

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,  
Pilestredet,  
Fakultet for helsefag**

**Kandidatnummer: \_\_235 & 367\_\_**

**Eksamensnavn: \_\_SYBA3900\_\_**

**Dato: \_\_31. mai 2017\_\_**

**Klasse: \_\_3C\_\_**

**Kull: \_\_2014H\_\_**

**Antall ord: \_\_10914\_\_**

## Sykepleiefaglig ledelse og pasientomsorg

I denne oppgaven vil vi belyse hva som karakteriserer god sykepleiefaglig ledelse og hvordan en slik ledelse kan påvirke pasientomsorgen, og hvilke faktorer og forhold ved ledelse som hemmer eller fremmer god pasientomsorg.

«All ekte hjelpsomhet  
begynner med ydmykhet  
i forhold til den jeg vil hjelpe.  
Dermed må jeg forstå  
at å hjelpe er ikke å herske,  
men å tjene.  
Kan jeg ikke dette  
kan jeg ikke hjelpe noen»

Søren Kierkegaard

## Sammendrag

Bakgrunn	<p>Vi synes vi ser at sykepleien som utøves i hverdagen påvirkes av ledelsen, og vår bekymring er at pasientomsorgen blir lidende.</p> <p>Vi ønsker å se på hvordan sykepleieleidelsen kan legge forholdene til rette for utøvelsen av omsorgsfull sykepleie.</p>
Problemstilling	<p>Hva karakteriserer god sykepleiefaglig ledelse og hvordan kan en slik ledelse påvirke pasientomsorgen, samt hvilke faktorer og forhold ved ledelsen hemmer eller fremmer god pasientomsorg.</p>
Metode	<p>Litteraturstudie. Det er benyttet sekundærdata; eksisterende faglitteratur og forskning. Søk er foretatt i databasene The Cochrane Library, MEDLINE, Cinahl og SveMed+. 6 forskningsartikler og en Ph.d. avhandling er brukt i oppgaven.</p>
Resultater	<p>Litteratur og forskning viser at ledelse har betydning for pasientresultater. Det må være samspill mellom faglighet og ledelse og leder må kjenne og se sine medarbeidere. Relasjonsledelse og transformasjonsledelse fører til motiverte medarbeidere.</p>
Diskusjon	<p>Kliniske mikrosystemer er hensiktsmessige både i forhold til ledelse, motivasjonen til medarbeiderne og pasientomsorg. Hybridledere som forener fag og ledelse er viktige i forhold til personsentrert sykepleie. Ledere må reflektere over egen adferd og lede og motivere medarbeiderne utfra deres arketyper. Ledere må ha personlige og faglige kvalifikasjoner samt relasjonelle ferdigheter for å fylle lederrollen.</p>
Nøkkelord	<p>Sykepleiefaglig ledelse. Pasientomsorg. Personsentrert sykepleie. Relasjonsledelse. Transformasjonsledelse. Arketyper. Hybridleder. Kliniske Mikrosystemer.</p>

## INNHOLDSLISTE

1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 Bakgrunn og hensikt for valg av tema. ....	1
1.2 Problemstilling. ....	2
1.3 Avgrensning og tilnærming. ....	2
1.4 Oppbygging. ....	3
2.0 HELSEVESENET.....	4
2.1 Helsevesenets oppgaver.....	4
2.2 Organisasjon. ....	5
2.3 Kliniske mikrosystemer. ....	6
3.0 LEDELSE.....	8
3.1 Sykepleiefaglig ledelse.....	8
3.2 Ledelse av arketyper. ....	9
3.3 Ledelsens ansvar i kvalitetsarbeid. ....	12
4.0 OMSORG & SYKEPLEIE .....	14
4.1 Kari Martinsen.....	14
4.2 Personsentrert sykepleie. ....	15
4.3 Kunnskapsbasert sykepleie. ....	16
5.0 METODE .....	18
5.1 Litteraturstudie. ....	18
5.2 Søkeprosess faglitteratur. ....	18
5.3 Søkeprosess forskning - databaser.....	18
5.4 Kildekritikk. ....	21
5.5 Funn fra forskningsartikler. ....	22
6.0 DRØFTING.....	26
6.1 Ledelse har betydning for pasientresultater.....	26
6.2 God sykepleiefaglig ledelse – krav, utfordringer og muligheter. ....	28
6.3 Hvordan få motiverte medarbeidere.....	33
6.4 Anbefalinger. ....	36
7.0 AVSLUTNING.....	38

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn og hensikt for valg av tema.

Det er stort fokus på ledelse i media og samfunnet ellers i dag. I Klassekampen har det i lang tid foregått en diskusjon om ledelse i helsevesenet, samtidig som det dukker opp artikler i andre aviser og tidsskrifter med jevne mellomrom. Et eksempel fra Klassekampen av 18.04.17 er en artikkel om "Lederklemma" (Lillebø, 2017). Klassekampen påpeker at en avdelingssykepleier leder større enheter enn en gjennomsnittsbedriftsleder i Norge. Her kan vi lese at sykepleieledere kan ha personalansvar for opp til 50-60 ansatte som de skal vise omsorg for, drive fraværsforebygging og oppfølging for, og de skal være innovative og sette i gang kvalitetsutviklingsprogrammer. De skal også drive endringsledelse i et helsevesen preget av kontinuerlig effektivisering samtidig som de skal bruke dagen på å få tak i vikarer, som de egentlig ikke får lov til, fordi vikarer er så dyrt. Dette og mange andre oppgaver som sykepleielederen skal utføre blir tatt opp i denne artikkelen, og vi synes det sier noe om hvilke utfordringer som finnes for sykepleieledere som jo egentlig er ryggraden i sykepleietjenesten.

Av egne erfaringer og i praksisperioder synes vi at vi ser at sykepleien som utøves i hverdagen påvirkes av ledelsen. Vi ønsker å se på hvilket ansvar sykepleieledelsen har for å legge forholdene til rette for utøvelsen av omsorgsfull sykepleie. Det er nærliggende å tro at det finnes både organisatoriske, kulturelle og kunnskapsbarrierer. I sykepleietjenestens streben etter å oppfylle alle forventninger fra organisasjonen og byråkratiet er vår bekymring at pasientomsorgen blir lidende. Hvilke verdivalg står sykepleielederne overfor og hvilke hindringer står i veien for å kunne utøve god sykepleiefaglig ledelse, og for å kunne motivere og lede sine medarbeidere til å yte god pasientbehandling og sykepleie?

Hensikten med denne oppgaven er å få en større forståelse for hva som kan hemme eller fremme god sykepleieledelse, siden vi har undret oss over kvalitetsbrister i omsorgen for pasienter i vår praksis.

## **1.2 Problemstilling.**

Vårt tema dreier seg om sykepleiefaglig ledelse og pasientomsorg. I denne oppgaven vil vi belyse hva som karakteriserer god sykepleiefaglig ledelse og hvordan en slik ledelse kan påvirke pasientomsorgen, og hvilke faktorer og forhold ved ledelse som hemmer eller fremmer god pasientomsorg.

## **1.3 Avgrensning og tilnærming.**

Vårt tema er omfattende. Ledelse i sykepleien er avhengig av politiske føringer og organisasjonsform. Vi har ikke kunnet belyse den viktige sykepleielederrollen på avdelingsnivå uten å se på dette. Vi skriver overordnet om helsevesenets oppgaver, og går ikke nærmere inn på hvilke oppgaver spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er ansvarlige for å dekke. Når det gjelder organisering har vi kort belyst New Public Management (NPM) fordi denne typen tankegang har stor innflytelse på ledelsen i helsetjenesten. Vi belyser kort enhetlig ledelse og linje-/stab fordi det er det som er gjeldende i helsevesenet i dag. Det foreligger mye organisasjonsforskning (Røvik, 2009), men i denne oppgaven er det valgt kliniske mikrosystemer, Orviks (2015) modell for organisering som er en "bottom-up" tenkning, og det argumenteres for at denne modellen er hensiktsmessig i sykepleieledelse. Sykepleie innebærer både å inngå relasjonelle forhold, og å kunne bidra til å løse pasientens helsemessige utfordringer. NPM bidrar til fokus på effektivitet og målbarhet, og har også økt kravene til dokumentasjon og rapportering. I oppgaven har vi derfor valgt å ha fokus på de relasjonelle og praktiske aspektene som ikke er målbare og baserer oss på Kari Martinsens omsorgsteori som kan relateres til den personsentrerte sykepleien. Oppgaven handler om det som kjennetegner god sykepleiefaglig ledelse og hvordan slik ledelse kan påvirke pasientomsorgen, og hvilke faktorer og forhold ved ledelse som hemmer eller fremmer god pasientomsorg.

## 1.4 Oppbygging.

For å svare på problemstillingen har vi valgt å starte overordnet, helsevesenets oppgaver og organisasjon av helsetjenesten beskrives derfor kort. Videre beskriver vi den klassiske organisasjonsmodellen linje-/stab som er rådende i helsevesenet, for deretter å beskrive en annen måte å tenke organisasjon på, en omvendt organisasjonsmodell. I kapittelet om ledelse beskriver vi sykepleiefaglig ledelse og hvilken betydningen ledelse har for medarbeidere og for omsorgen i sykepleien som gis. For å forstå hvordan lederne bedre kan lede sine medarbeidere har vi med Hedegaard Hein med sine arketyper. Videre beskrives hva som kjennetegner begrepet kvalitet samt ledelsens ansvar i kvalitetsarbeidet. I kapittelet om Omsorg & Sykepleie vil vi se på standarder for sykepleien som utføres, hvordan Kari Martinsen ser på begrepet omsorg og hvordan det relateres til personsentrert sykepleie. I metodekapittelet beskriver vi litteraturstudie og søkeprosess for faglitteratur vi har benyttet oss av. Vi skriver mer utfyllende om hvordan vi har funnet fram til forskningsartikler som hjelper oss å svare på problemstillingen, før vi beskriver funn fra studiene. Disse funnene tar vi med til drøftingsdelen av oppgaven og avslutter dette kapittelet med anbefalinger vi har kommet fram til etter å ha jobbet med denne oppgaven.

## **2.0 HELSEVESENET**

I dette kapitlet skal vi se på helsevesenets oppgaver og hvordan store deler av helsevesenet i dag er organisert. Vi beskriver New Public Management (NPM), enhetlig ledelse og linje-stab organisasjon. Vi beskriver videre en modell hvor organisasjonsstrukturen er omvendt av linje-stab, hvor beslutningen er basert på det nederste leddet.

### **2.1 Helsevesenets oppgaver.**

Å fremme helse og forebygge sykdom, samt sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen er et offentlig ansvar. Offentlig finansiering og trygdeordninger har som mål at hele befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester. Helse- og omsorgstjenestene er i stadig endring på grunn av medisinsk og teknologisk utvikling, fokus på forebygging, økende forventninger og krav fra befolkningen samt medvirkning fra pasienter. Økende antall eldre, økt andel i befolkningen som lever med kroniske sykdommer, antatt mangel på kompetent helsepersonell og andre faktorer eller vilkår, fører til retningslinjer og reformer for å videreutvikle og møte behovet for helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 16, 2010-2011).

En av de store reformene som har stor innvirkning på helsevesenets oppgaver er Samhandlingsreformen. Målet med Samhandlingsreformen er å satse på helsefremmende tiltak og forebygging for å minske presset på helsetjenesten. En større andel av tjenestene skal ytes i kommunene som vil få et større ansvar for å gi brukere rett behandling til rett tid på rett sted. Planen la vekt på god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom avdelinger i spesialisthelsetjenesten og mellom sykehus og kommuner (Meld. St. 16, 2010–2011).



## **2.2 Organisasjon.**

### **New Public Management**

New Public Management (NPM) er en styringsideologi som har forsøkt å modernisere offentlig sektor ved styringsprinsipper fra privat sektor. Denne liberalistiske næringslivstankegangen er i ferd med å implementeres i all offentlig virksomhet, inklusive helsevesenet. Den gjenkjennes blant annet ved økt byråkrati og målinger av alt som kan kvantifiseres på bekostning av det " kvalitative og ikke målbare" så som opplevelsen av helse (Orvik, 2015; Antonovsky, 1994). NPM har også øket administrasjonen på bekostning av ledelse, hvilket har konsekvenser for lederne og deres rolleforståelse (Hauklién & Wyller, 2017).

### **Enhetlig ledelse**

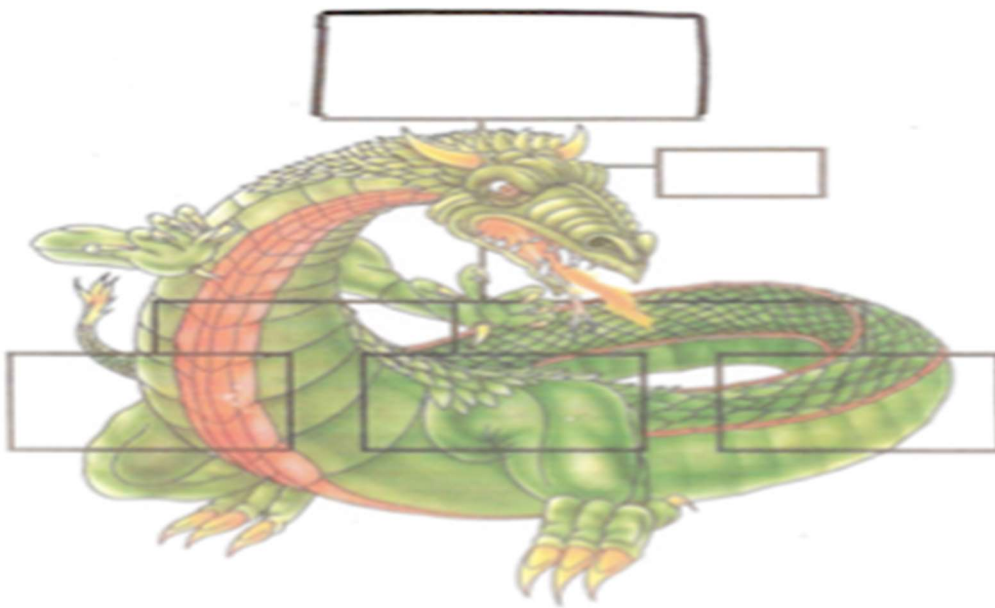
Styringsideologien New Public Management er en inspirasjon til ordningen med enhetlig ledelse. Ved å ha én ansvarlig leder for hver organisasjonsenhet tydeliggjøres ansvarsforholdet, og lederen har det helhetlige ansvaret for driften av enheten. Når denne ordningen ble innført, ble det stilt krav om faglig innsikt, men lederen skulle primært være leder. Uavhengig av profesjonsbakgrunn skal lederen utføre samme ledelsesoppgaver. Innføringen av ordningen gjorde at ansatte hadde én leder å forholde seg til (Orvik, 2015).

### **Linje-/staborganisasjon**

Den klassiske linje-/stab organisasjon bygger på Max Webers pyramidemodell (Weber, 1971), til tross for mye organisasjonsforskning er dette fortsatt den dominerende modellen (Røvik, 2009). Mønsteret i en linje-/stab organisasjon er hierarkisk, noe som gjør den oversiktlig, men egner seg ikke alltid like bra i en kunnskapsorganisasjon der den faglige kompetansen ikke alltid følger linjen. Med utgangspunkt i ledelse og styring er organisasjonsformen egnet til å anskueliggjøre myndighets- og ansvarsforhold. Linjemyndighet styrer underordnet nivå, samtidig som de også har en plikt til å rapportere til overordnet. En slik organisasjon er fordelaktig når arbeidsoppgavene er kjent og arbeidsbelastningen er stabil. Den fanger ikke i samme grad opp nye arbeidsoppgaver. Det finnes ikke nok kompetanse og ressurser i linjeorganisasjoner til å løse både kjente og nye arbeidsoppgaver. For å komme svakhetene i møte i en ren linjeorganisasjon, opprettes staber

som tilfører linjeorganisasjonen kapasitet til å ivareta oppgaver som krever langsiktig planlegging, spesialkompetanse eller omstillingsevne (Orvik, 2015).

I ledelseslitteraturen om ledelse og organisasjon er man opptatt av kommunikasjonslinjer og plassering av de ulike posisjonene. Organisasjoner består av mennesker og dermed skapes organisasjonskulturer som ikke kan fanges via skjematiske oppstillinger.



"Organisasjonssymbol" (Alvesson & Berg, 1988).

Dragen i dette organisasjonskartet er symbol for kulturen som lever i organisasjonen og som ikke ensidig kan styres av kartet. Dragen er både skremmende og i kinesisk tradisjon - full av visdom. Uansett organisering av virksomheter og kulturer er det organisasjonskulturen som bestemmer og dette må tas i betraktning.

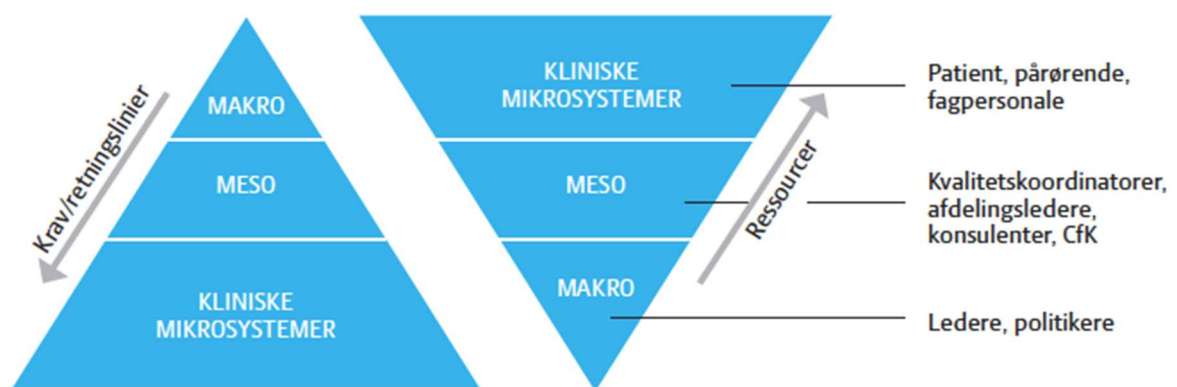
### 2.3 Kliniske mikrosystemer.

Kliniske mikrosystemer er ifølge Orvik (2015) en modell for organisering av verdiskapning gjennom kontinuerlig kvalitetsforbedring som en ledelsesfilosofi. Det er ikke bare i møtet mellom pasient og behandler at verdiskapningen i helse- og omsorgstjenester skjer, men også

mellom pasient og behandlingssystem. Tanken bak kliniske mikrosystem som organiseringsmåte og forbedringsmodell, er at muligheten for forbedringer og forandringer blir mer synlig siden verdiskapningen i helsetjenesten skjer mellom pasient og helsepersonell. Mulighetene for forbedringer er det helsepersonellet som selv gjenkjenner i sine behandlingsprosesser, og ikke tiltak som beskrives fra ledere i et høyere organisasjonsnivå. Orvik (2015, s. 159) viser til Tholstrups definisjonen av klinisk mikrosystem;

Et klinisk mikrosystem er en gruppe av fagpersoner eller tverrfaglige team, som i samspill med pasienten har til oppgave å oppnå størst mulig kvalitet i behandling og omsorg for pasienten. Det er i samspillet mellom pasient og fagpersonalet at kvaliteten, resultatene, sikkerheten, tilfredsheten og motivasjonen skapes. Det er også her, tettest på pasienten, at behovet for forandringer og forbedringer synliggjøres, og det er her den største mulighet for å skape vedvarende effekt på behandlingen finnes.

Denne definisjonen legger vekt på de delene av organisasjonen som skaper resultatene, altså pasientene, pårørende og personalet, og Orvik (2015) viser til en organisasjonsmodell hvor den tradisjonelle hierarkiske pyramiden blir omvendt. Den grunnleggende tanken er at de som befinner seg nærmest pasienten også skal utvikle den kliniske virksomheten, og det er her meningen at ledere på makronivå skal ha en støttende funksjon.



Vi finner denne måten å tenke på interessant og tar dette synet på organisasjon og ledelse med oss videre i denne oppgaven.

### **3.0 LEDELSE**

I dette kapitlet vil vi beskrive hva ledelse av sykepleie omhandler og betyr for medarbeidere og for pasientomsorgen. Videre ser vi på fire grunnarketyper som ifølge Hedegaard Hein kjennetegner medarbeidernes natur og adferd, og motivasjonsfaktorer som lederen må ha fokus på når det gjelder motivasjon hos de forskjellige arketyper. Til slutt i kapitlet ser vi på eksempler av kvalitetssvikt og nødvendigheten av ledelsens ansvar i kvalitetsarbeidet.

Det finnes mange definisjoner og synspunkter på ledelse. Stort sett handler det om lederens ansvar for å påvirke virksomheten gjennom medarbeiderne. Lederen utøver innflytelse over sine medarbeidere. Ledelse kan defineres på følgende måte: "Ledelse inkluderer det å øve innflytelse over viktige mål og strategier, over de ansattes commitment og oppgaveutførelse for å nå målene, innflytelse over grupper og identifisering med og innflytelse over organisasjonskulturen" (Yukl sitert i Alvesson, 2002, s. 133).

Ledelse er enkelt sagt å lede virksomheter etter de målene som er satt og innenfor de rammer som er gitt (Meld. St. 16, 2010-2011).

#### **3.1 Sykepleiefaglig ledelse.**

Helsetjenesten har ifølge Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016) en plikt til å sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap og kompetanse. Videre har de en plikt til å sørge for faglig forsvarlighet og til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Dette speiler seg i Helsepersonelloven (1999) hvor vi kan lese at det stilles krav til virksomheter at de skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å utføre faglig forsvarlig arbeid.

Arntzen (2014) skriver at ledelse handler om administrativ og faglig tilretteleggelse for gode tjenester og opplevd kvalitet. Hun beskriver at 10-30% av forbedringsområdene i

helsetjenesten er faglige mens hele 70-90% er organisatoriske. Det er i møte med pasienten at kvaliteten på helsetjenesten viser seg. Ledelsen må legge til rette for en fleksibilitet som gjør det mulig å ta hensyn til at hver enkelt pasient er unik med behov for tilpasset pleie, omsorg og behandling. En pasient vil ikke nødvendigvis kunne si om behandlingen han mottok var faglig god, men vil sitte igjen med et inntrykk av hvordan han ble møtt og informert i løpet av for eksempel et sykehusopphold.

En leder i sykehus skal være helhetstenkende, ansvarlig, handlekraftig, endringsvillig, kommuniserende og inspirerende. Det stilles store krav til ledere, de er ansvarlig for at tjenester er i samsvar med myndighetenes kvalitetskrav og pasientenes behov. God personalledelse og god faglig ledelse vil ha betydning for arbeidsmiljø, kompetanseheving, de ansattes trivsel og sykefravær og ønske om å bli i jobben (Meld. St. 16, 2010-201). Ledelse dreier seg blant annet om å støtte opp om og motivere ansatte til innsats, som beskrevet i kliniske mikrosystemer av Orvik (se 2.3).

### **3.2 Ledelse av arketyper.**

Hedegaard Hein (2013) ved Copenhagen Business School har gjort et forskningsarbeid, og har funnet de fire grunnarketyperne, som kjennetegner medarbeiderne.

"Ordet arketype stammer fra gresk og er sammensatt av to ord; *arki*, som betyr opprinnelig og *typos*, som betyr form eller mønster. En arketype er altså en opprinnelig form, en grundform eller en urform" (Hedegaard Hein, 2013, s.35).

De fire arketyperne primadonnaen, prestasjonsjegeren, pragmatikeren og lønnsnettakeren har forskjellige motivasjonsprofiler, og som en konsekvens ulike ledelsesbehov.

*Primadonnaer* finner en blant altruister, de som styres av et indre kall, et høyere formål. De styres av sterke verdier og ideal, samt at de ofte har lang utdanning og trening innen sin profesjon. Arbeidet er deres primære kilde til tilfredshet og identitet. Ytre anerkjennelse er ingen dyp motivasjon i seg selv. De er aktive fordi de er kloke, kreative og initiativrike.

Det som driver dem er "flow". Flow er den gode prosess, der en analyserer et problem og arbeider for å finne en løsning. Flow gir glede.

*Prestasjonsjegeren* styres av den utadvendte prestasjonen, av anerkjennelse og karrieremessig suksess. Prestasjonsjegeren kan nok knytte seg til profesjonens verdier, men det som egentlig styrer dem er egen prestasjon. Den introverte prestasjonsjegeren kan for eksempel gå alene til sydpolen, de utfordrer seg selv på opplevelser. Den ekstroverte prestasjonsjegeren er opptatt av å prestere i andres øyne og å konkurrere med sine medarbeidere. Prestasjonsjegerne er ikke teambyggere.

*Pragmatikeren* har et praktisk forhold til arbeidet. De tenker "arbeid og liv" i balanse. Arbeidet er ikke den primære kilden til tilfredshet og identitet. De deler nok profesjonens verdier, men vil ikke ofre noe.

For *Lønsmottakeren* er arbeidet bare en kilde til ressurser, som kan brukes til å søke tilfredshet utenfor arbeidet. Lønsmottakeren tenker i "bidrag-belønning" balanse og tilslutter seg profesjonens verdier hvis det er til personlig fordel og uten kostnader.

Noen mennesker gjenkjenner seg selv umiddelbart i en av de fire arketyperne, men de fleste har lettere for å kategorisere andre, men vanskeligere for å kategorisere seg selv. Dette fordi de kan gjenkjenne seg selv i flere av arketyperne. Noen ledere kan også bli i tvil om hvordan de skal arketypebestemme medarbeiderne, fordi de i noen situasjoner oppfører seg som en annen arketype. Dette er hverken overraskende eller unormalt. Grunntanken rundt arketypermodellen er likevel, at alle tilhører en av arketyperne av natur, og at den arketypernaturen ligger rimelig fast og endres sjeldent. For å forstå dette, er det viktig å skille mellom natur og adferd. Arketypernaturen henger sammen med de verdiene som en lever etter og det grunnleggende synet en har på livet. Arketypernaturen er derfor noe som er grunnleggende i oss, og ikke bare en motivasjonsprofil eller en adferd i bestemte situasjoner. Arketypeadferden er mer bevegelig enn arketypernaturen, for selv om de primære drivkreftene best beskrives ut fra én arketype, vil de fleste oppføre seg som flere av dem. Det er derfor flere feller å gå i ved å forsøke å arketypebestemme seg selv eller medarbeidere ut fra adferdsnivået.

Hedegaard Hein (2013) har videre beskrevet en motivasjonsmodell som illustrerer bevegelsen fra ytre til indre drivkraft; Motivation som emosjonell og psykologisk tilstand, Styrbare motivasjonsfaktorer og ledelsesmessige dyder og Eksistensielle motivationsfaktorer.

*Motivasjon som emosjonell og psykologisk tilstand*, er den følelsen en har når en føler seg særlig motivert. Motivasjon som tilstand er ens ultimate drivkraft for adferd. En av disse sentrale tilstander er kicket, som er en særlig positiv og tilfredsstillende følelse som er med på å gi motivasjonen en "boost". Kicket oppleves ikke nødvendigvis hver dag, men anvendes ofte til å beskrive hendelser som relaterer seg til de arbeidsdagene som er av en slik karakter at man skulle ønske at alle arbeidsdager var slik. Fordi kicket relaterer seg til akkurat disse dagene, er ønsket om å oppleve et slikt kick én av de sterkeste drivkrefter. Imidlertid er dette ulikt fra person til person, og derfor er det også forskjellig hvordan en fra ledersiden skal agere for å skape et slikt kick hos de forskjellige medarbeiderne.

*Styrbare motivasjonsfaktorer og ledelsesmessige dyder*, er de faktorer som leder har innflytelse på, og som er med på å skape motivasjon som tilstand hos medarbeiderne. Disse såkalte kontrollerbare faktorene, er ikke knapper en som leder kan trykke på for å skape en forutsigbar adferd hos medarbeiderne. Kontrollerbarheten skal bare forstås som det man som organisasjon og ledelse har innflytelse på, direkte og indirekte. Motivasjonsfaktorene kan være både ytre- og indre motivasjonsfaktorer som har innflytelse på medarbeidernes adferd, slik som for eksempel lønn, frynsegoder og mål, samt det å skape et miljø hvor medarbeidernes indre drivkrefter kan trives. Formulering av meningsfulle visjoner eller å fjerne faktorer som hindrer de indre drivkrefter så som kontrollsystemer, møter eller andre ting som tar tiden fra det som egentlig driver medarbeiderne, er faktorer som leder har innflytelse på.

*Eksistensielle motivationsfaktorer* gjelder de som har et eksistensielt forhold til arbeidet. Ikke alle medarbeidere er i jobbsammenheng drevet av eksistensielle motivasjonsfaktorer, men de som er det ser på arbeidet som en kanal til "meningen med livet". Dette er i stor grad knyttet til det å gjøre en forskjell i en høyere sak gjennom arbeidet.

Andre motivasjonsteorier har primært hatt fokus på medarbeidernes "produktivitet", jobbtilfredshet eller trivsel som sluttprodukt, mens denne modellen fokuserer på motivasjon

som en ettertraktet følelse. Forskjellen er at leder har medarbeidernes indre følelse av motivasjon som mål (Hedegaard Hein, 2013).

*Frustrasjonsregresjon* er et kjent begrep innen motivasjonsteorien (Hedegaard Hein, 2013). Frustrasjonsregresjon er en kompensasjonsstrategi. Man projiserer udekkede behov ned på et lavereliggende behovsnivå, for å kompensere for manglende motivasjonen eller energikick. Håpet knytter seg til at det en etterspør skal kunne erstatte det en mangler. Adferden blir derfor mer umoden og skaper mer frustrasjon uten at adferden er forstått.

Å håndtere de ulike arketyperne forutsetter ledere som har evne og vilje til kontinuerlig å reflektere over egen adferd og utvikling, samt evne til å lede medarbeidere slik at deres dypere drivkrefter kommer oppgaven til del (Hedegaard Hein, 2013).

### **3.3 Ledelsens ansvar i kvalitetsarbeid.**

Ledere i helsesektoren er ansvarlig for at tjenester er i samsvar med myndighetenes kvalitetskrav og pasientenes behov (Meld. St. 16, 2010-201). Vi vil i dette avsnittet definere kvalitet og si noe om ledelsens ansvar for pasientsikkerhet og kvalitetsutvikling.

I kvalitetsstrategien til Helsedirektoratet "Og bedre skal det bli!" fra 2005 kan vi lese at kvalitetsbegrepet kan defineres på mange måter. Kvalitet innebærer at tjenester er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse og utnytter ressursene på en god måte. En dekkende definisjon av kvalitet finner vi hos Arntzen (2014); "kvalitet er forholdet mellom hva som faktisk ytes, og hva som kreves eller forventes". Denne definisjonen dekker det at man må forholde seg til lovpålagte føringer, men at kvalitetsopplevelsen også omhandler subjektive verdier hos et menneske.

Hjort (2007) stipulerer at uheldige hendelser fører til 2000 dødsfall, 18 000 skader og 560 000 ekstra liggedøgn i året. Det er mange årsaker og ulike helseprofesjoner bak disse tallene. Hjort viser til en undersøkelse hvor ca. 50% av sykepleierne hadde opplevd uheldige hendelser. Disse ble knyttet til håndtering av legemidler, prosedyrer, dokumentasjon og kommunikasjon.



Hjort anbefaler at man lærer av feil gjennom rapportering og å bygge en sikkerhetskultur for å forebygge feil. Det vises til at tilsyn tyder på mangelfull kvalitetsstyring og kontroll og at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er for dårlig forankret i ledelsen. I Meld. St. 10 (2012–2013), God kvalitet – trygge tjenester, anbefales det at det utvikles systemer og kulturer for å lære av feil. Det er menneskelig å gjøre feil, men åpenhet, gode systemer for avviksbehandling og forebygging vil gjøre tjenestene tryggere. Leder har ansvar for at det finnes systemer som fanger opp feil og korrigerer adferd som forårsaker feil (Arntzen, 2014).

Kvalitetsutvikling er ifølge Bjørø & Kirkevold (2011) en kontinuerlig prosess der en vurderer aktivitetene som påvirker tjenestens kvalitet. Dette betyr i praksis at tiltak for kvalitetsforbedring ikke bare handler om å redusere skader, men også om å bygge varige systemer for å styrke kvalitets- og pasientsikkerhetskulturen (Orvik, 2015).

Hovedmålet til kvalitetsutviklingsarbeid er å forebygge feil og iverksette forbedringsprosesser som skal bevisstgjøre oss om hva vi gjør og hvorfor. Årsakene til feilene må erkjennes. Erkjennelsen er forutsetningen for læring, først da kan en lære av feilene. For å redusere risikoen for uønskede hendelser, må det også etableres systemer og rutiner (Kveseth & Mikkelsen, 2011).

Bevisstgjøringen om hva vi gjør og hvorfor vi gjør det kan knyttes opp mot kliniske mikrosystemer, da modellen vil føre til at leder lettere kan se og snakke om feil med medarbeidere.

## 4.0 OMSORG & SYKEPLEIE

I dette kapitlet skal vi si noe om personsentrert sykepleie og kunnskapsbasert sykepleie. Før vi skriver om hva sykepleie omhandler, er det hensiktsmessig å si noe om hvordan Kari Martinsen ser på begrepet omsorg, da vi ser hennes syn på omsorg som grunnleggende i personsentrert sykepleie.

### 4.1 Kari Martinsen.

Martinsens menneskesyn baserer seg på verdioppfatninger hvor relasjoner blir sett på som grunnleggende i menneskets liv. Hun mener at menneskets liv henger sammen med andre menneskers liv, derfor er mennesker avhengige av hverandre. Omsorg er for Martinsen et ontologisk begrep og en grunnleggende forutsetning for liv. Med utgangspunkt i menneskets avhengighet av andre er og må omsorg, ifølge Martinsen, være sykepleiens verdigrunnlag. Det er tre dimensjoner som Martinsen vektlegger ved begrepet omsorg; det relasjonelle, det praktiske, og det moralske. I en bestemt situasjon er dimensjonene integrerte og sammenflettede, og det vil være umulig å skille de ulike dimensjonene fra hverandre. I omsorgens *relasjonelle* begrep består relasjonen mellom minst to personer, hvor den ene er ansvarlig for å gi den hjelpen den andre trenger i sin situasjon. Det er en balansert og uegennyttig gjensidighet. Når vi ser på omsorgen som et *praktisk* begrep, mener Martinsen at omsorg i høyeste grad er praktisk handling, i tillegg til grunnholdning. Kunnskapen som yrkesutøver har om pasienten og dens situasjon som medmenneske, i tillegg til fagkunnskap gjør at en er i stand til omsorgsfullt å ta bedre vare på pasienten. Den siste dimensjonen Martinsen beskriver er omsorgens *moralske* side. Alle sykepleiehandlinger har utgangspunkt i moralske handlinger ved at sykepleier må handle ut fra godt og riktig, og det som er til det beste for pasienten. Moralen har sitt utgangspunkt i kjærligheten og er uegennyttig (Kristoffersen, 2011).

## 4.2 Personsentrert sykepleie.

Innen sykepleie har begrepet personsentrering lenge blitt forbundet med sykepleieteorier. En del av sykepleieteoretikerne benytter ikke begrepet personsentrert, men de har bygget teorier på begrep som person, miljø, sykepleie og helse. Disse begrepene formuleres utfra filosofiske perspektiver og har utviklet sykepleieteorier og sykepleiemodeller som sykepleierne kunne gjøre seg nytte av, for å utforme arbeidet. Personsentrert sykepleie bygger på en sterk tradisjon der den "praktiske omsorgens" teoretiske perspektiv er grunnleggende. Det er derfor ikke overraskende at personsentrert sykepleie er utviklet i lignende tradisjon, men uten kobling til et spesielt verdensbilde (Lepp, 2013). Personsentrering er ifølge Lepp (2013) blitt mer kjent som begrep internasjonalt innen pleie og omsorg. Begrepet har blitt brukt for å beskrive en form for pleie hvor pasienten står i fokus. Den konseptuelle og teoretiske utviklingen på området har til en viss grad gitt en større forståelse for hvordan vi kan få personsentrering til å fungere i praksis. Den har også skapt en større interesse for å utvikle modeller og verktøy som gjør det mulig å evaluere resultatet av personsentrert tilnærming. I store deler av personsentreringen kreves det at sykepleierne utøver mange av de verdiene som er kjernen i yrket, som for eksempel omsorg og medfølelse. Det som er helt avgjørende i personsentrert sykepleie, er sammenhengen der sykepleierne arbeider, sykepleierne forventes å være profesjonelle, samtidig som det er nødvendig med kontinuerlig kvalitetsforbedring. I følge Svensk Sjuksköterskeförning er personsentrert omsorg en omsorg som streber etter å synliggjøre hele personen og ser så vel åndelige/eksistensielle, sosiale og psykiske behov i like stor grad som fysiske behov. Personsentrert omsorg innebærer å respektere og bekrefte personens opplevelse og tolkning av uhelse og sykdom, samt å arbeide utfra den tolkningen for å fremme helse, slik den enkelte pasient ser som sin helse. Hvis en ser mennesket som en enhet av kropp, sjel og ånd, speiles dette i det ovennevnte, og sykepleier skal imøtekomme, ikke bare de fysiske behovene, men også de psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behovene. Begrepet person kan forstås som en representasjon av humanismen og hvordan vi bygger våre liv. Derfor er spørsmål om personens tro og verdier viktige i forhold til hvordan disse uttrykkes, og livet personen streber etter å leve. Et nærliggende syn på begrepet person omfatter et holistisk syn på mennesket og at alle har lik verdi som menneske.

Å gi omsorg og respektere liv er en etisk forpliktelse. For å hjelpe pasienten til selvrespekt, kreves det at en kan se, og tør å se pasienten både som et menneske, medmenneske og som

pasient uten å redusere mennesket til en person med sykdom. I omsorgen står det sentralt å se mennesket, å tillate seg å se pasienten eller personen som et medmenneske, et lidende menneske med verdighet og integritet som skal beskyttes og bevares (Lepp, 2013).

### **4.3 Kunnskapsbasert sykepleie.**

I Norsk sykepleierforbunds retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011) fremkommer det:

"1.4 Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis."

Det understrekes også hvilket ansvar som pålegges sykepleielederne:

"1.5 Ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon, og bruker yrkesetiske retningslinjer som et styringsverktøy."

Hos Nortvedt et al. (2012) kan vi lese at forskning, bruk av oppdatert kunnskap og brukermedvirkning er viktig for kvaliteten i tjenesten. De definerer utøvelse av kunnskapsbasert praksis (KBP) på følgende måte; ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhenting av:

- forskningsbasert kunnskap
- erfaringsbasert kunnskap
- pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen.

Nortvedt og Grønseth (2016) skriver at sykepleieren har et ansvar for å være oppdatert og yte den til enhver tid best mulige sykepleie ut fra faglige kvalifikasjoner og kunnskapsgrunnlag. Sykepleierens evne til å ivareta det faglige ansvaret vil påvirke kvaliteten på sykepleien som gis. For å kunne foreta pålitelige vurderinger må sykepleieren ha en sterk fagspesifikk kunnskapsbase fra teori og forskning samt erfaringsbasert kunnskap, og denne kunnskapen må kontinuerlig oppdateres og fornyes. Forfatterne stiller videre spørsmål om man kan opprettholde en forsvarlig individuell omsorg for den enkelte pasient under stadig økende krav til produktivitet og kostnadseffektivitet.

Det vi har beskrevet over er det vi ser på som standarder for sykepleien. Tidligere har vi skrevet om ledelse, og vi mener at det vi hittil har beskrevet i teorikapitlene vil hjelpe oss å svare på vår problemstilling: Hva karakteriserer god sykepleiefaglig ledelse og hvordan kan en slik ledelse påvirke pasientomsorgen, og hvilke faktorer og forhold ved ledelse hemmer eller fremmer god pasientomsorg.

## **5.0 METODE**

### **5.1 Litteraturstudie.**

Metode er ifølge Glasdam (2011) en fremgangsmåte man velger å bruke for å belyse en problemstilling. For å belyse problemstillingen har vi gjennomført en litteraturstudie. I følge Thidemann (2015) benytter man seg da av sekundærdata, det vil si eksisterende faglitteratur og forskning. Basert på problemstillingen har vi gjort et litteratursøk og her presenterer vi søkeprosess og funn fra relevante bøker og artikler. Utfyllende beskrivelse av artiklene ligger som vedlegg til oppgaven. For å svare på problemstillingen, har vi i drøftingen tatt med egne erfaringer fra praksis og arbeidsliv, og i tillegg fått innspill til litteratur og drøfting fra en erfaren sykepleieleder.

### **5.2 Søkeprosess faglitteratur.**

Vi tok utgangspunkt i litteratur som vi har benyttet i løpet av bachelorstudiet. I emnet SYBA3000 Sykepleieren som kliniker og fagutvikler 2, har vi hatt noen relevante forelesninger som omhandler vår problemstilling. Vi har også benyttet oss av faglitteratur som vi har fått anbefalt av veileder og en Ph.d. avhandling som senere kom redigert i bokform og er beskrevet i teoridelen. Som forskning har vi i tillegg til artikler, benyttet oss av en Ph.d. avhandling innen sykepleieledelse som vi fikk anbefalt.

### **5.3 Søkeprosess forskning - databaser.**

I søkeprosessen tok vi utgangspunkt i nøkkelord i forhold til vårt tema og gjorde søk etter forskningsartikler i databasene The Cochrane Library, MEDLINE, Cinahl og SveMed+.

Vi satte også noen kriterier for inklusjon- og eksklusjon før litteratursøk.

Inklusjonskriterier:

- forskningsartikler publisert mellom 2006-2017
- nordisk og engelskspråklig litteratur

- enkeltstudier og systematiske oversiktsartikler

Eksklusjonskriterier:

- forskningsartikler publisert før 2006
- andre språk enn nordisk og engelsk

Vi tok utgangspunkt i ordene: Kvalitet i helsetjenesten og Ledelse. Ved hjelp av SveMed+ søkte vi opp MeSH (Medical Subject Headings) termer som vi kunne bruke for å søke i databaser. I de første søkene benyttet vi følgende søkeord; Quality of health care, Leadership, Nursing / Nursing Care. Vi har også benyttet oss av kjedesøk, det vil si at vi har tatt utgangspunkt i relevante kapitler i bøker og i artikler vi fant, og sjekket hvilke artikler det der er henvist til. Dette kan ifølge Glasdam (2011) være en kontroll på om man har fått opp alle artikler som dekker temaet eller om man bør inkludere søkeord som man finner i disse artiklene. Dette førte til at vi bestemte oss for å endre søkeord. Vi benyttet deretter følgende søkeord: Leadership, Nursing og Patient Outcome og kombinerte de med OR og AND.

Etter anbefaling fra veileder startet vi artikkelsøk i The Cochrane Library som inneholder systematiske oversikter over relevante enkeltstudier, med hovedvekt på medisinske studier. Databasen inneholder ca. 6 300 systematiske oversiktsartikler og man kan søke med MeSH emneord eller med fritekst (Glasdam, 2011).

Vårt første søk resulterte i 5 artikler som ikke var relevante for problemstillingen.

−	Edit	+	#1	"nursing care"	1493
−	Edit	+	#2	"quality of Health care"	1200
−	Edit	+	#3	leadership	868
−	Edit	+	#4	#1 and #2 and #3	5

Da søket ikke resulterte i relevante artikler, endret vi søkeord og kom opp med et resultat på 66 artikler.

[-] Edit [+]	#1	nursing leadership	[i]	-
[-] Edit [+]	#2	patient outcomes	[i]	59441
[-] Edit [+]	#3	#1 and #2 Publication Year from 2006 to 2017	[i]	66
[-] Edit [+]	#4	nursing	[i]	24237
[-] Edit [+]	#5	#2 and #4	[i]	5315
[-] Edit [+]	#6	leadership	[i]	868
[-] Edit [+]	#7	#5 and #6 Publication Year from 2006 to 2017	[i]	66















Deretter benyttet vi de samme søkeordene i de andre databasene.

MEDLINE er verdens første (1951) medisinske database, men dekker også sykepleie (Glasdam, 2011). Databasen inneholder 22 millioner artikler og man søker ved bruk av MeSH emneord. Søket vi gjorde resulterte i 24 artikler.

<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results	Type
<input type="checkbox"/>	1	exp Leadership/	35951	Advanced
<input type="checkbox"/>	2	exp "Outcome Assessment (Health Care)"/	887778	Advanced
<input type="checkbox"/>	3	exp Nursing/	242819	Advanced
<input type="checkbox"/>	4	exp Nursing Care/	128180	Advanced
<input type="checkbox"/>	5	3 or 4	277093	Advanced
<input type="checkbox"/>	6	1 and 2 and 5	144	Advanced
<input type="checkbox"/>	7	limit 6 to ("review articles" and yr="2006 - 2017" and (danish or english or norwegian or swedish))	24	Advanced

Cinahl inneholder sykepleie- og andre helsefaglige artikler. I Cinahl vil man kunne finne kvalitative artikler og artikler som beskriver pasienterfaringer og –opplevelser. I databasen kan man søke artikler fra 3000 tidsskrifter ved hjelp av Cinahl Subject Headings (Glasdam, 2011). Vårt søk etter kriterier for inklusjon- og eksklusjon resulterte i 23 artikler.



	Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
<input type="checkbox"/>	S6	 S1 AND S4	<b>Limiters</b> - Published Date: 20060101-20171231; Journal Subset: Double Blind Peer Reviewed <b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (23) 
<input type="checkbox"/>	S5	 S1 AND S4	<b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (68) 
<input type="checkbox"/>	S4	 S2 OR S3	<b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (211,547)
<input type="checkbox"/>	S3	 "patient outcomes"	<b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (8,788)
<input type="checkbox"/>	S2	 (MH "Outcomes (Health Care)+")	<b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (206,055)
<input type="checkbox"/>	S1	 "nursing leadership"	<b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (1,259)

Vi gjorde også et søk i SveMed+ som er en database fra Karolinska Institutet som inneholder artikler fra nordiske tidsskrifter, for å eventuelt inkludere en relevant artikkel fra en nordisk undersøkelse.

	Nr	Söksträng	Antal träffar	Tid
<input type="checkbox"/>	1	ledelse	1013	2017-04-04 12:44:01
<input type="checkbox"/>	2	leadership	1013	2017-04-04 12:47:30
<input type="checkbox"/>	3	nursing	9810	2017-04-04 12:48:00
<input type="checkbox"/>	4	#1 AND #3	200	2017-04-04 12:48:12
<input type="checkbox"/>	5	#1 AND #3 AND year:[2006 TO 2017]	82	2017-04-04 12:48:43

Vi leste igjennom abstrakt og vurderte de opp imot problemstillingen og kriteriene vi hadde satt. Etter nærmere gjennomgang av 23 artikler, valgte vi 6 artikler som vil bli brukt i oppgaven.

#### 5.4 Kildekritikk.

"Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann" (Dalland, 2012, s. 67). I en bacheloroppgave er det viktig å være kritisk til kildemateriale som anvendes i oppgaven og målet er at leseren kan se litteraturen og hvilke kriterier som er grunnlaget for valg av den anvendte litteraturen. Vi har i utgangspunktet benyttet oss av pensum og fagfellevurderte forskningsartikler som er relevante for problemstillingen. Vi har også benyttet oss av St. meldinger som gir føringer for ledelse og kvalitet. I tillegg har vi benyttet

oss av relevante Ph.d. avhandlinger innen ledelse i helsevesenet og faglitteratur.

### **5.5 Funn fra forskningsartikler.**

Vi mener at vi har funnet fram til forskningsartikler som har tatt utgangspunkt i forskjellige problemstillinger og som belyser vår problemstilling fra flere vinkler.

Artikkelen til Wong et al. (2013) undersøker sammenhengen mellom sykepleieledelse og pasientresultater. Cummings et al. (2009) ser nærmere på lederstiler og hvilken betydning dette har på sykepleiers jobbtilfredshet og arbeidsmiljø, mens artikkelen til Kristoffersen & Friberg (2015) fokuserer på transformasjonsledelse for å fremme sykepleiers kapasitet til å møte økte effektivitetskrav. André et al. (2014) viser til faktorer i arbeidsmiljøet som påvirker pasientomsorg, mens Germain & Cummings (2010) peker på faktorer som sykepleiere selv mener er viktige for deres motivasjon. Sørensens Ph.d. avhandling (2006) viser at forskjellen i samspillet mellom ledelse og faglighet knytter seg til tre roller, henholdsvis som kliniker, administrator og hybridleder. Avhengig av hvilken rolle som inntas, tildeles ledelse flere spesifikke egenskaper. Vi har også inkludert en artikkel av Curtis et al. (2011) som belyser viktigheten av å utvikle ledelse som en del av sykepleierutdannelsen.

Alle de seks artiklene har som et utgangspunkt at sykepleierens ytelse er avgjørende for kvaliteten på omsorgen som gis. Kristoffersen & Friberg (2015) indikerer at de økte effektivitetskravene går utover tradisjonell kvalitet i sykepleie og personsentrert sykepleie. Sykepleiemangel (Germain & Cummings, 2010; Cummings et al., 2009; Wong et al., 2013) økt antall eldre (André et al., 2014) og økte effektivitetskrav (Kristoffersen & Friberg, 2015) har ført til fokus og forskning på faktorer som kan påvirke kvaliteten på sykepleien.

Artikkelmatrise for hver artikkel og Ph.d. avhandlingen ligger som vedlegg til oppgaven, her presenteres hovedfunn fra artiklene som vi vil ta med oss videre til drøftingsdelen.

#### **Ledelse har betydning for pasientresultater**

De seks studiene viser at lederadferd har betydning for pasientresultater. Funn i artikkelen av André et al. (2014) peker i retning av at lederstil og støttende ledelse er viktig for å øke kvaliteten på omsorg. Wong et al. (2013) sammenligner i sin artikkel oppgaveorientert

ledelse med relasjonsledelse og det tyder på at det er evidens for en positiv sammenheng mellom relasjonsledelse og pasientutfall, som f.eks. lavere pasientdødelighet og færre uheldige hendelser, liggedøgn og infeksjoner. Elementer fra begge lederstilene ser ut til å ha betydning for pasienttilfredshet. Også Cummings et al. (2009) sammenligner de to lederstilene og viser til bedre resultater for arbeidsmiljøet, for effektivitet og som et resultat av dette optimal pasientbehandling, ved hjelp av relasjonell ledelse. Kristoffersen & Friberg (2015) bruker begrepet transformasjonsledelse for hvordan leder kan fremme sykepleiers kapasitet og faglige kompetanse. Germain & Cummings (2010) hevder at sykepleieledere som inkluderer sine ansatte og har en inkluderende lederstil vil oppnå større ytelse og som et resultat positive pasientutfall.

### **God sykepleiefaglig ledelse; relasjonsledelse og transformasjonsledelse**

Ph.d. avhandlingen til Sørensen (2006) viser med all tydelighet at sykepleiers lederpraksis viser et samspill mellom faglighet og ledelse, eller manglende samspill mellom faglighet og ledelse. Det avhenger av hvilken rolle personen inntar. Rollen som kliniker, administrator eller som hybridleder. Inntar personen rollen som *kliniker*, kjennetegnes rollen av at personen er opptatt av den kliniske praksis. Samspillet mellom ledelse og fag uteblir eller tydeliggjøres i kortsiktige ledelsesperspektiv. Inntar personen rollen som *administrator* er lederen opptatt av administrasjon og drift og samspillet mellom fag og ledelse uteblir. I rollen som *hybridleder* utøves ledelse i et samspill mellom fag og ledelse. Kjennetegnende karaktertrekk hos hybridledere er engasjement, energi og personlig vilje til ikke å nedtone noen av identitetene, hverken de sykepleiefaglige eller de ledelsesmessige. Pendlingen mellom nærhet og distanse skaper et gjensidig avhengighetsforhold mellom leder og medarbeider og fører til medarbeidernes anerkjennelse av lederpraksis.

Flere av studiene viste at relasjonsledelse er den lederstilen som har størst betydning for pasientresultater (Wong et al., 2013; Germain & Cummings, 2010; Cummings et al., 2009 og André et al., 2014). En relasjon-orientert leder viser omsorg og respekt og uttrykker takknemlighet og støtte. Dette i motsetning til en oppgave-orientert leder som er opptatt av mål, prosedyrer og produksjon, som etablerer veldefinerte kommunikasjonslinjer og som sannsynligvis vil holde avstand til ansatte (Wong et al., 2013). Cummings et al. (2009) indikerer at relasjonsledelse bidrar til jobbtillfredshet og økt relasjon til jobben, det vil igjen

føre til økt organisatorisk forpliktelse og mindre turnover av personale. Videre vil personalet oppleve bedre helse og mindre angst, følelsesmessig utmattelse og stress. Produktivitet og effektivitet vil også ifølge forfatterne være et resultat av relasjonell ledelse. Relasjonsledelse fører videre til bedre arbeidsmiljø og kultur, som bidrar til myndiggjøring av sykepleiere og økt bruk av forskning og retningslinjer i praksis, i tillegg til større rolleklarhet og mindre konflikter og tvetydighet.

Kristoffersen & Friberg (2015) argumenterer for ledelsesmodellen transformasjonsledelse som noe som oppstår i interaksjonen mellom mennesker i organisasjoner og består av fire hovedkomponenter: idealiserende innflytelse, intellektuell stimulering, inspirerende motivasjon og individuelle hensyn. Ved å utøve *idealiserende innflytelse* vil de ansatte identifisere seg med leders mål og verdier og leder oppnår tillit og vil være en rollemodell for de ansatte. Leder vil gi konstruktive tilbakemeldinger og fremmer derved sykepleiers bemyndigelse og tro på seg selv. Ved *intellektuell stimulering* synliggjør leder mål og krav, oppmuntrer gjennom å fremme rasjonalitet og evne til problemløsning, stimulerer til diskusjon om hvordan ting gjøres, og utvikler kritisk tenkende sykepleiere. *Inspirerende motivasjon* dreier som om hvordan leder inspirerer ansatte gjennom å skape mening i arbeidet, gir positive tilbakemeldinger og involverer ansatte i prosesser. En leder tar *individuelle hensyn* ved å ta vare på ansatte, akseptere individuelle forskjeller og tilrettelegge ved behov. Curtis et al. (2011) viser også til at transformasjonsledelse inkluderer å bemyndige andre, tilrettelegge for læring og utvikling av sykepleiekunnskap, arbeide med og gjennom andre for å oppnå suksess. Studien viser at sykepleieledelse er en viktig del av sykepleierens rolle og at det bør være fokus på ledelse og relasjonelle ferdigheter gjennom hele studiet, ikke bare på slutten av studiet.

### **Hvordan få motiverte medarbeidere**

Forfatterne viser i sine undersøkelser til flere faktorer og organisatoriske- og leder mekanismer som direkte eller indirekte påvirker engasjement, motivasjon og ytelse hos sykepleierne og bidrar til et godt arbeidsmiljø og god pasientbehandling.

To av studiene viser at ledere må sikre korrekt bemanning, at det er nok ansatte på jobb og at de ansatte er kvalifiserte (Wong et al., 2013; Germain & Cummings, 2010). Videre vil lønn og belønning føre til at medarbeidere føler at arbeidet er verdsatt (André et al., 2014; Germain

& Cummings, 2010). Germain & Cummings (2010) viser i sin undersøkelse at klart definerte sykepleierroller/forventninger fører til økt evne og selvtillit til å utføre jobben bra. Flere studier viser at støtte og oppmuntring fra ledere samt positive og konstruktive tilbakemeldinger fører til engasjement (Wong et al., 2013; Germain & Cummings, 2010; André et al., 2014) og fører bl.a. til at sykepleiere er trygge på seg selv, føler at det er bruk for deres kompetanse og føler økt evne til problemløsning (Kristoffersen & Friberg, 2015). Støtte fra leder vil også føre til autonomi og myndiggjøring (Kristoffersen & Friberg, 2015). Dette funnet støttes av Germain & Cummings, 2010 og André et al., 2014, som viser at ved at ledere stoler på de ansattes ferdigheter, føler deg seg verdsatt og viktige. Funn fra tre artikler peker på at det at leder oppmuntrer til deltagelse i beslutninger, fører til at medarbeidere føler seg som en viktig del av organisasjonen (Wong et al., 2013), at de føler seg kompetente og dedikerte (Germain & Cummings, 2010) og at de bidrar til forbedring (André et al., 2014). Germain & Cummings, 2010, viser i sin undersøkelse at ved å "våge seg ut i avdelingen" vil ledere være synlige og tilgjengelige og vise at de ønsker å skape, utvikle og forbedre prosesser, og deres engasjement og handlinger vil påvirke medarbeidere. De peker videre på at åpen og effektiv kommunikasjon er grunnlaget for at sykepleiere og ledere får respekt for hverandre og har tillitt til hverandre. Dette støttes av André et al., 2014, som viser at god kommunikasjon bidrar til overføring av informasjon og til konfliktløsning. Wong et al., (2013) viser at åpen og transparent kommunikasjon skaper muligheter for å ha en meningsfull dialog hvor man kan diskutere pasientenes problemer.

## 6.0 DRØFTING

Vi har valgt å dele dette kapittelet inn i elementene fra funn fra forskning. Noe av drøftingen vil være overlappende mellom de ulike elementene.

### 6.1 Ledelse har betydning for pasientresultater.

Wong et al. (2013) viser at ledelse påvirker pasientresultater indirekte gjennom prosesser, og indikerer at det er evidens for en positiv sammenheng mellom relasjonsledelse og pasientutfall, som for eksempel lavere pasientdødelighet og færre uheldige hendelser, liggedøgn, infeksjoner og pasienttilfredshet. Cummings et al. (2009) viser at relasjonsledelse fører til bedre arbeidsmiljø og optimal pasientbehandling. At ledelse har betydning for pasientresultater, støttes av de andre forskningsartiklene. Ansvar for at det finnes systemer som fanger opp feil og korrigerer adferd som forårsaker feil ligger hos ledelsen (Arntzen, 2014).

Arntzen (2014) beskriver at 10-30% av forbedringsområdene i helsetjenesten er faglige mens hele 70-90% er organisatoriske. Organisasjonsstrukturen påvirker lederne, inklusive sykepleielederne mer eller mindre uavhengig av nivå. For den enkelte sykepleier kan det se ut som om organisasjonsstrukturen i seg selv ikke har så stor betydning, men den har stor betydning for hvordan sykepleielederne definerer sin rolle som leder. Er de bare administratorer på grunn av så mange driftsoppgaver, som vi skrev om innledningsvis fra Klassekampen, eller har de bevisst valgt å være hybridledere (Sørensen, 2006) hvor de kombinerer fag og ledelse og delegerer administrative oppgaver. Lederens rolleforståelse har direkte konsekvenser for kvaliteten og det påvirker sykepleiernes faglige oppfølging av kvalitet.

En organisasjon kan ikke sees, den er usynlig. Den vises kun i organisasjonskartet og derfor er den heller ikke synlig for medarbeiderne (se 2.2). Derimot erfarer de ansatte

organisasjonsstrukturen siden strukturen styrer tenkning og lederadferd. Ledelse burde skape en kultur der pasientene er i kontinuerlig fokus og der det er tillatt for medarbeiderne å spørre og dele sine erfaringer, hvor medarbeiderne forstår at den enes innsats påvirker den andres og dermed påvirker pasientresultat. At dette er et lederansvar støttes i artikkelen av André et al. (2014).

Samhandlingsreformen skulle bidra til økt kvalitetssikring, hvor informasjonen fra de ulike helseaktørene skulle følge pasienten. Vår erfaring er at informasjonen ikke alltid er tilgjengelig fra de ulike aktørene, enten fordi de ikke er dokumentert eller at de tekniske løsningene ikke er kompatible med hverandre. Kvalitetsbrist oppstår ofte ved overganger. Vi ser at det i hverdagen kan oppstå mer eller mindre alvorlig kvalitetsbrist ved manglende personell, tid, opplæring eller informasjon. Lederne har ansvar for korrekt bemanning og må sikre at det er nok kvalifisert personell (Wong et al., 2013; Germain & Cummings, 2010), for å unngå kvalitetsbrist. Nesten daglig oppstår det situasjoner som kan falle under manglende kvalitet. Her følger noen eksempler fra praksiserfaring som gir uttrykk for hverdagens kvalitetsbrist.

Eksempel 1. Det handler om en pasient som ikke fikk informasjon om at hennes inngrep var utsatt. Pasienten uttrykte at det hadde vært mye venting og lite beskjeder i løpet av dagen. Her har en oversett pasientens behov for informasjon. Dette kan ha vært på grunn av for lite personell, for dårlige rutiner eller manglende tid, som er faktorer leder har ansvar for.

Eksempel 2. Medisinrommet blir delt av to avdelinger som har forskjellige medisintraller. Avdelingene har likt antall rom, men den ene trallen har for få skuffer til medisiner, slik at noen pasienter deler skuff. Det uunngåelige skjedde – en pasient fikk sine egne medisiner sammen med medisinene til pasienten han delte skuff med. Etter hendelsen kom en av lederne med spørsmål til den avdelingen som hadde en tralle med nok skuffer, om de ikke kunne bytte traller for å unngå lignende problem. Her er kvalitetsbristen at problemet bare flyttes fra en avdeling til en annen. Lederen skulle ha sørget for at det var nok skuffer i begge medisintrallene.

Leder må skape et eierskap og fellesskapsfølelse omkring arbeid med kvalitet og forbedring, støtte engasjement, sørge for at medarbeidere forstår hensikten med og konsekvenser av at systemsvikt og feil blir rapportert, og oppfordre til å melde fra om uønskete hendelser som kan ha betydning for pasientsikkerheten (Meld. St. 13, 2016-2017).

Tanken bak Orviks kliniske mikrosystemer (se 2.3) er at pasientresultater skapes på mikronivå, mellom pasientene, pårørende og personalet. Utfra dette er medarbeiderne en forutsetning for å oppnå kvalitet og effektivitet. I Meld. St. 16 (2010-2011) leser vi at utvikling og forvaltning av menneskelige ressurser har fått økende oppmerksomhet i offentlig sektor. Her tenker vi at relasjonsledelse og transformasjonsledelse bør få økt fokus da flere av studiene viser at relasjonsledelse er den lederstilen som har størst betydning for pasientresultater.

## **6.2 God sykepleiefaglig ledelse – krav, utfordringer og muligheter.**

I Helsepersonelloven (1999) og i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016) kan vi lese at det stilles krav til virksomheter at de skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å utføre faglig forsvarlig arbeid. Ledere har ansvar for å sikre at helsehjelpen er i tråd med lovgivningen og for å utvikle en kultur for faglighet, kompetanse og kvalitet. For å oppnå dette må en leder være tydelig i sin rolle som leder. Det innebærer at rammebetingelsene og ansvarsområdet må være slik at det er mulig å oppfylle kravene som følger av det personlige ansvaret (Meld. St. 13, 2016-2017). Det stilles store krav til ledere, ledelse innebærer både fag-, drift og personalansvar. God sykepleiefaglig ledelse vil ha betydning for arbeidsmiljø, kompetanseheving, de ansattes trivsel og sykefravær og ønske om å bli i jobben (Meld. St. 16, 2010-2011).

Samhandlingsreformen (se 2.1) har ført til ledelsesmessige utfordringer. Ved økende fokus på pasienten som inntekt eller utgift for virksomhetene, oppstår kanskje et spenningsforhold mellom det å holde budsjetter og det å gi omsorgsfull og kontinuerlig pleie ved overføring av pasienter mellom for eksempel primærhelsetjenesten og kommunen. De utskrivningsklare pasientene er kommunehelsetjenestens primæransvar og utgiftene for dem belastes kommunens budsjetter. Selv om pasienten er definert som ferdigbehandlet i



spesialisthelsetjenesten trenger pasienten ofte sykepleie, omsorg, rehabilitering, støtte og praktisk hjelp. I spesialisthelsetjenestens/helsemyndighetenes øyne er de ferdigbehandlet og blir en inntekt for sykehuset frem til kommunehelsetjenesten overtar. Pasientene er ikke ferdigbehandlet utfra sine behov. Det er ledelsesmessige utfordringer når en erfarer at det råder usikkerhet om pasienten får den pleien han trenger i kommunen. Dette kan være krevende for ledere og føre til frustrasjon hos medarbeidere.

Næringsutviklingen har i de seneste årene fått innpass i helsevesenet (se 2.2).

NPM omfatter ulike styrings- og finansieringsmodeller med hovedkomponenter som markeds-, bruker- og serviceorientering, samt mål- og resultatstyring. Ressursinnsatsen måles opp mot produksjon. Økte effektivitetskrav er viktig i en nasjonal strategi i helsetjenesten. NPM-tenkningen oppleves som massiv mistillit til de ansatte. Det fremkommer med all tydelighet gjennom etablering av Helsetjenesteaksjonen (HTA).

HTA er ikke dannet for å ivareta interessene til dem som arbeider i helsetjenesten, men primært for å ivareta pasientenes interesser i et forsøk på å slå ring om det som var velferdssamfunnets juvel - en offentlig helsetjeneste av høy kvalitet, i det vesentlige skattefinansiert, og like tilgjengelig for alle. Til vår fortvilelse ser vi at dette unike systemet langsomt er i ferd med å forvitne som konsekvens av mistillit til de ansatte, overdreven styringsiver, kvasi-markedstenkning, for sterk vektlegging av økonomi samt viltvoksende byråkrati (Hauklién & Wyller, 2017, s. 9).

NPM har medført store endringer i sykepleien. Økte effektivitetskrav gjør at sykepleiere opplever konflikt mellom personsentrert sykepleie og organisatoriske betingelser som sykepleiemangel, stor arbeidsbelastning, tidspress og kort liggetid. Leder på sengepostnivå kan ifølge Kristoffersen & Friberg, 2015 fremme sykepleieres kapasitet til å møte økte effektivitetskrav. I realiteten endres lederrollen til å være mer administrativ/byråkratisk enn faglig uten at konsekvensene er problematisert. Hvilken rolle lederen oppfatter at en har vil derfor ha konsekvenser i den kliniske hverdagen for medarbeiderne og pasientkvaliteten.

Regjeringens fokus og åpenhet om kvalitet har ført til at det føres statistikker over flere målbare parametere. Orvik (2015) hevder at økt byråkrati og målinger av alt som kan kvantifiseres kan gå på bekostning av det " kvalitative og umålelige" så som opplevelsen av helse. Det har vist seg å være vanskelig å måle de humanistiske verdiene. Opplevelsen av sammenheng og mening som ligger i omsorgen kan bare beskrives med ord og det kan derfor vanskelig fanges opp i økonomiske og kvantitative termer. Lepp (2013) hevder at økt oppmerksomhet rundt personsentrering har skapt en større interesse for å utvikle modeller og verktøy som gjør det mulig å evaluere resultatet av personsentrert omsorg.

I følge Curtis et al. (2011) tar sykepleieledere på seg ansvar for å påvirke og forbedre praksismiljø. En god sykepleiefaglig ledelse legger forholdene til rette for å kunne utføre kunnskapsbasert sykepleie. Ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og bruker yrkesetiske retningslinjer som et styringsverktøy (se 4.3). Kontinuerlig kompetanseutvikling er en forutsetning for god pasientbehandling av høy kvalitet. Dette innebærer også å se pasientens ønsker og behov, noe som speiler seg i Lepps (2013) beskrivelse av personsentrert omsorg, som innebærer å respektere og bekrefte personens opplevelse av sykdom. Nortvedt og Grønseth (2016) stilte spørsmål til om man kan opprettholde en forsvarlig individuell omsorg for den enkelte pasient under stadig økende krav til produktivitet og kostnadseffektivitet. Undersøkelsen til Sørensen (2006) viser at innholdet i avdelingssykepleiers lederpraksis er vanskelig å forutsi, fragmentert, periodisk og preges i stor grad av skiftende forhold. Som en forutsetning forventes at lederen har overblikk. I praksis har vi erfart at grunnet personalmangel, økonomi og mangel på tid, er det ikke alltid rom for å utøve kunnskapsbasert og personsentrert sykepleie. Det at sykepleieleder bruker all sin tid på administrasjon og den daglige driften, kan ha innvirkning på fokus og støtten for bruk av KBP og omsorgsfull sykepleie.

Utredning, behandling og rehabilitering handler ikke bare om å følge lover, forskrifter og retningslinjer, men også om å ha et grunnleggende menneskesyn overfor pasient som gjør dem trygge på at en ønsker dem vel (Arntzen, 2014). Dette kjenner vi igjen i Kari Martinsens omsorgsteori. Martinsen mener at omsorg er en praktisk handling, i tillegg til grunnholdning. Kunnskapen som yrkesutøver har om pasienten og dens situasjon som medmenneske, i tillegg til fagkunnskap, gjør at en er i stand til å ta omsorgsfullt vare på pasienten. I følge André et al.

(2014) har helsearbeidere normer/verdier om å gi best mulig omsorg til pasienter og dette er en norm eller verdi som kan påvirkes av ledelse. Nortvedt og Grønseth, (2016) hevder at for klinikerer vil alltid den faglige og den moralske forpliktelsen overfor pasienten være et dominerende prinsipp. Det skulle være en selvfølgelighet, men dette handler om faglig innsikt, kunnskaper og mot til å stå opp for forpliktelsen.

Den "samvittighetsfulle sykepleier" kan føle at krav om produktivitet og kostnadseffektiv behandling går utover kvaliteten på behandlingen og sykepleien til den enkelte pasient.

Kunnskapen om de økonomiske prioriteringene for virksomheten er muligens ikke godt nok kjent, og informasjon og argumentasjon er ikke blitt kommunisert eller mottatt?

Eksempel: mangel på personell grunnet sykdom. Vaktene blir ikke dekket grunnet økonomiske innstramminger og konsekvensene for pasientene er ikke et tema.

Et ankepunkt er at sykepleierkollektivet på vakt ikke står sammen og opp for situasjonen og pasientens behov. Et større "gruppepress" på avdelingssykepleier hadde gitt henne sterkere argumenter slik at avdelingssykepleier ikke gikk i "flink pike" fellen. Hvordan avdelingssykepleiers oppfatter og tolker sin rolle og hvilken faglig erfaring vedkommende har vil være avgjørende for utfallet. Dette støttes av forskningen til Sørensen (2006) om samspill mellom ledelse og faglighet. Mellom driftsmessige oppgaver og sykepleiefaglig overveieelse, følger en pendling mellom nærhet og distanse, fag og ledelse i et utviklingsperspektiv. På den måten holdes både sykepleiefaglige og ledelsesfaglige identiteter levende. Kjennetegnende karaktertrekk hos hybridledere er engasjement, energi og personlig vilje til ikke å nedtone noen av identitetene, hverken de sykepleiefaglige eller de ledelsesmessige. Pendlingen mellom nærhet og distanse skaper et gjensidig avhengighetsforhold mellom leder og medarbeider og fører til medarbeidernes anerkjennelse av lederpraksis. Avhengig av ledelsesnivå, har det tydelige konsekvenser og viser seg som en rolig og proaktiv lederpraksis. Sterk sykepleie- og lederidentitet resulterer i å tørre å lede egne og andre fagprofesjoner. Med denne identitetsutviklingen minsker behovet for å bli fanget i anerkjennelsens spill, hevder Sørensen. Hvis avdelingssykepleier har svak ledelses- og fagidentitet, vil vedkommende trolig "puste" lettet ut til tross for at vedkommende uansett er ansvarlig for kvaliteten av sykepleien og for medarbeiderne. Er avdelingssykepleier en hybridleder, med både fag- og leder identitet vil vedkommende med all sannsynlighet spørre etter konsekvensene for pasienter og personalet.

Å inneha en lederrolle er ikke tilstrekkelig for å sikre effektivitet. Sykepleielederen må også ha kunnskap om ledelse og være i stand til å bruke lederegenskapene. I Meld. St. 16, 2010–2011, leser vi at ledere i omsorgssektoren ofte rekrutteres fra fagfeltet og ofte mangler formell lederkompetanse. Man kan da spørre seg om det er vilkårlig hvem som blir ledere og om man har de rette relasjonelle egenskaper når man blir leder etter kort tid. Avdelingssykepleierne velger ofte ikke selv lederveien for sin karriere, men blir oppfordret til å søke som et bevisst valg av oversykepleier (Sørensen, 2006). Konsekvensen av dette er at erfaringskunnskapen som sykepleier, og forståelsen av lederrollen lett kan falle inn i et administrativt/byråkratisk spor for å svare til de overgripende administrative forventningene. Det skjer på bekostning av medarbeiderutvikling og pasientkvalitet. Sørensen fant i sin forskning at det bare var de som hadde en kombinasjon av gode faglige kunnskaper, erfaring med klinisk arbeide samt personlige kvalifikasjoner som valgte lederrollen bevisst, såkalte hybridledere. Hybridledere formidler verdier og er tydelige i sin argumentasjon i linjen oppover, om hva som er mulig og ikke mulig i forhold til økonomiske rammer, og kan samtidig stille krav til medarbeiderne om resultat og kvalitet. Der kommer de personlige kvalifikasjonene inn som troverdighet og integritet, samt evner til samspill og samhandling (Sørensen, 2006). Curtis et al. (2011) viser i sin artikkel at det bør være fokus på ledelse og relasjonelle ferdigheter gjennom hele studiet, ikke bare på slutten av studiet. Sykepleieren er ikke forberedt på den krevende rollen kun gjennom grunnutdanningen. De krav som stilles i den kliniske hverdagen må fylles gjennom personlige egenskaper og adekvat utdanning, det kan ellers resultere i et ineffektivt sykepleierlederskap. Vi har selv erfart at det har vært fokus på ledelse kun i siste praksisperiode, hvor vi blir "kastet" ut i oppgaven med å være teamledere. Dette innebærer for eksempel å sette opp hvilken ansatt som skal ha ansvar for hvilken pasient og å delegere oppgaver. Kanskje bør det være mer fokus på ledelse i løpet av utdannelsen, når vi kommer ut i jobb som nyutdannede sykepleiere har vi ikke nødvendigvis det motet til å si høyt hva vi mener. Artikkelen til Kristoffersen & Friberg (2015) viser at ved å utvikle kritisk tenkende sykepleiere, hindrer man dissonans mellom kjernekompetanse og effektivitetskrav.

### 6.3 Hvordan få motiverte medarbeidere.

Ledelse har betydning for arbeidsmiljøet. Arbeidsmiljø er av avgjørende betydning for trivsel på arbeidsplassen, som igjen påvirker medarbeidernes ytelse og pasientresultater. Det er som en sirkel med gjensidig avhengighet til hverandre. Ledelse kan hemme eller fremme en god kultur. I Meld. St. 16 (2010–2011) leser vi at god personalledelse og god faglig ledelse har betydning for trivsel og sykefravær og for at medarbeiderne skal ønske å bli i jobben.

Som vist i artikkelen til Germain & Cummings, 2010 og Wong et al., 2013, er det viktig for medarbeidere at det er nok ansatte på jobb og at de ansatte er kvalifiserte. André et al., 2014 og Germain & Cummings, 2010 trakk også fram at lønn og belønning fører til at ansatte føler at arbeidet er verdsatt. For at ledere skal kunne møte dette må rammebetingelsene og ressurser til en leder tillate dette. Men det handler også om å være en sterk leder som bringer dette videre og som får igjennom sine krav. Ikke alle artiklene trekker fram at lønn er en motivasjonsfaktor, og dette støttes av Hedegaard Hein (2013) som beskriver at ikke alle arketyper motiveres av dette. I meld. St. 16 (2010-201), leser vi at det stilles store krav til ledere. Sykepleieledere har ofte både drifts- fag- og personalansvar og vi har erfart at en leder ofte bruker mye av dagen sin på administrasjon, turnusplanlegging og å få tak i nok personale. Dette kan gå utover for eksempel det å kunne være tilgjengelig og synlig ute i avdelingen, som er en faktor som trekkes fram som viktig for medarbeiders motivasjon i artikkelen av Germain & Cummings (2010).

Cummings et al. (2009) indikerer at ledere i helsetjenesten primært er oppgaveorientert. Dette støttes av Wong et al. (2013) som viser at det vil være utfordrende å implementere relasjonsledelse for dagens ledere som har mange oppgaver og er i mange møter. Ved innføringen av NPM har dette forsterket seg (se 2.2 og 6.2). Dette har ført til økte effektivitetskrav og økt byråkrati, og dette kan gå utover tid til medarbeidere. For Martinsen (se 4.1) vil relasjon til og omsorg for medarbeidere være en selvfølge og vi mener at hennes tankegang støtter opp om hvordan man kan få motiverte medarbeidere. Alle de seks forskningsartiklene trakk fram betydningen av relasjon- og transformasjonsledelse på arbeidsmiljøet, for effektivitet og som et resultat av dette optimal pasientbehandling. Cummings et al. (2009) viste i sin artikkel at relasjonsledelse bl.a. fører til rolle klarhet og dette er en faktor som blir trukket frem av medarbeidere i artikkelen av Germain &

Cummings, 2010. Et annet aspekt ved relasjonsledelse er myndiggjøring, og at dette motiverer medarbeidere støttes av funn i artiklene til Kristoffersen & Friberg, 2015; Germain & Cummings, 2010 og André et al., 2014. Kristoffersen & Friberg (2015) beskriver hvordan leder utøver transformasjonsledelse ved blant annet å gi positive og konstruktive tilbakemeldinger, fremme sykepleiers bemyndigelse og tro på seg selv, synliggjøre mål/krav, og stimulere til diskusjon om hvordan ting skal gjøres. At dette fører til motiverte medarbeidere støttes av artiklene til Wong et al., 2013; Germain & Cummings, 2010; André et al., 2014 og Kristoffersen & Friberg, 2015. Å se sammenheng, tillegge mening og inneha kunnskap er forutsetninger for helse (Antonovsky, 1994). Det gjelder også for medarbeiderne. Ledelse dreier seg blant annet om å støtte opp om og motivere ansatte til innsats, som beskrevet i kliniske mikrosystemer av Orvik (se 2.3).

Samarbeid og åpen og effektiv kommunikasjon er også viktig for motiverte medarbeidere. Dette fører til at sykepleiere og ledere får respekt for hverandre og har tillitt til hverandre (Germain & Cummings, 2010) og vil bidra til overføring av informasjon og konfliktløsning (André et al., 2014). Ved å ha en meningsfull dialog kan man diskutere pasientenes problemer med leder (Wong et al., 2013). Implementering av Orviks (2015) modell for kliniske mikrosystemer vil åpne opp for dette samarbeidet og medarbeiderne vil føle at deres meninger og stemmer blir hørt, da modellen legger vekt på de delene av organisasjonen som skaper resultatene, altså pasientene, pårørende og personalet. Medarbeiderne vil føle at de bidrar til best mulig omsorg. Medarbeiderne vil antagelig også føle at de vil bidra til trygge og sikre tjenester ved at feil og uheldige hendelser unngås og til at helsetjenester er samordnet og preget av kontinuitet (Helsedirektoratet, 2005).

Vi trekker inn et annet eksempel fra praksis for hva vi tenker kan bidra til motiverte medarbeidere. Vår erfaring er at syke eldre pasienter lyser opp, blir glade når studentene har mere tid til å vise omsorg og "dulle" med dem. Pasienten undrer "har dere virkelig tid til dette da...?" Mange sitter ensomme og ensomheten er et helseproblem i seg, derfor er de ekstra takknemlige for tid sammen med oss. Svært mange ganger er det vondt å gå fra dem når en vet det. Pasientens behov blir noen ganger målt i klokkeid, for eksempel at det tar tre minutter å ta på støttestrømper. Leder kan sørge for at medarbeidere har nok tid og oppmuntre

ansatte til å kunne vise den ekstra omsorgen som kan utgjøre forskjellen mellom faglig forsvarlig og god praksis.

For å kunne utøve god sykepleiefaglig ledelse og motivere medarbeiderne må sykepleielederen kjenne sine medarbeidere og hva som driver dem. I kapitlet om ledelse av arketyper, beskriver vi Hedegaard Heins (2013) grunnarketyper. Er medarbeideren primadonna, prestasjonsjeger, pragmatiker eller lønnsmottaker? Hedegaard Hein peker på at primadonnaene er de som tydeligst representerer kunnskapsbedriftens egentlige eksistensgrunnlag. De kan bli stemplet som ledelsesfremmende, egenrådige, forlangende og selvhøytidelige. Det er myter som oppstår når lederen ikke skjønner deres drivkrefter og hvordan de skal håndteres. Hvis en virksomhet skal bli best er de helt avhengig av å ha flere primadonnaer blant sine ansatte. Det er de som gjør virksomheten eksellent, siden de oppfatter kallet og de faglige verdier som absolutt bærende for fagets utvikling. Lederne må ha evne til å se sine medarbeidere og lede dem ut fra sine grunnforutsetninger, slik at de ikke blir demotivert grunnet dårlig ledelse. Har lederen innsikt i arketypernes drivkrefter og hvor medarbeiderne er, samt evne til kontinuerlig egen refleksjon vil lederen kunne velge adferd og påvirke følgende faktorer; når skal hun beskytte, gi feedback, inspirere, utøve sjenerøsitet, være direkte og ekte og gi næring til medarbeidernes kall. Uansett er ledelse alltid knyttet til tid, sted og rom. Den må utøves der og da og kan ikke utsettes. Hedegaard Heins bruk av karakteristikk tydeliggjør at lederen må kjenne og se sine medarbeidere.

Vi tolker det dit hen at Hedegaard Heins måte å lede på ved å identifisere sin egen og sine medarbeideres arketyper kan relateres til relasjonsledelse og transformasjonsledelse. For å kunne utøve god ledelse må en leder ifølge Hedegaard Hein (2013) kjenne sin egen identitet, og hvem som skal ledes. Hedegaard Hein hevder at ved å lede de forskjellige medarbeiderne etter hvilke arketyper de er, får man frem det beste i alle medarbeiderne uansett arketyper, og slik vi ser det vil dette resultere i medarbeidere som yter god sykepleie til pasientene.

## 6.4 Anbefalinger.

I løpet av oppgaven har det vist seg at kliniske mikrosystemer er hensiktsmessige både i forhold til ledelse, motivasjonen til medarbeiderne og pasientomsorg. Det er i samspillet mellom pasient og medarbeiderne at kvaliteten, resultatene, sikkerheten, tilfredsheten og motivasjonen skapes. Det økende byråkratiet synes å vanskeliggjøre innføring av denne modellen. I mindre virksomheter, som for eksempel sykehjem og hjemmesykepleien, som er mer sykepleieleddet, burde det være mulig å arbeide med implementering av tenkingen.

### *Anbefaling 1*

HIOA kunne være pådriver for et prosjekt hvor mikrosystemer prøves ut, for å høste erfaringer samt evaluere prosjektet.

Gode sykepleieleidere er avgjørende for god pasientomsorg. Stort arbeidspress og rammevilkår gjør det vanskelig å utøve god ledelse og gjør at ledere har vansker med å heve blikket. Vi frykter at omsorgsetiske hensyn blir nedprioritert. Vi har sett at å gi god behandling og omsorg med vekt på personsentrert sykepleie er en sterk drivkraft for helsepersonell. Økt fokus på det relasjonelle aspektet i sykepleien vil muligens endre prioriteringer og utøvelsen av sykepleien. Noen subjektive aspekter måles ved hjelp av pasientklager og pasientbrukerundersøkelser, men relasjonsfeil blir ikke definert og fanget opp som feil i kartlegginger.

### *Anbefaling 2*

Vi anbefaler at det blir mer fokus på pasientens opplevelse av sykdom og at det forskes innen personsentrert sykepleie som belyser omsorgens betydning for pasientens helse.

Gjennom denne oppgaven har vi belyst hvilken stor betydning ledelse har for sykepleien som utøves. Avdelingsledere/førstelinjeledere står nærmest pasientbehandlingen og forvalter mange medarbeidere og er dermed den viktigste lederen i forhold til å oppnå god omsorg. Leder må ha evne til å gjøre andre gode, de må motivere, involvere og utnytte medarbeideres faglige kompetanse. Sørensen viser at den ideelle leder er en såkalt hybridleder som har sterk faglig identitet og lederidentitet. Heidegaard Hein peker på viktigheten av å se og kjenne sine



medarbeidere og hva som motiverer dem, og dette er relatert til relasjonelle ferdigheter hos leder.

#### *Anbefaling 3*

Vi vil anbefale fokus på utvikling av leder- og relasjonelle ferdigheter hos førstelinjeledere for å gjøre de i stand til å utøve god ledelse. I tillegg anbefaler vi økt fokus på ledelse i løpet av utdanningen.

#### *Anbefaling 4*

Vi anbefaler å gjøre en studie over hvilken kompetanse som er vektlagt ved ansettelse, og hvordan ansettelsesprosessen av avdelingssykepleier foregår.

## 7.0 AVSLUTNING

Etter å ha jobbet med denne oppgaven hvor vi har sett på hva som karakteriserer god sykepleiefaglig ledelse og hvordan en slik ledelse kan påvirke pasientomsorgen, og hvilke faktorer og forhold ved ledelse som hemmer eller fremmer god pasientomsorg, ser vi at det er mange forhold som spiller inn. Føringer fra staten gjør at vi har en organisasjon som stiller store krav til ledelse. NPM-tankegangen øker administrasjon og det ser ut som om det gjør noe med de ulike kravene som stilles til ledelse og som har betydning for arbeidsmiljøet. Arbeidsmiljø er igjen av avgjørende betydning for trivsel på arbeidsplassen, som påvirker medarbeidernes motivasjon og ytelse som igjen påvirker pasientresultater. Økende byråkrati synes å gjøre det vanskelig å utøve god ledelse på det pasientnære nivå. Gjennom denne oppgaven har det med all tydelighet kommet frem hvilken stor betydning ledelse har for sykepleien som utøves. Ledelsen skal skape rom for at pasientsikkerhet og kvalitet kontinuerlig utfordres og gjenskapes. Vi har sett at den omvendte organisasjonsmodellen kan være hensiktsmessig både i forhold til ledelse, motivasjonen til medarbeiderne og pasientfokustert omsorg. Det er spesielt viktig at ledere innehar de rette personlige egenskapene, faglig kompetanse og erfaring for å utøve god sykepleiefaglig ledelse. Ledere må ha selvinnsikt. Videre har vi sett viktigheten av at lederne ser og kjenner sine medarbeidere fordi de må ledes og motiveres på ulike måter i forhold til deres styrker og svakheter. De må evne å gjøre medarbeiderne gode. Vi deler Kari Martinsen syn på omsorg og har sett at det er vanskelig å måle den personsentrerte sykepleien. Fokus på målbare parametere går på bekostning av det kvalitative aspektet. Vi har funnet litteratur og forskning som belyser viktigheten av relasjonsledelse og transformasjonsledelse, og for at det kan utøves tror vi at det er viktig at lederne får kontinuerlig kompetanseutvikling og veiledning. En slik satsning vil lønne seg økonomisk for samfunnet og for menneskene som skal få og gi tjenester, da lederne nærmest pasientene er helsevesenets viktigste ressurs for god pasientomsorg og behandlingskvalitet. Arbeidet med denne oppgaven har vært svært lærerikt og har gitt oss nye perspektiv som vi vil ta med oss videre.

## LITTERATURLISTE

- Alvesson, M. (2002). *Organisasjonskultur og ledelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Alvesson, M. & Berg, P. O. (1988). *Företagskultur och organisationssymbolism*. Lund: Studentlitteratur
- André, B., Sjøvold, E., Rannestad, T., Ringdal, G. I. (2014). The impact of work culture on quality of care in nursing homes – a review study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 28, 449-457. doi:10.1111/scs.12086
- Antonovsky, A. (1994). *Hälsans mysterium*. Finland. Bokförlaget Natur och Kultur
- Arntzen, E (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Bjøro, K. & Kirkevold, M. (2011). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie, sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Bind 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cummings, G. F., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M., Stafford, E. (2009). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363-385. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006
- Curtis, E. A., de Vries, J. & Sheerin, F. K. (2011). Developing leadership in nursing: exploring core factors. *British Journal of Nursing*, 20(5), 306-309. doi: 10.12968/bjon.2011.20.5.306
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet 22. mars 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Hauklién, H. & Wyller, T. B. (Red.) (2017). *Ny helsepolitikk, det finnes løsninger*. Oslo: Dreyers forlag

Germain, P. B., Cummings, G. G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 425-439. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01100.x

Glasdam, S. (2011). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag.

Hedegaard Hein, H. (2013). *Primadonnaledelse*. Når arbejdet er et kald. København, Gyldendal Business.

Helsedirektoratet (2005). *Og bedre skal det bli – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005–2015*. Hentet 27. mars 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet 23. mars 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hjort, P. F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, M. & Friberg, F. (2015). Transformasjonsledelse og økte effektivitetskrav i sykepleien. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 13-19. doi: 10.1177/0107408315595163

- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Bind 1). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kveseth B. & Mikkelsen J. (2011). I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe.
- Lepp M. (Red.). (2013). *Sjukskøterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Liber AB
- Lillebø, G. (2017, 18. april) *Klassekampen*. Hentet fra <http://www.klassekampen.no/article/20170418/PLUSS/170419971>
- Meld. St. 10 (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet 30. mars 2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Meld. St. 13 (2016–2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*. Hentet 27. mars 2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/>
- Meld. St. 16 (2010–2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Hentet 27. mars 2017 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>
- Norsk Sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 27. april 2017 fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bind 1). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse, innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm akademiske.
- Røvik, K. A. (2009). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo, Universitetsforlaget, 2 opp.
- Sørensen, E. E. (2006). *Sygeplejefaglig ledelse*. En empirisk undersøgelse af samspill mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis i dansk sygehusvesen. Ph.d. avhandling. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Weber, M. (1971). *Makt og Byråkrati*. Oslo, Gyldendal.
- Wong, C. A, Cummings, G. G. & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709-724. doi:10.1111/jonm.12116

## Vedlegg

### Artikkelmatrise 1

Forfatter	André, B., Sjøvold, E., Rannestad, T., Ringdal, G. I.
År	2014
Land	Norge
Tittel	<b>The impact of work culture on quality of care in nursing homes – a review study</b>
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring Science
Hensikt (mål) med studien	<p>Studien identifiserer hvilke faktorer som preger forholdet mellom arbeidskultur og omsorgskvalitet i sykehjem.</p> <p>Det raskt voksende antall eldre kan føre til økende etterspørsel etter sykehjemstjenester-&gt; mer fokus på kvaliteten på omsorg og ytelse i sykehjem. En av hovedfaktorene for å påvirke ytelsen er arbeidskultur (organisasjonskultur og organisatorisk klima).</p>
Metode	Litteraturstudie, engelsk-språklig litteratur og artikler publisert mellom 2000-2011, søk i 5 elektroniske databaser
Utvalg	10 artikler publisert mellom 2003-2010, 9 fra USA og 1 fra Canada
Resultat (Funn)	<p><b>Arbeidskultur består av:</b></p> <p><b>Organisasjonskultur</b> definert som normer, verdier og grunnleggende forutsetninger delt av medlemmer av en organisasjon.</p> <p><b>Organisasjonsklima</b> refererer til medlemmenes oppfatning av organisatoriske funksjoner som beslutningstaking, ledelse og normer om arbeidet</p> <p>Bekymring om pasientens behov og en forpliktelse til å gi best mulig omsorg som mulig synes å være en norm eller en verdi som helsearbeidere har en sterk mening om. For å oppnå forbedringer i</p>

sykehjem må den viktige verdien best mulig omsorg være verdsatt og brukes som et positivt incitament til å øke kvaliteten på omsorg.

Funn av betydning for arbeidskultur og omsorgskvalitet:

**Ledelse:** Ledelsesstrukturer eller strategier ser ut til å være av betydning og knyttet til arbeidskultur og, i noen grad, kvaliteten på omsorg. Leder stil og støttende ledelse viktig for å øke kvaliteten på omsorg i sykehjem.

**Gruppedferd og forhold:** Forhold, samarbeid og samhold var relatert til arbeidskultur og ytelse. «Opportunity structures», oppmuntring til problemløsning, arbeidsvilkår og bemyndigelse av ansatte var faktorer som forbedret arbeidskulturen

**Kommunikasjon:** formelle og uformelle mekanismer for overføring av informasjon og konfliktløsning. Faktorene deltakelse, god kommunikasjon, konfliktløsning og empowerment var relatert til omsorgskvalitet.

**Strukturelle egenskaper av arbeidslivets kvalitet** – består av: belønninger, arbeidsforhold, arbeidstid, tvunget overtid og jobb sikkerhet. Personale som føler seg verdsatt for deres bidrag eller tilfredse med sitt arbeid, bidrar til forbedring i sykepleiemiljøet og oppmuntring til nye ideer og kreativitet, var alle knyttet til kvaliteten på omsorg og arbeidskultur. Finansiering og belønning var også positivt knyttet til bosattes utfall, mens formalisering og befalinger var negativt knyttet til bosatt utfall

**Kvalitet på omsorg:** Ledelsespraksis, finansiering, sykehjem-størrelse og totalt antall sykepleiere er faktorer i arbeidskulturen som har betydning for kvaliteten på omsorg. Empowerment, sterk kultur, bedre arbeidsforhold, trivsel, positiv arbeidsgruppe, god kommunikasjon, støtte, anerkjennelse og arbeidsmiljø er faktorer i arbeidskulturen som påvirket kvaliteten på omsorg. Både en signifikant tilknytning mellom



arbeidskultur og omsorgskvalitet og et forhold mellom empowerment og kvalitet i omsorg ble rapportert.

At medarbeidere deltar i beslutningsprosesser; økt empowerment og innflytelse og endringer i ledelsesstilen, synes å være avgjørende for å forbedre kvaliteten på omsorg i sykehjem → helsepersonell mer engasjert og involvert i målet om å oppnå best mulig omsorg for beboerne.

## Artikkelmatrise 2

Forfatter År	Cummings, G. F., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M., Stafford, E. 2009
Land	Canada
Tittel	<b>Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review</b>
Tidsskrift	International Journal of Nursing Studies
Hensikt (mål) med studien	<p>Dagens internasjonale sykepleiermangel og vekt på kvalitetsutvikling i praksis har ført til økende forskning og utredninger som krever sykepleie lederskap for å fremme endring i helseorganisasjoner. De krever lederskap for å sikre kvalitet, implementere nye modeller for omsorg, og for å ha forsvarlig bemanning. Sjelden viser de hvordan lederskap skal utføres, eller undersøker om noen former for lederskap kan føre til negative utfall. <b>Artikkelen undersøker sammenhenger mellom ulike lederstiler og resultater for sykepleie bemanning og arbeidsmiljøer.</b></p> <p>Drivkraften for å bedre sykepleie arbeidsmiljøer bygger på forskning fra de siste ti årene som har knyttet karakteristikker av sykepleie arbeidsmiljøer, som for eksempel sykepleier / lege relasjoner, til pasient bivirkninger og pasient dødelighet</p> <p>Effektiv ledelse er avgjørende for å gi veiledning for å løse komplekse problemer knyttet til sykepleie ytelse. Med en dokumentert mangel på sykepleieledere i tillegg til dagens mangel på sykepleiere, blir det stadig viktigere å finne måter å utvikle og beholde sykepleieledere for å sikre positive resultater for helsevesenet</p>
Metode	Engelskspråklige kvantitative forskningsartikler fra 10 elektroniske databaser. Artikler som ble inkludert: peer reviewed; omhandlet ledelse

	<p>av sykepleiere; studier som målte en eller flere utfall av sykepleie lederskap; og studier som undersøkte sammenhengen mellom ledelse og utfall for sykepleie arbeidsstokken eller sykepleier arbeidsmiljøer.</p>
Utvalg	<p>53 artikler fra 1985-2009, 32 fra Nord-Amerika, 15 fra Europa, 1 fra Australia og 5 uten oppgitt land.</p>
Resultat (Funn)	<p><b>Definisjon ledelse:</b> en fremgangsmåte hvor et individ påvirker en gruppe av individer for å oppnå et felles mål.</p> <p><b>Relasjonelt fokuserte vs. oppgavefokusert lederstil:</b>  ledelse kan kategoriseres i tilnærminger som fokuserer på mennesker og relasjoner for å oppnå felles mål, og de som fokuserer på de oppgaver som skal utføres;  (Legger til grunn at ledere også har ferdigheter i ledelse, organisasjon og analytisk intelligens)</p> <p>Ledelse fokusert på ferdigstillelse av oppgaver alene er ikke tilstrekkelig for å oppnå optimale resultater. Relasjonell lederstil bidrar til bedre resultater for sykepleie arbeidsstyrke, arbeidsmiljøer og for produktiviteten og effektiviteten i helseorganisasjoner.</p> <p>Helseorganisasjoner og forskere bør skille mellom relasjonelt fokuserte og oppgavefokusert lederstil. Dette fører til ferdigstillelse av de oppgavene som kreves for å oppnå felles mål og optimal pasientbehandling.</p> <p>I artikkelen sorteres resultatene i 5 tematiske kategorier – funnene støtter påstander om at relasjonell lederstil bidrar til bedre resultater</p> <p><b>Jobbtilfredshet;</b> høyest jobbtilfredshet var assosiert med en rekke relasjonelle fokuserte lederstiler. Jobbtilfredshet var signifikant lavere med flere oppgavefokuserete ledelsesformer</p> <p><b>Ansattes relasjon til jobben;</b> økt organisatorisk forpliktelse, mindre</p>

hensikt å forlate yrket, og faktisk turnover.

**Personalet helse og velvære;** Personalet helse ble rapportert å være bedre, mens angst, følelsesmessig utmattelse og stress ble rapportert lavere med transformasjonsledelse

**Arbeidsmiljø;** større sykepleier myndiggjøring, bedre arbeidsmiljø og kultur, økt bruk av forskning og bruk av evidensbasert praksis fra forskning og bruk av retningslinjer. Rolle klarhet var større og konflikt og tvetydighet ble redusert

**Produktivitet og effektivitet;** individ, team og organisasjon produktivitet og effektivitet ble rapportert å være høyere.

Faktorene som påvirker sykepleiernes jobbtilfredshet er viktig å undersøke, ettersom fallende trivsel kan være et viktig signal om kvalitet/omsorg problemer og dårlig pasientutfall, inkludert økt pasientdødelighet. Forfatterne anbefaler å utvikle kunnskap av potensiell påvirkning av både relasjonelle og oppgavefokuseret påvirkninger av lederskap på differensial utfall for sykepleiere og arbeidsmiljøer.

Helseorganisasjoner må fortsette å rekruttere til lederstillinger for å oppfylle deres organisatoriske mål og visjon. Likevel er dagens virkelighet slik at mange helsetjenester ledere er primært oppgavefokusert. Forsterket av en kommende helseledermangel, er det å forbedre eksisterende ledelse nøkkelen for fremtidig bærekraftig sykepleie arbeidsstyrke. Derfor, å ansette ledere med relasjonelle ferdigheter, eller å gi trening for eksisterende ledere blir en prioritet hensyn til topplederne og sykepleieledere.

Ved å utvikle og fremme levedyktig sykepleie lederskap for fremtiden, kan organisasjoner oppnå målet om å tilby kvalitet omsorg for helsetjenester forbrukere. Disse funnene tyder på at ved å investere energi i relasjoner med sykepleiere, påvirker relasjonelle ledere positivt helse og trivsel for sine sykepleiere, og til slutt resultatene for pasientene.

### Artikkelmatrise 3

Forfatter	Curtis, E. A., de Vries, J. & Sheerin, F. K.
År	2011
Land	Irland
Tittel	<b>Developing leadership in nursing: exploring core factors</b>
Tidsskrift	British Journal of Nursing (fagfelleurdert tidsskrift)
Hensikt (mål) med studien	Artikkelen er en introduksjon til sykepleier ledelse og er den første av to artikler om det å fremme og utvikle lederskap i sykepleie. Hensikten med artikkelen er tredelt: -definisjoner og teorier som ligger til grunn for ledelse -undersøke hvilke faktorer som fremmer lederskap i sykepleie -formidle informasjon om innhold i lederskap undervist i studieprogrammer.
Metode	Litteraturstudie; faglitteratur, enkeltstudier og systematiske oversiktsstudier fra 1999-2010, samt undersøkelse av lederskap innhold i studier, se utvalg.
Utvalg	Undersøkelse av lederskap innhold i sykepleier-studier i den største sykepleier-skolen i Irland og i «den beste» skolen i Storbritannia og USA.
Resultat (Funn)	Lederskap har betydning for effektiv levering av helsetjenester. Forskning på ledelse har vist en positiv sammenheng med bedre pasientsikkerhet utfall, sunne arbeidsmiljøer, jobbtilfredshet, lavere omsetningshastighet og positive resultater for organisasjoner, pasienter og helsepersonell. Sykepleiere blir ikke tilstrekkelig forberedt på rollen som leder i løpet av sitt sykepleier utdanningsprogram. Dette gapet mellom tilstrekkelig pedagogisk forberedelse og kravene til klinisk setting kan resultere i ineffektiv ledelse i sykepleie.

**Definisjon:** Ledelse innebærer å påvirke holdninger, tro, atferd og følelser til andre mennesker

**Teori:** sykepleie ledelse skiller seg fra generell ledelse på grunn av sin vekt på at sykepleiere tar ansvar for å påvirke og forbedre praksis miljø. Sykepleie kunnskap hentet fra sykepleiepraksis avgjørende i å påvirke deres lederskap. Andre begreper som brukes for å beskrive sykepleie ledelse inkluderer 'myndiggjøre andre, tilrettelegge læring, utvikle sykepleiekunnskap, som arbeider med og gjennom andre for å oppnå suksess'

«Manager» vs. leder; mens manager vanligvis kontrollere andre og opprettholde status quo, styrker ledere andre, inspirerer til innovasjon og utfordrer tradisjonelle praksiser

**Faktorer:** lederskap i sykepleiere kan utvikles og oppnås gjennom pedagogisk virksomhet og ved å praktisere lederskap. Relasjonelle ferdigheter er viktigere enn økonomiske og tekniske ferdigheter.

Sykepleierstudenter ønsker veiledere i praksis med effektiv kommunikasjon og at de er imøtekommende; emosjonell intelligens, evne til å integrere og administrere følelser og fornuft, kunne utvikles gjennom trening. Skolens innsats for å 'styrke' sykepleiere fremmer positiv arbeids atferd og holdninger, herunder lederatferd

**Forberede sykepleier ledelse i undervisning:** sykepleiere forventes å påta seg lederroller i ulike settinger. Fokus på organisasjon og ledelse i undervisning. Integrering av teori og praksis finner sted under praksis siste studieår eller i overgangen fra student til sykepleier. Dette kan være hensiktsmessig. Men ledelse er ikke en 'stand alone' enhet, men gjennomsyrrer mange andre deler av pensum. Det kan være mer hensiktsmessig at ledelse blir undervist gjennom hele studiet, en slik tilnærming kan forberede sykepleiere for å se praksis som en del av ledelse i stedet for den aktuelle situasjonen hvor ledelse blir presentert som en del av praksis. Ledelse er en viktig del av sykepleiepraksis og alle sykepleiernes roller er, på et eller annet vis, lederroller.

#### Artikkelmatrise 4

Forfatter	Germain, P. B., Cummings, G. G.
År	2010
Land	Canada
Tittel	<b>The influence of nursing leadership on nurse performance:</b>
Tidsskrift	<b>a systematic literature review</b> Journal of Nursing Management
Hensikt (mål) med studien	Undersøke de faktorene som sykepleiere oppfattet som å påvirke deres motivasjon og ytelse. Sykepleiers ytelse er avgjørende for kvaliteten på pasientenes omsorg. Kvalitet på omsorg måles av pasientutfall og oppnåelse av organisatoriske mål. Med en alvorlig sykepleiermangel opererer mange enheter nå i krisesituasjon. Ytelse er en organisatorisk oppførsel. I et arbeidsmiljø preget av finansielle begrensninger og organisatoriske forandringer, er sykepleiers ledere ansvarlige for suksessen til organisasjonen og trenger kunnskap om hva som motiverer sykepleiere til å møte organisatoriske mål i pasientomsorg.
Metode	Systematisk oversiktsartikkel. Søk etter fagfelleverderte forskningsartikler i 6 elektroniske databaser, i tidsskrifter og på 5 websider.
Utvalg	7 kvantitative artikler og 1 kvantitativ/kvalitativ artikkel publisert mellom 1995-2007, 1 fra Singapore, 3 fra USA og 4 fra Canada

<p>Resultat (Funn)</p>	<p>Sykepleiere oppfatter ikke at ledere direkte påvirker deres motivasjon, men man kan se indirekte påvirkning ved at ledelse påvirker faktorer som påvirker deres motivasjon som autonomi, relasjonsbygging, ressurstilgjengelighet og lederutøvelse. Effektiv sykepleie ledelse er avgjørende for etableringen av praksismiljøer som støtter sykepleiers evne til å utføre. Arbeidsbelastningen for sykepleier ledere er for stor; de som prioriterer deres ansatte og har en inkluderende leder-stil; belønnes med sterk sykepleierytelse og som et resultat positive pasientutfall. Sykepleiere deltar i å skape sine egne arbeidsplasskulturer gjennom å engasjere seg i aktiviteter som forbedrer både deres og deres kollegaer arbeidsliv. Sykepleierne er ansvarlige for å kommunisere profesjonelt med sin sykepleiers leder om hva de trenger for å fullføre sine oppgaver effektivt og faglig.</p> <p>Faktorer som påvirket motivasjon eller ytelse:</p> <p><b>Autonomi;</b> sykepleierens arbeidsliv ble forbedret gjennom ledere som stolte på ansatte. Når leder stoler på sykepleier føler de seg bemyndiget, verdsatt og viktige i organisasjonen, gjennom å ha frihet til å ta beslutninger og foreslå og engasjere seg i aktiviteter uten å måtte søke godkjenning.</p> <p><b>Relasjonsbygging;</b> Sykepleiere ser positive arbeidsforhold som en indikator på deres evne til å gi høy kvalitet omsorg. Pasientomsorgen er optimalisert gjennom samarbeid med kolleger og deltakelse i beslutningsprosesser. Et positivt samarbeidsforhold som åpner for åpen og effektiv kommunikasjon er grunnlaget for at sykepleiere og ledere får respekt for hverandre og har tillitt til hverandre.</p> <p>Klart definert sykepleierolle; sykepleiere som følte at forventningene var kjente og klare, følte økt evne og selvtilitt til å utføre jobben sin bra.</p> <p>Ledere som er synlige i klinisk setting, viser støtte til sykepleiere; de får muligheten til å stille spørsmål og leder får mulighet til å lytte til sykepleieres perspektiver</p>
------------------------	--



**Tilgang til ressurser;** Sykepleiere som hadde økt tilgang til informasjon og ressurser (ex utstyr), hadde økt opplevd arbeidseffektivitet. Ledere er ansvarlige for sykepleiers effektivitet gjennom å skape miljøer med nok og kvalifisert personale; der sykepleiere har ressurser til å håndtere sin arbeidsbelastning (planlegge, implementere og vurdere omsorg).

**Individuelle sykepleieregenskaper;** Sykepleiere som har personlighetskaraktistikker som tolererer tvetydighet og tøff hverdag ser deres turbulente arbeidsmiljø som en positiv utfordring. Sykepleiere kan effektivt håndtere turbulente arbeidsmiljøer fordi de oppfatter usikkerheten i deres miljø som ikke truende men utfordrende. Dermed har de både motivasjon og evne til å yte kvalitetssorg.

**Lederutøvelse;** Medarbeiderne påvirkes av lederens praksis, direkte engasjement og handling. Ledere bør «venture out» og søke etter muligheter til å skape, utvikle og forbedre prosesser. Oppmuntre ansatte til å handle og komme med forslag til hvordan mål skal oppnås bidrar til at de føler seg kompetent og dedikert. Sykepleierens arbeid anerkjennes ved at ledere legger merke til den, har høye men rimelige forventninger og gjennom å belønne solid ytelse. Støttende (byggende, coaching, mentor) lederskap ble oppfattet som viktig for sykepleiers evner og motivasjon til å utføre; resulterte i et sunt produktivt arbeidsmiljø som gjorde dem i stand til å utføre bedre.

Mål for enhver helseorganisasjon bør være å påvirke kvaliteten på pasientomsorgen. Sykepleier ledelse spiller en nøkkelrolle for å oppmuntre medarbeidere til å få bedre forståelse av pasientens behov og verdier. «Empowered» sykepleiere er ivrige etter å gjennomføre evidensbasert praksis for å sikre kvaliteten på omsorg.

## Artikkelmatrise 5

Forfatter	Kristoffersen, M. & Friberg, F.
År	2015
Land	Norge
Tittel	<b>Transformasjonsledelse og økte effektivitetskrav i sykepleien</b>
Tidsskrift	Nordic Journal of Nursing Research
Hensikt (mål) med studien	Artikkelen argumenterer for transformasjonsledelse som en relevant ledelsesmodell for å fremme sykepleierens kapasitet til å møte økte effektivitetskrav. Etter introduksjonen av New Public Management (NPM) i helsevesenet i Norge gir effektivitetskrav organisasjonsmessige realiteter som ikke sammenfaller med tradisjonell kvalitet i sykepleie. Det er derfor viktig å studere sykepleiers erfaringer i forhold til ledere og økte krav til effektivitet.
Metode	Teoretisk studie som henter datamateriale fra en norsk empirisk studie utført i 2008-2009.
Utvalg	27 kvalitative intervjuer av 13 sykepleiere fra somatisk/psykiatrisk helsetjeneste; gjenanalyse av datamateriale angående sykepleieres erfaring med ledelse og effektivitetskrav.
Resultat (Funn)	<b>Definisjon Transformasjonsledelse:</b> noe som oppstår i interaksjonen mellom mennesker i organisasjoner og handler om å utøve innflytelse, stimulere, inspirere og ta vare på ansatte slik at de kan bidra til at organisasjonens mål blir nådd. Innebærer også å utvikle empowerment/ledelseskapasitet hos sykepleier; bruk av sin faglige og personlige autonomi.

**Personsentrert sykepleie** innebærer å utgå fra pasienten som person og utøve sykepleie ut fra personens behov og vurderinger, for å ivareta integritet og verdighet.

Kvalitet i sykepleie handler om å sikre faglig kompetanse gjennom utdanning. Kompetanse kan knyttes til 6 kjernekompetanser som er betydningsfulle for sykepleie: personsentrert sykepleie, samarbeid i team, evidensbasert sykepleie, kvalitetsutvikling, pasientsikkerhet på individ- og systemnivå og informasjons- og kommunikasjonssystem. Innføring av NPM, eller ny offentlig ledelse, i helsetjenesten innebærer imidlertid at sykepleien også knyttes til økte effektivitetskrav. Tjenesteproduksjonen skal gjøres mest mulig økonomisk rasjonell for å få mest mulig ut av ressursene. Ressursinnsatsen vurderes mot måloppnåelse eller 'i hvilken grad organisasjonen dekker befolkningens behov for helsetjenester'.

Konflikt mellom personsentrert sykepleie og organisatoriske betingelser; Organisatoriske endringer relatert til økte effektivitetskrav medfører utilfredshet, skuffelse, frustrasjon, usikkerhet og også en følelse av utilstrekkelighet → sykepleiermangel, stor arbeidsbelastning, tidspress og kort liggetid, men også oppgaveorientert og rutinepreget sykepleie.

Ledere på sengepostnivå står administrativt og faglig ansvarlig for å realisere organisatoriske og helsepolitiske mål; effektivitetskrav må oversettes til lokal bruk på sengepostnivå. Sykepleiers ledere som fremmer sykepleiers kapasitet gjør sykepleiere bedre i stand til å møte krav til effektivitet. Hvordan transformasjonsledelse kan bidra:

**-Idealiserende innflytelse:** oppnå tillit/rollemodell, identifiserer seg med leder og mål og verdier. Konstruktive tilbakemeldinger. Fremme sykepleiers bemyndigelse og tro på seg selv → sykepleier bruker sin kompetanse/kapital for å oppnå målet om å dekke befolkningens behov for tjenester.

**-Intellektuell stimulering:** synliggjøre mål/krav, oppmuntre, fremme

evne til problemløsning, stimulere til diskusjon om hvordan ting gjøres, utvikle kritisk tenkende sykepleiere; hindre dissonans mellom kjernekompetanse og effektivitetskrav.

**-Inspirerende motivasjon:** skape mening i arbeidet, gi positiv tilbakemelding, involvere i prosesser.

**-Individuelle hensyn:** ta vare på, akseptere individuelle forskjeller, tilrettelegge

## Artikkelmatrise 6

Forfatter	Sørensen, E. E.
År	2006
Land	Danmark
Tittel	<b>En empirisk undersøgelse af samspil mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis i dansk sygehusvæsen</b>
Tidsskrift	Ph.d. avhandling. Det Sundhedsvidenskapelige Fakultet, Aarhus Universitet
Hensikt (mål) med studien	Er å gi ny kunnskap om hvordan samspill mellom ledelse og faglighet kommer til uttrykk i ledende sykepleierskes praksis i dansk sykehusvesen. Med utdypende beskrivelser av når, hvordan og hvorfor faglighet kommer til uttrykk i sykepleiers ledelsespraksis forventes undersøkelsen å kunne bidra med innhold til et felles språk og dermed en felles bevissthet om ledelse i sykehussektoren.
Metode	Undersøkelsen er gjort av sykepleier Erik Elgaard Sørensen i 2006. Den vitenskapelige tilnærmingen er fenomenologisk hermeneutisk. Kvalitativ studie utført på 6 forskjellige avdelinger i 2 forskjellige fylker.
Utvalg	I undersøkelsen inngår 12 ledende sykepleiere mellom 39 og 57 år, fordelt på 5 avdelingssykepleiere, 7 oversykepleiere/klinikkoversykepleiere

Resultat (Funn)	<p>Undersøkelsen viser at innholdet i avdelingssykepleiers lederpraksis er vanskelig å forutsi, fragmentert, periodisk og preges i stor grad av skiftende forhold. Undersøkelsen viser med all tydelighet at ledende sykepleieres praksis viser et samspill mellom faglighet og ledelse, eller manglende samspill mellom faglighet og ledelse. Det avhenger av hvilken rolle personen inntar. Rollen som kliniker, administrator eller som "hybridleder".</p> <p>Inntar personen rollen som <i>kliniker</i>, kjennetegnes rollen av at personen er opptatt av den kliniske praksis. Samspillet mellom ledelse og fag uteblir eller viser seg i et kortsiktig ledelsesperspektiv. Helt avhengig av hvilket ledelsesnivå den praktiske kliniker befinner seg i, får det konsekvenser i form av en urolig, reaktiv og tilpasset lederpraksis.</p> <p>I en praktisk forståelse av sykepleie legges det ikke vekt på teori. Lederen er mer opptatt av deltagelse i praksis og holder hverken faget eller ledelsen levende. Holder lederen fokus på faget skjer den faglige utviklingen på bekostning av ledelsesidentitet. Er medarbeiderne avhengig av at den kliniske lederen deltar i praksis, oppstod det en maktutøvelse, siden lederen hverken utviser en sykepleie- eller ledelsesfaglig identitet.</p> <p>Inntar personen rollen som <i>administrator</i> er lederen opptatt av administrasjon og drift og samspillet mellom fag og ledelse uteblir. Sykepleiefaglige overveielser nedtones til fordel for det administrative. På den måte holdes hverken faglige eller ledelsesidentiteter levende. Det resulterer i mangel på anerkjennelse blant medarbeiderne og dels et behov fra lederens side om å bli anerkjent blant medarbeiderne. På en slik enhet skjer det ingen klinisk utvikling og resulterer også i maktutøvelse. Avhengig av ledelsesnivå, får dette konsekvenser i form av en isolert, tilpasset og alliansedannende ledelsespraksis.</p>
-----------------	---

I rollen som *hybridleder* utøves ledelse i et samspill mellom fag og ledelse. I funksjonen som avdelingssykepleier er fokus og deltakelse i klinisk sykepleiepraksis utviklingsrettet og med et ledelsesfaglig mål. Det er derfor ikke bindinger til utøvelse av sykepleie på samme måte som hos medarbeiderne.

Mellom driftsmessige oppgaver og sykepleiefaglige overveielse, følger en pendling mellom nærhet og distanse, fag og ledelse i et utviklingsperspektiv. Meningen med god sykepleie tilhører utviklingen av den kliniske praksis. På den måten holdes både sykepleiefaglige og ledelsesfaglige identiteter levende. Kjennetegnende karaktertrekk hos hybridledere er: engasjement, energi og personlig vilje til ikke å nedtone noen av identitetene, hverken de sykepleiefaglige eller de ledelsesmessige. Pendlingen mellom nærhet og distanse skaper et gjensidig avhengighetsforhold mellom leder og medarbeider og fører til medarbeidernes anerkjennelse av lederpraksis. Avhengig av ledelsesnivå, har det tydelige konsekvenser og viser seg som en rolig og proaktiv lederpraksis. Sterk sykepleie- og lederidentitet resulterer i å tørre å lede egne og andre fagprofesjoner. Med denne identitetsutviklingen minsker behovet for å bli fanget i anerkjennelsens spill, hevder Sørensen.

Det ser ut som om ledere rekrutteres for å passe inn i kulturen og av Sørensens populasjon har et mindretall valgt å være hybridledere.

## Artikkelmatrise 7

Forfatter	Wong, C. A., Cummings, G. G. & Ducharme, L.
År	2013
Land	Canada
Tittel	<b>The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update</b>
Tidsskrift	Journal of Nursing Management
Hensikt (mål) med studien	Beskrive funn fra artikler som undersøker sammenheng mellom sykepleie ledelse og pasientutfall (pasientomsorg / uheldige hendelser). Siden helsevesenet står overfor en økonomisk nedtur, stressende arbeidsmiljø, kommende pensjonering av ledere og anslått bemanningsmangel, er det avgjørende å implementere strategier for å sikre effektiv ledelse og optimale pasient utfall.
Metode	Engelskspråklige forskningsartikler fra 8 databaser som undersøkte lederskap fra sykepleiere i formelle lederstillinger og pasient utfall.
Utvalg	20 artikler fra 1999-2012 som møtte kriteriene ble inkludert. 7 av artiklene var inkludert i en tidligere systematisk oversiktsartikkel (2007). 15 av artiklene var fra USA, 4 fra Canada og 1 fra Norge.
Resultat (Funn)	Studien brukte rammeverket SPO-Structure-Process-Outcome <b>Struktur</b> De kategoriserte ledelse som enten relasjons eller oppgave-orientert. -Relasjon; viser omsorg og respekt, uttrykker takknemlighet og støtte. -Oppgave-orientert; er opptatt av mål, prosedyrer og produksjon, etablere veldefinerte kommunikasjonslinjer, og vil sannsynligvis holde avstand til ansatte. <b>Prosess</b> definert som leder prosesser eller mekanismer som kan bidra til optimal trygg pasientbehandling.



- å skape arbeids-strukturer / arbeidsbetingelser, motiverende, lagbygning, fremme pleie prosesser, oppmuntre til deltakelse

### **Pasientutfall**

dødelighet, tilfredshet, bivirkninger, komplikasjoner, utnyttelse

Funnene dokumenterer bevis for en positiv sammenheng mellom relasjonell ledelse og en rekke pasientutfall som lavere pasientdødelighet, uheldige hendelser, spesielt feilmedisinering, færre liggedøgn og sykehusinfeksjoner. Både relasjonell ledelse og oppgave-orientert ledelse fører til høyere pasienttilfredshet; elementer fra begge lederstiler er nødvendige for pasienttilfredshet.

Effektive sykepleier ledere sikrer riktig bemanning og at andre ressurser er på plass for å oppnå sikker omsorg og optimale pasientutfall. De bidrar til strategiske beslutninger og påvirker hvordan sykepleie er praktisert og verdsatt. På avdelingsnivå engasjerer ledere sykepleiere i beslutninger om pasientflyt og bemanning, kvalitet forbedringsaktiviteter og kontinuerlig læring muligheter for å bedre pasientomsorg.

Lederskap påvirker pasientens utfall indirekte gjennom prosesser; ved å gjøre endringer i korrekt bemanning, prosesser, påvirker personalets holdninger, atferd eller motivasjon som kan legge til rette for pasientbehandlingen. Emosjonell intelligens ferdigheter som understøtter relasjonell lederstil bør være et kriterie når man ansetter sykepleier ledere; er avgjørende for effektiv ytelse på alle nivåer i organisasjoner. Relasjonelt orienterte ledere bidrar til positive praksis innstillinger og ansattes engasjement ved å gi støtte og oppmuntring, positive og konstruktive tilbakemeldinger, åpen og transparent kommunikasjon og individuell vurdering. Skape muligheter for meningsfull dialog mellom ledere og kliniske sykepleiere er nødvendig for å diskutere pasientenes problemer som kan hindre pasientsikkerhet. Selv om dette er utfordrende i dagens høye tempo og ledere som er i mange møter, er det en prioritet som ikke kan overses. Sykepleiere må ha mulighet og nok bemanning

ressurser til å overvåke pasientens tilstand og ta opp deres behov for utdanning for å fremme egenomsorg, symptomlindring og andre forhold knyttet til pasientens empowerment.

De positive funnene mellom relasjon ledelse og pasientutfall bør føre til økt kunnskap om pasient behandlingsprosesser og sykepleiers rolle.