

KLÍNÍSK FRAMGANGSKERFI Í HJÚKRUN OG TENGLI ÞEIRRA VIÐ STARFSÞRÓUN

Klínískt framgangskerfi til að ákvarða laun hjúkunarfræðinga á Íslandi hefur nú verið notað frá árinu 1998. Við endurskoðun framgangskerfis hjúkunarfræðinga og ljósmæðra á Landspítala-háskólasjúkrahúsi árið 2005 var sjónum beint að hlutverki framgangskerfa sem starfsþróunaraðferðar en ekki eingöngu aðferðar til launaröðunar. Með þetta í huga var gerð úttekt á nýlegum heimildum um klínísk framgangskerfi hjúkunarfræðinga og starfsþróun hjúkunarfræðinga. Greind voru tengsl klínískra framgangskerfa og starfsþróunar í hjúkrun og hvernig nýta megji framgangskerfi sem starfsþróunaraðferð.

Inngangur

Framgangskerfi til að ákvarða laun hjúkunarfræðinga á Íslandi hefur nú verið notað frá árinu 1998. Nokkur reynsla er því komin á þá aðferð við að ákvarða laun. Við endurskoðun framgangskerfis hjúkunarfræðinga og ljósmæðra á Landspítala-háskólasjúkrahúsi árið 2005 var sjónum beint að hlutverki framgangskerfa sem starfsþróunaraðferðar en ekki eingöngu aðferðar til launaröðunar. Komu fram ábendingar frá notendum kerfisins um að í raun væri upplagt að nota það við árleg starfsmannaviðtöl og sem viðmið og aðferð til starfsþróunar. Með þetta í huga var gerð úttekt á nýlegum heimildum um klínísk framgangskerfi hjúkunarfræðinga og starfsþróun hjúkunarfræðinga. Heimilda var aflað með leit í gagnagrunnum CINAHL og Medline og á veraldarvefnum þar sem lykilleitarorðin voru clinical ladder og career development. Heimildir leiddu í ljós tengsl framgangskerfa og starfsþróunar hjúkunarfræðinga. Tilgangurinn með þessum skrifum er að gera grein fyrir þessum tengslum og beina þannig sjónum hjúkunarfræðinga að því að framgangskerfi er ekki eingöngu aðferð til að ákvarða laun heldur líka og e.t.v. öðru fremur starfsþróunaraðferð. Rakinn er stuttlega saga klínískra framgangskerfa hjúkunarfræðinga á stóru sjúkrahúsunum í Reykjavík og fjallað um hugmyndafræðina að baki framgangskerfum, tilgang þeirra og

uppbyggingu og tengsl framgangskerfa og starfsþróunar.

Framgangskerfi hjúkunarfræðinga á Íslandi

Með kjarasamningi Félags íslenskra hjúkunarfræðinga og fjármálaráðherra f.h. ríkissjóðs frá árinu 1997 og aðlögunar-nefndarsamningum, sem fylgdu í kjölfarið, opnuðust nýjar leiðir við að ákvarða laun hjúkunarfræðinga. Markmiðið var m.a. að auka sveigjanleika í launasetningum, draga úr miðstýringu í launaröðun og gera launakerfið skilvirkara þar sem tækifæri gæfist til að taka tillit til þarfa og verkefna ólíkra stofnana og hjúkunarfræðinganna sem þar störfuðu. Með tilkomu framgangskerfa hjúkunarfræðinga skyldi launaröðun byggjast á færni og hæfni hvers hjúkunarfræðings til að sinna störfum sínum í stað þess að laun væru ákveðin eftir lífaldri og starfsaldri (Ásta Möller, 1999). Horft var til annarra landa þar sem framgangskerfi hjúkunarfræðinga höfðu verið notuð og skipulögðu íslenskar heilbrigðisstofnanir sín eigin framgangskerfi sem tóku tillit til reynslu annarra og eðli stofnananna sem framgangskerfið átti að nota í.

Í Tímariti hjúkunarfræðinga 1999 gera Anna Birna Jensdóttir, þá starfandi á Sjúkrahúsi Reykjavíkur, og Jónína Sigurðardóttir, þá starfandi á Landspítalanum, grein fyrir því hvernig staðið



Helga Bragadóttir, hjúkunarfræðingur, PhD, lektor við hjúkunarfræðideild Háskóla Íslands og þróunarráðgjafi á Landspítala



Lilja Stefánsdóttir, hjúkunarfræðingur, MHA, sviðsstjóri á Landspítala

var að þróun fyrstu framgangskerfa hjúkrunarfræðinga þessara stofnana (Anna Birna Jensdóttir, 1999; Jónína Sigurðardóttir, 1999). Á Sjúkrahúsi Reykjavíkur var þróað framgangskerfi með sex færnistigum hjúkrunarfræðinga þar sem mat á fimm meginþáttum lá til grundvallar röðun í færnistig. Eftirfarandi þættir voru metnir: hjúkrunarstarfið, hjúkrunarstjórnun, hjúkrunarkennsla og -ráðgjöf, hjúkrunar-rannsóknir og persónubundin atriði. Á Landspítalanum var þróað framgangskerfi með fimm færnistigum hjúkrunarfræðinga þar sem fyrsta stigið var byrjandi og fimmta stigið var klínískur sérfræðingur þar sem krafa var um að hjúkrunarfræðingurinn væri klínískur sérfræðingur á ákveðnu sérsviði hjúkrunar. Til grundvallar röðun í kerfinu lá mat á fjórum meginþáttum: klínískri hjúkrun, samskiptum, símenntun/fræðslu/rannsóknunum og stjórnun. Í báðum framgangskerfunum vó klínísk hjúkrun þyngst enda um klínísk framgangskerfi að ræða.

Eftir sameiningu Sjúkrahúss Reykjavíkur og Landspítalans árið 2000 í Landspítala-háskólasjúkrahús (LSH) var framgangskerfi hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra endurskoðað. Byggðist nýja framgangskerfið á þeim eldri frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur og Landspítala. Reynt var að halda í kosti eldri kerfa og sníða vankanta af. Í erindisbréfi framgangsnefndar, dagsettu 22. nóvember 2000, segir að meginverkefni hennar skyldu vera að: Gera tillögu að sameiginlegu framgangskerfi sem hafi það að markmiði að hvetja hjúkrunarfræðinga til starfsþóunar og proska í starfi og feli jafnframt í sér möguleika á launahækkun. Fyrsta framgangskerfi hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra hins nýja sjúkrahúss, LSH, var svo tekið í notkun 1. nóvember 2001. Í því kerfi var 31 matsþáttur þar sem mat á 4 grundvallarþáttum í starfi hjúkrunarfræðinga lá til grundvallar. Þættirnir lutu að: klínísku starfi, 12 matsþættir; samvinnu og samskiptum, 6 matsþættir; stjórnun, 7 matsþættir; þróunar- og rannsóknarverkefnum, 6 matsþættir.

Í kjölfar nýs kjarasamnings FÍH og fleiri aðildarfélaganna Bandalags háskólanna við fjármálaráðherra 28. febrúar 2005 skipaði hjúkrunarforstjóri LSH hóp til að endurskoða framgangskerfi hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra. Í þeim hópi

áttu sæti Lilja Stefánsdóttir, sem stýrði hópnum, Helga Bragadóttir, Guðbjörg Pálsdóttir, Vilborg Guðnadóttir og Anna Sigríður Vernharðsdóttir. Við endurskoðun framgangskerfis hjúkrunarfræðinga á LSH var m.a. leitað nýlegra heimilda sem leiddu í ljós sterk tengsl framgangskerfa og starfsþróunar. Sjónum var því í auknum mæli beint að því að nýta framgangskerfið sem starfsþróunaraðferð.

Hugmyndafræði framgangskerfa

Hugmyndafræði Benner (1984), sem lýsir því hvernig færni hjúkrunarfræðinga vex. Benner lýsir fimm færnistigum þar sem hjúkrunarfræðingurinn er nýgræðingur á fyrsta stiginu og er orðinn sérfræðingur á efsta stiginu. Með aukinni færni öðlast hjúkrunarfræðingurinn betra innsæi og heildrænni sýn á viðfangsefni sín. Þættir, sem metnir eru þegar hugmyndafræði Benner er notuð, eru m.a.: menntun, reynsla, klínísk hjúkrun, samband hjúkrunarfræðings við sjúklinga, samstarf, gæðastjórnun, rannsóknir, kennsla og leiðsögn, stjórnun og forysta (Krugman o.fl., 2000; Schoessler o.fl., 2005). Dæmi um framgangskerfi, sem byggist á hugmyndafræði Benner, er finnst framgangskerfi þar sem spurt var um 73 atriði sem meta 7 þætti. Þættirnir eru: bein hjúkrun, kennsla og leiðsögn, færni í greiningu aðstæðna og verkefna, stjórnun, meðferðarhlutun, að tryggja gæði hjúkrunar og færni í hlutverki (Meretoja o.fl., 2004).

Finna má framgangskerfi sem eru byggð á annarri hugmyndafræði en Benner og í sumum tilvikum er ekki getið neinnar hugmyndafræði. Schmidt o.fl. (2003) gera grein fyrir framgangskerfi í Bandaríkjunum sem byggist á hugmyndum Carpers um helstu aðferðir til að öðlast þekkingu í hjúkrun (Carper's Fundamental Patterns of Knowing in Nursing). Samkvæmt hugmyndum Carpers er þekking ferns konar: formleg þekking (empirical knowledge) sem fengin er með formlegu námi, persónuleg þekking (personal knowledge) sem ber t.d. vott um færni í samskiptum, færnipekking (esthetic knowledge) sem sýnir færni í hjúkrun eða listina að hjúkra og siðferðileg þekking (ethical knowledge) sem ber vott um siðferðislega meðvitund.

Í Bretlandi virðist framgangskerfi hjúkrunarfræðinga, sem ráðnir eru hjá hinu opinbera heilbrigðiskerfi (National Health Service, NHS), byggjast á nýrri stefnu heilbrigðisyfirvalda sem nefnist Agenda for Change eða áætlun um breytingar og er svokallaður þekkingar- og færnirammí tengdur Agenda for Change. Þekkingar- og færniramminn er notaður til launaröðunar (Benton, 2003). Fjölmargir þættir eru metnir og vegnir, s.s. samskiptafærni, innsýn eða færni í greiningu, líkamleg færni, ábyrgð á stefnu og þjónustu, ábyrgð á mannauði, ábyrgð á rannsóknunum, líkamlegt álag, tilfinningalegt álag, þekking, þjálfun og reynsla, skipulagsfærni, ábyrgð á umönnun sjúklinga, fjárhagsleg og efnisleg ábyrgð, ábyrgð á upplýsingaveitum, frelsi til athafna, andlegt álag og vinnuáðstæður (Maylor, 2004).

Prátt fyrir mismunandi hugmyndafræði og útfærslur meta flest framgangskerfi sömu grunnþættina. Þessir grunnþættir eru: klínísk færni, þekkingargrunnur, stjórnun og forysta, samskipti og samvinna, og fagmennska (Buchan, 1999; Trim, 2001).

Tilgangurinn með framgangskerfum og uppbygging þeirra

Tilgangurinn með framgangskerfum getur verið margvíslegur eins og sést í töflu 1. Algengasti tilgangurinn er launaröðun. Framgangskerfi þjóna þó oftast öðrum tilgangi líka, svo sem að bæta þjónustuna og auka starfsánægju hjúkrunarfræðinga. Langoftast eru framgangskerfi þróuð innan stofnunar og taka því fyrst og fremst mið af þörfum hennar og hjúkrunarfræðinganna sem þar starfa (sbr. framgangskerfi hjúkrunarfræðinga á Íslandi). Færnistig framgangskerfa eru oftast 4-5 (Carrier o.fl., 2002; Goodrich og Ward, 2004; Robinson o.fl., 2003). Starfslýsingar lýsa færnistigum og verður hjúkrunarfræðingur að uppfylla fyrra færnistig til að komast á það næsta sem gerir kröfu um viðbótarfærni. Krugman o.fl. (2000) greina frá endurskoðun á framgangskerfi á háskólasjúkrahúsi í Colorado í Bandaríkjunum. Upphaflega voru fimm færnistig í kerfinu en við endurskoðun var þeim fækkað í fjögur, þ.e. efsta stigið, þar sem krafist var meistaraprófs, var tekið út. Þau fjögur

Tafla 1. Tilgangurinn með framgangskerfum og starfsþróun

Framgangskerfi	Starfsþróun
<ul style="list-style-type: none"> • Að ákveða laun • Að minnka starfsmannaveltu hjúkrunarfræðinga • Að auka gæði þjónustunnar • Að auka framleiðni • Að laða að og halda í reynda og færa hjúkrunarfræðinga • Að greina á milli færnistiga • Að halda uppi ákveðnum gæðastaðli byggðum á gagnreyndri þekkingu • Að skilgreina, efla og styðja við faglega hjúkrun • Að viðurkenna og verðlauna fyrir góða frammistöðu • Að hvetja hjúkrunarfræðinga til að þróa sig í starfi • Að auka starfsánægju • Að auka sjúklingánægju • Að ýta undir hagkvæmni • Að fjölga færum hjúkrunarfræðingum • Að greina og þjálfa leiðtoga í klínískri hjúkrun • Að skerpa sýn hjúkrunar • Að sinna ófullnægðum þörfum hjúkrunarfræðinga <p>(Campbell og Mackay, 2001; O'Hara o.fl., 2003; Steaban o.fl., 2003).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Að vera fyrirmyndarsjúkrahús • Að samræma sýn og stefnu starfsmanna sýn og stefnu stofnunar • Að fá fleiri til starfa og halda í hjúkrunarfræðinga • Að framfylgja stefnu yfirvalda • Að auka starfsánægju • Að auka tryggð hjúkrunarfræðinga við stofnun • Að efla sjálfstæði og sjálfsstjórn í starfi • Að fækka fjarvistum • Að fjárfesta í hjúkrunarfræðingum sem þekkingarstarfsmönnum • Að auka viðsýni og innsýn í aðra þætti þjónustunnar • Að veita umbun • Að bæta eða viðhalda gæðum þjónustunnar <p>(Campbell og Mackay, 2001; Carroll og Austin, 2004; Considine og Hood, 2004; Hall o.fl., 2004; Ingersoll o.fl., 2002; Murphy o.fl., 2004).</p>

stig, sem eftir stóðu, eru: 1. byrjandi, 2. fær um að hjúkra bráðveikum, 3. aukin klínísk færni og forysta á deild og 4. færni nýttist þvert á deildir eða einingar.

The Vanderbilt Professional Nursing Practice Program (VNPP) er bandarískt framgangskerfi þar sem færnistigin eru fjögur (Robinson o.fl., 2003). Mat er framkvæmt árlega og sett inn í tölvugrunn sem reiknar út stig. Kerfið er pappírslaut. Færnistig VNPP-kerfisins eru: 1. nýliði, 2. fær, 3. færari, 4. færastur. Nýliðinn er hjúkrunarfræðingur á fyrsta starfsári og því byrjandi sem gæti þurft aðstoð og ráð hjá reyndari hjúkrunarfræðingum. Fær hjúkrunarfræðingur er sá sem hefur náð tókum á tæknilegum þáttum, sýnir samfellu í starfi og sjálfstæði og er fær um að laga hjúkrun að einstaklingnum og forgangsraða verkefnum. Færari hjúkrunarfræðingur er sá sem hefur dýpri þekkingu á hjúkrun, sér

fyrir, greinir viðfangsefnin á gagnrýninn hátt, er góð fyrirmynd og gefur ráð. Hjá færasta hjúkrunarfræðingi er virkinn byggð á innsæi, hann er sérfróður, hefur frumkvæði, er ráðgjafi og leiðtogi. Matskerfi VNPP byggist á starfslýsingum fyrir hvert færnistig hjúkrunar sem öll snúast um sex grundvallarþætti. Þessir grundvallarþættir eru: að setja fram og framfylgja hjúkrunaráætlun, hafa samfellu í hjúkrunaráætlun (útskriftaráætlun eða tilfærsla á næsta umönnunarstig), kenna sjúklingum og fjölskyldum, leysa viðfangsefni, sinna samskiptum og vinna með öðrum og stunda símenntun (O'Hara o.fl., 2003).

Sums staðar eru aðskilin framgangskerfi fyrir hjúkrunarfræðinga með grunnnám eingöngu og þá sem eru með framhaldsmenntum. Dæmi um slíkt eru framgangskerfi háskólaheilbrigðisstofnana í Virginíu í Bandaríkjunum. Þar eru fjögur grunn-

færnistig og þrjú æðri færnistig þar sem krafist er meistaraþráðu (The clinical career ladder for UVAHS professional nurses, 2003).

Framgangskerfi felast í því að færni og þekking hjúkrunarfræðinga eru metin á ákveðinn hátt og er þá talað um framgangsmat. Framgangsmat virðist byggjast á skriflegum matstækjum þar sem fyllt er út í ákveðinn matskvarða, viðtölum og/eða gögnum sem lögð eru fram í möppu hjúkrunarfræðingsins (Carryer o.fl., 2002; Goodrich og Ward, 2004; Krugman o.fl., 2000). Orðið mappa er hér notað sem þýðing á enska orðinu portfolio. Oermann (2002) lýsir möppugerð og notkun þeirra. Hún segir möppur geta verið tvenns konar, þ.e. ein mappa fyrir best unnu störf (e. best work) og sé hún góð fyrir framgangsmat og því um líkt og önnur mappa fyrir framfarir og vöxt í starfi (e. growth and development) og sé hún fyrir hjúkrunarfræðinginn sjálfan til að fylgjast með eigin starfsþróun. Víða er hvatt til þess að hjúkrunarfræðingar safni í möppu ýmsum skjölum, s.s. starfsferilskrá, skrá yfir faglega virkni, dæmum um hjúkrunarskráningu, mati deildarstjóra á störfum og færni hjúkrunarfræðingsins, skriflegum rökum hans um ákveðna færni, jafningjamati, meðmælabréfum, dæmum um atriði þar sem framlag hjúkrunarfræðingsins hefur skipt verulegu máli, sjálfsmati hjúkrunarfræðingsins á eigin kostum og því sem hjúkrunarfræðingurinn ætlar að bæta sig í og skírteinum sem hjúkrunarfræðingurinn hefur hlotið fyrir endurmenntun, símenntun og formlega menntun.

Tengsl framgangskerfa og starfsþróunar

Starfsþróun tengist framgangskerfum þannig að ekkert framgangskerfi er án starfsþróunar, en starfsþróun getur náð út fyrir klínískt framgangskerfi. Hvernig tengslin eru svo í hverju tilvik fyrir sig er útfærsluatriði á hverri stofnun og ræðst helst af tilganginum með hvoru um sig.

Tilgangurinn með framgangskerfum og starfsþróun er sýndur í töflu 1. Þar má sjá að tilgangurinn með framgangskerfum og tilgangurinn með starfsþróun er býsna líkur og í mörgum tilvikum sá

Tilgangurinn með framgangskerfi

- Að hjálpa hjúkrunarfræðingum að gera sér grein fyrir þekkingu sinni og færni og setja sér markmið til framtíðar
- Að meta færni hjúkrunarfræðinga/greina færnistig/meta mannaflapörf/meta samsetningu mannafla
- Að tryggja ákveðna lágmarksþekkingu og -færni á hverju færnistigi (starfslýsingar)/tryggja ákveðin gæði
- Launasetning

Tilgangurinn með starfsþróun

- Að gefa hjúkrunarfræðingum tækifæri til að þróa sig í starfi
- Að laða að og halda í hjúkrunarfræðinga
- Að auka sértæka færni og þekkingu hjúkrunarfræðinga
- Að fjölga hjúkrunarfræðingum í D- og E-starfslýsingum og fjölga klínískum sérfræðingum
- Að nýta mannafla í hjúkrun betur
- Að tryggja gæði hjúkrunar

Sambætt markmið

- Öryggi sjúklinga
- Sjúklingaánægja
- Starfsmannaánægja
- Minni starfsmannavelta
- Kjörmannafli

Mynd 1. Dæmi um tengsl framgangskerfis og starfsþróunar

sami. Framgangskerfi fela í raun í sér starfsþróun þar sem ekki verður komist af lægra færnistigi upp á hærra færnistig án þess að þróun í starfi eigi sér stað. Sú þróun getur orðið vegna náms eða reynslu eða hvors tveggja.

Starfsþróun er ferli en framgangskerfi er matstæki til að meta stöðu mála og máta inn í ákveðið form eða stigun sem eru starfslýsingar hjúkrunarfræðinga. Hvort tveggja getur nýst sem stjórnþæki. Markviss starfsþróun er val en framgangskerfi sjaldnar.

Vegna eðlis uppbyggingar framgangskerfa hjúkrunarfræðinga má nota þau sem starfsþróunaraðferð og sem stjórnþæki til að ná árangri á ákveðnum sviðum þjónustunnar. Framgangskerfi og starfsþróun eru til þess fallin að hvetja hjúkrunarfræðinga til þess að setja sér markmið sem samrýmast markmiðum og stefnu stofnunarinnar. Þannig ættu báðir aðilar að njóta góðs af, þ.e. viðkomandi hjúkrunarfræðingur og stofnunin.

Hér á landi nota stofnanir framgangskerfi til að ákvarða laun allra sinna hjúkrunar-

fræðinga og ljósmæðra eða ekki, þannig að ekki er um val að ræða innan stofnunar. Þar sem hjúkrunarfræðingar eiga kost á framgangskerfi virðist innri hvöt helsta ástæðan fyrir notkun kerfisins og því færari sem hjúkrunarfræðingarnir eru því meiri hag sjá þeir í framgangskerfi (Björk o.fl., 2007). Niðurstöður rannsókna í Noregi og Bandaríkjunum á gagnsemi framgangskerfa benda til þess að þau gefi hjúkrunarfræðingum meiri tækifæri til að nýta þekkingu sína og færni, auki starfsánægju, minnki starfsmannaveltu og dragi úr kostnaði (Björk o.fl., 2007; Drenkard og Swartwout, 2005).

Nýta má tengsl framgangskerfa og starfsþróunar þar sem snertifletir þeirra eru margir. Greina þarf tilgang hvors um sig, setja fram sambætt markmið og leggja fram áætlun um það hvernig á að ná þeim markmiðum. Framgangskerfi tekur tillit til þeirra staðla sem settir eru, greinir færnistig og tryggir ákveðin gæði. Starfsþróun er formleg og markviss en einstaklingshæfð. Dæmi um tengsl framgangskerfis og starfsþróunar er sýnt á mynd 1. Þar er sett fram dæmi um sambættingu markmiða er lúta að sjúklingum og þar með gæðum

þjónustunnar, hjúkrunarfræðingum og stofnun. Með því viljum við hvetja íslenska hjúkrunarfræðinga til þess að skoða möguleikann á að nota framgangskerfi sem starfsþróunaraðferð.

Lokaorð

Framgangskerfi hjúkrunarfræðinga er matstæki til ákvörðunar á færni þannig að raða megi hjúkrunarfræðingum í starfslýsingar og launaflokka. Frá 1997 hafa kjarasamningar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga byggst á framgangskerfi. Hér á landi hefur fyrst og fremst verið litið á framgangskerfi sem aðferð til að ákvarða laun, en framgangskerfi geta einnig nýst sem starfsþróunaraðferð fyrir hjúkrunarfræðinga.

Skörun á tilgangi og markmiðum framgangskerfa og starfsþróunar leiðir til þess að setja má fram sambætt markmið og áætlun sem þjóna bæði framgangi og starfsþróun hjúkrunarfræðinga. Sýn og stefna stofnunar er þá sambætt markmiðum og leiðum hjúkrunarfræðingsins þannig að báðir aðilar njóta góðs af. Í vinnu hóps, sem endurskoðaði framgangskerfi hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á LSH, kom fram vilji meðal notenda framgangskerfisins til að nota það sem starfsþróunaraðferð fyrir hjúkrunarfræðinga. Megintilgangurinn með kerfinu yrði því starfsþróun og mat á mannafla, auk launasetningar. Með því yrði sjónum beint að faglegri þróun og færni í hjúkrun. Við teljum að með þessari breyttu aðferð megi nýta kosti framgangskerfa mun betur en nú er gert, hjúkrun og hjúkrunarfræðingum til framdráttar og sjúklingum til hagsbóta.

Heimildir

- Anna Birna Jensdóttir (1999). Framgangskerfi hjúkrunarfræðinga á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (SHR). *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 1(75), 44-45.
- Ásta Möller (1999). Framgangskerfi fyrir hjúkrunarfræðinga. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 1(75), 39-41.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benton, D.C. (2003). Agenda for change: the knowledge and skills framework. *Nursing Standards*, 18(6), 33-39.
- Björk, I.T., Hansen, B.S., Samdal, G.B., Tørstad, S., og Hamilton, G.A. (2007). Evaluation of clinical ladder participation in Norway. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 88-94.

- Buchan, J. (1999). Evaluating the benefits of a clinical ladder for nursing staff: an international review. *International Journal of Nursing Studies*, 36(2) 137-144.
- Campbell, V., og Mackay, G. (2001). Continuing competence: an Ontario nursing regulatory program that supports nurses and employers. *Nursing Administration Quarterly*, 25(2), 22-30.
- Carroll, T.L., og Austin, T. (2004). Career coaching a hospital and a university link hands to retain nursing talent. *Reflections on Nursing Leadership*, 30(3), 30-31.
- Carryer, J., Budge, C., og Russell, A. (2002). Measuring perceptions of the clinical career pathway in a New Zealand hospital. *Nursing Praxis in New Zealand*, 18(3), 18-29.
- Considine, J., og Hood, K. (2004). Career development year in emergency nursing: using specific educational preparation and clinical support to facilitate the transition to specialist practice. *Nurse Education in Practice*, 4, 168-176.
- Drenkard, K., og Swartwout, E. (2005). Effectiveness of a clinical ladder program. *Journal of Nursing Administration*, 35(11), 502-506.
- Goodrich, C.A., og Ward, C.W. (2004). Evaluation and revision of a clinical advancement program. *Medsurg Nursing*, 13(6), 391-398.
- Hall, L.M., Waddell, J., Donner, G., og Wheeler, M.M. (2004). Outcomes of a career planning and development program for registered nurses. *Nursing Economics*, 22(5), 231-238.
- Ingersoll, G.L., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeVinney, B.C., og Davies, J. (2002). Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *Journal of Nursing Administration*, 32(5), 250-263.
- Jónína Sigurðardóttir (1999). Framgangskerfi fyrir hjúkrunarfræðinga á Landspítala. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 1(75), 42-43.
- Krugman, M., Smith, K., og Goode, C.J. (2000). A clinical advancement program: evaluating 10 years of progressive change. *Journal of Nursing Administration*, 30(5), 215-225.
- Maylor, M. (2004). Where will clinical nurse specialists be placed on Agenda for Change? *British Journal of Nursing*, 13(15), S26-32.
- Meretoja, R., Isoaho, H., og Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse competence scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 124-133.
- Murphy, M., Petryshen, C., og Read, N. (2004). Retaining and transferring nursing knowledge through a hospital internship program. *Nursing Leadership*, 17(2), 60-68.
- Oermann, M.H. (2002). Developing a professional portfolio in nursing. *Orthopaedic Nursing*, 21(2), 73-78.
- O'Hara, N.F., Duvanich, M., Foss, J., og Wells, N. (2003). The Vanderbilt Professional Nursing Practice Program; Part 2: integrating a professional advancement and performance evaluation system. *Journal of Nursing Administration*, 33(19), 512-521.
- Robinson, K., Eck, C., Keck, B., og Wells, N. (2003). The Vanderbilt Professional Nursing Practice Program; Part 1: growing and supporting professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 33(9), 441-450.
- Schmidt, L.A., Nelson, D., og Godfrey, L. (2003). A clinical ladder program based on Carper's fundamental patterns of knowing. *Journal of Nursing Administration*, 33(3), 146-152.
- Schoessler, M., Akin, R., Boyd, R., Falconer, K., Kaiel, C., Moore-Stout, D.L., Payne, R., Sajko, C., og Sawyer, L. (2005). Remodeling a clinical ladder: an action research design. *Journal for Nurses in Staff Development*, 21(5), 196-201.
- Steaban, R., Fudge, M., Leutgens, W., og Wells, N. (2003). The Vanderbilt Professional Nursing Practice Program, Part 3: managing an advancement process. *Journal of Nursing Administration*, 33(11), 568-577.
- The clinical career ladder for UVAHS professional nurses. (2003). Sótt 5. maí 2005 á <http://www.healthsystem.virginia.edu/internet/pnso/CareerLadderHome.cfm>.
- Trim, S. (2001). Clinical career pathways: an overview. *Kai Tiaki: Nursing New Zealand*, 7(2), 22-23.

Sjúkra- og þrýstingssockar

T.E.D.™

REST.E.D.™



- // Minnkar hættu á blóðtappamyndun um 50%
- // Viðheldur blóðflæði í fótum
- // Kemur í veg fyrir bjúgmyndun
- // 100% latex frír
- // Fáanlegir í þremur litum

Sími: 580 3900

Síðumúli 16 / 108 Reykjavík / fastus@fastus.is / www.fastus.is

FASTUS