakter herunder pleie- og omsorgsarbeidet, forutsettes altså en betydelig gjennomgående kommunikasjon om arbeidet, både det organisatoriske og det faglige. Organiseringen av det daglige arbeidet er komplekst og krevende i den grad at det fordres oversikt og handling gjennom kompetanse i å organisere og lede omsorgsarbeidet. Hamran skriver om hvordan sykepleierne tilpasser og organiserer arbeidet etter *skjønn*; pasientens tilstand, personalsituasjon og arbeidsmengden med planlagte og uforutsette pasientforløp. Dyktige sykepleiere har grep om pasientarbeidet hvor de fordeler arbeidsoppgaver seg i mellom på en smidig måte. De trer til og hjelper hverandre når arbeidet med pasientene er krevende, samarbeider i stillesituasjoner, og har god arbeidsorganisering i akutte situasjoner som tilsier rask handling og beslutsomhet. Dette er hva Orvik (2006) i sin bok kaller *organiseringskompetanse*. Mye av dette arbeidet er et ”taust” aspekt ved sykepleien som læres gjennom erfaring (Elstad og Hamran, 1995).

## **Organisasjonskompetanse**

Videre skriver Orvik at det ikke er nok med organiseringskompetanse, men at sykepleiere også må ha *organisasjonskompetanse* for å kunne mestre en yrkesrolle med krav om å være både omsorgsfulle og effektive i sykehusorganisasjoner med ulike kulturer, verdier og mål. Organisasjonskompetanse hos sykepleiere handler om å forstå hvordan sykehusorganisasjoner fungerer, forståelse for egen rolle i den og kunne handle organisatorisk (Orvik, 2006).

En slik kompetanse kan bidra til å forstå kulturelle spenninger i sykehusene og deres verdigrunnlag, og til å leve med dem. Orvik (2006) sier at organisasjonskompetanse er nødvendig fordi sykepleierne ikke skal bli bærere av konflikter når verdier og mål er vanskelig å forene. I følge Olsvold og Norvoll (1999) har sykepleiere for liten erfaring med å se organisatoriske løsninger. Dette fører til at arbeidsproblemer blir tolket som individuelle og faglige problemer, når problemene ligger på organisatorisk nivå, noe som kan medføre frustrasjon, avmakt og resignasjon over arbeidssituasjoner. Samtidig må sykepleierne erkjenne konflikter og spenninger i helsesektoren og i samfunnet hvor kritisk bevissthet til egen arbeidssituasjon er knyttet til handlingsberedskap (Svennson, 1998).



Organisasjonsinnsikt og handlekraft er nødvendig for å håndtere rollen som koordinator i team, økt krav om kvalitetssikring, evnen til overblikk over pasientforløp og et økende antall samarbeidspartnere (Orvik, 2006:29). Viktige forutsetninger for god arbeidsflyt, arbeidsmiljøet og kvaliteten på arbeidet som blir gjort, er å mestre en yrkesrolle med samarbeid, medansvar og lederskap. Slike forhold kan medvirke til en effektiv og god omsorg hvor arbeidsglede er en tilleggseffekt. (Orvik, 2004:211). Disse er imidlertid ikke statiske forutsetninger, men hvor aktuelle samfunnsmessige krav om effektivisering får betydning for arbeidets egenart, utøvelse og organiseringen av arbeidet, sykepleiernes identitet og pleiekulturen (Hamran, 1992). Det er derfor også viktig med kunnskap om moderne sykehusorganisasjoner fordi det berører utøvelse og organisering av sykepleiearbeidet.

Sykepleierne utøver sitt yrke ut i fra en sykepleiekultur/pleiekultur og humanistisk tradisjon som vektlegger personorientert verdier som helhetsorientering og individualisert sykepleie. Samtidig møter de i sykehus en organisasjonskultur og systemkultur som i større grad er preget av bedriftsøkonomisk effektivitet og krav om standardiserte arbeidsoppgaver. (Hamran, 1992; Lian, 2003; Orvik, 2006).

*”Organisasjonskompetanse kan gi språk, perspektiver og metoder til å identifisere verdikonflikter av stor betydning for sykepleien, både som pasientomsorg og som arbeid”* (Orvik, 2004:126). En slik verdikonflikt er når produksjon blir overordnet menneskene i organisasjonen, noe som stadig reises kritikk til i helseorganisasjoner som sykehus.

Dagens sykehus og reformprosesser ellers i norsk helsesektor er inspirert av *New Public Management* (NPM) (Lian, 2003). Med NPM menes en styringsideologi med forbilder fra privat sektor og idealer fra markedsmodeller. Lian (2003) sier at NPM må forstås som en kritikk mot tidligere organisasjonsformer i offentlig sektor. Kritikken har vært at offentlig sektor er for stor, for lite effektiv og fleksibel, og med for svak ledelse og brukerorientering. (Lian, 2003:96)

Dette medførte at en rekke reformtiltak ble iverksatt, rettet mot det somatiske helsevesenet, hvor NPM er overordnet rammeverk i organisasjon - og ledelsesformer. Klare målsettinger og resultatkrav er tellende, og det er viktig med mer styrbare enheter ved å desentralisere, øke konkurranse og driver sykehusene i de enkelte foretakene mer effektivt. Samt å få en

profesjonell ledelse, der nye styrings- og ledelsesformer med likhet fra privat sektor, skulle gi gode resultater (Lian, 2003).

Konsekvensene av reformene er nye organisasjons- og ledelsesformer med fokus på målstyring og effektivitet, samt endringer i lovgiving for å sikre kvalitet på tjenestene og rettigheter til brukerne. Brukermedvirkning er et ideal, (Dahle og Thorsen, 2004) og begreper som vi vanligvis assosierer med markeder og handels- og profittorganisasjoner slik som ”service”, ”vare” og ”produksjon”, blir stadig oftere brukt i sammenheng med pleie- og omsorgstjenester (Lian, 2003).

Dahle og Thorsen (2004) beskriver sykehusreformen av 1. januar 2001 som en reform hvor rammeverket innbefatter også bestemte oppfatninger av brukerne og pasientene (Dahle og Thorsen, 2004:15). NPM og dens liberalistiske markedsorienteringer får også konkrete konsekvenser for sykepleierne og deres yrkesutøvelse. De viser til at det skjer endringer i hvordan arbeidet tradisjonelt er utført og organisert. Tidligere kjennetegn med yrkesutøvelsen bestod av tekniske og håndverksmessige kunnskaper og ferdigheter, og et stort innslag av skjønn. De relasjonelle ferdighetene som evnen mellommenneskelig innlevelse og sensitivitet og skjønnsutøvelsen ble opphøyet (Dahle og Thorsen, 2004; Elstad og Hamran, 1995; Hamran, 1992). Disse idealene er i dag under press hvor den relasjonelle praktiske kunnskap og skjønnet er i dag hovedsakelig underordnet markedsidealene.

Hamran (1992) og annen helsefaglig litteratur og forskning viser til at verdier i fra en slik liberalistisk ideologi og markedsøkonomisk tenkning er vanskelig å forene med grunnleggende omsorgsverdier som sykepleierne bygger sin kunnskap og sitt arbeid på (Dahle og Thorsen, 2004; Hamran, 1992; Lian, 2003). For sykepleierne kan det synes vanskelig utøve direkte pasientarbeid og gi god kvalitet på omsorgsarbeidet, og ”å ta vare på” og ”å hjelpe” pasienten i et system hvor effektivitet og resultater er overordnede mål. Olsvold (2003) skriver i sin artikkel at for sykepleiere og annet helsepersonell som yter direkte pleie og omsorg for pasientene forekommer det en ”asymmetri” mellom omfattende ansvar og myndighet for kvaliteten på tjenestene som utføres, og tilgang til ressurser (Osvold, 2003:10).

Det blir blant annet påpekt at endringer og omstillinger i sykehus medfører større arbeidspress, forandringer i ansvarsområde og myndighet som følge av sammenslåing av

avdelinger, og innføring av nye systemer for registrering og dokumentasjon av arbeidet og bruk av ressurser. Noe som også får betydning for opplevelse av egen sykepleierrolle.

Organisasjonskompetanse kan være en slik handlingsberedskap som bidrar til at sykepleierne bedre mestrer sin rolle og klarer å stå i denne asymmetrien mellom kvalitet og effektivitet (Olsvold, 2003), og oppleve at de trives i sykepleien. Begrepet *bemyndigelse* (Sørensen et al, 2002) kan i denne sammenhengen også være sentralt. Bemyndigelse innebærer i denne sammenhengen at sykepleierne utvikler evner og ferdigheter til å få makt og kontroll og kunne sette demokratiske og humanistiske verdier i sentrum slik at man oppnår en omfordeling av ressurser, makt og innflytelse. Dette for å kunne påvirke til bedre kvalitet på omsorg til pasienten og egne arbeidsbetingelser (Sørensen et al, 2002).

Et annet viktig begrep i denne sammenheng er *helsefremmede sykehus* (Narum 2001) Med dette menes at ledelsen i sykehus skal bidra til at sykepleiere utvikler organisatorisk kompetanse. Helsefremmende arbeid for personalet er viktig fordi det er et gap mellom den optimale arbeidssituasjonen og hva som er situasjonen på mange sykehusavdelinger hvor personalet er slitent og stort sykefravær. (Narum, 2001). Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000) påpeker at verdigrunnlaget i helsetjenesten og arbeidsmiljøet for helsepersonell forutsetter et sterkt lederskap som klarer ”å leggje rammene, skape motivasjon og utvikle gode relasjoner mellom de ulike aktørane i endringsarbeidet (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2001) el. st. meld.nr.26:(1999-20)pkt. 4.3). Det er derfor en stor utfordring for sykehusledere i moderne sykehus, med effektivitet og rasjonalisering som bærende verdier, å gi sykepleierne ressurser til å kunne utvikle gode relasjoner og et godt samspill mellom helsearbeiderne slik at de trives i jobbene sine.

Organisatorisk kunnskap er viktig for at sykepleierne skal kunne håndtere krysspresset mellom kvalitet og effektivitet (Olsvold, 2003:10). Denne formen for kunnskap bør ha en selvfølkelig plass i sykepleiefaget i og med helseorganisasjonen setter rammer for sykepleiernes arbeid. Organisatorisk kunnskap kan ” være nødvendig for å sikre kvalitet på pasientomsorgen, gode arbeidsbetingelser for yrkesutøveren og en effektiv produksjon av helsetjenester” (Orvik, 2004:9).

## BESKRIVELSE AV STUDIEN

Dagens helsevesen er preget av reformer og raske omstillinger som er inspirert av liberalistisk ideologi og markedsøkonomisk tenkning (Dahle og Thorsen, 2004, Lian, 2003). Litteratur forskning og media viser at slike forhold får betydning for sykepleiernes organisering og utøvelse av arbeidet. Noen sykepleiere synes et fagfelt i rask endring er utfordrende, spennende og motiverende. Andre derimot mener omstillinger og nye arbeidskrav medfører stress og redusert og arbeidstrygghet (NSF, 2007). Dette kan igjen få konsekvenser som nedsatt trivsel, liten motivasjon og arbeids glede, og noen sykepleiere ønsker seg også vekk fra yrker eller velger og forlate yrket.(Aiken, 2001, Bøe, 2003). Hvis det er slik som forskningen og den offentlige debatten viser, at sykepleierne ikke trives i yrkene sine fordi arbeidspresset er stort og ressursene er knappe. Hvorfor er det da noen som blir værende i yrkene over tid? Hensikten med denne studien er å undersøke dette og problemstillingen er som følger:

*På hvilke måte gir sykepleierne uttrykk for yrkesmotivasjon og arbeids glede, og på hvilke måte blir forhold knyttet til endringer i arbeidskrav og organisatoriske omstillinger gitt betydning?*

### Metode

I denne studien ønsket jeg å få en større forståelse for fenomenet trivsel i sykepleieryrket, gjennom samtaler med erfarne sykepleiere. Dette fordrer en kvalitativ metode (Thaagard, 2003) hvor jeg brukte intervju ”som er en særlig velegnet metode for å få informasjon om hvordan informantene forstår seg selv og sine omgivelser” (Thaagard, 2003:58).

Intervjudataene ble til gjennom intervju av 5 sykepleiere som hadde jobbet mer enn 10 år på samme sengepost. Mitt vitenskapsteoretiske (Thaagard, 2003:13) ståsted er at intervjuene representerer både *beskrivelser* av hendelser som sier noe om trivsel i sykepleierarbeidet, men også noe om sykepleiernes *egen forståelse* av erfaringer som har betydning for trivsel. Også blir intervjudataene påvirket av ”ytre” forhold som for eksempel hvordan sykepleierinformantene oppfattet meg som forsker og sykepleier.

En slik forståelse av intervjudata er i følge Thaagard (2003) en mellomposisjon mellom de som representerer et positivistisk og konstruktivistisk ståsted. Et positivistisk ståsted som fremhever at ” *informantenes beskrivelser gjenspeiler det han eller hun har opplevd utenfor intervjusituasjonen*” (Thaagard 2003:83), og et konstruktivistisk ståsted som sier at erfaringer

er kontekstbundet og utformes i relasjon mellom informant og forsker hvor ” *erfaringer i den ”ytre” verden ikke kan formidles i intervjusituasjoner*” (Thaagard 2003:83).

## **Forskerrollen**

Sykepleierrollen har gitt meg erfaringer med å arbeide med kronisk syke og dødende pasienter i sykehus. Dette fant jeg både spennende og utfordrende, men også krevende arbeid over tid. I rollen som sykepleier måtte jeg stadig forholde meg til pasienter med sykdom og lidelser hvor behandlingens mål ikke var å bli frisk fra sykdom, men lindring av plagsomme symptomer relatert til kreftsykdommen, og forlengelse av livet. Sykepleie til disse pasientene stiller særlig krav til tilstedeværelse, kontinuitet og tid og at jeg som sykepleier har muligheter til å følge opp pasientene, og utøve faglig og forsvarlig sykepleie og gi omsorgsfull hjelp. Dette kan i følge Herdis Alvsvåg beskrives som ”resultatløs sykepleie” (Alvsvåg, 2007), hvor sykepleien til disse pasientene ikke lønner seg samfunnsmessig fordi ”*vi ikke kan forvente resultater i form av utskrivning, selvhjelpenhet og helbredelse*”(Alvsvåg og Frøland, 2007:15).

I sykepleien til disse pasientene måtte jeg også forholde meg til den hverdagslige travelhet i avdelingen. Dette innebar å ta ansvar for utøvelse og organisering av sykepleie innenfor et sykehussystem hvor omsorg ofte blir utfordret av sykehusorganisasjonens krav til effektivitet og resultater. (Lian, 2003). Stadige organisatoriske endringer og omstillinger på sykehuset med større fokus på effektivisering og resultatorientering medfører også knappe ressurser som tid og personale og fagligutvikling. Slike forhold gjorde at jeg opplevde å ikke gi god nok omsorg til pasienten og fikk betydning for min arbeidsglede og motivasjon i sykepleien.

Å være sykepleier, og samtidig å ha en forskerrolle hvor jeg samler intervjudata hos andre sykepleiere som også arbeidet på sykehus, kan betegnes som ”*å forske i eget felt og egen kultur*” (Paulgaard, 1997). I følge Paulgaard (1997) kan dette være både en styrke og en begrensning for forskning. I min studie var sykepleierrollen en styrke fordi den ga meg lettere tilgang til forskningsfeltet. Jeg hadde kunnskap om de formelle kanalene jeg måtte bruke for å få tilgang til data og aksept for gjennomføring av prosjektet. Dessuten var det en fordel å ha kjennskap og forståelse for sykepleiernes språk og deres kontekst. For eksempel innsikt i sykehuset som organisasjon, samspillet mellom kollegaer og faggrupper, og andre forhold som har betydning for organisering av pleie og omsorg av pasientene. Nærhet til feltet var også en utfordring fordi mine informanter visste at jeg er kreftsykepleier. Jeg opplevde at de

av og til i samtalene ble påvirket av min bakgrunn og tok for gitt at jeg forstod sammenhenger og resonnementer. For eksempel kom de med raske kommentarer, avkortede setninger og avslutninger som *"det vet jo du.."* og *"du forstår.."* I slike tilfeller kunne jeg be dem om å utdype forholdene mer inngående. En annen utfordring var at jeg i samtaler med informantene og analysen av dataene kunne ta ting for gitt på grunn av egen "kulturblindhet" og overse viktig data (Paulgaard, 1997:81). Dette forsøkte jeg å være bevisst under samtalene og hele analyseprosessen.

Før intervju av sykepleierne hadde jeg satt meg inn i teori og forskning om trivsel, arbeidsglede og motivasjon, og derigjennom funnet temaer og spørsmål for intervjuguiden. Mine erfaringer og teori utgjorde faglige perspektiver og min forforståelse. Dette fikk betydning i forberedelse av intervjuguiden, gjennomføring av intervjuene, og tolkningene av intervjumaterialet. Intervjusamtalene var redskap for å "samle inn" data og få frem sykepleiernes perspektiver på motivasjon og arbeidsglede i sykepleien. Samtidig kommer mine perspektiver inn i studien hvor *"en viktig målsetting for forskeren å bringe sin egen tolkning inn i materiale"* (Thaagard, 2003:128).

Under innsamling av data fikk også min personlighet betydning. Mine forforståelser, personlige væremåte og mitt samarbeid med sykepleierinformantene, påvirket de inntrykk jeg fikk i intervjusituasjonene og fikk betydning for den informasjon som fremkom i intervjuene. I følge Thaagard (2003) bidrar forsker til data gjennom sin personlighet og forforståelser og er med å tilføye dataene innhold; *"I forhold til kvalitative metoder er det viktig å fremheve at forskeren til en viss grad "skaper" data i forhold til den forståelse hun eller han har av samfunnet"* (Thaagard, 2003:45). Formulering av spørsmålene i intervjusamtalene og min delaktighet var med på å drive samtalene fremover og fikk også betydning for den informasjonen jeg fikk.

I intervjusamtalene forsøkte jeg å fremstå som åpen og mottakelig for informasjon. Dette gjorde jeg gjennom å ha en "lyttende holdning" (Thaagard, 2003) hvor min oppmerksomhet var fullt og helt rettet mot den enkelte sykepleierinformanten. Jeg viste interesse og engasjement ved å gi respons på informantenes fortellinger (Thaagard, 2003:92) stille tillegsspørsmål, komme med kommentarer og andre uttrykk som drev samtalen. Dessuten ved bruk av blikkontakt og kroppsspråk som nikke og ha åpen kroppsholdning.

## Valg av informanter

Kriteriene for utvelgelsen av informanter var at de skulle ha jobbet som autoriserte sykepleiere i sykehus og ha mer enn 10 år arbeidserfaring fra avdelingen de jobbet i. Jeg valgte mine informanter på bakgrunn av deres lange fartstid i sykepleien på sin sengepost, og at de arbeidet med krevende pasientgrupper. Jeg hadde tro på at disse kunne gi meg verdifull data om trivsel i sykepleien. Utvalget bestod av 5 kvinnelige sykepleiere fra to avdelinger ved et universitetssykehus, som arbeidet med kreftpasienter, kronisk syke og dødende pasienter.

I regi av Sykehusreformen av 1.januar 2002 har universitetssykehuset gjennomgått stadige organisatoriske endringer og omstillinger. Sykehusreformen var en av flere reformer som myndighetene gjennomførte i 2001 og 2002. Utgangspunktet for reformen er at foruten ressursproblemer er det organisatoriske og styringsmessige problemer i helseinstitusjonene. Det ble uttrykket et behov for å sikre pasientene bedre tilbud på spesialisthelsetjenester, og å sikre en mer effektiv utnyttelse av ressursene – personell, bygninger og utstyr. Reformen bestod av to hovedelementer; eierskifte for sykehusene fra fylkeskommunene til statlig eierskap, og at virksomheten skulle organiseres i foretak som egen rettssubjekt og ikke en integrert del av statlig forvaltning (Inst.O.nr118 2000-2001). Intensjonen var å ta et sterkere styringsgrep i forhold til helsetjenesten struktur, samtidig som den enkelte virksomhet skulle få større ansvar og frihet innenfor de strukturer og ansvarlinjer etablert ved regionale helseforetak (NOU, 2003:1).

En siste omfattende omorganisering er nylig gjennomført ved sykehuset hvor blant annet enkeltvise avdelinger er sammenslått til større klinikker, for med dette å effektivisere pasientbehandlingen, bedre pasienttilbudet og øke samarbeidet på tvers av avdelingene i klinikkene. Dessuten er det økt satsing på poliklinisk- og dagkirurgisk virksomhet. Dette har medført at pasientene på sengepost er generelt sykere og lengre inneliggende og de mindre syke blir henvist til poliklinikker. Høyere arbeidstempo og krav om større fleksibilitet hos de ansatte. Intervjuene ble gjennomført i begynnelsen av denne omstillingsperioden med dannelse av avdelinger til klinikker.

Kontakt og tilgang til forskningsfeltet ble opprettet ved å rette en skriftlig henvendelse til en av klinikkjefene ved universitetssykehuset med informasjon om prosjektet. Klinikkjefen videreformidlet henvendelsen til avdelingssykepleiere ved to av avdelingene som så

forespurte aktuelle sykepleiere om de kunne tenke seg til å delta i prosjektet, og om jeg kunne kontakte dem. Etter telefonsamtale med informantene fikk de tilsendt en utfyllende skriftlig informasjon om prosjektet, skjema for samtykkeerklæring og frankert returkonvolutt i forkant av intervjuene. Ved å gå igjennom de formelle kanalene for å få kontakt med mine informanter, og tilgang til data for min studie har jeg forsøkt å vise en forskningsetisk standard.

### **Forskningsetiske forhold**

Det var ikke nødvendig å få tilråing fra Regional etisk komité, men prosjektet ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste før igangsetting. Deltakelsen var basert på frivillighet. Informantene fikk informasjon om at de kunne trekke seg uten konsekvenser for dem, også etter at de intervjuene var gjennomført. Alle personidentifiserbare opplysninger ble behandlet konfidensielt (Thaagard, 2003).

Informantene er anonymisert ved at teksten er utformet slik at deres identitet er tilsløret. (Thaagard, 2003). Jeg har i studien unnlatt å beskrive forhold som kan bidra til identifikasjon. Alderen til sykepleierinformantene kommer ikke frem i teksten, og sitater blir henvist med fiktive navn. Heller ikke brukes dialekt i sitatene. Av flere metodekritikere kan dette fremstå som galt, hvor”.. *metodisk sett er det riktig å presentere informanten slik vedkommende fremstår for forskeren. Men etisk sett er det viktig å skjule hans eller hennes identitet*” (Thaagard, 2003:24).

I teksten har jeg forsøkt å få fram hva som er mine perspektiver og hva som er informantenes forståelser (Thaagard, 2003:204). Sitater er selektivt utvalgt og knyttet opp mot temaer som diskuteres i teksten. Samtidig har jeg i presentasjon av funn og diskusjoner vært oppmerksom på at informantenes utsagn skal fremstå i den riktige settingen innenfor temaer som diskuteres. På den måten at det ikke oppstår et ”skjevt” bilde av resultatene, og informantene kjenner seg igjen i innholdet i teksten. Dermed at det ikke fremstår som brudd mellom den tillit og åpenhet som preget datainnsamlingen. Det er ”*viktig at de tolkningene forskeren presenterer, gir informanten en opplevelse av å ha blitt forstått av forsker*” (Thaagard 2003:1991).

En annen etisk regel har vært å vise redelighet og nøyaktighet i presentasjon av forskningsresultater og i vurdering av andres forskning (Thaagard, 2003:22). Dette har jeg



gjort gjennom litteraturhenvisning og ved å gjøre rede for hva som er andres forskning og teori. Jeg har også tilstrebet å være redelig i bruk av disse i egen tekst slik at meningsinnholdet i andres forskning ikke endres. Andre forhold er å skille hva som er direkte informasjon fra feltet og forskerens vurdering og kommentarer av informasjonen. (Thaagard, 2003:178).

### **Datainnsamling**

På grunn av tid, arbeidsmengden og størrelse på prosjektet valgte jeg å intervju bare 5 sykepleiere. Selve datainnsamlingen startet med å gjennomføre et prøveintervju med en erfaren sykepleier med over 10 års arbeidserfaring, for å teste om metode, intervjuguide og båndopptaker fungerte tilfredsstillende. Erfaringsmessig visste jeg at sykepleiere er presset på tid, slik at vi avtalte å gjøre intervjuene i fritiden og på dager de visste de kunne forlate avdelingsarbeidet. Det ble også avtalt å utføre intervjuene på rom utenfor selve avdelingen hvor jeg og informanten kunne være mest mulig uforstyrret i intervjusituasjonene. (Bell, 2005: 167).

De 5 sykepleierne ble skjønnsmessig utvalgt (Polit & Beck, 2008:343), og er hentet fra to forskjellige sengeposter på sykehuset. Jeg har ikke vært ansatt som sykepleier på sengepostene, men hadde kjennskap til hvilke profesjoner og pasientgrupper som disse bestod av. Postene tar imot pasienter med alvorlig sykdom, og som har store pleie og omsorgsbehov. Avdelingene er store med 30 sengeplasser og cirka 40 pleieansatte. Disse er hovedsakelig sykepleiere, men også noen hjelpepleiere. Miljøet på avdelingene er en sammensetning av både unge og erfarne sykepleiere, hvor det er flere ”eldre” sykepleiere på disse som har mange års arbeidspraksis. Begge avdelingene har hatt en stabil ledelse, og forholdsvis liten utskiftning blant personalet.

De kvalitative intervjuene er semistrukturert (Polit & Beck, 2008:394). De kan betraktes som en samtale mellom meg som forsker og sykepleierinformanten, hvor temaene mine var bestemt på forhånd. Ved gjennomføring av intervju brukte jeg en intervjuguide med temaer og spørsmål knyttet opp til disse.

Temaene for intervjuene er inspirert av forskning om yrkesmotivasjon, arbeidsglede og grunnleggende trekk ved pleie- og omsorgsarbeidet. Temaene er 1) *det direkte pasientarbeidet* 2) *kollegaer og ledelsen* 3) *selvbestemmelse og egenutvikling* 4)

*organisatoriske endringer.* Dette er forhold som også forskning og teori viser til som meningsfulle når den beskriver markedstenkingens påvirkning og konsekvenser for pleie- og omsorgsyrkene med å stå i asymmetri mellom kvalitet og effektivitet i reformtider. (Dahle og Thorsen, 2004; Lian, 2003; Osvold, 2003; Hamran, 1992).

I starten av intervju samtalen fortalte sykepleierne fritt om utøvelse og organisering av arbeidet og hva som ga arbeidsglede og motivasjon. Allerede her kom de inn på teamene for intervjuguiden, hvor disse senere i samtalen ble utdypet gjennom tilleggsspørsmål. Selv om temaene var bestemt av meg som forsker og inspirert av aktuell forskning og teori åpner intervjuformen opp for at informanten kan bringe inn egne tema i løpet av intervjuet og at forskeren kan tilpasse spørsmålene til disse (Polit & Beck, 2008:394). Hensikten med intervjuene var altså ikke å teste tidligere forskning og teori, men å la sykepleierne selv fortelle om temaene som ble introdusert og med dette frembringe nye innsikter om arbeidsglede og motivasjon i sykepleiarbeidet.

### **Dataanalysen**

Intervjuene tok 1- 1 1/2 time, hvor disse ble tatt opp på bånd og transkribert og dataanalysen fulgte prinsippene for en innholdsanalyse (Polit & Beck, 2008:517-518). Til sammen ga dataen fra intervjuene 66 sider med rådata. De transkriberte intervjuene ble lest igjennom for at jeg skulle kunne danne meg et helhetsinntrykk av innholdet. Deretter ble meningsbærende enheter identifisert, kategorisert og tematisert. Aktuell forskning om yrkesmotivasjon og arbeidsglede samt teori om pleiearbeidet har hatt betydning for hvordan dataene ble kategorisert og tematisert. Jeg tolket dataen i lys av den kontekst den inngikk i, samtidig pågikk analysearbeidet underveis og kontinuerlig. Thaagard (2003) viser at tolkning og analyse ikke kan skilles fra hverandre. Arbeidet med å få oversikt over dataene innebærer at forsker reflekterer over dataenes betydning og utvikler perspektiver på hvordan dataene skal forstås (Thaagard, 2003:28).

Dataanalysen har ikke vært en lineær arbeidsprosess hvor identifisering av meningsbærende enheter, kategorisering og tematisering har foregått kronologisk og stegvis. Den har i stedet vært preget av en stadig veksling mellom lesing av teori og transkripsjoner hvor ny forståelse av dataene og begrepene har vokst frem samtidig. Identifisering av meningsbærende enheter, kategorier og tema ble stadig omrokket og omskrevet (Polit & Beck, 2008:529) og det endelige resultatet av prosessen er presentert i resultatdelen. Denne er strukturert etter

analysens endelige temaer som er: 1) *Å ta vare på pasienten* 2) *Team som arena for faglig samarbeid og tilhørighet* 3) *Faglig utvikling* 4) *Tilgjengelige ledere* og 5) *Det uforutsigbare systemet*.

### **Studiens troverdighet**

Jeg har i min studie forsøkt å gi et troverdig bilde på hvordan sykepleiere opplever å stå i ”krysspess mellom kvalitet og effektivitet” (Olsvold 2003) i en reformtid, håndterer dette, og finner arbeidsglede og motivasjon i sykepleien. I kvalitative studier er det viktig mål at forskningen skal oppfattes som troverdig, og at den er utført på en tillitsvekkende måte (Thaagard, 2003:169-170). I metoddelen hvor jeg beskriver forskerrolle, valg av informanter, innsamling og analyse av data og forskningsetiske forhold redegjør jeg for hvordan dataene fra feltet anvendes og videreutvikles, og med dette forsøker å opp tre troverdig.

I forhold til troverdighet snakker Thaagard (2003), om ”bekreftbarhet”, ”overførbarhet” og ”tolkning”. (Thaagard, 2003:169-191).

Min forståelse og *tolkning* av arbeidsglede og motivasjon i sykepleieryrket ble utviklet gjennom at sykepleierne snakket om utøvelse og organisering av pleiearbeidet, og mitt faglige ståsted. Dette kan innebære et etisk dilemma både når forsker og informant står for nær hverandres selvforståelse og hvis de står for langt i fra hverandre. (Se Forskerrollen s.12-13 ).  
Tolkning av data handler om forskers fortolkninger av dataenes meningsinnhold, noe som er grunnlaget for utvikling av teori i kvalitative data Thaagard, 2003:170-171

*Overførbarheten* av studien min er knyttet til hvordan den forståelsen som er utviklet også kan ha relevans for andre prosjekter. (Thaagard, 2003:70). I denne studien ønsker jeg å sette fokus på viktige forhold i utøvelse og organiseringen av arbeidet som har betydning for sykepleiens motivasjon og trivsel. Videre kan det være nyttig med mer forskning på samspill og samhandlinger i helseorganisasjoner. Studien er skrevet i artikkelform med den hensikt å publiseres i sykepleiertidsskrifter hvor også målet er at lesere kjenner seg igjen i de fenomener som studeres. (Thaagard, 2003:70). Mine funn, på bakgrunn av forskning på fenomenet yrkesmotivasjon og arbeidsglede i reformenes tid, kan være viktige og relevante i flere og større sammenhenger. Både innen helsefaglig forskning og andre yrker hvor samspill

og samhandlinger er nødvendig for utøvelse av arbeid. Dette kan bidra til å generere ny forskning. (Thaagard, 2003:184-185).

*Bekreftbarhet* handler om tolkning av de av de funn som presenteres i studien (s.179), dessuten mitt ståsted som sykepleier og forsker. Mine funn bekrefter jeg ved bruk av annen forskning på yrkesmotivasjon og arbeidsglede i sykepleien, dessuten gjennom teori om pleiekulturen og utøvelse og organisering av arbeidet. Ved å sammenligne mitt materiale med annen relevant litteratur og forskning har dette bidratt til at jeg kan belyse og tolke funn fra mitt materiale slik at det kan gi meningsinnhold og gi et bilde på hva disse forholdene handler om.

## **STUDIENS FUNN OG DISKUSJONSDEL**

### **Trivsel hos sykepleierne i helsereformenes tid**

Sykepleierne i denne studien sier at det generelle arbeidspresset de siste årene har vært stort, men at de likevel trives i yrket. I intervjuene med fem sykepleiere som har arbeidet på samme sykehusavdeling i mer enn ti år, undersøker jeg hva som gir sykepleierne yrkesmotivasjon og arbeidsglede slik at de trives i yrkene sine. Forskningsspørsmålet for studien er: *På hvilke måte gir sykepleierne uttrykk for yrkesmotivasjon og arbeidsglede, og hvilke måte blir forhold knyttet til endringer i arbeidskrav og organisatoriske endringer gitt betydning.*

Tidligere forskning vektlegger hvilke enkeltvise forhold som har betydning for at trivsel, arbeidsglede og motivasjon skal finne sted. Sykepleiere i denne studien derimot gir uttrykk for at det er den daglige organiseringen av arbeidet, fag - og arbeidsfellesskapet på avdelingene som har betydning for trivsel. I dette fellesskapet inngår sykepleierkollegaer, legene, andre profesjoner og ledelsen. Et godt samarbeid i det daglige arbeidet, faglig og sosial støtte mellom andre erfarne sykepleiere, leger og ledelsen gir en opplevelse av at arbeidet flyter godt og at de utøver det pleiefaglige arbeidet på en god måte. Dette gir arbeidsglede og motivasjon, samt faglig og personlig inspirasjon og utvikling.

I samsvar med tidligere forskning gir sykepleierne også i denne studien uttrykk for arbeidsglede og motivasjon når de snakker om det direkte pasientarbeidet. De snakker om trivsel i forhold til å kunne *ta vare på pasientene* på en god måte. Sykepleierne trives når de får arbeide inne på pasientrommene, blant annet fordi pasientene gir dem direkte og

umiddelbar respons på eget arbeid, og de får ofte anerkjennelse for den innsatsen de gjør. Å ta vare på pasienten på en god måte forutsetter å få gjennomføre arbeidet på pasientrommet som planlagt, og uten særlig avbrytelser. Det pleiefaglige arbeidet inne på rommene gir også rom for samtaler med pasientene og mulighet til å bli kjent med dem, og har betydning for sykepleiernes arbeids glede. Særlig betydningsfullt er det at pleierne kan gjøre noe ekstra for pasienten utenom de daglige gjøremålene. De trives når de har tid til ”å følge opp” pasienter over tid og bli kjent med dem. Dette gir også kontinuitet og forutsigbarhet i arbeidet.

Sykepleierne liker at de i pasientarbeidet får jobbe selvstendig og ta egne avgjørelser, samtidig er de avhengig av sine kollegaer for å få arbeidet til å gå rundt. Trivsel i arbeidet blir derfor i stor grad knyttet opp mot organiseringen av arbeidet i grupper/team. Sykepleierne snakker om *teamene som en arena for faglig samarbeid og tilhørighet*. For sykepleierne er det viktig at de som jobber i teamene kjenner hverandres arbeidsmåter og fungerer bra sammen. Dette gir både forutsigbarhet og kontinuitet i arbeidet, men også trygghet i arbeidssituasjoner, og opplevelse av at arbeidet flyter godt. Videre gir dette forutsetninger for felles rutiner, faglig og sosial støtte, og mulighet til avlastning i arbeidet.

I følge sykepleierne er det viktig at *stemningen* i teamet de er tilknyttet er god. I travel hverdag med mange arbeidsoppgaver og utfordringer er en god stemning viktig fordi den er hyggelig i seg selv, men også for at hver enkelte skal føle seg trygg i- og mestre arbeidet. Stemningen blir hyggelig når sykepleierne og legene gir hverandre positive tilbakemeldinger på arbeidet som blir gjort, hjelper hverandre dersom det er behov for en ekstra hånd, diskuterer faglige utfordringer eller får lov å få utløp for frustrasjon.

Selv når det er travelt er det alltid tid til små pauser i arbeidet og å møte andre kollegaer for å få faglige råd eller få ”blåse ut” hvis det er nødvendig. Muligheten til å kunne snakke med hverandre om arbeidet er viktig fordi sykepleierne arbeider med mange tunge pasienter og tragiske skjebner. Faglige diskusjoner og felles forståelse gjør at de håndterer arbeidet lettere og kan møte pasientene med giv og motivasjon.

Sykepleierne føler også ansvar for den totale arbeidsbelastningen i teamene og for kontinuiteten i pleien av den enkelte pasienten. Den enkelte sykepleier er villig til å strekke seg litt ekstra for å avlaste kollegaer nå de er slitne ved å bytte på å ha ansvar for ”tunge pasienter” og å være teamleder. Dette gjelder også etter arbeidstid og sykepleierne sier at de

ofte tar i mot telefoner etter vakt, men også ringe opp selv, for å fortelle noe de andre må huske på.

En god stemning i avdelingen handler også om at sykepleierne føler seg respektert av de andre som ikke er pleiere. Sykepleierne har et godt samarbeid med leger i teamene og opplever ikke det tradisjonelle hierarkiet, de blir hørt når de foreslår noe. Det blir av sykepleierne også påpekt at dette ikke er en selvfølge på alle sykehusavdelinger. Et annet forhold som er av betydning for at det er en hyggelig stemning i teamene er at sykepleierne og legene kjenner hverandres arbeidsmåter godt. Sykepleiere setter også pris på å ha en ledelse som er opptatt av at det er en fin "tone" mellom medarbeiderne, og som jobber aktivt med at det skal være en hyggelig stemning på posten. Å kjenne hverandres arbeidsmåter godt har betydning for det daglige organiseringen av arbeidet og flyten i dette.

Sykepleierne trives med at det både er unge og erfarne sykepleiere i arbeidskollegiet. *Erfarne* sykepleiere bidrar til den gode stemningen i teamene og trygghet i arbeidssituasjoner gjennom deres kunnskap, rutine og erfaringer. Dette gir mulig til å få til god flyt i arbeidet til tross for høyt arbeidstempo og stort arbeidspress. De med mest erfaring blir snakket om som "de som driver avdelingen". Når erfarne sykepleiere er del av teamene får de andre pleierne et mer avslappet forhold til den totale arbeidssituasjon på vekten, og de opplever at arbeidet "går mer på skinner". Blant annet vet sykepleierne at de erfarne lett får overblikket og håndterer stressfylte arbeidssituasjoner på en god måte og at arbeidet blir lettere å gjennomføre. Erfarne sykepleiere vet også at harde arbeidsperioder går over og at arbeidet snart vil bli lettere. Erfaringene med at det er mulig å få til god flyt i arbeidet til tross for stort arbeidspress gjør at de ikke alltid er like positive til å måtte steppe inn på et annet team for en kortere periode. De opplever ikke den samme flyten i arbeidet og de må bruke mer tid og ressurser på å orientere seg for å få arbeidet gjort.

Muligheter for *Faglig utvikling* har også betydning for at sykepleierne trives i arbeidet på avdelingene. I studien snakker de først og fremst om den organiserte fagutviklingen som ledelsen tar initiativ til, slik som internundervisning og kurs. Sykepleierne har erfaring med at ledelsen gir dem mulighet til å trekke seg bort fra det daglige avdelingsarbeidet over en kortere eller lengre periode, og delta i faglige aktiviteter. Dette er viktig for inspirasjon og motivasjon i arbeidet. De liker å ha mulighet til å delta i faglige aktiviteter utover det daglige pasientarbeidet. Slik som faggrupper, ta videreutdanning, veilede studenter, arbeide på

poliklinikken eller være fagutviklingssykepleier. Å delta i faggrupper som har ansvaret for spesialiserte fagfunksjoner som smerter, sår, ernæring og stomi gir personlige fagutvikling og motivasjon. Sykepleierne sier det er morsomt å få jobbe med faglige utfordringer de finner meningsfylt, og at dette gjør dem motivert til videre arbeid innen fagområdet. Dessuten gir det motivasjon og økt lyst til det daglige i avdelingen.

Aktiviteten i faggruppene kommer resten av avdelingen til gode blant annet igjennom internundervisning og fagdager. Faglige aktiviteter utenom det daglige arbeidet er ikke bare noe sykepleierne gjør for egen skyld, men de ser også på dette som et ansvar de har for å sikre nødvendig kvalitet i arbeidet. Plikten til å oppdatere seg faglig er ikke pålagt av ledelsen og forutsetter derfor et personlig driv engasjement. De som har driv og ønske om å ta ansvar for bestemte faglige utviklingsoppgaver, får støtte av ledelsen. Dette krever imidlertid en viss grad av forpliktelse fra sykepleierne og fordrer at de selv tar dette ansvaret. Når det derimot er stort arbeidspress på avdelingen er sykepleierne mindre involvert og engasjert i organiserte faglige aktiviteter. Likevel, har denne type aktiviteter betydning for motivasjon og opplevelse av å kunne ta en *"time-out"* fra det hverdagslige arbeid, og *"å gjøre noe annet"*.

Faglig utvikling finner ikke bare sted i formelle forum og planlagte former. Dette forekommer også i det enkelte teamet i diskusjoner om det daglige arbeidet, faglige utfordringer og problemløsning i teamet. Samtaler mellom erfarne sykepleiere og leger som forekommer på previsitten, i korridorene, på pauserommene eller på rapporten. Disse er viktig for trygghet i arbeidet, god stemning og flyt i arbeidet, men også for motivasjon og inspirasjon i arbeidet.

Sykepleierne verdsetter å ha en stabil avdelingsledelse og har tillit til den. Dette er også en viktig årsak til at de er blitt værende så lenge på avdelingene. De synes det er bra å ha synlige og *tilgjengelige ledere*, og snakker da først og fremst om klinikk sjef og sykepleierledelsen. Det er spesielt den gode dialogen mellom sykepleiere og ledelsen de setter pris på. Mer konkret betyr dette som tidligere nevnt at ledelsen lar dem få ansvar for faglige utviklingsoppgaver dersom de ønsker dette og at de tar hensyn til deres oppfatninger og synspunkter. Sykepleierne synes det er lett å ta kontakt med ledelsen for å snakke om nye innspill til endringer i sykepleiarbeidet eller gi uttrykk for frustrasjoner. Selv om dette ikke alltid fører til endringer opplever de at det er *"en kultur for åpenhet i avdelingen"*, hvor de blir hørt og tatt med på råd i avgjørelser angående pasientarbeidet. Sykepleierne sier også at den fysiske nærheten til ledelsen, som å ha kontor inne på avdelingen, medfører at ledelsen har

større mulighet for å være engasjert i det øvrige avdelingsarbeidet.

Ledernes tilgjengelighet og engasjement i avdelingen gjør at sykepleierne har tillit til dem. Sykepleierne sier de vet at ledelsen anerkjenner sykepleiernes viktige posisjon på avdelingen og at det er viktig med en faglig god sykepleierstab i avdelingen, og støtter dem. De har erfaring med at ledelsen håndterer endringer og omstillinger på sykehuset på en måte som gagnar avdelingen og sykepleiarbeidet. Dette gjør at de er lydhør og spiller på lag med ledelsen også når organisatoriske endringer som får direkte konsekvenser for sykepleiernes arbeid foreslås. Sykepleierne er blant annet villige til å være tilgjengelig med arbeidsinnsats også på andre avdelinger innenfor klinikken.

Når det er veldig travle perioder på avdelingen trives ikke sykepleierne like godt. De blir blant annet frustrert over at de ikke får gjort arbeidet sitt på den måten de ønsker og i henhold til egne kvalitetsnormer, og mulighet til kvalitet og effektivitet i sykepleiarbeidet. Sykepleierne gir uttrykk for frustrasjon når de snakker om et arbeidspress med mange pasienter, lite personale og dårlig tid. Sykepleierne blir frustrert når de ikke får fullført arbeidsoppgaver inne hos pasientene, gitt god nok informasjon, hatt viktige samtaler med pasienten, og opplever at kvaliteten på arbeidet får negative konsekvenser for pasientene.

Stabile team og gode samarbeidsrelasjoner med teammedarbeidere og ledelsen skaper imidlertid en viss forutsigbarhet og trygghet i arbeidet selv om arbeidspresset er stort og forholdene i avdelingen endrer seg. De vet at ledelsen forstår deres frustrasjoner og at de kan "blåse ut" dersom de trenger det. Videre har de også muligheter til å ta kortere eller lengre pauser fra det daglige avdelingsarbeidet for å drive med andre faglige oppgaver, poliklinisk arbeid, eller veilede studentene. Dessuten vet de at harde arbeidsperioder blir avløst av roligere og at dersom det er mange erfarne på vakt kan de få gjort arbeidet på en god måte.

Ledelsens betydning, å arbeide inne på pasientrommene, teamarbeid, time-out og faglig utvikling er forhold som har betydning for sykepleiernes arbeidsglede og motivasjon. Disse forholdene er derimot ikke gitt eller konstante, men er tett integrert med det øvrige arbeidet og arbeidsfellesskapet, og er hele tiden i endring. For å sikre kontinuitet og flyt i arbeidet blir arbeidsoppgaver og aktiviteter justert og koordinert ut fra endringer i pasientbelegget, personalressurser og den enkelte pasientens behov. Sykepleierne bidrar med dette gjennom deres kommunikasjons- og samhandlingsrutiner, hvor dette er arbeid som ligger utenfor selve



pleiearbeidet, og blir gjort ad hoc og i ”forbifarten” på vaktrommet, i korridorene, på pauserom eller inne på pasientenes rom.

De trivselskappende forholdene er ikke gitt eller konstant, men er et resultat av at den enkelte yter litt ekstra til det beste for den enkelte pasient og til arbeidsfelleskapet for øvrig. Spesielt viktig er det at alle bidrar til gode kommunikasjons- og samhandlingsrutinene som er nødvendig for kontinuitet i arbeidet, koordinering og justering av aktiviteter etter endringer i pasientenes behov, personalressurser og annet nødvendig avdelingsarbeid. Hensiktsmessig organisering av det daglige arbeidet, faglig interesse for arbeidet og et godt arbeidsfelleskap virker sammen og får betydning for yrkesmotivasjon og arbeidsglede fordi den enkelte sykepleier yter litt ekstra for at den enkelte pasienten skal ha det bra og for at kommunikasjons- og samhandlingsrutinene skal fungere.

Sykepleierne i denne studien viser at de vanligvis får til god flyt i arbeidet selv om det er hektisk i avdelingen. De liker sykepleiearbeidet hvor de får diskutere faglige utfordringer med kollegaer og deltar i annet fagutviklingsarbeid. I arbeidet og i diskusjonene får sykepleierne respons og aksept på egen innsats, faglig initiativ og engasjement og dette gir inspirasjon. Å få jobbe i team med andre erfarne sykepleiere og leger som de kjenner godt, gir trygghet og forutsigbart i arbeidet. Et godt arbeidsfelleskap, gode arbeidsrutiner og muligheten for å kunne drive med direkte pasientrettet arbeid og faglig utvikling, til sammen gjør at sykepleierne trives og blir værende på avdelingene selv om arbeidspresset er stort og forholdene i avdelingen endrer seg. Arbeidsfelleskapet og arbeidsrutinene er en ressurs som sykepleierne kan trekke veksler på i det daglige arbeidet og når grensen for eget initiativ, pågangsmot, kompetanse og ansvar er nådd.

Sykepleierne forholder seg til endringer i arbeidskrav og andre omstillinger mer eller mindre kontinuerlig, men de siste 10 årene er arbeidspresset blitt større. Den aktuelle omorganiseringen som foregår på sykehuset, har medført et større arbeidspress og mer travle dager for sykepleierne. De sier avdelingene har endret seg og at det er blitt høyere arbeidstempo, mange og flere pasienter med store pleie og omsorgsbehov. Endringer i prosedyrer, behandlingsopplegg og arbeidsrutiner, operasjoner og undersøkelser som blir utsatt og flere korridorpatienter. Sykepleierne har også fått flere ansvarsoppgaver og må være mer fleksibel i arbeidet. Det blir nå stilt større krav til å arbeide med andre fagområder og pasientgrupper enn det tidligere har blitt gjort. Sykepleierne trives likevel med arbeidet sitt

blant annet fordi samarbeidet med kollegaer og ledelsen fungerer så godt.

Pleierne knytter ikke arbeidspresset til spesifikke organisatoriske endringer eller helsepolitiske reformer slik som sykehusreformen eller omstilling til enhetlig ledelse i kommunene. Forhold knyttet til slike overordnede helsepolitiske endringer og omstillinger blir av sykepleierne sett på som uoversiktlig, uhåndterlig og utenfor deres rekkevidde. De stoler på at deres ledere har oversikt og tar ansvar for det som nå skjer på sykehuset, og at dette er en overgangsfase som del av en langsiktig tenkning til beste for pasientene og de ansatte. Snakket om endringer, omstillinger og sammenslåing av avdelinger til klinikker beskrives som ”støy” de stenger ute. De sier dette forstyrrer dem i det daglige arbeidet og angår ikke dem og det daglige arbeidet på avdelingene. Derfor snakker de heller ikke mye om disse mer omfattende endringene i det daglige arbeidet.

I løpet av den siste tiden har sykepleierne merket endringer som gjør dem litt urolig for egen arbeidssituasjon. Hyppigere og mer omfattende omstillinger har fått større konsekvenser for måten sykepleierne utøver og organiserer sykepleiearbeidet på, som gjøre at de trives i arbeidet, og de opplever oftere å ikke strekke til overfor pasientene og det øvrige pasientarbeidet. Inne på avdelingene har sykepleierne mindre tid til direkte pasientrettet pleie og omsorgsoppgaver. De får nå oftere ikke får fullført arbeidsoppgavene, og de erfarne får færre muligheter til å arbeide sammen med andre erfarne. Sykepleierne opplever at ledelsen ikke er like tilgjengelig som før, og at den i større grad enn tidligere retter oppmerksomheten mot forhold utenfor avdelingen. Omorganiseringen stjeler ledernes oppmerksomhet og dermed blir det mindre tid til å ta seg av avdelingsinterne forhold som fagutviklingsarbeid. Arbeidspresset gjør også at det er blitt mindre rom for kreativitet i sykepleiearbeidet, blant annet er det vanskelig å få faggruppene til å være aktive og oppegående, og medfører dårligere kvaliteten på pleie og omsorgsarbeidet.

Den siste tiden med mindre forutsigbarhet i det daglige arbeidet gir sykepleierne en opplevelse av å ikke strekke til overfor pasientene og det øvrige pasientarbeidet. Dersom de i tillegg opplever at det er ting de ikke kan gjøre noe med, som medfører at de kommer til kort i arbeidet, blir de særlig oppgitte og frustrerte. Sykepleiere blir frustrert over å oppleve at de forsvarer et system som fungerer dårlig og gjør at pasienten ikke får god nok behandling, pleie og omsorg. Det har skjedd noe i forbindelse med den siste omorganiseringen som sykepleierne ikke klarer å sette ord på, og som gjør at de ikke mestrer arbeidet på samme måte

som før. Sykepleierne gir uttrykk for en maktesløshet og sier de ikke vet hvor de skal plassere dette ansvaret. De sier de vet bare at det handler om omstendighetene rundt og ”systemet” som de ikke råder over.

## **Sykepleierne trenger organisatorisk kompetanse**

### **Organiserings- og organisasjonskompetanse**

Studien min viser at det er de etablerte måter pleie- og omsorgsarbeidet utøves på og hvordan dette er organisert som gjør at sykepleierne trives. Den viser også at organisatoriske omstillinger på sykehuset medfører at etablerte måter å utøve arbeidet på settes under press. Sykepleierne har mindre tid til å være inne hos pasienten og opplever oftere å komme til kort i arbeidet. De må oftere ”stå i” situasjoner de ikke kan gjøre noe med og arbeidet flyter ikke like godt tross for hardt arbeid. Slike forhold gjør sykepleierne frustrert. De forstår ikke helt hvordan situasjonene oppstår og vet ikke hvor de skal plassere ansvaret. Derfor skylder de på ”systemet”. De vil ikke konfronteres med alt snakk om endringer og omstillinger fordi de opplever dette som ”støy” og forstyrrer dem i pasientarbeidet.

Orvik (2006) sier derimot at det i sykepleierarbeidet er nødvendig med kunnskap utover kliniske kunnskaper og mellommenneskelige ferdigheter. Han sier det er nødvendig for dagens sykepleiere også å ha kunnskap om systemet. Dette innebærer å ha kunnskap om det systemet som sykepleierne arbeider innenfor, og i denne sammenheng sykehuset. Dersom sykepleierne skal mestre egen rolle må de forstå hvordan sykehusene drives og logikken bak de mange endringer. Kunnskap om systemet kan gjøre at sykepleierne lettere oppdager og bedre håndterer situasjoner når hensynet til pasienten og egne arbeidsforhold, som gjør at de trives i yrkene, ikke blir ivaretatt. Slik forståelse kan også gjøre dem mindre frustrert, men også bidra med forslag til problemløsning (Orvik, 2006).

Organisasjonsmessig dyktighet er en viktig del av sykepleierarbeidet. Det er derfor nødvendig med større fokus på utvikling av *organisatorisk kompetanse*; organiserings- og organisasjonskompetanse både i dagens sykepleierutdanning, etterutdanninger og gjennom kurs og veiledning i praksisfeltet (Orvik:2006). På den måte også å bidra til mindre frustrasjoner og større trivsel.

Sykepleierne i studien gir uttrykk for god *organiseringskompetanse* når de snakker om det daglige arbeidet i avdelingen. Ved å organisere det daglige arbeidet på bestemte måter gis det rom for felles rutiner, faglig og sosial støtte og mulighet til avlastning i arbeidet. Teamarbeid, samarbeidet med legene og ledelsen, mulighet for kortere og lengre pauser fra avdelingsarbeidet som deltakelse i faggrupper, og de erfarnes rolle i avdelingen er noen forhold som har betydning for organiseringen av arbeidet. Dette gjør at sykepleierne klarer å stå i krevende pasientsituasjoner, opplever flyt i arbeidsprosessene og de mestrer arbeidet sitt. Gjennom måten sykepleierne snakker om arbeidet sitt på gir de inntrykk av å ha god organiseringskompetanse. De forteller om hvordan de koordinerer arbeidet rundt pasientene og følger opp behandling som leger og andre har satt i gang. De håndterer uforutsette handlinger, raske forandringer. De forholder seg til stadige nye organisatoriske endringer og ny teknologi. I følge Orvik (2006) har sykepleiere alltid vært flinke til å organisere det daglige arbeidet på avdelingene. Han sier at *"Sykepleierne har vært "limet" i helseorganisasjonene"* og gjennom sin organisatoriske rolle bidrar de til å holde sykehuset sammen som et komplekst system (Orvik, 2006:13).

I studien kommer det frem at sykepleierne trives selv under stort arbeidspress med mange syke pasienter, dårlig tid og lite personale. De håndterer den organisatoriske rollen ved bruk av skjønn og erfaringer med måter å organisere og å utføre arbeidet på, for å få hverdagen til å flyte og holde kvalitet i arbeidet. Dette gjør at de trives i arbeidet. De sier det *"handler om å kunne se mulighetene selv om man har det travelt"* (Susanne, sykepleier). Derimot er det skjedd noe under den siste store omorganiseringen på sykehuset som ser ut til å stille enda større krav til sykepleiernes organiseringskompetanse. Til tross for hardt arbeid hvor de er fleksible og tilpasningsvillige opplever de likevel oftere frustrasjoner og mindre flyt og kvalitet i arbeidet. De sier at omorganiseringene de siste årene har medført mindre faglig aktivitet i avdelingene og dårligere kvalitet på omsorgen hvor *"de senere år har det vært mindre kursstilbud"* (Anna, sykepleier). Det er oftere utskifting av personalet og mer utfordrende arbeidssituasjoner. De erfarne sykepleierne opplever at det er vanskelig å få arbeidet gjort på en effektiv og god måte fordi *"det hele tiden kommer nye folk"* (Ida, sykepleier). Slike forhold medfører frustrasjoner og påvirker trivsel i arbeidet.

I følge Orvik (2006), Olsvold og Norvoll (1999) kan denne frustrasjonen dempes gjennom innsikt og kunnskaper som går ut over et tradisjonelt omsorgsideal; kunnskaper om styring/organisering og ledelse i moderne helseorganisasjoner. En slik kompetanse er

*organisasjonskompetanse* (Orvik, 2006), og er nødvendig for at sykepleierne skal kunne mestre en yrkesrolle med krav om både å være omsorgsfulle og effektive i sykehuset med ulike kulturer, verdier og mål. Organisasjonskompetanse kan bidra til forståelse for egen rolle i forhold til ansvar og beslutninger som omhandler pasientene og egen arbeidssituasjon, og kunne handle organisatorisk. Dessuten omhandler organisasjonskompetanse også å være kritisk til egne kvalitetsnormer slik at sykepleiere ikke blir bærere av konflikter når verdier og mål er vanskelig og forene (Orvik, 2006). Olsvold (2003) sier i sin artikkel at vi trenger en systematisk refleksjon over moralske verdier og utarbeidelse av etiske kriterier for hva som er moralsk forsvarlig yrkesutøvelse.

Videre kan en slik kompetanse bidra til å forstå kulturelle spenninger i sykehuset og dets verdigrunnlag, og til å leve med dem.

### **Verdikonflikter - spenninger i sykepleiehverdagen.**

Media og annen forskning, samt denne studien viser at omorganiseringer og omstillinger medfører at sykepleierne "lider" under helseorganisasjonenes verdikonflikter og arbeidspress (Narum, 2001; Harding og Lerdal, 2005; NSF, 2007). I min studie arbeider sykepleierne på et sykehus og må daglig forholde seg til at deres arbeidsplass er en kompleks helseorganisasjon. Denne skal fremme helse og gi behandling til pasienter, samtidig som den skal ta vare på de ansatte og bistå med kunnskapsutvikling til helseprofesjonene. Dessuten er sykehuset en økonomisk bedrift med effektivitets- og produksjonskrav. I følge Orvik (2006) er dette verdier og mål som både utfyller – og står i kontrast til hverandre med fare for verdikonflikter, rollestress samt tap av motivasjon og arbeidsglede.

Sykepleierne i studien forteller om situasjoner hvor de stadig konfronteres med utfordringer i forhold til effektivitet, tilgjengelighet, pasienttilfredshet og kvaliteten på pleie og omsorgen de kan gi. Narum (2001) skriver om utfordringene, og knytter disse opp mot sykehusreformen og dens drivkrefter som å redusere utgiftene, en ny orientering mot markedet i tillegg til høyere krav og forventninger fra befolkningen. Videre sier hun at dette i mange tilfeller styrende overfor hensynet til menneskene i organisasjonene, pasientene og profesjonene og får betydning for trivsel (Narum, 2001).

I utdanningen og praksis er sykepleierne opplært til å håndtere daglig utfordringer i pleiarbeidet på bakgrunn av omsorgsverdier og kvalitetsnormer om hva som er morals

forsvarlig praksis. Denne studien, og annen forskning og teori (Alvsvåg og Frøland, 2007), viser at det først og fremst den direkte pasientkontakten og verdier knyttet opp mot denne som ”å hjelpe”, ”å følge opp”, ”ta vare på” og ”gi omsorg” som gir arbeidsglede. Sykepleierne trives når de får arbeide uforstyrret inne på pasientrommene og fullføre arbeidet sitt der. Dette innebærer å utøve pleie og omsorg ut fra egne forventninger og kvalitetsnormer, og idealet om å gi helhetlig omsorg til pasientene; gi sykepleie i forhold til pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Omsorgsverdier og idealer kommer til uttrykk når sykepleier sier; *”jeg kommer tilbake til grunnutdanningen i sykepleien, det å hjelpe og behandle mennesker”* og at *” det er pasientkontakten, det er der de spennende utfordringene er ”*(Anna, sykepleier). Når sykepleiere jobber innenfor rammer som vanskeliggjør å formidle sykepleiefagets omsorgsverdier opplever de spenninger, som kan medfører at sykepleierne blir tappet for trivsel, energi og motivasjon i arbeidet (Frøland et al.,2007).

Sykepleierne oppfatter seg som profesjonelle med et ansvar knyttet til faglige og etiske verdier og kunnskaper om hva som utgjør faglig forsvarlig sykepleie. De forteller om erfaringer med å utøve sykepleie på bakgrunn av sine kvalitetsnormer i samtaler om betydningen av følge opp pasienter og fagdager.

*”Hvis du får startet skikkelig opp, og du får gitt informasjon, og gjort konkrete ting du skal gjøre i forhold til pasienten, så får du en trygg pasient, og de takler oppholdet bedre.”* (Anna, sykepleier).

*”.. Vi har jo mye isolasjon, kontaktsmitte og jobber for å få dette best mulig. Da ble det på fagdager laget skriftlige prosedyrer om isolasjon. Jeg så jo konkret at vi hadde mye tarminfeksjoner da jeg begynte på avdelingen, som man får ofte av å få mye cellegift og er veldig smittomt. Det ble jo mye mindre av det etter som vi ble flinkere til å isolere pasientene for kontaktsmitte. Vi får bedre resultat, og det ble bedre for pasienten.”* (Anna, sykepleier).

Spenninger kommer til uttrykk når sykepleierne blir pålagt å utføre oppgaver på vegne av sykehuset og ledelsen som ikke er forenelig med deres opplevelse av god kvalitet på pleie og omsorg. Sykehusets krav om kortere liggetid for ferdigbehandlede pasienter får betydning for opplevelse av kvalitet når det forventes at *”..opplæringen må skje fort, det må jo gå fortere, det må effektiviseres, så kanskje det ikke blir så bra likevel”* (Ida, sykepleier). Olsvold (2003) og Orvik (2002) bruker begrepene ”krysspress”- å stå i spenninger mellom kvalitet og

effektivitet, og ”asymmetri” mellom ansvar og krav og forventninger til pasient, profesjon og organisasjon.

Det er utfordrende for sykepleierne å håndtere ”asymmetrien” (Olsvold, 2003). Forholdene til sykepleierne er i ferd med å forverres fordi travelhet preger arbeidssituasjon, og i tillegg eksisterer det en asymmetri mellom et omfattende ansvar og den myndighet og de ressurser sykepleierne i sitt arbeid med pasienter har til rådighet (Olsvold, 2003:10). De siste omstillinger på sykehuset med krav om mer effektive drevne avdelinger og spesialisering av sykepleierfunksjoner, gjør at sykepleierne opplever et større ”press” i forhold til å kunne utøve og organisere pleien etter sine faglige moralske standarder og verdier. Lian påpeker at sykehusets markedsøkonomiske verdier og effektivitetsprinsipper er vanskelig å forholde seg til i helsetjenester hvor pleie og omsorg er sentrale komponenter (Lian, 2003:202).

Frem til nå har sykepleierne trivdes i sykepleien på avdelingene, men de gir også uttrykk for at den siste store omstillingen er mer påtrengende og de opplever et større arbeidspress. Effektivisering med sammenslåing av avdelinger til klinikker får betydning for utøvelse og organisering av sykepleiearbeidet, og spenningene er blitt større. Sykepleierne opplever oftere at deres arbeidsplass ikke har, eller prioriterer, ressurser som gir en helhets - og individrettet orientering mulig i praksis, og de kommer oftere til kort i arbeidet. De ser at etablerte måter å organisere arbeidet på som gir forutsigbarhet, kontinuitet og trygghet i arbeidssituasjoner blir påvirket av omstillingene.

Med nye omstillinger og endringer i sykehuset og større krav til effektivitet kan det virke som at verdier og idealer hos sykepleierne er blitt ytterligere ”truet”, og at etablerte strategier for å håndtere stort arbeidspress ikke fungerer like bra lengre. Mindre tid til den enkelte pasient, mindre rom for faglige snakk og utvikling. Dahle og Thorsen (2004) skriver om dette, og påpeker at de nye arbeidslivskravene med mer travle dager for sykepleierne, får konsekvenser for etablering og vedlikehold av samarbeidsrelasjoner. (Dahle og Thorsen 2004:23). Færre kjente på jobb gjør at sykepleierne ikke opplever flyt i arbeidet og at de får gjort arbeidet på en god måte. Omorganisering og mål som effektivt drevne sykehusavdelinger, kan synes å være overordnet sykepleiearbeidets egenart, det kollektive fag - og arbeidsfelleskap, ”å følge opp” pasienten med stadige vurderinger av pasientens tilstand, og det faglige skjønnet. (Elstad og Hamran, 1995). Det virker også som at spenninger og krysspresset mellom de ulike verdiene sykehuset representerer blir forsterket i tider med ofte omstillinger og endringer.

Organisasjonskompetanse kan bidra til å *se* slike spenninger og bidra med å *stå i* slike spenninger (Orvik, 2006). Dermed også større mulighet for å oppdage når produktivitetshensyn blir overordnet hensynet til pasienten og viktige verdier for omsorgsarbeidet blir truet. Videre sier Orvik (2006) at sykepleierne må være organisasjonsmenneske og kunne sette grenser for seg selv, men viser også til at dette er utfordrende fordi sammenhengen mellom arbeid og sykehusets omgivelser handler om verdimeslige forhold (Orvik, 2006). Sykepleiernes idealiserte verdier er ikke kontekstbundet og blir derfor grenseløse og altomfattende i forhold til sykehusets rammer for utøvelse av arbeidet. (Olsvold, 2003; Orvik, 2006). Det er vanskelig å ha individualisering som prinsipp i pasientomsorgen, og ønske å ha den fulle oversikt over egen arbeidssituasjon og pasientenes totale pleie- og behandlingssituasjon, når sykehuset er store organisasjoner som i stadig større grad er basert på standardisering og tidsrasjonalisering. Det kan derfor være viktig med en kritisk refleksjon til egne kvalitetsnormer som hvor grensen går for den individrettede omsorgen. Sykepleierne i studien viser at de har nådd en grense for egen yteevne i utøvelse og organisering av sykepleiarbeidet. De gir oftere uttrykk for spenninger og ”krysspress” (Olsvold, 2003) mellom ulike former for ansvar og forventninger og frustrasjoner, og at de ikke helt vet hvordan de skal komme seg videre.

### **Ansvarsfulle sykepleiere**

Sykepleierne har frem til nå klart å stå i krysspresset (Olsvold, 2003) og håndtert spenninger og verdikonflikter fordi de er ansvarsfulle. De trives i en yrkesrolle med mye ansvar. De liker arbeidet på avdelingene fordi: *”det er ting å gjøre, og ta tak i”* (Ida, sykepleier) og ledelsen gir sykepleierne tillit hvor en *”får masse ansvar som sykepleier”* (Ingrid, sykepleier). I pasientarbeidet opplever sykepleierne ansvar og selvstendighet: *”du er ganske fri til å planlegge”* (Ida, sykepleier) og *”får lov å jobbe veldig selvstendig, og ta selvstendige avgjørelser”* (Beate, sykepleier). Å oppleve selvstendighet i arbeidet er viktig for trivsel (Vareide et. al, 2001). Sykepleierne liker derimot også at de har *”et begrenset ansvar”* (Ingrid, sykepleier), hvor de samarbeider i teamene og får støtte, hjelp og avlastning av hverandre i pasientarbeidet. Arbeidsrutinene i avdelingene ivaretar og sikrer et kollektivt og kontinuerlig ansvar for den enkelte pasient og det øvrige avdelingsarbeidet. (Hamran, 1992).

### **Det uoverkommelige ansvaret**



I travle perioder med mange arbeidsoppgaver i avdelingen trekkes sykepleierne vekk fra det direkte pasientarbeidet, og det er lite rom for faglig ”snakk” og pauser i arbeidet. I disse periodene gir pleierne inntrykk av at de ikke trives i særlig grad, og at ansvaret er *uoverkommelig* fordi de opplever å ikke den samme flyt, kontroll og innflytelse over egen arbeidssituasjon:

*”Det er det at vi har så ufattelige mange pasienter innom avdelingen i løpet av en dag. Du har de som er inneliggende, så har du dag pasientene, så har du hotellpasientene, du har pasienter som kommer inn, akutt pasienter, plutselige, planlagte. Du har så utrolige mange som du skal ha oversikt over i en hel dag, så er det ikke bestandig du er så godt bemannet, så du må ha en 3,4,5 pasienter ikke sant, og alle de krever sitt.. så det er utrolig mye, så har du i tillegg telefonene som ringer, folk som kommer inn og spør om noe.. da går det i hundre.. det er kjempe tungt.. når det blir så mye å gjøre. Du skal ha så mange tanker i hodet.. og gjøre så mye på den lille tiden du er på jobb...”* (Beate, sykepleier).

De siste årene med omstillinger på sykehuset og større krav til sykepleierne om å arbeide mer effektivt og rasjonelt, og flere ansvarsoppgaver gjør at sykepleierne er bekymret for at de ikke mestrer arbeidet arbeidspresset like bra og de opplever dårligere kvalitet i arbeidet. Ledelsen fravær i avdelingen medfører mer administrativt arbeid og ansvar for sykepleierne:

*”du har ikke tid til å sitte og ringe etter folk så ligger pasientene der og ikke får verken stell eller medisiner eller, så hvis de nærmeste sykepleierlederne blir tatt bort, de som vi kaller for mellomledere så vil det bli veldig vanskelig på post”* (Anna, sykepleier).

Sykepleierne må ta mer ansvar for de nyansatte fordi ledelsen er mindre tilgjengelig:

*”de nyansatte får ikke den fagutviklingen de skulle ha hatt, og det bekymrer jo litt fordi du i din gjøren og laden på avdelingen må bruke mye tid til å forklare og undervise med sykepleiere..”* (Susanne, sykepleier).

Når sykepleierne ikke mestrer arbeidet over tid ut fra sine kvalitetsnormer gir de uttrykk for at ansvaret oppleves *uoverkommelig*, og personlige frustrasjoner hvor ansvaret individualiseres.

### **Organisatoriske problemer blir private frustrasjoner**

Når måter å utøve og organiserer arbeidet på fag – og arbeidsfellesskapet er gode; sykepleierne får være hos pasientene, ha gode faglige diskusjoner med kollegaer og de klarer å ha oversikt over avdelingen selv når det er travelt, opplever sykepleierne at arbeidet flyter

godt og ansvaret som at ”*det er overkommelig*” (Ingrid, sykepleier), og de trives. Dette gjør at de håndterer å måtte stå i spenningen mellom kvalitet og effektivitet. Når disse nå også er under ”press” oppleves sykepleieransvaret uoverkommelig og organisatoriske utfordringer blir private frustrasjoner.

Flere forsker bruker definisjonen *grådige organisasjoner* om helseorganisasjoner som er på stadig jakt etter større gevinst, hvor effektiviseringstiltak og mer ansvar til personalet medfører rollestress for sykepleiere, der hvor de strekker seg langt for å forsvare visse kvalitetsnormer på arbeidet (Orvik, 2006:172). I denne studien gir også sykepleierne uttrykk at de har et moralsk ansvar for pasientene, men også for *systemet rundt pasienten* (Orvik, 2006) som er avdelingen.

Sykepleierne forsøker å opprettholde en god kvalitet på pasientarbeidet selv om ”*det blir masse tøffe tak*” (Beate, sykepleier). Blant annet jobber de hardt for å fullføre flest mulig arbeidsoppgaver på egen vakt fordi sykepleierne ”*vet at det blir travelt på neste vakt.. og for å hjelpe på situasjonen for pasientens del*” (Anna, sykepleier). Sykepleierne står ansikt til ansikt med pasienter og fortelle at behandlingen er utsatt enda en gang. De blir frustrert over at dette ikke står i samsvar til egne krav til kvalitet og pasientenes forventninger og de opplever å ”*må fronte et system som gjør at pasienten ikke blir operert*” (Susanne, sykepleier). Formelt er dette ikke et sykepleieransvar, derimot er det ikke uvanlig at sykepleiere følger opp behandlingen som andre har satt i gang, og tar ansvar for oppgaver legene ikke rekker å gjøre som er definert av sykehuset som medisinsk ansvar (Svennson 1996, Vareide, 2001).

Tross store anstrengelser føler sykepleierne ofte skyld og opplever følelse av utilstrekkelighet fordi de ikke får gitt god nok kvalitet på pasientarbeidet. Organisatoriske problemer blir dermed private frustrasjoner med fare for slitne sykepleiere og mistriivsel i arbeidet. (Olsvold og Norvoll, 1999). Olsvold og Norvoll (1999) skriver om arbeidspresset som kan påføre sykepleierne rollestress med negativt stress i stedet for positivt ansvar, med fare for mistriivsel i yrkesrollen. Også Arbeidstilsynets ”God vakt” kampanje viser at innsparinger og omstillinger over en årrekke gir konsekvenser med slitasje på den enkelte sykepleier. Sykepleiere opplever et stort krysspress ved at blikket kontinuerlig rettes mot bunnlinsen av økonomien, samtidig som det stilles store krav til forsvarlighet og presisjon fra den enkelte. (”God vakt”, NSF 2009). De opptrer profesjonelt selv om de er frustrerte over å ikke kommer

i mål med omsorg og behandling til pasienter, eller få fullført arbeidet: *”Det er da jeg tenker at heldigvis er det bare to timer så skal noen overta.. jeg må bare holde ut og prøve å være proff og oppmuntrende og flink..”* (Ingrid, sykepleier).

Arbeidspresset og stress kan bli den enkeltes sykepleier moralske problem hvor politikere og ledere ser på krysspresset omsorgsarbeiderne opplever som et praktisk problem, mens de ansatte opplever dette som et moralsk problem (Dahle og Thorsen, 2004). I følge Dahle og Thorsen(2004) overtar sykepleiernes ledelsens utfordringer og systemets ansvar, og gjør det til sitt eget ansvar å redusere misforhold mellom ressurser og velferdspolitiske mål.

Sykepleierne med sin daglige nærhet til syke pasienter forsøker å kvitte seg med sin dårlige samvittighet ved å hele tiden arbeide raskere og omprioriter. De holder fast til sin omsorgsmoral som de er utdannet til- og opplært i, og tar på seg ansvaret for pasientene fordi *”Er du syk så har du spesielle behov, og du skal ha mennesker rundt deg som har kunnskap og opplæring til å gi omsorg.. og rette holdningen til det”* (Anna, sykepleier). Ved å internalisere dette ansvaret fungerer sykepleierne dermed som en fleksibel og nærmest *usynelig ressurs* som trør til når budsjetter skjæres ned og ansvar fraskrives (Dahle og Thorsen 2004:216). Sykepleierne i studien gir uttrykk for dårlig samvittighet og frustrasjoner når det ikke er tid til individualisert omsorg:

*”hvis du på vakt etter vakt ser at denne samtalen skulle jeg hatt.. men jeg har ikke tid til å sette meg ned på grunn av at det skal gis smertestillende, det ligger folk og har det vondt, det er praktiske ting som må gjennomføres fordi å få livsviktige funksjoner oppe å gå.. det blir jeg frustrert av..”* (Susanne, sykepleier).

Olsvold (2003) påpeker at det moralske ansvaret for pleie og omsorgen til pasientene ofte er utformet i en etikk hvor ansvaret individualiseres og blir tatt for gitt av både sykepleierne og andre. (Olsvold, 2003:22-23).

Organisasjonskunnskap og forståelse for systemet kan gi kompetanse til å se organisatoriske løsninger slik at organisatoriske dilemmaer ikke blir tolket som individuelle og faglige problemer og dermed blir private frustrasjoner. (Orvik, 2006). For eksempel å oppdage når sykepleierne blir pådyttet oppgaver som egentlig ikke er deres, og til ikke å ta på seg skyld som kan medføre stress og belastingslidelser. På den måten kan sykepleierne bidra til at organisatoriske problemer blir værende på systemnivå. (Olsvold og Norvoll, 1999).

Forskning og teori viser at arbeidsforhold med stort arbeidspress; frustrasjoner og mistriivsel kan medføre at sykepleiere forlater yrket. For at de erfarne sykepleierne skal bli værende i sine stillinger må sykehuset ta vare på dem. Med dette mener jeg at sykehusledelsen må iverksette tiltak som fremmer arbeidsglede og motivasjon, slik at sykepleierne trives og har helse og overskudd til å håndtere utfordrende situasjoner i jobben sin og frustrasjoner, slik at de klare å stå i arbeidet over tid.

### **Å gi makt og bemyndigelse til den som bærer ansvaret nærmest pasienten.**

Med stadige endringer og omorganiseringer på arbeidsplassen, hvor det stilles større krav til evner som oversikt og ansvar og å være fleksibel, er det viktig å tydeliggjøre og styrke sykepleiernes organisatoriske rolle. Dette kan gjøres ved at sykepleierne får makt og redskaper til å håndtere denne rollen på en best mulig måte. Både for egen del, som å oppleve flyt i arbeidet, og for at pasientene skal oppleve kvalitet i omsorgen. Sykehusledelsen har her et ansvar for å tilrettelegge for dette, samt at arbeidsfellesskapet skal få gode vilkår. Dette innebærer at ledelsen må holde fokus på samarbeid, arenaer for samarbeid og kunnskapsutvikling (Olsvold 2003, Ingebrigtsen 2008, og Svennson 1996).

Tiltak her kan være å gi makt/bemyndigelse og organisatorisk kompetanse til sykepleierne gjennom kurs, prosjekter og skolering for å fremme kvalitet i arbeidet, og å kunne håndtere utfordrende arbeidssituasjoner, stress og ”krysspresset” (Olsvold, 2003). Sykehusledelsen kan gi sykepleiere organisasjonskompetanse og fremme helse for pasienter og personalet ved å bli del av nettverket ”helsefremmende sykehus”. Dette er et av flere Who – initiativ med bakgrunn i Ottawa- Chateret av 1986. Who- nettverket av helsefremmende sykehus har en aktiv rolle i utviklingen mot ”*framtidens sykehus*”. Deltakelse i nettverket betyr av sykehuset innlemmer en helsefremmende tankegang for personalet, pasienter og pårørende i sin kultur og i den daglige praksis (Narum, 2002).

Organiseringen av arbeidet med kontinuerlig pleie- og omsorgsansvar gjør at sykepleierne er de som ser pasientenes behov, og kan forandre situasjoner for pasientene på grunnlag av disse. Større arbeidspress for sykepleierne med travlere dager gir også mer spenninger og opplevelse av ”krysspress” (Olsvold, 2003). Slike forhold er grunnlaget for ”Helsefremmende sykehus”, og å kunne gi makt og bemyndigelse til sykepleierne som bærer ansvaret nærmest pasientene (Narum, 2001).

Dette nettet har gjennomført ulike kurs i forebygging og rehabilitering ved belastningslidelser, tretthet og utbrenthet, med mål å få innsikt i hvordan stress virker på personalet, og kan forbedre arbeidssituasjon. Slike tiltak har vist seg å styrke de ansattes pågangsmot til å stå i krevende utfordringer (Narum, 2001). Gjennom organisatorisk kunnskap og kurs i egenomsorg kan sykepleierne få økt bevissthet om stress, økt mestring av stress, tydeligere grensesetting og større hensyn til egne behov, og økt interesse for å kjenne seg selv. Mer selvtillit og optimisme til personalet kan også gi bedre støtte til pasientene (Narum, 2001). Systemforståelse kan gjennom språk, perspektiver og metoder til å fronte hensynet til pasienten, og sykepleiernes krav til kvalitet (Orvik, 2006). Økt kvalitet på pasientomsorgen vil også være økonomisk gunstig for sykehuset fordi liggetiden for pasienter blir kortet ned. (Svensson, 1996).

Organisasjonskompetanse og systemforståelse kan bidra med å påvirke at sykehus skal utvikle seg videre i helsefremmende retning og gir gode rammer for den som mottar hjelp og den som gir hjelp, og forblir humanistiske organisasjoner. Vilkår her er at helse får forkjørsrett framfor organisasjonseffektivitet (Orvik, 2006:239).

## **Avslutning**

Hensikten med denne studien var å undersøke hvorfor noen sykepleiere blir i sine yrker og trives tross for vedvarende arbeidspress. Videre har jeg forsøkt å forstå på hvilke måter gjentatte omorganiseringer og effektivitetstiltak i sykehus får betydning for arbeidsglede og yrkesmotivasjon hos sykepleiere. Gjennom beskrivelser og analyse av deres erfaringer har jeg forsøkt å få en større forståelse for fenomenet trivsel i sykepleieryrket. Dataanalysen har tatt lang tid og har ikke vært en lineær arbeidsprosess. Den har i stedet vært preget av en stadig veksling mellom lesing av teori og transkripsjoner hvor ny forståelse av dataene og begrepene har vokst frem samtidig. Identifisering av meningsbærende enheter, kategorier og tema ble stadig omrokket og omskrevet (Polit & Beck, 2008).

Problemstillingen for denne studien er: ”På hvilke måte gir sykepleierne uttrykk for yrkesmotivasjon og arbeidsglede, og på hvilke måte blir forhold knyttet til endringer i arbeidskrav og organisatoriske omstillinger gitt betydning”. For å få svar på problemstillingen brukte jeg kvalitativ metode i intervju samtaler og analyse av datamateriale.

I studien kom jeg fram til at det er den daglige organiseringen av arbeidet i fag, og arbeidsfellesskapet som har betydning for trivsel. Trivsel og arbeidsglede vokser som følge av måten det daglige arbeidet blir utøvd og organisert. Mens tidligere forskning viser at varierte, utfordrende og utviklende arbeidsoppgaver, medbestemmelse og gjensidig anerkjennelse er viktig for trivsel viser denne studien at det ikke er enkeltfaktorer alene som gir arbeidsglede og trivsel i arbeidet. Sykepleierne trives når de har hatt en god vakt. På en god vakt får sykepleierne være hos pasientene, ha gode faglige diskusjoner med kollegaer og klart å ha oversikt over avdelingen selv om de har det travelt. Sykepleierne i min studie viser at slike forhold ikke kan isoleres fra måten det daglige arbeidet er organisert og ”tonen” i det kollegiale arbeidsfellesskapet for øvrig.

Et godt samarbeid med sine kollegaer, opplevelse av å bli tatt med på råd får betydning i diskusjoner om faglige og praktiske utfordringer. Sykepleierne trives med at de kan trekke seg tilbake fra det daglige arbeidet i avdelingen for å fylle andre faglige funksjoner som å veilede studenter eller lede faggrupper. De har tillit til avdelingsledelsen som frem til nå har håndtert forhold knyttet til blant annet omstilling og omorganisering av avdelingen på en god måte. Disse arbeidsoppgavene og arbeidsforhold til sammen gir sykepleierne inspirasjon og motivasjon til å holde ut i hektiske perioder, og til å ta i et ekstra tak når det trengs slik som ved endringer i rutiner og organisatoriske omstillinger.

Likevel, og tross for at sykepleierne uttrykker trivsel i yrket sitt har de i løpet av de siste årene merket endringer i forhold til mulighet til fagutvikling, pålegg om nye ansvarsoppgaver, ledelsens tilstedeværelse, mer hektiske arbeidsdager med sykere pasienter og mindre tid til dem. Frem til nå har sykepleierne klart å stå i krysspresset (Olsvold, 2003), men nå opplever sykepleierne mindre forutsigbarhet i arbeidet og et større arbeidspress. De opplever et større ansvar og mer frustrasjoner. Dette gjør sykepleierne noe usikker på hva fremtiden vil bringe med tanke på muligheten til å utøve yrket på en god måte. De klarer ikke helt å sette ord på de forhold som gjør at de ikke mestrer arbeidet på samme måte som før, og sier de vet bare at det handler om omstendighetene rundt og ”systemet” som de ikke råder over.

Organisatorisk kompetanse (Orvik, 2006) og kunnskap om systemet kan være et redskap for sykepleierne til å forstå og å håndtere spenningsfylte arbeidssituasjoner, slik at de sjeldnere opplever at eget initiativ og pågangsmot, kompetanse og ansvar er nådd, og trives i sykepleien. Forståelse for hvordan sykehuset er organisert og fungerer, med ulike verdier og

mål, kan bidra med at sykepleierne ikke tolker organisatoriske dilemmaer på sykehuset som individuelle og faglige problemer og blir frustrerte. Sykehusledelsen har et ansvar for å gi dem kompetanse og bemyndigelse slik at de kan arbeide under sunne omgivelser, og være i stand til å påvirke sin arbeidssituasjon. Samtidig er det viktig at både ledelsen og den enkelte sykepleier bidrar til gode kommunikasjons- og samhandlingsrutiner for å få til god flyt i pasientarbeidet og trivsel på arbeidsplassen. Administrerende direktør på UNN helseforetak viser til at det er to kunnskaper som er viktig i moderne pasientbehandling; fagkunnskap og kunnskap om hvordan fagfolk samarbeider i team (Nordlys, 2008). Denne studien åpner for videre forskning på forhold i fag- og arbeidsfelleskap som teamarbeid og de erfarnes rolle i avdelingsarbeidet.

I dagens samfunn er det flere yrkesgrupper enn sykepleierne som opplever at arbeidsoppgaver og ansvar ikke står i samsvar med rammene for utøvelse av arbeidet. Det som er påfallende er at sykepleierne er oppdratt og opplært til å utøve et arbeid basert på en omsorgsforståelse, med verdier og idealer som idylliserer og tilslører omsorgsutøvelsens virkelige vilkår. Det kan være at det ligger for store forventninger fra sykepleierne selv og samfunnet for øvrig om hva pleierne kan gjøre for pasientene. Derfor er det en utfordring for ledelsen å tydeliggjøre disse for sine ansatte og hva pasienten kan forvente av pleie og omsorg i sykehus. Særlig er dette aktuelt fordi stadige endringer og omstillinger i sykehus gir sykepleierne mindre rammer for utøvelse av arbeidet. Sykepleiere sier at de strekker seg langt for å utøve god kvalitet i sykepleien. Derfor er det også viktig å kunne diskutere hvor grensen går for hva som er ”god nok” omsorg før det blir dårlig kvalitet på arbeidet. Dette kan også bidra til at sykepleiere håndtere arbeidspresset og frustrasjoner på en bedre måte og opplever arbeidsglede og yrkesmotivasjon.

## **LITTERATURLISTE**

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D. M., Sochalski, J.A.(2001) An International Perspective on Hospital Nurses' Work Environments: The case for reform. *Policy, politics, & Nursing Practice*. (2) 255 - 263.
- Alvsvåg, H., og Frøland, O. (Red) (2007).  
*Engasjement og læring: fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe AS.
- Bell, J. (2005). *Doing your Researcher Project*. Glasgow: Bell & Bain Ltd.
- Dahle, R., og Thorsen, T.(red.) (2004). *Velferdstjenester i endring: Når politikk blir praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ellingson, L. L.(2003).Interdisciplinary Health Care Teamwork in the Clinic Backstage. *Journal of Applied Communication Research*, 31(2) 93-117.
- Elstad, I., og Hamran, T. (1995). *Et kvinnefag i modernisering: Sykepleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.
- Fornyings- og administrasjonsdepartementet. (2003). *Mellom stat og marked* (Selvstendige organisasjonsformer i staten [NOU] 2003:34). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/dok/nouer/2003/nou-2003-34...>
- Hamran, T. (1992). *Pleiekulturen - en utfordring til den teknologiske tenkemåte*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Harding, T., og Lerdal, A. (2005). Konsekvenser av en helsereform – en advarsel fra New Zealand. *Sykepleien* (1) 48-49.
- Helse og omsorgsdepartementet.(2001)*Om lov om helseforetak.m.m.* (Ot.prop.nr.66, 2000-2001). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprop/20002001/>.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2001) St. meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta* (St.meld. nr.26 1999-2000). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/sok.html?id=86900&quicksea...>
- Ingebrigsten, T., og Husebekk, A. (2008, oktober 3). Nye muligheter for pasientene. *Nordlys*, s.6.
- Knutsen, G. B. (2007). *Klinisk sykepleiepraksis i en reformtid*. En studie av sykepleiers opplevelse av kvalitet på eget arbeid. Hovedfagsoppgave i helsefag. Det medisinske fakultetet, Tromsø, Norge.
- Krogstad, U., Hofoss, D., Veenstra, M., Hjortdal, P. (2006). Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Human Resources for Health* (4)3.



- Lian, O. S. (2003). *Når helse blir vare*. Kristiansand S: Høyskoleforlaget AS.
- Lyons, K. J. (2003). A study of job satisfaction of nursing and allied health graduates from a mid- Atlantic university. *Journal of allied Health* (32):10-17.
- Narum, I. G.(2001). Helse for både pasient og personalet. *Sykepleien* 89(20) 58-61.
- Norsk sykepleierforbund (2001). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Olsvold, N. (2003). Profesjonsetikk i helsereformenes tid. *Sosiologi i dag* 33(2) 5-29
- Olsvold, N., og Norvoll, R.(1999). Sykepleierne trenger samfunnsfaget. *Sykepleien* 1999 87(01):54-57.
- Opedal, S., og Stigen, I. M. (red.) (2005). *Helse- Norge i støpeskjeen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Orvik, A. (2006). *Organisatorisk kompetanse*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag a.s.
- Orvik, A. (2002). Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokk. *Sykepleien* 90(8):42-46
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur- innenfra, utenfra eller begge deler?
- Fossåskaret et al (red.): *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitativ data*. (s.70-93). Oslo: Universitetsforlaget.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins, a Wolters Kluwer business.
- Vareide,P.K., Hofseth, C., Norvoll, R og Røhme, K.(2001) *Stykkevis og helt- -sykepleiernes arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus* (SINTEF rapport ,2001) Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Statusrapport. (2007). Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Strauss, A. (1985) *Work and division of labour. The social organization of medical work*. Chicago: University of Chicago Press.
- Svennson, R.(1996).The interplay between doctors and nurses – negotiated order perspective. *Sociology of Health &Illness* 18(3), 379-398.
- Sørensen, M., Graff- Iversen, S., Haugstvedt, K. Enger- Karlsen, T., Narum, G., Nybø, A. (2002) ”Empowerment” i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift Norske Legeforening* (24) 2379-2383.
- Thaagard, T. (2002). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Timmermans, S., Freidin, B.(2007). Caretaking as articulating work: The effects of taking up responsibility for a child with asthma on labor force participation. *Social Science & Medicine* 65, 1351-1363.
- Tveit, B. (2001). *Yrkesmotivasjon i sykepleie*. (Høgskolen i Oslo Rapport nr.11,2001)Oslo:

Høgskolen i Oslo.

Waaterloo, S.(2003). *Sykepleierreserven- hvem er det?* Upublisert hovedfagsoppgave,  
Universitetet i Tromsø, Det medisinske fakultetet, Tromsø, Norge.

# Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformenes tid<sup>1</sup>

## Work motivation and job satisfaction at the time of healthcare reforms

### Abstract

The health care sector is characterised by rapid organisational changes and scarce resources which have resulted in reduced work satisfaction and motivation among nurses. This article builds on a study carried out as part of a master's degree in health sciences. If continuous reorganisations of health care work have a negative impact on nurses' well-being at work, why do some stay in the same position for several years? Five nurses who have been employed at the same ward for more than 10 years have been interviewed. While previous research has shown that varied and inspiring work tasks, autonomy and mutual respect among colleagues have significance for work satisfaction and motivation, this study explains the importance of integrating these motivational factors in the ongoing performance and organisation of daily work. In order to develop healthy working environments for nurses working at busy hospital wards, seniority and clinical experience is of great value.

**Keywords:** Work motivation, healthcare reforms, nursing work, qualitative study

---

<sup>1</sup> Tittelen er inspirert av Nina Olsvold (2003) sin artikkel med tittelen Profesjonsetikk i helsereformenes tid.

## Introduksjon

Dagens helsevesen er preget av reformer og raske omstillinger som er inspirert av liberalistisk ideologi og markedsøkonomisk tenkning (1, 2). Konsekvensene er nye organisasjons- og ledelsesformer med fokus på målstyring og effektivitet, samt endringer i lovgiving for å sikre kvalitet på tjenestene og rettigheter til brukerne. Begreper som vi vanligvis assosierer med handels- og profittorganisasjoner, slik som *service*, *vare* og *produksjon*, blir brukt i sammenheng med pleie- og omsorgstjenester (2).

I følge helsefaglig forskning er liberalistisk ideologi og markedsøkonomisk tenkning vanskelig å forene med grunnleggende verdier i sykepleien (1-3). Forventninger om kvalitet, fleksibilitet og faglig oppdatering i kombinasjon med innsparing og effektiviseringstiltak gjør det vanskelig å utøve arbeidet på en god måte og finne tid til faglig fordypning (1,4, 5). Mange sykepleiere strekker seg langt og de opplever det som Olsvold (2003) beskriver som ”... *en asymmetri mellom omfattende ansvar og myndighet for kvaliteten på tjenestene som utføres og tilgang til ressurser*” (4).

For noen kan et fagfelt i rask endring oppleves som utfordrende, spennende og motiverende, mens det for andre kan medføre stress og redusert jobbtrygghet (6). Forskning om yrkesmotivasjon og arbeidstilfredshet blant sykepleiere bekrefter dette og viser at mange opplever stort arbeidspress, har fysiske belastningslidelser, er ”utbrent”, ønsker å forlate yrket eller har gjort det (7-9).

Artikkelen bygger på en studie gjennomført i forbindelse med et mastergradsstudium i helsefag. Bakgrunnen for studien er de nevnte karakteristiske trekkene ved dagens helsevesen.

Dersom det er slik at gjentakende omstillinger og stort arbeidspress medfører lav motivasjon og tilfredshet i yrket, hvorfor er det da noen som forblir i samme stilling over tid?

Problemstillingene for studien er på hvilken måte gir sykepleierne uttrykk for yrkesmotivasjon og arbeidsglede og på hvilken måte blir forhold knyttet til endringer i arbeidskrav og organisatoriske omstillinger gitt betydning?

## **Teori**

Interesse for det faglige innholdet i eget arbeid, varierte og utfordrende arbeidsoppgaver samt et godt arbeidsmiljø skaper engasjement i arbeidet (5). Blant sykepleiere er det å få jobbe med mennesker, oppleve å få gjort jobben på en god måte, medbestemmelse og anerkjennelse for egen innsats særlig motivasjonsfremmende (7-12). Hensiktsmessig organisering av det daglige arbeidet, godt samarbeid med kollegaer og ledelsen og forutsigbarhet er også viktige i denne sammenheng (8-9). Dersom slike forhold ikke er tilstede i arbeid vil dette kunne medføre frustrasjon, utbrenthet og avgang fra yrket. Omfattende omorganiseringer ved egen arbeidsplass og liten kontroll over egen arbeidssituasjon virker spesielt utmattende (2,7,12). Omorganisering og endring er imidlertid et karakteristisk trekk ved dagens helsevesen og i følge Arne Orvik (2006) er det ikke lenger nok for sykepleierne å ha klinisk kunnskap. De må også har kunnskap om helseorganisasjoners funksjon og virkemåte. Med slik kunnskap vil de bli mer rustet til å forstå, men også håndtere utfordringer knyttet til egen yrkesfunksjon i en tid med raske omstillinger (13).

Tidligere forskning viser altså at interesse for eget arbeid, god organisering av arbeidet og et godt arbeidsfellesskap er viktig for yrkesmotivasjon og arbeidsglede blant sykepleiere.

*Hvordan* slike forhold virker sammen og *får* betydning for yrkesmotivasjon og arbeidsglede blir ikke like godt forklart. Denne studien er et bidrag til en slik forklaring og det blir knyttet

an til teoretiske begrep som belyser ulike grunnleggende trekk ved utøvelse og organisering av pleie- og omsorgsarbeidet. Disse begrepene er *pleiekulturen* (3), *articulation work* (14) og *backstage kommunikasjon* (15).

Begrepet *pleiekulturen* (3) belyser at det er en sammenheng mellom måten pleie- og omsorgsarbeidet er organisert og grunnleggende verdier i arbeidet slik som *å passe på* og *å hjelpe* syke mennesker. Dette betyr blant annet at arbeidsrutinene i avdelingen ivaretar og sikrer et kollektivt og kontinuerlig ansvar for den enkelte pasienten og det øvrige avdelingsarbeidet, og at ulike kvalitets- og ressurs hensyn er bygd inn i rutinene. *Å være hos* pasienten og *god flyt* i arbeidet er viktige kvalitets- og effektivitetsnormer.

Rutinene regulerer arbeidet i tid og rom og de er viktige for god pasientomsorg, flyt og forutsigbarhet i arbeidet. Likevel, og på grunn av pleiearbeidets grunnleggende karakter, må personalet kontinuerlig *arbeide på* rutinene for at de skal *bli gjort* som forventet, men også for å kunne justere og koordinere oppgaver og aktiviteter i henhold til endringer i pasientbelegget, personalressurser og den enkelte pasientens behov. Denne formen for arbeid dreier seg om forhold som ligger utenfor selve pleiearbeidet og det blir gjort ad hoc og i ”forbifarten” på vaktrommet, i korridorene, på pauserom eller inne på pasientenes rom. Arbeidet betegnes som *articulation work* (14) og er et ”taust aspekt” ved pleie- og omsorgsarbeidet.

*Articulation work* ligger tett opp til *backstage kommunikasjon* (15). Begrepet gjør oss oppmerksom på at den fortløpende justeringen og koordineringen av aktiviteter og oppgaver også inneholder elementer av klinisk problemløsning. Det vil si at kommunikasjon om organisering av arbeidet også omhandler forhold knyttet til pleiemessige utfordringer og

problemløsning. Det er ikke bare sykepleiere som er inkludert i denne formen for kommunikasjon, men også det øvrige personalet på avdelingen deriblant legene. På samme måte som *artikulation work* er også denne formen for kommunikasjon ”taus” og den blir tatt for gitt.

*Backstage* kommunikasjon er ofte preget av *forhandlinger* om hvordan utfordringer skal bli forstått, håndteres, av hvem og når (16). Informasjon og kunnskap om forhold knyttet til de enkelte pasientene utveksles fortløpende etter hvert som utfordringer dukker opp. Pasientens diagnose, behandling, men også funksjonsnivå, ressurser og preferanser er sentrale aspekt i forhandlingene. Siden sykepleiere har kunnskap om sistnevnte forhold får de innflytelse i diskusjoner om pasientenes videre forløp i sykehuset. Slik sett er *backstage* kommunikasjon en samarbeidsform hvor det ikke bare forekommer gjensidig fagutvikling og læring, men også brytning av disiplinære skillelinjer og etablerte profesjonsrelasjoner (15,16).

Begrepene pleiekulturen, articulation work og backstage kommunikasjon viser at individuell og kollektiv vilje til å hjelpe hver enkelt pasient og til å organisere det øvrige avdelingsarbeidet på en hensiktsmessig måte er grunnleggende trekk ved pleie- og omsorgsarbeidet. Viktige forutsetninger i denne sammenheng er kommunikasjons- og samhandlingsrutiner som sikrer kontinuitet og oversikt over pasientenes situasjon og sykdomsforløp. Dette fordrer at personalet fortløpende samordner, koordinerer, vurderer og diskuterer aktiviteter og oppgaver relatert til hver enkelt pasient og det øvrige avdelingsarbeidet. Rutiner for samhandling og koordinering av oppgaver og aktiviteter er bygd inn i de formelle arbeidsrutinene, men på grunn av pleie- og omsorgsarbeidets karakter må disse kontinuerlige justeres og tilpasses i forhold til endringer i pasientens situasjon og til ressurser i avdelingen. Slike kommunikasjons- og samhandlingsrutiner er krevende og de

forutsetter personlig innsats, kunnskap og erfaring.

## **Metode**

Studien er gjennomført ved et norsk universitetssykehus som har gjennomgått en rekke endringer og reformtiltak de siste 10-15 årene. En siste omfattende omorganisering er nylig gjennomført ved universitetssykehuset hvor blant annet enkeltvis avdelinger ble slått sammen til større klinikker.

Metoden er kvalitativ og 5 sykepleiere som har jobbet i mer enn ti år på en og samme sengepost er intervjuet. Informantene er skjønnsmessig utvalgt (17) fra to ulike avdelinger som tar i mot pasienter med alvorlig sykdom og store pleie- og omsorgsbehov. Hver avdeling har 30 sengeplasser, omtrent 40 sykepleiestillinger, forholdsvis stabil ledelse og lav utskifting blant personalet.

Intervjuene er semistrukturert (17) og tema for intervjuene er 1) *det direkte pasientarbeid* 2) *kollegaer og ledelse* 3) *selvbestemmelse og egne utviklingsmuligheter* 4) *organisatoriske endringer*. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og dataanalysen fulgte prinsippene for en innholdsanalyse (17).

## **Resultater**

### **Å ta vare på pasientene**

Forskning om yrkesmotivasjon og arbeidsglede blant sykepleiere viser at det å jobbe med mennesker, oppleve at egen innsats blir lagt merke til og har betydning for andre er viktig for trivsel i arbeidet (7-11). Sykepleierne i studien bekrefter det samme og sier at det er særlig når de får jobbe relativt uforstyrret inne på de enkelte pasientrommene at de virkelig trives:



*”Det å få gjøre alt stell der, dele ut medisiner, ta temperatur, spørre hvordan de har det, følge dem i dusjen, ordnet håret, gitt dem mat, skiftet på sår, redd senger, ordnet på romme. Det er den type jobb jeg liker” (Ingrid, sykepleier)*

Det å få jobbe relativt uforstyrret på pasientrommet gjør det mulig for sykepleierne *”å ta vare på”* (Beate, sykepleier) pasientene, *”å følge opp”* (Ingrid, sykepleier) eller *” gi omsorg”* (Ida, sykepleier). Dette er viktig fordi *”... kroppen din [til pasienten] er i en tilstand hvor den har behov for å bli ivaretatt”* (Anna, sykepleier) og dersom *”... du får startet skikkelig opp og du får gitt informasjon og gjort konkrete ting i forhold til pasienten, så får du en trygg pasient, og trygge pasienter takler oppholdet bedre”* (Anna, sykepleier).

Når sykepleierne får mulighet til å ta vare på pasientene på denne måten får de ofte tilbakemeldinger fra pasientene:

*”Den takknemligheten du får fra dem... du gjør noe for dem.. du gjør en forskjell liksom... Det er jo dem som gjør at jeg fortsatt er her...”*(Beate, sykepleier)

### **Team som arena for faglig samarbeid og tilhørighet**

Begge avdelingene har delt personalet i team og hvert team har ansvar for bestemte grupper pasienter. Det er faste leger knyttet til hvert team og det er sykepleier som er teamleder.

Det er viktig at stemningen i teamet er god og ved en av avdelingene har ledelsen jobbet aktivt med *”..at det skal være en hyggelig stemning på posten...”* (Ingrid, sykepleier), *”... selv når det koker i avdelingen”* (Beate, sykepleier).. Stemningen blir hyggelig når sykepleierne

og legene gir hverandre positive tilbakemeldinger på arbeidet som blir gjort, hjelper hverandre dersom det er behov for en ekstra hånd, diskuterer faglige utfordringer eller får lov å få utløp for frustrasjon:

*”Om du har det travelt så har du alltid tid til å gå innom møterommet en tid. Du trenger ikke sitte der en time, du kan sitte der i 5 min... dele det med hverandre, det gjør det lettere”* (Ida, sykepleier)

*”Dette er jo en tung avdeling. Det er jo mange tragiske skjebner og mange tunge pasienter. Du kan snakke med andre og de forstår hvordan du har det. Du kan blåse litt ut og så kunne gå inn med en ny giv til pasienten”* (Beate, sykepleier).

Videre sier sykepleierne at de føler seg respektert av de andre i teamet, også av legene. De har *”... har ingen hierarki... hvis du foreslår noe så blir du hørt...”*(Susanne, sykepleier).

Godt samarbeid med legene er imidlertid ingen selvfølge og en av sykepleierne sammenligner med en tidligere avdeling hun jobbet der *”.. snakket ikke legene med meg, de snakket til deg”* (Beate, sykepleier ).

Et annet forhold som har betydning for at det er hyggelig stemning i teamene, er at sykepleierne og legene kjenner hverandres arbeidsmåter godt. Å kjenne hverandres arbeidsmåter godt har betydning for den daglige organiseringen av arbeidet og flyten i dette:

*”Det har veldig stor betydning for meg at vi fortsatt har de drevne folkene. Det er veldig tungt å jobbe med folk som har jobbet veldig kort tid... for det er jo de som har jobbet i lang tid som*

*er med på å drive arbeidsdagen..” (Beate, sykepleier).*

Når det er mange erfarne sykepleiere og leger på vakt er det lettere å håndtere faglige utfordringer og stort arbeidspress fordi de klarer å *”snu på ting og se mulighetene”* (Susanne, sykepleier) tiltross for et høyt arbeidstempo i avdelingen og flere brudd med etablerte rutiner. Dessuten har de erfaringer med at harde arbeidsperioder alltid vil bli avløst av roligere og at arbeidet igjen vil gå *”mer på skinner”*(Beate, sykepleier). Dersom det ikke er mange erfarne på vakt eller dersom enkelte sykepleiere må steppe inn på det andre teamet for en vakt eller to fordrer dette at de må bruke mer tid og ressurser på å få oversikt og få gjort jobben på en god måte.

Vi ser også at sykepleierne føler ansvar for den totale arbeidsbelastningen i teamene og for kontinuiteten i pleien av den enkelte pasienten. Den enkelte sykepleier er villig til å strekke seg litt ekstra *”... for å hjelpe på situasjonen og for pasienten sin del..”*(Anna, sykepleier). Dette innebærer blant annet at de bytter på å være teamleder og de deler ansvaret for *”tunge pasienter”*(Anna, sykepleier). Dette gjelder også etter arbeidstid og sykepleierne sier at de ofte tar i mot telefoner etter vakt, men også ringe opp selv, for å fortelle noe de andre må huske på.

### **Faglig utvikling**

Faglig utvikling er av betydning for trivsel i arbeidet (5). For sykepleierne i studien betyr fagutvikling tiltak som avdelingsledelsen tar initiativ til for eksempel internundervisning og kurs. Videreutdanning, veilede studenter, arbeide på poliklinikken, være fagutviklingssykepleier eller medlem i faggrupper blir imidlertid også regnet som fagutvikling av sykepleierne.

Når det gjelder faggrupper er dette noe alle sykepleierne i studien har erfaring med. En faggruppe består av en liten gruppe sykepleiere som har ansvar for en bestemt faglig funksjon som for eksempel smerte, sår, ernæring eller stomi. Å være med i en faggruppe gir personlige fagutvikling og motivasjon:

*”Det er artig å få gjøre noe nytt og spennende og å få delta i prosjekt”*(Ida, sykepleier).

*”Det er artig å få jobbe med ting jeg synes er viktig”* (Ingrid, sykepleier).

*”Faglig input øker min lyst til å gjøre jobben”* (Susanne, sykepleier).

Aktiviteten i faggruppene kommer resten av avdelingen til gode blant annet igjennom internundervisning og fagdager. En av sykepleierne forteller om hvordan en av faggruppene har bidratt til endringer i måten de skifter på sentralt venekateter:

*”Når jeg begynte her så var det munn bind, sterile hansker, og det var en stor seremoni, mens i dag er det jo bare en liten steril kompress. Dette har jeg lært av ernæringsgruppen. Det er de som har vært på kurs... og de som har fått det innført i avdelingen ...”* (Ida, sykepleier).

Det er opp til den enkelte sykepleier å ta initiativ til å drive faglig utvikling og oppdatering. Så lenge ledelsen ikke har pålagt noen å *”... å oppdatere seg faglig..”*(Ingrid, sykepleier) forutsetter faglig oppdatering og utvikling personlig driv og engasjement. De som har slikt driv får støtte av ledelsen. Dette krever imidlertid en viss grad av forpliktelse fra sykepleierne og det *”... fordrer at en tar dette ansvaret..”* (Ingrid, sykepleier).

Når det er stort arbeidspress på avdelingen er sykepleierne mindre involvert og engasjert i faglige utviklingsaktiviteter. Likevel, denne typen aktiviteter gir en opplevelse av å kunne ta en "time-out" (Susanne, sykepleier) fra travelheten. Ved å forberede et foredrag for kollegaene eller oppdatere seg på en prosedyre gir muligheten til "å gjøre noe annet" (Ida, sykepleier) selv om det er stort arbeidspress.

Faglig utvikling finner ikke bare sted i formelle forum og planlagte former, men også i det enkelte teamet i og igjennom det daglige arbeidet. Diskusjoner om faglige utfordringer og problemløsning i teamet og mellom *erfarne* sykepleiere og leger enten dette forekommer på previsitten, i korridorene, på pauserommene eller på rapporten er viktig for trygghet i arbeidet, god stemning og flyt i arbeidet, men også for å kunne utvikle seg og få inspirasjon i arbeidet:

*"Når ledelsen planlegger arbeidsdagene så fordeler de erfarne sammen med de nye. Jeg får jobbet lite med de erfarne ..... Det savner jeg"* (Ingrid, sykepleier).

### **Tilgjengelige ledere**

Sykepleierne i studien gir uttrykk for at de verdsetter egen avdelingsledelse og at denne er av betydning for at de trives i avdelingen og er blitt værende så lenge. Med avdelingsledelsen menes først og fremst klinikkjefen og sykepleierledelsen. Det er spesielt den gode tonen mellom dem selv og ledelsen de setter pris på. Som vist over, betyr dette at ledelsen lar dem få ansvar for faglige utviklingsoppgaver, tar hensyn til deres oppfatninger og synspunkter i saker som vedrører den daglige driften av avdelingen:

*” ... kulturen i forhold til det å bli hørt stammer fra avdelingsledelsen. Den har bestandig vært åpen... vært i dialog med pleiepersonale...”* (Susanne, sykepleie).

*”Det er jo veldig lett å si ifra for døra deres er jo åpen hele tiden”*(Ida, sykepleier).

*”Terskelen for å gå inn til dem er lav”* (Beate, sykepleier).

*”Det er jo ganske fullt inne på kontoret deres av og til”* (Ingrid, sykepleier)

På samme måte som et godt samarbeid med legene ikke er en selvfølge er heller ikke åpenheten og nærheten til ledelsen en selvfølge:

*”Det er viktig at sjefene er såpass nær og, at man kan gå inn og snakke med dem. For jeg har jo skjønt at på enkelte avdelinger så sitter de på et lukket kontor hele dagen”* (Ida, sykepleier).

### **Det uforutsigbare systemet**

Sykepleierne i studien sier at det har blitt et større arbeidspress de siste 10 årene. Også prosedyrer og arbeidsrutiner er endret: *” Det er jo også blitt slik at pasienten opereres, de går ut etter tre dager. Slik var det ikke når jeg begynte”* (Ida, sykepleier) ” og *” de pasientene som ligger nå ligger inne er sykere, ligger ofte lengre...De lette pasientene forsvinner ut i poliklinikker og dagkirurgi”* (Susanne, sykepleier). Sykepleierne trives likevel med arbeidet sitt blant annet fordi samarbeidet med kollegaer og ledelsen fungerer så godt. Men, den siste tiden har det skjedd endringer som gjør sykepleierne noe urolig for hvordan egen arbeidssituasjon vil kunne komme til å bli. De opplever at ledelsen ikke er like tilgjengelig

som før, og at de i større grad enn tidligere retter oppmerksomheten mot forhold utenfor avdelingen. Det er særlig den aktuelle omorganiseringen som stjeler ledernes oppmerksomhet og dermed blir det mindre tid til å ta seg av avdelingsinterne forhold. Og når de ”... *som har kontakt med grasrota, og har oversikt over personalsituasjonen*”(Anna, sykepleier) blir mindre tilgjengelig i avdelingen blir den kortsiktige og langsiktige planleggingen av arbeidet berørt:

*”Det er mye brannslukking... Det er om å gjøre for å få det til å gå rundt..”*(Ingrid, sykepleier).

Mindre forutsigbarhet i det daglige arbeidet gir en opplevelse av å ikke strekke til overfor pasientene og det øvrige avdelingsarbeidet. Dersom de i tillegg ser at det er forhold ”*utenfor sykepleiers rekkevidde*” (Susanne, sykepleier) som gjør at de kommer til kort i arbeidet, blir de særlig oppgitt og frustrert. Eksempler på slike situasjoner er når sykepleier må ”*fronte et system som gjør at pasienten ikke blir operert*”(Susanne, sykepleier). I slike tilfeller får sykepleierne en ”*sjokk-absorberer funksjon*”(16) og de må til en viss grad forsvare et system de selv mener fungerer dårlig.

Tiltross for disse nylige endringene gir sykepleierne fortsatt uttrykk for at de har tillit til ledelsen. De ser på det som nå skjer på sykehuset som en overgangsfase og som på sikt vil forbedre situasjonen både for pasientene og for dem selv. De tror ikke at omorganiseringen vil berøre aktivitetene i avdelingen noe særlig ut over at det kan bli flere travle perioder. Derimot opplever de diskusjonene om sammenslåing av avdelinger til klinikker som støy som går ” *over mitt hode*”(Ingrid, sykepleier). Derfor snakker de heller ikke mye om disse mer omfattende endringene i det daglige arbeidet:

*”Kanskje er det derfor at man blir så lenge.. at man ikke orker å bry seg om sånn unødvendige støy, man tar heller det som dukker opp..”* (Susanne, sykepleier).

Dette er en strategi som gjør arbeidet overkommelig, *”at en faktisk klarer å stå i det”*(Anna, sykepleier) tiltross for stadige organisatoriske endringer.

## **Diskusjon**

Sykepleierne i studien sier at det generelle arbeidspresset de siste ti årene har vært stort, men at de likevel trives i yrket. Særlig motiverende er det å få jobbe relativt uforstyrret inne på pasientrommene sammen med andre erfarne kollegaer, få til god flyt arbeidet selv om det er hektisk i avdelingen, diskutere faglige utfordringer med kollegaer og delta i fagutviklingsarbeid. Igjennom utførelsen av arbeidet og i diskusjonene får den enkelte respons på egen innsats, faglig initiativ og engasjement og dette er inspirerende. Å få jobbe i team med andre erfarne sykepleiere og leger som de kjenner godt, gir trygghet og forutsigbart i arbeidet, også i hektiske arbeidsperioder.

I de særlig hektiske periodene trives ikke sykepleierne spesielt godt. De sier de blir frustrert blant annet fordi de ikke får gjort arbeidet på den måten de ønsker og i henhold til egne kvalitetsnormer. De vet imidlertid at harde arbeidsperioder vil bli avløst av roligere og at dersom de får jobbe sammen med andre erfarne sykepleiere og leger kan de få gjort jobben på en god måte likevel. De vet også at ledelsen forstår deres frustrasjon og at de kan ”blåse ut” dersom de trenger det. Videre har de muligheten til å trekke seg tilbake fra det daglige avdelingsarbeidet for lengre eller korte perioder for å drive med andre faglige oppgaver, poliklinisk arbeid eller veilede studenter.



Arbeidsoppgaver og arbeidsforhold som har særlig betydning for at sykepleierne skal trives i yrket og som har hatt betydning for at de har blitt værende i yrket tiltross for hardt arbeidspress over flere år, er muligheten for å kunne jobbe inne på pasientenes rom, et godt arbeidsfelleskap, gode arbeidsrutiner og fagutviklingsarbeid. At slike enkeltforhold er av betydning for trivsel og motivasjon i arbeidet blir bekreftet av annen forskning. Slike arbeidsoppgaver og motivasjonsfremmende forhold kan imidlertid ikke ses isolert fra måten det daglige arbeidet er organisert og samarbeidsklima i teamene for øvrig. Arbeidsfelleskapet og arbeidsrutinene er en ressurs som sykepleierne kan trekke veksler på i det daglige arbeidet og når grensen for eget initiativ, pågangsmot, kompetanse og ansvar er nådd. Stabile team med gode samarbeidsrelasjoner virker som faglig inspirasjon og sosial støtte i utøvelsen og organiseringen av eget arbeid. Slike forhold skaper forutsigbarhet og stabilitet i arbeidet tiltross for stort arbeidspress og endringer.

De trivselskapende forholdene er ikke gitt eller konstant, men er et resultat av at den enkelte yter litt ekstra til det beste for den enkelte pasient og til arbeidsfelleskapet for øvrig. Spesielt viktig er det at alle bidrar til gode kommunikasjons- og samhandlingsrutinene som er nødvendig for kontinuitet i arbeidet, koordinering og justering av aktiviteter etter endringer i pasientenes behov, personalressurser og annet nødvendig avdelingsarbeid. Hensiktsmessig organisering av det daglige arbeidet, faglig interesse for arbeidet og et godt arbeidsfelleskap virker sammen og får betydning for yrkesmotivasjon og arbeidsgleder *fordi* den enkelte sykepleier yter litt ekstra for at den enkelte pasienten skal ha det bra og for at kommunikasjons- og samhandlingsrutinene skal fungere.

Vi har allerede nevnt at sykepleierne opplever stort arbeidspress og at dette har vedvart de

siste 10 årene. Med stort arbeidspress mener sykepleierne først og fremst mange og flere pasienter med store pleie og omsorgsbehov, endringer i prosedyrer og behandlingsopplegg, operasjoner og undersøkelser som blir utsatt og korridorpasienter. De knytter ikke arbeidspresset til spesifikke organisatoriske endringer eller helsepolitiske reformer slik som sykehusreformen eller omstilling til enhetlig ledelse i kommunene. For sykepleierne er forhold knyttet til slike overordnede helsepolitiske endringer og omstillinger uoversiktlig, uhåndterlig og utenfor deres rekkevidde. Diskusjoner om helsepolitikk og omstillinger oppleves som støy som forstyrrer dem i det daglige arbeidet. De stoler på at ledelsen tar seg av slike forhold og at de gjør gode beslutninger på veien av avdelinga. Derfor er sykepleierne villig til å prøve ut endringstiltak initiert av ledelsen, også når disse får direkte konsekvenser for eget arbeid.

I løpet av den siste tiden har sykepleierne merket endringer som gjør dem urolige for egen arbeidssituasjon. Først og fremst skyldes endringene at lederne ikke er like tilstede i avdelingen noe som sykepleierne tilskriver de aktuelle omorganiseringene på sykehuset. I tillegg opplever sykepleierne at de oftere kommer til kort i arbeidet. De må stå i situasjonen de ikke kan gjøre noe med og arbeidet flyter ikke like godt. De forstår ikke hvordan situasjonene oppstår og de vet ikke hvor de skal plassere skyld. Derfor skylder de på *systemet*. I følge Orvik (2004) er det nødvendig at dagens sykepleiere har kompetanse om systemet. Dersom sykepleiere skal mestere egen funksjon må de forstå hvordan moderne helseorganisasjoner drives og logikken bak de stadige organisatoriske endringer. Slik forståelse kan gjøre sykepleiere mindre frustrert samtidig som de kan bli bedre rustet til å komme med forslag til problemløsning (13). Sykepleierne i denne studien har imidlertid skjernet seg for diskusjoner om helsepolitikk og organisatoriske omstillinger og de har stolt på at ledelsen har gjort gode beslutninger på vegene av avdelingen. Ut i fra Orvik (13) sin

argumentasjon er ikke dette en gunstig strategi for sykepleiere som ønsker å bevare og videreutvikle eget arbeid.

## **Konklusjon**

Det stilles store og endrede krav til de som arbeider i helseorganisasjoner og mange sykepleiere mistrives fordi de opplever å ikke strekker til. I denne artikkelen har vi beskrevet og diskutert hvorfor noen sykepleiere blir værende i yrket over tid selv om de opplever stort arbeidspress.

Vi har vist at kvaliteten ved pleiekulturen og arbeidsfellesskapet har betydning for at sykepleiere blir værende. Sykepleierne trives når de får være tilstede hos pasientene og når de får til god flyt i det øvrige avdelingsarbeidet. Dette forutsetter muligheter for fortløpende problemløsning og koordinering av oppgaver og aktiviteter. Den kontinuerlige kommunikasjonen om arbeidet er ikke bare en sentral premisse for godt pleie- og omsorgsarbeid, men også for trivsel og motivasjon i arbeidet.

Det å få jobbe sammen med andre erfarne sykepleiere og leger er av betydning både for egen faglige utvikling, men også for kvaliteten på det daglige arbeidet. Et godt arbeidsfellesskap og gode arbeidsrutiner gir forutsigbarhet i arbeidet selv om det skjer endringer i pasientenes tilstand, pasientforløp og andre forhold ved avdelingen. Dette er imidlertid ikke noe som gir seg selv, men må kontinuerlig ”jobbes på”. Et godt arbeidsfellesskap og gode arbeidsrutiner fordrer individuell og kollektiv vilje og innsats, men også erfaring og kunnskap.

Forhold som bidrar til et godt arbeidsfellesskap og gode rutiner er ”tause” aspekt ved arbeidet og dermed er de vanskelig å beskrive i detalj. Tid til å snakke med kollegaer i forbiarten eller

til å ta en ekstra kaffekopp på pauserommet er viktige momenter i det daglige arbeidet, men i en tid med store krav til effektiv blir slike aspekt ved arbeidet vanskelig å begrunne. De blir stadig utfordret av forskjellige effektiviseringstiltak. Denne studien viser at oppsett av vaktplaner og sammensetning av team på en klok måte til en viss grad kan virke som en buffer for utfordringene. Tid til å snakke sammen med andre erfarne kollegaer om utøvelse og organisering av det direkte pasientarbeidet bidrar til at den enkelte trives også når det er mye å gjøre i avdelingen. Forskning viser at det er viktig å ta vare på de nyansatte sykepleierne, men denne studien viser at det også er nødvendig å ta vare på de erfarne.

Sykepleierne i vår studie har hatt stort arbeidspress over flere år og de har forholdt seg til endringer i arbeidskrav mer eller mindre kontinuerlig. Frem til nå har de ikke knyttet disse endringene til spesifikke helsepolitiske reformer eller omstillinger. I løpet av den siste tiden har sykepleierne merket forandringer som gjør dem urolige for egen fremtidige arbeidssituasjon og de erfarer at etablerte strategier for å håndtere stort arbeidspress ikke strekker til. Vi støtter Orvik (2004) sin antakelse om at økt oppmerksomhet mot helsepolitiske føringer på drift av sykehus og helsesektoren for øvrig vil gjøre dagens sykepleiere bedre rustet til å forstå de endringene som skjer i egen arbeidsdag. *Om* innsikt om slike forhold vil ha positiv effekt på yrkesmotivasjon og arbeidsglede må imidlertid undersøkes nærmere.

## Referanser

1. Dahle R, Thorsen T.(red.) Velferdstjenester i endring: Når politikk blir praksis.1.utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2004.
2. Lian, OS. Når helse blir vare. Kristiansand S: Høyskoleforlaget AS; 2003.
3. Hamran T. Pleiekulturen: en utfordring til den teknologiske tenkemåte. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S; 1992.
4. Olsvold N. Profesjonsetikk i helsereformenes tid. Sosiologi i dag. 2003; 33(2):5-29.
5. Alvsvåg H, Frøland O. (Red) Engasjement og læring: fagkritiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Akribe AS; 2007.
6. Norsk sykepleierforbund. Statusrapport. (2007). Oslo, Norsk Sykepleierforbund.
7. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA. An International Perspective on Hospital Nurses' Work Environments: The case for reform. Policy, Politics, & Nursing Practice.2001 Nov; 4(2): 255-263.
8. Lyons KJ. A study of job satisfaction of nursing and allied health graduates from a mid-Atlantic university. Journal of Allied Health. 2003; 32, (1):10-17.
9. Krogstad U, Hofoss D, Veenstra M, Hjortdal P. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. Human Resources for Health. 2006 Feb. (4)3. tilgjengelig fra: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/3>
10. Tveit B. Yrkesmotivasjon i sykepleie. Oslo; Høgskolen i Oslo; 2001. Rapport nr.11.
11. Waaterloo S. *Sykepleierreserven- hvem er det?* [hovedfagsoppgave]. Tromsø: Universitetet i Tromsø; 2001.
12. Knutsen G B. Klinisk sykepleiepraksis i en reformtid: En studie av sykepleiers opplevelse av kvalitet på eget arbeid. [hovedfagsoppgave]. Tromsø: Universitetet i Tromsø; 2007.

13. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig arbeid. Oslo: J.W. Cappelens Forlag a.s; 2006.
14. Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener C. The social organization of medical work. Chicago: University of Chicago Press; 1985.
15. Ellingson LL. Interdisciplinary Health Care Teamwork in the Clinic Backstage. Journal of Applied Communication Research. 2003 May; 31(2): 93-117.
16. Svennson R. The interplay between doctors and nurses – negotiated order perspective. Sociology of Health & Illness. 1996; 18(3): 379-398.
17. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business; 2008.

## VEDLEGG TIL INNLEDNING

- Vedlegg 1:** Tilbakemelding på melding om behandling av personalopplysninger (NSD)
- Vedlegg 2:** Søknad til forskningsfeltet
- Vedlegg 3:** Svar fra forskningsfeltet
- Vedlegg 4:** Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt og informert samtykke
- Vedlegg 5:** Intervjuguide
- Vedlegg 6:** Forfatterskapsklæring



Aud Obstfelder  
Avdeling for sykepleie og helsefag  
Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Vår dato: 25.09.2008

Vår ref:19810 / 2 / KS

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.09.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

19810	<i>Yrkesmotivasjon i helsereformers tid</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Aud Obstfelder</i>
Student	<i>Elisabet Breivik</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html).

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig. Prosjektet kan settes i gang.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Elisabet Breivik, Krognessveien 18 A, 9006 TROMSØ





## Prosjektvurdering - Kommentar

---

19810

Ombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det tas høyde for at det kan fremkomme indirekte personidentifiserende opplysninger i forbindelse med intervju, men all den tid lydopptakene ikke lagres eller overføres til PC, vil denne behandlingen ikke være omfattet av meldeplikten. Lydopptakene oppbevares nedlåst og slettes etter transkripsjon, senest ved prosjektslutt.

Ombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til PC, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.



Tromsø, 06.10.08

Til Klinikksjef for Kirurgi – Kreft – og Kvinnehelseklinikken, Universitetsklinikken Nord-Norge HF

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt**

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Tromsø, Avdeling for sykepleiere og helsefag og skal skrive masteroppgave om yrkesmotivasjon blant sykepleiere. Jeg har tidligere arbeidet som sykepleier på UNN.

Arbeidslivsforskningen og massemedia gir et bilde av sykepleieryrket som krevende, og det blir vist at utbrenthet og ”turnover” er relativt vanlige fenomen. Det er likevel mange sykepleiere som velger å bli i sitt yrke. I min masteroppgave vil jeg undersøke hvorfor.

For å få kunnskap om hva det er som skaper yrkesmotivasjon blant sykepleiere ønsker jeg å intervju sykepleiere med minst 10 års yrkeserfaring. Kan jeg henvende meg til avdelingslederne ved Gastrokirurgisk avdeling og Kreftavdelingen i denne forbindelse?

Håper på positiv behandling av min søknad.

Med vennlig hilsen:

Elisabet Breivik  
Krognessveien 18A  
9006 TROMSØ

Vedlegg:

Brev til avdelingsledere.

Brev til den enkelte sykepleier.



Tromsø, 06.10.08

Til Klinikksjef for Kirurgi – Kreft – og Kvinnehelseklinikken, Universitetsklinikken Nord-Norge HF

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Tromsø, Avdeling for sykepleiere og helsefag og skal skrive masteroppgave om yrkesmotivasjon blant sykepleiere. Jeg har tidligere arbeidet som sykepleier på UNN.

Arbeidslivsforskningen og massemedia gir et bilde av sykepleieyrket som krevende, og det blir vist at utbrenthet og "turnover" er relativt vanlige fenomen. Det er likevel mange sykepleiere som velger å bli i sitt yrke. I min masteroppgave vil jeg undersøke hvorfor.

For å få kunnskap om hva det er som skaper yrkesmotivasjon blant sykepleiere ønsker jeg å intervju sykepleiere med minst 10 års yrkeserfaring. Kan jeg henvende meg til avdelingslederne ved Gastrokirurgisk avdeling og Kreftavdelingen i denne forbindelse?

Håper på positiv behandling av min søknad.

Med vennlig hilsen:

*Elisabet Breivik*

Elisabet Breivik  
Krognessveien 18A  
9006 TROMSØ

Vedlegg:  
Brev til avdelingsledere.  
Brev til den enkelte sykepleier.

*Hei Elisabet!  
Sjakkelig!  
Lykke til!  
Arthur Revhaug*



Tromsø, den 16.10.08

## **Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt**

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Tromsø, Avdeling for sykepleiere og helsefag og skal skrive masteroppgave om yrkesmotivasjon blant sykepleiere. Jeg har tidligere arbeidet som sykepleier på UNN.

Tema for masteroppgaven er yrkesmotivasjon blant sykepleiere i en tid hvor det stadig skjer endringer i driften av sykehusene. Arbeidslivsforskningen og massemedia gir et bilde av sykepleieryrket som krevende og det blir vist at utbrenthet og "turnover" er relativt vanlige fenomener. Det er likevel mange sykepleiere som velger å bli i sitt yrke. I min masteroppgave vil jeg undersøke hvorfor.

For å få kunnskap om hva det er som gjør at sykepleiere velger å bli i sitt yrke og hva det er som gjør dem tilfreds og motivert, ønsker jeg å intervjuere sykepleiere med minst 10 års yrkeserfaring.

Temaene som vil bli berørt i intervjuet er: 1) Hvilke sider ved arbeidet skaper engasjement og arbeids glede 2) Hvilke sider ved arbeidet oppleves krevende 3) På hvilken måte går du frem for å håndtere krevende situasjoner? 4) Har det skjedd endringer i arbeidet de siste fem til seks årene som har medført endringer i arbeidspress? 5) På hvilken måte håndterer du dette?

Din deltakelse i forskningsprosjektet er frivillig og du kan når som helst trekke deg fra prosjektet uten begrunnelse. Alt av informasjon som fremkommer igjennom intervjuet, vil bli behandlet konfidensielt og bli anonymisert.

Intervjuet vil bli tatt opp på "lydbånd", men det vil bli slettet ved prosjektslutt, juni 2009.

Veileder for min masteroppgave er førsteamanuensis Aud Obstfelder, Avdeling for sykepleie og helsefag ved Universitetet i Tromsø.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning.

Hvis du ønsker mer informasjon om prosjektet kan du ta kontakt med meg på tlf: 99275291.

Håper du er villig til delta i intervjuet, og viser dette ved å returnere det ene eksemplaret av samtykkeerklæringen underskrevet til meg.

Med vennlig hilsen:

Elisabet Breivik



-----SKRIFTLIG SAMTYKKEERKLÆRING-----

Jeg har lest tilsendt informasjon om prosjektet, dens hensikt og mine rettigheter. Lydbåndet blir slettet ved prosjektslutt juni 2009, og alle opplysninger blir anonymisert. Jeg er kjent med at jeg når som helst kan trekke meg fra studiet uten grunn.

Jeg.....samtykker herved til å delta i studien:

”Yrkesmotivasjon i helsereformers tid”

Jeg kan kontaktes på tlf.nr: .....eller tilskrives på adr: .....

Sendes i vedlagt frankert konvolutt til:

Elisabet Breivik  
Krognessveien 18A  
9006 TROMSØ

## **Intervjuguide:**

### **Introduksjon:**

- Presentasjon av meg selv
- Hensikt med undersøkelsen – Debrifing
- Godkjenning av bruk av båndopptaker
- Anonymitet
- Intervjuets hovedtemaer, antatt varighet og antall spørsmål – Fortelle at jeg ønsker mer enn konkrete svar på spørsmålene, det er temaene som er interessante. Formen på intervjuet mer samtalepreget. Jeg muligheter for innspill hvis berøring av noe med særlig interesse.
- Spørsmål fra informanten

### **Bakgrunn/Bli kjent spørsmål:**

- Hvor mange år har du jobbet på denne avdelingen? Heltid/Deltid?
- Kan du beskrive hvilke pasientgruppe dere har på avdelingen?
- Kan du beskrive hvilke behov pasientene har som kommer til din avdeling?
- Hvilke sykepleiefaglige oppgaver og utfordringer er knyttet til denne pasientgruppen?
- Er det spesiell kompetanse knyttet til pleien av dem?
- Har du videreutdanning

## 1. Hvilke forhold ved det aktuelle arbeidet skaper arbeidsglede/arbeidstilfredshet?

Hva er det med din jobb, og dine arbeidsoppgaver i sykepleien som gjør at du opplever trivsel og arbeidsglede?

Hvis du tenker på jobben din forrige uke. Hva var det i din arbeidssituasjon du var fornøyd med når du gikk hjem etter vakt? Hva gjorde at du var fornøyd?

Hvilke forhold ved arbeidet er det som ikke gir arbeidsglede/arbeidstilfredshet? Er dette vanlig?

Kan du fortelle om hvilke arbeidsoppgaver du liker best? Hva er det som gjør at du liker disse best? (utfordrende, variasjon, allsidighet, spenning, fornøyd).

Hvordan opplever du muligheten til innflytelse og kontroll over sykepleiarbeidet?

- I hvilken grad har du mulighet til å planlegge din egen arbeidsdag? (Å selv bestemme når og hvordan arbeidet skal gjøres/utføres)
- I hvilken grad har du muligheter til å påvirke og forandre på ting i avdelingen?
- Er dette viktig for deg?, På hvilken måte?
- Opplever du at du får jobbe selvstendig

I hvilken grad blir du berørt av pasientens situasjon?

## 2. Hvordan opplever du kunnskapsutvikling (fagutvikling) på din arbeidsplass?

Hva er fagutvikling for deg?

På hvilken måte er fagutvikling viktig for deg og den jobben du gjør?

Hvilke muligheter og begrensninger er det for fagutvikling i din avdeling?

stikkord: Blir det satt av tid? Form: interne, eksterne kurs, videreutdanning, arbeidsfelleskap, rapporter og lignende.

Dersom du sammenligner med andre avdelinger, mener du at din avdeling har et høyt faglig nivå på sykepleietjenesten?

Hva tenker du om ledelsens syn på fagutvikling blant sykepleierne?

Hva er viktig for at du skal føle personlig og faglig utvikling?

### 3. På hvilken måte har det kollegiale arbeidsmiljø betydning for arbeids glede/arbeidstilfredshet?

Hva mener du kjennetegner en arbeidsplass med et godt kollegialt arbeidsmiljø?

Hvem gir deg anerkjennelse for den jobben du gjør? Fra hvem? Pasient, kollega? Storsamfunnet? Annet? (støtte, oppmuntring, ros og verdisetting)

Er dere flinke til å gi hverandre anerkjennelse for arbeidet dere gjør er ved avdelingen?

- Er dere flink til å støtte hverandre når en arbeidskollega opplever vanskelige arbeidssituasjoner.
- Er dere flink til å gi hverandre tilbakemeldinger (faglige støtte og råd)
- Er det lett å spørre om hjelp i vanskelige situasjoner?

### 4. På hvilken måte opplever du at organisatoriske endringer i helsesektoren generelt og driften av sykehuset spesielt får betydning for trivsel og arbeids glede?

I hvilken grad lar du deg engasjere i aktiviteter og diskusjoner om omorganiseringen av sykehuset?

Hva er dine tanker omkring at dere som sykepleiere skal kunne arbeide 20 % av arbeidstiden på andre avdelinger innenfor klinikken?

Stikk ord: konsekvenser for det arbeidet de gjør på avdelinger de ikke er kjent i? Usikkerhet/stressa? Hva med å jobbe sammen med kolleger de ikke kjenner så godt?

Kan du fortelle om noen endringer i avdelinga som har fått betydning for arbeidet ditt?

stikkord: Måten arbeidet er organisert? Nye og flere arbeidsoppgaver? Andre faglige utfordringer? Tid til pasientene og faglig oppdatering og utvikling? Stress og arbeidspress? Underbemanning, innleieing av ekstravakter? Annet?

Hva skyldes endringene?

I hvilken grad lar du deg forstyrret av utfordringene? På hvilken måte håndterer du dem?

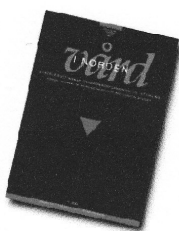
- På hvilken måte det er mulig å tilegne seg kunnskap når arbeidsdagen går med til å holde avdelingen gående?
- Hvordan håndterer du at stadig å bli avbrutt i arbeidet/må gå ut fra pasientrommet uten å gjøre seg helt ferdig?
- I hvilken grad får du mulighet til å diskutere vanskelige tilfeller eller gi tilbakemeldinger når alle er stressa?



- Er det rom for å ta opp noe som helst fordi tiden er knapp? Hva betyr det forresten at tiden er knapp?

Avslutning og avrundning: Men, når du som sykepleier stadig er under press på grunn av organisatoriske endringer på sykehuset som påvirker deg som sykepleier og utøvelse av sykepleien, hvorfor blir du.....

Er det verdier og forhold i sykepleien som ikke er nevnt som har betydning for din arbeidsglede, tilfredshet og motivasjon i sykepleien....



## Vård i Norden

### Forfatterskaps erklæring

Manuskriptets tittel:  
Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformenes tid.

**Korrespondanseansvarlig forfatter:** Elisabet Breivik

Adresse: Krognessvegen 18A, 9006 Tromsø, Norge

Email: eli-bre2@online.no

Telefon +47 992 75 291

#### Det erklæres

- ✓ At manuskriptet eller deler av dette ikke er publisert annet sted.
- ✓ At manuskriptet ikke er under bedømmelse i et annet tidsskrift eller er akseptert for publisering annet sted.
- ✓ At gjeldende vitenskapsetiske regler og retningslinjer er fulgt.
- ✓ At det ikke er forbundet interessekonflikter med innholdet i artikkelen.
- ✓ At opphavsrettslige krav er fulgt.
- ✓ At nødvendige tillatelser vedrørende publisering er innhentet (pasientopplysninger m.m.).
- ✓ At personer og institusjoner som evt. nevnes i takksigelsen har akseptert dette.
- ✓ At alle forfattere oppfyller Vancouverreglerne, d.v.s. at de har bidratt med idé og design, eller analyse og tolkning av data, utarbeiding av tekst eller revisjon av tekst med hensyn til viktig intellektuelt innhold og endelig godkjenning av artikkel for publisering.

#### Manuskriptets forfattere

#### Dato

#### Underskrift

(Anført i den rekkefølgen de nevnes i artikkelen)

1. Elisabet Breivik Tromsø 20.04.2010 Elisabet Breivik
2. Aud Obstfelder \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Scannes og mailes [marit.helgerud.sykepleierforbundet.no](mailto:marit.helgerud.sykepleierforbundet.no) eller sendes med ordinær post/faks.

Marit Helgerud, Vård i Norden, Postboks 456 Sentrum, NO - 0104 OSLO Fax +47 22 04 32 80.