

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn: Unni Andersen

---

Rekruttering i nord – der vi bor?

---

Dato: 22.05.21

Totalt antall sider: 72



## **FORORD**

Å få lov å være student hos Handelshøgskolen - Nord Universitet på studiet MBA Helseledelse har for meg vært et stort privilegium. Jeg kjente på skrekkblandet fryd og ærefrykt da jeg fikk “innpass” i studiet og de to studieårene har vært lærerike, utfordrende og sosialt givende.

Studiet har gitt meg en innsikt, et overblikk og en dybdekunnskap i spesialisthelsetjenesten som gjør at jeg nå er bedre kvalifisert for videre lederoppgaver. Jeg har blitt utfordret faglig og sosialt på en måte jeg vil ta med meg videre. Erfaringene jeg har gjort og kunnskapen jeg har ervervet håper jeg at både jeg og min organisasjon vil gjøre nytte av. Studiet anbefales på det varmeste til alle som ønsker utvikling innen helseledelse.

Studiet avsluttes med masteroppgaven som er innlevert et år forsinket. Forsinkelsen skyldes pandemi med økt arbeidsbelastning som leder, og en faktor av personlige forhold med sykdom i nærmeste familie. Oppgavens forarbeide var godt i gang da pandemien inntok landet, og jeg skal ikke legge skjul på at det har vært krevende å ta opp tråden igjen våren 2021. Det har vært stor aksept hos arbeidsgiver og hos studieleder for forsinkelsen. Jeg er svært takknemlig.

Det er flere som fortjener takk fra meg. Først Helse Nord og Helgelandssykehuset som satset på meg og ga meg muligheten til å delta på studiet. Anita Eide som har organisering og tilrettelegging som spisskompetanse. Professor Pål Andreas Pedersen, studieansvarlig og min veileder; kunnskapsrik, vennlige motiverende med dytt i rett retning, alltid tilgjengelig med gode konstruktive tilbakemeldinger. Alle masterstudenter burde ha en Pål.

Til slutt en stor takk til informanter som har delt synspunkter og erfaringer på en åpen og tillitsfull måte med meg. Jeg håper og ønsker jeg har vært tilliten verdig og forvaltet kunnskapen de har delt på en god måte.

Unni Johanne Andersen

Mo i Rana – 22.05.21

# **INNHold**

## **1.0 INNLEDNING**

- 1.1 Bakgrunn for valg av tema Side: 6
- 1.2 Avgrensinger Side: 7
- 1.3 Problemstilling/forskningsspørsmål Side: 8
- 1.4 Begrepsavklaring Side: 9
- 1.5 Oppgavens oppbygning Side: 11

## **2.0 BAKGRUNN**

- 2.1 Nasjonalt perspektiv Side: 12
- 2.2 Regionalt perspektiv - Helse Nord Side: 20

## **3.0 TEORI**

- 3.1 Sykehus som kunnskapsorganisasjoner Side: 28
- 3.2 Henry Mintzbergs strukturmodell Side: 30
- 3.3 Ledelse i kunnskapsorganisasjoner Side: 33

## **4.0 METODE**

- 4.1 Metodevalg med vitenskapsteoretisk ståsted Side: 36
- 4.2 Kvalitative metoder Side: 37
- 4.3 Datainnsamling Side: 37
- 4.4 Det kvalitative forskningsintervju Side: 39
- 4.5 Forforståelse Side: 41
- 4.6 Analyse Side: 42
- 4.7 Etikk og personvern Side: 45

4.8 Validitet og reliabilitet Side: 46

## **5.0 EMPIRI/FUNN**

5.1 Oppsummering av hovedfunn Side: 48

5.2 Funns i dokumenter og de kvalitative intervjuene Side: 49

## **6.0 DISKUSJON**

6.1 Kunnskapsorganisasjoner Side: 58

6.2 Ledelse i kunnskapsorganisasjoner Side: 62

## **7.0 OPPSUMMERING MED REFLEKSJON OG KRITISK BLIKK**

7.1 Konklusjon Side: 65

7.2 Refleksjoner rundt konklusjon Side: 66

7.3 Kritisk blikk Side: 66

**8.0 LITTERATURLISTE** Side: 68

## **9.0 VEDLEGG**

Informasjonsskriv/samtykkeerklæring Side: 70

## **1.0 Innledning**

Oppgaven er skrevet som avslutning på studiet MBA Helseledelse ved Nord Universitet. Temaet for oppgaven er rekruttering av intensivsykepleiere ved lokalsykehus i Helse Nords opptaksområde, med fokus på regionale strategiske rekrutteringsplaner fra førstelinjelederes og HR-personells perspektiv. Til tross for innlevering et år forsinket har jeg en bestemt formening om at oppgavens tema heller er aktualisert enn å ha mistet relevans. Covid-19 har preget samfunnet og ikke minst spesialisthelsetjenesten vel et år, med nasjonalt, regionalt og lokalt fokus på utfordringer med rekruttering av intensivsykepleiere.

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Tema for oppgaven ble satt sen vinter 2019 - vinter/vår 2020, og bakgrunnen var Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene (Riksrevisjonen, 2019). Undersøkelsen ble offentliggjort november 2019, noen måneder før pandemiens utbrudd i Norge, og den fikk relativt stor oppmerksomhet av nasjonale media og interessegrupper. Riksrevisjonen pekte på en rekke utfordringer med helseforetakenes evne til å rekruttere, mobilisere og beholde arbeidskraft. Både nasjonalt og regionalt vises det til diskrepans når det gjelder nåværende og fremtidig tilgang og behov for sykepleiere innen spesialisthelsetjenesten, da særlig spesialsykepleiere.

Riksrevisjonens undersøkelse (2019) var altså den utløsende faktor for valg av tema for oppgaven, men etter å ha satt meg inn i regionale og nasjonale strategiske dokumenter som omtaler og/eller peker på utfordringer med rekruttering av helsepersonell til spesialisthelsetjenesten underbygget det min hypotese: Lang erfaring som sykepleier i klinisk virksomhet, fagutvikling og nå ledelse forteller meg at rekrutteringsstrategier på alle nivå, nasjonalt, regionalt og lokalt har et forbedrings potensiale hva gjelder implementering og iverksetting.

Helse Nord viser i sin strategiske kompetanseplan til at behovet for arbeidskraft er både en mengde- og en innholds- utfordring, nåværende kompetanse er ikke tilstrekkelig for å møte morgendagens utfordringer, det vil også bli en økende mangel på kompetent personell. I tillegg viser også Helse Nords strategiske kompetanseplan, både fase 1 og 2, samt riksrevisjonens rapport til viktigheten av å utnytte eksisterende personalressurser på en god måte, herunder reduksjon av deltid og reduksjon av sykefravær.

Helse Nords regionale handlingsplan for rekruttering og stabilisering viser til at medarbeiderne med rett kompetanse er Helse Nords viktigste ressurs. Her sies det at endringer i kompetansebehov og tilgang til kvalifisert personell gjør at det må jobbes langsiktig og systematisk, ikke bare når det gjelder selve rekrutteringen, men også på stabilisering og utvikling av kompetanse. I handlingsplanene peker Helse Nord på at det er helseforetakene som er arbeidsgivere, og dermed ansvarlige for å dekke eget kompetansebehov. Helseforetakene må dermed ha egne planer for rekruttering og stabilisering, det sies her videre fra Helse Nord at helseforetakene må ha oversikt over eget kompetansebehov.

Formålet med valg av tema er å belyse i hvilken grad de lokale sykehusene ved førstelinjeledere i Helse Nord er kjent med regionale rekrutteringsstrategier og hvordan disse er implementert nedover i organisasjonene; Helse Nords lokalsykehus. I tillegg var intensjonen min å undersøke hvilke perspektiver på rekrutteringsstrategiene førstelinjeledere og HR-personell innehar. Her har jeg valgt ledelsesteori med lederroller og organisasjonsstruktur som teoretisk bakgrunn.

## **1.2 Avgrensninger**

I oppgaven har jeg begrenset undersøkelsen til Helse Nords opptaksområde, jeg har også valgt å begrense respondenter til lokale sykehus i Helse Nords regionale område.

Som vist i kapittel 1.4 har Helse Nord ansvar for spesialisthelsetjenesten over et stort geografisk område, med relativt få innbyggere sett i målestokk med andre opptaksområder i landet. Helse Nord har som en av sine strategier å “*Desentralisere det vi kan, og samle det vi må*” (Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024, Helse Nord 2021). For å kunne drifte lokalsykehus med akutfunksjon må Helse Nord desentralisere funksjoner som operasjons- og intensivkapasitet. Dette for å kunne ivareta stabiliserings og behandlings funksjoner for akutt og/eller kritisk syke pasienter før en eventuell transport og overflytning til sentraliserte og mer spesialiserte funksjoner. Jeg har derfor valgt å utelukke Nordlandssykehuset Bodø og Universitetssykehuset Nord Norge Tromsø i oppgaven. Disse to sykehusene har sentraliserte spesialistfunksjoner for Helse Nords lokale sykehus. Med dette påstås det ikke at det ikke er rekrutteringsutfordringer også ved NSLH og UNN, men det *kan* antas at det er en lettere tilgang på personell siden begge byene har utdanningsinstitusjoner, samt det å rekruttere til større byer anses som mindre utfordrende, både regionalt og nasjonalt.

Riksrevisjonens undersøkelse (2019) viser til at alle landets helseforetak har utfordringer når det gjelder bemanning av sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre. I oppgaven har jeg valgt å sette fokus på spesialutdannede sykepleiere i kategorien intensiv. Strategiske dokumenter jeg har gjennomgått viser at tilgang på og rekruttering av intensivsykepleiere over år har vært en spesiell utfordring i en nasjonal, regional og lokal kontekst. Disse utfordringene henger tett sammen med landets sentrale og desentraliserte intensivkapasitet. Covid-19 pandemien med økt tilstrømming av pasienter i behov for intensiv behandling og pleie har aktualisert bemanningsutfordringene, og gjorde valg og avgrensning av yrkesgruppe enklere for meg.

Selv om utdanningssystemet og utdanningskapasiteten for spesialsykepleiere trekkes frem både nasjonalt og regionalt som en viktig faktor for tilgang på intensivsykepleiere har jeg i oppgaven valgt å se bort fra dette. Utdanningsstillinger og tilgang på studieplasser redegjøres grundig for i Riksrevisjonens undersøkelse (2019). Jeg velger også å ikke gå nærmere inn på gjeldende lovverk for spesialisthelsetjenesten da dette fremkommer godt i nasjonale og regionale dokumenter brukt i oppgaven. Jeg anser ikke disse faktorene som relevante for belysning av problemstillingen.

### **1.3 Problemstilling/forskningsspørsmål**

**Regionale rekrutteringsstrategier i Helse Nord – er de implementert (hos førstelinjeledere) i lokalsykehus, der vi bor?**

En kvalitativ undersøkelse av implementering av regionale rekrutteringsstrategier i Helse Nord, men utgangspunkt i deskriptive modeller for organisasjon og ledelse

**Underspørsmål: I hvor stor grad kjenner førstelinjeledere for intensivavdelinger i lokalsykehus, til (og tar i bruk) rekrutteringsstrategiene?**



## 1.4 Begrepsavklaring

Helse Nord RHF er et av den norske stats fire regional helseforetak, og er den offentlige spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og på Svalbard. Helse Nord skal sørge for spesialisthelsetjenester til innbyggerne i Nordland, Troms, Finnmark og Svalbard. Til sammen rundt en halv million nordmenn. Pr. 2020 utgjør dette 9% av Norges innbyggere. Helse Nord dekker 45% av Norges landareal, inkludert Svalbard. Helse Nord har 18000 ansatte fordelt på 14000 årsverk, med 17,7 milliarder i omsetning pr 2019

Helse Nord's visjon er at pasientene skal bli møtt med rett kompetanse til rett tid, og foretrekke undersøkelse og behandling i Helse Nord: *Helse i nord - der vi bor*



Figur 1: Helse Nord's opptaksområde med sykehusforetak (Bodø kommune)

Helse Nord består av seks helseforetak hvorav fire er sykehusforetak som driver pasientbehandling; Finnmarkssykehuset består av klinikk Hammerfest, klinikk Kirkenes, klinikk Alta. Universitetssykehuset i Nord Norge består av UNN Tromsø, UNN Harstad, UNN Narvik, UNN Åsgård, UNN Longyearbyen. Nordlandssykehuset består av NLSH Lofoten – Gravdal, NLSH Vesterålen - Stokmarknes, NLSH Bodø. Det minste helseforetaket i Helse Nord er Helgelandssykehuset som består av HSYK enhet Mo i Rana, HSYK enhet Sandnessjøen, HSYK enhet Mosjøen (Helsenord.no).

Helse Nord's regionale handlingsplan for rekruttering og stabilisering (2016) definerer rekruttering som *“tilførsel av rett kompetanse”* og sier videre i utkastet til Regional handlingsplan 2021 - 2024 *“med strategisk rekruttering menes langsiktig og helhetlig tilførsel av kompetanse i tråd med definerte strategier og mål* (Helse Nord, 2021). Her sies det videre

fra Helse Nord: *“Med kompetanse menes kunnskap, erfaringer og egenskaper”*. For spesialiserte organisasjoner som sykehus er det særlig viktig å skille mellom formell og uformell kompetanse. Helse Nord refererer i denne sammenheng med formell kompetanse som den den type kvalifikasjoner som en person har i kraft av eksamensbevis, formell utdanning og spesialisering (Strategisk kompetanseplan, fase 2, Helse Nord, 2014)

Human Resources (heretter HR) er ledelse av menneskelige ressurser. HR forbindes ofte med tradisjonell personalledelse. HR defineres av Kuvaas og Dysvik som: *“alle aktiviteter som omhandler planlegging, anskaffelse, utvikling og avvikling av menneskelige ressurser i organisasjoner”* (2012) HR er i dag et omfattende fagfelt. HR aktiviteter kan være prestasjonsbasert belønning, HR-målinger, rekruttering, teamarbeid, medarbeidersamtaler, trenings- og utviklingstiltak, vurdering av ledere, lederutvikling og HR-strategi ifølge Kuvaas og Dysvik, se figur 2.



Figur 2: HR-aktiviteter og resultater (Kuvaas & Dysvik, 2012)

En videreføring av HR begrepet er *“Strategisk HR”*. Her er fokus på organisasjonens menneskelige ressurser i kombinasjon med strategi. Begrepet innbefatter det å forene strategi og kompetanse. Strategisk HR er således det sett av HR-aktiviteter som har til hensikt at organisasjonen når sine mål. Kuvaas og Dysvik (2012) forklarer innholdet i strategisk HR som *“Samsvar mellom en organisasjons strategi og andre egenskaper ved organisasjonen og dens HR-aktiviteter, og en forutsetning om at et slikt samsvar er av betydning for organisatoriske resultater”*.

Førstelinjeledere i sykehus er ledere som har personalansvar og som har et helhetlig ansvar for de medisinske tjenestene som avdelingen gir. I tillegg er førstelinjeledere nær klinisk virksomhet, pasientbehandlingen. Førstelinjeledere har en eller flere fullmakter mht. personalansvar, økonomi og helt eller delvis fagansvar. (Helse og omsorgsdepartementet, 2019).

Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter med truende eller manifest svikt i vitale funksjoner og organer. En intensivsykepleier har videreutdanning innen spesialiteten intensivsykepleie. Videreutdanningen har en varighet på halvannet til to år avhengig av om utdanningen avsluttes med en mastergrad. For å ta videreutdanningen må man ha en bachelor i sykepleie og to års erfaring som sykepleier. Dette gir kompetanse til å arbeide ved intensivenheter på nivå 1, 2 og 3, intermedieenhet, postoperativ enhet og prehospitaltjenester (NSFLIS, 2004) Etter endt spesialutdanning antas det at intensivsykepleieren må utøve sin profesjon i to år før hun/han jobber selvstendig som spesialsykepleier (Riksrevisjonen, 2019) I regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering (2016) definerer Helse Nord kompetanse som: Kunnskap, ferdigheter, erfaringer og egenskaper som gjør det mulig å utføre Helse Nord's oppdrag i tråd med definerte strategier og mål.

### **1.5 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven er skrevet etter de oppgavetekniske føringene som foreligger som mal for masteroppgaver fra Nord Universitet. Etter forord og innledning med problemstilling og begrepsavklaringer, følger bakgrunn. Der redegjør jeg for sentrale strategiske dokumenter, undersøkelser samt planverk jeg har funnet relevant for å belyse oppgavens tema og problemstilling. Deretter følger kapittel som tar for seg det jeg anser som aktuell underbyggende organisasjons- og ledelses teori.

I metodekapittelet redegjør jeg for valg av metode, vitenskapsteoretisk ståsted og begrunner metodevalg opp mot tema og problemstilling. I tillegg beskriver jeg hvordan data er samlet inn og reflekterer over egen for forståelse. Metodekapittelet avsluttes med etisk refleksjon, validitet og reliabilitet.

Etter metodekapittel følger beskrivelse av empiriske funn fra datainnsamling. Herunder funn i de seks kvalitative intervjuene av HR-personell og førstelinjeledere, samt tidligere nevnt

strategiske dokumenter, undersøkelser og planverk. Så følger kapittel der jeg diskuterer funn opp mot organisasjons – og ledelsesteori. Til sist konkluderer jeg med et kritisk blitt på eget arbeid.

## **2.0 Bakgrunn**

I det følgende vil det redegjøres for gjennomgang av en rekke overordnede planverk, strategier og undersøkelser. Dokumentene omtaler rekruttering og tilgang på rett kompetanse fra et nasjonalt og regionalt perspektiv. Intensjonen med redegjørelsen er å sette fokus på den systematiske kartleggingen og videreføring av strategisk tenkning som er gjort over år på de nevnte nivåer med tanke på rekruttering, behov for, og tilgang på spesialist-kompetanse (intensiv) innen sykepleie. Redegjørelsen strekker seg tilbake i tid til 1999 og frem til 2021, og omhandler dokumenter fra Regjeringen, Riksrevisjonen, Statens helsetilsyn og Helse Nord. Dokumentene er presentert i kronologisk rekkefølge delt inn i nasjonalt og regionalt nivå.

### **2.1 Nasjonalt perspektiv**

#### **Gjennomgang av landets sykehus – delrapport 2. Kartlegging av kapasitets- og driftsforhold ved intensivavdelingene**

Sosial- og helsedepartementet ba i 1998/1999 Statens helsetilsyn om å gjennomgå kapasitets- og driftsforhold ved landets somatiske sykehus. Delrapport 2 omfatter ett av flere områder som Statens helsetilsyn skulle se på, og omhandler intensivavdelingene ved landets sykehus. Statens helsetilsyn innleder med det fokus som hadde vært på kapasitet i tilbudet, spørsmål om forsvarlig drift og behandling, utstyrmangel, personellmangel og andre ressursbehov. 30 sykehus var med i undersøkelsen (Statens helsetilsyn, 1999)

Om intensivavdelinger sier Statens helsetilsyn at de har en sentral funksjon i sykehusene for å kunne gi nødvendig og forsvarlig tilbud til de alvorligst syke pasientene. Store ressurser er knyttet til intensivavdelingene. Videre fremheves det fokus som per tiden var på for dårlig kapasitet på landets intensivavdelinger. Anførte årsaker var blant annet for få intensivplasser og for få spesialsykepleiere (Kartlegging av kapasitets- og driftsforhold ved intensivavdelingene, 1999, s 4). Hovedfunnene fra kartleggingen var at alle sykehusene hadde

hatt kapasitetsproblemer i løpet av det siste året. De viktigste konsekvensene av kapasitetsproblemene var redusert operasjonskapasitet, overflytning til sengepost før planlagt tidspunkt, behov for overflytting til andre sykehus, negative følger for arbeidsmiljøet og negative følger for kvalitet i behandlingstilbudet.

Statens helsetilsyn konkluderer med at sykepleiemangel var den dominerende og viktigste årsaken til kapasitetsproblemer. Dette ble oppgitt som en faktor ved 29 av 30 sykehus. Det pekes på at mange sykehus mangler en grunnstamme av erfarne og kompetente sykepleiere. Halvparten av sykehusene oppga at de ikke fikk utnyttet tilgjengelig fysisk kapasitet i form av intensivsengeplasser på grunn av manglende personellressurser. På bakgrunn av funn foreslo Helsetilsynet blant annet at følgende tiltak skulle vurderes:

*“Fokus bør i første omgang rettes mot mangelen på sykepleiere. Grunnbemanning av kompetente og erfarne sykepleiere må styrkes. Analyse av årsaker til personalflukt og rekrutteringsproblemer bør foretas. Det må iverksettes aktive tiltak for å rekruttere nye sykepleiere samt tiltak for å beholde dem som er der”*

(Gjennomgang av landets sykehus – delrapport 2. Kartlegging av kapasitets- og driftsforhold ved intensivavdelingene. Statens helsetilsyn, 1999)

Statens helsetilsyn avslutter delrapport 2 med å vise til at en påfallende høy andel av vakante sykepleiestillinger og en lav andel stillinger besatt av intensivsykepleiere. Det vises til høy turnover og problemer med å rekruttere nytt personell. Her sier Helsetilsynet at en stresset arbeidssituasjon kombinert med underbemanning lett kan føre til at avdelingene kommer i en ond sirkel - En alvorlig situasjon som får konsekvenser for ordinær drift og kapasitet. Statens helsetilsyn understreker:

*“Disse forholdene medfører at enkelte avdelinger ikke har en tilstrekkelig grunnstamme av erfarne og kompetente sykepleiere. Avdelingene må i stor grad basere seg på vikarer og personell med mindre erfaring. Mye tid og ressurser går med til opplæring av nytt personell og vikarer.*

*En slik situasjon vil etter Helsetilsynet oppfatning gi grunnlag for svekket kvalitet i behandlingstilbudet og fare for feilbehandling”*

*“Å rekruttere personell med god kompetanse og å beholde dem, er hovedutfordringen for de avdelingene som sliter med personellmangel”*

(Gjennomgang av landets sykehus – delrapport 2. Kartlegging av kapasitets- og driftsforhold ved intensivavdelingene. Statens helsetilsyn, 1999)

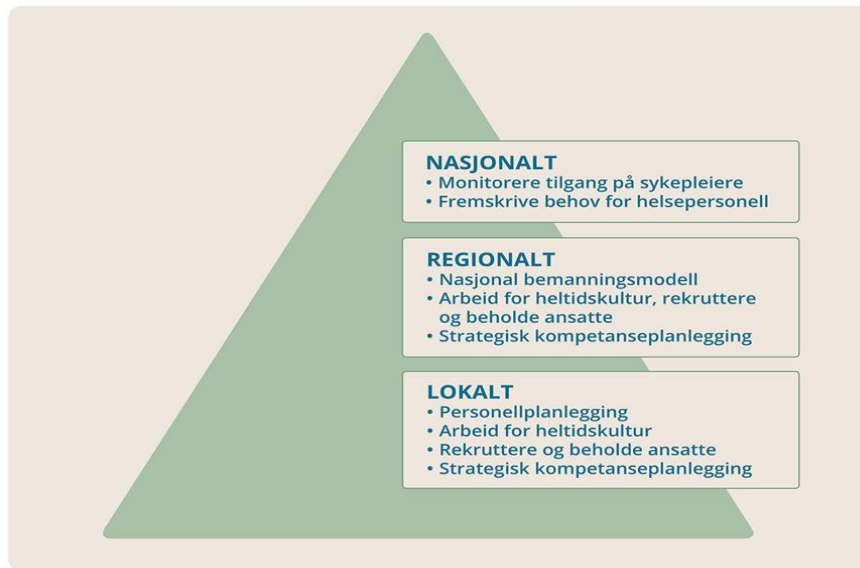
### **Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023**

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (2019) har regjeringen som overordnet mål at helsetjenesten i hele landet skal ha nok personell med riktig kompetanse. Nok personell med riktig kompetanse beskrives av Regjeringen som en forutsetning for gode, effektive og trygge helsetjenester. Regjeringen vil styrke kompetansen i hele helse- og omsorgstjenesten. For å sikre tilstrekkelig personell i framtiden, må helsetjenesten arbeide målrettet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere (Regjeringen, 2019).

Det fremkommer i Nasjonal helse- og sykehusplan at Regjeringen vil stille tydeligere krav til helseforetakene om å drive strategisk personell- og kompetanseplanlegging. Regjeringen peker også på at helseforetakene må synliggjøre utdanningsvirksomheten i sykehusene som grunnlag for myndighetenes samarbeid om dimensjonering, innhold og kvalitet i helsefagutdanningene (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, s 49). Av krav som fremkommer fra Regjeringen til helseforetakene er at de skal sikre tilstrekkelig bemanning til å utføre oppgavene spesialisthelsetjenesten står overfor. Samtidig må helseforetakene sikre at de ansatte har den kompetansen som må til for å utføre disse oppgavene. Regjeringen vil at helseforetakene skal arbeide strategisk for å sikre personell med nødvendig kompetanse, her vises det til at dette skal gjøres med personell- og kompetanseplanlegging (Regjeringen, 2019).

Nasjonal helse- og sykehusplan fremhever helseforetakenes kontinuerlige arbeid for å sikre tilstrekkelig bemanning på kort og lengre sikt. Dette er et område som krever stor grad av prioritet, oppmerksomhet og langsiktig arbeid, og det er identifisert et behov for å satse videre. Arbeidet med heltidskultur og reduksjon i bruken av deltid, det å redusere sykefraværet, samt arbeidet med å rekruttere og beholde ansatte, har betydning for personell- og kompetanseplanleggingen.

Figur 3 illustrerer Regjeringens fordeling av ansvar i strategisk rekruttering av helsepersonell lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Her ser plasserer Regjeringen ansvar for rekruttering i alle nivå i spesialisthelsetjenesten.



Figur 3: Ansvarsnivå - rekrutteringsstrategier (Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023, Regjeringen, 2019).

Det stilles store krav til ledelsen på alle nivåer i et sykehus ifølge Nasjonal sykehusplan 2020-2023 (2019) Kliniske førstelinjeledere er særlig viktige for å oppnå ønskede resultater. Regjeringen peker på førstelinjelederne som de nærmeste til å identifisere kompetansebehov og legges til grunn for kompetanseplanleggingen. Videre understrekes det i Nasjonal helse- og sykehusplan (2019) at førstelinjeledere har det operative ansvaret for å rekruttere, planlegge bemanning, bidra til heltidskultur og beholde arbeidskraft. Her gir Regjeringen de regionale og de lokale helseforetakene ansvar for å gi førstelinjelederne tilstrekkelig handlingsrom samt støtte i form av nødvendig kompetansehevede tiltak for ledere (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, 2019, s125).

Den største helsepersonellgruppen i spesialisthelsetjenesten er sykepleiere, sykepleieres kompetanse er sentral i alle pasientforløp (Regjeringen, 2019). Den fremskrevne mangelen på sykepleiere må møtes med ulike virkemidler ifølge Regjeringen i Nasjonal helse- og sykehusplan (2019) Regjeringen vil at helseforetakene utarbeider planer for hvordan behovet for sykepleiere skal dekkes. God personellplanlegging legger også grunnlaget for kompetanseplanlegging som skal speile sykehusenes behov for sykepleiekompetanse. Det kreves tydelighet hos helseforetakene på hva slags kompetanse det er behov for, og det skal legges til rette slik at sykepleiere får ny kompetanse gjennom daglig arbeid, etterutdanning

eller videreutdanning basert på behovene som er identifisert (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, s 128).

Behovet for spesialsykepleiere har økt i takt med økt spesialisering i spesialisthelsetjenesten. Samtidig har helseregionene meldt om økende mangel på denne personellgruppen og behov for flere utdanningsplasser. Mangel på spesialsykepleiere kan gi store konsekvenser for intensivkapasiteten i sykehusene. Regjeringen mener det er kritisk å øke utdanningskapasiteten for spesialsykepleiere (Regjeringen, 2019).

### **Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene**

Riksrevisjonens mål med undersøkelsen (2019) var å vurdere om helseforetakene og de regionale helseforetakene arbeider målrettet og systematisk for å sikre tilstrekkelig tilgang på sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere i spesialisthelsetjenesten. Alle landets helseforetak var inkludert i undersøkelsen.

Riksrevisjonen viser i undersøkelsen til spesialisthelsetjenesteloven som sier at staten har et overordnet ansvar for at befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. Et viktig formål med spesialisthelsetjenestelovene er at den skal bidra til et likeverdig tjenestetilbud til hele befolkningen og til at ressursene benyttes best mulig. Det er avgjørende å bruke personell effektivt for å utnytte ressursene i helseforetakene på en god måte.

Undersøkelsen innleder med at staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. Et av hovedmålene med loven er at den skal bidra til at ressursene utnyttes best mulig (Riksrevisjonen, 2019)

Undersøkelsen peker på framskrivninger som viser at frem mot 2030 øker antall eldre over 70 år med ca. 40 prosent. Etersom eldre har behov for flere helsetjenester enn befolkningen for øvrig vil behovet for arbeidskraft i spesialisthelsetjenesten øke mer enn befolkningsveksten. Framskrivningene tyder på at det vil være behov for i underkant av 30 prosent flere årsverk i helsetjenesten fram mot 2040. De demografiske endringene stiller dermed helsetjenesten overfor store utfordringer når det gjelder å rekruttere, mobilisere og beholde arbeidskraft. Her sier Riksrevisjonen videre at helseforetakene allerede i dag har utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere og spesialsykepleiere. Disse gruppene utgjør en stor andel av de ansatte ved helseforetakene og det er krevende og rekruttere denne arbeidskraften, mange



jobber deltid, sykefraværet er høyt, og mange slutter i jobben etter relativt få år (Riksrevisjonen, 2019).

Undersøkelsens problemstillinger:

- *“Hvilke bemanningsutfordringer har helseforetakene?”*
- *Hvordan bidrar helseforetakenes styring og bruk av virkemidler til å løse bemanningsutfordringene?*
- *Hvordan bidrar de regionale helseforetakene til å løse bemanningsutfordringene?”*

(Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene, 2019)

Hovedfunn 1.

- Helseforetakene har store utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere

Her finner undersøkelsen at ledere for intensivsykepleiere har de største rekrutteringsutfordringene. Ledere viser til vanskeligheter med rekruttering utenom utdanningsstillinger, blant intensivsykepleiere utdannet de siste 5 årene er nesten tre av fire rekruttert via en utdanningsstilling.

Siden det er få eller ingen søkere til stillinger innenfor flere av stillingstypene, er mange helseforetak avhengig av selv å utdanne spesialsykepleiere gjennom utdanningsstillinger. Undersøkelsen viser at mange helseforetak ikke prioriterer utdanningsstillinger, og det opprettes ikke nok slike stillinger. Utdanningsstillinger er kostbare fordi ansatte får lønn under videreutdanning, og fordi helseforetaket må erstatte den som tar videreutdanning. Etter revisjonens vurdering kan kortsiktige økonomiske prioriteringer forsterke mangelen på kritisk kompetanse på sikt.

Mange enheter har i tillegg utfordringer med å beholde medarbeidere og ekstern turn-over vil også fremover være høy. Relativt mange ansatte vurderer å enten bytte jobb, eller gå av med pensjon før de fyller 65 år. Konsekvensen av dette er at helseforetakene må erstatte en stor del av arbeidsstyrken om få år. En måte å håndtere dette på er å mobilisere mer av den arbeidskraften som allerede eksisterer i sykehusene ifølge Riksrevisjonen. Her vises det til økte stillingsprosenter og reduksjon i sykefravær. Andelen ansatte som jobber fulltid i Riksrevisjonens utvalg er i underkant av 60 prosent. Helseforetakene kan motivere og legge

til rette slik at dagens deltidsansatte får høyere stillingsprosent. For å kunne iverksette dette må foretakene vite hvorfor de ansatte jobber deltid. En fjerdedel av de ansatte oppgir at den viktigste grunnen til at de ikke jobber heltid er at arbeidsgiver ikke har tilbudt dem en heltidsstilling. Helseforetakene ble av Riksrevisjonen bedt om å sende handlingsplaner eller lignende for å vise hvordan de arbeider med å utvikle en heltidskultur, og redusere bruk av uønsket deltid. Ingen av helseforetakene sendte en slik handlingsplan (Riksrevisjonen, 2019, s 53)

#### Hovedfunn 2:

- Bemanningsutfordringer påvirker hvordan de ansatte opplever kvaliteten på pasientbehandlingen:

Revisjonen peker på en sammenheng mellom bemanningsutfordringer og hvordan de ansatte opplever kvaliteten på pasientbehandlingen. Her vises det til at enheter hvor ledere har utfordringer med å rekruttere kompetent personell fremkommer det at ansatte opplever en reduksjon i kvalitet.

Det er utbredt praksis å benytte personell uten videreutdanning i stillinger for intensivsykepleiere blant mange enheter. Her viser undersøkelsen til at nærmere ni av ti intensivenheter har ansatte uten formell videreutdanning. Det pekes videre på at personellets opplevde kvalitet på tjenesten som utføres scorer lavere på enheter som har utfordringer med rekruttering av personell med formell kompetanse, herunder intensivsykepleiere (Riksrevisjonen, s 35). I tillegg er bruk av vikarer fra private byrå høyere i enheter der ledere opplever vanskeligheter med å rekruttere. Ansatte som ofte jobber med vikarer fra private byrå oppgir at det går tid til opplæring og veiledning. Riksrevisjonen mener dette er en ressursbruk som er belastende både økonomisk og tidsmessig (s39).

Undersøkelsen viser også at det er en sammenheng mellom ekstern turn-over og opplevd kvalitet, når det gjelder å beholde ansatte. De enhetene der ansatte opplever kvaliteten som lav har overvekt av ansatte som vurderer å bytte jobb. Det påpekes riktignok av Riksrevisjonen at ansattes opplevelse av kvalitet ikke er et objektivt mål på faktisk kvalitet på pasientbehandling, men at egenvurderinger gir en klar indikasjon på at bemanningsutfordringer kan ha betydning for kvalitet.

#### Hovedfunn 3:

- Helseforetakene legger ikke godt nok til rette for å mobilisere og beholde sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere:

Undersøkelsen viser sammenheng mellom om enhetens nærmeste leder har nok tid til å lede, og om enheten har utfordringer med å rekruttere ansatte. Tid til å lede innbefatter om de har tid nok til lederoppgaver som å være tilgjengelig for de ansatte, følge dem opp faglig, planlegge langsiktig og forbedre arbeidsprosesser. Et flertall av lederne mener at de har for liten tid til å gjøre disse oppgavene. I underkant av halvparten av ledere oppgir at de ikke har gjennomført en systematisk evaluering av grunnbemanningen i løpet av det siste året. Riksrevisjonen vurderer det som lite tilfredsstillende at så mange leder ikke har gjennomført en systematisk evaluering av grunnbemanningen. Dette betyr at lederne ikke har et oppdatert grunnlag for å vite om den samlede grunnbemanningen er for lav (eller for høy), og om alle vaktene gjennom uka er riktig bemannet.

For å løse fremtidens bemanningsutfordringer er det etter revisjonens vurdering avgjørende at helseforetakene skaper en heltidskultur og sørger for å beholde ansatte. Revisjonen viser til at mange av helseforetakene mangler systematiske handlingsplaner for å skape en heltidskultur. Dette forutsetter at de skaper gode fagmiljø og legger til rette for at nærmeste leder får nødvendige vilkår og muligheter til å lede og sette i verk nødvendige forbedringstiltak i driften av foretaket. Det er ledelsen og styret i helseforetaket som har ansvar for å sørge for at styringssystemer fungerer, og for å sørge for nødvendige forbedringer (Riksrevisjonen, 2019, s.75)

#### Hovedfunn 4:

- De regionale helseforetakene og helseforetakene legger ikke godt nok til rette for å sikre rekruttering av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere:

Helseforetakene er avhengig av at det utdannes nok personell for å løse bemanningsutfordringene. Utdanningskapasiteten reguleres av Kunnskapsdepartementet ved hjelp av kandidatmåltall, et minstekrav til antall uteksaminerte for de ulike stillingstypene per utdanningsinstitusjon. Kandidatmåltallene fastsettes blant annet på bakgrunn av innspill fra de regionale helseforetakene. Her har det vært en felles forståelse av at utdanningskapasiteten bør økes, men det er ikke tallfestet fra foretakene hvor mye det bør økes. Riksrevisjonen viser videre til at kandidatmåltallene har vært uendret hvert år siden 2014. Fra 2014-2018 er det dessuten uteksaminert færre kandidater enn oppgitt kandidatmåltall.

Undersøkelsen viser at mange helseforetak ikke kan vise til planer eller oversikter som på en systematisk måte kartlegger behovet for personell på mellomlang sikt (3-5 år). 40 prosent av de nærmeste lederne til de utvalgte stillingstypene sier at helseforetakene ikke har oversikt over, eller at de ikke vet om helseforetaket har oversikt over, bemanningsbehovet for deres stillingstype 3-5 år frem i tid. (Riksrevisjonen, 2019, s 77)

Helseforetakene skal ha styringssystemer som sikrer at de planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer aktiviteten slik at tjenestene blir forsvarlige. Dette innebærer blant annet å sørge for personell med nødvendig kompetanse. Selv om helseforetakene har eller vil stå foran store utfordringer med å rekruttere, mobilisere og beholde kompetanse, viser undersøkelsen at det er få helseforetak som kan vise til at de har utarbeidet planer som viser hvordan de skal løse disse utfordringene. Etter revisjonens vurdering tyder dette på at helseforetakene mangler oversikt over bemanningsbehov og planer for å løse bemanningsutfordringene sine. Styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene skal aktivt følge med på om helseforetakene har et forsvarlig styringssystem (Riksrevisjonen, 2019)

## **2.2 Regionalt perspektiv - Helse Nord**

### **Strategisk kompetanseplan - Fase 1 (2010)**

Helse Nord har over tid arbeidet med strategiske kompetanseplaner på regionalt nivå, delt inn i to faser med oppstart 2010. Fase 1 tok sikte på å beskrive daværende nåsituasjon og tegne et fremtidsbilde av kompetanseutfordringer. Utviklingen av strategisk kompetanseplan innebar å komme i forkant med de utfordringene man så for seg ville komme når det gjelder muligheter for rekruttering og kvalifisering av medarbeidere. Dokumentet var ment å danne grunnlaget for beslutninger når helseforetakene og Helse Nord skulle planlegge og handle i kompetanse spørsmål (Helse Nord, 2010)

Planen analyserte fremtidige behov opp mot dagens status. Det fremheves at behovet for sykepleiere utvilsomt vil øke etter 2020. Reduksjon av deltid og løpende kompetanseplanlegging trekkes frem i planen som virkemidler for det økende behovet for helsepersonell i Helse Nord's opptaksområde.

I 2008 konkluderer styret i Helse Nord ved en revidering av Helse Nord's handlingsplan for intensivmedisin at Helse Nord har store utfordringer knyttet til utdanning, stabilisering og rekruttering av blant annet intensivsykepleiere. Sett i lys av den skisserte

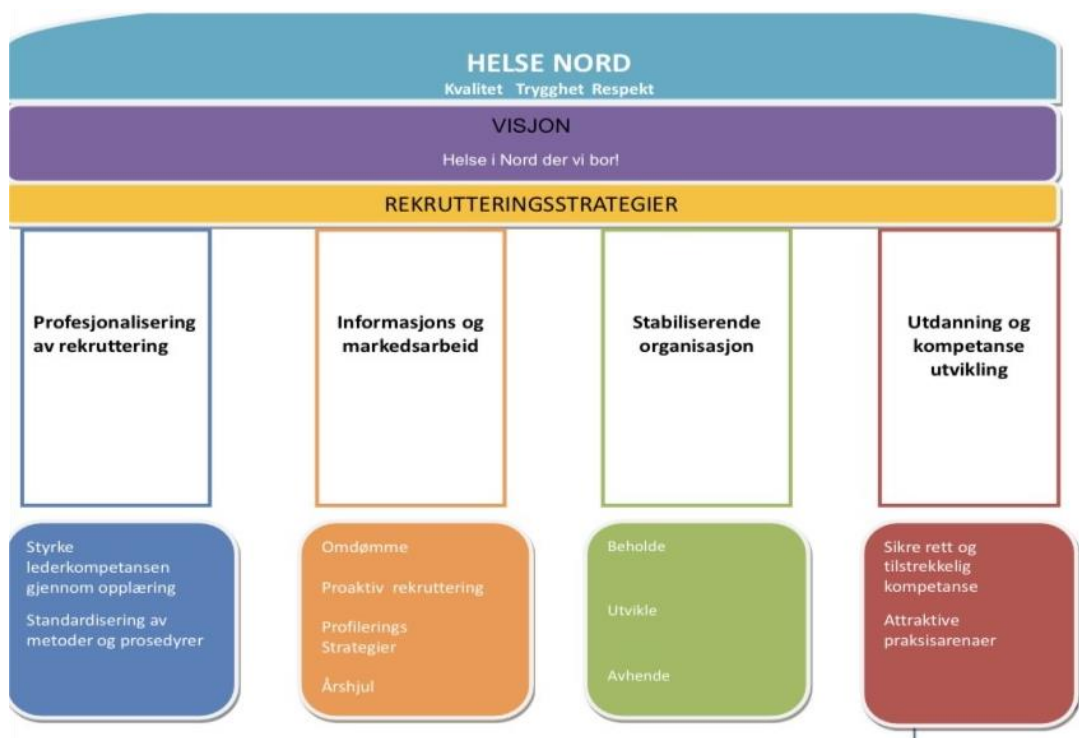
befolkningsutviklingen kan man i årene fremover forvente en betydelig økning i behovet for intensivbehandling og kvalifisert personell til å drive denne behandlingen (Strategisk kompetanseplan, Helse Nord, fase 1, 2010).

Strategisk kompetanseplan fase 1 (2010) konstaterer at kompetanse er den viktigste innsatsfaktoren i Helse Nord. Mulighet for måloppnåelse avhenger av i hvilken grad helseforetakene klarer å skaffe, videreutvikle og mobilisere nødvendig kompetanse. Det Fastslåes at befolkningsframskrivninger, sykdomsutviklingen og de politiske føringene gir Helse Nord store utfordringer knyttet til fremtidig kompetanseutvikling, rekruttering og stabilisering av kompetente fagpersoner og fagmiljøer i årene som kommer. Rekruttering og stabilisering av arbeidstakere fremheves om særlig utfordrende og behovet for intensivsykepleiere anses i 2011 som stort fremover. Kartleggingen viser et fremtidig gap mellom kompetansebehov og kompetanseressurser. En regional plan med konkrete tiltak og tilpassede tiltaksplaner i helseforetakene ut fra lokale rammer foreslås i fase 1 som veien videre.

### **Strategisk kompetanseplan – Fase 2 (2014)**

En oppfølging av kartleggingsarbeidet i fase 1. Prosjektets mål har vært å utvikle gode og effektive rekrutteringsprosesser og å stabilisere ved å tilrettelegge slik at arbeidstakere blir i Helse Nord. Fase 2 er fokuserer på det faktum at spesialisthelsetjenestens største utfordring er å finne den beste anvendelsen av kompetanseressursene. Nødvendigheten med nok og riktig kompetanse og at tilgjengelig kompetanse brukes på best mulig måte fremheves som særdeles viktig. Intensjonen er å utvikle gode og effektive rekrutteringsprosesser og å stabilisere ved å legge til rette for at arbeidstakerne blir i Helse Nord.

Prosjektet foreslår tiltak for å drive systematisk og behovsrettet kompetanseutvikling, og har utviklet en strategisk rekrutteringsmodell med fire strategier for helhetlig rekruttering som anbefales å utvides til en regional HR strategi (Strategisk kompetanseplan, fase 2, Helse Nord, 2014)



Figur 4: Strategisk rekrutteringsmodell (Strategisk kompetanseplan, fase 2. Helse Nord, 2014)

Figur 4 viser Helse Nord's fire kompetansedimensjoner som en strategisk kompetansemodell. Modellen er ment å illustrere hvordan de fire ulike rekrutteringsstrategiene: Profesjonalisering av rekruttering, informasjons og markedsarbeid, stabiliserende organisasjon og utdanning og kompetanse utvikling til sammen skal bidra til å fylle Helse Nord's visjon og kjerneverdier. Modellen var ment å være generell nok til å kunne gis lokalt innhold.

Også i fase to stilles det en rekke krav til ledere. Her heter det at ledere med personalansvar skal ha et aktivt forhold til å tiltrekke, utvikle, lede og følge opp medarbeiderne og den kompetansen de representerer. Det må gjøres med forankring i virksomhetens mål og strategier og strategisk rekruttering må inngå som en del av virksomheten i den enkelte klinikk og avdeling. Lederkompetansen på rekruttering skal styrkes gjennom lederopplæring (Helse Nord, 2014).



Figur 5: Operasjonell rekrutteringstrapp (Strategisk kompetanseplan fase 2, Helse Nord 2014)

Figur 5 illustrerer en operasjonell rekrutteringstrapp der hvert trinn viser aktiviteter i en systematisk gjennomføring av en rekrutteringsprosess. Behov for kompetanse skal beskrives i forkant og danner dermed grunnlag for videre utvikling av den enkelte medarbeider. Helse Nord påpeker her at rekrutteringsarbeidet må inngå som en del av aktiviteten i den enkelte klinikk og avdeling (Helse Nord, 2014)

Rapport fra underarbeidsgruppe for rekruttering og stabilisering av sykepleiere og spesialsykepleiere konkluderer med at ingen av helseforetakene har en langsiktig strategi for utdanning og kompetansebehov innen sykepleiefaget. Det foreslås at det utarbeides en regional utdanningsstrategi som grunnlag for lokale handlingsplaner. Gruppen sier videre at det må satses tungt på stabilisering og utvikling med virkemidler som fagutvikling, videreutdanning, reduksjon av ufrivillig deltid og kompetansehevelse for den enkelte. Av konkrete tiltak foreslår arbeidsgruppen å utarbeide et overordnet strategidokument per foretak basert på behovsvurderinger. Lokale handlingsplaner kan revideres etter behov (Rekruttering og stabilisering av spesialsykepleiere og sykepleiere – rapport fra underarbeidsgruppe, Helse Nord, 2014)

I strategisk kompetanseplan fase to legges det størst vekt på rekruttering, stabilisering og kompetanseutvikling. Helse Nord påpeker her at helsepersonell må inneha den kompetansen de trenger for å kunne yte gode og sikre spesialisthelsetjenester. På organisatorisk nivå tar planen i fase 2 til ordet for å implementere den strategiske rekrutteringsmodellen og utvikle en regional HR-strategi.

## Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering – Helse Nord (2016)

Helse Nords regionale handlingsplan for rekruttering og stabilisering er et direkte resultat av strategisk kompetanseplan fase 1 og 2. Handlingsplanen gjelder lokalt og regionalt, og den legger føringer for rekruttering og stabilisering og skal brukes som verktøy for ledere og HR-personell i Helse Nord.

Handlingsplanen stiller krav til helseforetakene der det sies at foretakene som arbeidsgivere er ansvarlige for å dekke eget kompetansebehov. Foretakene skal ha egne planer for rekruttering og stabilisering og må ha oversikt over eget kompetansebehov. Planen sier videre at det i hovedsak skal rekrutteres til faste hele stillinger for å redusere vikarbruk, overtid og ufrivillig deltid. Helse Nord videreutvikler sine 4 rekrutteringsstrategier (Helse Nord, 2016).



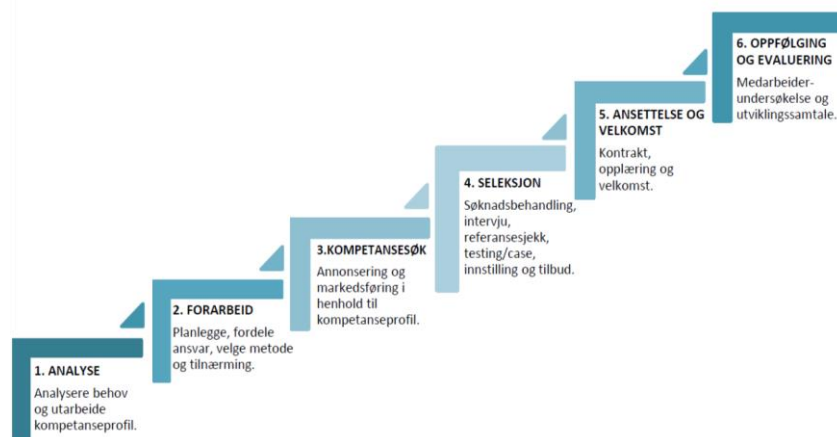
Figur

6: Helse Nords fire rekrutteringsstrategier (Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering. Helse Nord, 2016)

Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering inneholder en rekke konkrete tiltak og krav til helseforetakene med fokus på rekruttering og stabilisering. Her heter det at ledere skal tilbys lederstøtte i rekrutteringsprosesser og at rekruttering skal være en del av



lederopplæringen. Det skal jevnlig rapporteres kompetansebehov til foretaksledelsen, ledere skal aktivt bruke personalportal for oppfølging av medarbeidere samt gjennomføre og følge opp utviklingssamtaler. I tillegg skal regionalt nettverk for rekruttering og stabilisering og handlingsplanen forankres i øvrige planer. Det skal også tilrettelegges for videreutdanning og ytterligere utvikling av medarbeidernes kompetanse (Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering, Helse Nord, 2016)



Figur 7: Operasjonell rekrutteringsmodell (Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering, Helse Nord, 2016)

Figur 7 viser en videreutvikling av operasjonell rekrutteringstrapp fra Strategisk kompetanseplan fase 2 (2014) vist i figur 4.

## Regional utviklingsplan 2035 – Helse Nord

Regional utviklingsplan ble styrebehandlet i Helse Nord RHF 2018. Styret understreker her behovet for å utdanne og beholde helsepersonell. Det sies videre at utdanning, kompetanse og rekruttering er områder det må satses langsiktig på for å oppnå resultater. Det må spesielt utdannes flere sykepleiere og spesialsykepleiere som framskrivinger sier det vil mangle. Felles regionale strategier, tiltak og samarbeid må til for å lykkes. Rekrutteringsarbeidet skal styrkes og det skal arbeides for å beholde helsepersonell over lengre tid. Hovedregelen ved ansettelse i Helse Nord skal være faste og hele stillinger.

Det skal utarbeides en regional handlingsplan for ledelse og lederutvikling og etablere et regionalt nettverk av lederutviklere for å følge opp (Helse Nord, 2018)

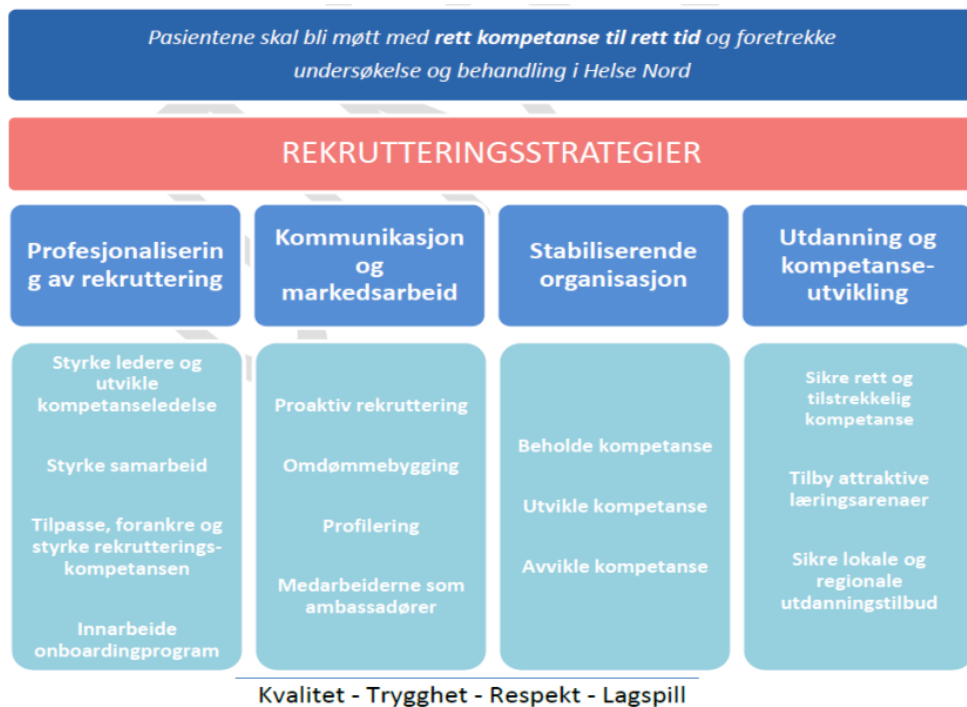
### **Rekruttering og stabilisering – regional handlingsplan 2021-2024 (utkast)**

Handlingsplanen er ment som et verktøy for ledere og HR-personell i møte med rekrutteringsutfordringer. Planen er utviklet av regionalt nettverk for rekruttering og stabilisering med representanter fra de fire sykehusenhetene i Helse Nord.

I utkastet til regional handlingsplan 2021-2024 er det satt strategiske mål for rekruttering og stabilisering. Målene er å utdanne og rekruttere nok helsepersonell til å dekke landsdelens behov. Foretakene skal ha stabiliserende fagmiljø gjennom gode og utviklende arbeidsmiljø. Det skal brukes intensiver for å beholde kompetanse, og karriereveiledninger skal styrkes slik at karriereveier synliggjøres bedre. I tillegg er målet at foretakene skal være en attraktiv arbeidsgiver som gir god faglig og personlig utvikling

Måloppnåelse skal skje ved å forbedre lederstøtten i rekrutteringsprosesser og styrke opplæringen i kompetanseledelse og rekruttering. Det skal også kartlegges og rapporteres fremtidige kompetansebehov til foretaksledelsen. Fremtidige kompetansebehov skal på agendaen i ledermøter. Videre sies det at rekruttering skal anerkjennes som et eget fagfelt og rekrutteringskompetansen skal profesjonaliseres.

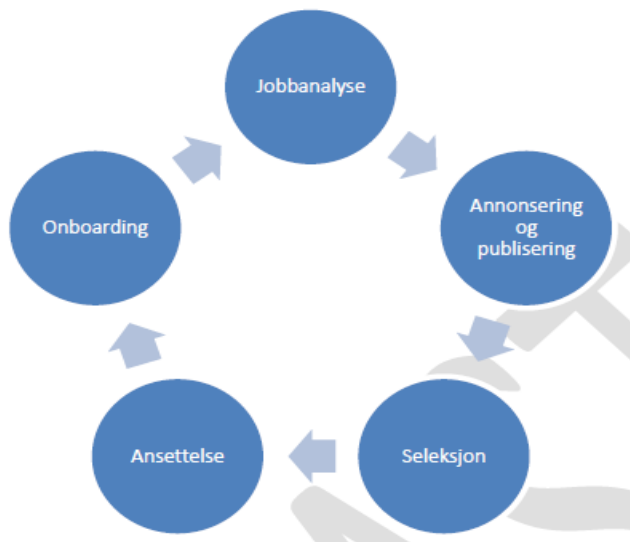
Figur 8 viser en videreutvikling av Helse Nords fire rekrutteringsstrategier, som vist i figur 4 og 6.



Figur 8: Helse Nords 4 rekrutteringsstrategier (Utkast regional handlingsplan. Rekruttering og stabilisering 2021-2024)

Utkastet til Regional handlingsplan 2021-2024, rekruttering og stabilisering inneholder også en regional rekrutteringsveileder. Veilederen beskriver det operative arbeidet som skal gjennomføres i en rekrutteringsprosess. Helseforetakene gjør lokale tilpasninger.

Som vist i figur 9 er rekrutteringsveilederen delt inn i fem delprosesser; Jobbanalyse, annonsering og publisering, seleksjon, ansettelse og onboarding.



Figur 9: Rekrutteringsprosessens fem trinn (Utkast regional handlingsplan. Rekruttering og stabilisering 2021-2024)

### **3.0 Teori**

I det følgende vil det redegjøres for organisasjons- og ledelses teori jeg mener er aktuell for å belyse oppgavens problemstilling. Fokus er på organisasjonsstruktur som kontekst for ledelse, samt lederroller og ledelsesfunksjoner. Det vil redegjøres for organisasjonstyper og lederroller.

#### **3.1 Sykehus som kunnskapsorganisasjoner**

Organisasjoner kan deles inn i fire organisasjonstyper som kan ses på som grunnleggende, og som ifølge Torodd Strand (2007) kan sies å være kontekst for ledelse. Disse fire typene danner grunnlaget for kartlegging av blant annet lederroller, leder typer, organisasjons- eller lederfunksjoner (Strand, 2007). Strand presiserer at de fire typene er å betrakte som prototyper, samt at det eksisterer blandingsformer og en rekke variasjoner.

Byråkrati: Flere nivåer, med stor grad av spesialisering. Skrevne regler styrer arbeidsprosesser og det er formell autoritet i toppen. Ledelse spiller en sentral rolle og er uttrykt i organisasjonssystemet.

Ekspertorganisasjon: Færre nivå, posisjon i organisasjonen er i stor grad basert på yrkesmessig status og erfaring. Største del av arbeidstakere er rekruttert på bakgrunn av sin formelle fagkompetanse. Produksjon og samhandling styres av arbeidstakernes ekspertkunnskap. Ledelse utenom det som bygger på faglig autoritet har liten plass.

Entreprenørorganisasjon: Lite preget av fast struktur, og fungerer rundt spesifikke oppgaver. Ledelse er personlig, direkte og ukonvensjonell.

Gruppeorganisasjon: Et kollektiv med lite formell forskjell i status. Lite formell ledelse. Her utvikles det ofte normer som ikke er synlige for utenforstående som erstatter formell struktur

Organisasjonstypene skilles fra hverandre både i oppbygning, oppgaver, ytre utfordringer, arbeidsprosesser og samordningsprosesser, samtidig som de fleste organisasjoner inneholder faktorer fra hver av de fire typene (Strand, 2007)

Strand kategoriserer sykehus som ekspertorganisasjoner; kunnskapsorganisasjoner.

Kunnskapsorganisasjoner er preget av at arbeidet er styrt av deltagerens ekspertkunnskap.

Organisasjonen må være målrettet og løse kompliserte problemstillinger. Posisjoner i organisasjonen er ifølge Strand (2007) basert på yrkesmessig status og erfaring, og arbeidstakerne er rekruttert på grunnlag av sin dokumenterte faglige kompetanse. Sykehus er en avansert ekspertorganisasjon med komplekse organisatoriske og tekniske systemer.

Kunnskapsorganisasjoner preges av høye krav til spesialistkompetanse der samhandling mellom spesialistgrupper legger grunnlag for driften (Nyland, Pettersen, 2018).

Organisasjonens orientering dreier mot produksjon der man må være målfokusert og løse komplekse problemstillinger samt etablere mål for prestasjoner og standard atferd med teorier om rasjonelle valg som bakteppe. Medlemmene i organisasjonen har stor autonomi i kraft av sin yrkesutøvelse og fagspesialisering. Et sykehus som kunnskapsorganisasjon vil farges av en kultur der verdien er helbredelse, lindring, omsorg og ansvarlighet. Subkulturer vil mellom flere yrkesgrupper vil prege organisasjonen. Strand viser til at sykehusets kultur vil preges av hvordan yrkesutøverne utfører arbeidet sitt, der relasjonene til pasienter og administratorer er forskjellige. Kulturen vil preges av motstand mot å la pålagte rutiner og streng økonomivurdering tilsidesette det som gjelder faglige vurderinger (Strand, 2007).

### **3.2 Mintzbergs strukturmodell**

Henry Mintzberg er kjent for organisasjonsteori, strategi og ledelse (Strand 2007) Her har Mintzberg blant annet bidratt med sin typologi/mønsterbeskrivelse av organisasjonsstrukturer, som består av fem strukturelle konfigurasjoner, eller typiske organisasjonsformer. Hver av disse kan beskrives ved hvordan de ulike elementene, toppledelse, mellomledelse, analysestab, støttestab og arbeidende kjerne er satt sammen, og hvilken relativ betydning og størrelse de har.

1. Entreprenørorganisasjoner; Liten grad av formalitet og kompleksitet, men høy sentralisering eksempelvis grundere som personlig kontrollerer aktivitetene
2. Maskinorganisasjoner; Stor grad av formalisering og sentralisering, eksempelvis standardisert arbeidsprosess og produksjon
3. Det profesjonelle byråkratiet; Mange profesjonelle, stor grad av spesialisering og autonomi, desentralisert beslutningsstruktur. Standardisering av kunnskap og kompetanse
4. Den diversifiserte strukturen; Flere delvis selvstendige resultatenheter med standardisert og spesialisert produksjon, som hver kan ha en egen struktur
5. Ad hoc-kratiet; Flatere struktur med stort innslag av spesialiserte profesjonelle som jobber fleksibelt, teambasert og i prosjekter. Innovative organisasjoner på tvers av markedsføring og produksjon.

Organisasjonsstruktur defineres av Jacobsen og Thorsvik (2013) som uttrykket for vedtatt arbeidsdeling, gruppering av oppgaver, fordeling av autoritet og systemer for styring og kontroll. Henry Mintzberg har utviklet en av de mest innflytelsesrike strukturelle modeller som gir uttrykk for hvordan organisasjoner kan struktureres. Denne modellen som også betegnes som nyremodellen, skiller mellom fem typer, supplert med to organisasjoner. Hver av disse kan beskrives ved hvordan de ulike elementene – toppledelse, mellomledelse, analysestab, støttestab og arbeidende kjerne er satt sammen, og hvilken relativ størrelse og betydning de har. Mintzbergs typer beskrives også med hvilken styring- eller ledelsesmekanisme som er typisk for hver av dem.

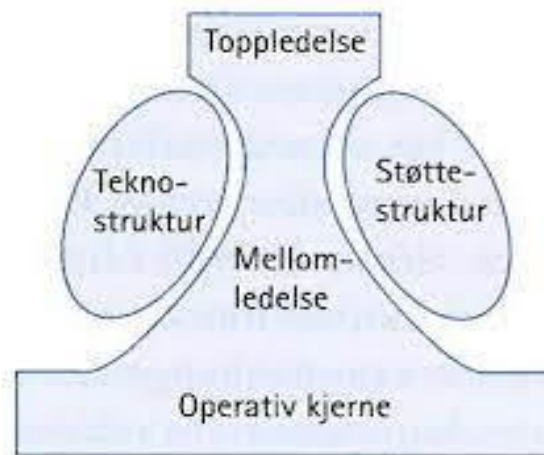
Toppleidelse: Det øverste administrative ansvaret på et sykehus (administrerende direktør)

Mellomledelse: Hovedansvar for å føre tilsyn med, og koordinere produksjonen. Også informasjonskanal mellom operativ kjerne og toppledelse. I sykehus er dette klinikkledere, seksjonsledere og enhetsledere

Den operative kjerne: Gjør det arbeidet organisasjonen må utføre for å realisere sine overordnede mål. I sykehus: Sykepleiere, leger og andre som jobber med pasientbehandling

Teknostruktur: Inngår ikke i selve produksjonen, men påvirker gjennom å utforme planer og rutiner.

Støttestab/struktur: Inngår ikke i selve produksjonen, men er nødvendig for at organisasjonen skal fungere. Kantine, lønnsutbetaling, rengjøring og lignende

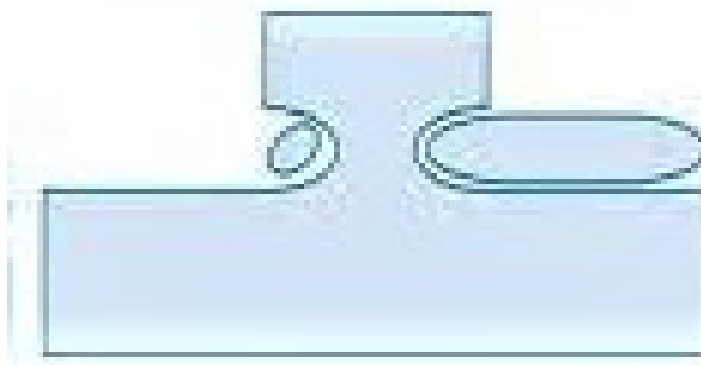


Figur 10: Mintzberg: "Nyremodellen" - de fem hoveddeler i en organisasjon (Jacobsen og Thorsvik, 2013, side 87).

De fem hoveddelene kan variere i størrelse og betydning og kombineres i ulike versjoner. De gir også et bilde av hvordan organisasjoner er strukturert. I et sykehus er utøverne av klinisk virksomhet avhengig av en rekke støtte/tjenesteytere for å kunne utføre sine oppgaver. Her eksisterer det en komplisert logistikk gjennom leveranser fra internt og eksternt hold (Nyland og Pettersen, 2018). Ifølge Nyland og Pettersen visualiserer Mintzbergs organisasjonsmodell dette på en enkel og visuell måte.

Organisasjonsmodellen kan brukes til å beskrive Mintzbergs profesjonelle byråkrati. Et profesjonelt byråkrati er ifølge Strand (2007) preget av fagfolk og standardisert kunnskap. Her sier Mintzberg at impulsene i sykehusene går fra den operative kjerne, det er således den operative kjernen som er premissleverandører. Toppleidelsen får en mer observerende rolle ifølge Nyland og Pettersen (2018), i og med at strategiske beslutninger må tas i dialog med

lederne i den profesjonelle delen av organisasjonen. Nyland og Pettersen viser her til at i et sykehus som ekspertorganisasjon vil styringspremissene foregå nedenfra og opp i motsetning til ovenfra og ned. Dette vil ha konsekvenser for hvordan strategisk ledelse av sykehus bør utformes og hvilke krav som stilles til ledere i den operative kjerne.



Figur 11: Det profesjonelle byråkratiet basert på Mintzberg (Jacobsen og Thorsvik, 2013)

I Mintzbergs grunnmodell er den operative kjerne den kliniske virksomheten og de medisinske serviceavdelingene: Det er her verdiskapningen skjer, altså pasientbehandlingen. Teknostrukturen er alle tekniske støttefunksjoner (til høyre i modellen) som ikke inngår i selve produksjonen, men som påvirker denne gjennom sin rolle. Eksempelvis vil HR være en del av teknostrukturen. Kjennetegnet ved det profesjonelle byråkratiet er beslutningsmyndigheten er delegert til de ansatte, i faglige spørsmål. Strukturen er derfor sterkt spesialisert, og fremstår som horisontalt kompleks (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Jacobsen og Thorsvik (2013) peker på fordeler og mulige ulemper med det profesjonelle byråkratiet der delegering av faglig beslutningsmyndighet sikrer faglig godt arbeid og en raskere problemløsning. Videre sier de at mulige ulemper er at det lett kan oppstå rivalisering og konflikter mellom ulike faggrupper som kan komplisere samarbeid og styring. I tillegg kan det være svært vanskelig med administrativ og økonomisk styring fordi de profesjonelle vil sette faglige standarder før økonomiske begrensninger.



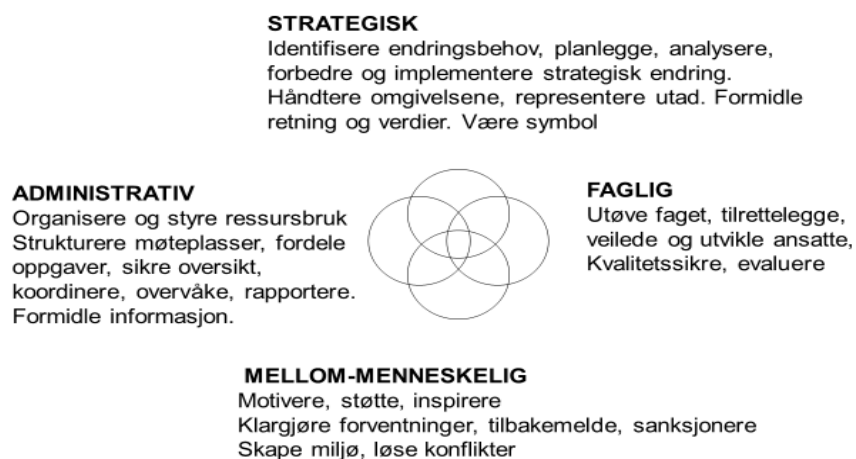
### **3.3 Ledelse i kunnskapsorganisasjoner**

Ifølge Torodd Strand (2007) kan ledelse beskrives som et sett av roller. Rollebegrepet er sentralt hos Strand der ledelse beskrives som en sammensatt, skiftende og kompleks aktivitet. Ledelse må ses i sammenheng med hvilken kontekst rollen befinner seg i. Her viser Strand (2007) til blant annet (fag)kultur, sektor, organisasjonstype, nivå, personlige egenskaper og utdanning/erfaring som viktige kontekstfaktorer lederrollen må ses i sammenheng med.

Helse og omsorgsdepartementets rapport “Førstelinjeledere i norske sykehus – en kunnskapsoppsummering” (2019) påpeker at det å være leder handler ikke om å være seg selv, men å fylle en rolle. Videre defineres begrepet rolle som: “Summen av forventninger som rettes mot en spesiell funksjon, stilling eller oppgave”. Forventningene kan deles i kategorier som forventninger til egen rolle fra lederen selv, forventninger fra relevante andre, og forventninger som genereres fra rammebetingelser eller ytre krav til stillingen. Av rammebetingelser og ytre krav kan strategiske krav, lovverk og økonomi nevnes. Manglende samsvar mellom egne og andres forventninger og /eller rammebetingelser fører til rollekonflikter (Helse og omsorgsdepartementet, 2019).

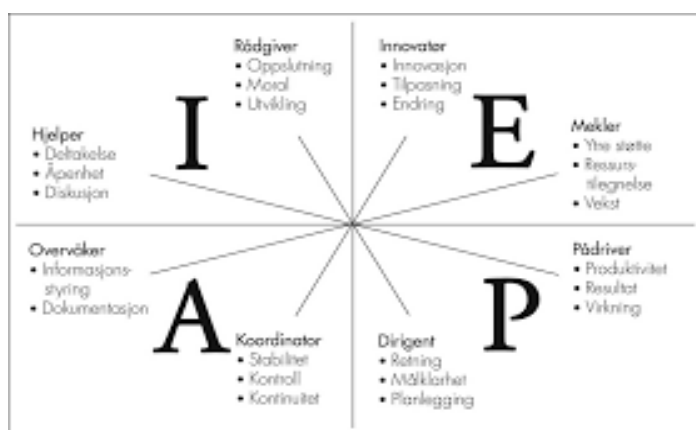
Ifølge Mintzberg (Helse og omsorgsdepartementet, 2019) inneholder ledelse – uansett nivå, fire eksakte, men overlappende funksjoner. Enhver leder må ivareta både en strategisk, administrativ, mellom-menneskelig og faglig funksjon. I sykehus skal ledere både organisere og styre virksomheten, utvikle medarbeidere og bidra til endring.

Figur 12 illustrerer de ulike funksjonene en leder skal ivareta.



Figur 12: Overlappende funksjoner enhver leder – uavhengig av nivå må ivareta (basert på Mintzberg, 1979) (HOD, 2019)

Organisasjoner danner rammer og muligheter for ledelse. Strand antar at inndelingen i organisasjonstyper gir noen grunnvilkår for utøvelsen av ledelse. Både organisasjon og ledere skal bidra til flere funksjoner samtidig, og Strand henviser til Quinns kart (Strand, 2007, s 260) der krav og funksjoner illustreres i PAIE modellen.



Figur 13: PAIE modellen (Strand, 2007)

Kunnskapsorganisasjonen skal etablere mål for prestasjoner og standard for atferd, samt sørge for problemløsning og resultater. Å inneha en lederrolle i en kunnskapsorganisasjon er ifølge Strand (2007) preget av drivkrefter og motiver som forpliktelse for profesjonsverdier,

ønsket om kunnskapstilegnelse, status innad i fagmiljøet og det å være problemløsende for andre. Rollen som leder i en kunnskapsorganisasjon er nært knyttet til rollen som fagekspert. Strand sier videre at kunnskapsorganisasjonens ledere vil påvirke prestasjoner og måloppnåelse og ønsker å sette standard for hva som er gode løsninger og atferd. Produsentene som Strand henviser til som hovedrollen i kunnskapsorganisasjonen, kan ha stor innflytelse innenfor gitte rammer og faglige normer.

Ledere nær klinisk virksomhet vil ha stor betydning i sykehus som ekspertorganisasjoner, disse er en del av den operative kjernen i organisasjonen i Mintzbergs nyremodell (Nyland og Pettersen, 2018) Sykehus i offentlig virksomhet er ofte byråkratisk styrt der en leder av administrativ art har liten faglig legitimitet hos fagutøvere/eksperter. Her mener Strand (2007) det er spesielle utfordringer i ledelse av disse organisasjonene. Han peker på at kunnskapsorganisasjonens yrkesutøvere er selvstendige i kraft av yrker som er profesjonaliserte og organisasjonen brukes som et serviceapparat og som en ramme med mer eller mindre anerkjennelse. Strand viser til to former for styring, den kollegiale og den administrative - byråkratiske. Den kollegiale ledelsen er utøvd på profesjonenes premisser uten karakter av lederstyring, mens den administrative ledelsen ivaretar ressursfordeling, styring og grensesetting.

Det er to grunnleggende betingelser for ledelse i kunnskapsorganisasjoner (Strand, 2001): Mange vanlige lederoppgaver er overflødige og administrativ ledelse er besværlig og for ekspertene fremmed og lite ønskelig. Kirkhaug (2018) viser til at profesjonelle aktører i en organisasjon kan ha vidt forskjellige syn på atferd, kvalitet, effektivitet og hvilke tilstander og mål organisasjonen bør etterstrebe. Kirkhaug sier videre at profesjoner kjennetegnes ved at de er verdibevisste og at verdier forankret i en profesjon kan være en utfordring i organisasjonen.

Å være administrativ leder for fagekspert kan være å fremskaffe ressurser og ha kontroll på at retningslinjer blir overholdt. Et av funn i kunnskapsoppsummeringen helse og omsorgsdepartementet gjorde om førstelinjeledere (2019) viste at lederne på lavere nivå begrenses av strukturelle forhold. Sykehus er blitt komplekse organisasjoner med mange ledernivåer og store kontrollspenn.

## **4.0 Metode**

I det følgende vil jeg presentere og redegjøre for valg av forskningsmetode, først med et overordnet blikk på vitenskapsteoretisk ståsted og kvalitativ forskning. Deretter gjennomgås datainnsamlingen, det kvalitative forskningsintervjuet og min egen forforståelse. Jeg knytter dette opp mot mitt prosjekt og har forsøkt å reflektere over egne valg i kontekst til metodelitteratur. I tillegg gjennomgås valg av analysemetodikk med egne eksempler, for å belyse hvordan prosessen har forløpt. Til slutt noen ord om etisk refleksjon, validitet og reliabilitet.

### **4.1 Metodevalg med vitenskapsteoretisk ståsted**

Det å bruke en metode i forskning er å følge en bestemt vei mot et mål. Metoden forskeren anvender sier noe om hvordan man kan gå fram for å undersøke om antagelser stemmer med virkeligheten eller ikke. Samfunnsvitenskapelig forskning bærer preg av at det er mennesker som er forskningens tema. Her viser metodelæren hvordan man skal gå frem for å få informasjon om den sosiale virkeligheten, hvordan informasjonen skal analyseres og hva den forteller oss. (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011)

I oppgaven har jeg valgt kvalitativ metode med en fenomenologisk forskingsdesign. Fenomenologisk filosofi er læren om “det som viser seg” (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011) Det vil si læren om det som viser seg eller fremstår for oss. Perspektivet er opptatt av hvordan aktører forstår verden rundt seg i interaksjon med andre. Ved bruk av metoden vil forskere få anledning til å sette ord på hvordan de forstår sin verden og det fenomenet det forskes på. I denne studien er det implementering av regionale rekrutteringsstrategier ved lokalsykehus i Helse Nord. Kirsti Malterud viser til at fenomenologi omfatter forståelsen av menneskers subjektive erfaringer (Malterud, 2018). En fenomenologisk tilnærming til forskning søker å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med et fenomen. Her er det forforståelse og utforsking og menneskelig samhandling som står er i fokus. I dette tilfellet rekruttering av spesialsykepleiere ved lokalsykehus i Helse Nord sett fra førstelinjeleders og HR-personell med rekrutteringsansvars perspektiv.

## **4.2 Kvalitative metoder**

Kvalitative metoder er ifølge Kirsti Malterud “Forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres” (Malterud, 2018, s 30). Datamaterialet består av tekst basert på samtaler eller observasjoner, i motsetning til kvantitative metoder som baseres på data i form av tall og statistikk. Kvalitative metoder er tekstens tale, kvantitative tallenes tale.

Malterud peker på at de kvalitative metodene kan bidra til å avdekke mangfold, nyanser og subjektive erfaringer – der en og samme virkelighet kan beskrives fra ulike perspektiver. Her søkes det å avdekke hvilken mening hendelser og erfaringer har for de som opplever dem, og hvordan de kan tolkes og forstås av andre (Johanessen, Christoffersen og Tufte, 2011). Min intensjon med studien var å forsøke å forstå to ulike gruppers unike virkelighet og forståelse av samme fenomen/tema; Rekrutteringsstrategier og implementering av disse i lokalsykehus. Ønsket var å fordype seg i begge gruppenes perspektiv på samme tema som de har ansvar for gjennom sine yrkesroller. Målet med mitt valg av kvalitativ metode var å ha en refleksiv tilnærming for å søke å forstå årsakssammenhenger.

Det ble vurdert bruk av kvantitativ metode med undersøkelse der jeg skulle telle antall intensivsykepleiere før og etter handlingsplaner og iverksetting av rekrutteringsstrategier. Målet var da å kunne vurdere om rekrutteringsstrategiene og det strategiske planverket hadde hatt effekt på rekruttering av intensivsykepleiere i Helse Nord. Jeg konkluderte med at kvantitativ metode ikke ville gi meg et bilde på de to gruppenes erfaringer, virkelighetsforståelse og perspektiv. Førstelinjeledere og HR-personell har rekrutteringsansvar, både på strategisk og operasjonelt nivå. Min hypotese var at selv om begge gruppenes mål er det samme, er veien til målet og midler som brukes ikke i samsvar med hverandre. Ved valg av kvalitativ metode mener jeg å ha et bedre grunnlag for å avdekke årsakssammenhenger og om min antagelse stemmer.

## **4.3 Datainnsamling**

Begrepet *data* betyr noe som er gitt. Når virkeligheten observeres og på en eller annen måte registreres, er virkeligheten blitt data. Data kan foreligge i ulike former som intervjuer, observasjoner, dokumenter, film og lys. Det meste av den sosiale virkeligheten kan registreres og klassifiseres. Forskning bruker også begrepet *empiri*, som betyr *forsøk* eller *prøve*. Det

understrekes at verken data eller empiri er selve virkeligheten, men mer eller mindre vellykkede representasjoner av virkeligheten. Data og empiri brukes ofte som synonymer i forskningsøyemed, og empiriske kvalitative undersøkelser baserer seg på erfaring og ikke synsing (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011). Innsamling av data omsetter utvalgt informasjon om et bestemt tema/problemstilling til observasjoner og tekster. Her etableres empiriske data som skal systematiseres, fortolkes og sammenfattes (Malterud, 2018)

Både muntlig og skriftlig materiale ligger til grunn for datainnsamlingen. Herunder intervju med strategisk utvalgte informanter, samt studie av dokumenter jeg har funnet relevante for å belyse oppgavens tema og problemstilling. Valget av både muntlig og skriftlig datamateriale ble tatt fordi jeg mener disse utfyller hverandre og gir et mer helhetlig bilde av temaet jeg ønsker å undersøke.

Av skriftlig materiale er det gjennomgått dokumenter som omhandler rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere fra nasjonalt og regionalt og nivå. Dette for å skaffe meg en innsikt i pågående og tidligere rekrutteringsplaner, rekrutteringsprosesser og strategiske føringer. Dokumentene ga meg kunnskapsgrunnlag som jeg kunne bruke i arbeidet med videre datasamling ved intervju av mellomledere og HR - personell. Dokumentene er fremskaffet ved internetsøk, samtaler, samt mailkorrespondanse med rekrutteringsansvarlig personell regionalt i Helse Nord RHF og lokalt ved det enkelte helseforetak. Jeg vurderte dokumentene som relevante for å sette tema rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere i kontekst med oppgavens problemstilling. Jeg har valgt å gå tilbake i tid for å belyse det strategiske arbeidet som er utført på et overordnet nivå over lang tid. Som vist i kapittel 2 legger de strategiske dokumentene føringer og krav til både førstelinjeledere og HR-personell når det gjelder rekruttering. I tillegg har jeg forsøkt å dokumentere det jeg mener er en klar identifikasjon av behov for spesialsykepleiere i spesialisthelsetjenesten.

Muntlig datamateriale er fremskaffet ved semistrukturerte intervju av strategisk utvalgte informanter fra tre helseforetak i Helse Nord: Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset. Informantene er førstelinjeledere ved intensivavdelinger samt personell ansatt i HR-avdelinger med ansvar for rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere ved respektive helseforetak. Utvalget av informanter er innhentet både i eget nettverk og på direkte forespørsel via telefon og mail. Her har kriteriene vært over ti års erfaring for førstelinjeledere, der vedkommende har drifts, personal- og bemanningsansvar i egen avdeling, samt kunnskap om og strategisk ansvar for rekruttering når det gjelder HR-

personell. Kriterier ble satt for å sikre at informanter har innsikt og erfaring over tid om tema rekruttering av sykepleiekompetanse og bemanningsutfordringer innenfor lokalsykehus i Helse Nord. Utvalget består av tre førstelinjeledere, og tre rådgivere fra HR avdelinger. To fra hver av helseforetakene - Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset. Dette er et bevisst strategisk valg i geografisk spredning for å sikre et helhetlig grunnlag fra lokalsykehus i Helse Nord's opptaksområde.

Mitt valg av informanter var basert på et ønske om reflekterte uttalelser basert på erfaring og egne opplevelser i tilknytning til rekruttering fra begge gruppene. Førstelinjeledere har her en sentral rolle da de har det operasjonelle ansvaret for rekruttering av og det å beholde medarbeidere, mens HR-personell har det overordnede strategiske ansvaret, og skal tilrettelegge slik at ledere gjøres i stand til å kunne etterleve de krav som stilles.

#### **4.4 Det kvalitative forskningsintervjuet**

Det kvalitative forskningsintervjuet skal ikke være uten mål og mening, intensjonen er mer en dialog enn rene spørsmål og svar. Man tar her sikte på å gi informantene tid og trygghet til å dele egne erfaringer og tanker (Malterud, 2018). Et semistrukturert intervju er en samtale der situasjonen skal åpne opp for oppfølgingsspørsmål som kan belyse problemstillingen, ut fra hvilke erfaringer informanten deler. Her skal informanten få mulighet til å dele hvilken betydning aktuelle tema har for han eller henne.

Valg av semistrukturert intervjuemetode ble tatt på forhånd fordi det var ønskelig å avdekke begge gruppene (førstelinjeledere og HR-personell) ståsted, synspunkter og perspektiv på oppgavens tema og problemstilling. Jeg ønsket å avdekke informantenes subjektive forståelse av oppgavens tema. Det karakteristiske ved et semistrukturert intervju er åpenheten og det rom som skal skapes individuelle refleksjoner, samtidig som situasjonen struktureres av intervjuer for å sikre informasjon om gjeldene tema.

Det ble utarbeidet en intervjuguide som hjelpemiddel for å holde strukturen i situasjonen og sikre formålet med å avdekke informantenes perspektiv og erfaringer. Intervjuguiden ble brukt som et overordnet hjelpemiddel for å holde tema. Fastlagte emneområder ble gitt alle informanter, mens under svar ble det gitt mulighet til åpenhet for tankerekker og meningsutvekslinger. I denne sammenhengen ble det vurdert som mest hensiktsmessig for å belyse informantenes individuelle tolkning, i motsetning til fastlagte strukturerte intervju der

det er mindre mulighet for fleksibilitet (Johanessen, Christoffersen og Tufte, 2011). Fra et fenomenologisk perspektiv er målet med et kvalitativt forskningsintervju å innhente levende kunnskap fra den som opplever, dennes ståsted. Det er ifølge Malterud (2018) opp til intervjueren å skape forhold i intervjusituasjonen som tilrettelegger slik at informant kan fortelle om hvilken betydning aktuelle tema har for han eller henne - her er målet at meningsinnholdet og erfaringen skal fremkomme fra informant slik det oppleves for vedkommende.

Jeg brukte Riksrevisjonens rapport og Helse Nord's planverk som grunnlag for utarbeidelse av intervjuguiden. Dokumentene var ment som en introduksjon og grunnlag for dialog mellom meg og informantene. Her forsøkte jeg å være bevisst på min rolle som premissleverandør for intervjusituasjonen. På forhånd reflekterte jeg over at min henvisning til de strategiske dokumentene kunne legge press på den enkelte informant, hvis de ikke var kjent med innholdet eller dokumentenes eksistens. Jeg antok at jeg satt i en maktposisjon overfor informantene og at de kunne kjenne på at de ikke presterte hvis dokumentene var ukjente. Informantene var på forhånd informert om tema og Riksrevisjonens rapport både muntlig og skriftlig. I tillegg forsøkte jeg å være informerende og opplysende i dialogen. Begge gruppene ble stilt de samme spørsmålene, med små justeringer som tilpasning til begge unike grupper. Min intensjon under intervjusituasjonen var å skape trygghet slik at informantene skulle ha tillit til meg og fritt dele egne synspunkter og erfaringer. Jeg forsøkte å være tilbakeholden som intervjuer, men samtidig styre samtalen inn på oppsatte tema.

Det ble brukt lydopptak under intervjuene, og en tid etter gjennomføring transkriberte jeg alle intervjuene fullstendig, ord for ord. På forhånd hadde jeg fått tips om at dette (tidkrevende) arbeidet kunne jeg få andre til å gjøre. Jeg ser nå i ettertid at jeg valgte rett da jeg utførte dette selv. Siden transkriberingen ble gjort måneder etter intervjuene fant sted fryktet jeg at materialet skulle være ukjent for meg. Under prosessen med transkribering ble jeg satt tilbake til intervju situasjonen og fikk en grundig kjennskap til eget materiale. Det å lytte til informantene og skrive deres utsagn ned ordrett førte til at jeg fikk en inngående kjennskap til deres unike stemme. Jeg antar at dette ville blitt vanskeligere å oppnå hvis jeg ikke hadde utført transkriberingen selv. Som et supplement til transkribert data brukte jeg notater jeg tok under og etter intervjuene for å underbygge det jeg tolket som informantenes viktigste ytringer opp mot oppgavens problemstilling.



## **4.5 Forforståelse**

Alle mennesker møter verden med kunnskaper og oppfatninger av virkeligheten – en forforståelse. Dette bruker vi, ofte ubevisst, til å tolke det som skjer rundt oss. Forskere skiller seg i så måte ikke ut på dette området. Forforståelse vil også innen forskning kunne påvirke observasjon og hvordan observasjonene tolkes. Ofte har man oppfatninger om det som skal undersøkes (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011). Malterud (2018) beskriver forforståelsen som den ryggsekken vi bringer med oss inn i prosjektet, før prosjektet starter. Malterud (2018) sier videre at forforståelsen er en viktig side av forskerens motivasjon bak et prosjekt med et bestemt tema.

Jeg har forsøkt å være bevisst på min egen rolle og forforståelse fra temaet for masteroppgaven ble satt. Jeg har lang erfaring fra spesialisthelsetjeneste, som sykepleier, fagutvikler, og de siste årene som leder. Min interesse for rekruttering av sykepleiere har vært tilstedeværende i hele min yrkeskarriere, og jeg har hatt antagelser og meninger angående temaet. Denne interessen har vært en del av min motivasjon både for valg av tema og gjennom arbeidet med prosjektet, både på godt og vondt. Det har vært mye jeg har tatt for gitt og jeg har kjent på risikoen for feltblindhet. Her har jeg forsøkt å være så refleksiv som mulig angående min egen rolle og faren for å lete etter kunnskap som kun bekrefter mine erfaringer og antagelser. Jeg har aktivt reflektert over faren for å “stating the obvious”. Refleksjonen har jeg brukt i utarbeidelsen av intervjuguide, i intervjusituasjonene, samt under veiledning og bearbeidelse av data og funn.

Jeg har ikke forsøkt å underkjenne den kunnskapen jeg innehar, eller de erfaringene jeg har gjort meg i min yrkeskarriere. Jeg mener det har gitt meg fordelen av at jeg lettere kunne finne og studere aktuelle dokumenter og teoretisk grunnlag, samt sette data i riktig kontekst. Ved valg av tema og under arbeidet med oppgaven har jeg forsøkt å ha en refleksiv holdning til min egen forforståelse, som jeg ikke underkjenner styrken av. Det å gå i dybden i plan – og strategidokumenter, i tillegg til analyse av data, har gitt meg ny kunnskap og innsikt i et tema som er mer komplekst en jeg på forhånd ante. Min forforståelse har også kun hatt min rolles perspektiv; Sykepleieren og lederen. Det å gå i dybden på HR-personells perspektiv har endret min forforståelse og har ført til en bredere og dypere innsikt.

Man starter sjeldent med blanke ark, eller går inn i et prosjekt uten oppfatninger om det som skal undersøkes, eller forventede resultater (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011). I beste fall kan dette gi næring og styrke til prosjektet, i verste fall en svakhet hvis alt handler

om det man bærer med seg og ikke det man ser langs veien. Man skal ikke eliminere seg selv og sin egen rolle, men utøve refleksjon ved å identifisere og reflektere over egen påvirkning, samt drøfte betydningen av denne (Malterud, 2018).

#### **4.6 Analyse**

Til analysen er jeg inspirert av metoden og analyseverktøyet “Systematisk tekstkondensering” (heretter STC) slik den er beskrevet av Kirsti Malterud (2018). Malterud beskriver metoden som en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2018, s 97).

Beslutningen av å bruke inspirasjonen av STC som analysemetode ble tatt av flere grunner. Både på bakgrunn av den systematiske og trinnvise beskrivelsen tilpasset nybegynnere; analyseverktøyet bidrar til orden i en massiv informasjonsmengde. I tillegg til behovet for en praktisk tilnærming til analysen så jeg at målet med designet var å analysere fortolkende der jeg kunne søke å forstå meningsinnholdet i dataene jeg hadde. Metoden hjalp meg til å skape et overblikk med å sette informasjonsbiter sammen til meningsbærende standpunkter. Dermed kunne jeg fortolke informasjonen informantene ga meg opp mot teoretisk grunnlag, som igjen ga meg materiale til den endelige sammenfattingen av funn. Jeg har valgt å ikke følge analysemetodene slavisk, men som et systematisk hjelpemiddel og en guide.

Etter transkribering av 6 intervjuer satt jeg igjen med en stor mengde rådata som i utgangspunktet virket overveldende. Malteruds (2018) trinnvise metode for analyse av meningsinnhold hjalp meg å sette dataene i en systematisk oversikt. STC består av 4 hovedsteg (Malterud, 2018). I det påfølgende redegjør jeg for Malteruds metode og min tankegang. Her skal det tilføyes at jeg har valgt å se trinn 2- 4 som ett – jeg har trukket ut det jeg mener er essensen, og sett dette i lys av det teoretiske bakteppet tidligere skissert i oppgaven.

##### 1. Danne seg et helhetsinntrykk

Helheten er her viktigere enn detaljer, for forståelse og teoretisk referanseramme skal settes til side. Lesing av materialet skal gi nye inntrykk og ideer, samtidig skal prosjektets problemstilling være i fokus. Oppsummering skjer etter gjennomlesing, her skal man identifisere tema som intuitivt vekker oppmerksomhet (Malterud, 2018).

Jeg leste gjennom transkribert data flere ganger for å danne meg overordnet inntrykk av materialet. De seks intervjuene ble først lest som en helhet. Jeg forsøkte her å være bevisst på å ikke sette teksten inn i en kontekst med min egen forforståelse og teoretiske kunnskap. Fokus var på å få en oversikt og reflektere over tema som utpekte seg. Jeg delte deretter gruppene i to, førstelinjeledere og HR-personell. Jeg skilte gruppene for å avdekke om det var store forskjeller mellom gruppene og aktuelle tema.

Etter gjennomlesing satt jeg igjen med vide og foreløpige tema: *Lederspenn, planverk, støttefunksjoner-HR, Rekruttering/strategisk kompetanseutvikling, og løsninger.*

#### 1. Identifisere meningsdannende enheter i teksten

I andre trinn deler man data inn i meningsbærende enheter for å organisere innholdet. Her skal man dele materialet inn i emner eller kapitler, intensjonen er å skille relevant fra irrelevant tekst. All tekst skal gjennomgås grundig og systematisk ved hjelp av koding – her tar man sikte på å identifisere og sortere alle meningsbærende enheter. Underveis i kodingen skal man ha et blikk på forforståelse, teori og problemstilling. Det skal letes etter sentrale tema og irrelevant informasjon fjernes til man ender med meningsfortettet data (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011).

Med utgangspunkt i problemstillingen og mine foreløpige tema gikk jeg gjennom teksten, linje for linje. Her ble det jeg mener er meningsbærende enheter markert og satt i system under tilhørende tema. Som i trinn en valgte jeg å dele gruppene i to, førstelinjeledere og HR-personell. Dette for å lettere kunne identifisere eventuelle forskjeller og likheter mellom gruppene under samme tema.

Eksempel på meningsbærende enhet systematisert under tema *Lederspenn*:

*Det var jo en sammenheng mellom de lederne som ikke, altså som ble involvert i prosessen, som fikk planlegge i god tid, de lederne som fikk tid til å lede, de hadde også mindre problemer med rekruttering (HR-personell)*

Eksempel på meningsbærende enhet først systematisert under tema *planverk*, så flyttet til *Lederspenn*:

*Jeg tror at kompetanseplanen er ganske lite kjent blant de ansatte. Så noen ledere kjenner nok til den, men det forsvinner nok på en måte blant alle andre oppgaver for lederspennet er så stort og komplekst i dag, man får så utrolig mange oppgaver (Førstelinjeleder).*

Etter systematisk kategorisering av enhetene under foreløpige tema i trinn en gikk jeg over til å sortere i kodegrupper. Kodegruppene baserte jeg på min refleksjon og tolkning av meningsinnholdet i enhetene: Jeg forsøkte her å ha et bevisst forhold til egen forforståelse, teoretisk grunnlag og problemstillingen gjennom arbeidet. Trinn 2 resulterte i disse kodegruppene som jeg mener er representativ for begge gruppene; Førstelinjeledere og HR-personell: *Lederansvar og støttefunksjoner. Samarbeid og kultur. Forhold til planverk. Krav og funksjoner.*

## 2. Abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene - kondensering

Hensikten med trinn tre er å abstrahere meningsinnholdet som ligger i kodene. Her skal de delene av teksten som er kodet, de som er funnet meningsbærende trekkes ut – kondenseres. Essensen av ulike utsagn skal trekkes ut, uten å miste nyanser og betydninger. Materialet skal tolkes og det skal avdekkes om man har svar på problemstilling. Her er det også vanlig å merke seg sitater som kan representere funnene (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011). Målet er at kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i den aktuelle kodegruppen. Dette er altså ikke et direkte sitat, men tekst som til sammen oppsummerer innholdet i de meningsbærende enhetene. Her delte jeg kodegruppene fra trinn to i subgrupper for å synliggjøre ulike nyanser i innholdet. For å illustrere; Under kodegruppen *Samarbeid og kultur* tolket jeg meg frem til underkodene *kunnskap, tilgjengelighet og samhandling.*

Eksempel på kondensat under kodegruppen *Samarbeid og kultur*:

*Jeg føler det er to forskjellige kulturer rett og slett. Det er for høytflygende i HR. Vi snakker ikke samme språk (kondensat - førstelinjeledere)*

*Vi er tilgjengelige, i hele rekrutteringsprosessen, fra behovsplanlegging, jobbanalyse, selektering og onboarding. Det vi i hovedsak etterspørres på er jo utlysninger og arbeidsavtaler (kondensat – HR-personell)*

## 3. Sammenfatte betydning

I den siste fasen av analysen skal man sammenfatte materialet for å utforme nye begreper og beskrivelser. Nå skal det vurderes om den sammenfattende beskrivelsen er i samsvar med opprinnelig materiale før kodingen (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2018). Her skal man gjøre rede for hva som er funnet under hvert tema, sett opp mot teoretisk fundament, funnene skal valideres. Man skal ende opp med en tekst som skal brukes til analyse og diskusjon i oppgaven. Trinn fire vil presenteres i kapittel fem som funn. Her har jeg sammenfattet det jeg

har funnet som sentralt meningsinnhold med utgangspunkt i kodegruppene og satt disse i kontekst med teoretisk grunnlag.

#### **4.7 Etikk og personvern**

All forskning, også studentforskning, må overholde forskningsetiske retningslinjer. Malterud (2018) refererer til Richard og Schwarts fire typer risiko eller belastning som deltakerne i en kvalitativ studie kan utsettes for: Psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse. Gjennom alle faser i arbeidet med oppgaven har det vært viktig for meg å ha et bevisst forhold til etisk refleksjon, spesielt i prosessen med de kvalitative intervjuene.

Informantene ga meg innsikt i sine unike kunnskaper og erfaringer. De delte sin virkelighetsoppfatning og viste meg en tillitt og respekt som var viktig for meg å forvalte på en etisk reflektert måte. Flere av informantene ga uttrykk for at de satte pris på og anerkjente valg av tema for oppgaven. De viste en interesse og et engasjement med å sette av tid og dele sine personlige erfaringer. Det var essensielt for meg at jeg ved å ivareta dette på en etisk riktig måte kunne vise informantene at jeg var tilliten verdig. Som tidligere nevnt reflekterte jeg spesielt over min forforståelse, min rolle som sykepleier og leder, i tillegg til at jeg hadde, som et resultat av forarbeidet før intervjuene, satt meg godt inn i strategiske dokumenter og teori og dermed hadde en dypere innsikt i temaet enn jeg kunne forvente at informantene kunne redegjøre for.

Det ble på forhånd innhentet godkjenning av prosjekter fra Norsk senter for forskingsdata (NSD). Her er både prosjektet i sin helhet, informasjonsskriv/samtykkeerklæring (vedlegg 1) og intervjuguide godkjent.

Den enkelte informant ble på forhånd informert om prosjektet og samtykket muntlig og skriftlig til deltagelse i undersøkelsen. Tidspunkt for intervju ble avtalt i god tid og det ble satt av 1,5 time til hvert av intervjuene. To intervju ble gjennomført ved direkte møte mellom informant og intervjuer, de fire andre ved videosamtale via Skype. Ved oppstart av hvert av intervjuene ble informanter informert om at samtalene ble dokumentert med taleopptak, dette kunne når som helst avbrytes og/eller slettes på forespørsel fra den enkelte. Taleopptak og tilhørende notater vil bli slettet i sin helhet, og notater makulert ved oppgavens innlevering. Lengde på intervju varierer fra 45 til 80 minutter.

Informantene er anonymisert og vil ikke bli referert til ved navn, kjønn, alder eller helseforetak. Fordi det er relevant i en kontekst der informantens forskjellige arbeidsoppgaver og ansvarsområde vil fremkomme, vil informantene bli referert til som *Leder1*, *Leder2*, *Leder3*, *HR1*, *HR2* og *HR3*.

#### **4.8 Validitet og reliabilitet**

Som tidligere nevnt er kvalitativ forskningsdata ikke virkeligheten, men representasjoner av den. Hvor relevant data representer fenomenet man forsker i er et spørsmål om validitet, som betyr *gyldighet* (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011). Nå er det imidlertid slik, ifølge Malterud (2018), at ingen kunnskap er allmenngyldig, at den gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål. Man kan sjelden svare kategorisk ja eller nei på om det man har funnet i undersøkelsen er sant. Her peker Malterud på at det er viktigere å ta stilling til hva det er sant om – hvilken rekkevidde og overførbarhet fører metode og innsamlet data til. Her vil kontekst data er innhentet alltid spille en rolle (Malterud, 2018).

Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet, hva det er gyldig om og under hvilke betingelser. Validitet er en betegnelse på hvor godt man klarer å måle det man har til hensikt å måle eller undersøke (Malterud, 2018). Validitet kan deles inn som intern og ekstern.

Intern validitet – Hva er materialet sant om? Er det brukt relevante kartleggingsmetoder for å studere det fenomen man spør om? Her skal man gjennomgå metode og verktøy som er brukt for å få frem kunnskap, og man skal reflektere over kunnskapen er egnet til å gi gyldig svar på det man spør om (Malterud, 2018) I arbeidet med oppgaven har jeg jobbet systematisk og grundig med å skaffe og bearbeide data. Jeg har forsøkt å styrke validiteten ved å tydeliggjøre hvordan problemstillingen er reist i et tema jeg ønsket å utforske for å etablere relevant faglig kunnskap. Strategiske dokumenter og teoretisk grunnlag er lagt til grunn for videre arbeid med datainnsamlingen ved intervjuer. Både skriftlig og muntlig data er fremskaffet ved å spisse dette opp mot oppgavens tema og problemstilling. Jeg har også redegjort for analysemetode på en måte som gjør at jeg viser intensjonen og tankegangen bak valg av analysemetode. Underveis i prosessen har jeg vist til eksempel og jeg mener den interne validiteten er godt ivaretatt – de data jeg har fått tilgjengeliggjort svarer godt på oppgavens problemstilling.

Ekstern validitet – Kan undersøkelsen generaliseres eller overføres, er resultatene gyldige utover den settingen jeg har undersøkt? Ifølge Johannesen, Christoffersen og Tufte (2011) kan man si at ekstern validitet handler om undersøkelsens realisme. Malterud (2018) peker på at overførbarhet er knyttet til undersøkelsens utvalg og relevans - på hvilken måte kan resultatene overføres til en lignende problemstilling i en annen sammenheng? Med undersøkelsens foreliggende datagrunnlag aner jeg at resultatene er overførbare til en mer generell basis, herunder rekrutteringsutfordringer av flere helseprofesjoner i spesialisthelsetjenesten. HR-avdelinger har det overordnede strategiske ansvaret for rekruttering av alle yrkesgrupper i spesialisthelsetjenesten og jeg antar at funn som er gjort i undersøkelsen her kan overføres videre til disse og ikke kun dreie seg om rekruttering av spesialsykepleiere

Reliabilitet - dataens pålitelighet, et grunnleggende spørsmål i all forskning (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011) Begrepet knyttes til nøyaktighet i undersøkelsens data. Hvilke data som brukes og hvordan de er samlet inn og bearbeidet. Datainnsamling og bearbeidelse er redegjort for ovenfor. Når det gjelder dataens pålitelighet mener jeg intervjuobjektene har svart ærlig og ga uttrykk for et ønske om å avdekke utfordringer, og med dette utgår jeg fra at innhentet data er pålitelig. Det er ingen grunn til å anta at informantene hadde en annen agenda enn oppgaveskriver.

## **5.0 Empiri/funn**

Her vil undersøkelsens funn presenteres og redegjøres for. Datamateriale er de seks semistrukturerte kvalitative intervjuene samt strategisk planverk, rapporter og undersøkelser fra kapittel to som vil ses på i sammenheng med de temaene jeg mener utkrystalliserte seg under analysen av datamaterialet.

Noen av funnene vil presenteres som direkte sitat eller tekstkondensat fra de kvalitative intervjuene. Jeg vil i tillegg redegjøre med egen formulert tekst samt funn jeg mener er aktuell fra kapittel to. Jeg velger å dele redegjørelse av funn inn under tidligere presentert tema: Lederansvar og støttefunksjoner. Forhold til planverk. Perspektiv på rekruttering og kompetanse. Jeg har vurdert tema “Samhandling og kultur” som overordnet - jeg har sett at det går som en konsistent tråd igjennom all data jeg har funnet. Jeg har derfor kommet frem til å trekke inn data som omhandler temaet inn under de andre temaene, der jeg finner det relevant.

Informantene er som vist til i kapittel 4 strategisk utvalgt HR – personell med rekrutteringsansvar og førstelinjeledere ved intensivavdelinger ved lokalsykehus i Helse Nord. Under hvert tema vil jeg presentere de to gruppenes virkelighetsforståelse på samme tema. Informantene identifiseres med yrkestittel 1, 2 og 3. Det vil fremkomme der tekstkondensat brukes.

## **5.1 Oppsummering av hovedfunn**

Nasjonalt og regionalt har rekrutterings- og bemanningsutfordringer i helsetjenesten for intensivsykepleiere blitt adressert, utredet og jobbet strategisk med over tiår. Som vist i kapittel 2 er det nedlagt et betydelig arbeid i årsaksforklaringer, utredninger, framskrivninger og utarbeidelser av strategiske planverk, undersøkelser, tilsyn og rapporter. Mangelen på intensivsykepleiere kan true spesialisthelsetjenestens intensivkapasitet og dermed helseforetakenes evne til å ivareta kritisk syke pasienter, dette er veldokumentert og har vært velkjent over år - og underbygges av dokumentgjennomgangen i kapittel 2.

Det fremkommer også i kapittel to at Helse Nord har jobbet systematisk med strategisk rekrutteringsarbeid siden 2011. De strategiske utredningene og kompetanseplanene har over tid fått et spisset budskap med et økende preg av profesjonalitet. For Helse Nords del har (per dags dato) det strategiske arbeidet endt ut i en Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering. Handlingsplanen er ment som et praktisk verktøy til bruk i det daglige for ledere og HR-personell med ansvar for rekrutteringsarbeid. Planen har både et regionalt og lokalt blikk og skal kunne brukes i det enkelte helseforetak som en pragmatisk guide når ledere skal rekruttere intensivsykepleiere til helseforetakene. I tillegg til intensjonen om praktisk hjelp til rekruttering har kompetanseplanen et strategisk preg der det fremkommer en satsning på lederopplæring og profesjonalisering av HR i rekrutteringsøyemed. Lederopplæring og det å gi ledere rammer og betingelser som gjør dem i stand til å ivareta rekrutteringsansvaret er lagt til øverste ledelse i regionale og lokale helseforetak.

Både fra nasjonalt og regionalt hold pekes førstelinjelederne på som en viktig suksessfaktor i rekrutteringsarbeid, herunder rekruttering, stabilisering, kompetanseheving og utarbeidelse av bemanningsplaner. Det operasjonelle ansvaret for rekruttering og stabilisering legges på førstelinjeledere både fra Regjeringen (2019) og i Helse Nords strategiske dokumenter: Regionale handlingsplaner for rekruttering og stabilisering.



Funnene etter analyse av de kvalitative intervjuene viser en dekobling og avstand mellom ledelse og administrasjon i de lokale helseforetakene undersøkelsen utvalg består av. Det kan virke som en større innsikt i ledernes situasjon fra HR-personell enn omvendt. Ingen av førstelinjelederne kjenner godt til rekrutteringsstrategiene og kompetanseplanene, og har heller ikke tatt disse i bruk i rekrutteringsøyemed. Ingen kan huske å ha fått innføring eller opplæring i bruk av kompetanseplanene eller strategisk arbeid. Lederne oppgir at de ikke får den støtten de etterspør fra HR, som synes å være praktisk hjelp med stillingsutlysninger og tilsetninger. Det kan virke som at lederne i utvalget føler de i stor grad jobber alene med rekruttering og HR-avdelingene oppleves som utilgjengelig og fremmed for førstelinjelederne. HR-personell derimot har inngående kunnskaper om rekrutteringsstrategiene, alle har vært med å utforme disse. De uttrykker tvil om planene er kjent og implementert på førstelinjeledernivå. Videre uttrykker samtlige av HR-personell en intensjon og et ønske om å kunne tilby sin kompetanse innen rekruttering overfor lederne, men oppgir at de sjelden blir etterspurt til annet enn utlysnings annonser. I tillegg uttrykker HR-personell at de har forståelse for stort lederspenn og ledere som ikke har “tid til å lede”.

Begge utvalgsgruppene har tanker ang strategisk arbeid innen tema rekruttering og stabilisering. Her oppgis det at det må satses og tenkes nytt og helhetlig, men det kan synes som at avstanden mellom gruppene er stor og at lederne ikke kjenner til muligheter som ligger i HR-personellets spisskompetanse. Rekrutteringsstrategiene og kompetanseplanene er ikke implementert hos gruppen førstelinjeledere, de brukes heller ikke som det praktiske og strategiske verktøyet de er ment som. Strategiene og planene er godt implementert i gruppen HR-personell. Der innehas det inngående kjennskap og kunnskap om bruk av dokumentene, men denne kjennskapen og kunnskapen er ikke delt eller implementert på førstelinjeledernivå.

## **5.2 Funn i dokumenter og de kvalitative intervjuene**

### **Lederansvar og støttefunksjoner**

Både nasjonalt og regionalt plasseres oppgaver for rekruttering og stabilisering hos førtelinjeledere. Det pekes på at ledere i spesialisthelsetjenesten både har et strategisk og operasjonelt ansvar i så måte. Regjeringen sier i nasjonal sykehusplan (2019) at helseforetakene skal sikre tilstrekkelig bemanning til å utføre oppgavene

spesialisthelsetjenesten står overfor. Her sies det videre at helseforetakene skal arbeide strategisk for å sikre personell med nødvendig kompetanse.

Regjeringen fremhever de kliniske førstelinjelederne som særdeles viktige for å oppnå ønskede resultater; rekruttere, planlegge bemanning, bidra til heltidskultur og beholde arbeidskraft. Her understrekes det at de regionale og lokale helseforetakene har ansvar for å gi lederne tilstrekkelig handlingsrom og støtte slik at de kan utføre oppgavene. Ingen av lederne jeg intervjuet ga uttrykk for at helseforetakene med støttefunksjoner sørget for at de ansvarlige førstelinjelederne fikk mulighet og handlingsrom til å forvalte ansvaret med rekruttering av intensivsykepleiere. På spørsmål om hvilken type lederopplæring man har fått forteller en av lederne at vedkommende aldri har fått en organisert lederopplæring, men småkurs og et brevkurs for “mange år siden”:

*“Er selvlært leder. Det var et stort hull i systemet: Jeg startet som assisterende avdelingsleder og fikk aldri opplæring eller være med på møter når avdelingsleder var til stede. Så når hun ble sykemeldt og til slutt helt borte måtte jeg greie meg selv (Leder1)*

HR-personell svarer dette på spørsmål om hvilke tanker vedkommende har om opplæring i strategisk rekrutteringsarbeid for førstelinjeledere:

*Det er ressurskrevende på ledersiden. Rekruttering burde få en høyere prioritet under lederopplæring, det har ikke vært prioritert å utvikle dette på et ledernivå” (HR1)*

Det fremkommer at det lederne etterspør og ønsker er praktisk hjelp i det daglige arbeidet fra HR-personell. Lederne ga uttrykk for at det ofte var raskere og bedre å utføre den praktiske jobben selv.

*“Jeg synes ikke akkurat at vi får så mye hjelp. Det er bare å se på ansettelsesprosesser og vikarprosesser der man ender med å gjøre alt selv – det er faktisk raskere og bedre å gjøre alt selv” (Leder3).*

*“Jeg oppfatter at handlingsrommet deres (HR) ikke er noe større enn det vi ser her selv. Bevares, de kan sikkert lage fine ting på promotering og de kan sågar være behjelpelige med utlysningsannonser, men det er jo sånn som man lager selv”*

En annen leder oppsummerer slik samarbeidet med lokal HR avdeling slik:

*“Jeg har gjort flere sånne henvendelser om konkret hjelp, der man gir opp rett og slett fordi man ikke får svar” (Leder1).*

Leder2 gir uttrykk for at vedkommende ikke vet hvem som kan kontaktes når man har behov for praktisk hjelp fra støttefunksjoner under HR.

*“Hjelp fra HR? Nei, du den kan jeg si har vært veldig liten. Jeg vet ikke engang hvem jeg skal spørre. De skal jo faktisk hjelpe oss. Ordet tilgjengelighet oppsummerer det hele greit, men det var vel noen som hadde fått beskjed om at de ikke hadde kapasitet på HR” (Leder2)*

Flere fra gruppen HR-personell ga uttrykk for at de gjerne ville delta i rekrutteringsprosesser med praktisk arbeid, men savnet etterspørring fra leder angående strategisk tenkning i rekrutteringsarbeidet. Her ble det reflektert over førstelinjeledernes lederspenn og ansvarsområder som ledere, og flere uttrykte forståelse for lederens situasjon. I tillegg gav HR – personellet generelt uttrykk for at deres kompetanse ikke ble etterspurt eller brukt nok av ledere i rekrutteringsprosesser, her gis det uttrykk for tanker angående egen tilgjengelighet fra HR:

*“Vi er tilgjengelige, i hele rekrutteringsprosessen, fra behovsplanlegging, jobbanalyse, selektering og onboarding. Det vi i hovedsak etterspørres på er jo utlysninger og arbeidsavtaler” (kondensat – HR-personell)*

*“Foretaket har forsøkt ulike prosesser for å utvikle felles kompetanseplaner – felles for disse prosessene er at de ikke har klart å engasjere hele lederlinja” (HR2)*

*“Konkret så har jo alle i team rekruttering alle oppgaver og ansvar som går på å yte service til ledere knyttet til rekruttering” (HR3)*

HR-rådgivere reflekter her over lederens oppgaver sett i sammenheng med strategisk tankegang. Ingen av lederne uttrykte for stort lederspenn, for mange oppgaver eller for mye ansvar. Her var det en tydelig forskjell mellom ledere og HR-personell som viste en refleksiv holdning til egne og lederens oppgaver og situasjon.

*“Jeg tror at kompetanseplanen er ganske lite kjent blant de ansatte. Så noen ledere kjenner nok til den, men den forsvinner nok på en måte blant alle andre oppgaver for lederspennet er så stort og komplekst i dag. Man får så utrolig mange oppgaver” (HR2)*

Riksrevisjonens undersøkelse (2019) viser at det er ledere for intensivsykepleiere som har de største rekrutteringsutfordringene. Riksrevisjonen viser videre til sammenhengen mellom nærmeste leder tid til å lede og utfordringer med å rekruttere ansatte. Riksrevisjonen utdyper “tid til å lede” som tid nok til lederoppgaver som å være tilgjengelig for de ansatte, følge dem opp faglig, planlegge langsiktig og forbedre arbeidsprosesser. Flertallet at lederne innbefattet i

Riksrevisjonens undersøkelse (2019) mener de har for liten tid å utføre disse oppgavene. Riksrevisjonen understreker at det er ledelse og styre i helseforetakene som har ansvar for å sørge for at styringssystemer fungerer. Dette innebærer at nærmeste leder får nødvendige vilkår og muligheter til å lede og sette i verk nødvendige forbedringstiltak i driften av foretaket.

*“Det var jo en sammenheng mellom de lederne som ikke, altså som ble involvert i prosessen, som fikk planlegge i god tid, de lederne som fikk tid til å lede, de hadde også mindre problemer med rekruttering” (HR1)*

*“Hvis man alltid henger bakpå og ikke får tid til å følge opp medarbeidere og alt er liksom veldig nært i horisonten, det er strakstiltak, det er brannslukking. Det vil jo ikke bli en attraktiv avdeling å ønske seg til, sånn at da blir det en ond spiral” (HR3)*

Også Helse Nords strategiske planverk, både fase 1 og 2 (2011 – 2014) stiller en rekke krav til ledere. Her heter det at ledere med personalansvar skal ha et aktivt forhold til å tiltrekke, utvikle, lede og følge opp medarbeidere og den kompetansen de innehar. Dette skal forankres i virksomhetens mål og strategier. Helse Nord sier videre at strategisk rekruttering må inngå som en del av virksomheten i den enkelte klinikk og avdeling. Lederkompetanse på rekruttering skal styrkes gjennom lederopplæring (Helse Nord, 2014). I 2016 sies det fra Helse Nord (Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering, Helse Nord, 2016) at ledere skal tilbys lederstøtte i rekrutteringsprosesser og at rekruttering skal være en del av lederutdanningen. I utkastet for ny regional handlingsplan (Helse Nord, 2021) vises det fra Helse Nord til at planverket er ment som et verktøy for ledere og HR-personell i møtet med rekrutteringsutfordringer.

Informant HR3 viser her til at de har gjennomført opplæring i strategisk rekrutteringsarbeid for ledere, og reflekterer her over hva man mener er årsak til at fokus ikke opprettholdes hos lederne.

*Vi har hatt rekruttering oppe som eget tema for ledere, rekruttering hvordan og på hvilken måte. Hvordan vi evner å rekruttere og stabilisere. Og det her med viktigheten av alle de fire søylene. Men om det blir brukt i det daglige det er jeg langt fra sikker på, for det er jo en ting å komme på en arena der man har tid til å fordype seg, og så springer man tilbake til arbeidsstedet sitt og så er det så mange ting man må gjøre” (HR3)*

HR2 viser til en satsning på rekruttering og selektering på ledernivå som vedkommende mener ikke har forandret fokus, men er stillestående:

*“Altså i forhold til profesjonalisering av rekruttering, det her med at leder skal ha større eller bedre kompetanse i forhold til å rekruttere og selektere, så tror jeg, unnskyld at jeg sier det, at det er same procedure as last year” (HR2)*

I tillegg til et samsvar mellom HR- og ledergruppen i manglende fokus og/eller tid til rekruttering blant lederne vises det en bevisst tankegang blant lederne på rekrutteringssaken. Gruppen ga uttrykk for strategisk tenkning og fremsto som bevisst sin rolle og ansvar.

*“Jeg tror det er veldig viktig i den jobben som gjøres nå, er rett og slett å få ny kunnskap om hvordan vi skal rekruttere. Jeg tror noen må sette seg ned å se på sammenhenger” (Leder2)*

*“Det er jo helt klart en sammenheng hvis man får mulighet til å bruke de verktøyene som finns så har man mulighet til å lykkes” (Leder3)*

*“Dette med å få rekruttert er jo helt essensielt. Det er vi som må vise oss frem, og det er vi som må vise den positive siden frem og lokke noen for å få noen til å komme. Vi må også la folk få utvikle seg i trygge former” (Kondensat – Ledere)*

### **Forhold til planverk**

Det fremkommer i Nasjonal helse – og sykehusplan (2019) at Regjeringen vil stille tydeligere krav til helseforetakene om å drive strategisk personell- og kompetanseplanlegging. Helsetjenesten må arbeide målrettet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere.

Regjeringen vil at helseforetakene utarbeider planer for hvordan behovet som sykepleiere skal dekkes. God personellplanlegging legger også grunnlaget for kompetanseplanlegging som skal speile sykehusenes behov for sykepleiekompetanse. Regjeringen krever tydelighet hos helseforetakene på hva slags kompetanse det er behov for, og det skal legges til rette for at sykepleierne får ny kompetanse gjennom daglig arbeid, etterutdanning eller videreutdanning basert på identifiserte behov.

Riksrevisjonen (2019) ba alle landets helseforetak sende handlingsplaner eller lignende for å vise hvordan de arbeider med å utvikle en heltidskultur og redusere bruken av uønsket deltid. Ingen av helseforetakene sendte en slik handlingsplan. Undersøkelsen viser at mange

helseforetak ikke kan vise til planer eller oversikter som på en systematisk måte kartlegger behovet for personell. Fire av ti av førstelinjeledere oppgir til Riksrevisjonen at helseforetakene ikke har oversikt, eller at de ikke vet om helseforetakene har oversikt over bemanningsbehovet for deres stillingstyper. Jeg fant en markant forskjell på forhold og kunnskap til planverk mellom HR-personell og førstelinjeledere. Ingen av lederne kjente til innholdet i dokumentene, og flere uttrykket mistillit til det å kunne nyttiggjøre seg dem.

*“Jeg kjenner ikke til rekrutteringsstrategiene eller kompetanseplanene. Jeg kan ikke huske at dette er formidlet til meg via HR. Det er greit å lage fine brosjyrer, men når det ikke følger noe med er vi like langt” (Leder3)*

*“Hørt om planen, men ikke lest den. Det er mer fokus på at det skal se fint ut, fin på papiret, ikke resultatet til slutt” (Leder2)*

*“Jeg har hørt om kompetanseplanen, men kan ikke si at jeg husker innholdet. Det kan hende jeg har lest den, men da er det en stund siden (Leder1)*

HR-personell kommuniserte at de kjente godt til krav om planverk og innholdet i dem. Alle i gruppen hadde vært involvert i utarbeidelsen av planene, og uttrykte eierskap til dokumentene. De involverte uttrykte også at de tvilte på at planene var godt kjent hos førstelinjelederne i organisasjonene.

*“Vi er jo pliktige til å ha en plan både kortsiktig og langsiktig om anskaffelse av kompetanse, men jeg vet ikke om lederne vet at bemanningsplaner er et lederansvar” (HR2)*

*“Rekrutteringsveilederen ligger veldig nært meg. For meg så tror jeg den er gull for alle. Men jeg har en følelse av at det ikke er mange som har vært å sett der” (HR1)*

*“Jeg inngår jo som sagt i det regionale rekrutteringsnettverket – vi har ikke vært med og laget kompetanseplanen. Vi har laget den” (HR3)*

Helseforetakene skal ha styringssystemer som sikrer at de planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer aktiviteten slik at tjenestene blir forsvarlige. Dette innebærer blant annet personell med nødvendig kompetanse. Det er få helseforetak som kan vise til at de har utarbeidet planer for å løse bemanningsutfordringene Riksrevisjonen mener dette tyder på at helseforetakene mangler oversikt over bemanningsbehov og planer for løsninger. To av lederne uttrykker arbeidet med bemanningsplaner slik:

*“Jeg tror aldri jeg har fått spørsmål fra HR om hva mitt bemanningsbehov er fremover”  
(Leder1)*

*“HR har ikke annet å gjøre enn å påpeke selvfølgeligheter. Kravene fra Helse Nord er  
hvertfall ikke kjent for meg angående bemanningsbehov” (Leder2)*

Helse nord har siden 2011 og frem til nåtid arbeidet med strategiske kompetanseplaner på regionalt nivå. Fase en skulle gjøre at Helse Nord kom i forkant med utfordringene man så for seg. Dokumentet skulle være grunnlag for beslutninger. Det fremheves det fremtidige økende behovet for sykepleiere og sett i lys av skissert befolkningsutvikling anser Helse Nord at man i årene fremover kan forvente en betydelig økning i behovet for intensivbehandling og kvalifisert personell til å drive behandlingen (Strategisk kompetanseplan, Helse Nord, fase 1, 2010)

I fase to var prosjektets mål å utvikle gode og effektive rekrutteringsprosesser og å stabilisere slik at arbeidstakere blir i Helse Nord (Helse Nord, 2014). Her blir nødvendigheten med nok og riktig kompetanse og at rett kompetanse blir brukt på best mulig måte fremhevet som særdeles viktig. Det foreslås tiltak for å drive systematisk og behovsrettet kompetanseutvikling og det utvikles nå en strategisk rekrutteringsmodell (Figur nr: ) med fire strategier for helhetlig rekruttering som anbefales å utvides til en regional HR strategi. Modellen var ment å være generell nok til å kunne gis lokalt innhold. På organisatorisk nivå tar planen i fase to til ordet for å implementere den strategiske rekrutteringsmodellen og utvikle en regional HR strategi. Respons fra HR personell kan tyde på at de anser handlingsplanene som praktiske verktøy som kan brukes i det strategiske rekrutteringsarbeidet i helseforetakene.

*“Handlingsplanen kan brukes i et strategisk arbeid for å underbygge og vise nødvendigheten av å gjøre noe både i forhold til rekruttering og stabilisering. Man må være god på å synliggjøre. Vi har jo en plan, altså tiltak” (HR3)*

*“Prosjektet ble i hovedsak bygd på den handlingsplanen, altså profesjonalisering, rekruttering, informasjon og markedsarbeid. Jeg synes kompetanseplanen er grundig og god, den svarer på mye av det vi mener å vite med praktiske tiltak. Jeg tenker at den kan brukes i rekrutteringsarbeid” (HR2)*

I 2016 kom, som et resultat av fase en og to Helse Nord's regionale handlingsplan for rekruttering og stabilisering. Planen gjelder både regionalt og lokalt. Den legger føringer for rekruttering og stabilisering, og er ment som et verktøy for ledere og HR personell. Planen

stiller krav til helseforetakene der det pekes på at de som arbeidsgivere må ha oversikt over eget kompetansebehov. Fra 2016 og frem til i dag har det vært jobbet aktivt i Helse Nord for å profesjonalisere HRs rolle og arbeidet med rekruttering både regionalt og i det enkelte helseforetak. Det fremstår også her som at de to gruppene informanter har ulikt syn på nytte.

*“Jeg synes faktisk ikke det er blitt lettere selv om HR er blitt mer profesjonalisert. Det er like vanskelig uansett. Vi er fratatt muligheten til å styre kompetansehevinga” (Leder2)*

*“For å si det kort, ser ikke mye av det i det praktiske. Men jeg har jo tro på at de har profesjonalisert seg. Jeg har stor tro på at det kan holde på med dette hele dagen, i det miljøet de er” (Leder1)*

*“Jeg har respekt for at dette er et felt man profesjonaliserer seg på, men jeg har litt vanskelig for å se hva dette har gitt oss i ren gevinst” (Leder3)*

*“Det er et veldig bra arbeid, det er en bra plan, men den er blitt en papirtiger” (HR2)*

*“Vi har jo noen gode planer som vi kan vise både her og hva vi trenger i fremtiden og sånn, men jeg tror vi er dårligst på kompetanseutvikling” (HR1)*

*“Rekrutteringsplanene burde få en større prioritet, det burde bli etterspurt i høyere grad. Fått en større rolle, fordi man har lett for å tenke at rekruttering handler om stillingsutlysninger og det er litt sånn i alt vi gjør” (HR3)*

## **Perspektiv på rekruttering og kompetanse**

Statens helsetilsyn konkluderer med at sykepleiemangel varden dominerende og viktigste årsaken til kapasitetsproblemer ved landets intensivavdelinger i 1999. Her pekes det på at mange sykehus mangler en grunnstamme av erfarne og kompetente sykepleiere. Statens helsetilsyn foreslår at fokus i første omgang bør rettes mot mangelen på sykepleiere og analyse av personalflukt og rekrutteringsproblemer bør foretas. Det sies videre at situasjonen er alvorlig og får konsekvenser for ordinær drift og kapasitet. Helsetilsynet oppfatter det slik at det er grunnlag for svekket kvalitet i behandlingstilbudet og fare for feilbehandling. En leder uttrykker det langsiktige fokuset på mangelen på intensivsykepleiere slik:



*“Man blir jo helt motløs. Det har vært fokusert på mangel på spesialkompetanse så lenge jeg kan huske, og man føler ikke at noe har skjedd. Man hører det samme om og om igjen, og det skjer ingenting” (Leder2)*

Regjeringen (2019) sier at den har som overordnet mål at helsetjenesten i hele landet skal ha nok personell med riktig kompetanse. Helsetjenesten må arbeide målrettet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere. I Nasjonal helse- og sykehusplan fremheves helseforetakenes arbeid for å sikre tilstrekkelig bemanning. Regjeringen peker på at dette krever stor grad av prioritet, oppmerksomhet og langsiktig arbeid. Som vist tidligere har Helse Nord arbeidet strategisk og langsiktig på et overordnet nivå med planverk og rekrutteringsplaner. De to gruppene informanter har delt sitt syn på rekrutteringsarbeidet:

*“Jeg føler at man sitter liksom, jeg sitter på min lille haug og jobber med rekruttering” (Leder3)*

*“Kan ikke påstå at vi har vært flinke med konkrete tiltak i rekruttering, annet enn å spre rundt på huset. Ellers så er det jo utlysning, men vi prøver å være så synlige som mulig” (Leder1)*

*“Jeg mener jo at de ansatte er de viktigste til rekruttering. Altså sykepleieren selv er jo den som har mest effekt på om det er andre som har lyst til å jobbe også der. Det handler jo ikke om hvem som er HR- sjef, det er jo ikke den som skal rekruttere, men de som jobber” (HR1)*

*Jeg har en tanke om at hvis rekruttering hadde blitt spurt om mer som en kompetanse enn: nå har vi et bemanningsbehov, det må fikses, jeg bryr meg ikke om hvordan bare det blir gjort” (HR2)*

Riksrevisjonen (2019) peker på en sammenheng mellom bemanningsutfordringer og hvordan de ansatte opplever kvaliteten på pasientbehandlingen. Her vises det til at enheter hvor ledere har utfordringer med å rekruttere kompetent personell fremkommer det at ansatte opplever en reduksjon i kvalitet. Personellets opplevde kvalitet på tjenesten som utføres scorer lavere på enheter som har utfordringer med å rekruttere personell med formell kompetanse, herunder intensivsykepleiere.

Underarbeidsgruppe for rekruttering og stabilisering av sykepleiere og spesialsykepleiere, konkluderte i forbindelse med arbeid av Helse Nord's strategiske kompetanseplan fase to at ingen av helseforetakene hadde en langsiktig strategi for utdanning og kompetansebehov innen sykepleiefaget. Av konkrete tiltak foreslo gruppen å utarbeide overordnede strategidokument for hvert foretak. Lokale handlingsplaner skulle kunne revideres etter hvert

(Rekruttering og stabilisering av spesialsykepleiere og sykepleiere – rapport fra underarbeidsgruppe, Helse Nord, 2014)

I utkastet til regional handlingsplan 2021-2024 setter Helse Nord (2021) strategiske mål for rekruttering og stabilisering. Her er målet å utdanne og rekruttere nok helsepersonell til å dekke landsdelens behov. På spørsmål om hvordan man kan nå dette målet svarer HR-personell dette:

*“Jeg håper på flere telefoner fra ledere som sier: Hei du, jeg har bruk for kompetanse, jeg er litt usikker på hva jeg skal ha, hvorfor jeg skal ha det. Så liksom ta den på en måte. At det blir en mer gjennomtenkt og helhetlig rekruttering” (HR3)*

*“Jeg har et innrykk av at jeg er den eneste som ikke ønsker standarder. Men det er ofte lederen som ønsker en sykepleier, det er mer som et produkt enn som et menneske med noen egenskaper man føler man har bruk for i akkurat den avdelinga. På grunn av at mange får veldig få søkere så mener man at det er luksus å gå etter andre typer egenskaper, det er nok at de er sykepleiere” (HR1)*

## **6.0 Diskusjon og konklusjon**

I det følgende vil undersøkelsens funn fra foregående kapittel diskuteres opp mot teoretisk grunnlag fra kapittel 3. Intensjonen er å se funn opp mot organisasjons- og ledelsesteori, samt knytte dette opp mot oppgavens problemstilling og funn under tema fra kapittel fem. Jeg velger å dele diskusjonen inn i to deler: Kunnskapsorganisasjoner og ledelse i kunnskapsorganisasjoner. De to faktorene er gjensidig avhengig av og påvirker hverandre. Kapittelets inndeling er ikke ment som et forsøk på å skille elementene fra hverandre, men mer ment som en oppdeling av tekst for bedre oversikt.

### **6.1 Kunnskapsorganisasjoner**

Organisasjonsstruktur er uttrykk for arbeidsdeling, grupperinger av oppgaver, fordeling av autoritet og systemer for styring. Hvordan organisasjoner er strukturert – hvilke typer organisasjoner de er setter premisser for lederroller, funksjoner, ansvarsområde og hvordan de ulike elementene i organisasjonen fungerer i kontekst til hverandre. Her diskuterer jeg sykehus

som kunnskapsorganisasjon og på hvilken måte denne typen organisasjon påvirker implementeringen av rekrutteringsstrategier.

Undersøkelsens utvalg er, som tidligere nevnt, et strategisk utvalg av relativt små lokalsykehus i Helse Nords opptaksområde. De tre sykehusene er i seg selv komplekse organisasjoner med spesialiserte tjenester, de tilhører og er styrt av lokalt og regionalt styre samt Helse Nord RHF. I Strands (2007) inndeling av organisasjonstyper kommer sykehus inn under ekspertorganisasjoner, eller kunnskapsorganisasjoner (begrepene vil bli brukt om hverandre heretter) Her er posisjonen man har i organisasjonen oftest styrt av yrkesmessig status, erfaring og formell kompetanse. Førstelinjelederne i undersøkelsens utvalg var alle intensivsykepleiere og har så måte den formelle, dokumenterte og faglige kompetansen som passer inn under Strands definisjon av kunnskapsorganisasjoner, også som kontekst for ledelse.

Kunnskapsorganisasjonen preges av arbeidstagernes ekspertkunnskap, produksjon og samhandling styres av den faglige kompetansen deltagerne innehar. Produksjon i denne sammenheng er avansert behandling og pleie av akutt og/eller kritisk syke pasienter med behov for intensivmedisin. I intensivbehandling og pleie har spesialsykepleieren en sentral og essensiell rolle der de skal samhandle med multiple grupper av fageksperter/spesialister. Lederne av intensivavdelinger innehar kunnskapsorganisasjonens faglige lederrolle. Her er faglig autoritet en vesentlig faktor som kontekst for ledelse nettopp på grunn av den høyspesialiserte produksjonen som skal foregå i en slik avdeling. De komplekse problemstillingene som skal løses innenfor en intensivavdeling krever en leder som innehar den faglige kompetansen, og dermed den autoritet og status som kreves for å få legitimitet hos medarbeidere og samarbeidspartnere.

Som vist til i kapittel to er det, og har vært over lang tid, en prekær mangel på intensivsykepleiere i landets helseforetak, også i Helse Nord. Rekruttering til spesialiteten er krevende, og konsekvensen kan være en kompromittert intensivfunksjon i spesialisthelsetjenesten. Dette er en faktor både Statens helsetilsyn, Nasjonal helse – og sykehusplan og Riksrevisjonen adresserer. Slik jeg ser det, er den faglige kompetansen (og dermed faglig autoritet og legitimitet) førstelinjelederne i kunnskapsorganisasjonen innehar viktig både for ledelse og rekruttering innen egen spesialitet. Av de tre førstelinjelederne i utvalget var det en som hadde formell lederkompetanse de andre to oppga sin lederkompetanse som uformell og “learning by doing”. Lederne hadde over ti års

ledelseserfaring og deres rolle som fagautoriteter i sitt miljø og sin organisasjon er sett på som viktigere enn formell lederkompetanse hvis man følger Strands resonnement angående kunnskapsorganisasjoner; Nettopp den faglige autonomien lederne innehar er en del av kunnskapsorganisasjonens kultur der verdiene er helbredelse, lindring, omsorg og ansvarlighet. Sykehusets kultur preges av hvordan fagekspertene utøver sitt arbeid ovenfor pasientene, ekspertenes forhold til administrativt personell er underordnet. Her vil kulturen bære preg av liten legitimitet fra ekspertutøverne mot administratorer som HR-personell med strategisk ansvar og støttefunksjon.

Henry Mintzbergs (Strand, 2007) mønsterbeskrivelse av organisasjonsformer deles inn i fem strukturelle former som beskriver hvordan de ulike elementene er satt sammen, og hvilken betydning og størrelse det har opp mot hverandre. Mintzbergs “nyremodell” visualiserer og beskriver hvordan hoveddelene toppledelse, mellomledelse, teknostruktur, støttestruktur og operativ kjerne er satt sammen og interagerer med hverandre. Størrelsen og betydning hoveddelene har mot hverandre varierer og gir et bilde av hvordan organisasjonen er organisert.

Mintzberg karakteriserer sykehus som “Det profesjonelle byråkratiet”. I likhet med Strand mener Mintzberg at en slik organisasjon preges av profesjonelle aktører (eksperter) med stor grad av spesialisering og autonomi. Beslutningsstrukturen er desentralisert, og det er en standardisering av kunnskap og kompetansebygging. Som nevnt preges sykehus av utøvelse av fagekspertise, den operative kjerne i nyremodellen. Det er her verdiskapningen (pasientbehandlingen) foregår. Det er kun fagekspertene som kan utøve dette og ta avgjørelser i avanserte medisinske spørsmål. Intensivsykepleierne er en del av den operative kjerne, det samme gjelder førstelinjelederen av en intensivavdeling, de er ledere nær den kliniske virksomheten – verdiskapningen. Førstelinjelederne rapporterer til og jobber nært mellomledelsen, men har etter min mening ha en tydelig identifikasjon til den operative kjernen, fagekspertisen.

Toppledelsen av lokalsykehuset, det lokale eller det regionale helseforetaket, har det øverste administrative ansvaret, men har ikke medisinskfaglig ekspertise til å avgjøre hva fagekspertne skal foreta seg i det daglige arbeidet, pasientbehandlingen. De faglige premissene settes fra bunnen til toppen i det profesjonelle byråkratiet. Ifølge Nyland og Pettersen (2018) får toppledelsen her en observerende rolle opp mot faglige spørsmål og produksjon, men administrative funksjoner som økonomi og strategiske beslutninger må tas i

samråd med operativ kjerne og mellomledelse. Teknostrukturen i Mintzbergs nyremodell inngår ikke i produksjonen, og er således ikke en del av fagekspertisen i kunnskapsorganisasjonen. Som Nyland og Pettersen påpeker må utøverne av klinisk virksomhet ha støtte fra en rekke tjenesteytere for å kunne utføre sine primære oppgaver.

HR avdelinger og HR-personell vil være en del av en slik støttefunksjon i en ekspertorganisasjon som Nyland og Pettersen (2018) refererer til. Her påvirker de blant annet med strategisk arbeid og utforming av planverk. HR og toppledelse har således et strategisk ansvar ovenfor ekspertene i operativ kjerne. Det langvarige og grundige arbeidet som ligger bak Helse Nords regionale planverk innen rekruttering og stabilisering er et eksempel på slikt strategisk arbeid. Her kan det virke som toppledelse og teknostruktur har samme mål og bruker samme virkemidler for måloppnåelse, mens den operative kjerne ikke er involvert eller velger å ikke involvere seg.

Som Nyland og Pettersen (2018) påpeker vil styringspremissene (de faglige) gå fra bunn til topp i ekspertorganisasjonen, og dette burde også ha konsekvenser for hvordan strategisk ledelse utformes. Det fremkommer ikke i Helse Nords planverk hvordan strategiene skal implementeres ned i organisasjonene annet enn lederopplæring og økt fokus på rekruttering med blant annet profesjonalisering. Her kan man tenke seg at en større involvering av ledere nær klinisk virksomhet i selve utformingen av planverket ville føre til et større eierskap og dermed legitimitet til arbeidet også fra klinisk personell. Som vist i kapittel fem fant jeg en betydelig avstand mellom førstelinjelederne og HR-personell i strategisk tenkning og virkelighetssyn. Her kan det virke som det er en dekolpling mellom støttestruktur (HR) og utøvende ledere i den operative kjerne. Liten eller ingen kunnskap hos ledere både med tanke på gjeldende strategiske kompetanseplaner og HRs rolle i organisasjonen kan tyde på dette. Her er det også et tankekors at HR personell uttrykte bevissthet rundt både egen og lederes organisatoriske rolle. Dette kan være en eksemplifisering av en av ulempene Jacobsen og Thorsvik peker på med det profesjonelle byråkratiet; administrativ styring vanskeliggjøres siden det er fagekspertene som setter premissene. På den annen side kan man si at den operative kjerne med ledere som premissleverandører for fag og kompetanse aktivt burde ta del i det strategiske arbeidet, og på bruke dette som et virkemiddel for bedre rekruttering av intensivsykepleiere.

En klassisk linjeorganisasjon med vertikale klare linjestrukturer med styring ovenfra og ned er ikke representativ for sykehus som organisasjoner. Strukturen i det profesjonelle

byråkratiet er sterkt spesialisert og fremstår ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013) som horisontalt kompleks. Den horisontale kompleksiteten kommer av den sterke spesialiseringen og fagekspertenes premisser. Her vil teknostrukturer som HR, en del av organisasjonen, likevel ikke være del av fagekspertenes horisontale organisering. Dette kan være en av årsaken til avstanden mellom HR-personell og førstlinjeledere. HR som støttefunksjon er ikke inkludert inn i fagekspertenes arena, og omvendt. Det at ingen av lederne opplevde implementering av rekrutteringsstrategiene, eller at ingen av HR-personellet mente at lederne hadde kjennskap til strategiene kan være en konsekvens av kunnskapsorganisasjonens sterke faglige dominans og ulik virkelighetsforståelse blant gruppene.

I Helse Nords arbeid med rekrutteringsstrategiene og kompetanseplanene er det ved flere anledninger uttrykt at rekruttering skal profesjonaliseres. Dette er ment som et av virkemidlene for å øke kompetanse innen feltet. Som planverket i kapittel to viser har det over år pågått en regional strategisk satsning som har endt ut i et planverk som er gjennomarbeidet, og som HR-personellet uttrykker eierskap og stolthet over. Planverket kan ifølge utvalgets HR-personell brukes i det daglige i rekrutteringsarbeidet, også av førstelinjeleder. Lederne på sin side uttrykker skepsis til det strategiske arbeidet som har pågått og de oppfatter HR som utilgjengelig og utfordrende å kommunisere med. Implementeringen av planverket kan synes komplisert i en arena der partene, som i realiteten har samme mål, er fremmedgjort for hverandre. Dette kan i tillegg til å være en organisatorisk konsekvens av ekspertorganisasjonen, også tolkes som en kulturell forskjell mellom de to gruppene. Her vil spørsmålet bli hvordan disse gruppene kan nyttiggjøre seg av hverandres spisskompetanse, og muligens optimalisere rekrutteringen av intensivsykepleiere i Helse Nords lokalsykehus.

## **6.2 Ledelse i kunnskapsorganisasjoner**

Jeg har tidligere vist til ansvarliggjøringen av førstelinjelederens rolle i rekrutteringsarbeid, både fra nasjonalt og regionalt hold ved Regjeringen og Helse Nord. Ansvarliggjøringen fortsetter ned i organisasjonene på det enkelte lokalsykehus og ned til den enkelte førstelinjeleder og HR-personell. Begge gruppene uttrykker det ansvaret lederne har for rekruttering av intensivsykepleiere og er klare på ansvaret som foreligger. Forskjellen mellom gruppene ligger ikke i ansvarsfordeling, men heller hvordan man oppnår måloppnåelse. For å illustrere dette velger jeg nå å fokusere på lederroller og lederfunksjoner i

kunnskapsorganisasjoner og skal forsøke å forklare rekrutteringsstrategienes implementering, eller manglende sådan.

Strand (2007) beskriver ledelse som et sett av roller. Ledelse må ses i sammenheng i hvilken kontekst rollen befinner seg i og er en sammensatt, skiftende og kompleks aktivitet. Strand antar videre at organisasjonstyper gir grunnvilkår for ledelse og bruker Quinns kart over PAIE modellen for å illustrere (Figur 10, kapittel 3). I et sykehus som kunnskapsorganisasjon setter Strand ledelse inn i produsentrollen der man er nært knyttet til rollen som fagekspert. Man skal være pådriver og dirigent, og drives av profesjonsverdier og status i fagmiljøet. Strand mener disse lederne kan ha stor innflytelse innenfor gitte rammer og faglige normer. Ledere nær klinisk virksomhet, som førstelinjelederne i undersøkelsen, er en del av den operative kjernen og kan ha stor betydning i ekspertorganisasjonen i kraft av sin rolle som fagekspert. Som tidligere nevnt er de premissleverandører.

Det kan se ut som HR-personellet blir sett på som representanter for den administrative styringen som har lav legitimitet hos fagekspertene. Den byråkratiske styringen i de offentlige sykehusene skaper utfordringer i ledelse av kunnskapsorganisasjonene, og det ser ut som undersøkelsens to grupper er et bilde på dette. HR med sin strategiske tenkning blir sett på som et serviceapparat av førstelinjelederne og har lav anerkjennelse. Utfordringen i organisasjonen blir da liten eller dårlig samhandling mellom partene. Avstanden mellom organisasjonens hoveddeler (nyremodellen) blir stor og skaper en “oss og dem” holdning heller enn en “vi holdning. Det karakteristiske funnet i undersøkelsen er at HR-personell som representanter for den administrative og byråkratiske styringen gjerne vil delta og bidra. Førstelinjelederne som representere den operative kjerne og den kollegiale styringen anerkjenner ikke, og ser ikke nytten av teknostrukturen. Det at førstelinjelederne “heller gjør det selv” illustrerer dette. Så kan man jo reflekter over den bevisstheten HR-personellet har om sin egen rolle og egen (u)synlighet i organisasjonen overfor ledere de skal bidra til som en støttefunksjon.

Også Helse og omsorgsdepartementet (Helse og omsorgsdepartementet, 2019) utdyper rollebegrepet og setter det i en ledelseskontekst. Her sies det at rollebegrepet kan deles inn i kategorier av forventninger til egen rolle og forventninger fra andre samt forventninger som genereres av ytre betingelser eller rammebetingelser som strategiske krav, lovverk og økonomiske betingelser. Her heter det videre at rollekonflikter kan oppstå ved manglende samsvar mellom egne og andres forventninger og/eller rammebetingelser. HOD refererer til

Henry Mintzberg (figur nr, 9 kapittel 3) og hans beskrivelse av overlappende funksjoner en lederrolle må ivareta uavhengig av nivå. Mintzbergs funksjoner det refereres til er strategiske, administrative, mellom-menneskelige og faglige.

For lederne i min undersøkelse kan det se ut som de faglige, mellom-menneskelige og til en grad det administrative var viktig, dette underkjenner ikke deres evne til strategisk bevisstgjøring, men fremstår for meg som den funksjonen lederne ikke har en like klar tankegang rundt. Dette leder meg til å tro at det å være en del av en kunnskapsorganisasjon som førstelinjeleder innebærer en rekke prioriteringer i det daglige, der strategisk overordnet planverk kan virke som at får underordnet fokus. Det å utføre faget, å administrere avdelingen og ta vare på de ansatte i en mellom-menneskelig kontekst er overordnet det å tenke strategisk og få innsikt i planverk.

Gruppen av HR-personell refererte alle til stort lederspenn og ansvar hos førstelinjeledere og årsakforklarte manglende implementering og kjennskap til rekrutteringsstrategiene med dette. De ga uttrykk for forståelse for tidspress hos førstelinjelederne, samtidig som var undrende over det faktum at deres støttefunksjoner innen strategisk funksjon ikke var mer etterspurt av lederne. Det var ingen av lederne som ga uttrykk for stort lederspenn, eller for mange funksjoner. Alle oppga tanker og meninger angående rekruttering og strategisk arbeid, men ingen oppga HR som en faktor som kunne bidra her. Man kan tenke seg at ledernes overlappende funksjoner er en selvfølge for lederne, å ha ansvar og stort spenn oppleves muligens ikke som et problem. I tillegg setter de ikke den strategiske funksjonen inn i en strategisk kontekst til tross for meninger og tanker angående rekruttering av intensivsykepleiere. Årsaken kan være en pragmatisk holdning til rekruttering fra lederne, og en overordnet tankegang fra HR-personellet.

Kirkhaug (2018) viser til at aktører i en organisasjon kan ha vidt forskjellige syn på atferd, kvalitet, effektivitet og hvilke tilstander og mål organisasjonen skal jobbe for. Jeg mener at de forskjellige perspektivene hos HR-personell og førstelinjeledere bekrefter dette på en god måte. Administrativ styring og strategisk tenkning oppleves som fremmed og besværlig for lederne som er preget og motivert av sin profesjons verdier og faglige fokus. Ledernes syn på HR-som støttefunksjon og dermed også rekrutteringsstrategiene de representerer preges av sykehusets strukturelle forhold og avstand mellom partene. Sykehusenes kompleksitet som organisasjoner kan medføre at lederne har mindre oversikt over hvem som har ansvar for hva når det gjelder administrative funksjoner, herunder strategisk HR arbeid.



## **7.0 Oppsummering med konklusjon, refleksjon og kritisk blikk**

I det følgende vil jeg komme med en kort oppsummering. Jeg vil vise til hovedresultat av undersøkelsen, og svare på oppgavens problemstilling med en refleksjon rundt konklusjonen. Jeg peker også videre på tema jeg ser kan forskes nærmere på. Kapittelet inneholder også kritikk av eget arbeid og refleksjon over problemer jeg har møtt på i arbeidet med oppgaven.

Bakgrunnen for oppgavens tema er som tidligere nevnt Riksrevisjonens undersøkelse fra 2019 – Bemanningsutfordringer i helseforetakene. Da undersøkelsen ble publisert ble det nok en gang rettet fokus mot helseforetakenes utfordringer med å rekruttere spesialsykepleiere, her ble intensivsykepleiere igjen fremhevet som krevende å rekruttere. Ved gjennomgang av dokumenter (kapittel 2) ble det klart for meg at det har vært lagt ned et betydelig arbeid i å utarbeide strategiske rekrutterings og kompetanseplaner for rekruttering av helsepersonell, blant annet intensivsykepleiere fra Helse Nord. Arbeidet har pågått over år og er ment å skulle være implementert ned i lokale helseforetak hos ledere nær klinisk virksomhet. Jeg ønsket å undersøke om dette var tilfelle og i hvor stor grad strategiene blir brukt som rekrutteringsverktøy av lederne. Data er samlet gjennom kvalitative intervjuer av strategisk utvalgte informanter og gjennomgang av dokumenter fra Helse Nord, Riksrevisjonen, Regjeringen og Statens Helsetilsyn. Jeg har sett etter sammenhenger mellom empiriske funn i undersøkelsen og aktuell organisasjons- og ledelsesteori.

### **7.1 Konklusjon**

Undersøkelsen viser at de regionale rekrutteringsstrategiene i Helse Nord ikke er implementert hos førstelinjelederne i de utvalgte lokalsykehusene i Helse Nord's opptaksområde. Det viser seg at rekrutteringsstrategiene ikke er i bruk på førstelinjeledernivå i nevnte lokalsykehus, de er også i liten eller ingen grad kjent for nevnte ledere.

## **7.2 Refleksjoner rundt konklusjon**

Hovedfunnet i undersøkelsen er ikke overraskende og bekrefter min opprinnelige hypotese, men funnet har flere dimensjoner jeg ønsker å reflektere rundt. Som vist i kapittel seks kan sykehusenes organisasjonstyper og kontekst for ledelse være en forklaring på avstanden mellom HR-personell og ledere som fageeksperter i en kunnskapsorganisasjon.

Som førstelinjeleder har jeg med meg en sterk forforståelse inn i arbeidet med datamaterialet, det har uten tvil preget mitt valg av tema og problemstilling. For meg har det å gå i dybden på HR-personellets perspektiv på rekruttering og deres virkelighetsforståelse gitt meg en bredere og dypere innsikt til et annet nivå i egen organisasjon. HR- personellets viste et genuint ønske om å bidra med sin spisskompetanse innenfor rekruttering, de oppga kjennskap til førstelinjeledernes lederspenn og komplekse oppgaver og viste en forståelse for egen rolle som støttepersonell. Dette forteller meg at det er et potensiale for forbedring innen samhandling innad i sykehusene mellom klinisk personell og støtte personell. Den langvarige satsningen på strategiske rekrutteringsplaner har ført til godt og grundig planverk som kan og burde brukes av ledere i rekrutteringsøyemed.

Implikasjonene her kan være at støtte- og klinisk personell bør nærme seg hverandre for å lære og dra nytte av kompetansen begge gruppene innehar. Utveksling av kompetanse mellom gruppene kan føre til en gjensidig forståelse og respekt som vil komme rekrutteringen av intensivsykepleiere ved lokalsykehus i Helse Nord til gode. Jeg ser også at funnene i undersøkelsen kan overføres til rekruttering av helsepersonell generelt, ikke bare for intensivsykepleiere i Helse Nord's lokalsykehus. Det er ingen grunn til å tro at avstanden mellom utvalgets grupper og opptaksområde er unikt for de tre lokalsykehusene. Dette kan det forskes videre på. I tillegg hadde det vært interessant å sett om rekrutteringsstrategier og strategisk HR-arbeid faktisk fører til en bedre tilgang på helsepersonell.

## **7.3 Kritisk blikk**

Jeg anerkjenner at valget av kvalitativ metode og fenomenologisk perspektiv på analysen har sine begrensninger. Målet med mitt metodevalg var å søke å forstå informantenes unike forståelse og egne perspektiv på oppgavens team. Intensjonen min var å ha en refleksiv tilnærming for å søke å forstå meningsinnholdet i funnene jeg gjorde.

Oppgavens utvalg er lite, kun tre fra hver gruppe fra tre lokalsykehus gir nok ikke nok spredning i data til å kunne gi et representativt bilde av temaet. Opprinnelig var tanken at jeg skulle ha en informant fra hver sykehusenhet i Helse Nord. Dette gikk jeg bort fra da jeg innså at det ble for stor mengde data å prosessere. Til tross for faktoren med lite utvalg hadde jeg hadde gjort en “grovkartlegging” av problemstillingen i forkant av datainnsamlingen og er ganske sikker på at funnene er representative og kan overføres til andre helseforetak og andre yrkesgruppen inne kategorien helsepersonell, kanskje særlig helsepersonell med spesialistfunksjon.

Avgjørelsen om å skrive alene begrenset meg i mengde arbeid jeg klarte å ivareta, men også det å ha en medstudent å diskutere med for å validere min tankegang underveis i prosessen har vært et savn, og det kan hende at sluttresultatet er for mye preget av min forforståelse. Metodekapittelet var spesielt utfordrende for meg uten en partner som kunne kvalitetssikre tankegang i analyseprosessen. Ved gjennomgang av data i analysen mente jeg da at kulturforskjeller mellom informantgruppene var et av temaene som sto frem for meg som et viktig funn. Utfordringen ble derfor stor da jeg ikke fant temaet igjen i gjennomgangen av dokumentene fra kapittel to. Dette er jo for så vidt et funn i seg selv, og jeg valgte å løse dette med å prøve å illustrere kulturforskjell mellom partene under hvert tema som sto igjen til slutt i kapittel fem.

Til slutt må det nevnes at det meste av Helse Nords rekrutteringsstrategier og planverk ikke kun omhandler sykepleiere eller intensivsykepleiere, de gjelder generell rekruttering av alt personell i Helse Nords helseforetak. Jeg mener likevel de kan brukes opp mot denne spesifikke gruppen og at funnene mine er valide og er overførbare.

## 8.0 Litteraturliste

### Personlige forfattere:

Jacobsen D.A og Thorsvik J. (2013) 4 utg. Hvordan organisasjoner fungerer. Bergen, Fagbokforlaget

Johannesen A. Christoffersen L. og Tuft P.A. 3 utg. Forskningsmetode for økonomisk - administrative fag. Oslo, Abstrakt forlag A/S

Kirkhaug, R. (2018) 2 utg. Verdibasert ledelse. Oslo, Universitetsforlaget

Kuvaas, B., & Dysvik, A. (2012). Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser - evidensbasert HRM. 2 utg. Bergen, Fagbokforlaget.

Malterud K. (2018) 4 utg. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo, Universitetsforlaget

Nyland K. og Pettersen I.J. (2018) 1 utg. Penger og Helse. Bergen, Fagbokforlaget

Strand T. (2007) 2 utg. Ledelse, organisasjon og kultur. Bergen, Fagbokforlaget

### Ikke-personlige forfattere:

Helse Nord (2010) Strategisk kompetanseplan, rapport fase 1. Tilgjengelig fra: [https://helse-nord.no/Sider/PageNotFound.aspx?requestUrl=https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Rapporter%20og%20dokumenter/Strategisk%20kompetanseplan%20rapport%20fase%201%20\(Ep](https://helse-nord.no/Sider/PageNotFound.aspx?requestUrl=https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Rapporter%20og%20dokumenter/Strategisk%20kompetanseplan%20rapport%20fase%201%20(Ep)

Helse Nord. (2014) Strategisk kompetanseplan fase 2. Rapport fra regional prosjektgruppe. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Rapporter%20og%20dokumenter/Strategisk%20kompetanseplan%20fase%202%20med%20vedlegg.pdf>

Helse Nord. (2014) Rekruttering og stabilisering av sykepleiere og spesialsykepleiere. Rapport fra underarbeidsgruppe. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Rapporter%20og%20dokumenter/Strategisk%20kompetanseplan%20fase%202%20med%20vedlegg.pdf>

Helse Nord. (2016) Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering. Tilgjengelig fra: <https://helse->

[nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202016/20160922/Styresak%20106-2016-1%20Regional%20handlingsplan%20for%20rekruttering,%20vedlegg.pdf](https://nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202016/20160922/Styresak%20106-2016-1%20Regional%20handlingsplan%20for%20rekruttering,%20vedlegg.pdf)

Helse Nord. (2021) Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024. Tilgjengelig fra:

<https://helsenord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Strategi/Strategi%20for%20Helse%20Nord%20RHF%202021%E2%80%932024.pdf>

Helse Nord. (2021) Regional handlingsplan 2021-2024. Utkast. Tilgjengelig fra: <https://helsenord.no/om-oss/vare-medarbeidere/hygen-halvor>

Helse Nord.no (2021) Våre helseforetak. Tilgjengelig fra: <https://helsenord.no/behandlingssteder/vare-helseforetak>

Helse og omsorgsdepartementet (2019) Førstelinjeledere i norske sykehus – en kunnskapsoppsummering. Tilgjengelig fra:

<https://www.agendakaupang.no/publication/forstelinjeledere-i-norske-sykehus-en-kunnskapsoppsummering/>

Norsk sykepleieforbund. (2004) Funksjons og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier.

Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxIgGCKwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>

Regjeringen. 2019. Nasjonal Helse og sykehusplan 2020-2023. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonal-helse--og-sykehusplan2/nhsp2020-23/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2662322/>

Riksrevisjonen. (2019) Bemanningsutfordringer i helseforetakene. Tilgjengelig fra:

<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2019-2020/undersokelse-av-bemanningsutfordringer-i-helseforetakene/>

Statens helsetilsyn. (1999) Gjennomgang av landets sykehus – delrapport 2. Kartlegging av kapasitets- og driftsforhold ved intensivavdelingene. Tilgjengelig fra:

[https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/andrepublikasjoner/kapasitet\\_drift\\_intensivavd\\_delrapport2\\_1998.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/andrepublikasjoner/kapasitet_drift_intensivavd_delrapport2_1998.pdf)

## **9.0 Vedlegg**

1. Informasjonsskriv/samtykkeerklæring

### **Vil du delta i forskingsprosjektet «rekruttering av spesialsykepleiere ved lokalsykehus i Helse Nord»?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke i hvilken grad Helse Nords rekrutteringsstrategier blir brukt ved lokalsykehus i Helse Nord, og i hvilken grad disse har hatt effekt på rekruttering av sykepleier og spesialsykepleiere.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltagelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med prosjektet er avsluttende oppgave i MBA Helseledelse ved Nord Universitet.

Bakgrunnen for valg av tema er riksrevisjonens rapport: Bemanningsutfordringer i helseforetakene (november 2019). rapporten peker på en rekke utfordringer når det gjelder å rekruttere, mobilisere og beholde arbeidskraft i spesialisthelsetjenesten, da særlig sykepleiere og spesialsykepleiere. Både nasjonalt og regionalt viser det til et stort avvik når det gjelder nåværende og fremtidig tilgang og behov for sykepleiere innen spesialisthelsetjenesten.

Helse Nords strategiske kompetanseplan inneholder fire rekrutteringsstrategier:

1. Profesjonalisering av rekruttering
2. Informasjon og markedsarbeid
3. Stabiliserende organisasjon
4. Utdanning og kompetanseutvikling

Kompetanseplanen følges opp med en rekke tiltak og krav til helseforetakene, og disse kravene vil legges til grunn i arbeidet med oppgaven, da med særlig fokus på punkt 3 og 4.

Forskningsspørsmål:

#### **Regionale rekrutteringsstrategier i Helse Nord – er de implementert (hos førstelinjeledere) i lokalsykehus, der vi bor?**

En kvalitativ undersøkelse av implementering av regionale rekrutteringsstrategier i Helse Nord, men utgangspunkt i deskriptive modeller for organisasjon og ledelse

## **Underspørsmål: I hvor stor grad kjenner førstelinjeledere for intensivavdelinger i lokalsykehus, til (og tar i bruk) rekrutteringsstrategiene?**

### **Ansvarlig for prosjektet**

Professor Pål Andreas Pedersen, Nord universitet/handelshøyskolen i Nord. Pål Andreas Pedersen har tilgang til opplysningene så lenge prosjektet vedvarer – 230620.

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

Du har kunnskap om rekrutterings og HR arbeid ved lokalsykehus i Helse Nord, eller er 1. linje leder ved samme område. Utvalget vil være likt antall rekrutteringsansvarlige og 1.linje ledere.

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

Metoden vil være et semistrukturert intervju, enten pr telefon eller personlig oppmøte. Intervjuet vil bli tatt opp med lydopptak og vil anonymiseres. Dette gjelder for begge grupper utvalg (HR/rekruttering og ledere).

### **Det er frivillig å delta**

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

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

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

Det er kun undertegnede som vil ha tilgang til data innhentet ved intervju. Navn og kontaktinfo vil bli erstattet med en kode som lagres adskilt fra øvrige data. Data vil bli lagret på ekstern harddisk.

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes 230620, og data vil deretter bli destruert.

### **Dine rettigheter**

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

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- Å få rettet personopplysninger om deg
- Få slettet personopplysninger om deg
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

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

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Nord universitet ved Pål Andreas Pedersen: [pal.a.pedersen@nord.no](mailto:pal.a.pedersen@nord.no) eller student Unni Johanne Andersen: [unni.johanne.andersen@helgelandssykehuset.no](mailto:unni.johanne.andersen@helgelandssykehuset.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Pål Andreas Pedersen

Student

Unni Johanne Andersen



## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere ved lokalsykehus i Helse Nord*», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i Intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 230620

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)