

## **Formell och fullvärdig kompetens**

- **en studie om sjukskötares kompetens på en medicinsk  
bäddavdelning**

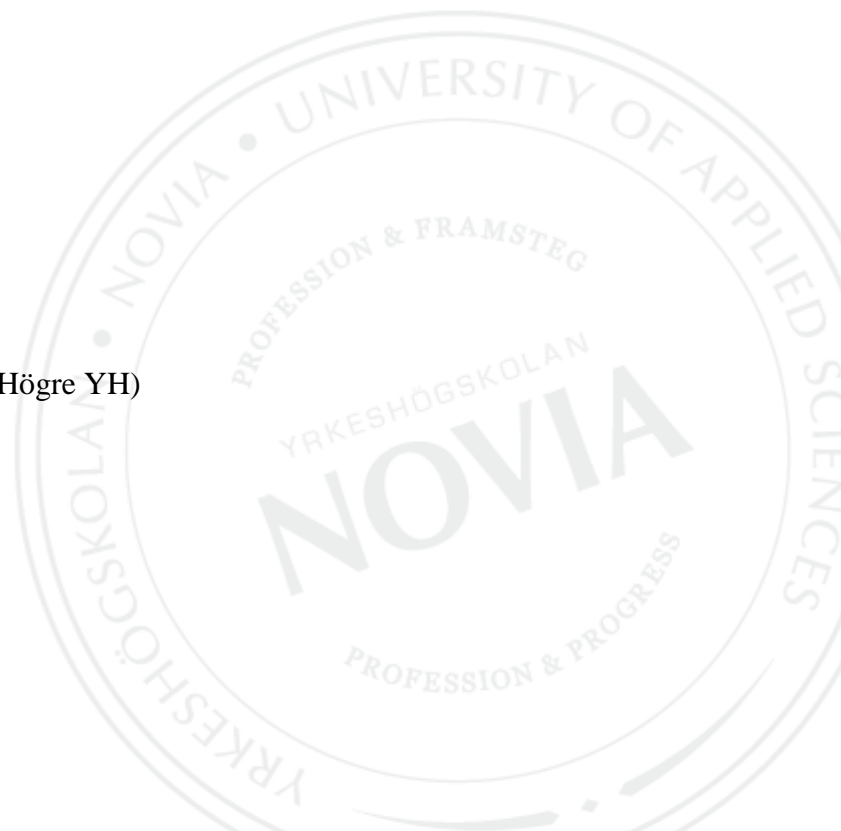
Pia Hollsten-Friman

Marika Lindström

Examensarbete för Högre YH-examen

Utbildning inom social-och hälsovård (Högre YH)

Åbo 2017



## EXAMENSARBETE

Författare: Pia Hollsten-Friman, Marika Lindström

Utbildningsprogram och ort: Social- och hälsovård (Högre YH)

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Utveckling och ledarskap inom social- och hälsovård

Handledare: Pia Liljeroth och Tua Weckström-Lundell

Titel: Formell och fullvärdig kompetens - en studie om sjukskötares kompetens på en medicinsk bäddavdelning

---

Datum 19.05.2017

Sidantal 62

Bilagor 13

---

### Abstrakt

Kompetens är viktigt i en föränderlig värld. För att en organisation ska kunna ha förmåga till anpassning måste de rätta kompetenserna finnas hos arbetstagarna. Studiens syfte är att utreda vad sjukskötares kompetens kan innebära på en medicinsk bäddavdelning. Målet är att utveckla en struktur som visar hur man kan se skillnader mellan formell- och fullvärdig kompetens.

Studien genomfördes som en praktikforskning bestående av litteraturöversikt, arbetsgivarens beställning, kompetensskalor, workshops och fokusgruppintervju. I den här praktikforskningen har åtta sjukskötare och tre av deras ledare från en medicinsk bäddavdelning deltagit.

Studien visade att begreppet fullvärdig kompetens inte finns helt klart definierat, varken i litteraturen eller hos studiens deltagare. Resultatet av vad fullvärdig kompetens är för sjukskötare på en medicinsk bäddavdelning är beskrivet enligt substanskompetens, personlighetskompetens, framtidskompetens samt kultur och hierarki. Begreppet fullvärdig kompetens är beskrivet både i nutid och i framtid. Studien resulterade också i en strukturmodell som visar på skillnader i vad som ingår i formell- och i fullvärdig kompetens. Vår förhoppning är att strukturen ska kunna fungera som ett stöd för ledare i planering och rekrytering av olika kompetenser på sin enhet.

---

Språk: svenska

Nyckelord: Kompetens, fullvärdig, sjukskötare

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Pia Hollsten-Friman, Marika Lindström

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Ylempi ammattikorkeakoulu tutkinto, Turku  
Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Sosiaali ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

Ohjaajat: Pia Liljeroth ja Tua Weckström-Lundell

Nimike: Muodollinen ja täysi pätevyys- tutkielma sairaanhoitajan pätevydestä sisätautien vuodeosastolla

---

Päivämäärä 19.05.2017

Sivumäärä 62

Liitteet 13

---

### Tiivistelmä

Muuttuvassa maailmassa pätevyys on tärkeää. Organisaation sopeutumiskyky edellyttää työntekijöitä, jotka omaavat oikeita pätevyksiä. Tutkielman tarkoitus on selvittää mitä pätevyys voi tarkoittaa sisätautien vuodeosastolla työskentelevän sairaanhoitajan kohdalla. Tavoitteena on kehittää rakenne, joka osoittaa eroja muodollisesti pätevän ja täysin pätevän välillä.

Tutkielma toteutettiin käytäntötutkimuksena koostuen kirjallisuuskatsauksesta, työnantajan tilauksesta, pätevyysasteikoista, työpajoista ja fokusryhmähaastattelusta. Tähän käytäntötutkimukseen osallistui kahdeksan sairaanhoitajaa ja kolme heidän esimiestään sisätautien vuodeosastolta.

Tutkielma osoittaa, ettei käsitteelle täysin pätevä ole selkeää määritelmää kirjallisuudessa tai tutkimukseen osallistujilla. Sisätautien vuodeosaston täysin pätevän sairaanhoitajan pätevyys on kuvattu ydinosaamisen, henkilökohtaisten ominaisuuksien, tulevaisuusosaamisen sekä kulttuurin ja hierarkian osalta. Käsite täysin pätevä on kuvattu sekä nykyhetkessä että tulevaisuudessa. Tutkielma tuotti myös metodin joka osoittaa eroavaisuuksia muodollisen pätevyyden ja täysin pätevän välillä.

Toivomme, että menetelmä voi toimia tukena johtajalle suunnittelussa erilaisten pätevyyksien ja rekrytoinnissa yksikköön.

---

Kieli: Suomi Avainsanat: Pätevyys, täysin, sairaanhoitaja

---

## BACHELOR'S THESIS

Author: Pia Hollsten-Friman, Marika Lindström

Degree Programme: Master degree, Turku

Specialization: Development and leadership in Social- and Health Care Services

Supervisors: Pia Liljeroth and Tua Weckström-Lundell

Title: Formal and complete competence- a study about nurse's competence at a medical inpatient facility

---

Date 19.05.2017

Number of pages 62

Appendices 13

---

### Abstract

Competence is important in a changing world. In order for an organisation to be available to adapt to the changing environment the right skills must be found within the employees. The purpose of the study is to discover nurses' skills in complete competence at a medical inpatient unit. The goal is to develop a structure that shows how to see differences between formal and complete competence.

The study was conducted as applied research consisting of literature review, employer's request, skills scales, workshops and focus group interview. In this study, eight nurses and three of their managers from a medical inpatient unit have participated.

The study showed that the concept of complete competence is not clearly defined in the literature or for the study's participants. The true requirements of what a complete competence is for nurses in a medical inpatient facility are described in terms of substantive competence, personality competence, future competence as well as in cultural and hierarchy understandings. The term complete competence is described in both present and for the future. The study has also resulted in a structural model that shows differences in what forms part of formal and complete competence skills.

Our hope is that the structure should serve as a support for leaders in planning and requirement of different skills on their unit.

---

Language: Swedish

Keywords: Competence, complete, nurses

---

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund.....	3
3	Syfte och avgränsning.....	4
4	Kompetens.....	5
4.1	Grundkompetens och nytt lärande.....	7
4.2	Kompetens för framtiden.....	8
4.3	Värderingar, etik och kultur.....	9
4.4	Kompetensmodeller.....	10
5	Ledarskap för att upprätthålla och utveckla kompetens.....	12
5.1	Transformativt ledarskap.....	13
5.2	Inre motivation.....	15
6	Arbetsvärdering och kompetensskala.....	16
6.1	Arbetsvärderingen.....	16
6.2	Nursing Competence Scale (NCS).....	18
7	Praktikforskningsprocessen i arbetet.....	18
7.1	Arbetsgång och bearbetningsprocessen.....	21
7.2	Arbetsvärderingen och NCS.....	24
7.3	Workshops.....	29
7.3.1	Workshop 1.....	30
7.3.2	Workshop 2.....	33
7.4	Fokusgruppintervjuer.....	33
7.5	Sammanställning och analys av det insamlade materialet.....	37
7.5.1	Workshop 1 och 2.....	38
7.5.2	Fokusgruppintervjun.....	40
8	Resultat.....	40
8.1	Formell kompetens.....	42
8.2	Fullvärdig kompetens.....	43
8.2.1	Substanskompetens.....	44
8.2.2	Personlighetskompetens.....	46
8.2.3	Kultur och hierarki.....	46
8.3	Framtidskompetens.....	47
8.4	Sammanfattning av resultat.....	48
9	Etiska överväganden.....	50

10	Diskussion och kritisk granskning.....	51
	Källor .....	56

## Bilagor

Bilaga 1	Benner's kompetensmodell
Bilaga 2	Arbetsvärdering
Bilaga 3	Arbetsvärdering, sjukskötare avdelning
Bilaga 4	Nursing Competence Scale
Bilaga 5	NCS, Jämförd mot arbetsvärdering
Bilaga 6	Frågor fokusgrupps intervjuer
Bilaga 7	Workshops processen
Bilaga 8	Informationsbrev
Bilaga 9	Material Workshop 1
Bilaga 10	Sammanställning Workshop 1
Bilaga 11	Sammanställning av Workshop 2
Bilaga 12	Fotografier från Workshop 1 och 2
Bilaga 13	Sammanställning av artiklar framtidsperspektiv

# 1 Inledning

Världen och dagens samhälle har förändrats och utvecklingen sker i en snabbare takt än tidigare. Detta medför att helt nya och förändrade krav ställs på företag, organisationer och dess ledare. Det gäller för dagens arbetsgivare att vara uppdaterad med ny forskning och de senaste metoderna för att kunna anställa rätt personal till rätt uppgift. Det behöver finnas god framförhållning för att klara av uppgifterna i framtiden. För detta behövs rätt kompetens till rätt tjänst. (Meretoja, 2012, s.69; Groscruth, 2016.)

Kompetens som behövs i en organisation bör därför vara klarlagd för att kunna utnyttjas till fullo. En arbetsbeskrivning är därför nödvändig när en roll införs. I Nieminens (2011) arbete har man undersökt hur klinisk expertsjukskötares kompetens kan användas på bästa sätt. Där konstaterar man att ett hinder där rollen inte är tydligt definierad leder till att kompetensen inte kan tillvaratas till fullo. En tydlig beskrivning behövs också för att omvärlden ska förstå en funktion och respektera den.

Det blir bara viktigare för organisationers framgångar att rekrytera rätt kompetens, men också att ta vara på den kompetens som redan finns inom organisationen. All personal inom en organisation är en del av organisationens helhet, och är anställd för en specifik roll och sin unika kompetens. Varje person påverkar de övriga i arbetsteamet. Idag är det viktigt med rekrytering av personal med specifik fackkompetens eftersom organisationer är mer beroende av olika datasystem och avancerad teknik än tidigare. Men det är inte bara viktigt med rätt rekrytering, utan minst lika viktigt är det att ta tillvara den kompetens som redan finns i organisationen. För att organisationer ska kunna ta tillvara och behålla kompetent personal måste arbetet utformas så att personalen har möjlighet att utvecklas, får utmaningar i arbetet och känner delaktighet. Om personalen inte behandlas väl och det inte är en god arbetsmiljö på arbetsplatsen, söker sig personalen till andra organisationer. Undersökningar visar att utformningen av arbetet, arbetsmiljön, organisationens anseende och utvecklingsmöjligheter värderas högre än lönen för arbetstagare när de söker jobb. (Jacobsen & Thorsvik, 2014, s. 221–227, s.242–244.)

Vårdchefen vid ett centralsjukhus har önskat att en fullvärdig kompetens för sjukskötare vid en medicinsk bäddavdelning ska beskrivas. Fullvärdig kompetens betyder enligt henne att vara den erfarna på avdelningen, den som kan vara ansvarig sjukskötare i sitt skift och handleda sina kollegor samt klara av att organisera avdelningens arbete. Hon har utgått

från Benners kompetensmodell nivå tre och fyra (bilaga 1). Benners kompetensmodell från novis till expert, beskriver sjukskötarens kunskapsutveckling och har fem kompetensnivåer som alla har en kompetensbeskrivning. Benners kompetensmodell är därför inkluderad som jämförelsemodell i arbetet, för att utreda vad fullvärdig kompetens betyder för sjukskötare på en medicinsk bäddavdelning.

Hösten 2015 påbörjades en arbetsvärdering för Ålands landskapsregerings anställda för att få en tydlig kartläggning över kompetenserna inom organisationen och för att få mer jämställda löner. Detta arbete pågår fortfarande. I vårt arbete har vi dock utgått från arbetsvärderingen så långt den är gjord i nuläget för att ta tillvara det som redan är gjort inom ämnet och för att få gemensamma kategorier att utgå ifrån.

Utgående från bakgrundsmaterialet är de områden som påverkar och bäst beskriver *fullvärdig kompetens*; kompetens, förändringskompetens, olika kompetensmodeller och ledarskap. Den litteratur och de forskningar som har studerats visar också på att det behövs mer kunskap om kulturen på arbetsplatsen, förändringskompetens, ledarskap som befrämjar utveckling och styrning av utveckling med hjälp av kompetensmodeller för att nå fullvärdig kompetens. I engelskan har man två skilda begrepp för kompetens, varav det ena begreppet beskriver den personliga kompetensen. Redan Aristoteles beskrev kompetens med begreppet *phronesis*, vilket avser hantverket att sköta sitt jobb enligt goda etiska principer. Efter att ha studerat litteratur, vetenskapliga artiklar och olika kompetensmodeller kunde vi konstatera att de flesta beskrivningar av fullvärdig kompetens är förutom kompetens på grundnivå, också arbetserfarenhet och kunskap i att handleda nya kollegor samt hantering av ovana situationer och utveckling.

I vårt arbete utgår vi från vår tolkning av att det som ingår i begreppet *fullvärdig kompetens* är substanskompetens, personliga egenskaper, förändringskompetens, ledarskap, utveckling och kultur.

Finlands hälso- och sjukvård kommer att omorganiseras i och med den nya hälso- och sjukvårdsreformen. I Meretoja & Koponen (2011), Meretoja et al (2013), Numminen et al (2013 s. 1411) har det framkommit att sjukvården står inför stora utmaningar. Därför behöver det också finnas ett framtidsperspektiv hos ledare inom sjukvården. Enligt bakgrundsmaterialet i studien är det viktigt att ledare bör ha en idé om vad som kan behövas i framtiden. Detta medförde att begreppet framtidskompetens inkluderades i studien.



## 2 Bakgrund

För att få kunskap om vad som redan finns forskat och skrivet inom området fullvärdig kompetens har vi studerat litteratur och tidigare forskningar inom ämnet kompetens, förändringskompetens, olika kompetensmodeller och ledarskap. Med bakgrund av att det finns ett gap mellan den kompetens som arbetstagare har och vad förväntningarna är hos arbetsgivare och vad som behövs i framtiden har en litteratursökning gjorts med fri sökning. När en relevant artikel har hittats har källmaterial lästs igenom. Dessutom har böcker om kompetens sökts på biblioteket. Relevant material från tidigare kurser i Högre Yh utbildning inom social och hälsovård vid Novia och avhandlingar från Nelliportalen har också använts.

Med sökordet fullvärdig kompetens fick vi inte några träffar. Vi har kombinerat kompetens med de engelska sökorden full, completely, qualified, knowledgeable och clear, men inte det heller gav några relevanta artiklar. De artiklar som sökningen gav beskrev kompetensen hos nyutbildade sjukskötare alternativt specialistkompetens. Uppdraget från arbetsgivaren var att beskriva fullvärdig kompetens hos sjukskötare på en medicinsk bäddavdelning på nivå tre i Benners kompetensmodell. Det artiklarna handlade om motsvarade nivå ett och fem i modellen, vilket gjorde att de exkluderas.

Fullvärdig används i språket tillsammans med substantiv; till exempel fullvärdig bostad, fullvärdigt medlemskap och fullvärdig kost. Fullvärdig beskriver en specifik sak utan inskränkningar (SBU, 2017; Svenska Akademiens ordbok, 2017). Fullvärdig kan också beskrivas som adekvat, vilket betyder tillräcklig, nöjaktig och lämplig (Nordstedts ordbok, 2001).

Den allmänna förståelsen av begreppet kompetens är kopplat till kunskap, erfarenhet, förmåga och färdigheter. Den bästa beskrivningen av kompetens är förmåga att använda kunskaper och färdigheter i arbetslivet (Abrahamsson et al, 2008 s. 93–94.) Vid sökning med sökord kompetens på Karolinska institutet kom det fram att kompetens beskrivs på olika sätt. I detta arbete är klinisk kompetens, hälsokompetens, yrkeskompetens, kulturkompetens och mentalkompetens relevanta att använda. Klinisk kompetens är att kunna göra arbetsuppgifter på ett korrekt sätt i patientvården. Hälsokompetens är förmåga att förstå och självständigt kunna använda sig av information om hälsa för att förbättra den hos individer. Kulturkompetens är beteenden och språklig kompetens som ska överensstämma med attityder och policyn i system och bland yrkesfolk. Mentalkompetens

är en förmåga att förstå innebörder och konsekvenser av handlingar. Yrkeskompetens är att kunna utföra sina arbetsuppgifter på en allmän nivå eller mer specifika uppgifter på en acceptabel nivå. (Karolinska institutet, 2017.)

Nieminen et al (2011, s. 661–662) beskriver kompetenser enligt Aristoteles tre dimensionella sätt epistêmê, technê och phronesis. Epistêmê står för teoretiskt vetenskaplig och objektiv kunskap. Technê är den kunskapen som syns i praktiken, vilket bygger på teoretisk kunskap. Kunskapen om hur olika saker ska utföras. Phronesis står för det praktiska hantverket jobbet innebär, att ha kunskap om sitt specialområde och att arbetstagaren kan tillämpa den kunskapen i sitt arbete också i oförutsedda situationer (Illeris, 2010 s. 160; Åhlfeldt et al, 2015 s. 5). I det engelska språket finns det två begrepp för kompetens; competence och competency. Competence beskriver kunskap, förståelse, omdöme och personliga egenskaper. Competency är personorienterat och refererar till karaktäristika hos personen och kvaliteter som leder till att jobbet kan skötas bra. (Ireland, 2007 s. 107–108.) Sjukskötares kompetens är kopplat till i vilket kontext de ska verka, och substanskunskap är viktig. När kompetensen ska analyseras kan den indelas i kunskap, färdigheter och personliga attribut. Det har också framkommit i litteraturen att det finns en skillnad i den faktiska och den förväntade kompetensen på sjukskötare. (Bing-Jonsson, 2016 s. 27–34.)

### **3 Syfte och avgränsning**

Syftet med undersökningen är att utreda vad en sjukskötares fullvärdiga kompetens kan innebära på en medicinsk bäddavdelning.

Målet är att utveckla en struktur som visar hur man kan se på skillnaderna mellan formell och fullvärdig kompetens.

Vårt utvecklingsarbete skall svara på följande frågeställningar.

1. Vad är skillnaden mellan formell och fullvärdig substanskompetens för sjukskötare på den aktuella enheten?
2. Vilka egenskaper behöver sjukskötare ha för att kunna uppnå fullvärdig kompetens?
3. Vad är ledarnas förväntningar på fullvärdig kompetens för rollen som sjukskötare nu och i framtiden?

Arbetet är avgränsat till att undersöka vad fullvärdig kompetens innebär för sjukskötare vid en medicinsk bäddavdelning och för deras ledare. Avsikten är att strukturen ska kunna hjälpa till att skapa en gemensam beskrivning av fullvärdig kompetens för avdelningen. Det kan även fungera som stöd i planeringen av det dagliga arbetet och i rekryteringen av ny personal så att personal med rätt kompetensprofil lättare kan rekryteras till rätt tjänst. Olika avdelningar inom sjukvården ska kunna använda sig av strukturen för att se på skillnaden mellan formell och fullvärdig kompetens.

Praktikforskningens principer ligger som grund för arbetet i vår studie. Strukturen som vi kommit fram till har utformats utgående från litteraturöversikt, workshops och fokusgruppintervju.

## 4 Kompetens

Nieminen et al (2011, s. 661–662) har också använt sig av Aristoteles tredje begrepp *phronesis*, som står för den praktiska visdomen. Det är kompetens som finns i en persons personlighet och känsloliv. *Phronesis* står också för hantverket att kunna utöva en profession, hur man uträttar ett jobb. Detta får man genom utbildning och att utöva ett yrke. Detta har också en koppling till den egna etiken. Detsamma menar Illeris (2010, s. 160–161) och Åhlfeldt et al (2015 s. 5) att i begreppet kompetens ingår en persons attityder och värderingar och att man ska använda sig av sina personliga egenskaper. Abrahamsson et al (2008, s. 93–94) anser också att kompetens är kopplat till attityder hos en person. En beskrivning av kompetens är att kunna omsätta kunskaper och färdigheter i arbetslivet. Kompetens är starkt kopplat till kunskap och utbildning.

Numminen et al (2013 s. 1411) har gjort en undersökning om sjukskötares kompetens. Denna undersökning gjordes på en medicinsk-, en kirurgisk-, en pediatrik-, en obstetrisk- och en psykiatrisk bäddavdelning. Sjukskötarna har själva skattat sin kompetens enligt *Nursing Competence Scale*, kompetensskala för sjukskötare. I undersökningen fann man att sjukskötare skattar sin kompetens högt. Högre ålder leder till en högre skattning. Den visade också på att speciellt arbetserfarenhet inverkar positivt på kompetens. Att undersöka kompetens har också en positiv inverkan på kompetensen och kan användas för att säkerställa kompetent och motiverad personal, som ger en kvalitativ vård. Möjlighet att använda sin kompetens i det dagliga arbetet förutsätter att det finns beskrivet vad medarbetaren förväntas att utföra. Därför är en befattningsbeskrivning som innefattar uppgifter i vilka klagörs befogenheter och förväntningar på den anställda nödvändig

Enligt Nieminen et al (2011, s. 661) har förväntade kompetenser på avancerad specialistsjukskötare inte blivit klarlagda i arbetsverkligheten och detta har medfört att de inte har kunnat använda sin kompetens till fullo.

De sjukskötare som har en högre kompetens ansvarar vanligtvis för att skola in nya medarbetare. De arbetar tillsammans med de nya medarbetarna i nära patientarbete för att personalresurserna ska användas effektivt och för att ge en högre patientsäkerhet. (Islamoska, 2009 s. 44.)

Befattningsbeskrivningar kan uppfattas som en klar beskrivning av de olika arbetsuppgifterna. Men vad rollen ska innehålla och vilken kompetens som förutsätts uppfattas ändå olika av olika individer. Arbetets innebörd är olika men diskuteras inte utan var och en tror att det är en självklarhet. Förståelsen styr omedvetet vad arbetstagare uppfattar som viktigt och vad de bedömer att kompetens i arbetet är. (Eliasson & Targama, 2005 s. 1259.) Det finns få studier som är gjorda där kraven på sjuksköterskans jobb formaliserats utifrån kompetens- och erfarenhetsnivåer. Detta borde göras för att höja patientsäkerheten och att tillfredsställa patienterna och deras behov. Men forskning inom detta område är svår att göra eftersom det är svårt att standardisera instrument för det. Kompetensbegreppet är vitt i litteraturen, vilket också försvårar forskningen. (Islamoska, 2009 s. 46.)

I Norge har man gjort en metaanalys om kompetens och utrett om det finns någon skillnad på kompetensen som vårdpersonal har i primärvården och vad som förväntas av chefer och myndigheter. I den undersökningen kom man fram till att det fanns en skillnad. Chefer och myndigheter förväntar sig en högre kompetens inom flera områden. De förväntade kompetenserna var att jobba patientsäkert och att själv kunna sköta administration. Undersökningen var gjord inom primärvården, så det förväntades att kunskapen skulle vara högre i folkhälsovård, behandlingar, akutvård, evidensbaserat kliniskt arbete och att förstå patientens väg igenom vårdssystemet. Dessutom fanns det förväntningar på samarbetet i multiprofessionella arbetsgrupper. Dessa saker ansåg inte personalen att de hade. Det fanns inte heller möjligheter för personalen att ta igen glappet i faktisk kompetens och förväntad på grund av för hög arbetsbelastning. (Bing-Jonsson, 2016.)

## 4.1 Grundkompetens och nytt lärande

Kompetensen som krävs för en uppgift på en arbetsplats är kopplat till vilken roll man har som arbetstagare. Rollen som arbetstagaren har är ofta bestående på arbetsplatsen, men över tid utvecklas man som arbetstagare och önskar också få en möjlighet att utvecklas i sin roll. Arbetet ställer krav på en kontinuerlig förändring till följd av den globala ekonomin och de nya tekniska innovationerna. Den som bäst kan utveckla sin egen roll är arbetstagaren själv. (Börjeson, 2008. s. 24–25.)

I början av sin karriär behöver sjukskötare manualer och metodböcker för att klara av att utföra sitt arbete. När sjukskötaren får arbetserfarenhet och kompetensen utvecklas kan sjukskötaren klara sig utan dessa. Sjukskötaren klarar då av att sköta sitt jobb med en längre tids planering och förstår komplexa problem på ett annat sätt. (Christiansen, 2010, s.4; Benner, 2001.)

Medarbetare innehar en grundkompetens för sitt arbete. Men det ska också ske en fortlöpande kompetensutveckling för att matcha de kontinuerliga förändringarna som sker i arbetet. För att kunna utveckla sitt arbete, måste det finnas en medvetenhet om den rådande situationen. Kompetensen förstärks genom nytt lärande, men för att en kompetensutveckling ska ske måste kritiskt granskande och förändring av den kliniska verksamheten ske. Ledare strävar till att höja kompetensen hos medarbetare. Under utvecklingssamtal diskuteras ofta vad en arbetstagare önskar att förkovra sig i för att kunna utveckla sin kompetens. Den anställda går från att klara av att hantera sitt jobb (detta är vad som värderas i arbetsvärderingen) till att bli specialister och vidare till experter. (Eliasson & Targama, 2005 s. 1258–1263.) Kompetensutvecklingsprocessen är liknande inlärningsprocessen. För att kunna lära sig nya saker förutsätts det att man känner sig trygg i miljön, att det finns ett behov av att ändra på något och att det finns energi och vilja hos individen att göra något nytt. Om det finns en stark motivation minskar kraven på övriga förutsättningar. Det ska också finnas ett samspel med omgivningen för att individen ska lära sig nytt och för att kompetensen ska höjas. (Illeris 2010 s 45–46 & 62–63.)

Kompetens kan delas upp på många sätt, Meretoja & Koponen (2011, s. 419–420) har gjort en studie där man beskriver den faktiska kompetensen som sjukskötare har på en avdelning, genom att sjukskötare själva fått skatta sin kompetens enligt en bestämd skala. Sedan har också ledare skattat sjukskötarnas kompetens enligt samma skala.

Arbetsorganisationer som har mindre hierarki och ett fokus på kompetensutveckling, har bättre tillväxt och effektivitet. För att ytterligare öka på effektiviteten ska arbetslag användas där man lär av varandra. Delegerat ansvar och en kontinuerlig arbetsrotation är också arbetssätt som gör en organisation högpresterande. Specifikt nämns Norden och Nederländerna som länder där det också är vanligt att delegera uppgifter till arbetstagare med en lägre utbildningsnivå. (Abrahamsson, et al, 2008, s.107.) Arbetsgivare behöver sträva till att ha en framförhållning för vilken kompetens som behövs i framtiden. För att mäta kompetens finns det olika metoder. Den metod som arbetstagare känner sig mest bekväma med är att de själva får skatta sin kompetens. För att få ett så tillförlitligt svar som möjligt, behöver man dock använda sig av flera olika metoder. (Lakanmaa et al, 2013, s. 801.)

## **4.2 Kompetens för framtiden**

I dagens värld lever vi i en globalisering av arbetsmarknaden som kontinuerligt förändras och vi måste klara av att möta dessa krav. Detta förutsätter ett livslångt lärande och att en kompetensutveckling sker på arbetsplatsen genom kontinuerlig fortbildning. Islamoska et al (2009, s. 44) har gjort en litteratursammanställning om vilka tre aspekter som är viktigast för att patienterna ska få en god vård. Enligt dem är bemanning, kompetens och organisation det viktigaste. Det behöver finnas en bra organisationsstruktur, rätt kompetens och tillräckligt mycket vårdpersonal. I organisationer där sjukskötarens kompetens inte används tillräckligt, kan patientvården försämrats. Det räcker inte med att alla är formellt kompetenta, utan man bör även fokusera på nivåskillnader i kompetensen. Detta syns i kliniska prestationer och ansvar. Inom sjukvården i Norden har alla sjukskötare på en avdelning samma formella kompetens och ansvar. Detta medför att det inte finns någon garanti för vilken kompetens vårdpersonalen har. Det kan vara en sjukskötare med bred kunskap och lång erfarenhet eller en sjukskötare som nyligen har utexaminerats. Ett sätt att göra det mer tydligt och patientsäkert är att formalisera kompetenserna i olika nivåer. På detta sätt syns skillnader i kliniska prestationer och ansvar.

Dagens värld kräver förändringar och att anpassa sin verksamhet till rådande förhållanden. En förändring kräver att den rådande situationen är klarlagd. Personalen behöver också få ny kunskap för att kunna genomföra förändringen. Genom skolning skapas trygghet, motivation och delaktighet för att våga genomföra en förändring. Det behöver finnas möjlighet att ifrågasätta och själv lära sig förstå vad gott denna förändring kan föra med sig. (Bolman & Deal, 2012 s. 441–443.)

Att förändringar kommer att ske inom sjukvården är klart, institutet för medicin i USA har tagit fram några punkter för att sjukskötares kompetens ska kunna användas i en föränderlig värld. För att kunna vara en aktiv del i denna förändring behöver sjukskötare få använda sin kompetens till fullo i det kliniska arbetet. Sjukskötare ska ha en mer avancerad utbildning och möjlighet till akademiskt avancemang. Dessutom borde sjukskötare vara fullvärdiga partners med läkare när man gör om sjukvårdssystemet samt att informationsinsamling borde ske på ett mer strukturerat sätt. (Chard, 2013.) Inom olika sektorer funderar man hur kompetens bäst ska tas tillvara, ett exempel på det är utrikesministeriet i Finland där man har gått in för arbetsrotation för att upprätthålla och tillvarata kompetenser. När arbetsuppgifterna ändras så utmanar det arbetstagarna och det blir mer stimulerande. Detta leder till att arbetstrivseln på jobbet blir bättre och att samarbetet inom ministeriet blir bättre. Det kan också finnas en risk med detta, så att fungerande arbetsgrupper splittras. (Arbets- och näringsministeriet, 2017.) I alla förändringar gäller det att anpassa sig till rådande omständigheter. Organisationer har planer och utvecklar strategier för hur detta ska uppnås. Men yttre faktorer inverkar också på vad som händer i en organisation. (Mintzberg et al, 2005 s. 9–11.)

### **4.3 Värderingar, etik och kultur**

För att en förändring ska kunna genomföras behöver det finnas värderingar och attityder som möjliggör en förändring och en vilja att göra ett gott arbete på den enhet man arbetar på. Avdelningens kultur är en viktig faktor att ta i beaktande då en förändring ska genomföras eftersom avdelningens kultur oftast är starkare förankrad hos medarbetarna än hela organisationens kultur. Vid införandet av något nytt måste värderingar och attityder hos medarbetarna förändras så att de blir positiva till förändringen. I förändringskompetens ingår att kunna kommunicera och samarbeta. Samarbete behövs i alla arbetsgrupper för att kunna genomföra en förändring. I samarbete ingår också ett stöd mellan kollegor för att kunna lösa problem tillsammans. Samarbete gäller för alla medarbetare på avdelningen och ett bra samarbete inkluderar också att ledaren fungerar i gruppen och kan ha en interaktion med alla. En god kommunikation är en förutsättning för en lyckad förändring. Personalen informeras om förändringen och ges möjlighet att tillsammans diskutera fram vad som kommer att ske och vilka konsekvenser detta kommer att ha. När förändringar ska göras i en organisation måste lärande och kunskap vara värderade faktorer. (Brown et al, 2008; Caldwell et al, 2009; Robert et al, 2011; Salmela et al, 2011; Suominen et al, 2011; Thiel och Ghosh, 2008; Zeitz et al, 2010.)

Värderingar inverkar på hur vi handlar. Ett sätt att utveckla kompetensen är att bli medveten om och reflektera över sitt etiska handlande. De privata och yrkesmässiga värderingarna behöver inte stämma överens med varandra och genom att medvetandegöra dessa får medarbetaren en möjlighet till att förändra sig. (Tveiten, 2014, s. 63–64.) Organisationskultur och vilken inverkan den har på verksamheten som bedrivs har studerats i snart 100 år. Den offentliga sektorn blir ofta ifrågasatt och för att höja sin status och visa vad organisationen står för skapas en gemensam värdegrund. Men organisationskulturen är ofta mycket mer komplex än värdegrunden. Värdegrunden ska genomsyra verksamheten och visa på vilka grundläggande värderingar och attityder som personalen har. För att en värdegrund ska leda till förändrade attityder, krävs det en implementering i verkligheten och en vilja att ändra i praktiken. Det ska vara tillåtet att påpeka oegentligheter och eventuella ifrågasättanden ska kunna tas emot på ett positivt sätt av både medarbetare och ledning. (Alvesson, 2015 s. 21–23.)

Värdegrunden kan användas för att styra vad som är viktigt i en organisation och man kan utforma värden som säger vilken form av beteenden som är önskvärda. Att arbeta enligt värdegrunden ska leda till mervärde åt kärnverksamheten. Värden kan användas för att uppnå organisationens mål och är en form av intern anpassning. (Kirkhaug, 2015 s. 128.) Dagens arbetsliv genomgår en förändring vad gäller värderingar. Värderingar ska arbetstagare själva vara med och bygga upp. I bland annat Europa anses ihärdighet, förtroende, mod och förståelse av arbetets syfte, vara de viktigaste byggstenarna för att få en bra arbetsmiljö. Att skapa goda värderingar när något som alla arbetstagare kan vara med och bidra till. Goda värderingar inverkar positivt på att kunna ta tillvara kompetenser och att nyttja dessa till fullo. (Arbets- och näringsministeriet, 2017.)

#### **4.4 Kompetensmodeller**

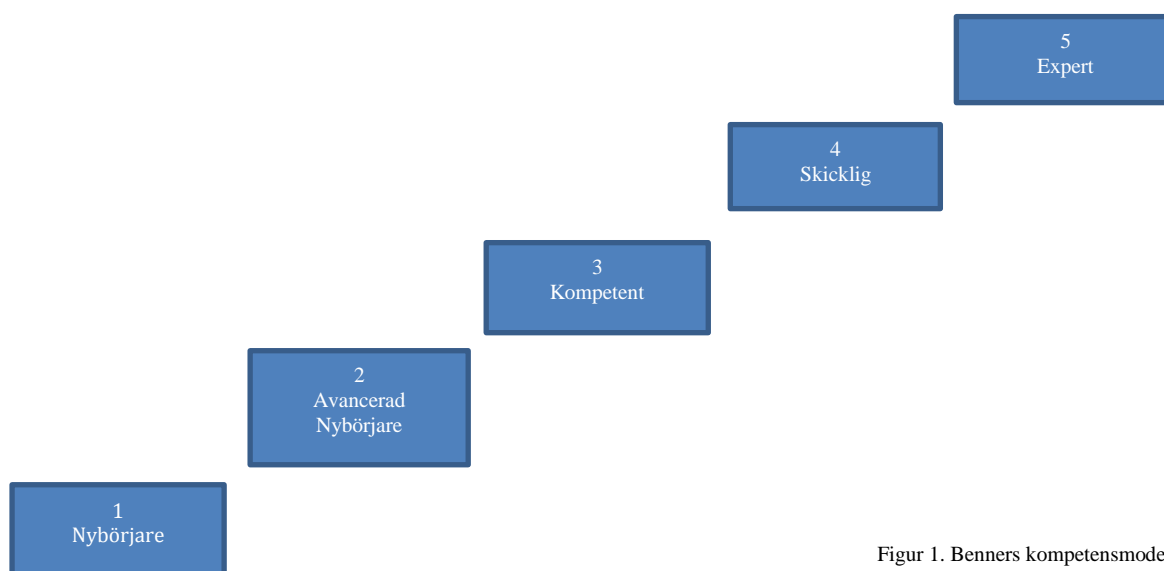
När man beskriver en kunskapsnivå beskriver man också hur denna kunskap ska användas för att ge bästa resultat. När man beskriver beteende, anger man exempel av detta beteende för att göra det lättare för den som utvärderar sig själv eller andra som utvärderar en medarbetare, att tänka på ett specifikt tillfälle när de upplevde att den som utvärderats “demonstrerade” denna kompetens. Detta är ytterst viktigt då en medarbetare tror att de har demonstrerat en viss nivå av en kompetens, men den som utvärderar anser att en annan nivå gäller. Då kan man tillsammans diskutera konkreta exempel av hur en kompetens har använts. En kompetens kan nästan alltid utvecklas med tid, energi och fokus. Vissa kompetenser är svårare än andra att förbättra. Kraven som en roll ställer på en medarbetare



varierar kraftigt, likaså de kompetenser som förutsäger en framgångsrik prestation i dessa roller. Vissa kompetenser är relativt lätta att identifiera och utveckla, andra är svårare. Detta gör att medarbetare inte riktigt kan mäta sin egen förmåga och har därför svårt att utveckla sig. Det är därför viktigt att en kompetensmodell innehåller beskrivningar av beteenden som är så specifik som möjlig. En kompetensmodell ger en möjlighet att fastställa vad som krävs av medarbetare i framtiden i form av kunskap, erfarenhet och beteende. (Consultatum Ab, 2016.)

Kompetens kan inte mätas enbart i utbildning och erfarenhet. Det behöver också finnas ett instrument som man kan mäta på vilken nivå den verkliga kompetensen finns. För en organisation är det en form av kvalitetssäkring att inventera och strukturera den befintliga kompetensen. (Islamoska et al 2009 s. 46.)

Benners kompetensmodell som är beskriven i figur 1, beskriver sjukskötarens kunskapsutveckling och har 5 kompetensnivåer som alla har en kompetensbeskrivning. Modellen går från steg 1-Novis, som är detsamma som nybörjare, steg 2-Avancerad nybörjare, steg 3-Kompetent, steg 4-Skicklig och till steg 5 – Expert, där sjukskötaren har speciella färdigheter, kan reflektera mellan teori och praktik på hög nivå och kan utveckla verksamheten. (Benner, 1993, s.23–31.) Detta arbete har valt att ta med Benners modell eftersom den enligt litteraturen har varit modell till många andra kompetensmodeller inom vården. I arbetet fokuserar vi på steg 3 och 4 i modellen, eftersom det är just kompetens på de nivåerna som arbetsgivaren önskar få klarlagda. Nivå fyra inkluderar större helheter och att arbeta långsiktigt, kunna handleda annan personal samt förstår arbetets syfte (bilaga 1). Det är också de nivåer som bäst motsvarar vårdchefens beställning av begreppet *fullvärdig kompetens*.



Figur 1. Benners kompetensmodell.

En kompetensmodell kan användas som stöd för att ha ett gemensamt synsätt på vilka kompetenser organisationen behöver för att nå sina mål. Kompetensmodellen kan ge ett gemensamt språk i organisationen, gemensam kraft, gemensam riktning och gemensamt resultat. För att en kompetensmodell skall vara lätt att använda bör den inte innehålla alltför många olika steg. Karolinska universitetssjukhuset och Akademiska sjukhuset i Sverige använder sig av modeller med sex definierade nivåer för karriär- och kompetensutveckling för sjuksköterskor, vilket skiljer sig från Benners modell som har fem nivåer. Karolinska sjukhuset har sin kompetensmodell indelad i grundnivå ett-nyutexaminerad och grundnivå två-arbetar självständigt, vilket också motsvarar nivå ett och två i Benners modell. Följande nivåer i Karolinska är avancerad nivå ett, två, tre och fyra. Alla avancerade nivåer kräver att man är specialistsjukskötare och har olika lång klinisk erfarenhet. Dessutom krävs det på nivå två ett definierat vårdansvarsområde, på nivå tre dessutom expertkunskaper och handledarmeriter. På nivå fyra krävs samma meriter som på nivå tre samt en doktorexamen. Modellen har utvecklats för att tydliggöra olika möjligheter för kompetensutveckling och är en viktig komponent för långsiktig kompetensplanering men också för att få sjuksköterskor att stanna kvar och utvecklas där de behövs mest. (Ejd, 2016; Akademiska sjukhuset, 2016.) Skillnaden mellan Benners modell och Karolinska-och Akademiska sjukhusets modeller är främst att Benners modell inte uttalat innefattar en specialistsjukskötarexamen och doktorexamen.

## **5 Ledarskap för att upprätthålla och utveckla kompetens**

Organisationer och människor behöver varandra. Organisationen behöver energi, kunskaper och färdigheter för att lyckas och utvecklas. Människor behöver möjligheter att utvecklas i sin karriär och de behöver lönen. De anställda har en uppgift att utföra ett visst arbete, men man måste också komma ihåg att de också alltid tar med sina egna sociala och personliga behov till arbetet. Därför är det viktigt att se människan som en helhet med fysiska, psykiska och sociala behov som måste tillgodoses på bästa sätt för att den anställda skall orka fram till sin pensionering utan att drabbas av ohälsa. Behov är en central del av våra dagliga liv. Olika faktorer i vår omgivning gör att vi kan existera och utvecklas. De organisationer och företag som förstår och klarar av att tillgodose både personalens och klienternas behov får oftare en motiverad personal som är engagerad att göra ett bättre jobb. I dagens snabba och föränderliga samhälle kan det vara svårt att se på de anställda som ett långtidsåtagande, men att investera i människor är en långsiktig process. Att göra rätt betyder inte att man måste vara perfekt men tillräckligt bra för att få

det att fungera. Lyckas man med det får organisationen en tänkande personal som är kompetent, motiverad och lojal. (Bolman & Deal, 2012, s. 155–174.)

## 5.1 Transformativt ledarskap

Dagens och framtidens ledarskap omfattar betydligt fler aspekter än det gjort tidigare. Det räcker inte längre att sköta de professionella arbetsuppgifterna. Ledare måste klara av att driva förändringar, entusiasmera, stimulera och stödja arbetet mot effektiv verksamhet. Personalen behöver få en kontinuerlig kompetensutveckling som är anpassad till verksamheten och den förändring som ständigt sker på grund den snabba omvärldsförändringen. Tidigare var normen att ledare styrde genom regler, metodbeskrivningar, kontroll och övervakning. Personal som anställs kan vara på en formell kompetensnivå och behöver utvecklas till att ha en fullvärdig kompetensnivå och det är ledarens ansvar att se till att de får nödvändig handledning och utbildning. För att kunna hantera ständiga förändringar krävs ett annat förhållningssätt där alla har gemensamt ansvar för verksamhetens utveckling och fokus ligger på resultat istället för på regler. Transformativt ledarskap innebär att ha en tydlig vision och ledaren ger arbetet ett sammanhang och mening. Detta ledarskap har varit i fokus i många studier sedan början av 1980-talet och är ett av det nya, moderna ledarskapet. Transformativa ledare är mycket bra på att förmedla både visioner och mål. De ställer höga krav på sig själva, andra och på resultat, samtidigt som han eller hon ger råd till andra och coachar dem. Transformativt ledarskap handlar om att motivera snarare än om att kontrollera och att skapa förutsättningar för att medarbetarnas kompetens ska komma till sin rätt och ge dem möjlighet att utvecklas och växa. (Northouse 2007, s.175–201; Lundin 2012.)

Det finns drag hos en ledare som beskriver ett modernt ledarskap; transformativt och karismatiskt. En ledare behöver också ha en intelligens, kunna lösa komplexa problem på ett kreativt sätt. Om ledaren kan göra detta syns det i en bättre effektivitet i organisationen, då är medarbetarna motiverade och engagerade. Det finns några olika perspektiv på beteenden som en ledare behöver. Relations-och uppgiftsperspektivet, i detta perspektiv ser ledaren till att medarbetarna får jobba i en bra arbetsmiljö, kan medverka vid beslut och känner delaktighet. Ledaren behöver fördela uppgifter rättvist och följa upp att de görs och redovisas. En ledare ska också ha ett perspektiv för att kunna förändra verksamheten, mål och strategier ska formuleras. Detta är en anpassning av organisationen till omgivningen. En organisation ska anpassa sig kontinuerligt för att kunna överleva. På senare år har också den strategiska dimensionen tillkommit, ledaren ska jobba i gränslandet mellan sin

organisation och omgivningen. De måste förstå omgivningen och kunna förutse vad som kommer att hända. (Kirkhaug, 2015 s. 23–28.)

Enligt Tommy Lundberg är ledarskapets fyra hörnstenar: relation, vision, passion och reflektion. Han menar att modernt ledarskap är ett samspel som kräver en relation till medarbetarna. Dagens organisationer kräver en målbild som är en annan än att tjäna pengar. Det vill säga att organisationerna måste ha en vision för sin verksamhet för att medarbetarna skall känna meningsfullhet i sitt arbete. Vad gäller passionen behöver chefen/ledaren ha en passion för uppgiften som smittar av sig på medarbetarna och reflektion är viktigt för att stämna av vad som gjorts som varit bra, både senaste veckan som månaden och året. (Lundberg, 2016.)

Det viktigaste för en ledare är inte att ha sakkunskap, utan att få människor att jobba effektivt tillsammans. Det gäller att använda sig av medarbetarnas kompetens och skapa en miljö där de kan använda den. (Csikszentmihalyi, 2003 s. 144–145.)

I Storbritannien använder man sig av sjukskötares experter för att leda. De känner till den kliniska praktiken och kan leda arbetet, de befrämjar förändringar och ser till att verksamheten är effektiv. Sjuksköterskors konsulenter är på de högsta kompetensnivåerna inom sjuksköterskåren i Storbritannien. Kompetensen inkluderade en akademisk utbildning och en bred erfarenhet så väl som en förståelse för samarbete mellan olika sektorer och en förmåga att jobba strategiskt. Genom sin kompetens klarar de av att implementera nya riktlinjer och arbetssätt. De leder den största gruppen av hälsoarbetare i sitt land och att kan ge värden åt sjuksköterskornas arbete och till hälsoorganisationen. Ett gott ledarskap förutsätter att leda transformativt och att använda sig av medarbetarnas kompetens. (Franks, 2014 s. 3434–3442.)

Även tre andra artiklar beskriver att transformativt ledarskap är bra i tider av ständig förändring och världsliga utmaningar, där ledaren ofta skall klara av att leda många olika medarbetare med olika kompetens och med olika behov. Alla tre artiklarna belyser att ett bra transformativt ledarskap skapar bra relationer där både ledaren och medarbetarna höjer varandra till högre motivation och moral. Positiva relationer ger engagerade och motiverade medarbetare som fokuserar på mål och resultat istället för att visa på egna behov och intressen. Medarbetare som känner sig delaktiga och motiverade har inte heller någon önskan om att sluta på arbetsplatsen utan ser fram emot nya utmaningar där de får utvecklas. (Ramachandran & Krishnan, 2009 s.23–35; El Badawy & Bassiouny, 2014

s.37–48; Lowrey, 2014 s.35–51.) Sjukskötare på en formell kompetensnivå behöver mycket stöd i de ständiga förändringarna som sker inom organisationerna. För att en sjukskötare ska nå fullvärdig kompetens är ett transformativt ledarskap ett gott stöd.

## 5.2 Inre motivation

Det finns olika typer av företag. Kunskapsföretag som leds informellt och utgående från professionella kriterier, och traditionella företag som leds genom strategisk målstyrning, ekonomi och regelverk. En del organisationer är en kombination av traditionella företag och medarbetare med starka professionella yrkesgrupper, de professionella ska kunna använda sin kompetens och utveckla den för att känna sig motiverade. Då gäller det att ge möjligheter för de professionella att få jobba under frihet och att använda sin inre motivation för att utföra sitt uppdrag. De professionella styrs av lojalitet till sitt viktiga samhällsuppdrag, kompetensen som krävs för yrket och relationen till sin klient, därför måste en ledare förstå kärnverksamheten för att få gruppens lojalitet. (Fjaestad & Wolvén, 2005 s. 128–129.) Inom sjukvårdsorganisationer styrs medarbetare av lojalitet till verksamheten och patienterna. Den inre motivationen är viktigare än yttre motivationsfaktorer.

Inre motivation uppnås genom att få arbetsuppgifter som är utmanande, men inte för svåra för att klara av. För att uppnå ett tillstånd av flow, krävs att man håller på med något man gillar och att det sker en ständig utmaning. Färdigheter hos en person ska motsvara realistiska mål och det ska finnas handlingsmöjligheter för att utföra sin uppgift. Flow sammankopplas också med en känsla av lycka. (Csikszentmihalyi, 2007 s. 20–24.)

För att få människor att känna sig delaktiga och vilja utveckla sin arbetsplats behöver de känna att de har en möjlighet att påverka. För att medarbetarna ska ha ett engagemang så krävs information om vad som händer och en möjlighet att vara med och aktivt påverka i arbetsprocesserna. Medarbetarna bör få en inre belöning och en möjlighet att agera självständigt i arbetsprocesser. Då använder de sin kompetens och blir energifyllda i sitt arbete. Detta har visat sig att leda till bättre fungerande organisationer och företag. Att ha en motiverad och kompetent arbetskraft är också ett sätt att säkerställa en hög kvalitet på jobbet. Att mäta kompetens är en metod, för att utveckla medarbetares kompetens och utveckla densamma och ha en hög vårdkvalitet. (Bolman & Deal, 2012, s. 186–187; Suominen et al, 2011.)

När medarbetare upplever mening och tillfredställelse på sin arbetsplats, så utvecklas organisationen. Det blir roligt att jobba och medarbetarna använder sin kompetens till fullo. När arbetsplatsen inte fungerar på det sättet kan det till och med leda till att medarbetare motarbetar organisationen. För att en organisation ska fungera bra, behövs både inre och yttre motivationsfaktorer för medarbetarna. De yttre faktorerna kan vara fortbildning, anställningstrygghet och lön. De inre motivationsfaktorerna kan vara delaktighet, att ha ett gott samarbete och jämlikhet. För att lyckas behövs både yttre och inre faktorer samt en god personalpolitik med tydliga mål. (Bolman & Deal, 2012. s. 203–204; Jacobsen & Thorsvik, 2014 s. 221–223.)

## **6 Arbetsvärdering och kompetensskala**

I arbetet har vi använt oss av två olika verktyg för att klargöra kompetenser och vad som avses med en fullvärdig kompetens. Dessa verktyg är en arbetsvärdering och en Nursing Competence Scale (NCS) vilka beskrivs i följande stycken.

### **6.1 Arbetsvärderingen**

Inom Ålands landskapsregering, där Ålands hälso- och sjukvård är en fristående myndighet, påbörjades ett arbete med en arbetsvärdering hösten 2015. Arbetsgivare och alla inblandade fackföreningar gjorde tillsammans upp en mall för hur denna arbetsvärdering skulle genomföras. Grunden till arbetsvärderingen var det arbete en projektanställd vid Ålands landskapsregering redan hade gjort vid ett tidigare tillfälle då arbetsvärderingen var aktuell första gången.

Arbetsvärderingen inom Ålands landskapsregering har varit aktuell under många år men har inte kommit igång före hösten 2015. Syftet med arbetsvärderingen är att få en jämnare och mer rättvis lönesättning för arbetstagarna. Arbetsvärderingen har genomförts på alla professioner inom landskapsregeringen. Det är till exempel vaktmästare, jurister, lärare, kirurger, sjukskötare och närvårdare. Dessa professioner har enligt arbetsvärderingens mallar kategoriserats för att kunna jämföras med varandra i samband med lönesättningarna. Detta har inte gjorts i en sådan omfattning tidigare. Det var ett omfattande arbete för alla yrkesgrupper att göra och förväntningarna på resultatet är höga hos arbetstagarna. Arbetet med arbetsvärderingen pågår fortfarande.

Arbetsvärderingens första del (bilaga 2) beskriver vilka allmänna uppgifter som ingår i de olika tjänsterna vilket kan jämföras med en befattningsbeskrivning för tjänsten. Arbetsvärderingen för sjukskötare är gjord i grupper på avdelningarna, vilka sammanställdes tillsammans med respektive översköterska och avdelningens personal till en gemensam arbetsvärdering för avdelningen. Därefter har arbetsgivaren sammanställt flera avdelningars beskrivningar till en helhet för alla med samma profession i samma kontext. Den andra delen av arbetsvärderingen är själva värderingen. Kategorierna är kunnande, ansvar och verkningar, färdigheter och arbetets belastning. Kategorierna är det som värderas på en skala från a-e för alla yrkesgrupper. Kategorierna som bedöms har tagits fram av arbetsgivare och fackrepresentanter.

Vid rekrytering anställer arbetsgivaren en arbetstagare till en specifik uppgift eller roll. Arbetsuppgifterna förblir sedan ofta desamma trots att personalen höjer sin formella kompetens genom utbildningar och erfarenheter. I arbetsvärderingen som gjorts inom Ålands landskapsregering har baskompetensen för den tjänst arbetstagaren är anställd att sköta beskrivits. På ÅHS saknas en kartläggning över vad som krävs av arbetstagaren förutom baskompetensen för att klara av att sköta sin tjänst optimalt. Det finns inte heller tydliga kompetensbeskrivningar över de kompetenser som verkligen behövs för att nå resultat och mål. Detta leder ofta till att personal som har höjt sin kompetens genom utbildningar och arbetserfarenhet söker sig till andra arbetsplatser som kan erbjuda mer utmanande arbetsuppgifter och större ansvar. Enligt Jacobsen & Thorsvik, (2014 s. 224–226) ska organisationer ha tydliga mål och strategier, genom det är det lättare att rekrytera rätt personal, utveckla personalens kompetens och att behålla en motiverad kompetens, som jobbar för organisationens bästa.

I vårt arbete vill vi ta tillvara det arbete som är gjort av sjukskötare vid ÅHS och vi har använt oss av den första delen av arbetsvärderingen som är klar (bilaga 3). Den delen innehåller baskompetensen i befattningsbeskrivningarna. I vårt arbete utgår vi från den kompetens som finns i arbetsvärderingen för sjukskötare på avdelning. Denna kompetensbeskrivning har fastställts genom att sjukskötare har suttit i grupper på avdelningen och gjort en gemensam beskrivning. Sedan har alla avdelningar på sjukhuset slagits samman till en och samma beskrivning.

## 6.2 Nursing Competence Scale (NCS)

Vi har också tagit del av Nursing Competence Scale (Numminen, 2011 s. 1417–1418; Meretoja et al 2004 s.127) som är en skala som är indelad i sju kategorier. Dessa sju kategorier har sedan underkategorier, som beskriver vilka delar som ska ingå i en huvudkategori. NCS kan användas på nyutexaminerade sjukskötare för att undersöka om de är kompetenta för rollen, på sjukskötare med erfarenhet och på sjukskötare på expert- och specialistnivå.

Instrumentet NCS har använts i flera länder och det har skrivits flera vetenskapliga artiklar om detta. I en litteraturöversikt inkluderades 30 studier från olika länder. Där man kunde se ett positivt samband mellan längd på arbetslivserfarenhet, ålder, högre utbildning, fast anställning och deltagande i utbildningsprogram. Andra variabler som är associerade med kompetens är bemyndigande, engagemang, klinisk miljö, vårdkvalitet och kritiskt tänkande. NCS är ett användbart och tillförlitligt instrument enligt litteraturöversiktstudien. (Flinkman et al 2016, s. 1.)

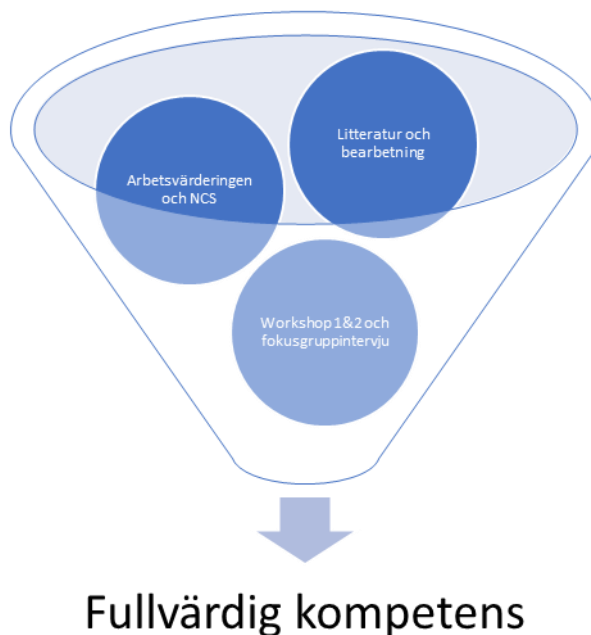
NCS (bilaga 4) är ett vedertaget instrument. Detta verktyg har skapats för att fastställa kompetenser och är utvecklat i Finland, men har använts i flera länder. Vid skattningen av kompetens, utförs denna av arbetstagaren själv samt även av arbetsledningen. Verktöget innehåller sju huvudkategorier med 73 underkategorier. Huvudkategorier är: *en hjälpande roll, undervisa-coacha, diagnostisk funktion, att hantera situationer, terapeutiska interventioner, säkerställa kvalitet och arbetsroll*. (Meretoja & Koponen, 2011; Meretoja et al 2013; Flinkman et al 2016.) I Meretoja & Koponens (2011, s. 414) undersökning framkom att sjukskötare uppfattar sin egen kompetens som lägre än vad ledare anser att det optimalt ska finnas för kompetens. Det finns en diskrepans mellan dessa nivåer.

## 7 Praktikforskningsprocessen i arbetet

Praktikforskningen är en forskningmodell som strävar till samarbete mellan praktiken och forskningen (Austin et al, 2013 s. 9). En praktikforskning syftar till att förena vetenskap och praktik. Det är en tvådelad process där det i den första delen används tidigare forskning som underlag och i den andra delen undersöks ett praktiskt problem. Praktikforskning behöver inte leda till ett konkret resultat eller förbättring i praktiken. I en praktikforskning undersöker man praktiska problem i verkligheten med vetenskapliga metoder och ämnar bidra med allmän praktisk kunskap. (Goldkuhl, 2008.) I studien har vetenskaplig *litteratur* sökts i form av böcker, artiklar, uppslagsverk och elektroniska



källor om fullvärdig och kompetens. Fullvärdig har definierats och material har samlats vad kompetens kan innebära utgående från ett sjukvårdsperspektiv. Genom att gemensamt *bearbeta* materialet har strukturen i arbetet växt fram och relevant material som svarar på frågeställningarna inkluderats (figur 2).



Figur 2, Praktikforskningsprocessen i arbetet

Praktikforskningen som metod önskar bygga broar mellan specialister och den dagliga verksamheten och för att ge annorlunda perspektiv. Dialog kan användas som metod för att få praktiker att förstå sin verksamhet på ett annat sätt. Genom reflektion kan verksamheten utvecklas och anpassas till rådande och kommande behov. Det är de som jobbar i verksamheten som måste lära sig att förstå processen, detta kan bara ske genom en kontinuerlig dialog. (Julkunen, 2011 s. 64.) I studien har vi använt oss av befintlig arbetsvärdering. Utgående från *NCS* och *arbetsvärderingen* har frågor tagits fram till *workshops* för att klargöra vad som är skillnaden mellan formell kompetens i arbetsvärderingen och fullvärdig kompetens, se figur 2. Sjukskötare från en medicinsk bäddavdelning har deltagit i denna process, de förde en dialog med varandra vilket ökade förståelsen för vad kompetens är på avdelningen.

Metoden reflektion rekommenderas också av Norlyk et al (2013) när kliniker ska utvecklas i sin praxis och lära sig av mer erfarna kollegor. I dagens arbetsliv arbetar många självständigt och inte i team. Detta medför att det inte finns en daglig och kontinuerlig

reflektion om man inte planerar för sådana tillfällen. Forskning utförs för att göra förbättringar i organisationer, vilket idag krävs av beslutsfattare i offentliga organisationer. Det behövs en process av kunskapsbaserat lärande i nära samarbete med forskningsbaserat perspektiv, där forskningsmetodologi, forskning i praktiken och praktisk erfarenhet kombineras. (Uggerhoj, 2011.) I studien har ledare från den aktuella kliniken deltagit i *fokusgruppsintervjuer* (figur 2), de har fått frågor om fullvärdig kompetens och diskuterat vad det innebär i vårdverkligheten. Den processen innebar att den praktiska erfarenheten kombinerades med forskningsfrågor, för att få svar på frågan vad fullvärdig kompetens innebär nu och i framtiden.

Praktikforskning har blivit en intressant metod eftersom många i dagens samhälle jobbar samtidigt som de studerar. I och med det har forskaren ofta frågeställningar som gäller att utveckla verkligheten. Studerande blir också ofta uppmuntrade till att göra en empirisk forskning eftersom de studerande ofta har ett annat förhållande till forskning. De önskar att få andra perspektiv på verkligheten och är öppnare för frihet och förändring. Praktikforskning har också blivit godkänd som metod. Metoden är öppen och söker en framkomlig väg till förändring. Metoden strävar till att komma nära verkligheten, kunna undersöka små saker som inte måste leda till stora förändringar, undersöka dagliga situationer och aktiviteter, undersöka konkreta saker, få ihop användarna med strukturen och använder sig av en öppen dialog där allas åsikter är lika mycket värda. (Austin et al, 2013 s.2; Julkunen, 2011, s. 66–67.)

Utvecklingsarbete syftar till att åstadkomma nya produkter, nya processer, testa nya system eller göra förbättringar av redan fungerande system. I utvecklingsarbete använder man sig av tidigare forskningsresultat och vetenskaplig kunskap. Forskningsanknytning är en sammanfattande benämning på åtgärder som stärker samband mellan forskning, utveckling och utbildning. Om man vill sammanfatta det kan man säga att utvärderingar belyser frågor av mer praktisk natur och forskningsprojekt är inriktade på att kunna se samband och ta fram generaliserbar kunskap. (Olsson & Sörensen, 2004. s.28–31.)

Denna studie är en praktikforskning av kvalitativ karaktär, där avsikten är att uttyda och förstå begreppet *fullvärdig kompetens*. Metoden avser att alstra beskrivande data. Det unika i kvalitativt arbetssätt är att man vill gestalta något, i denna studie den *fullvärdiga kompetensen* (figur 2). Metodiska val styrs ofta av praktiska problem som behöver lösas. Metoder kan enligt teorin vara antingen kvalitativa eller kvantitativa, men i praktiken kan metoder ses som riktlinjer. (Bryman, 2012 s. 545.) En praktikforskning ska inkludera

personer på flera nivåer, både mikro- och makronivå. Därför valde vi att göra vår undersökning både hos sjukskötare på avdelningen och hos deras ledare. Praktikforskningen bygger på det konkreta i motsats till den akademiska forskningen, där forskaren sätter dagordningen. (Julkunen, 2011 s. 60–75.) Vår förhoppning är att undersökningen och strukturen ska kunna klargöra vad begreppet fullvärdig kompetens innebär för sjukskötare på en medicinsk bäddavdelning.

## **7.1 Arbetsgång och bearbetningsprocessen**

För att komma fram till ett resultat i en studie strävar man till att hitta kategorier, beskrivningar eller modeller som bäst beskriver ett fenomen eller sammanhang (Nyberg, 2002, s.100; Olsson & Sörensen, 2004 s.62–64). Enligt Numminen et al (2013 s. 1421) behöver kommande forskning om kompetens lyfta in aspekter som arbetsmotivation och karriärorientering. Det behövs också en orientering mot vad framtiden för med sig och vilka kompetenser som kommer att behövas. Kategorierna genererades med hjälp av det praktiska material som finns tillgängligt samt med hjälp av workshops och intervjuer. Detta medför att studien använder sig av kvalitativ metod. Kvalitativa forskare använder sig av målstyrda urval. Detta innebär att undersökningsspersonerna inte väljs slumpmässigt, utan antas att medverka för att de har speciell kunskap i området eller jobbar i den organisationen var undersökningen ska göras. De innehar speciell kunskap och är trovärdiga i sina svar. (Bryman 2012, s. 350; Denscombe 2014 s. 266–267.) Mot denna bakgrund valdes sjukskötare med varierande erfarenhet samt ledare eller specialistkunskap och ledare från klinikledningen ut att medverka i studien.

I studien har vi varit inspirerade av den hermaneutiska bearbetningsformen (figur 3) för att se helheten av vad som ingår i begreppet fullvärdig kompetens. Den metoden beskriver Olsson & Sörensen (2004, s.98–103) och Boell & Cecez-Kecmanovic (2014), vilken betyder att tolkning görs av det insamlade materialet för att få en förståelse för helheten. Resultat har växt fram från förhållandena mellan helheten och de olika delarna i vår process. Vi har växlat mellan helhetsperspektivet och delperspektiven samtidigt som vi försökt lägga in dem i ett större sammanhang och ett framtidsperspektiv.



Figur 3. Bearbetningsform i arbetet

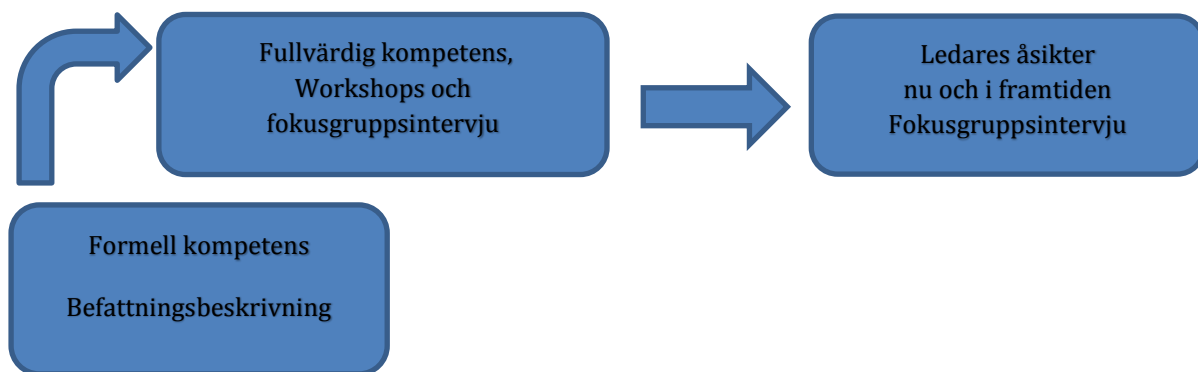
Arbetet startade med en *idé* (figur 3) samt en *beställning* från arbetsgivaren att undersöka kompetenser från olika perspektiv. Vid *litteraturgenomgång* konstaterade vi att kompetens är ett brett begrepp som ständigt måste utvecklas för att motsvara kraven som finns i arbetslivet. Med litteraturens hjälp har vi identifierat fyra centrala teman; Substanskompetens, personlighetskompetens, kultur och framtidskompetens.

**Substanskompetens** -vilket motsvarar kunskap hämtat från teorin, **personlighetskompetens** - vilket är kompetens som har med sjukskötarens egen personlighet att göra, **kulturen** påverkar kompetensen – både arbetsplatsens kultur och det mångkulturella samhället vi har idag.

Globaliseringen påverkar vår kultur och verkar mer i det dagliga livet än vi förstår. Detta medför att vi också måste förändra vår verklighet efter de globala förändringarna. Det har visat sig att organisationer som använder sig av modern teknologi och externa uppfinningar snarare än interna lösningar klarar sig bättre i dagens samhälle och konkurrens. Organisationer måste också lära sig anpassnings- och förändringsarbete för att inte bli efter i utvecklingen. (Ioana 2015, s. 502–503.)

**Framtidskompetensen** är ett måste idag då vårt samhälle ständigt förändras och den tekniska utvecklingen sker i en mycket snabb takt. Kompetens skalan NCS som är framtagen av henne med flera har också en betydande inverkan på studien. Vi har använt oss av gemensam bearbetning av materialet vid upprepade tillfällen för att sammanställa arbetstagarens *beställning* (figur 3), vetskapen från litteraturen och för att formulera ett syfte med lärdomsprovet. I vår process skapades idén om att använda *arbetsvärderingens* första del som motsvarar den formella kompetensen som behövs för att vara behörig för att söka ett jobb som sjukskötare, där det är beskrivet vilka färdigheter som behövs på en grundnivå för befattningarna. I samtal med arbetsgivaren kom det fram att de sökte en beskrivning av fullvärdig kompetens för rollen som sjukskötare på en bäddavdelning.

Allt detta har lett fram till att det skapats en tankemodell (figur 4). Modellen har skapats utgående från litteraturstudier, arbetsgivares önskemål och gemensamma bearbetningar, verktyget NCS, workshops och fokusgruppsintervju. Med modellens hjälp är syftet att olika kompetensnivåer ska klargöras. Denna modell finns för att tydliggöra hur arbetet är upplagt och ska vara ett hjälpmedel för att hålla en struktur i arbetet. Det är en tre-steps modell för kompetens. *Formell* kompetens, arbetstagarens uppfattning av kompetens på grundnivå och *fullvärdig* kompetens samt arbetsgivarens syn på fullvärdigkompetens *nu* och i *framtiden*.



Figur 4. Tankemodell

Vid litteraturstudier framkom också att ledare ofta har en annan syn på kompetens och tror att arbetstagare kan göra mera än vad de själva anser. Dessutom finns det beskrivet i litteraturen att lagar och förordningar förutsätter en högre kompetens än vad som finns i realiteten. (Bing-Jonsson, 2016 s. 27.)

Vår förhoppning är att studien kan ge arbetsgivaren en struktur i att se skillnader i kompetenser som ett stöd för att kunna leda organisationen på ett bra sätt och i rekryteringen av ny personal.

## 7.2 Arbetsvärderingen och NCS

Som utgångspunkt i detta arbete har vi tagit arbetsvärderingens första del som grund (bilaga 3). Det kan också beskrivas som den befattningsbeskrivning av formell kompetens, som behövs för att bli anställd för rollen som sjukskötare. För att komma fram till vad som saknas för en fullvärdig kompetens, har vi jämfört arbetsvärderingen med Nursing competence scales (NCS) alla sju kategorier samt dess 73 subkategorier (bilaga 4).

Begreppet *fullvärdig kompetens* har vi operationaliserat, vilket betyder att vi ville ta reda på vilka olika delar som ingår i begreppet. Detta tillvägagångssätt används ofta för att komma fram till olika handlingssätt eller benämningar inom organisationer (Bryman, 2012 s. 151). I arbetsvärderingen är det beskrivet vilka uppgifter en nyanställd sjukskötare har som uppgift. Arbetsvärderingen och NCS har jämförts för att se vilka delar som saknas i arbetsvärderingen.

Nedan följer en jämförelse mellan *arbetsvärderingen* och NCS subkategorier som är identifierande. Subkategorierna är numrerade på samma sätt som i bilaga 4 och 5.

*Arbetsvärderingen* - Självständigt bedöma omvårdnad och prioriteringsgrad, vilket betonas under jourtid. Göra omvårdnadsbedömningar, vårdplanering och dokumentation.

**NCS – Diagnostisk funktion**, innehåller följande subkategorier: Att analysera patienternas välmående ur flera perspektiv (24), identifiera patienternas och andra familjemedlemmarnas behov av känslomässigt stöd (25, 26) samt att ordna experthjälp åt patienten vid behov (27).

**NCS – Hantera situationer**, innehåller följande subkategori: Att göra en vårdplan utgående från tillgängliga resurser (36).

**NCS – Arbetsroll**, innehåller subkategorierna: Självständigt agerande (63) och samordna patientens övergripande vård (69).

*Arbetsvärderingen* - Behärska verktyg i vårdarbete till exempel medicinteknik och bedömningsinstrument.

**NCS – terapeutisk intervention**, innehåller subkategori: Handleda vårdteamet att utföra vårdaktiviteter (42).

**NCS – Arbetsroll**, innehåller subkategori: Nyttja informationsteknik i sitt jobb (68).

*Arbetsvärderingen* - Utföra patientcentrerad vård, läkemedelsbehandling och administration samt bedöma akuta vårdbehov

**NCS- Hjälpande roll**, innehåller subkategorierna: Planera vården utgående från patientens individuella behov (1) och ändra vårdplanen utgående från de individuella behoven (4).

**NCS- Hantera situationer**, innehåller flera subkategorier: Förmåga att känna igen situationer som är livshotande i ett tidigt skede (31), flexibelt prioritera sina aktiviteter utgående från en förändrad situation (32) och agera korrekt vid livshotande situationer för patienten (33).

**NCS- Terapeutisk intervention**, innehåller subkategorierna: Planera egna aktiviteter till den kliniska situationen (39) och fatta beslut gällande patientvården utgående från den aktuella situationen (40).

*Arbetsvärderingen*-Samarbeta i multiprofessionella team och enheter, inom och utom en sjukvårdsorganisation som är involverade i patientvården

Saknas i NCS, de kategorier som handlar om samarbete inkluderar att sjukskötaren kan ta ansvar i olika situationer. Detta finns inte beskrivet i arbetsvärderingen.

*Arbetsvärdering-* Utövar patientsäker och högkvalitativ omvårdnad utgående från evidensbaserad forskning och gällande lagstiftning i en trygg vårdmiljö

NCS- **Hjälpande roll**, innehåller subkategorin: Att använda vårdforskning i patientarbetet (5).

NCS- **Terapeutisk intervention**, innehåller subkategorierna: Använda vårdforskning i vårdaktiviteter (45) och implementera relevant kunskap för att ge en optimal vård (47).

*Arbetsvärdering-*Undervisning och handledning i hälsofrämjande, sjukdom och vårdmetoder för patienten, familjen och närstående (kräver bred kunskap på grund av brett patientklientel).

NCS- **Hjälpande roll**, innehåller subkategori: Stöda patientens att hantera sin situation genom egna strategier (2).

NCS- **Undervisande-coachande**, innehåller subkategorierna: Noggrant kartlägga patientens behov av undervisning och handledning och hitta optimal tid för det (8,9) samt att bestämma innehållet i patientundervisningen (10). Tillhandahålla individuell patientundervisning och samordna den (11,12). Förmåga att känna igen familjemedlemmars behov av handledning (13) och på ett självständigt sätt guida familjemedlemmar (14) samt att utveckla patientundervisningen på min enhet (21).

*Arbetsvärdering-*Undervisning, att handleda och bedöma vårdstuderande och introducera personal.

NCS- **Undervisande-coachande**, innehåller subkategorierna: Att ta i beaktande vilken nivå av kompetens sjukskötarestuderande har i handledningen (15) och att hjälpa sjukskötarestuderande att uppnå sina praktikmål (16).

NCS- **Arbetsroll**, innehåller subkategorin: Handleda noviser och nyanställda (61).

Det som inte finns med har markerats med fetstil och kursiv stil i bilaga 5. Arbetsvärderingens sju kategorier listades och jämfördes med NCS. Innehållet i subkategorierna till NCS sju huvudkategorier har lästs igenom och tolkats för att få en tydlighet i vad som saknas i arbetsvärderingen. I kategorin **den hjälpande rollen**, saknas att kunna evaluera sin egen vård filosofi och att utveckla behandlingskulturen på den egna enheten samt beslutsfattande enligt etiska värden. I **undervisande-coachande rollen**



saknas att kunna utvärdera resultatet av handledning tillsammans med patienten, familjen och vårdteamet. Att aktivt utveckla den egna kompetensen, att utveckla riktlinjer för nya sjukskötare på enheten och att coacha andra i de egna ansvarsområdena. I den **diagnostiska funktionen** saknas att coacha andra i vårdteamet, i patientobservationer och i diagnostiska verktyg. I kategorin **att hantera situationer** finns det i arbetsvärderingen inte med att vid snabbt ändrade situationer kunna coacha teamet och få teamet att samarbeta, samt att efteråt arrangera genomgångar för vårdteamet och kontrollera utrustningens standard. **Terapeutiska interventioner** innebär att samordna multidisciplinära teams vårdaktiviteter. Uppdatera vårdprogram, se till att vårdteamet får konsultationer, systematiskt evaluera patientens vård och bidra till fortsatt utveckling för multidisciplinära team. Detta finns inte heller med i arbetsvärderingen. I kategorin **säkerställa kvaliteten** finns ingen av subkategorierna med i arbetsvärderingen (se bilaga 5). Kategorin **Arbetsroll** innehåller 18 subkategorier och endast fyra av dem finns beskrivna i arbetsvärderingen (se bilaga 5). Denna kategori handlar om att kunna fungera självständigt, ha en professionell identitet, ge konstruktiv kritik till kollegor, guida ny personal och samordna studerande.

Vid jämförelsen har vi identifierat likheter och vad som saknas i arbetsvärdering jämfört med NCS. Detta är grunden till frågeställningarna i workshopen. Gällande substansen skapades följande frågeställningar.

*Vad är det som skiljer yrkesidentiteten hos en nyutexaminerad sjukskötare och hos en med längre erfarenhet?*

*Hur kan en sjukskötare med fullvärdig kompetens guida ny personal och studerande i en medicinsk kontext?*

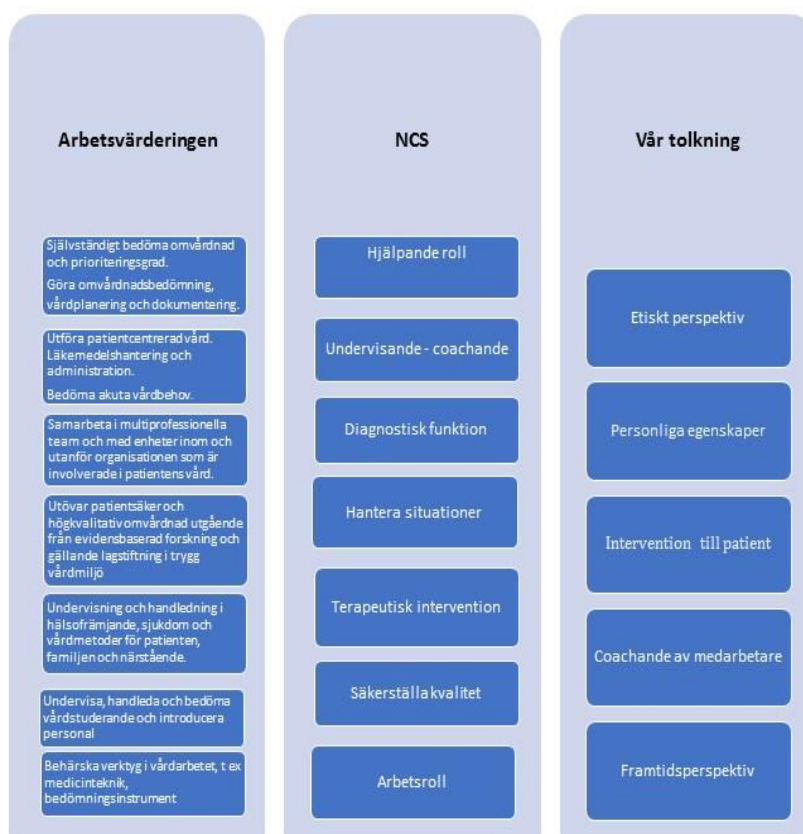
För att förtydliga vad vi avser med etiskt perspektiv i vårt arbete har vi valt att använda begreppet professionsetik där synen på människans värde ingår (Torpenberg, 2010, s.5). Frågeställningen till workshopen blev utgående från det,

*Vilken professionsetik har du i ditt arbete, hur ser du på människans värde? Vilken kultur råder på avdelningen? Ge gärna konkreta exempel.*

En sjukskötare ska enligt NCS även klara av att leda utveckling och införa nya rutiner i kategorin Terapeutiska interventioner, samt kunna vara med och Säkerställa kvalitet. Detta finns inte heller tydligt med i arbetsvärderingen. Därför formulerades frågan,

*På vilket sätt kan en kompetent sjukskötare på medicinska avdelningen, utveckla vården på avdelningen och införa nya rutiner?*

Vi har jämfört dessa sju kategorier med arbetsvärderingen och konstaterat att innehållet i de sju kategorierna är mera omfattande och beskrivande än i arbetsvärderingen. Arbetsvärderingen saknar helt vissa delar av NCS kategorier. Vilka dessa delar är har vi tolkat och identifierat. I vårt arbete kommer vi att undersöka vad detta innebär på en medicinsk bäddavdelning för att identifiera vad fullvärdig kompetens för sjuksköterna där innebär. Frågorna till workshopen tog vi också fram genom att jämföra arbetsvärderingen med NCS sju nivåer. Arbetsvärderingen, som är skriven på en formell nivå och NCS, som är vetenskapligt framtagen för att mäta kompetens både för nyutexaminerade och erfarna sjukskötare, genomlästes flera gånger. NCS gick igenom och de delar som inte fanns i arbetsvärderingen har markerats (bilaga 5) Figur 5 är en jämförelse mellan arbetsvärderingen, NCS och vår tolkning av vad som saknas i arbetsvärderingen för en beskrivning av vad fullvärdig kompetens innebär.



Figur 5. Arbetsvärderingen jämfört med NCS och vår tolkning av vad som saknas i arbetsvärderingen för en fullvärdig kompetens

### 7.3 Workshops

Den fullvärdiga kompetensen som arbetsgivaren önskade kartlägga ville vi få fram genom att använda oss av en metod med smågrupper och reflektion. Enligt litteraturen kan man som metod ha planerade reflektionsmöten för att kritiskt granska vad man gör och för att hitta nya sätt att fungera. Dagens sjukskötare arbetar ofta ensamma och har inte möjlighet att dela sina erfarenheter kontinuerligt med sina medarbetare. Workshop kan vara en metod för att ta tillvara kompetenser och kunskap i nutid och i framtiden. (Norlyk et al 2013 s. 60.)

För att kartlägga vad sjukskötare på en medicinsk bäddavdelning anser att krävs mer än den grundläggande kompetensen som är beskriven i arbetsvärderingen, för att klara av arbetet på avdelningen och ha en fullvärdig kompetens, valde vi att ha två workshopar vid två olika tillfällen. Vi valde att använda oss av workshop som metod i vår undersökning för att få svar på frågorna om fullvärdig kompetens eftersom vi ville använda oss av en liknande metod som sjukskötarna hade använt tidigare och för att få ett bredare perspektiv av begreppet fullvärdig kompetens. Modellen som användes i arbetsvärderingen är testad på nästan 2000 personer i offentliga sektorn på Åland. Den bygger på Aktas handbok och Diskrimineringsombudsmannens Analys lönelots. Den togs fram av en konsult som anställdes av Ålands landskapsregering enbart för detta ändamål. Metoden är inte vetenskapligt prövad, men godkänd av arbetsgivaren och samtliga fackorganisationer på Åland. (Diskrimineringsombudsmannen, 2009; KT kommunarbetsgivarna, 2013.) Vår struktur på workshop skiljer sig dock från denna eftersom vi endast ville ha två tidsbegränsade tillfällen (bilaga 7). Arbetsvärderingens grupparbeten pågick under flera veckor.

Workshops som metod används ofta när det är viktigt att deltagarna ska känna delaktighet och engagemang. I workshops påverkas också gruppdeltagarna av varandra, vilket oftast leder till ett bredare perspektiv. Workshops är en metod där ett begränsat antal deltagare med en specifik kompetens möts och är involverade för att diskutera ett förutbestämt tema. I en workshop får deltagarna reflektera gemensamt för att till slut komma fram till en gemensam åsikt. (Forsberg, 2009.)

Enligt Bryman (2014 s. 174–176) kan medarbetare delta i forskningen och deras unika vetenskap om arbetsverkligheten respekteras. Arbetstagarna blir delaktiga i processen att redogöra för vad en fullvärdig kompetens innebär. Forsberg (2009, s. 5) beskriver workshops som ett sätt att få deltagare aktiva och en vilja att bidra med sin kunskap till ett

resultat. Undersökningspersonerna i workshopparna valdes av avdelningsskötaren på enheten för att få representativa deltagare. Workshop medför att alla får ge sitt bidrag och det är också ett socialt sätt att föra fram fakta. Strukturen på våra workshoppar (bilaga 7) bidrog till att alla deltagare var tvungna att kommentera frågorna och på så sätt kom alla deltagares åsikter fram.

### 7.3.1 Workshop 1

Vi bad åtta sjukskötare från en medicinsk bäddavdelning att tillsammans i workshops beskriva vad de anser att begreppet fullvärdig med avseende på substanskompetens är och vilka egenskaper (personlighetskompetens) en sjukskötare behöver ha för att kunna uppnå fullvärdig kompetens på deras avdelning. Detta val gjorde vi utgående från att begreppet kompetens innehöll både substans och personlighet enligt litteraturen. Den befintliga arbetsvärderingens första del användes som utgångspunkt. Deltagarna i workshoppen fick ta del av vad som tidigare skrivits och blev ombudda att tänka vidare vad som behövs för att vara den sjukskötaren på avdelningen som kan leda jobbet, vara mest erfaren på arbetspasset och kunna handleda sina kollegor vid ovana situationer.

Utgående från litteratur och från vad som saknades i arbetsvärderingen, togs frågor till workshoppen fram för att komplettera materialet från arbetsvärderingen. I arbetsvärderingen finns endast substanskompetens beskrivet. I litteraturen framkommer det att den fullvärdiga kompetensen inkluderas av egenskaper hos sjukskötaren, etik och framtid. NCS är framtagen för att kunna undersöka kompetens på olika nivåer. Kompetens på till exempel grundnivå, erfaren nivå och expertnivå för sjukskötare. Därför har vi använt NCS som ett verktyg för att få fram frågor för att klargöra vad begreppet fullvärdig kompetens innebär. Frågeställningarna för vårt arbete är; Vad är skillnaden mellan formell- och fullvärdig kompetens för sjukskötare på den aktuella enheten? Vilka egenskaper behöver sjukskötare ha för att uppnå fullvärdig kompetens? Vad är chefernas förväntningar på fullvärdig kompetens för rollen? Dessa frågeställningar har också beaktats när vi har tagit fram frågorna vi önskar att sjukskötarna arbetar med i workshoppen. Det som saknas i arbetsvärderingen jämfört med i NCS ville vi få fram i workshopparna, genom att ställa frågor till sjukskötarna som deltog.

Frågor som vi bad de utvalda sjukskötarna att besvara i workshoppen var:

- *Vad är det som skiljer yrkesidentiteten hos en nyutexaminerad sjukskötare och hos en med längre erfarenhet?* Denna fråga har skapats utgående från att den formella

kompetensen ska kompletteras till en fullvärdig kompetens. Dessutom skulle kategorin **Att hantera situationer** – kunna ändra arbetssätt efter situationen, som finns i NCS kompletteras med hjälp av denna fråga. Med denna fråga önskar vi att få svar på *substansen* som behövs för rollen, den skulle också belysa skillnaden mellan formell och fullvärdig kompetens.

- *Vilken professionsetik har du i ditt arbete, hur ser du på människans värde? Vilken kultur råder på avdelningen? Ge gärna konkreta exempel.* Denna fråga togs fram utgående från att kategorin **Säkerställa kvalitet** inte alls fanns med i arbetsvärderingen. Med denna fråga avsåg vi att få fram *egenskaper* hos personalen som behövs för att uppnå fullvärdig kompetens samt det *etiska* perspektivet. Denna fråga berör också kategorin **Hjälpande roll** i NCS var det finns beskrivet det *etiska* perspektivet, vilket inte finns med i arbetsvärderingen.
- *Hur kan en sjukskötare med fullvärdig kompetens guida ny personal och studerande i en medicinsk kontext?* Kategorin **Arbetsroll** hade några subkategorier förklarade i arbetsvärderingen. Men mycket saknades och det som beskrivs för **arbetsroll** i NCS, är sådana *egenskaper* som framför allt kommer när sjukskötaren har fått mer arbets- och livserfarenhet. Med denna fråga ville vi få svar på *substans* och *personlighet*.
- *På vilket sätt kan en sjukskötare med fullvärdig kompetens utveckla vården på avdelningen och införa nya rutiner?* Den sista frågan utmynnar från att kategorierna **Terapeutiska interventioner** och **Undervisande-coachande** behövde kompletteras med utvärdering av interventioner till patienten. Kategorin **Diagnostisk funktion** behövde kompletteras med coachande av medarbetare. Den sista frågan är också framtagen för att få ett *framtidsperspektiv* och vilka kompetenser som behövs ur sjukskötarens perspektiv.

De sjukskötare som deltog i workshopen valdes i samarbete med avdelningssköterskan utgående från fyra kriterier. Kriterierna för de sjukskötare som vi ville ha med i workshopen bestämde vi efter att ha tagit del av Flinkman et al, 2016, studien där trettio vetenskapliga studier ingår. Resultatet i den studien visar att man kan se ett positivt samband mellan de olika variablerna; längd på arbetslivserfarenhet, ålder, högre utbildning, fast anställning och deltagande i utbildningsprogram. Andra variabler som är

associerade med kompetens är bemyndigande, engagemang, klinisk miljö, vårdkvalitet och kritiskt tänkande.

I Bigbee et al:s studie (2010) har det framkommit att kompetens och erfarenheten var starkast kopplad. Det var däremot inte av speciellt stor betydelse hur lång eller bred utbildning personalen hade. Enligt studien hade personal med erfarenhet av ledarskap en högre kompetens. Enligt Olsson & Sörensen (2004, s.35–36) kan insamlat material från informanter med erfarenhet fås genom ett målstyrt urval.

Utgående från detta valde vi att ha med två sjukskötare som har arbetat minst två år som sjukskötare, två sjukskötare som har minst fem års arbetserfarenhet, två sjukskötare som har minst tio års arbetserfarenhet och två sjukskötare som förutom sin sjukskötarutbildning och erfarenhet också har någon extra utbildning eller roll. Inför workshopen skickades ett informationsbrev ut till deltagarna (bilaga 8). I brevet beskrevs syftet och målet med studien. Deltagarna informerades om att deltagandet var frivilligt och att de själva kunde välja att när som helst avbryta. Brevet innehöll också information om när och var workshopen skulle hållas och vilka frågor som skulle diskuteras.

I den första workshopen (bilaga 9) deltog åtta sjukskötare från medicinska avdelningen. Workshopen hölls i ett konferensrum på ÅHS. Detta för att alla deltagare skulle ha lätt att komma till workshopen och eventuellt kunna gå ifrån arbetet, med tillstånd från avdelningssköterskan, under den tid workshopen hölls. Deltagarna delades in i två grupper med fyra deltagare i varje grupp där alla förutbestämda kategorier ingick.

Inledningsvis presenterade vi oss och informerade åter om syftet och målet med workshopen. En av oss fungerade som facilitator genom workshopens genomförande medan den andra observerade och antecknade olika reflektioner och kommentarer som gjordes. Båda strävade dock till att hålla sig helt objektiva och inte inverka på diskussionerna genom kommentarer eller åsikter. Detta för att inte inverka på resultatet.

Svaren från de båda grupperna i workshopen presenterades av deltagarna själva och antecknades av oss på kollegieblock. Svaren presenterades från båda grupperna för en fråga i taget. Deltagarnas anteckningar och resultatpresentation samlades in. Resultatet fotograferades också för att säkerställa att allt fanns med (bilaga 12). Deltagarna informerades om att de skulle få det sammanställda materialet från workshop ett sänt till dem per mail inför workshop två, så att de skulle ha möjlighet att kommentera och

komplettera om de så önskade i samband med workshop två. I slutet av workshoppen bestämdes datum och tid för workshop två.

### **7.3.2 Workshop 2**

Workshop två hölls med samma deltagare, en vecka efter workshop ett, enligt deras önskemål. Platsen var också nu i ett konferensrum i närheten till deltagarnas arbetsplats, för att det skulle vara smidigt för deltagarna att komma till platsen. Alla kände sig bekväma med det.

Inledningsvis delade vi in deltagarna i två grupper med en annan sammansättning än vid workshop ett som vi planerat. Men efter en stund var alla överens om att istället diskutera frågeställningarna gemensamt och inte uppdelat i två grupper för att få en gemensam diskussion ända från början. På samma sätt som vid workshop ett, fungerade en av oss som facilitator och den andra observerade och antecknade.

Sammanställningen från workshop ett diskuterades och vissa ändringar gjordes enligt gemensamma önskemål. Resultatet från workshop två sammanställdes på ett kollegieblock (bilaga 11) och fotograferades på samma sätt som vid workshop ett (bilaga 12).

I samband med den andra workshoppen fick deltagarna ytterligare information om att vi skulle hålla en fokusgruppintervju med deras avdelningsskötare, deras överskötare och klinikchefen för medicinska enheten. Vi informerade om att sammanställningen av materialet från workshopparna skulle fungera som underlag till frågorna i fokusgruppintervjun tillsammans med flera vetenskapliga artiklar vi studerat specifikt inför fokusgruppintervjun. De fick också information om vårt fortsatta arbete med bearbetningen och analysen av det insamlade materialet och att om de så önskar kan ta del av resultatet då studien är klar. Deltagarna uppmanades också att kontakta oss om det skulle uppstå frågor och funderingar kring studien. Avslutningsvis tackade vi deltagarna för att de tagit sig tid att delta i vår undersökning. Vi informerade dem om att de skulle ha möjlighet att ta del av resultatet av vår undersökning om de så önskade, samt att de kunde höra av sig till oss om det skulle uppstå frågor efteråt.

## **7.4 Fokusgruppintervjuer**

Intervju är en bra kvalitativ metod för att belysa samhällsfrågor. Det finns flera olika typer av intervjumetoder. Vilken metod man väljer styrs av studiens syfte och mål men också

ibland av geografiska orsaker. Enligt Ahrne och Svensson (2015, s.34–39) anses det som en bra metod när det gäller att få kunskap om hur organisationer fungerar och ett bra verktyg att samla in många människors åsikt på en kort tid.

Vid intervjuer är det viktigt att de intervjuade har en kunskap och vetskap inom det aktuella ämnet. Dessa nyckelpersoner handplockades för att få fram tillförlitligt och relevant material, detta för att svaren ska ha en hög trovärdighet. Det är forskarens sak att bedöma att de intervjuade kan leverera fakta och att hen är tillräckligt uppdaterad med relevant material. Vid intervjuer behöver man ha flera intervjuer som ger samma material alternativt flera personer i intervjugrupper som anser detsamma, om svaren ska kunna betraktas som trovärdiga. (Denscombe, 2014 s. 266–267.)

För att få flera personers samlade åsikter valde vi att använda oss av en fokusgruppintervju i denna studie. När denna metod använts är det en moderator som sammanförde gruppen för att undersöka värderingar och tankar inom ett specifikt ämne, i detta fall fullvärdig kompetens. Det finns några aspekter som kännetecknar en fokusgruppsintervju; det ska finnas ett speciellt fokus som gruppmedlemmar har kunskap om, interaktionen i gruppen är viktig och moderatören ska hjälpa gruppen att komma vidare i resonemangen men inte styra dem för mycket. Ämnet som behandlas ska alla deltagare i fokusgruppsintervjun vara bekant med och diskussionen ska gälla något specifikt inom det ämnet. Den som ledde intervjun ska inte ställa ledande frågor som kan ge direkta svar, utan genom samtalet mellan deltagarna ska ny kunskap skapas. Ledarens viktigaste uppgift är att skapa en lugn och trygg miljö, där kan föras fria diskussioner med högt till tak. Viktigt är också att inkludera alla deltagare i diskussionen. Ledaren ska före dessa diskussioner ha formulerat nyckelfrågor som ska tas upp till diskussion. Till vår fokusgruppintervju hade ett tydligt syfte med diskussionen formulerats, gruppens sammansättning var av stor betydelse och gruppen valdes med omsorg. Vi hade studerat fokusgruppintervju som metod i litteraturen och hade kunskap om hur denna forskningsmetod fungerade. Forskningen genomfördes i en trygg, känd och lättillgänglig miljö. (Ahrne & Svensson 2015, s. 81–92; Denscombe, 2014 s. 237–238.)

Vi hade en fokusgruppintervju med klinikchefen, översköterskan och avdelningssköterskan för en medicinsk bäddavdelning. Detta för att klargöra vad deras uppfattning om begreppet *fullvärdig kompetens* innebär. De fick frågor om vad en sjuksköterska på en medicinsk bäddavdelning behöver för kompetenser för att vara fullvärdig idag och vad som behövs i ett framtidsperspektiv (bilaga 8).



Intervjun med ledarna hölls som en fokusgruppsintervju i mars 2017. Hela intervjun spelades in och vi gjorde anteckningar under intervjun som ett komplement till det inspelade materialet. Vi hade reserverat minuter för intervjun, men efter 70 minuter var ämnet uttömt och inget nytt kom fram i diskussionerna.

Enligt litteraturen bör de som leder intervjun tänka på följande saker för att få ett så bra resultat av intervjun som möjligt. Intervjuaren ska vara aktivt lyssnande och ställa kloka följdfrågor och då gärna använda sig av den intervjuades egna ord. Intervjuaren ska inte vara auktoritär eller etiskt förmanande samt inte argumentera eller framstå som mer vetande än den som blir intervjuade. (Ahrne & Svensson 2015 s. 34–53.) Dessa aspekter följdes under intervjun.

Det är viktigt att ha syfte och frågeställningar klara för sig när frågor skapas och att ha funderat på om frågeställningarna kommer att ge svar på undersökningens syfte. Det är viktigt att tänka igenom så att frågorna täcker in de svar man önskar så att man inte efter intervjun upptäcker att frågorna var olämpligt formulerade och inte gav svar på det man ville undersöka. Öppna frågor har fördelen med att de ger oförutsedda svar och man får reda på hurdant intresse och tolkning respondenten har för frågeställningen. Genom öppna frågor berättar respondenterna hur stor kunskap de har inom området och respondenterna får möjlighet att använda sina egna ord. Nackdelen är att metoden är mer tidsödande och att i analysprocessen måste svaren kodalas. (Bryman, 2012, s. 243–249.)

Fokusgruppintervjun gjordes enligt följande. Tre chefer/ledare samlades tillsammans. Intervjun bandades för att säkerställa att allt som kom fram i intervjun kom med och för att vi skulle kunna lyssna på svaren flera gånger i arbetet med att sammanställa och analysera all data i undersökningen. Deltagandet i intervjun var frivilligt och deltagarna blev informerade om projektet både muntligt och skriftligt (se bilaga 8). Fokusgruppintervjun genomfördes i ett ostört konferensrum på ÅHS. Deltagarna informerades om undersökningens syfte, hur materialet skulle komma att användas och om deras möjlighet att få ta del av det färdiga resultatet av undersökningen.

Enligt Numminen et al (2013 s. 1421) behöver kommande forskning om kompetens, lyfta in aspekter som arbetsmotivation och karriärorientering. Det behövs också en orientering mot vad framtiden för med sig och vilka kompetenser som kommer att behövas. För att få fram frågor till intervjuerna gjordes en sökning på Cinahl med sökorden future, competence och organization. Begränsning peer reviewed, publicerade 2010 och framåt samt

språk engelska. Detta gav 50 träffar. Fem artiklar inkluderades i studien. Av dessa artiklar valdes tre för att de är vetenskapliga artiklar inom området och två valdes för att de har ett framtidsperspektiv. Artiklar som inte svarade mot studiens syfte eller hade ett klart framtidsperspektiv exkluderas. De artiklar som inkluderades i studien presenteras i bilaga 13. Dessa artiklar har varit grundstommen i att utforma forskningsfrågor till fokusgruppsintervjun för ledarna. För att få fram relevanta artiklar valde vi Cronin et al (2008, s.40) beskriva tillvägagångssätt att göra det. Genom att läsa abstraktet i en artikel fick vi ett hum om vad den innehöll och kunde utgående från det välja om den skulle inkluderas i studien eller inte. Dessutom gjordes sökningar på Cinahl där också sökordet hospital användes. Den sökningen gav tre träffar. Ingen av de artiklarna motsvarade dock syftet med vår studie. En sökning på Ebsco gjordes med sökorden future competence, organization och hospital. Det gav 23 träffar, men inte heller de artiklarna motsvarade vårt syfte. På SweMed+ gjordes en sökning med ordet kompetens, vilket gav tre träffar men ingen av de artiklarna kunde användas i vår undersökning. En sökning på Medic med samma sökord, gav 4 träffar men ingen av artiklarna motsvarade syftet med vår undersökning.

Artiklarna valdes utgående från ett framtidsperspektiv och vad arbetstagarna kan behöva i framtiden. När artiklarna hade lästs igenom steg olika frågeställningar fram som fanns i flera artiklar. Därför valde vi att de frågeställningar som skulle besvaras under intervjun var:

- Vilken kompetens om substansen i jobbet anser ni som arbetsgivare att en arbetstagare behöver idag? För att kunna vara tydlig till sina medarbetare vilken som är standarden för ett jobb behöver det finnas definierat (Nelson 2012 s.115). Då kan ledaren vara tydlig med vad som är en fullvärdig kompetens.
- Vilken kompetens ser ni som arbetsgivare att arbetstagare kommer att behöva i framtiden? Enligt Merrick et al (2012 s. 133), Nelson (2013 s. 1416), Westley-Foster (2012 s. 115) och Sittner et al (2015 s. 294) kommer sjukvården att förändras, vilket kräver att ledare behöver veta vilka kompetenser som behövs i framtiden för att kunna bemästra att sköta sitt uppdrag. Denna ändring beror på att samhället förändras och att sjukvården måste utvecklas i takt med samhället, det behövs en kontinuerlig adaptering.

- Vad är viktigt att beakta vid rekrytering? Vilka personliga egenskaper är önskvärda? Enligt Nelson (2013 s. 1421–1424) och Sittner et al (2015 s. 295) behövs det personal med utvecklad kompetens inom kommunikation, forskning och att använda nya innovationer i vården. Westley-Foster (2012 s. 115) och O’Sullivan et al (2012 s. 65) anser också att det behövs personal som vill vara i ett livslångt lärande och att det är en förutsättning för att kunna sköta sitt jobb.
- Vilka värderingar och värdegrund har arbetstagaren? Enligt O’Sullivan et al (2012 s. 64) behöver värderingar och organisationskultur vara klarlagd i förhållande till kompetenser. Organisationskulturen beskriver kärnan i arbetet och vilka kompetenser som är viktiga. Värdegrunden på jobbet kan se ut på ett sätt vara annorlunda privat. Dessa två behöver vara förenade.
- Vad kan göras för att inte personal med hög kompetens, ska söka sig vidare till andra jobb? Enligt Maynard och Parfyonova (2006 s. 435) söker sig överkvalificerade personal bort från jobbet. Det är personer med hög utbildning, lång erfarenhet och som har ett kontinuerligt lärande. Personal vill känna att de får använda sin fulla potential och blir utmanade på jobb.

Intervjun fokuserade främst på fråga 1 och 2, eftersom dessa frågor härrör sig till syftet och problemformuleringen i studien. Detsamma gäller fråga 3:s andra del om vilka personliga egenskaper som behövs. En praktikforskning ska inkludera personer på flera nivåer, både mikro- och makronivå. Därför valde vi att göra vår undersökning både hos sjukskötare på avdelningen och hos deras chefer. Vetenskapen bygger på det konkreta i motsats till den akademiska forskningen, där forskaren sätter dagordningen. (Austin et al, 2014 s. 7–13; Julkunen, 2011 s. 60–75.)

## **7.5 Sammanställning och analys av det insamlade materialet.**

Studien består av arbetsvärderingen, NCS, bakgrundslitteraturen och det utskrivna materialet från workshoppar och fokusgruppsintervju. Litteraturen, arbetsvärderingen och NCS har bearbetats och resultatet från dem resulterade i frågor till workshops och fokusgruppintervjun. Det utskrivna materialet från workshopparna och fokusgruppintervjun har sammanställts och analyserats med innehållsanalys enligt syftet och frågeställningarna i studien.

Ahrne & Svenningsson 2015 och Bryman 2012, skriver att materialet skall genomläsas för att få en känsla för helheten. Därefter ska det insamlade materialet brytas ner för att identifiera olika kategorier och sammanställa dem i teman för att skapa en ordning. Efter det följer tolkningsprocessen som gör så att innebörden i de olika teman träder fram.

Detta innebar att allt insamlat material från workshopparna och fokusgruppintervjun lästes igenom flera gånger för att få en känsla för helheten. Därefter sammanställdes materialet i olika gemensamma kategorier. De olika begreppen som framkom i workshopen och fokusgruppintervjun räknades. De begrepp som förekom flest gånger har fått en meningsbärande betydelse i studien och sammanställdes till kategorier som sedan bearbetades och delades upp i olika teman; substanskompetens, personlighetskompetens, framtidskompetens, kultur och hierarki. Hierarki var ett tema som inledningsvis inte fanns med, men utgående från diskussionerna i workshopparna visade sig hierarki vara en betydande faktor i kulturen på avdelningen. Varje tema innehöll olika kategorier. Samma begrepp och kategorier kom fram i både workshopparna och i fokusgruppintervjun. Kategorierna bestämdes utgående från likheter i materialets innehåll. I grundmaterialet sorterades och sammanställdes de olika begreppen för att därefter reduceras till meningsbärande kategorier. I resultatet presenteras kategorierna i ett temafält med förklarande text till en gemensam uppfattning om vad begreppet *fullvärdig kompetens* innebär för sjukskötare på en medicinsk bäddavdelning.

### **7.5.1 Workshop 1 och 2**

Efter workshopen sammanställdes det insamlade materialet. Materialet kodades och sammanställdes enligt olika begreppskategorier enligt metoden grundläggande teknik vid kvalitativ dataanalys. (Bryman 2012, s. 523–524.) Det innebär att materialet lästes igenom flera gånger och olika meningsbärande kategorier bildades utgående från de begrepp som förekom flest gånger. Deltagarna i workshopen hade redan plockat ut det viktigaste och sammanfört data till gemensamma begrepp; erfarenhet, trygghet, god förebild, respekt, stödjande, tillåtande och inkluderande, samordnande, delaktighet, se hela människan, kultur, samarbete, anpassningsförmåga och hierarki (bilaga 12). Bearbetningsprocess fortsatte genom att sammanföra gruppernas resultat till olika begreppskategorier (bilaga 10). Dessa kategorier granskades sedan mot de två första frågorna i problemformuleringen och kodades under rätt tema; substanskompetens, personlighetskompetens, framtidskompetens samt kultur och hierarki.

Det sammanställda materialet skickades per e-post till alla deltagare. Vi bad dem granska sammanställningen och fundera på om den överensstämde med deras åsikter eller om det var något de ville ändra eller komplettera med.

Detta material bearbetades sedan av deltagarna ytterligare vid workshop två. Det totala insamlade materialet från workshop 1 och 2 bearbetades sedan med innehållsanalys och kategoriserades enligt våra identifierade teman; *substanskompetens*, *personlighetskompetens*, *framtidskompetens* och *kultur och hierarki*. (figur 6).

FULLVÄRDIG KOMPETENS	Workshop 1 och 2
SUBSTANSKOMPETENS	<p>Livserfarenhet, praktisk <b>erfarenhet</b>, <b>erfarenhet</b> av samarbete</p> <p>Starkare yrkesidentitet om det finns en stor unik <b>kompetens</b> för detman sysslar med.</p> <p>Learning by doing, viktigt att ha stöd av erfaren ssk. <b>God förebild</b></p> <p>Tekniskt <b>kunnande</b>, <b>kunna</b> tolka resultat från instrument.</p> <p><b>Tryggare</b>, <b>säkrare</b> i sin profession. Osäkerhet hos nya</p> <p>Förmåga att planera arbetet, mer <b>flexibilitet</b></p> <p><b>Samordnar</b>, "spindeln i nätet" <b>Trygg</b> i sitt ledarskap och vågar delegera.</p> <p><b>Ansvarstagande</b>, kan besluta om nya rutiner i samråd med chefen - föråldrade rutiner som inte gynnar patienten. Integritet vid omvårdnad. Kämpa för patientens rättigheter.</p> <p><b>Helhetsbedömning</b>, ser hela människan</p>
PERSONLIGHETSKOMPETENS	<p><b>Professionalitet</b>, evidensbaserat jobb</p> <p><b>Stödjande</b>, alla är nya någon gång</p> <p><b>Tillåtande</b> attityd till vägledning, frågor och funderingar</p> <p><b>Inkluderande</b>, skapa god relation till kolleger och studerande</p> <p><b>Trygghet</b> i sig själv. Självkänslan</p> <p><b>Flexibilitet</b>, teamarbete, ej hierarki inom grupperna.</p> <p><b>Respekt</b>, behandla andra såsom du själv vill bli behandlad, samma människovärde. <b>Respektera</b> andras åsikter.</p>
FRAMTIDSKOMPETENS	<p><b>Samordnande</b> fungerar som "spindeln i nätet"</p> <p><b>Delaktighet</b>, få alla med på förändringar eller demokratiska beslut</p> <p>Egna <b>studier</b> inom sitt eget ansvarsområde, studiebesök, hospitering</p> <p>Vara <b>öppen</b> att pröva nya rutiner</p> <p><b>Ser hela människan</b> och talar för patienten inför läkaren</p> <p><b>Evidensbaserat jobb</b> <b>Utvärderande</b></p>
KULTUR OCH HIERARKI	<p>Arbets<b>kulturen</b> viktig - "rätt och viktigt" att vilja utveckla arbetet och ta tillvara personalens resurser</p> <p><b>Öppen kultur</b> på avd.</p> <p><b>Omvårdnadsprofessionen</b> inte lika "viktig" som den medicinska professionen</p> <p>Teamarbete, <b>ingen hierarki</b> mellan arbetsgrupper</p> <p>Skilda moduler på avd är bra för <b>kontinuiteten</b> för patienten, samma personal sköter samma patienter</p> <p><b>Tydlig värdegrund</b> som syns i det dagliga arbetet.</p>

Figur 6. Identifierade kategorier, kopplade till respektive tema, workshop 1 och 2.

### 7.5.2 Fokusgruppintervjun

Det inspelade materialet från intervjun lyssnades igenom ett flertal gånger separat. Under genomlysningen kategoriserades materialet individuellt. Det antecknade materialet sammanfördes sedan till en gemensam syntes.

Vid sammanställning gick materialet från intervjun igenom gemensamt och kodades enligt frågeställningen i arbetet för fullvärdig kompetens i fyra kategorier, substanskompetens, personlighetskompetens, framtidskompetens, kultur och övrig (figur 7).

FULLVÄRDIG KOMPETENS	Fokusgrupp intervju
SUBSTANSKOMPETENS	<i>Helhetsansvar</i> , se hela patienten och hens behov, <i>erfarenhet, bredd</i> , klara av alla moment i jobbet, kan föreslå utvecklingsområden på avdelningen, <i>bemötande, självkänedom</i> , kan <i>tillfredställa patienten</i> s behov, vet när något är fel med patienten och kan signalera det, <i>flexibilitet</i> , ha den praktiska plattformen i arbetet klar för sig, kunna omsätta teori till praktik, relevanta <i>helhetsbedömningar</i>
PERSONLIGHETS KOMPETENS	<i>lämplighet, anpassningsförmåga, flexibilitet, bemötande, trygghet</i> i sig själv, <i>självkänedom, förmåga att lära nytt, förändringskompetens, samarbete</i> , vilja att lära, <i>formbarhet</i>
FRAMTIDSKOMPETENS	<i>flexibilitet, kommunikationsförmåga</i> (verbal, sociala medier, mejl), <i>medicinsk expertis</i> ->tar över läkaruppgifter, <i>patientundervisning</i> - mer omfattande, <i>dokumentation</i> ->skriva mer objektivt, <i>anpassa</i> sig, <i>förändra, lära</i> nytt, <i>använda</i> ny teknik, <i>implementera</i> nya verktyg i vårdverkligheten
KULTUR OCH HIERARKI	vårda människor från <i>olika kulturer, professionellt förhållningssätt, värderingar</i> -ska vara delade på avdelningen då syns det i avdelningskulturen, <i>avdelningskulturen</i> ska medföra att arbetstagaren känner sig delaktig, <i>gott ledarskap</i> ->kort väg till ledaren,

Figur 7. Identifierade kategorier kopplade till respektive tema, fokusgruppintervju.

## 8 Resultat

Praktikforskning som metod strävar efter att hitta ny kunskap på ett effektivt och trovärdigt sätt (Uggerhøj,2011). Vår studie är en praktikforskning som binder ihop vetenskapliga metoder med arbetsgivarens beställning.

Inledningsvis i vår studie arbetade vi utgående från arbetsvärderingen och samlade data om kompetens från litteraturen, vetenskapliga artiklar - där också NCS ingår och olika kompetensmodeller. Detta utgjorde sedan grunden till vårt fortsatta arbete med workshops och fokusgruppintervjun (figur 8). Ganska tidigt i våra studier av litteraturen och de

vetenskapliga artiklarna konstaterade vi att framtidskompetens är ett viktigt begrepp som har stor betydelse för den fullvärdiga kompetensen. Omvärlden och tekniken ändras idag snabbt vilket får till följd att även arbetsplatserna måste klara av att följa med i förändringarna. Därför valde vi att även ta med framtidskompetens som en egen kategori som presenteras i resultatet förutom formell- och fullvärdig kompetens i vår studie.

Undersökningen har gjorts på en medicinsk bäddavdelning med ett brett patientklientel. Personalen på avdelningen måste kunna hantera många olika patientgrupper med varierande problematik. När en sjukskötare blir anställd på en medicinskbäddavdelning är det utgående från sin formella kompetens. I utbildningen till sjukskötare får man lära sig substanskunskap och påbörja utvecklingen av sin personlighetskompetens för att kunna jobba som sjukskötare. Den formella kunskapen finns beskriven i arbetsvärderingen. I början av sin karriär som sjukskötare har man en grundläggande yrkeskompetens och ingen arbetserfarenhets kunskap. Detta innebär att man behöver handledning och stöd eftersom man då har ett begränsat arbetssätt och uppfattningsförmåga. Som nyutexaminerad sjukskötare har man den formella kompetensen och arbetar här och nu i det patientnära arbetet, men klarar ännu inte av att hantera mer omfattande arbetsuppgifter som en större helhet.

Vår studie hade som syfte att utreda vad fullvärdig kompetens betyder för sjukskötare på en medicinsk bäddavdelning. Figur 8 är en sammanställning över de olika teman från de olika delarna i vår studie.

SAMMANSTÄLLNING					
FULLVÄRDIG KOMPETENS	ARBETSVÄRDERINGEN	NCS	WORKSHOP 1	WORKSHOP 2	FOKUSGRUPPINTERVJU
SUBSTANSKOMPETENS	Undervisning och handledning	Hjälpande roll		Alla kategorier från workshop 1 är lika viktiga.	Professionellt förhållningssätt Trygg
		Undervisande- coachande	Kunskap Trygghet, säkerhet Flexibilitet	Yrkesidentitet Talar för patienten inför läkaren	
	Bedöma behov av omvårdnad och akutvård Vårdplanering och dokumentation Behärskar teknik och olika verktyg i vårdarbetet. Utöva patientvård baserat på evidens	Leda situationer	Helhetsbedömning	Ser hela människan	Helhetsansvar
		Terapeutisk intervention	Erfarenhet God förebild Samordnande		Erfarenhet Bredd Översiktsseende
Samarbeta i mångprofessionella team	Arbetsroll	Ansvarstagande	Samordnande	Självkänedom	
PERSONLIGHET		Hjälpande roll	Respekt Stödjande Tillåtande Inkluderande	Lika människovärde Stödjande Tillåtande Inkluderande	Förmåga att möta patienten/bemöta alla lika Kommunikationsförmåga Pedagogisk
		Säkerställa kvalitet	Professionell Kontinuitet	Etiskt ansvar	Förmåga att implementera nyheter och förändringar i verksamheten Utvecklingsvilja
		Arbetsroll	Flexibilitet Trygghet	God förebild Samarbete	Anpassningsförmåga i miljön, kunskapen och tekniken
FRAMTIDSKOMPETENS		Hjälpande roll	Samordnande	Vilja att implementera nya saker	Formbar Flexibilitet
		Undervisande- coachande Terapeutiska interventioner	Professionell Flexibilitet Öppen attityd Helhetsbedömning	Entusiasm/engagemang	
		Säkerställa kvalitet	Evidens/utvärderande	Nylärande Ekonomiskt perspektiv	Evidensbaserad utveckling/förändring
		Arbetsroll			
KULTUR OCH HIERARKI		Hjälpande roll	Öppen kultur på avdelningen	Kulturen på avdelningen	
		Säkerställa kvalitet	Omvårdnadsprofessioner	Avdelningens kultur som styrs av läkarna. Anpassningsförmåga Stark hierarki på avdelningen, medicinsk vetenskap större än omvårdnad	
		Arbetsroll	Ingen hierarki mellan arbetsgrupper		

Figur 8. Sammanställning av de olika kategorierna kopplade till de fyra olika teman i studien.

## 8.1 Formell kompetens

Formell kompetens är den grundkunskap som krävs och efterfrågas för att få en tjänst som sjukskötare. I vårt arbete motsvarar det främst arbetsvärderingens första del och nivå ett och två i Benners kompetensmodell.

En formell kompetens enligt Benners kompetensmodell – nivå ett och två, innebär att sjukskötaren har grundläggande kunskaper men behöver stöd och handledning för att klara av arbetet. Sjukskötare med endast formell kompetens har ingen arbetserfarenhetskunskap och har ett begränsat arbetssätt och uppfattningsförmåga. (Benner, 2001.)

Hela arbetsvärderingens första del som vi utgått ifrån i vår studie är skriven på en formell nivå. I vår litteratursökning blev vi bekanta med NCS som är en mångfasetterad skala som också kan användas för sjukskötare på en formell nivå men som då mera ger en kartläggning av den kunskap sjukskötaren fått genom sin utbildning.



Enligt Nieminen et al (2011 s. 661–662) beskrivs kompetens ibland enligt bland annat enligt Aristoteles tre dimensionella sätt. Epistêmê är teoretisk vetenskaplig och objektiv kunskap, alltså den kunskapen man har tillägnat sig i utbildningen.

I workshops kom det fram att en sjukskötare med endast formell kompetens har den nyaste kunskapen, har lättare att anpassa sig och är lättare att motivera än sjukskötare som arbetat länge på avdelningen. Sjukskötare vill ge en god omvårdnad men skillnaden ligger i hur man gör det i praktiken om man endast har den formella kompetensen eller en fullvärdig kompetens.

Man har den teoretiska kunskapen men kan ha svårt att omsätta det till praktiken. För det behöver man oftast ha en rollmodell för att utvecklas och bli säkrare i sin yrkesutövning.

Personlighets kompetens finns inte beskrivet i arbetsvärderingen och endast lite i NCS. Däremot lyfter litteraturen fram det som en viktig del i begreppet kompetens, när kompetensen utvecklas. Den nya sjukskötaren har sin personlighet, men kan med engagemang, motivation och handledning lära sig hur man ska förhålla sig i olika situationer, kunna utveckla sin enhet, arbetsmetoder och sitt etiska förhållningssätt.

En sjukskötare med formell kompetens behöver ha en etik och kunna arbeta enligt avdelningens värdegrund för att kunna ingå i teamet och samarbetet på avdelningen. Som ny sjukskötare kan det vara svårt att förhålla sig helt neutral vid till exempel otrevligt bemötande. Det personliga etiska förhållningssättet stärks med tiden och gör det lättare att hantera sådana situationer.

I workshop 2 diskuterades inte den formella kompetensen. Där var fokus helt på fullvärdig- och framtidskompetens.

I fokusgruppintervjun framkom inte den formella kompetensen och efterfrågades inte heller. Den enda kommentarer kring detta var att en ny sjukskötare har tillräckligt att göra med att lära sig arbetet och kan inte ha ett eget ansvarsområde. Det tar ungefär ett år före en sjukskötare har kommit in i sitt arbete och kan välja fördjupningsområde.

## **8.2 Fullvärdig kompetens**

Fullvärdig kompetens är det som vårdchefen efterfrågade i sin beställning av studien och som motsvarar främst nivå tre i Benners kompetensmodell. Under studien har det blivit klart att beskrivningen av fullvärdig kompetens motsvarar nivå tre och fyra i Benners

kompetensmodell. Enligt Benners kompetensmodell nivå tre ska sjukskötaren klara av oförutsedda händelser, kunna hantera mera omfattande arbetsuppgifter som större helhet och medvetet kunna planera och organisera arbetet. Enligt Benner nivå fyra ska sjukskötaren arbeta enligt långsiktiga, kunna arbeta självständigt och handleda andra. (Benner, 1993 s. 40–44.)

I arbetsvärderingen finns inte en fullvärdig kompetens beskriven. NCS 73 olika subkategorier som är sammanfattade i sju olika huvudkategorier, beskriver vad en sjukskötare måste klara av för att vara en sjukskötare med fullvärdig kompetens.

Enligt Nieminen et al (2011 s. 661–662) som beskriver Aristoteles nivåer Technê och Phronesis är den praktiska kunskapen som också är kopplad till yrkets hantverk och etik, viktiga komponenter i den fullvärdiga kompetensen. Den teoretiska kunskapen är grunden för det man gör i praktiken och starten för att skaffa sig praktisk erfarenhet.

### **8.2.1 Substanskompetens**

En förklaring till begreppet *fullvärdig* förklaras i ordböcker med adekvat, både till situationen och till helheten. Det mest centrala för en sjukskötare med fullvärdig kompetens är erfarenhet och att de kan ha en helhetsöversikt på avdelningen. De har genom erfarenhet tillägnat sig så mycket kunskap så att de vet vad som är viktigt och behöver prioriteras. När man har en yrkesidentitet och tillräcklig kunskapen, kan sjukskötaren se hela människan och dess behov. En sjukskötare med helhetsperspektiv kan se den kliniska bilden och med hjälp av sina sinnen ge en helhetsbild. Både nya och erfarna sjukskötare vill ge en god omvårdnad skillnaden ligger i hur detta utförs i praktiken.

I fokusgruppsintervjun framkom att en fullvärdig kompetens inom substansen innebär att ha ett helhetsansvar för avdelningen. Detta förutsätter inte att ha expertkunskap inom ett specifikt område. Det behövs däremot finnas kunskap om alla moment i jobbet i stora drag och att ha den praktiska plattformen klar för sig, vilka åtgärder som ska utföras och hur detta förverkligas. För att komma till en fullvärdig kompetens krävs det erfarenhet. En sjukskötare med fullvärdig kompetens klarar av att se patientens behov och kan se till att den med rätt kompetens tillgodoser dem.

En sjukskötare med bred erfarenhet har utvecklat sin yrkesroll och är trygg i den, vilket också stärker den personliga självkänslan. Den tryggheten medför att de klarar av att vara stödjande, tillåtande och inkluderande mot nya kolleger. Tryggheten medför också att man

kan hantera avvikande åsikter. En sjukskötare med erfarenhet vågar verka som en ledare på avdelningen och kan delegera arbete. Det är också den erfarna sjukskötaren som tar ansvar i en akut situation. Att ta med nya kolleger i gemenskapen och få dem inkluderade i teamet ansåg deltagarna i workshopparna att var en personlighetskompetens, medan det i NCS beskrivs mer som en substanskompetens. En erfaren sjukskötare har lättare att koppla teori med praktik, detta har man fått genom livserfarenhet, praktisk erfarenhet och erfarenhet av samarbete med olika yrkeskategorier och synsätt. Med erfarenhet kan man snabbare reagera på fel och vågar ifrågasätta tvivelaktiga ordinationer. Den erfarna sjukskötaren kan tolka resultat från olika mätinstrument med en större säkerhet än en nytexaminerad sjukskötare.

Sjukskötarna har en förmåga att planera arbetet, är mer flexibla och kan ändra sina prioriteringar efter den rådande situationen. Med erfarenheten kommer också en säkerhet och trygghet för att klara av jobbet bra. Yrkesidentiteten har skapats och syns i hur sjukskötaren förhåller sig i olika situationer. Yrkesidentitet är starkare om det finns en stor unik kompetens för de specifika arbetsuppgifterna. En sjukskötare med fullvärdig kompetens kan använda sig av olika verktyg och bedömningsinstrument och klarar av att planera sitt arbete utgående från resultaten från dem. Sjukskötaren hjälper patienten att förstå sin situation bättre och bidrar till att patienten får den vård som behövs och överensstämmer med patientens önskemål. En sjukskötare med erfarenhet vet att i vissa situationer måste man göra på ett sätt som kanske avviker från normen för att det ska bli rätt för patienten. Erfarenhet och en stark yrkesidentitet leder också till att stress är lättare att hantera, eftersom sjukskötaren inte tar jobbet med sig hem i lika stor utsträckning som en nytexaminerad sjukskötare.

En erfaren sjukskötare kan samarbeta i teamet och vara en god förebild för sina nya kolleger. En erfaren sjukskötare känner sig trygg i att låta studerande och nya kollegor arbeta självständigt och på så sätt lära sig genom att få göra saker på egen hand, *learning by doing*. De finns dock tillgängliga för frågor och handledning. Sjuksköterycket är ett hantverk som man delvis lär sig av sina erfarna kollegor. Det viktigaste för en sjukskötare med fullvärdig kompetens är att vara lämplig för sitt jobb och att passa in i teamet. För det behövs en förmåga att kunna samarbeta och att ha ett teamtänk. Sjukskötaren behöver vara trygg i sig själv och kunna förmedla denna trygghet till sina medarbetare och till patienterna. Sjukskötaren ska också klara av att hitta flexibla lösningar för patienten.

### **8.2.2 Personlighetskompetens**

En personlighetskompetens innebär ett bra bemötande av patienterna och av sina medarbetare. Sjukskötaren utövar en individcentrerad vård med respekt för patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Med en god personlighets kompetens kan avvikande åsikter respekteras och accepteras. Det är nödvändigt med en förändringskompetens, sjukskötaren ska kunna anpassa sig till olika situationer och kontinuerligt lära sig nytt.

Begreppet professionsetik uppfattades olika, de mer erfarna kunde identifiera begreppet medan de nyutexaminerade frågade vad begreppet innebär. Under den andra workshoppen diskuterades skillnader mellan yrkesidentitet och kompetens. Yrkesidentitet uppfattades som ett starkare ord, eftersom den egna personligheten starkt påverkar den.

En sjukskötare behöver också ha en flexibilitet att kunna ändra sig efter den aktuella situationen. Denna aspekt lyftes fram både i workshops och i fokusgruppsintervjun. En ny sjukskötare behöver utvecklas i sin yrkesroll, för att det ska vara möjligt ska de fullvärdiga sjukskötarna ha en tillåtande attityd till sina nyutexaminerade kollegor, ge dem vägledning och inkludera dem i arbetsgruppen. En fullvärdig sjukskötare har trygghet i sig själv, detta framkom i workshops och fokusgruppsintervju.

### **8.2.3 Kultur och hierarki**

Det som också kom fram i workshopparna var att det ska finnas en arbetskultur där man tar tillvara medarbetarna och använder sig av allas olika kompetenser. Man ska vara öppen för att pröva nya rutiner och våga förändra sig när den struktur man har inte längre gynnar patienterna.

Sjukskötarna på avdelningen ville ha en öppen kultur och inte någon hierarki mellan olika arbetsgrupper. Sjukskötare med fullvärdig kompetens bär upp avdelningens etiska förhållningssätt. Etiken på avdelningen är beroende av avdelningens kultur och att det inte finns någon hierarki mellan olika arbetsgrupper. Deltagarna konstaterade att det ibland kan vara svårt att följa sin egen etiska övertygelse på grund av en stark hierarki där läkares åsikter och styrning har företräde före sjukskötares omvårdnadsetik. I den första workshoppen beskrev de sin målbild, medan det i den uppföljande workshoppen kom fram att de inte var den realiteten de befann sig i. Inom det kulturella pratade ledarna om att kunna vårda människor från olika kulturer, att kunna se olikheter men samtidigt komma

ihåg att alla människor har samma grundbehov. Det behöver finnas en gemensam värdegrund hos alla medarbetare, för att skapa en god avdelningskultur.

### **8.3 Framtidskompetens**

Enligt litteraturen och de vetenskapliga artiklarna har framtidskompetens en stor betydelse för den fullvärdiga kompetensen. På grund av de snabba förändringarna, både vetenskapligt och tekniskt, i vår omvärld och närmiljö måste chefer idag ha en framtidsvision och vara utvecklingsorienterade. Detta innebär också att sjukskötare med en fullvärdig kompetens måste besitta förändrings och utvecklings kunskaper. En sjukskötare med en fullvärdig kompetens vill vara med och utveckla sin avdelning och vill gärna implementera ny evidens. Det finns också en medvetenhet om att ekonomiska perspektiv måste tas i beaktande samt ett intresse och orientering mot framtiden.

I vår första litteratursökning hade vi inte begreppet framtidskompetens med i sökningen. Framtidskompetens finns inte heller med som begrepp i varken arbetsvärderingen eller i NCS. I Benners kompetensmodell finns det beskrivet till viss del på nivå fem. När vi läste vetenskapliga artiklar om kompetens konstaterade vi dock att framtidskompetens är av så stor betydelse så vi valde att ta med det begreppet i en ny litteratursökning inför fokusgruppintervjun.

I workshopparna var fokus på skillnader mellan formell-och fullvärdiga kompetens och framtidskompetensen diskuterades inte. Fokus på framtidskompetenser var endast i fokusgruppsintervjun eftersom det är cheferna som i första hand styr utvecklingen och har större vetskap om vad som planeras i framtiden för avdelningen.

I fokusgruppintervjun uttryckte en av ledarna vilka olika kompetenser som kommer att behövas i framtiden: Kommunikation, inte bara verbalt utan också via sociala medier. Den medicinska kunskapen måste utvidgas, eftersom flera läkaruppgifter kommer att överföras på sjukskötare. Patientundervisningen kommer att vara mera omfattande i framtiden, patienter ska själva klara av att ta ett större ansvar. Dokumentationen ska vara mer objektiv och detta kommer att ställa andra krav på sjukskötare. Det kommer kontinuerligt nya verktyg i sjukvården, dessa ska implementeras och användas. Samtidigt ska det grundläggande inom sjukvården inte tappas bort, att bemöta och se patienten. Det är nödvändigt med en förändringskompetens, sjukskötaren ska kunna anpassa sig till olika situationer och kontinuerligt lära sig nytt. De övriga instämde och var överens om att dessa

faktorer är mycket väsentliga för framtidskompetensen. Enligt Ahrne & Svensson, (2015 s.34–53) ska ämnen som deltagare kan enas om få ett större värde än uttalanden från enskilda personer.

#### **8.4 Sammanfattning av resultat**

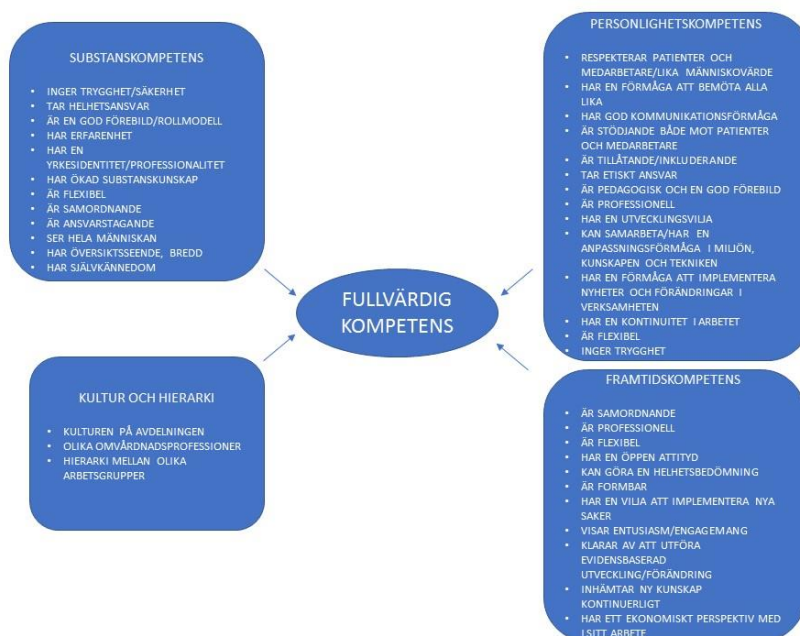
I litteraturen har begreppet fullvärdig kompetens beskrivits olika men det finns inte en entydig förklaring till begreppet. Det finns idag inte någon dokumentation om vad som menas med att en sjukskötare har en fullvärdig kompetens. Enligt deltagarna i fokusgruppintervjun är det inte heller möjligt att ha en fastställd definition med olika kriterier för begreppet fullvärdig kompetens. Detta eftersom det rör sig om en helhetsbedömning av sjukskötarens substanskompetens, personlighetskompetens, framtidskompetens och kulturella faktorer. Fullvärdig kompetens känner man enligt dem också igen genom intuition och magkänsla.

Vår konklusion av fullvärdig kompetens hos sjukskötare utgående från ledarnas åsikter är att flera olika kompetenser och egenskaper är avgörande för att en sjukskötare kan anses ha en fullvärdig kompetens. Det kan bland annat innebära att den ansvariga läkaren inte själv behöver ha en helhetskontroll över alla patienter, utan kan ge över en del av ansvaret till sjukskötare med fullvärdig kompetens. När en ledare avgör om det finns en fullvärdig kompetens, görs det framför allt genom att se hur det praktiska arbetet på avdelningen förverkligas. Nivån av kompetens hos sjukskötare kommer också fram i medarbetarsamtal och i diskussioner. Kompetensen märks i de frågeställningar och tankar som sjukskötare har om sitt jobb. En sjukskötares kompetens är utvecklad när denne börjar komma med förbättringsförslag och är utvecklingsorienterad. När arbetslistor planeras på avdelningen, görs detta utgående från att det ska finnas en sjukskötare med fullvärdig kompetens i varje skift.

Sjukskötarna diskuterade liknande i workshopparna och var också de överens om att begreppet fullvärdig kompetens kan betyda olika för olika personer. De beskrev främst fullvärdig kompetens utgående från deras dagliga verksamhet på avdelningen och mycket utgående från patientens perspektiv. Enligt dem innefattar begreppet fullvärdig kompetens utökad substanskompetens genom ökade teorikunskaper och erfarenheter, god handlednings- och samarbetsförmåga som ingår i personlighetskompetensen och ett gott etiskt förhållningssätt till avdelningens värdegrund. I framtiden kommer mer uppgifter från

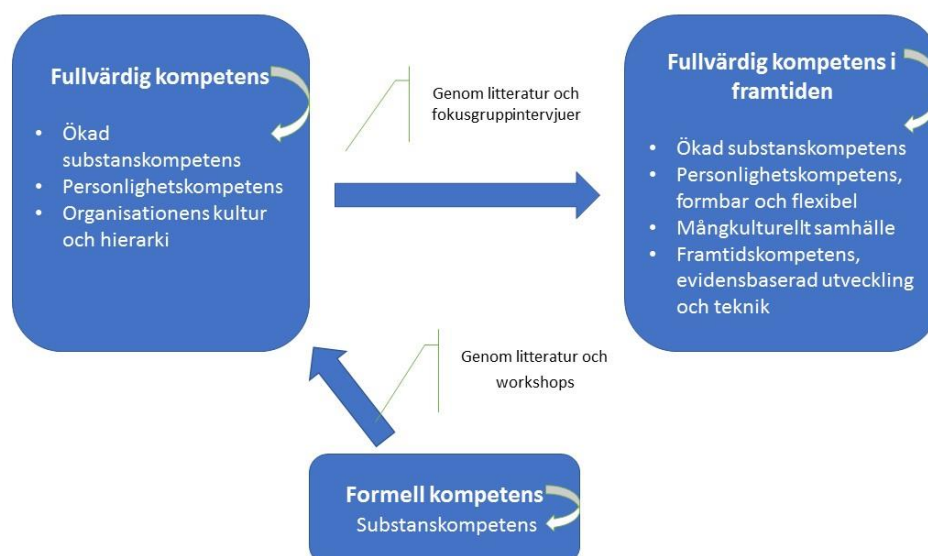
läkare att överföras på sjukskötare och i workshopparna kom det fram att en del i beskrivningen av fullvärdig kompetens är att kunna jobba i olika team och vara flexibel.

I figur 9 är de olika teman som ingår i begreppet fullvärdig kompetens gestaltat utgående från resultatet i vår studie.



Figur 9. Fullvärdig kompetens

Vårt mål var att skapa en struktur som visar på skillnader mellan formell- och fullvärdig kompetens, och följande struktur (figur 10) visar på ett enkelt sätt vilka olika teman som bör ingå i begreppet fullvärdig kompetens. Eftersom vi i vår studie kunnat konstatera att det inte går att ha en enhetlig definition av begreppet har vi också valt att i vår strukturmodell lägga in vilka metoder som enligt oss kan användas för att utreda vad fullvärdig kompetens innebär för den avdelning eller enhet som önskar utreda det.



Figur 10. Utvecklad struktur över skillnader mellan formell- och fullvärdig kompetens.

## 9 Etiska överväganden

I all forskning bör man göra etiska och moraliska avgöranden. Det är alltid forskaren själv som ansvarar för det. Forskningsetiska delegationens etiska principer och förslag om ordnande av etikprövning skall alltid beaktas.

De etiska principerna delas in i tre delområden. Respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt, i denna studie har personal varit med i workshops och fokusgruppintervjuer. De är anonyma och resultatet redovisas så att det inte kan härröra till en specifik person. Den etiska principen *att undvika skador*, har inte varit aktuell i denna studie. Alla som deltagit i studien har gjort det på frivillig basis och deras *identitet* skyddas genom att inte namn skrivs ut och resultatet redovisas som en sammanställning.

Det betyder att allt deltagande i forskningen skall baseras på tillräcklig information och deltagandet skall vara frivilligt. Samtycket till att delta kan ske muntligt eller skriftligt. Om personen till exempel ställer upp på en intervju eller svarar på ett frågeformulär räknas också det som ett samtycke. Personen som deltar i forskningen har rätt att avbryta sitt deltagande när som helst men det betyder inte att de uppgifter personen redan lämnat inte får användas. Hur informationen ges till deltagarna i forskningen beror på vilken metod forskarna ämnar använda för att samla in data. Vid till exempel intervjuer och enkäter ges information om forskningstemat, vad deltagandet konkret betyder och hur lång tid det



beräknas ta. Information som dock alltid bör ges är forskarens kontaktuppgifter, att deltagandet är frivilligt, det konkreta sättet hur materialinsamlingen kommer att ske, hur materialet ska användas, sparas och förväntade användningsområden i fortsättningen. Den som väljer att delta i forskningen också kan alltid begära tilläggsinformation under tiden forskningen pågår. Eventuella tillägsfrågor måste alltid besvaras sanningsenligt. Deltagarna bör också alltid bemötas med respekt och det som publiceras från forskningen bör alltid skrivas så att hänsyn tas till dem. Forskningsmaterial är inte tillgängligt för alla vilket forskningspublikationer är. Publikationer bedöms från fall till fall om det behövs integritetsskydd i eller inte. (Forskningsetiska delegationen, 2009, s. 5–12.)

I vår undersökning hade sjukskötarna redan gjort en del av den andra delen i vår tankemodell. Men den behövde enligt oss, kompletteras för att få en förståelse för deras syn på begreppet fullvärdig kompetens. Detta kunde vara etiskt krävande för dem, när resultatet från arbetsvärderingen ännu inte är klart. Men eftersom vår studie gjordes på ett liknande sätt var vår förhoppning att den skulle bli något som gav ytterligare en mening åt processen med arbetsvärderingen. Sjukskötarna fick på detta sätt vara med och ytterligare utforma sin befattningsbeskrivning genom att de nu fick en möjlighet att ytterligare komplettera den med sin specifika kunskap om enheten, eftersom resultatet av vår studie kommer att presenteras för vårdchefen. Avsikten med uppgiften presenterades tydligt både muntligt och skriftligt. Sjukskötarna fick också information om att materialet inte kommer att redovisas så att det kan kopplas till någon person och att alla personliga åsikter inte redovisas enskilt utan den informationen stannar inom gruppen. Eftersom studien inte behandlade patienter, behövdes det enligt ordförande i etiska kommittén inte något forskningslov. Sjukskötarnas medgivande till att delta motsvarar därför det etiska lovet i vår studie.

## **10 Diskussion och kritisk granskning**

Initialt var vår tanke att göra en studie där vi skulle jämföra sjukskötare med en annan yrkesgrupp inom organisationen, eftersom arbetsvärderingen är gjord på samma sätt för alla yrkesgrupper. Efter litteraturgenomgång och en tids funderande beslöt vi dock att begränsa vårt arbete till sjukskötare på en medicinsk bäddavdelning. Vår förhoppning är dock att vår tankemodell och struktur för fullvärdig kompetens även ska kunna användas för andra yrkesgrupper än sjukskötare.

Vi nådde vårt syfte med vår studie som var att utreda vad fullvärdig kompetens betyder för sjukskötare på en medicinsk bäddavdelning. Till det bidrog våra workshoppar där åtta sjukskötare aktivt diskuterade skillnader mellan formell- och fullvärdig kompetens, och fokusgruppintervjun med där tre ledare diskuterade begreppets innehåll.

Målet var att utveckla en struktur som visar hur man kan se på skillnaderna mellan formell- och fullvärdig kompetens. När vi operationaliserade begreppet fullvärdig kompetens valde vi att bryta ner begreppet i substans-, personlighets-, kulturell- och framtids kompetens. Som stöd i operationaliseringen av begreppet har vi använt oss av litteraturens beskrivningar av begreppet kompetens, Aristoteles tre nivåer, engelskans skillnad på competence och competency samt några kompetensmodeller.

Inledningsvis trodde vi att vi skulle kunna skapa en modell som skulle kunna användas som en handbok för att klargöra fullvärdig kompetens för olika yrkesgrupper. Detta lyckades vi inte åstadkomma. Däremot har vi skapat en struktur för hur man kan klargöra vad fullvärdig kompetens innebär för sjukskötare. Vi tror också att denna struktur kan fungera som ett stöd även för sjukskötare på andra avdelningar.

Enligt litteraturen beror tolkningen och analysen på förförståelsen hos forskarna. Den ena av oss har varit med i hela processen med att ta fram arbetsvärderingens första del och har därför en viss förförståelse och en praktisk koppling till den, vilket den andra av oss inte har. Detta har till viss del påverkat vårt arbete genom att det hos den ena av oss har funnits ett visst inslag av subjektivitet vad gäller just arbetsvärderingen. Eftersom arbetsvärderingen enligt oss bara är en del av vår beskrivning av den formella kompetensen och arbetet innehåller många fler delar som vi analyserat, anser vi att vår analys ändå är objektivt gjord. Processen i vårt arbete är dokumenterad och redovisas både i text- och tabellform. Resultatet skulle sannolikt bli det samma om vi gjorde undersökningen igen. Tolkning av arbetsvärderingen och NCS har vi korsredovisat, vad som ingår och inte ingår, jämfört med arbetsvärderingen. Detta för att göra resultatet så transparent som möjligt.

Eftersom det finns så lite material i arbetsvärderingen kan vi ha övertolkat de meningsbärande strukturerna jämfört med NCS, alternativt under tolkat dem. Det fanns så lite utrymme att skriva i arbetsvärderingen på grund av att beskrivningen ska rymmas på en sida, så bara stommen av materialet finns kvar.

NCS är en kompetensskala som är internationellt vedertagen. Skalan i sig kunde ha använts för att göra en kompetensutredning men vi ville få en djupare förståelse för begreppet fullvärdig kompetens specifikt på en medicinsk bäddavdelning och valde därför workshops och fokusgruppintervju som metod. När studien gjordes på en medicinsk bäddavdelning, blev deltagarna medvetna om vad kompetens kan betyda på sin enhet. Detta är en metod som enligt litteraturen hjälper till så att alla kan förstå kompetens kopplat till sin enhet. Ledarna som deltog i studien, fick också en möjlighet till eftertanke och diskussion varmt enheten ska ledas. Vår metod jämfört med att bara använda NCS för att utreda begreppet fullvärdig kompetens, gav att deltagarna fick vara delaktiga och processa begreppet fullvärdig kompetens tillsammans. Arbetsvärderingen är laddad med mycket känslor, eftersom den startades efter en strejk och det innebär mycket jobb för alla inblandade att genomföra den. Genom att använda arbetsvärderingen i en studie har den använts praktiskt och på så sätt skapas också ett mervärde för den.

Arbetsvärderingens ursprungliga syfte är att få tillstånd rättvisare löner. Att kunna påvisa hur krävande ett jobb är, vilket ansvar det innebär och vilken grad av utbildning som krävs. Vi har valt att inte lyfta med lönefrågan kopplat till kompetenser i studien, trots att vi använt arbetsvärderingen som en källa. Det är dock en diskussion som pågår i Finland. Paula Koskinen Sandberg doktorerade om inkomstklyftor hösten 2016. En av hennes konklusioner är att löner inte styrs av kompetenser, utan är kopplat till kollektivavtalen. Kollektivavtalen skrevs när kvinnorna hade tagit sig in på arbetsmarknaden, men inte uppnått en jämställd nivå. (Andersson, 2016 s. 12–13.)

I kvalitativa studier är en av de största utmaningarna att kunna påvisa trovärdigheten i arbetet. Vi har dokumenterat och redovisat vår arbetsprocess, allt vårt material och vårt resultat på ett tydligt och strukturerat sätt. Vår studie är en liten praktikforskning och trovärdigheten skulle ha ökat om vi hade jämfört flera avdelningar med varandra. Trovärdigheten kan påverkas om någon av forskarna arbetar på samma arbetsplats, vilket den ena av oss gör. Avdelningen är dock vald så att det inte finns någon direkt koppling till deltagarna i vår studie. För att göra studien mer trovärdig kan man enligt Henricson (2012, s. 487–488) låta personer som deltagit i studien få ta del av materialet. De sakkunniga får uttala sig om de tycker att forskarna har uppfattat de insamlade materialet riktigt. Detta gjordes i denna studie när deltagare i workshop 1 fick sammanställa det insamlade materialet i sin grupp slutet av workshoppen. Sedan fick de före workshop 2, ta del av det materialet som sammanställdes från de båda grupperna i workshop 1. Deltagarna fick under workshop 2 komplettera och ändra sitt material. De valde att endast göra kompletteringar,

men inte några ändringar. Däremot har deltagarna i workshopparna inte fått ta del av det slutliga resultatet, som en trovärdighetstest för studien.

Före fokusgruppsintervjun gjordes en testintervju med en person i ledande ställning för att undersöka vad som kom fram angående kompetens. En fråga ställdes om vad som den viktigaste delen i kompetens. En fråga handlade om kompetensstegar och möjlighet att mäta kompetens. Syftet var att undersöka om personlighetskompetens hade så stor betydelse som litteraturen beskrev. I testintervjun kom det fram att det viktigaste för kompetensen var ”trovärdighet till sitt uppdrag”. Detta stödde litteraturen och processen att använda sig av frågor om personlighetskompetens.

Studien har också lästs igenom av en speciallärare som nyligen avslutat sina studier på magisternivå. Detta för att få konstruktiv kritik om arbetet hade skrivits med en röd tråd som gick att följa för en person utan insikt i sjukvården. Hon tyckte att den första delen av arbetet var förståelig och hon uppgav att hon kunde följa processen. Däremot hade hon flera åsikter om metoden och otydligheten i hur den var beskriven. Detta är nu tydliggjort i slutversionen. Att använda en utomstående läsare är en teknik som kan användas enligt Henricson (2012, s. 487) för att förstärka trovärdigheten.

Som alternativ metod i studien hade vi kunnat använda oss av en enkät för att undersöka begreppet fullvärdig kompetens. Det hade kanske givit oss andra svar. Enkät används främst som en kvantitativ metod, men kan också vara kvalitativ om öppna svarsalternativ används. En enkät kan dock inte följas upp med följdfrågor som en intervju kan göra, vilket kan ge ett bredare och djupare perspektiv på svaren. I både workshops och fokusgruppsintervju har diskussionerna varit givande och deltagarna har lyft fram olika alternativ, vilket troligen har lett till ett bredare resultat. Begreppet fullvärdig kan dock inte någon definiera exakt, men det känns igen av alla och diskuteras villigt utan någon vidare förklaring.

Fullvärdig kompetens är ett intressant begrepp. ”Alla” vet vad man menar, men ingen kan exakt beskriva vad det innebär. Studien kom fram till att det är för att fullvärdig kompetens är en helhetsbedömning av olika kompetenser, personligheter och omständigheter.

Studien har varit givande och gav oss insikter i praktikforskningen som metod, ett sätt att utreda och utveckla arbetsverkligheten. Begreppet kompetens har fått en djupare innebörd och en förståelse för hur mångfacetterat begreppet är. Studien har varit ett samarbete, vilket har gett forskarna insikt i hur mycket längre det går att komma genom att göra saker

tillsammans och processa saker gemensamt. Vi har också sett att arbetsvärderingen skulle kunna användas vid nyrekryteringar, detta för att den innehåller konkreta befattningsbeskrivningar. Det går att utgående från arbetsvärderingen bygga upp frågor till anställningsintervjun och detta har också gjorts under processens gång. Strukturen som skapats skulle med fördel kunna användas i vidare arbete med kompetensutredning. Fullvärdig kompetens är med stor sannolikhet beskrivet på olika sätt utgående från vilken substans som behövs, vilka patientgrupper som vårdas, vilken kultur och hierarki som råder samt vilka utsikter det finns för framtiden.

## Källor

Abrahamsson, K., Abrahamsson, L., Björkman, T., Ellström, P-E. & Johansson, J. 2008. *Utbildning, kompetens och arbete*. Malmö: Studentlitteratur.

Ahrne, G. & Svensson, P. 2015. *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.

Akademiska sjukhuset, 2014. *Kompetensmodell*. [www.akademiska.se](http://www.akademiska.se) [hämtad 14.08.2016].

Alvesson, M. 2015. *Organisationskultur och ledning*. Malmö: Liber.

Andersson, M-S. 2016. Kvinnors arbete värderas lägre än i dag. Hufvudstasbladet. 15.10.2016. s. 12-13.

Arbets- och näringsministeriet, 2017. Projektet arbetsliv 2020. [www.tyoelama2020.fi/sv/projektet\\_arbetsliv/varderingar\\_i\\_arbetslivet](http://www.tyoelama2020.fi/sv/projektet_arbetsliv/varderingar_i_arbetslivet) [hämtat 21.3.2017]

Austin, M., Fisher, M. & Uggerhøj, L. 2013. Helsinki Statement. *Helsinki Statement on Social Work Practice Research*. <http://www.socisoton.ac.uk/spring/salisbury> [hämtat 11.11.2016]

Badaway, T, Bassiouny, M, 2014. Employee engagement as a mediator between transformational leadership & intention to quit. *International Journal of Contemporary Management*, 13(2), s.37–50.

Benner, P. 1993. *Från novis till expert. Mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet. Sakgranskning och svensk bearbetning* Rooke, L. red. Lund: Studentlitteratur.

Benner, P. 2001. *Från novis till expert - mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur

Bigbee, J.L., Otterness, N. & Gehrke, P. 2011. Public Health Nursing Competency in a Rural/Frontier State. *Public Health Nursing*, 27, s. 270–276.

Bing-Jonsson, P.C., Foss, C. & Bjork, T. 2016. The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36, s. 27–37.

- Bolman, L.G. & Deal, T.E. 2012. *Nya perspektiv på organisationer och ledarskap*. Studentlitteratur. Lund.
- Brown, C.E., Wickline, M.A., Ecoff, L. & Glaser, D. 2008. Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *Journal of Advanced Nursing*, 25, s. 371–381.
- Bryman, A. 2012. *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber förlag.
- Börjeson, L. (2008). *Utveckla mål, roll och kompetens*. Huddinge: Metoda förlag.
- Caldwell, S.D., Roby-Williams, C. Rush, K. & Rick-Kiely, T. 2009. Influences of context, process and individual differences on nurses' readiness for change to Magnet status. *Journal of Advanced Nursing*, 19, s. 1412–1422.
- Chard, R. 2013. The Personal and Professional Impact of the Future of Nursing Report. *AORN Journal*, 98, s.273-280.
- Christiansen, B. & Dr Polit. 2010. Why do nurses utilize textual knowledge sources at work?. *Vård i Norden*, 4, s. 4–8.
- Consultatum AB, 2016. *Effektivisera HR-processer*. Stockholm: utbildningsmaterial 11-12.5.2016.
- Cronin, P., Ryan, F. & Coughlan, M. 2008. Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17, s.38-43.
- Csikszentmihalyi, M. 2007. *Flow Den optimala upplevelsens psykologi*. Stockholm:Bokförlaget Natur och Kultur.
- Csikszentmihalyi, M. 2003. *Flow, ledarskap och glädje*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Denscombe, M. 2014. *Forskningshandboken- för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Diskrimineringsombudsmannen. 2009. *Analys lönelots*. Danagårds grafiska, Ödeshög.
- Ejd, M. 2014. Karolinska universitetssjukhuset inför karriärväg för sjuksköterskor. *Värdfokus, Karolinska universitetssjukhuset inför karriärvägar för sjuksköterskor* [www.vardfokus.se](http://www.vardfokus.se) [hämtat 14.08.2016].

Eliasson, G. & Targama, A. 2005. Kompetensutveckling- mer än att åka på kurs. *Läkartidningen*, 16, s. 1258–1263.

Fjaestad, B. & Wolvén, L-E. 2005. Arbetsliv och samhällsförändringar. Lund: Studentlitteratur.

Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Jeon, Y., Kuokkanen, L. & Meretoja, R. 2016. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*, s.1-16.

Forsberg, K., 2009. *Workshops och arbetsmöten*. Verktygslåda för meningsfulla möten. Stockholm: Liber.

Forskningsetiska delegationen. 2009. *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. Helsingfors.

Franks, H., 2014. The contribution of nurse consultants in England to the public health leadership agenda. *Journal of Clinical Nursing*, 23, s. 3434–3448.

God vetenskaplig praxis anvisningar 2012. Etikprövning inom humanvetenskapen. Anvisningar och publikationer. [www.tenk.fi](http://www.tenk.fi) [hämtat 3.10.2016]

Goldkuhl, G. 2008. *Practical inquiry as action research and beyond*. Paper presented at European Conference on Information Systems.

Groscurth, C. Businessjournal.

[http://www.gallup.com/businessjournal/181700/strengthening-meet-global-business-demands.aspx?g\\_source=competence&g\\_medium=search&g\\_campaign=tiles](http://www.gallup.com/businessjournal/181700/strengthening-meet-global-business-demands.aspx?g_source=competence&g_medium=search&g_campaign=tiles)[hämtat 01.05.2016].

Henricson, M. 2012, *Vetenskapliga teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Polen: Studentlitteratur.

Illeris, K. 2010. *Lärande*. Lund: Studentlitteratur.

Ioana, A., Semenescu, A., Costoiu, M., Marcu, D. & Pollifroni, M. 2015. *Change management in the context of globalization*. International Conference on Management and Industrial Engineering, 7, s. 502–507. Bucharest: Niculescu Publishing House.



<http://ezproxy.novia.fi:2253/docview/1761613147/fulltextPDF/3DE2987CA7424EDDPQ/1?accountid=28773> [Hämtat 3.4.2016].

Ireland, J., Bryers, H., van Teijlingen, E., Hundley, V., Farmer, J., Harris, F., Tucker, J., Kiger, A. & Caldwell, J. 2007. Competencies and skills for remote and rural maternity care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 58, s. 105–115.

Islamoska, J., Nilsson, R., Sjöström, K. & Willman, A. 2009. Arbetsmodeller som säkrar sjuksköterskekompetensen-en systematisk litteratursammanställning. *Vård i Norden*, 2, s. 44–47.

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. 2015. Hur moderna organisationer fungerar. Polen: Dimograf.

Julkunen, I. 2011. Knowledge-Production Process in Practice Research- Outcomes and Critical Elements. *Social Work & Society* [hämtat 22.11.2016].

Kirkhaug, R. 2015. *Värdebaserat ledarskap Förutsättningar för ett modernt ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.

KT Kommunarbetsgivarna. 2013. *Ett bra lönesystem är i allas intresse* Handbok om AKTA:s lönesystem. Helsingfors.

Lakanmaa, R-L., Suominen, T., Perttilä, J., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. 2013. Basic competence in intensive and critical care nursing: development and psychometric testing of a competence scale. *Journal of Clinical Nursing*. 23, s. 799–810.

Lowrey, S, 2014. *A Mixed-Methods Study of Principal Efficacy and Transformational Leadership in Canada*. ISEA, 42(3), s.35.54.

Lundberg, T, 2016. *Motivationskoden*. Roos & Tegner.

Lundin, J. 2012. *Det moderna ledar- och medarbetarskapet*. [www.utvecklingsradet.se/3975](http://www.utvecklingsradet.se/3975) [hämtat 02.12.2015].

Maynard, D.C. & Parfynova, N.M. 2013. Perceived overqualification and withdrawal behaviours: Examining the roles of job attitudes and work values. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 42, s. 435–455.

- Meretoja, R., Isoaho, H. & Leino-Kilpi, H. 2004. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47, s. 124-133.
- Meretoja, R. & Koponen, L. 2011. A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *Journal of advanced Nursing*, s. 414-422.
- Meretoja, R., Numminen, O., Isoaho, H. & Leino-Kilpi, H. 2014. Nurse competence between three generational nurse cohorts: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice*, 21, s. 350-358.
- Meretoja, R. 2015. Föreläsningmaterial om kompetensstegar på HUS neurologiska klinik.
- Meretoja, R. 2012. Skills for the future. *Nursing standard*, 27, s. 69.
- Merrick, E., Duffield, C., Baldwin, R., Fry, M. & Stasa, H. 2012. Expanding the role of practice nurses in Australia, 41, s. 133-140.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B. & Lampel, J. 2005. *Strategy safari a guided tour through the wilds of strategic management*. Free press: USA.
- Nelson, R.M. 2013. The Next Evolution. *American Physical Therapy Association*, 93; s 1415–1425.
- Nieminen, A-L., Mannevaara, B. & Fagerström, L. 2011. Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competence. *Sacndinavian Journal of Caring Science*, 25,661–670.
- Nordstedts ordbok, 2001. Prisma's engelska ordbok, Norge: Nordstedts Ordbok.
- Norlyk, A-L., Ørneborg Rodkjær, L. & Haahr, A. 2013. *Sygeplejefaglig refleksion er både fortid og fremtid*. *Sygeplejerskan*, 113, s. 58-62.
- Northouse, P. 2007. *Leadership, theory and practice*. USA: Sage Publications.
- Numminen, O., Meretoja, R., Isoaho, H., Leino-Kilpi, H. 2013. Professional competence of practising nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 22; s. 1411–1423.
- Nyberg, R, 2002. *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H, Sörensen, S, 2004. *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

O'Sullivan, H., van Mook, W., Fewtrell, R. & Wass, V. 2012. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide 61. *Medical Teacher*, 34, s.64–77.

Ramachandran, S & Krishnan, V. 2009. *Effect of Transformational Leadership on Followers' Affective and Normative Commitment: Culture as Moderator*. Great Lakes Herald, 3(1), s.23–37.

Robert, G., Morrow, E., Maben, J., Griffiths, P. & Callard, L. 2010. The adoption, local implementation and assimilation into routine nursing practice of a national quality improvement programme: the Productive Ward in England. *Journal of Clinical Nursing*, 20, s. 1196–1207.

Salmela, S., Eriksson, K. & Fagerström, L. 2011. Leading change: a three-dimensional model of nurse leaders' main tasks and roles during a change process. *Journal of Advanced Nursing*, 68, s. 423–433.

Sittner, B.J., Aebersold, M.L., Paige, J.B., Graham, L.M., Schram, A.P., Decker, S.I. & Lioce, L. 2015. INACSL Standards of Best Practice for Simulation: Past, Present, and Future. *Nursing Education Perspectives*, sept/okt, s. 294–298.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2017 <http://www.sbu.se/sv/var-metod/sbu-ordlista/> [hämtat 8.5.2017].

Suominen, T., Härkönen, E., Rankinen, S., Kuokkanen, L., Kukkarainen, M-L. & Doran, D. 2011. Perceived organizational change and its connection to the work-related empowerment. *Vård i Norden*, 99, s. 4–9.

Svenska Akademiens ordbok, 2017 [http://www.saob.se/artikel/?seek=fullv%C3%A4rdig&pz=2#U\\_F1761\\_42197](http://www.saob.se/artikel/?seek=fullv%C3%A4rdig&pz=2#U_F1761_42197) [hämtat 8.5.2017].

Thiel, L. & Ghosh, Y. 2008. Determining Registered Nurses' Readiness for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5, s. 182–192.

Torpenberg, I., 2010. *Värdegrund för omvårdnad*. Svensk sjuksköterskeförening. Bromma tryck & Brolins.

Tveiten, S. 2014. *Yrkesmässig handledning-mer än ord*. Lund: Studentlitteratur.

Uggerhoj, L., 2011. What is Practice Research in Social Work-Definitions, Barriers and Possibilities. *Social Work & Society*, 9, s. 45–49.

Westley-Foster,C.2012. Institute of Medicine The Future of Nursing Report, Lifelong Learning, and Certification. *MedSurg Nursing*. 21, s. 115–116.

Zeitz, K., Kitson, A., Gibb, H., Bagley, E., Chester, M., Davy, C. & Shanks, A. 2010. Working together to improve the care of older people: a new framework for collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 67, s.43–55.

Åhlfeldt, R-M, Andersén, A., Eriksson, N., Nohlberg, M., Bergström, E. & Fischer Hübner, S. 2015. *Kompetensbehov och kompetensförsörjning inom informationssäkerhet från ett samhällsperspektiv. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap*. Högskolan i Skövde.

## Benner's kompetensmodell

<b>Kompetensnivå</b>	<b>Kompetensbeskrivning</b>
<b>1= Nybörjare</b>	Jag har inte erfarenhetskunskap. Mitt sätt att arbeta och uppfatta arbetet är ännu begränsat. Jag behöver mycket stöd och handledning för att klara av mina arbetsuppgifter.
<b>2= Avancerad nybörjare</b>	Jag har grundläggande yrkeskompetens och jag kan utföra enskilda arbetsuppgifter med hjälp av den. Jag behöver fortfarande mycket stöd och handledning av andra.
<b>3= Kompetent</b>	Jag klarar av oförutsedda händelser och kan hantera mer omfattande arbetsuppgifter som en större helhet. Jag planerar och organiserar medvetet mitt arbete.
<b>4= Skicklig</b>	Jag uppfattar olika situationer som en del av en större helhet och arbetar enligt långsiktiga mål. Jag kan arbeta självständigt och handleda andra. Hantering av yrkesbegrepp och förståelse av arbetets syfte är på en hög nivå.
<b>5= Expert</b>	Jag uppfattar arbetet som en helhet och kan koppla organisationens vision och strategi i det. Hantering av yrkesbegrepp och förståelse av arbetets omfattande betydelse är på en hög nivå. Jag kan reflektera mellan teoretiska betänkande och praktik på hög nivå. Jag kan kommunicera med andra experter på ett intensivt sätt. Jag använder erfarenhet i arbetet och jag är fast besluten att nå mål och önskade resultat. Jag kan utveckla verksamheten.

**Arbetsvärdering, Ålands landskapsregering**

Ålands landskapsregering/Arbetsbeskrivning och arbetsvärdering 1/10

**ARBETSBESKRIVNING OCH ARBETSVÄRDERING****BAKGRUNDSUPPGIFTER**

Tjänstebenämning/befattning

Behörighetskrav (formella krav i tjänsten)

Arbetstidsform (t.ex. kansli-, vecko- eller periodarbetstid)

Arbetsställe (ange myndighet och sedan placering inom myndigheten).

**ALLMÄN BESKRIVNING AV UPPGIFTEN**

Centrala uppgifter (helhetsbeskrivning) De 5–7 viktigaste uppgiftshelheterna i punktform.

Beskriv fakta och konkreta arbetsuppgifter och tänk på att beskrivningen inte ska innehålla värderingar.

**Arbetsvärdering, sjukskötare avdelning.**

Centrala uppgifter (helhetsbeskrivning)

De 5–7 viktigaste uppgiftshelheterna i punktform. Beskriv fakta och konkreta arbetsuppgifter och tänk på att beskrivningen inte ska innehålla värderingar.

- Självständigt bedöma omvårdnad och prioriteringsgrad, vilket betonas under jourtid. Göra omvårdnadsbedömning, vårdplanering och dokumentering.
- Utföra patientcentrerad vård, läkemedelshantering och -administration samt bedömer akuta vårdbehov
- Samarbeta i multiprofessionella team och med enheter inom och utom ÅHS som är involverade i patientens vård
- Utövar patientsäker och högkvalitativ omvårdnad utgående från evidensbaserad forskning och gällande lagstiftning i en trygg vårdmiljö
- Undervisning och handledning i hälsofrämjande, sjukdom och vårdmetoder för patient, familj och närstående (kräver bred kunskap pga brett patientklientel)
- Undervisa, handleda och bedöma vårdstuderande och introducera personal
- Behärska verktyg i vårdarbetet (t.ex medicinteknik, bedömningsinstrument)

## **Nursing Competence Scale**

### Items of the Nurse Competence Scale

**Helping role** 1 Planning patient care according to individual needs 2 Supporting patients' coping strategies 3 Evaluating critically own philosophy in nursing 4 Modifying the care plan according to individual needs 5 Utilizing nursing research findings in relationships with patients 6 Developing the treatment culture of my unit 7 Decision-making guided by ethical values

**Teaching-coaching** 8 Mapping out patient education needs carefully 9 Finding optimal timing for patient education 10 Mastering the content of patient education 11 Providing individualized patient education 12 Co-ordinating patient education 13 Able to recognize family members' needs for guidance 14 Acting autonomously in guiding family members 15 Taking student nurse's level of skill acquisition into account in mentoring 16 Supporting student nurses in attaining goals 17 Evaluating patient education outcome together with patient 18 Evaluating patient education outcomes with family 19 Evaluating patient education outcome with care team 20 Taking active steps to maintain and improve my professional skills 21 Developing patient education in my unit 22 Developing orientation programmes for new nurses in my unit 23 Coaching others in duties within my responsibility area

**Diagnostic functions** 24 Analysing patient's well-being from many perspectives 25 Able to identify patient's need for emotional support 26 Able to identify family members' need for emotional support 27 Arranging expert help for patient when needed 28 Coaching other staff members in patient observation skills 29 Coaching other staff members in use of diagnostic equipment 30 Developing documentation of patient care

**Managing situations** 31 Able to recognize situations posing a threat to life early 32 Prioritizing my activities flexibly according to changing situations 33 Acting appropriately in life-threatening situations 34 Arranging debriefing sessions for the care team when needed 35 Coaching other team members in mastering rapidly changing situations 36 Planning care consistently with resources available 37 Keeping nursing care equipment in good condition 38 Promoting flexible team co-operation in rapidly changing situations

**Therapeutic interventions** 39 Planning own activities flexibly according to clinical situation 40 Making decisions concerning patient care taking the particular situation into account 41 Co-ordinating multidisciplinary team's nursing activities 42 Coaching the care team in performance of nursing interventions 43 Updating written guidelines for care 44 Providing consultation for the care team 45 Utilizing research findings in nursing interventions 46 Evaluating systematically patient care outcomes 47 Incorporating relevant knowledge to provide optimal care 48 Contributing to further development of multidisciplinary clinical paths

**Ensuring quality** 49 Committed to my organization's care philosophy 50 Able to identify areas in patient care needing further development and research 51 Evaluating critically my unit's care philosophy 52 Evaluating systematically patients' satisfaction with care 53 Utilizing research findings in further development of patient care 54 Making proposals concerning further development and research

**Work role** 55 Able to recognize colleagues' need for support and help 56 Aware of the limits of my own resources 57 Professional identity serves as resource in nursing 58 Acting responsibly in terms of limited financial resources 59 Familiar with my organization's policy concerning division of labour and co-ordination of duties 60 Co-ordinating student nurse mentoring in the unit 61 Mentoring novices and advanced beginners 62 Providing expertise for the care team 63 Acting autonomously 64 Guiding staff members to duties corresponding to their skill levels 65 Incorporating new knowledge to optimize patient care 66 Ensuring smooth flow of care in the unit by delegating tasks 67 Taking care of myself in terms of not depleting my mental and physical resources 68 Utilizing information technology in my work 69 Co-ordinating patient's overall care 70 Orchestrating the whole situation when needed 71 Giving feedback to colleagues in a constructive way 72 Developing patient care in multidisciplinary teams 73 Developing work environment



## NCS, Jämförd med arbetsvärdering- saknas arbetsvärdering kursiverat och fetstil

Items of the Nurse Competence Scale

**Helping role** 1 Planning patient care according to individual needs 2 Supporting patients' coping strategies 3 **Evaluating critically own philosophy in nursing** 4 Modifying the care plan according to individual needs 5 Utilizing nursing research findings in relationships with patients 6 **Developing the treatment culture of my unit** 7 **Decision-making guided by ethical values**

**Teaching-coaching** 8 Mapping out patient education needs carefully 9 Finding optimal timing for patient education 10 Mastering the content of patient education 11 Providing individualized patient education 12 Co-ordinating patient education 13 Able to recognize family members' needs for guidance 14 Acting autonomously in guiding family members 15 Taking student nurse's level of skill acquisition into account in mentoring 16 Supporting student nurses in attaining goals 17 **Evaluating patient education outcome together with patient** 18 **Evaluating patient education outcomes with family** 19 **Evaluating patient education outcome with care team** 20 **Taking active steps to maintain and improve my professional skills** 21 Developing patient education in my unit 22 **Developing orientation programmes for new nurses in my unit** 23 **Coaching others in duties within my responsibility area**

**Diagnostic functions** 24 Analysing patient's well-being from many perspectives 25 Able to identify patient's need for emotional support 26 Able to identify family members' need for emotional support 27 Arranging expert help for patient when needed 28 **Coaching other staff members in patient observation skills** 29 **Coaching other staff members in use of diagnostic equipment** 30 Developing documentation of patient care

**Managing situations** 31 Able to recognize situations posing a threat to life early 32 Prioritizing my activities flexibly according to changing situations 33 Acting appropriately in life-threatening situations 34 **Arranging debriefing sessions for the care team when needed** 35 **Coaching other team members in mastering rapidly changing situations** 36 Planning care consistently with resources available 37 **Keeping nursing care equipment in good condition** 38 **Promoting flexible team co-operation in rapidly changing situations**

**Therapeutic interventions** 39 Planning own activities flexibly according to clinical situation 40 Making decisions concerning patient care taking the particular situation into account 41 **Co-ordinating multidisciplinary team's nursing activities** 42 Coaching the care team in performance of nursing interventions 43 **Updating written guidelines for care** 44 **Providing consultation for the care team** 45 Utilizing research findings in nursing interventions 46 **Evaluating systematically patient care outcomes** 47 Incorporating relevant knowledge to provide optimal care 48 **Contributing to further development of multidisciplinary clinical paths**

**Ensuring quality** 49 **Committed to my organization's care philosophy** 50 **Able to identify areas in patient care needing further development and research** 51 **Evaluating critically my unit's care philosophy** 52 **Evaluating systematically patients' satisfaction with care** 53 **Utilizing research findings in further development of patient care** 54 **Making proposals concerning further development and research**

**Work role** 55 **Able to recognize colleagues' need for support and help** 56 **Aware of the limits of my own resources** 57 **Professional identity serves as resource in nursing** 58 **Acting responsibly in terms of limited financial resources** 59 **Familiar with my organization's policy concerning division of labour and co-ordination of duties** 60 **Co-**

*ordinating student nurse mentoring in the unit* 61 Mentoring novices and advanced beginners **62 Providing expertise for the care team** 63 Acting autonomously **64 Guiding staff members to duties corresponding to their skill levels** **65 Incorporating new knowledge to optimize patient care** **66 Ensuring smooth flow of care in the unit by delegating tasks** **67 Taking care of myself in terms of not depleting my mental and physical resources** 68 Utilizing information technology in my work 69 Co-ordinating patient's overall care 70 **Orchestrating the whole situation when needed** **71 Giving feedback to colleagues in a constructive way** **72 Developing patient care in multidisciplinary teams** **73 Developing work environment**

### Frågor, fokusgruppsintervju

- Vilken kompetens ser ni som arbetsgivare att arbetstagare kommer att behöva i framtiden? Enligt Merrick et al (2012 s. 133), Nelson (2013 s. 1416), Foster (2012 s. 115) och Sittner et al (2015 s. 294) kommer sjukvården att förändras, vilket kräver att ledare behöver veta vilka kompetenser som behövs i framtiden för att kunna bemästra att sköta sitt uppdrag. Denna ändring beror på att samhället förändras och att sjukvården måste utvecklas i takt med samhället, det behövs en kontinuerlig adaptering.
- Vad är viktigt att beakta vid rekrytering? Vilka personliga egenskaper är önskvärda? Enligt Nelson (2013 s. 1421–1424) och Sittner et al (2015 s. 295) behövs det personal med utvecklad kompetens inom kommunikation, forskning och att använda nya innovationer i vården. Foster (2012 s. 115) och O'Sullivan et al (2012 s. 65) anser också att det behövs personal som vill vara i ett livslångt lärande och att det är en förutsättning för att kunna sköta sitt jobb.
- Vilka värderingar och värdegrund har arbetstagaren? Enligt O'Sullivan et al (2012 s. 64) behöver värderingar och organisationskultur vara klarlagd i förhållande till kompetenser. Organisationskulturen beskriver kärnan i arbetet och vilka kompetenser som är viktiga. Värdegrunden på jobbet kan se ut på ett sätt vara annorlunda privat. Dessa två behöver vara förenade.
- Vad kan göras för att inte personal med hög kompetens, ska söka sig vidare till andra jobb? Enligt Maynard och Parfyonova (2006 s. 435) söker sig överkvalificerade personal bort från jobbet. Det är personer med hög utbildning, lång erfarenhet och som har ett kontinuerligt lärande. Personal vill känna att de får använda sin fulla potential och blir utmanade på jobb.

## Workshop processen

### Workshop 17.02.2017

TID	VAD	BESKRIVNING	NOTERINGAR
Kl: 13.00          <b>(15 min)</b>	Välkomna / Syfte med dagen: Så många perspektiv som möjligt kring frågeställningarna i studien: 1. 2. 3. 4. En gruppledare utses	Bakgrund, nuläge och studiens syfte          Gruppledarens roll klargörs så den är tydlig för alla	<i>Vad ingår i den kompetens som en ssk har på medicinska avdelningen?</i>  <i>Just du kan hjälpa oss att svara på det.</i>  <i>Gruppledaren ser till att deltagarna håller fokus på frågorna och leder diskussionen i slutet av workshopen samt berättar vad gruppen pratat om.</i>
Kl: 13.15          <b>(30 min)</b>	Workshop startar – övning "Roterande idégenerering" Frågorna presenteras en och en på en PowerPoint. Varje fråga behandlas skilt.	Börja med genomläsning av fråga 1. (2 + 2 + 1 min) Fortsätt med fråga 2. (2 + 2 + 1 min) Därefter fråga 3. (2 + 2 + 1 min) Slutligen fråga 4. (2 + 2 + 1 min) + 10 min mellanspel = <b>totalt 30 min</b>	<i>Tanken med "Roterande idégenerering" är att var och en har 4 lappar framför sig, en för varje fråga. Varje lapp är markerad med fråga 1, fråga 2 osv. Frågorna besvaras en och en.</i>  <i>Ex. första frågan: Vad är det som skiljer yrkesidentiteten hos en nyutexaminerad sjukskötare och hos en med längre erfarenhet?</i>  <i>- Var och en funderar och skriver ner i punktform under 2 minuter</i> <i>- Lappen skickas vidare till grannen som läser punkterna + lägger till punkter under 2 minuter.</i> <i>- Upprepas en tredje gång men då bara 1 minut.</i>

TID	VAD	BESKRIVNING	NOTERINGAR
Kl: 13.45  <b>(15 min)</b>	<i>Samtal i grupperna kring frågeställningarna.</i>	Grupperna sammanfattar sina tankar och åsikter i kortfattad telegramform på post-it/skriver på blädderblocksblad?	<i>Allt nödvändigt material finns utlagt färdigt på borden; några post it/ blädderblocksblad och pennor (gärna olika färger + vanlig bläckpenna)</i>
Kl: 14.00  <b>(30 min)</b>	Diskussion i helgrupp Post-it lapparna samlas på bädderblock, (en sida per fråga) Varje sida/papper markeras med fråga 1, fråga 2 osv.	<i>Ingen formell "redovisning" utan deltagarna ombes att berätta vad de pratat om.            Förhoppningsvis leder det till än fler kreativa idéer.             Vi tar anteckningar under denna del också och samlar också såklart in allt som är skrivet i grupperna.</i>	<i>Både Marika och Pia antecknar under denna del och anteckningarna sammanställs och jämförs i samband med sammanställningen av allt material från workshoppen.</i>
Kl: 14.30 <b>(10 min)</b>  <b>Totalt:            1h 40min</b>	Avrundning/nästa steg med fokus på hur det gemensamma materialet nu tas tillvara i den kommande processen	<i>Datum för nästa workshop fastställs</i>	<i>Information till deltagarna om att det av oss, sammanställda materialet kommer att sändas till dem per e-post före nästa workshop.</i>  <hr/> <i>På nästa workshop kommer deltagarna åter att arbeta i två grupper (ej samma gruppansättning).            Det sammanställda materialet kommer då, för att kompletteras och fördjupas, att diskuteras i de två grupperna. Därefter redovisas gruppernas diskussioner gemensamt på samma sätt som i workshop ett.</i>

## Beskrivning av vårt fortsatta arbete med materialet i workshopen

WORKSHOP	VAD	BESKRIVNING	NOTERINGAR
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Blädderblockspappren med Post-it lapparna fotograferas</li>   <li>➤ Alla 4x2 lapparna från de båda grupperna samlas in.</li>   <li>➤ Våra anteckningar från gruppredovisningarna</li> </ul>	<p>för att säkerställa att allt material kommer med</p> <p>Allt insamlat material sammanställs och analyseras mot de sju nivåerna i ncs</p>	<p><i>Allt material samlas in</i></p> <p><i>Det sammanställda materialet skickas till deltagarna per e-post.</i></p>
W-2	<p>Deltagarna delas in i två grupper.</p> <p>Gruppdiskussionerna redovisas gemensamt</p> <p>Deltagarna informeras om att de kommer att få ta del av det färdigställda materialet – vårt arbete?</p> <p>Allt insamlat material bearbetas och analyseras för att sedan sammanställas till ett resultat i vårt arbete</p>	<p>Det sammanställda materialet diskuteras i grupperna för att ev. kompletteras och fördjupas.</p> <p><i>På samma sätt som i workshop 1</i></p>	<p><i>Ej samma som i workshop 1</i></p> <p><i>Vi antecknar</i></p> <p><i>Efter workshop två planeras frågorna till fokusgruppintervjun</i></p>

**Informationsbrev.**

Bästa sjukskötare,

Du har blivit utvald att delta i en studie för att ytterligare utreda vad som ingår i den kompetens en sjukskötare på medicinska avdelningen har, förutom det som redan finns beskrivet i den arbetsvärdering som gjordes inom Ålands landskapsregering 2015.

Denna arbetsvärdering vill vi nu ytterligare komplettera med din hjälp. Det vill vi göra i form av två workshops Fredagen den 17.2 kl 13-14.30 och tisdagen den 21.2.2017 kl: 13-14.30 . Arbetsvärderingen för *sjukskötare avdelning och medicinavdelningens utkast till arbetsvärderingen* kan du läsa längst ner i brevet.

Vi som genomför denna studie heter Pia Hollstén-Friman och Marika Lindström. Denna studie är en del av examensarbetet inom Högre YH utbildningen inom social och hälsovård, med profilering utveckling och ledarskap, vid Yrkeshögskolan Novia i Åbo. Arbetet att utreda vad som ingår i begreppet kompetens för en sjukskötare på avdelningen som kan vara ansvarig på arbetsskiftet och handleda sina kollegor är också ett beställningsarbete från arbetsgivaren vid ÅHS.

För att få fram denna kompetens för sjukskötare vid medicinska avdelning, kommer du att delta i en workshop där sjukskötare från medicinavdelningen har delats upp i två grupper på fyra personer. I slutet av workshopen får alla ta del av varandras material. Workshopen beräknas ta ca en och en halv timme. Vi önskar att du tar del av materialet nedan före workshopen.

Följande frågor kommer att behandlas:

- Vad är det som skiljer yrkesidentiteten hos en nyutexaminerad sjukskötare och hos en med längre erfarenhet?
- Vilken professionsetik har du i ditt arbete, hur ser du på människans värde? Vilken kultur råder på avdelningen? Ge gärna konkreta exempel
- Hur kan en sjuksköterskas kompetens beskrivas, som är den som är ansvarig på arbetsskiftet och kan guida ny personal och studerande i en medicinsk kontext?

- På vilket sätt kan en kompetent sjukskötare på medicinska avdelningen utveckla vården på avdelningen och införa nya rutiner?

Tack för ditt deltagande!

Vid eventuella frågor kontakta Pia Hollsten-Friman eller Marika Lindström.

Pia tel: 040 071 4437, e-post: [pia.hollsten-friman@regeringen.ax](mailto:pia.hollsten-friman@regeringen.ax)

Marika tel 535146, e-post: marika.lindstrom@ahs.ax

*Arbetsvärdering sjukskötare avdelning periodarbetet / Centrala uppgifter  
(helhetsbeskrivning)*

*De 5–7 viktigaste uppgiftshelheterna i punktform. Beskriv fakta och konkreta arbetsuppgifter och tänk på att beskrivningen inte ska innehålla värderingar.*

- *Självständigt bedöma omvårdnad och prioriteringsgrad, vilket betonas under jourtid. Göra omvårdnadsbedömning, vårdplanering och dokumentering.*
- *Utföra patientcentrerad vård, läkemedelshantering och -administration samt bedömer akuta vårdbehov*
- *Samarbeta i multiprofessionella team och med enheter inom och utom ÅHS som är involverade i patientens vård*
- *Utövar patientsäker och högkvalitativ omvårdnad utgående från evidensbaserad forskning och gällande lagstiftning i en trygg vårdmiljö*
- *Undervisning och handledning i hälsofrämjande, sjukdom och vårdmetoder för patient, familj och närstående (kräver bred kunskap pga brett patientklientel)*
- *Undervisa, handleda och bedöma vårdstuderande och introducera personal*
- *Behärska verktyg i vårdarbetet (t.ex medicinteknik, bedömningsinstrument)*

*Arbetsvärdering sjukskötare medicinavdelningen*

- *Sköta om grundvården av patienter, ADL och nutrition*
- *Administrera läkemedel, inhalationer, subcutana injektioner*



- *Informera sjukskötare/läkare om patientens tillstånd*
- *Se till att patienten mår bra psykiskt och fysiskt*
- *Assistera vid undersökningar och ingrepp*
- *Brett kunskapskunnande*
- *Handleda och introducera studerande och ny personal*
- *Ansvara för material och kläder*
- *Ha ett ekonomiskt tänkande och tekniskt kunnande*
- *God fysik och stresstålig.*

**Material, Workshop 1.****SAMMANFATTNING FRÅGA 1.****Grupp 1 (3 personer):**

- Tryggare och säkrare i sig själva och i sin profession
- Förmåga att planera arbetet, mer flexibilitet, mer kunskap att förutse akuta händelser och risksituationer.
- Har en god grundläggande kunskap så man kan och vågar ifrågasätta tvivelaktiga ordinationer.
- Trygg i sitt ledarskap -> vågar delegera.

**Grupp 2 (4 personer):****Nyutexaminerade**

- Osäkerhet hos nya.
- Svårt koppla teori och praktik pga lite erfarenhet
- Svårt för nya att veta hur det brukar fungera på avdelning/organisation
- Nya har den nyaste kunskapen.
- Nya har lättare att anpassa sig och är lättare att motivera.
- Svårare att prioritera och planera -> Stress
- Tar med jobbet hem.

**Längre erfarenhet**

- Mer teoretiskt kunnande och mer erfarenhet.
- Den kliniska bilden – ser och bildar sig en uppfattning snabbare m.h.a. sinnen – bättre helhetsbedömning.
- Mod att ifrågasätta.
- Reagerar snabbare på fel och orimliga ordinationer.
- Kan koppla teori och praktik.
- Bättre självkänsla.
- Tekniskt kunnande, kunna tolka resultat från ”instrument”.

## **SAMMANFATTNING FRÅGA 2.**

### **Grupp 1:**

- Alla har lika värde och rätt till likadan vård.
- Behandla andra (kollegor och patienter) såsom du själv vill bli behandlad.
- Respektera andras åsikter även om de skiljer sig från dina.
- Öppen kultur på avdelningen.

### **Grupp 2:**

- Samma människovärde.
- Svårt att vara helt neutral vid otrevligt bemötande. Här diskuterades skillnad mellan ny och erfaren sköterska. Alla ansåg att en van sköterska har lättare att hantera otrevligt bemötande och inte tar det till sig lika lätt.
- Patienten ska känna sig hörd.
- Integritet vid omvårdnad.
- Behålla patientens egna resurser.
- Tystnadsplikten.
- Kämpa för patientens rättigheter.
- Eget rum vid svåra samtal.
- Patientens självbestämmande och delaktighet.
- Individcentrerad vård.
- Skilda moduler bra för kontinuiteten för patienten, samma personal sköter samma patienter.
- Med avd är alltid öppen.
  
- Det finns inga dumma frågor, öppen miljö.
- Alla är olika individer och bör respekteras.
- Teamarbete, ej hierarki.
- Flexibel personal inom rimliga gränser.
- Modulerna skapar trygghet inom grupperna, men ger samtidigt minskad flexibilitet.
- Uppmuntran till utveckling.

### **SAMMANFATTNING FRÅGA 3.**

#### **Grupp 1:**

- Learning by doing, viktigt att ha stöd av erfaren ssk.
- Alla är nya någon gång, ha en förlåtande attityd.
- Föregå med gott exempel.
- Skapa en god relation med kolleger och studerande som grund för ett gott samarbete i gruppen.
- Ha ett tillåtande klimat så nya vågar fråga.

#### **Grupp 2:**

- Bra inskolning
- Studerande / nya uppmuntras till självständighet och tillåts jobba självständigt.
- Helhetsbild.
- Viktigt att de får fråga och diskutera vad som helst.
- Ta tillvara på deras idéer.
- God förebild.
- Får känna sig inkluderad.

## SAMMANFATTNING FRÅGA 4.

### Grupp 1:

- Studier / läsa på egen hand inom sitt eget ansvarsområde och föra ut information via schemalagda avdelningstimmar.
- Studiebesök / hospitera.
- Få alla med på förändringen eller demokratiska beslut.
- Lyssna på studerande som ofta har mycket ny & färsk kunskap.
- Nya arbetsätt baserade på egen erfarenhet eller nya rön.
- Vara öppen att pröva nya rutiner.

### Grupp 2:

Hann inte sammanfatta fråga 4 skriftligt.

Sammanfattningen gjord av Pia och Marika under gruppens muntliga presentation av deras diskussioner.

- Ser hela människan
- Kan besluta om nya rutiner i samråd med chefen. - Föråldrade rutiner som inte gynnar patienten.
- Tala för patienten inför läkaren
- ”Spindeln i nätet”
- Samordnar
- Kurser, dela med sig av ny kunskap.
- Studerande modell / mapp -> alla gör på samma sätt
- Gemensamma studiedagar
- HLR-kurser, nytt varje år.
- Studiebesök, andra arbetsplatser.
- Ödmjuk och acceptera andras förslag.
- Ingen personlig prestige
- Dela med sig till andra avdelningar -> kan förbättra samarbetet
- Evidensbaserat jobb
- Utvärderingar
- Olika verktyg, t ex Lean.

**Sammanställning, Workshop 1.****SAMMANFATTNING – WORKSHOP 1***1. VAD ÄR DET SOM SKILJER YRKESIDENTITETEN HOS EN NYUTEXAMINERAD SJUKSKÖTARE OCH HOS EN MED LÄNGRE ERFARENHET?*

- Tryggare och säkrare i sig själva och i sin profession/ osäkerhet hos nya. Självkänslan
- Livserfarenhet och praktisk erfarenhet samt erfarenhet av samarbete med olika yrkeskategorier och synsätt. Koppla teori och praktik.
- Erfarenheterna formar sjukskötaren och vilken yrkesidentitet man får.
- Starkare yrkesidentitet om det finns en stor unik kompetens för det man sysslar med.
- Förmåga att planera arbetet, mer flexibilitet, mer kunskap att förutse akuta händelser och risksituationer/ svårare att prioritera och planera -> stress, tar med jobbet hem
- Har en god grundläggande kunskap så man reagerar snabbare på fel, kan och vågar ifrågasätta tvivelaktiga ordinationer. Nya har dock den nyaste kunskapen.
- Trygg i sitt ledarskap -> vågar delegera.
- Nya har lättare att anpassa sig och är lättare att motivera.
- Den kliniska bilden – ser och bildar sig en uppfattning snabbare m.h.a. sinnen – bättre helhetsbedömning.
- Tekniskt kunnande, kunna tolka resultat från ”instrument”.
- Både den nya och den erfarna sjukskötaren vill ge en god omvårdnad. Skillnaden ligger i HUR man gör det.

*2. VILKEN PROFESSIONSETIK HAR DU I DITT ARBETE, HUR SER DU PÅ MÄNNISKANS VÄRDE? VILKEN KULTUR RÅDER PÅ AVDELNINGEN? GE GÄRNA KONKRETA EXEMPEL*

- Samma människovärde. Alla har lika värde och rätt till likadan vård och bemötande.
- Svårt att vara helt neutral vid otrevligt bemötande. Skillnad mellan ny och van sjukskötare.
- Individcentrerad vård med respekt för patientens integritet, självbestämmande och delaktighet
- Tystnadsplikten
- Behandla andra (kollegor och patienter) såsom du själv vill bli behandlad.
- Respektera andras åsikter även om de skiljer sig från dina.
- Öppen kultur på avdelningen.

- Skilda moduler bra för kontinuiteten för patienten, samma personal sköter samma patienter. Skapar också trygghet inom gruppen, men ger samtidigt minskad flexibilitet.
- Teamarbete, ej hierarki inom grupperna, flexibilitet
- Uppmuntran till utveckling.
- Doktorer har större värde än sjukskötare. Omvårdnadsprofessionen inte lika viktig som den medicinska professionen och sjukskötare får anpassa sitt arbete utifrån doktors önskan.
- Tydlig värdegrund som syns i det dagliga arbetet och som alla arbetar efter.

### *3. HUR KAN EN KOMPETENT SJUKSKÖTARE GUIDA NY PERSONAL OCH STUDERANDE I EN MEDICINSK KONTEXT?*

- Learning by doing. Studerande / nya uppmuntras till självständighet och tillåts jobba självständigt.
- Viktigt att ha stöd av erfaren sjukskötare som kan prioritera vad som är viktigt och har förmåga att ”vara steget före” hela tiden (stressigt arbete som ändrar karaktärhela tiden)
- Viktigt att få känna sig inkluderad.
- Bra inskolning av sjukskötare med en tillåtande attityd till vägledning, frågor och funderingar.
- Patientsäkerhetsfråga och att låta ny personal ”bli varm i kläderna”. Måste få växa in i sin roll som sjukskötare för att kunna bli trygg i sin roll.
- Alla är nya någon gång, ha en förlåtande attityd.
- God förebild, föregå med gott exempel.
- Skapa en god relation med kolleger och studerande som grund för ett gott samarbete i gruppen.
- Ta tillvara studerandes och nyas idéer.

### *4. PÅ VILKET SÄTT KAN EN KOMPETENT SJUKSKÖTARE PÅ MEDICINSKA AVDELNINGEN UTVECKLA VÅRDEN PÅ AVDELNINGEN OCH INFÖRA NYA RUTINER?*

- Arbetskulturen viktig - ”rätt och viktigt” att vilja utveckla arbetet och ta tillvara personalens resurser.
- Delaktighet, få alla med på förändringen eller demokratiska beslut.
- Idéer lyfts och diskuteras med avdelningsskötaren, på sjukskötarmöten, på avdelningsmöten eller i all enkelhet vid morgonkaffet.
- Utveckling och förändring borde finnas med i vården alla dagar hos envar.
- Vara öppen att pröva nya rutiner.
- Nya arbetsätt baserade på egen erfarenhet eller nya rön, nya rutiner när de är föråldrade och inte längre gynnar patienterna.

- Ser hela människan och talar för patienten inför läkaren.
- Samordnar, ”spindeln i nätet”
- Studier / läsa på egen hand inom sitt eget ansvarsområde och föra ut information via schemalagda avdelningstimmar.
- Studiebesök / hospitera.
- Gemensamma studiedagar och kurser.
- Lyssna på studerande som ofta har mycket ny & färsk kunskap.
- Studerande modell / mapp -> alla gör på samma sätt
- Ingen personlig prestige
- Dela med sig till andra avdelningar -> kan förbättra samarbetet
- Evidensbaserat jobb
- Utvärderingar och olika verktyg (t ex Lean)



## Sammanställning, Workshop 2.

### SAMMANFATTNING - WORKSHOP 2

Deltagarna hade fått sammanställningen efter workshop 1, se bilaga B. De ombads nu att komplettera denna och att rangordna vilket svar som var mer viktiga och utmärkande. Nu jobbade både grupper tillsammans.

Fråga 1: Det går inte att rangordna vilket som ska komma först och sist, kategorierna är lika viktiga.

Svaren från fråga 4: Ser hela människan och talar för patienten inför läkaren. Samordnar, ”spindeln i nätet”. Flyttas till fråga 1.

Diskussion om ordet yrkesidentitet, är det samma som kompetens eller är det något annat. Det fanns olika åsikter i gruppen. Ordet yrkesidentitet uppfattades som ett starkare ord.

Diskussion om att rangordna de olika påståendena och att det är svårt. Det kan skilja sig åt i olika situationer. ”Ibland måste man göra fel, för att göra rätt.” Ny personal har inte några normer och har lättare att ändra sig. Hur mycket man kan förändra sig beror också på person.

Fråga 2: Gruppen tyckte att materialet från workshop 1 kunde delas upp i två grupper. De första sex svaren härrör till etik och svar 7-11 härrör till kultur.

Workshoppedeltagarna tyckte att det inte alltid går att följa sin egen etik på grund av kulturen som råder på avdelningen.

Den kulturen som beskrivs i detta stycke är ”avdelningens”. Den kulturen styrs av hur läkarna jobbar. Diskussion om vilken kvinnoyn som råder på avdelningen. Det ekonomiska perspektivet lyftes fram. Läkarna jobbar långa dagar på grund av dåliga rutiner. Engagemanget för jobbet minskar på grund av den rådande avdelningskulturen. Moduljoxet gynnar inte alltid patienterna. Sjukskötarens åsikter tas inte i beaktande.

Konklusionen av etik och kultur var att människovärdet ska vara lika! Men kan inte följas på grund av kulturen. Kulturen är starkare än etiken. Exempel på patientgrupper när etiken inte kan följas missbrukare, pancreascancer (ett specifikt patientfall), allergier och utvecklingsstörning.

Observationer och anteckningar från diskussionen i workshopen: Medicinavdelningen har inte något teamtankande i sitt arbete. En grupp är närvårdare och sjukskötare, den andra gruppen är läkarna. Påståendet om en öppen kultur på avdelningen, kunde konstateras att mer var en önskan i realiteten är det inte så. Hierarkin är stark. Olika åsikter mellan professionerna, problem vem ska vara lojal mot. Medicinsk vetenskap har ett större värde än omvårdnad. Detta gäller också för sjukskötarna och de anpassar sig till läkarna, detta är den rådande kulturen på avdelningen. Patienterna får inte vara delaktiga i sin vård och vara med och fatta beslut. Det sker inte en diskussion med patienterna. För att få med patienterna borde de konkret inbjudas och få sakliga förklaringar för att kunna fatta beslut. Kulturen kan beskrivas som ”70-tal” och ”kommer ingenvart”. Medicinavdelningen tar emot patienter med mycket varierande problematik. Professionsetik ansågs att vara ett svårt ord. Saknar definition på det. Diskussion gick om det finns på avdelningen eller är det något vi strävar mot.

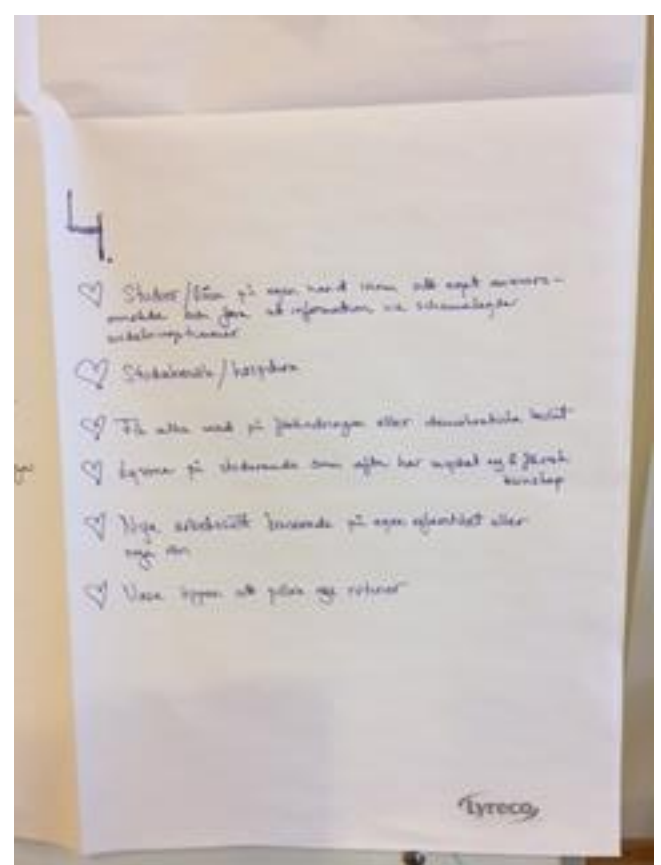
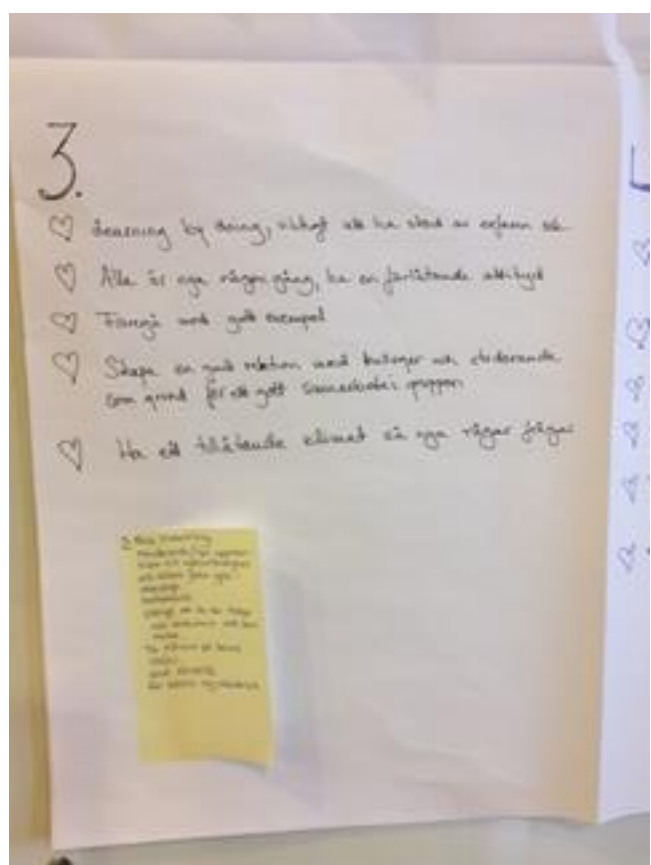
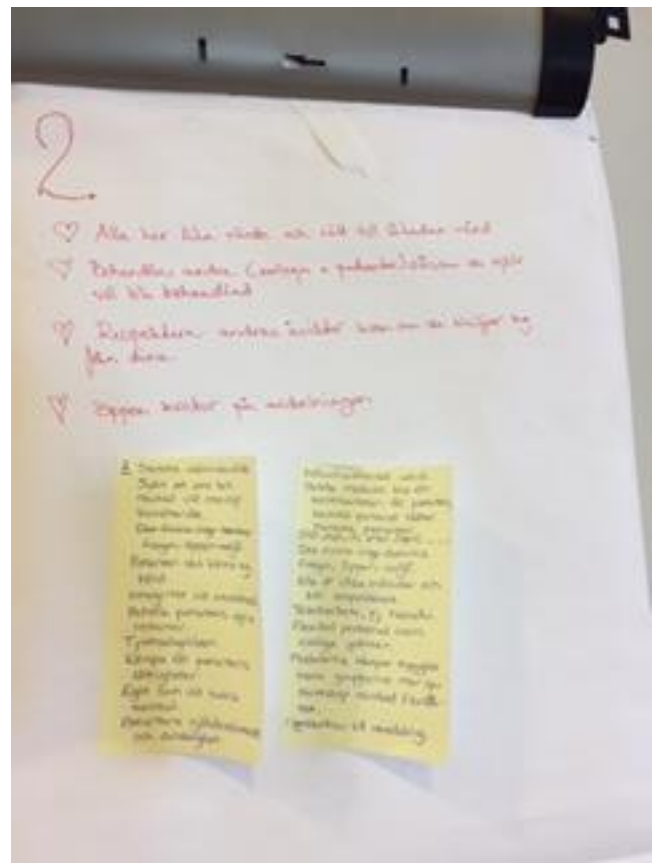
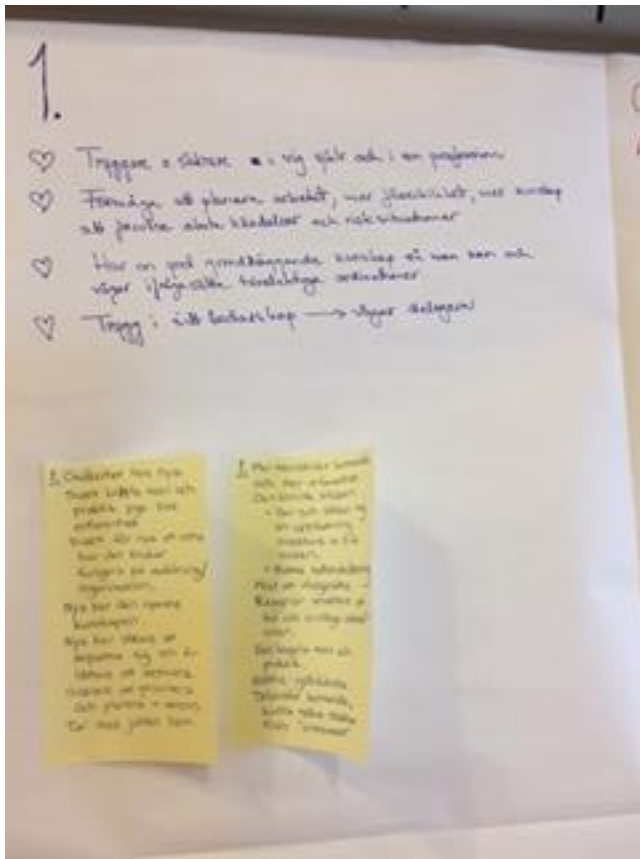
Fråga 3: Där kunde gruppen enas om att svaren var ok, så som det står.

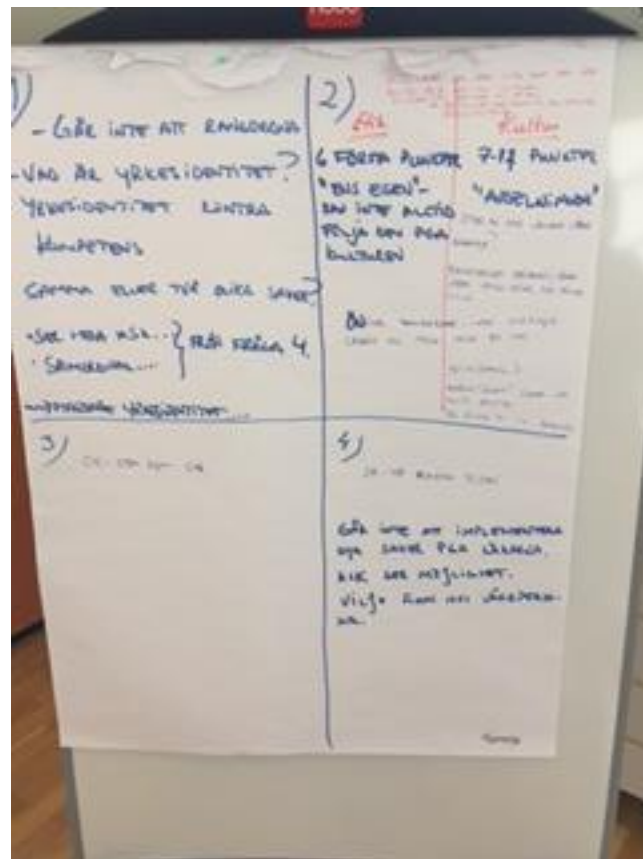
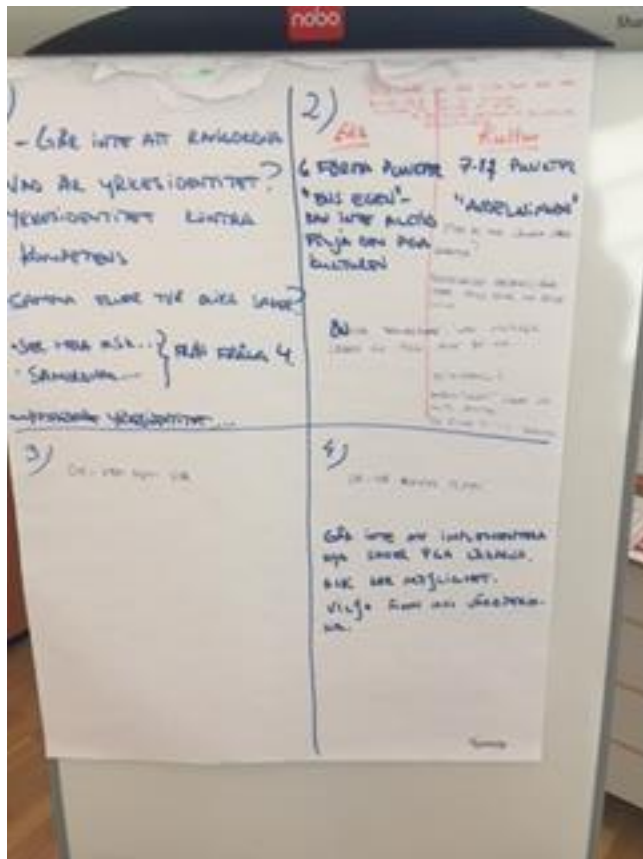
Fråga 4: Två av svaren flyttas till grupp 1.

Går inte att implementera nya saker på grund av läkarna. Avdelningsskötaren ger möjligheter till att lära nytt och det finns en vilja hos vårdpersonalen till förändring.

I diskussion pratade man om entusiasm för att göra nya saker.

Fotografier från workshop 1 och 2.





### Sammanställning av artiklar, framtidsperspektiv

Författare	Artikel	Syfte	Metod	Resultat
Maynard, D.C. & Parafynova, N.M	Perceived overqualification and withdrawal behaviors: Examining the roles of job attitudes and work values	Hypotes: Överkvalificerad arbetskraft och en vilja att byta arbetsplats. Tre olika hypoteser fanns i forskningen	Kvantitativ studie med enkäter.	Överkvalificeringen var associerad med lägre arbetstillfredsställelse, engagemang och större risk för att byta jobb.
Nelson, R.M	The next evolution	Detta är publicerat material från ett tal, men innehållet är relevant och framtidsinriktat		
O'Suulivan, H., van Mook, W, Fewtrell, R & Wass, V.	Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No, 61	Integrera professionalism i yrkesutövning	Fallstudie	Guiden för professionalism behöver ännu utvecklas. Integrering av professionalism behövs.
Sittner, B.J, Aebersold, M.L, Paige, J.B, Graham, L.L.M, Schram, A.P, Decker, S.I & Lioce, L.	INACSL Standards og Best Practice for Simulation: Past, Present and Future	Att beskriva den historiska utvecklingen av simulatorövning för att utveckla en god standard i verkligheten.	En studie där man utreder hur utveckling av simulatorövningar utvecklas genom olika parametrar.	2011 fanns sju standarder genom studien kunde de utvecklas och uppdateras och två nya standarder tillkom
Foster, C.W.	Institute of Medicine. The Future of Nursing Report. Lifelong Learning and Certification.	En möjlighet att få intyg på kompetens i medicinsk – kirurgisk kompetens för sjukskötare	Fastslår att ett livslångt lärande behövs för att hänga med i utvecklingen.	Sjukskötare behöver kontinuerlig utveckling i sin profession och eventuellt tilläggsexamen.