

Diakonhjemmet Høgskole

Masteroppgave verdibasert ledelse

MAVERD-599

Hvordan vurderer sykepleiere med lederansvar pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA som et lederverktøy, og hvordan inngår dette i ledelsesprosessen?

Bodil Mørk Lillehol

02. mai 2014

Veileder: Marit Helene Andersen

Antall ord i kappen: 10 389

Antall ord i artikkelen: 8758

Sammendrag

Masteroppgaven er skrevet som en artikkel, og starter med en kappe som inneholder en sammenfattende introduksjon som redegjør for helhet og struktur i arbeidet. Kappen danner grunnlaget for artikkelen. Bakgrunn: God pasientbehandling er avhengig av en arbeidssituasjon hvor pasientenes behov for sykepleie samsvarer med tilgjengelig sykepleierbemanning. Det foreligger ikke forskningsbaserte, valide systemer for å analysere pasientbehov og tilgjengelige pleieressurser ved medisinske og kirurgiske sengeposter i Norge i dag. På denne bakgrunn ble det igangsatt et større evalueringsprosjekt av det finske pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA, ved 5 sengeposter i Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken, Oslo universitetssykehus. Denne masteroppgaven utgjør en av delstudiene i evaluerings-prosjektet med fokus på ledererfaringer. Hensikt: Studiens hensikt var å utvikle kunnskap om hvordan sykepleiere med lederansvar vurderte pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA som et lederverktøy, og hvordan dette inngår i ledelsesprosessen. Metode: Studien er en kvalitativ undersøkelse, og data ble innhentet gjennom to fokusgruppeintervjuer. Data ble analysert med etablert metode for kvalitativ innholdsanalyse. Teori: Colbjørnsens (2004) lederskapsmodell er sammen med Johnsen's m. fl. (2011) prosessorienterte teori om ledelse, valgt som ramme for studien. Like viktig er tidligere empiri og aktuelle styringsdokumenter. Resultater: Informantene beskrev RAFAELA som et nyttig, men ressurskrevende lederverktøy. Fire hovedkategorier fremkom: *kvalitetssikring, synliggjøring av sykepleien, fagutvikling, og resurskrevende system.* Konklusjon: Sykepleiere med lederansvar som deltok i denne studien, erfarte at pasientklassifiseringssystemet RAFAELA var et viktig verktøy for bruk ved medisinske og kirurgiske sengeposter. RAFAELA ble oppfattet som et nyttig, men ressurskrevende verktøy i ledelsesprosessen. Informantene vektla behovet for å ha et felles hjelpemiddel i arbeidet med å analysere pasientbehov opp mot pleieressurser i det daglige arbeidet, men også i strategiarbeidet. Dette medførte en bedre planlegging av driften, og mer effektiv ressursutnyttelse.

Nøkkelord: pasientklassifiseringsverktøy, RAFAELA-systemet, ledererfaringer, fokusgruppeintervju.

Forord

Som seksjonsleder møter jeg til stadighet utfordringer knyttet til økonomi og drift. Kravet om å lede tjenester av høy kvalitet samtidig som budsjettene blir trangere, er en av de største utfordringene i min arbeidshverdag. Nesten daglig opplever jeg utfordringer i å balansere pasientenes behov og antall sykepleiere med nødvendig kompetanse. Det var derfor med stor interesse og nysgjerrighet jeg valgte å fordype meg i pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA, for å finne ut om det var et nyttig verktøy for sykepleiere med lederansvar.

Jeg er svært takknemlig for at min hovedveileder Marit Helene Andersen PhD (seniorforsker og sykepleier ved Oslo universitetssykehus) hadde troen på meg, og inviterte meg til å skrive masteroppgave som et delprosjekt av en allerede etablert evalueringstudie om RAFAELA. Takk for at du har delt av dine erfaringer og kunnskap, og takk for konstruktive tilbakemeldinger og inspirasjon underveis.

Takk til alle mine informanter som åpent fortalte om sine erfaringer med pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA. Jeg er imponert over deres engasjement og glede i arbeidet.

Takk til gruppeveiledere ved Diakonhjemmet Høgskole 1. amanuensis Beate Jelstad Løvaas og dosent Einar Aadland. Takk for konstruktive tilbakemeldinger og refleksjoner.

Takk til min avdelingsleder Jorunn Hagen Rønsen, som har gitt meg mulighet til å fullføre mine studier i ledelse. Mye av det jeg har med meg av ledererfaringer har jeg lært av, og sammen med deg! Takk til klinikkledelsen ved Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken, Oslo universitetssykehus som har bidratt til at denne studien lot seg gjøre.

Takk til mine tre flotte barn som tålmodig har ventet mye på mamma. Nå drar vi til Legoland! Takk for all hjelp med barnepass og lek fra besteforeldrene.

Sist men ikke minst en stor takk til min kjære Jørgen, for stor tålmodighet, utholdenhet og oppmuntring gjennom årene med studier.

Oslo, 2. mai 2014
Bodil Mørk Lillehol

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn og formål	5
1.2 Problemstillingen	6
1.3 Oppgavens oppbygging.....	6
1.4 Begrepsavklaring	7
1.4.1 Sykepleier med lederansvar	7
1.4.2 Ledelse	7
1.4.3 Ledelsesprosessen	8
1.4.4 Pasientklassifiseringsverktøy	8
2 Tidligere forskning.....	9
2.1 Søkeprosedyre	9
2.2 Internasjonal forskning	9
2.3 Norske systemer.....	10
3 Teorigrunnlag	12
3.1 Pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA	12
3.2 Kvalitet	14
3.3. Verdier.....	15
3.4 Lederteori.....	17
3.4.1 Colbjørnsens teori om lederskap	17
3.4.2 Mot en ny ledelsespraksis	20
3.4.3 Sykepleie og ledelse	21
3.4.4 Ledelse i sykehus	22
3.4.5 God vakt! Arbeidsmiljø på sykehus	23
3.5 Oppsummering	24
4 Forskningsmetode	25
4.1 Valg av metode.....	25
4.2 Intervjuguide	26
4.3 Valg av informanter og forskningsarena	26
4.4 Gjennomføringen av intervjuene.....	28
4.5 Metode i analysearbeidet	29
4.6 Metoderefleksjon.....	31
4.6.1 Forforståelse og teoretisk referanseramme	31
4.6.2 Reliabilitet og validitet	32
4.6.3 Etske refleksjoner og valg.....	34
4.7 Oppsummering	35
5 Oppsummering av kappen.....	36
Litteraturlisten	37
6 Artikkel.....	41
Vedlegg.....	71
Vedlegg 1: Svar fra REK.....	71
Vedlegg 2: Personvernombudets tilrådning.....	73
Vedlegg 3: Forespørsel om deltakelse i kvalitetsstudien og informasjon.....	74
Vedlegg 4: Samtykke	77
Vedlegg 5: Spørsmål til fokusgruppeintervju.....	78

1 Innledning

Helse- og sosialsektoren er under økende press fra flere hold. Presset kommer fra brukere, massemedier og politikere som krever effektivisering, bedre kvalitet og riktige prioriteringer. Kontinuerlig utvikling innen medisin og teknologi medfører i tillegg stadig mer komplekse problemstillinger og sammensatte pasientbehov. Ledelse blir avgjørende, og sentrale spørsmål vil være hvordan tilgjengelige ressurser skal fordeles på best mulig måte, og hvordan pasientene skal få best mulig behandling.

1.1 Bakgrunn og formål

God pasientbehandling er avhengig av en arbeidssituasjon hvor pasientenes behov for sykepleie samsvarer med tilgjengelig sykepleierbehandling (Aiken, Sloane, Bruyneel m.fl. 2014). Ressursfordeling i samsvar med optimal standard på sykepleie øker kvaliteten på den sykepleien som gis. En sentral oppgave for sykehusledere er derfor å tilrettelegge for en arbeidssituasjon som innebærer realistiske muligheter for optimal pasientbehandling (Rauhala og Fagerström 2004). Forskning viser også at sykepleiernes bidrag til pleie og behandling av pasientene har en direkte konsekvens på pasientresultatene. På avdelinger hvor sykepleierne opplever at de har for liten tid til å ivareta pasientenes behov, viser internasjonal forskning at lav bemanning øker liggetiden, øker faren for at det blir gjort feil i behandlingen, og i ytterste konsekvens, øker faren for at pasientene skal dø (Aiken, Cimiotti, Sloane, m.fl. 2011; Lucero, Lake og Aiken 2010; Lucero, Lake og Aiken 2009). I St. meld. nr 47 (2008-09) *Samhandlingsreformen. Rett handling - på rett sted - til rett tid*, ble det oppgitt manglende systemer for ressursallokering som en av årsakene til at pasientene ikke fikk dekket sine behov. I januar 2014 presenterte helse- og omsorgsminister Bent Høie samlet sine styringsbudskap, politiske mål og forventninger til sykehusene. Han presiserte viktigheten av å kunne kartlegge utfordringer når det gjelder aktivitet og kapasitet, kvalitet og pasientsikkerhet, personell og kompetanse- og bærekraftig økonomi (Høye 2014). For å kunne kartlegge de utfordringene som etterspørres i Samhandlingsreformen og som Høie viser til, må vi ha gode systemer tilgjengelig. Det foreligger ikke forskningsbaserte systemer for å analysere pasientenes behov og bruk av tilgjengelige ressurser ved medisinske og kirurgiske sengeposter i Norge i dag. I Kreft -kirurgi- og transplantasjonsklinikken ved Oslo universitetssykehus, har det i flere år vært et sentralt tema å skulle innføre ett valid system for virksomhetsregistrering. Det har vært ønskelig å systematisk overvåke og analysere pasientenes behov, og å se behovene opp mot tilgjengelige sykepleierressurser.

Det finske pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA evalueres for tiden ved Kreft -kirurgi- og transplantasjonsklinikken. Verktøyet er et instrument for å måle pleie- og omsorgsbehov, i tillegg til bruk av sykepleierressurser som pleiepersonalet gir til pasientene. Systemet er oversatt til norsk og testet for reliabilitet og validitet (Andersen, Lønning og Fagerström 2014; Fagerström 2000; Frilund, Fagerström 2009). Forskningsprosjektet i klinikken omfatter både kvantitative og kvalitative studier. Denne masteroppgaven representerer en av fire delstudier, og har en kvalitativ tilnærming.

1.2 Problemstillingen

Formålet med denne studien er å få kunnskap om hvordan sykepleiere med lederansvar vurderer pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA, som et lederverktøy. Jeg ønsker også å undersøke hvordan dette verktøyet inngår i ledelsesprosessen. Følgende problemstilling er valgt for denne studien:

Hvordan vurderer sykepleiere med lederansvar pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA som et lederverktøy, og hvordan inngår dette i ledelsesprosessen?

1.3 Oppgavens oppbygging

I det først kapitelet presenteres de begrepene som det er hensiktsmessig å utdype for å belyse problemstillingen. Deretter beskrives forskningsstatus på feltet i kapittel 2. I kapittel 3 presenteres teorigrunnet for studien, hvor det gis en utdypende beskrivelse av pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA. Videre presenteres Colbjørnsens (2004) lederskapsmodell og Johnsen m. fl (2011) sin prosessorienterte teori om ledelse. I kapittel 4 redegjøres det for valg av metode, hvor blant annet utvelgelse av informanter, gjennomføringen av undersøkelsen, analysearbeidet og metoderefleksjon blir beskrevet. Kapittel 5 inneholder en oppsummering, med en påfølgende litteraturliste for kappen. Artikkelen presenteres i sin helhet i kapittel 6, inkludert resultater, drøfting, konklusjon og litteraturliste. Avslutningsvis kommer invitasjons- og samtykkeskjema og intervjuguide som vedlegg.

1.4 Begrepsavklaring

Målet med masteroppgaven er å utvikle kunnskap om erfaringer knyttet til bruken av pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA. For å kunne besvare problemstillingen finner jeg det hensiktsmessig å presisere enkelte begreper i oppgavens begynnelse. Jeg håper at en avklaring av disse begrepene vil klargjøre oppgavens innhold. Enkelte av begrepene vil jeg kort presentere i denne delen, for så å utdype de i teorikapittelet.

1.4.1 Sykepleier med lederansvar

Tittelen *sykepleier med lederansvar* benyttes i denne studien om informantene som er sykepleiere, og som enten er seksjonsledere, assisterende seksjonsledere, fagutviklingssykepleiere eller superbrukere i RAFAELA-prosjektet.

Tittelen *seksjonsleder* ble tatt i bruk etter at man gikk over til klinikkstruktur, og har samme ansvar og arbeidsoppgaver som avdelingssykepleier. Seksjonsleder er førstelinjeleder og nærmeste leder til medarbeidere som utfører kjernevirksomhet i sykehuset på seksjonsnivå. Seksjonslederen har personalansvar, fagansvar, drift og økonomiansvar (Norsk Sykepleierforbund 2005). De samarbeider tett med assisterende seksjonsledere, fagutviklingssykepleiere og superbrukere, og har i stor grad delegert oppgaver til disse i forbindelse med utprøving og testing av RAFAELA i klinikken.

1.4.2 Ledelse

Ledelse er et omfattende område å utdype, og jeg har begrenset meg til å fremlegge teori som jeg finner relevant i forhold til studien, og for å kunne besvare problemstillingen. Mange ulike begreper og definisjoner preger ledelseslitteraturen, og Arnulf (2012:7) hevder at ledelse er enkelt å forklare med store ord, og vanskelig å få til i praksis. De ulike teoriene forsøker å gi ledere råd og verktøy for å være rustet til å møte en utfordrende hverdag (Larsen 2012; Arnulf 2012; Johnsen, Andersen og Vanebo 2011). Begrepet *ledelse* benyttes om de personene som utøver ledelse, og for å beskrive de oppgavene de utfører som ledere. *Management* har samme doble betydning (Strand 2001:17). Ledelse kan også beskrives ved roller, og er når personer i spesielle roller eller med bestemte egenskaper har innflytelse eller makt (Strand 2001).

Watson beskriver ledelse som det å lede en organisasjon slik at de forskjellige menneskene som vil ha noe ut av den, ønsker å fortsette å støtte opp om organisasjonen slik at den kan fortsette å være (Strand 2001). Selznick hevdet at ledelsen måtte bidra til et felles verdigrunnlag og mål for organisasjonen (Strand 2001), noe som også er beskrevet av Colbjørnsen (2004). Han beskriver ledelse som det å skape resultater gjennom andre. Det handler om hvordan lederne får sine medarbeidere til å realisere organisasjonens mål, og innebærer både administrativt, relasjonelt og kulturelt lederskap. Johnsen, Andersen og Vanebo (2011) sin prosessorienterte teori, definerer ledelse som målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker. Ledelse handler om samspillet mellom mennesker som ønsker å nå felles mål i organisasjonen, ved hjelp av felles midler (Johnsen, Andersen og Vanebo 2011:196).

1.4.3 Ledelsesprosessen

I denne studien forstås begrepet ledelsesprosessen som et sett av lederatferd, i en viss rekkefølge, som stadig gjentas. Lederatferden har til hensikt å sørge for at medarbeiderne har de nødvendige forutsetningene for å kunne utføre det arbeidet som forventes. I tillegg vil prosessen handle om å koordinere denne lederatferden (Johnsen, Andersen og Vanebo 2011).

1.4.4 Pasientklassifiseringsverktøy

Pasientklassifisering defineres her som måling av pasientenes individuelle pleiebehov, og de handlingene som pleiepersonalet utfører for å tilfredsstille og imøtekomme pleiebehovene, under en bestemt tidsperiode. Disse målingene uttrykkes i matematiske termer. Tidsperioden for registreringene kan variere fra hvert enkelt skift til ett helt døgn. Ut i fra disse målingene kan man få en oversikt over hvor pleiekravende pasientene har vært, og hvor stor arbeidsinnsats den enkelte pasienten har hatt behov for av pleiepersonalet (Fagerström 2000; Fagerström, Eriksson, Bergbom 1999). Pasientklassifiseringsverktøy måler ikke den totale arbeidsbelastningen til pleiepersonalet. Mange andre faktorer som kultur, pleiekultur, samarbeid innad i organisasjonen, og organisering og planlegging av pleiarbeidet, har innvirkning på den totale arbeidsbelastningen. Det er også viktig å vite at det ikke er mulig å få en fullstendig oversikt over pasientenes virkelige behov, men derimot en god oversikt og hjelp til personalplanlegging og ressursallokering (Fagerström 2000).

2 Tidligere forskning

I dette kapitlet blir det gjort rede for søkeprosedyrer for å finne frem til tidligere forskning om pasientklassifiseringsverktøy. Deretter vil jeg vise til tidligere, internasjonal forskning på området. Selv om det ikke finnes forskningsbaserte pasientklassifiseringsverktøyer i Norge per i dag, har jeg valgt å presentere enkelte systemer som har vært i bruk ved enkelte sykehus de siste 15 årene.

2.1 Søkeprosedyre

Søket er gjort i flere databaser som PubMed, Cinahl, Medline, Idunn, Google Scholar og Helsebiblioteket. Jeg har også utført manuelle søk i sykepleietidskrifter som Sykepleien, Sykepleien Forskning og Vård i Norden. Mye spennende litteratur har blitt lest, og jeg har fått hjelp fra forfatterens referanselister. I søk etter tidligere forskning har jeg ikke funnet norske, publiserte studier som omhandler forskningsbaserte systemer for pasientklassifisering. Men internasjonalt er klassifisering av pasientgrupper, allokering av sykepleierressurser og virksomhetsregistrering aktuelle forskningsområder.

2.2 Internasjonal forskning

Klassifisering av pasientgrupper, allokering av sykepleierressurser og virksomhetsregistrering er aktuelle forskningsområder internasjonalt (De Groot 1989; Carr-Hill og Jenkins-Clarke 1995; Levenstam, Bergbom 2002; Fagerström 2000). I forskningslitteratur som omhandler pleietyngdeklassifisering har økonomiske og administrative motiver dominert.

Klassifiseringssystemer har blitt benyttet som et administrativt redskap for økonomisk kalkulering, budsjettering, kostnadsberegninger, effektivitets- og produksjonsanalyser og personalplanlegging. Utviklingen av systemer for pasientklassifisering startet i USA på 1960-tallet, og i dag benyttes klassifikasjonssystemer som er utviklet internt, av helsepersonell. I enkelte delstater benyttes også kommersielle systemer for pasientklassifisering. I California er hvert enkelt sykehus forpliktet til å klassifisere pasientbehandlingen. I Skandinavia startet utviklingen av pasientklassifiseringssystemer på slutten av 1960-tallet. Systemer som Rush-Medicus, Zebra, Beakta, Monitor og Finsen-modellen har vært i bruk siden 1980-tallet i Sverige, Danmark og på Island (Levenstam og Bergbom 2002). I Norden er det trolig Finland som har gjort mest systematisk forskning på dette temaet, med oppstart av forskning og utvikling av pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA på 1990-tallet.

Flere finske sykehus deltar i dag i et nasjonalt benchmarking-prosjekt der det systematisk samles data om pleiebehov, sykepleierintensitet og bruk av personalressurser. Hensikten er å sammenligne produktivitet, kvalitet og sykepleierkostnader knyttet til pasientbehandling på tvers av sykehus (Fagerström og Rauhala 2007).

2.3 Norske systemer

I Norge har interne, ikke-forskningsbaserte systemer vært i bruk ved enkelte sykehus de siste 15 årene. Virksomhetsregistrering med SVIPS ble over flere år benyttet ved Rikshospitalet. SVIPS er et verktøy, en database for å forenkle inntasting av data og rapportutøenting. Virksomhetsregistrering med SVIPS er systematisk innsamling, organisering og rapportering av data for aktivitet og ressursbruk ved sengepostene. Hensikten med registreringen var å sikre at relevante styringsdata var tilgjengelig for beslutningstakere på alle nivåer i sykehuset, samtidig som det bidrar til å informere de ansatte om resultatene av arbeidet (Rikshospitalet 2004). Ullevål Universitetssykehus HF hadde som eneste sykehus i Norge (i 2006) et system hvor de registrerte pasientenes pleietyngde (Sandvik, Hammer 2006). Heldøgns pasienter fra psykiatriske avdelinger og pasienter på intensivavdelinger ble systematisk og elektronisk registrert og kvalitetssikret over en lengre periode. Disse dataene ble knyttet opp mot den enkelte pasient i det pasientadministrative systemet. Pleietyngden ble registrert som ett tall fra 1-7, og var basert på kriterier som var et uttrykk for pasientenes behov for direkte sykepleie. Kategoriene er basert på sykepleiefaglig kompetanse. (Sandvik, Hammer 2006). Det eksisterer også ulike klassifikasjonssystemer for kirurgiske pasienter og bemanning ved intensivavdelinger. Statens Helsetilsyn har anbefalt alle intensivavdelinger om å kartlegge pasientenes sykdoms- og skadetilstand ved hjelp av *Simplified Acute Physiology Score II (SAPS II)* samt å dokumentere ressursbruk på intensivavdelinger ved hjelp av *Nine Equivalent of nursing Manpower use Score (NEMS)* (Alfheim og Laake 2008).

Grunnet mangel på forskningsbaserte, valide systemer for klassifisering av pasientgrupper, allokering av sykepleierressurser og virksomhetsregistrering i Norge, har det finske pasientklassifiseringssystemet RAFAELA blitt testet ut og evaluert ved Oslo universitetssykehus (Andersen, Lønning og Fagerström 2014).

Den første artikkelen fra evalueringsstudien ble publisert i april (2014), og konkluderer med følgende: *It provides evidence of satisfactory reliability and validity of the Oulu Patient Classification instrument as tested in clinical hospital setting in Norway, demonstrating that this instrument has relevance within clinical nursing practice* (Andersen, Lønning og Fagerström 2014: 309). Jeg føler meg privilegert som har fått ta del i dette forskningsprosjektet, og jeg håper at min delstudie vil tilføre ny og relevant kunnskap om hvordan sykepleiere med lederansvar vurderer RAFAELA.

3 Teorigrunnlag

Innledningsvis utdypes pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA, før begrepene kvalitet og verdier blir forklart. Deretter presenteres lederteorier som omhandler lederprosesser, og som danner grunnlaget for studiens teoretiske referanseramme. Ved å vise til Colbjørnsens (2004) teori om lederskap, og Johnsen, Andersen og Vanebo (2011) sin prosessorienterte lederteori, håper jeg å kunne avklare hvilken betydning pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA har på ledelsesprosessen. Avslutningsvis blir ansvarsområdene til sykepleieledere i sykehus presentert sammen med relevante rapporter.

3.1 Pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA

RAFAELA er et forskningsbasert pasientklassifiseringssystem, som tar utgangspunkt i den enkelte pasients pleiebehov og pleiepersonalets arbeidssituasjon og pleieintensitet.

Motivasjonen bak utviklingen av systemet har vært og er, ønsket om å bidra til å fremme helsevesenets grunntanke om å gi pasientene god og sikker behandling (Fagerström 1999). Et humanistisk menneskesyn hvor pasientenes fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov blir sett, er utgangspunktet for pasientklassifiseringsverktøyet. Systemet er utviklet og i bruk i Finland siden midten av 1990-tallet. I Finland benyttes RAFAELA av ca. 750 enheter og 24 organisasjoner (Rauhala og Fagerström 2004). Verktøyet benyttes også på Island, Sverige og Nederland. Systemet er basert på forskning og brukererfaringer i klinisk arbeid, og er utviklet for medisinske og kirurgiske sengeposter ved sykehus. Hovedideene bak RAFAELA, er at god pasientbehandling er avhengig av en arbeidssituasjon hvor pasientenes behov for sykepleie, samsvarer med tilgjengelig sykepleierbemanning. Når ressursfordelingen er i samsvar med en optimal standard på sykepleien, øker kvaliteten på den sykepleien som gis. Videre er det en sentral oppgave for sykepleierledere å tilrettelegge for en arbeidssituasjon som innebærer realistiske muligheter for optimal pasientbehandling. (Fagerström, Rainio 1999). Pasientklassifiseringsverktøyet består av tre deler, som her inndeles i A: Pleietyngde måles daglig. B: Parallelt med pleietyngde måles sykepleieressurser som har vært allokert direkte til pasientbehandling. C: sykepleiernes egen vurdering av hva som er optimal arbeidsbelastning ved posten.

- A. Pleietyngde måles daglig. Seks sykepleieområder klassifiseres og definerer den enkelte pasients behov for sykepleie ved hjelp av *Oulu Patient Classification instrument: OPC* (Rauhala, Fagerström 2004; Fagerström, Rainio 1999).

B. Områdene som klassifiseres er:

1. Planlegging og koordinering av sykepleie.
2. Respirasjon, sirkulasjon og symptomer på sykdom.
3. Ernæring og legemiddelhåndtering.
4. Hygiene og eliminasjon.
5. Aktivitet, funksjoner, søvn og hvile.
6. Undervisning, veiledning og emosjonell støtte.

B. Parallelt med pleietyngde måles sykepleieressurser som har vært allokert direkte til pasientbehandling. Sykepleiernes virkelige arbeidsbelastning blir så beregnet ved å dele totalt antall poeng for sengepostens pasienter, med antall sykepleiere som har gitt direkte pleie til pasientene i løpet av et døgn (Rauhala og Fagerström 2004).

C. Den siste variabelen i systemet er sykepleiernes egen vurdering av hva som er optimal arbeidsbelastning ved posten. Denne gjøres gjennom en daglig kartlegging over 6-8 uker ved bruk av instrumentet *PAONCIL: Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level*. Etter endt arbeidsdag dokumenterer sykepleierne om hvorvidt de har hatt kapasitet til å møte sine pasienters behov for sykepleie. Dette gir informasjon om enhetens ideelle nivå for sykepleierintensitet, hvor det er balanse mellom pasientenes behov og tilgjengelige sykepleieressurser (Rauhala og Fagerström 2004). Det er de profesjonelle sykepleierne som bedømmer pasientenes behov, og instrumentet PAONCIL er dermed i tråd med teorier om human resource management (HRM), som peker på viktigheten av den menneskelige kapitalen i organisasjonene (Fagerström 2000).

Validiteten til OPC har blitt testet gjentatte ganger med gode resultater (Fagerström 2000). Pasientenes perspektiv er også inkludert i validitetstesting (Fagerström, Rainio 1999)

I artikkelen: *The patient's perceived caring needs: Measuring the unmeasurable*, skriver forfatterne følgende: *A caring science perspective does not only involve a professional perspective, but also involves a patient perspective* (Fagerström, Eriksson og Bergbom 1999: 200). I studien ble 75 pasienter intervjuet om hva som var deres behov for pleie (sykepleie). Pasientenes beskrivelser ble deretter sammenlignet med de seks behovsområdene, som sykepleierne klassifiserer i RAFAELA. Resultatene viste at pasientenes behov stemmer godt overens med de behovene som klassifiseres av sykepleierne, med ett unntak. Studien viser at åndelige - og eksistensielle spørsmål og behov, ikke kom tydelig nok frem i de seks behovsområdene. Forfatterne av artikkelen anbefalte derfor at disse behovene i større grad blir en del av pasientklassifiseringen. I følge pasientene var de fysiske og psykiske behovene dekket av de seks områdene som klassifiseres (Fagerström, Eriksson og Bergbom 1999: 200).

Hovedideene bak Pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA er at god pasientbehandling er avhengig av en arbeidssituasjon hvor pasientenes behov for sykepleie, samsvarer med tilgjengelig sykepleierbemanning. Når ressursfordelingen er i samsvar med en optimal standard på sykepleien, øker kvaliteten på den sykepleien som gis. I det neste kapittelet blir det redegjort for begrepet kvalitet.

3.2 Kvalitet

Kvalitetsbegrepet er både verdiladet og subjektivt, og ulike elementer kan lett komme i konflikt med hverandre. Norsk standard definerer kvalitet som i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav (St. meld. nr 10 (2012-2013)). I helse- og omsorgstjenesten handler kvalitet om forholdet mellom hva som faktisk ytes og hva som kreves eller forventes. Pasienter, ansatte, ledere og myndigheter har alle ulike perspektiver på hva som er kvalitet. I denne studien finner jeg det hensiktsmessig å spesielt se på lederperspektivet. I St.meld. nr 10 (2012-2013) er det tydeliggjort at alle ledere på alle nivåer har et ansvar for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Systemer for kvalitetsmåling skal forbedres og leder skal etterspørre og følge opp resultater. Kvalitetsarbeidet skal føre til bedre helse, mer tilfredse pasienter og bedre ressursutnyttelse.

Kvalitetsarbeidet må være forankret i toppledelsen, og det ligger et spesielt ansvar på ledere som arbeider nær pasientene (St. meld. nr 10 (2012-2013)). Kravet om kvalitet er også hjemlet i Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven). I spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 skal alle som jobber i sykehus arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

For å oppnå god kvalitet og sikker pasientbehandling, står det i § 3-10 at alle som jobber i spesialisthelsetjenesten skal få opplæring, etterutdanning og videreutdanning, for å sikre at de har den kompetansen som kreves for å utføre sitt arbeid forsvarlig. I Sykehustalen (2014) er også kvalitet et sentralt tema. Helse- og omsorgsminister Høyre beskriver følgende: *Kvaliteten i tilbudet varierer for mye mellom sykehusene. Altfor mange blir skadet og dør som følge av feil og mangler i helsetjenesten* (Høyre 2014:1). Videre skriver Høyre at det er møtet mellom menneskene som er det viktigste for pasienten når de vurderer kvaliteten på de tjenestene de mottar fra helsepersonellet. Han oppsummerer denne delen av talen med å presisere målet for regjeringen:

Vi er samlet om det store målet: Å sikre at pasientenes møte med helsetjenesten er så godt som det kan bli. Det betyr å sette pasienten i sentrum, at ventetiden går ned og kvaliteten går opp (Høyre 2014:2).

Regjeringens mål er å skape *pasientenes helsevesen* og Høyre kommer med flere løsningsforslag for å nå målet. Jeg velger å trekke ut de løsningsforslagene som jeg mener er aktuelle i forhold til oppgavens problemstilling, 4-6:

4. Legge fram en Nasjonal helse- og sykehusplan som gjør oss i stand til å planlegge en helsetjeneste med kapasitet og kompetanse til å møte fremtidens behov.
5. Skape bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom endring i ledelse, systemer og kultur.
6. Satse på IKT og kommunikasjon (Høyre 2014:4).

Kvalitet i helse- og omsorgstjenesten er avgjørende for et godt pasientresultat. Begrepet er tett knyttet opp mot verdier som blir beskrevet i det neste kapittelet.

3.3. Verdier

Aadland (2004) definerer verdier som *ønskverdige kvalitetar ved handlingar eller føremål* (Aadland 2004:151). Verdier uttrykker at noe er bedre enn noe annet. De er vide og upresise, men samtidig dypt knyttet til menneskers eksistens (Aadland 2004).

I følge Kaufmann og Kaufmann (2003) er verdier abstrakte idealer uten referanse til spesifikke personer eller objekter, og *handler om våre grunnleggende prinsipper og generelle overbevisninger som gir opphav til spesielle væremåter og handlemåter* (Kaufmann og Kaufmann 2003:263). De ulike verdiene har ulike karakterer, og kan være åpne eller skjulte. De kommer til uttrykk i personenes privatliv og arbeidsliv, og vil påvirke personenes valg og handlingsmønstre.

I Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000): Om verdier for den norske helsetjenesta, også kalt verdimeldinga, defineres verdier på følgende måte: *Verdier er uttrykk for hva som individer, grupper og samfunn anser for å være godt og verdt å strebe etter* (St. meld. nr 26 (1999-2000)). Verdimeldingen belyser verdier i helse- og omsorgstjenesten i et samfunnsperspektiv. Intensjonen med meldingen var å minne om det egentlige formålet med helsetjenesten i en tid hvor mye av fokuset var på reformer knyttet til økonomi, utstyr, personell, organisering og lovgivning. Hovedbudskapet var å styrke det norske helsevesenet som en omfattende og solidarisk velferdsordning, og å sette fokus på å respektere menneskeverdet til pasientene som enkeltindivider (St. meld. nr 26 (1999-2000)). Mange profesjonsyrker som for eksempel leger og sykepleiere har egne verdier knyttet til sin yrkesgruppe som viser hvilket grunnlag den profesjonelle praksisen bygger på og som fungerer som veiviser i det daglige arbeidet. Grunnlaget for sykepleiefaget er respekten for det enkelte menneskets liv, helse og egenverd. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund 2011). I tillegg er ICN sine yrkesetiske retningslinjer viktig som et retningsgivende styringsverktøy og verdisett i det daglige arbeidet som sykepleier. Yrkesetiske retningslinjer inneholder en detaljert beskrivelse av regler og retningslinjer for en etisk akseptabel adferd i yrkesutøvelsen som sykepleier (Norsk sykepleierforbund 2011; Norsk sykepleierforbund 2005). Sykepleiefaget er regulert av Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) som blant annet skal bidra til sikkerhet for pasientene og kvalitet i helsetjenesten. Sentralt blant helsepersonellens plikter er kravet til faglig forsvarlig yrkesutøvelse, jf. helsepersonelloven § 4.

For bedre å forstå hvilke verdier og mål som også er med på å påvirke de ansatte ved Oslo universitetssykehus, har jeg valgt å kort presentere Helse Sør-Øst sin overordnede strategi, og Oslo universitetssykehus sin strategi for de neste årene. Et hovedmål for Helse Sør-Øst er god kvalitet i pasientomsorgen inkludert likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisitet (Helse Sør-Øst 2009). Oslo universitetssykehus er Norges største medisinske og helsefaglige miljø. Dette gir mange muligheter og styrker, samtidig som mange ulike forventninger og behov hos pasientene kan være utfordrende. Med visjonen *Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens medisin* (Oslo universitetssykehus 2012) vil ledelsen ved sykehuset skape en felles og samlende forståelse, av at alle ansatte sammen med pasientene, er med på å forme fremtiden.

Ut i fra denne visjonen er det formulert følgende verdier, kultur og mål: Sykehusets felles verdigrunnlag er de nasjonale verdiene for helsetjenesten: Kvalitet, trygghet og respekt. Kulturen skal være åpen, lærende og helhetstenkende. Målene skal ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv, ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt, være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon og være en god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (Oslo universitetssykehus 2012).

Strategien til Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus vil sammen med de andre nevnte verdiene, høyst sannsynlig være en del av både sykepleiere med lederansvar, og de andre medarbeidernes verdigrunnlag. Verdiene vil være med på å påvirke deres holdninger og atferd, og kommer til uttrykk både privat og i jobbsammenheng.

3.4 Lederteori

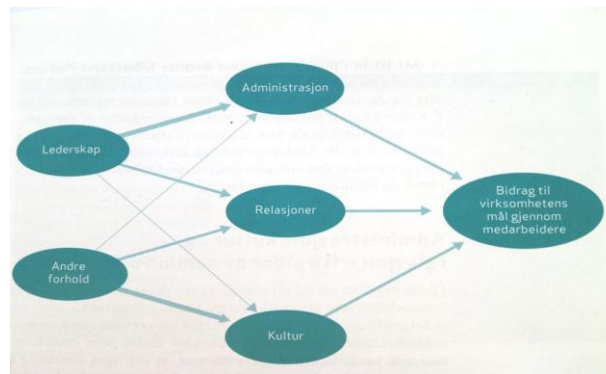
Ledelse er et omfattende område å utdype, og jeg har begrenset meg til å fremlegge teori som jeg finner relevant i forhold til studien, og for å kunne besvare problemstillingen: Hvordan vurderer sykepleiere med lederansvar pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA som et lederverktøy, og hvordan inngår dette i ledelsesprosessen?

De fleste ledelsesteoriene har sin opprinnelse i USA, noe som kan føre til at teoriene blir utfordrende å oversette til norsk ledelseskultur. Jeg har derfor helt bevisst valgt å benytte meg av ledelsesteori som har sin opprinnelse i Skandinavia, og jeg har valgt ut de delene av teoriene som jeg finner relevant for min studie. Jeg vil først presentere Colbjørnsens teori om lederskap, for deretter å utdype Johnsen, Andersen og Vanebo (2011) sin prosessorienterte teori om ledelse. Avslutningsvis blir ansvarsområdene til sykepleieledere i sykehus presentert sammen med relevante rapporter.

3.4.1 Colbjørnsens teori om lederskap

Colbjørnsens (2004) teori om ledere og lederskap bygger på AFFs lederundersøkelser. I undersøkelsen ble et representativt utvalg av norske ledere intervjuet om deres håndtering av lederrollen i 1999 og 2002. Colbjørnsen sin lederteori er basert på målet om å utvikle en lederteori som ikke bare er basert på spesialiserte teorier eller enkeltstående suksesser.

Han mener at det kreves av en teori, at den spesifiserer hvilke mekanismer som gjør at ulike former for ledelse har bestemte effekter på medarbeiderens bidrag til virksomhetens resultater. Ledere utøver lederskap i den grad de får medarbeiderne til å virkeliggjøre målene i virksomheten (Colbjørnsen 2004). Hans modell for lederskap bygger på at ledere utøver både administrativt, relasjonelt og kulturelt lederskap. Se figur 1.



Figur 1 En helhetlig modell for lederskap (Colbjørnsens 2004:59).

Modellen utgjør fundamentet i lederskapet og må sees på som en helhet. Alle tre forhold må inngå i lederskapet for at det skal møte medarbeidernes forventninger. Medarbeiderne påvirkes av administrasjon, relasjoner og kultur med omtrent samme styrke. Likevel er ikke lederne påvirkningsmuligheter på disse faktorene like store. Lederne har størst påvirkningskraft på administrasjon. Dette er oppgaver de i stor grad styrer selv, og det handler om å utforme mål, tydeliggjøre forventninger og å følge opp de ansatte. Deretter har lederne innflytelse på relasjoner ved å arbeide for god dialog med medarbeiderne, gjensidig respekt og empati. Det er allikevel begrenset hvilken påvirkningskraft lederne har på den enkelte medarbeiders personlighet. Minst påvirkningskraft har ledere på organisasjonskulturen. I begrepet kultur ligger de verdier, normer og virkelighetsoppfatninger som preger organisasjonen, og som har formet seg over tid (Strand 2001). Til tross for at lederne har ulik innflytelse på de ulike elementene i modellen, har disse like stor påvirkning på måloppnåelsen i organisasjonen. Alle lederskapets aspekter er viktige å ivareta i både stabile og urolige tider, selv om behovet for lederskap er størst når organisasjonen opplever endring og usikkerhet (Colbjørnsen 2004).

Colbjørnsens modell for lederskap bygger på at ledere utøver både administrativt, relasjonelt og kulturelt lederskap:

Administrativt lederskap

Administrativt ledelse skal sørge for at medarbeidernes innsats fremmer organisasjonens mål og strategi. Colbjørnsen knytter også begrepet prestasjonsledelse til administrativt lederskap. Tydelige mål bidrar til at ledere kan avklare forventninger til sine medarbeidere, og ledernes jobb er å formidle og tydeliggjøre disse forventningene. Ledere veileder de ansatte, og fokuserer på hvilke resultater som skapes. Medarbeiderne har stor grad av frihet til selv å påvirke hvordan jobben skal utføres, så lenge aktivitetene oppfyller forventningene. Oppfølging av medarbeiderne er en viktig administrativ lederoppgave, og ledere støtter medarbeiderne slik at de stadig kan forbedre seg (Colbjørnsen 2004).

Administrativt lederskap handler også om effektiv ressursutnyttelse for å kunne nå, og følge opp mål og resultatforventninger. Administrativt lederskap handler i følge Colbjørnsen også om insentiver. Insentiver er alle fordeler og ulemper som påvirker folks valg og handlinger gjennom egeninteressen (Colbjørnsen 2004: 80). Ledere vil alltid måtte forholde seg til insentiver. De må gjøre valg i forhold til hvilke beslutninger og handlinger de ønsker å påskynde, og forhindre, og hva slags belønningsformer og insentiver de ønsker å benytte. Medarbeiderne påvirkes gjennom oppmuntring og belønning til å nå ønskede resultater. Ledere kan også komme med negative sanksjoner overfor de som ikke leverer som forventet (Colbjørnsen 2004).

Kulturelt lederskap

Kulturen har stor innvirkning på medarbeiderne, og handler om de verdier, normer og virkelighetsoppfatninger som preger en virksomhet (Colbjørnsen 2004). Colbjørnsen (2004) beskriver videre at medlemmene av kulturen har felles verdier og visjoner, og de har felles bruk av symboler og meninger. Kulturen utvikler seg når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene. Organisasjonskulturen påvirker hvordan ledelsen og de ansatte utfører arbeidet sitt. Det kan være vanskelig for en leder å endre en kultur, men ledere med gode kommunikasjonsevner kan lykkes med å påvirke kulturen. For å få gjennomslag for endringer som i utgangspunktet ikke er i tråd med bedriftens kultur, finnes det i hovedsak to måter å påvirke og endre denne kulturen.

Ledere er i følge Colbjørnsen (2004: 51) kulturelle arkitekter og kulturelle objekter.

Ledere fremstår som kulturelle arkitekter når de har fokus på å påvirke kulturen for å understøtte målene i virksomheten. Ledere er kulturelle objekter når de selv er aktører, og en del av kulturens virkelighetsoppfatning.

Relasjonelt lederskap

Relasjonelt lederskap handler om samspillet mellom leder og medarbeider, og det bidrar til måloppnåelse når det skaper positive følelser mellom leder og medarbeider. For at ledere skal kunne utøve relasjonelt lederskap, krever det stor grad av innsikt i egne og andres følelser. I følge Colbjørnsen (2004:53) vil relasjonelt lederskap utvide ledernes kapasitet til å nå frem til medarbeiderne og påvirker det emosjonelle klimaet. Dette gjøres gjennom å ivareta sosiale behov, og gjennom å bygge relasjoner. I relasjonsbegrepet omfattes også *empowerment*. Begrepet blir på norsk ofte oversatt med *myndiggjøring*. Det innebærer at ledere i stor grad delegerer myndighet og ansvar, og gir medarbeiderne stor grad av frihet. Medarbeiderne arbeider selvstendig og får i stor grad velge hvordan de vil utføre sine arbeidsoppgaver. De har nødvendig fagkunnskap og vet hva som forventes av dem. Lederne vil i svært liten grad ha behov for å gi coaching eller utøve makt ovenfor medarbeiderne (Colbjørnsen 2004).

Jeg har beskrevet ulike mekanismer for lederskap som Colbjørnsen (2004) mener er en forutsetning for at ledere skal kunne ivareta sine lederoppgaver. Lederskapet virker gjennom prosessene administrasjon, kulturbygging og relasjoner, som må være tilstede for å skape ønskede resultater i organisasjonen (Colbjørnsen 2004).

3.4.2 Mot en ny ledelsespraksis

Erik Johnsens prosessorienterte teori om ledelse, er beskrevet av Johnsen, Andersen og Vanebo 2011, i boken *Modernisering av offentlig sektor*. I kapitlet *Mot en ny ledelsespraksis* definerer Johnsen m.fl. (2004), ledelse som målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker. Ledelse handler om samspillet mellom mennesker som ønsker å nå felles mål i organisasjonen ved hjelp av felles innsats (Johnsen, Andersen og Vanebo 2011:196). Lederatferd praktiseres av de formelle lederne, men også av og til av medarbeiderne, og er til stede i prosesser som fører frem til beslutninger i organisasjonen. Det er særlig tre prosesser, som Johnsen, Andersen og Vanebo (2011) kaller lederprosesser. Ledelsesprosessene er de målformulerende prosessene, problemløsende prosessene og kommunikasjonsprosessene.

Lederatferden og ledelsesprosessene foregår blant ledere på alle nivåer i organisasjonen. Lederne formulerer mål som skapes gjennom konflikt- og konsensusprosesser, og grunnlaget for problemløsningsprosessen er at lederne hele tiden tar valg og beslutninger. Lederne må også ha evne til å kommunisere med hverandre, og de må utvikle et felles begrepsapparat eller språk. Ledelse er en selvstendig funksjon som må ivaretas i enhver organisasjon, og lederne har ansvaret for at ledelsesprosessene i organisasjonen fungerer. Lederne må skape et miljø hvor målene er med på å styre hverdagen, og hvor den totale kompetansen i organisasjonen benyttes til aktiv problemløsning. Johnsen, Andersen og Vanebo (2011) viser også til at ledelsesbevissthet er helt nødvendig for å utøve ledelse overfor helheten, men også den enkelte medarbeider.

I kapitlet: *Mot en ny lederpraksis* har jeg redegjort for Johnsen m.fl. sin lederteori. Teorien er prosessorientert og definerer ledelse som målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker. I følge Johnsen, Andersen og Vanebo (2011:203) er det spesielle med å være ledere i offentlige organisasjoner at krav til kvalitet og effektivitet må ballanseres med krav til ansvarlighet og legitimitet.

3.4.3 Sykepleie og ledelse

For å få en større forståelse av hvilke ansvarsområder sykepleieledere har, vil jeg gjøre rede for Norsk Sykepleierforbunds beskrivelse av hva det innebærer å være sykepleier med lederansvar. Sykepleierledere har blant annet ansvar for den sykepleiefaglige kvaliteten, utviklingen av sykepleiefaget, undervisning, igangsettelse av forskning, kunnskapsbasert praksis, prioriteringer og resultater (Norsk Sykepleierforbund 2005:6). Sykepleierledere har et helhetlig ansvar for fire områder, som alle har lik verdi, men som vektlegges ulikt ut i fra ulike lederstillinger: det administrative ansvaret, faglig ansvar, juridisk ansvar og etisk ansvar. I det administrative ansvaret forventes det at sykepleieledere tydeliggjør strategier og mål for virksomheten. Like viktig er det å sørge for at strategiene og målene integreres hos alle ansatte, og sørge for å iverksette tiltak for å nå disse målene. Sykepleieledere skal også være proaktive, løsningsorienterte og ha fokus på helheten i tjenesten (Norsk Sykepleierforbund 2005:7). Det faglige ansvarsområdet innebærer å sikre sykepleie av høy kvalitet til pasientene. For å oppnå høy kvalitet må sykepleieledere sørge for å ha fokus på fag og kompetanseheving, og de må være tydelig på hva som kreves for en forsvarlig praksis.

Lederne må hele tiden vurdere hvilken bemanning og kompetanse som må være tilstede for å kunne ivareta pasientenes behov. Det faglige ansvarsområdet og behovet for faglig ledelse er også beskrevet i NOU: 2 *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus* (Norsk Sykepleierforbund 2005:8). Sykepleieledere har også et juridisk ansvar, og det forventes at de har kunnskap om lover som angår virksomheten og sykepleierfaget. I det juridiske ansvaret er krav om forsvarlighet sentralt. Krav om forsvarlighet handler om den enkeltes plikt til å utføre sykepleie på en forsvarlig måte, og er grunnlaget i alle helselovene. For sykepleielederne handler det også om å sikre at vilkårene er tilstede slik at medarbeiderne kan utføre et forsvarlig arbeid med høy kvalitet (Norsk Sykepleierforbund 2005:8).

Det etiske ansvarsområdet til sykepleieledere er nedfelt i NSF's etiske retningslinjer. De etiske retningslinjene bygger på grunnlaget for sykepleie som er respekt for det enkelte menneskes liv, helse og egenverd, og er sammen med lovverkets krav om forsvarlig praksis, med på å regulere sykepleierfaget (Norsk Sykepleierforbund 2005:8).

Sykepleierledere har et administrativt, faglig, juridisk og etisk ansvar. De skal arbeide for å sikre at pasientene får sykepleie av høy kvalitet gjennom prioriteringer, og ved å påvirke rammene og retningslinjene, som skal sørge for at sykepleie utføres faglig forsvarlig i henhold til lovverket. (Norsk Sykepleierforbund 2005:8).

3.4.4 Ledelse i sykehus

I reformen *Pasienten først. Ledelse og organisering i sykehus* NOU (1997:2:124) defineres ledelsesfunksjonene i sykehus ved følgende punkter:

- Helhetlig ansvar for de resultater og den kvalitet på tjenestene som enheten skaper, og for at arbeidet skjer innenfor de rammer og myndigheter og eiere har trukket opp.
- Overordnet personalansvar for alle medarbeidere og yrkesgrupper innen enheten; herunder at dette oppfattes av enhetens medarbeidere.
- Ansvar for arbeidsmiljø og at de organisasjonskulturelle holdningene er tilpasset oppgavene som skal løses.
- Kontinuerlig å vurdere behovet for, ta initiativet til og gjennomføre nødvendige endringsprosesser.
- Evne og vilje til å utøve ledelse gjennom bruk av formelle myndighet, formell og uformelle beslutningsteknikker og bruk av delegering.

Reformen *Pasienten først* vektlegger ledernes ansvarsområder og definerer hva det forventes at lederne skal gjøre (NOU 1997:2:124).

I dokumentet *Plattform for ledelse i staten* (2008) beskrives rammer og prinsipper for ledelse i staten. Dokumentet slår fast at statens ledelsespolitikk må tuftes på statens særpreg, verdigrunnlag og overordnede mål (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2008). Dokumentet beskriver hvilke områder lederne i staten er ansvarlige overfor. Det dreier seg blant annet om å skulle medvirke til å utvikle en sterk og effektiv offentlig sektor, som gir alle innbyggerne gode helsetjenester, valgfrihet og medbestemmelse. Lederne skal arbeide for å oppnå resultater som er til det beste for fellesskapet, i henhold til politiske prioriteringer og grunnleggende verdier i samfunnet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2008). I dokumentet beskrives også lederrollene i staten, og de forventningene som stilles til lederne. Lederne må ivareta strategiske funksjoner, funksjoner knyttet til drift, administrasjon og arbeidsprosesser, relasjonelle funksjoner og informasjons- og kommunikasjonsfunksjoner (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2008).

3.4.5 God vakt! Arbeidsmiljø på sykehus

I tilsynsrapporten fra Arbeidstilsynet: *God vakt! Arbeidsmiljø på sykehus* (2008), beskrives resultatene av en landsdekkende tilsynskampanje rettet mot sykehus i Norge. Tilsynene ble gjennomført i 2005-2006, og på nytt i 2008. Tilsynene hadde fokus på omstilling, psykiske og sosiale belastninger, ergonomiske belastninger og kjemisk og biokjemisk helsefare. Målet var at færre arbeidstakere skulle utsettes for helseskadelige belastninger. De funnene som er aktuelle å belyse i denne studien var: *Ansatte opplevde et misforhold mellom oppgaver de skulle løse og egen arbeidskapasitet, førstelinjeledere hadde ofte en helsebelastende arbeidssituasjon, og stor omsorg for pasientene og deres behov, tidvis på bekostning av egen helse og velferd* (Arbeidstilsynet 2008). Etter tilsynene har Arbeidstilsynet kommet med en rekke pålegg til sykehusene, og det var en tydelig bedring fra 2005-2006 til 2008. Men det er fortsatt store utfordringer i norske sykehus knyttet til ressurser. I 2009 ble det gitt pålegg til 17 helseforetak knyttet til arbeidsmiljøproblemer relatert til ubalanse mellom oppgaver og tilgjengelige ressurser (Arbeidstilsynet 2008).

3.5 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg presentert pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA. Hovedideene bak RAFAELA er at god pasientbehandling er avhengig av en arbeidssituasjon hvor pasientenes behov for sykepleie samsvarer med tilgjengelig sykepleierbemanning, og at ressursfordelingen er i samsvar med optimal standard på sykepleien. Vektøyet består av tre deler hvor det er mulig å måle pasientenes pleietyngde, og de sykepleierressursene som har vært allokert i direkte pasientbehandling. Den tredje variabelen er sykepleiernes egne vurderinger av hva som er optimal arbeidsbelastning ved posten (Rauhala og Fagerström 2004).

Videre ble det redegjort for begrepene kvalitet og verdier. Kvalitet i helse- og omsorgstjenesten er avgjørende for et godt pasientresultat. Begrepet er tett knyttet opp mot verdier som handler om våre grunnleggende prinsipper og generelle overbevisninger, som gir opphav til spesielle væremåter og handlemåter (Kaufmann og Kaufmann 2003:263). Verdier uttrykker at noe er bedre enn noe annet (Aadland 2004:151), og påvirker holdninger og atferd.

Deretter ble det beskrevet ulike mekanismer for lederskap, som Colbjørnsen (2004) mener er en forutsetning for at ledere skal kunne ivareta sine lederoppgaver. Lederskapet virker gjennom prosessene administrasjon, kulturbygging og relasjoner, som må være tilstede for å skape ønskede resultater i organisasjonen (Colbjørnsen 2004). I kapitlet: *Mot en ny lederpraksis* ble det redegjort for Johnsen m.fl. (2011) sin lederteori. Teorien er prosessorientert og definerer ledelse som målformulerende, problemløsende og språkskappende samspill mellom mennesker (Johnsen, Andersen og Vanebo 2011).

Denne studien omhandler sykepleiere, så det var viktig å utdype deres ansvarsområder. Sykepleierledere har et administrativt, faglig, juridisk og etisk ansvar. De skal arbeide for å sikre at pasientene får sykepleie av høy kvalitet gjennom prioriteringer, og ved å påvirke rammene og retningslinjene, som skal sørge for at sykepleie utføres faglig forsvarlig i henhold til lovverket. (Norsk Sykepleierforbund 2005:8).

Videre ble ledelsesfunksjonene i sykehus presentert, sammen med en beskrivelse av rammene og prinsipper for lederne i staten. Avslutningsvis ble enkelte resultater fra tilsynsrapporten fra Arbeidstilsynet: *God vakt! Arbeidsmiljø på sykehus* (2008) presentert.

4 Forskningsmetode

I dette kapitlet blir valg av metode presentert og begrunnet. Jeg har valgt fokusgruppeintervjuer, som metode for innhenting av data. Valg av studieenhet og respondenter vil også bli nærmere presentert. Jeg vil beskrive utformingen av intervjuguiden og hvordan jeg gjennomførte to fokusgruppeintervjuer. I kapitlet om metoderefleksjon viser jeg hvordan begreper som reliabilitet og validitet, har vært viktige under hele forskningsprosessen. Før oppsummeringen presenterer jeg mine etiske refleksjoner som bygger på forskningsetiske retningslinjer.

4.1 Valg av metode

Problemstillingen i studien er: Hvordan vurderer sykepleiere med lederansvar pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA som et lederverktøy, og hvordan inngår dette i ledelsesprosessen?

Både kvantitativ og kvalitativ metode ville kunne gi meg svar på problemstillingen. Ved å velge kvantitativ metode kunne jeg ha fått generaliserbare resultater, gjennom systematisk å samle inn data ved hjelp av spørreskjemaer. Det hadde vært hensiktsmessig, hvis problemstillingen handlet om å kartlegge omfang, fordeling og forskjeller, og ved spørsmål som *hvor mye, hvor ofte* eller *mer effektivt enn* (Malterud 2004). Det hadde vært interessant å spørre et større antall sykepleiere med lederansvar, om deres erfaringer med pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA. Kanskje ville da resultatene blitt generaliserbare. Det som ble avgjørende for mitt valg, var at jeg ønsket å utvikle dybdekunnskap om sykepleieledernes erfaringer med RAFAELA. På denne bakgrunnen besluttet jeg at en kvalitativ tilnærming, ville være den beste fremgangsmåten. Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Malterud (2012) beskriver at de kvalitative metodene sikter mot å forstå og beskrive, noe som stemmer godt overens med mine tanker og ønsker for denne studien. Jeg ønsket å få frem ledernes egne beskrivelser, og å la dem utdype disse underveis.

To fokusgruppeintervjuer ble valgt som metode for datainnsamling, blant annet for å få frem mangfold og nyanser i datamaterialet. Jeg håpet å få frem fortellinger der informantene bygget på hverandres erfaringer.

Slik står samhandlingen mellom deltakerne sentralt i et fokusgruppeintervju, mens det i individuelle dybdeintervjuer fokuseres mere på enkeltinformantens unike erfaringer. Jeg inviterte deltakerne til samtaler, samhandling og diskusjon omkring mitt tema. Metoden kjennetegnes av fleksibilitet og er særlig rettet mot å hente ut aktørenes egen virkelighetsoppfatning, deres motiver og deres tankemåte (Repstad 1991). Dette er en metode det vil være mulig å få frem sykepleiernes egne erfaringer, tanker og oppfatninger om pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA (Sagatun 2009).

Jeg anser kvalitativ metode som hensiktsmessig for min studie, tross for at denne tilnærmingen er begrenset ved at resultatene ikke kan generaliseres. Imidlertid kan resultatene ha overføringsverdi, og være av betydelig interesse for sykepleieledere ved somatiske sykehus der pasientklassifiseringsverktøyet benyttes.

4.2 Intervjuguide

Jeg utarbeidet en intervjuguide (vedlegg nr. 5), for å sikre at viktige deler av problemstillingen ble belyst under fokusgruppeintervjuene. Flere av spørsmålene var basert på funn fra tidligere forskning om pasientklassifiseringsverktøyer. Spørsmålene var få og åpne, og jeg motiverte deltakerne til å reflektere over emnet med hverandre. Det er viktig at det kvalitative forskningsintervjuet skal være åpent, ikke standardisert (Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin og helsefag (NEM) 2009). En viktig forutsetning var også å legge til rette for oppfølgingsspørsmål, som ga mulighet til å følge opp informasjon som i utgangspunktet var ukjent for forskeren. Med min bakgrunn som sykepleier, leder, og mine erfaringer i bruk av RAFAELA, er det naturlig at min forforståelse har preget studien. Allerede da jeg skrev intervjuguiden var jeg med mine erfaringer med på å påvirke det empiriske materialet. I denne fasen var det derfor viktig å drøfte min rolle og mine valg med en erfaren forsker som deltok i de ulike faser av forskningsprosessen.

4.3 Valg av informanter og forskningsarena

I følge Malterud kan et godt strategisk utvalg, og nøye gjennomtenkt sammensetning av de gruppene som skal intervjues, være helt avgjørende for resultatene i forskning. Det kan være med på å styrke, eller svekke validiteten av datamaterialet. Det vil også kunne få betydning for kvaliteten på studien (Malterud 2012: 37).

Jeg har valgt å intervju sykepleiere med lederansvar, det vil si at de er seksjonsledere, assisterende seksjonsledere eller fagutviklingssykepleiere, som arbeider ved sengeposter på et stort sykehus. Alle informantene i studien, hadde erfaring med bruk av RAFAELA. I og med at det var få sykepleiere med lederansvar i Norge som hadde praktisk erfaring med bruk av RAFAELA, var det nødvendig å rekruttere deltakere fra samme klinikk som jeg arbeider. Flere av deltakerne kjente hverandre fra tidligere, og jeg opplevde at det hadde en positiv innvirkning på samhandlingen i gruppen. Det er viktig å være klar over at samtaler mellom de som kjenner hverandre fra før kan følge i gamle spor. Man kan risikere at de sier det samme til hverandre som de pleier å si når de møtes i andre sammenhenger (Malterud 2012). For meg var det viktig å bryte *vanebundet fortellingsløp* i gruppen, og dette var spesielt aktuelt i starten av begge intervjuene.

Etter at jeg hadde bestemt meg for sykehus som forskningsarena, snakket jeg med min leder og seniorforsker ved klinikken. Jeg fikk også positiv tilbakemelding, på min henvendelse til klinikkensjefen. Denne studien er en del av en evalueringsstudie, hvor de formelle henvendelsene til ledelsen allerede var avklart. Forsker ved klinikken var behjelpelig med å gi meg en oversikt over sykepleiere med lederansvar, som hadde erfaring med pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA. Jeg kontaktet informantene med e-post, hvor jeg kort informerte om studien, og forspurte om de ønsket å delta på ett fokusgruppeintervju. Jeg skrev også at jeg ville ta kontakt med de per telefon etter noen dager, for å få svar på forespørselen. Enkelte svarte direkte på mail. Deretter kontaktet jeg de aktuelle informantene på telefon. Til de som ønsket å delta sendte jeg mer utdypende informasjon om forskningsprosjektet (vedlegg nr. 3), og ett individuelt samtykkeskjema som deltakerne skulle signere og levere i forkant av intervjuet (vedlegg nr.4) Jeg la også ved kontaktinformasjon slik at alle kunne ta kontakt meg på e-post eller på telefon. De fleste av sykepleierne jeg forespurte om deltakelse, ønsket å delta på ett fokusgruppeintervju. De var positive til å dele sine erfaringer, og opplevelser vedrørende bruk av RAFAELA. Det var et viktig mål for meg i den videre prosessen å holde fast på denne positiviteten, og jeg ønsket at informantene skulle oppleve intervjuet som meningsfylt. Uken før intervjuet sendte jeg en e-post med en påminnelse om avtalen, og en presisering av tid og sted for gjennomføringen.

4.4 Gjennomføringen av intervjuene

Jeg hadde to fokusgruppeintervjuer høsten 2013, med totalt 12 informanter. Jeg ledet intervjuene (moderator) i samarbeid med en observatør med forskererfaring. Observatøren tok feltnotater under intervjuene, hjalp meg undervis slik at alle informantene ble inkludert og at alle spørsmålene fra intervjuguiden ble belyst. Observatøren var spesielt opptatt av å registrere den nonverbale kommunikasjonen underveies, og hun sørget for replikkfesting (Malterud 2012). Det var også svært nyttig for meg å diskutere intervjuguiden og gjennomføringen av intervjuene med observatøren og seniorforsker, i forkant av intervjuene. Jeg valgte et egnet møterom på sykehuset utenfor klinikken, og alle informantene møtte til avtalt tid. Jeg startet med å ønske velkommen, informerte kort om formålet med studien og om den praktiske gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet. Jeg takket alle for at de var villige til å stille opp. Informantene fikk også kort informasjon om gjensidig taushetsplikt, anonymisering, informasjon om hvem som vil få tilgang til forskningsmaterialet, om sletting av lydopptak og lagring av forskningsdata. Det ble gitt mulighet til å stille spørsmål før oppstart. Alle fikk navnskilt som ble plassert godt synlig, jeg informerte om at lydopptaket ville bli startet og intervjuet begynne. Intervjuene startet med en kort presentasjonsrunde. I tråd med Malterud (2012) innledet jeg med en kort introduksjon av studien og hensikten. Videre presiserte jeg at informantenes kunnskap og erfaringer med RAFAELA, er nødvendige for å kunne utvikle kunnskap for å bedre forutsetningene for både helsepersonell og for pasientene (Malterud 2012). Jeg brukte intervjuguiden underveis og noterte hvilke spørsmål informantene hadde svart på, og sørget for at alle temaene ble diskutert. I oppstarten av intervjuet fulgte jeg rekkefølgen på spørsmålene, men oppdaget tidlig at det var mere hensiktsmessig å følge informantenes samtaler og diskusjoner. Jeg lyttet, stilte oppfølgingsspørsmål, fikk informantene til å utdype og forklare sine meninger. Jeg opplevde at det var god dynamikk, samhandlingsflyt, og stort engasjement blant informantene. Mot slutten av intervjuet åpnet jeg opp for at deltakerne kunne få reflektere over endringsmuligheter eller forbedringsbehov, knyttet til bruk av RAFAELA. Intervjuet ble avsluttet til avtalt tid.

Etter gjennomføringen av intervjuene, fikk jeg flere positive tilbakemeldinger fra flere av informantene. De formidlet at de opplevde samtalene og diskusjonene som meningsfulle og informative.

Det var tydelig at informantenes opplevelse stemmer overens med NEM sin beskrivelse av samme tema: Når en forsker vil studere bestemte informanternes erfaringer og handlinger, kan dette også oppleves som positivt for deltakerne. Intervjusituasjonen kan gi informantene en opplevelse av å *ha noe å bidra med*.

Forskerens fortolkninger av informantenes bidrag kan, også gi de økt innsikt i sin egen situasjon (Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin og helsefag (NEM) 2009).

4.5 Metode i analysearbeidet

Ved gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet ble det gjort lydopptak. Lydopptaket ble transkribert ordrett av en sekretær, som ikke deltok på intervjuet. Sekretæren hadde erfaring fra tidligere prosjekter, og fikk i tillegg nøye beskrivelser om hvordan lydopptaket skulle transkribes. Malterud (2004) anbefaler at forskeren lager utskriftene selv, og presiserer viktigheten av å vise respekt for transkripsjonsarbeidet. Transkriberingen gir ikke forskeren bare en tekst, det er et filtrerings- og tolkningsarbeid (Malterud 2004). Ideelt sett hadde jeg ønsket å transkribere intervjuene selv. Dette ville ha gitt meg mer inngående kjennskap til materialet på et tidligere tidspunkt. Grunnet tidspress valgte jeg allikevel å få hjelp til transkriberingen. For å sikre meg at transkriberingen var utført tilfredsstillende lyttet jeg på intervjuet flere ganger, og noterte det jeg mente var upresist nedskrevet.

Dataanalysen ble utført sammen med seniorforsker, og utført etter anerkjent metode for innholdsanalyse. Analyse innebærer i følge Malterud (2004: 95) både abstraksjon og generalisering. I forskningsprosessen har det vært viktig for meg å opprettholde en nærhet og oppriktighet til materiale, samtidig som jeg har erfart at det også er mye jeg må velge bort gjennom filtrering og reduksjon (Malterud 2004). I litteraturen er det ikke en bestemt analysemetode som passer best for data fra fokusgrupper, det er mange alternativer. For meg var det viktig å benytte en modell, som kunne gi meg en konkret prosedyre for analysearbeidet. Med dette utgangspunktet valgte jeg å benytte *Meningsfortetting* til hjelp for å analysere intervjutekstene. I følge Kvale (2001) medfører meningsfortetting en forkortelse av intervjupersonenes uttalelser til kortere formuleringer. Lange setninger komprimeres til kortere setninger. Meningen i det som sies skrives med færre ord, og man får frem mer og mer grunnleggende betydning av det som informantene har sagt (Kvale 2001).

Meningsfortetting er en empirisk, fenomenologisk analyse som i følge Malterud (2004) har fire trinn:

1. Helhetsinntrykk

Vi startet med å lese gjennom begge intervjuene, for å få en oversikt over innholdet. Målet var å legge min forforståelse og teoretiske referanseramme tilside, og fokusere på helhetsbildet. Det var viktig å være åpen for det som informantene formidlet. Vi lyttet til intervjuene sammen, samtidig som vi leste og noterte på de skrevne intervjuene. Dette var viktig for å sikre at alt som informantene formidlet kom frem, og for å få oversikt over hvilke informanter som sa hva. Etter å ha lest og lyttet til teksten gjentatte ganger ble inntrykkene oppsummert, og vi startet å lete etter foreløpige temaer og hovedkategorier. I denne fasen satt jeg igjen med tre hovedkategorier: Kvalitet, synliggjøring, fagutvikling.

2. Meningsbærende enheter

I andre fase var målet å skille ut relevant tekst, som kan belyse problemstillingen. Alt materialet ble gjennomgått, i forsøk på å identifisere meningsbærende enheter. Vi valgte ut deler av teksten som hadde innhold som passet inn under de ulike kategoriene, identifisert under trinn en. De ulike delene av teksten var setninger og sitater, og representerte foreløpige ideer om ulike sider av problemstillingen. Deretter ble de meningsbærende enhetene systematisk gjennomgått og kodet med post it-lapper med ulike farger, og plassert under en av kodegruppe på veggen. Alle lappene ble også merket med informantens nummer, sidetall og om det var intervjugruppe en eller to. Gjentatte ganger stilte vi spørsmål til kategoriene, som var valgt. Det var til stor hjelp å og flytte rundt på de ulike post it-lappen. Mange av lappene ble flyttet på flere ganger, og det var mange vurderinger og refleksjonsrunder, før denne fasen ble avsluttet.

3. Kondensering

I trinn tre som Malterud (2004) beskriver som kondensering, handler det om å systematisk hente ut mening, ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene, i de ulike kodegruppene. Vi lette etter nyanser i datamaterialet, og forsøkte å fortette innholdet og danne subgrupper. Flere ganger opplevde vi at temaene overlappet hverandre, og det var utfordrende å se hvilke av temaene i datamaterialet, som det var naturlig å plassere under kodegrupper eller subgrupper. Tekstene ble under kondenseringen tolket ut fra faglig perspektiv og ståsted.

I denne fasen ble det tydelig for meg, at de tre hovedkategoriene ikke var tilstrekkelig for å dele inn og fange opp viktige temaer, som informantene snakket om i intervjuene. Jeg hadde behov for ytterligere en hovedkategori: ressurskrevende system.

4. Sammenfatning

Fjerde trinn er i følge Malterud (2004) en sammenfatning, hvor forskeren gjenforteller det som er funnet. Målet er at sammenfatningen er lojal mot det informantene har formidlet, og at studien gir leserne innsikt og tillit (Malterud 2004). Data fra kodegruppene og subgruppene ble sammenfattet. Hver av kodegruppene ble overskrifter i analysedelen, og subgruppene fikk egne avsnitt. Dette har dannet grunnlaget for å vise til hva mine innsamlede data forteller om problemstillingen.

4.6 Metoderefleksjon

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for min forforståelse, og jeg vil diskutere oppgavens reliabilitet, validitet og etiske aspekt.

4.6.1 Forforståelse og teoretisk referanseramme

I kvalitativ forskning er det viktig å være bevisst betydningen av egen forforståelse og av egen teoretiske referanseramme. Det er i følge Malterud (2004) i dette samspillet den nye kunnskapen vil vokse frem fra studiens empiri. For meg har det vært viktig å reflektere over min rolle som forsker i eget fagfelt, og jeg har som Malterud anbefaler, brukt mye tid på å tenke igjennom de forholdene som er med på å styre min inngang til kunnskapen (Malterud 2004). Som sykepleier og leder har jeg nærhet til forskningsfeltet. Jeg jobber i samme klinikk som informantene, og jeg har samarbeidet med enkelte av informantene i tidligere prosjekter. Jeg deltar også i månedlige sykepleierfaglige ledermøter sammen med et fåtall av deltakerne. Mine egne erfaringer med RAFAELA, som leder og sykepleier, har vært en viktig motivasjon for arbeidet med problemstillingen. Men det har også hele tiden vært viktig for meg å være bevisst mine egne tanker og følelser omkring arbeidet med studien. Det har vært utfordrende å legge min forforståelse tilside, men jeg har hele tiden jobbet bevisst for å få frem informantenes *stemmer*. Paulgaard (1997: 75) er tydelig på at forskernes personlige forutsetninger vil ha stor betydning for hva en får adgang til hos informantene og hvilke problemer man møter. Disse utfordringene vil man møte uansett om man forsker innenfor egen eller andres organisasjoner og kulturer.

Mine resultater er fra det empiriske materialet, og med stor bevissthet og varsomhet omkring min forforståelse, opplevde jeg ikke min rolle som begrensende. For meg var det også viktig å være bevisst min teoretiske referanseramme. I følge Malterud (2004: 49) omfatter denne modellen, teorier, begreper, definisjoner og forskningstradisjoner for å forstå meningen og skape struktur i forskningsmaterialet. Trolig har min bakgrunn som sykepleier og mine studier i ledelse formet mitt arbeid med denne studien. I teoridelen har jeg forsøkt å belyse noe av min teoretiske referanseramme som er gyldig for denne studien. I følge Repstad (2004) kan nærhet til forskningsfeltet også gi mange fordeler som kjennskap til feltet, motivasjon, engasjement, utholdenhet, solidaritet, lojalitet og sympati. Jeg opplevde å kjenne meg igjen i mange av utfordringene og problemstillingene som ble belyst av informantene under fokusgruppeintervjuene. Jeg identifiserte meg med sykepleierne og opplevde det svært meningsfylt å kunne lede to fokusgrupper med så engasjerte og reflekterte sykepleiere. Sagatun (2009:160) beskriver det å forske i egen organisasjon som en balanse mellom nærhet og distanse. Hun beskriver at de som forsker på en ukjent arena må gjøre en ekstra innsats for å komme inn i organisasjonen, mens de som forsker i egen organisasjon, må streve for å komme ut av sin egen *hjemmeblindhet*. Sagatun (2009) viser til Marianne Gullestad, sosialantropolog som tok antropologisk forskning i egen kultur på alvor. Hun anbefalte å ha et nøkternt og avslappet forhold til studier av egen kultur, og hun uttalte at begrensningene i denne forskningen vanligvis er overbetonte.

I følge Kvale (2007) blir det også i vitenskapelig forskning stilt spørsmål ved om datamaterialet og funnene er generaliserbare. Det er flere former for generaliserbarhet. I min studie har det vært viktig å se etter om funnene kan overføres til nye situasjoner, og å være anvendbare for andre i helsevesenet.

4.6.2 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet handler om forskningsfunnenes konsistens (Kvale 2007). Det er viktig at funnene er så pålitelige og nøyaktige som mulig, og graden av reliabilitet avgjør i hvilken grad studien kan etterprøves. Reliabilitet kan deles inn i indre og ytre reliabilitet. Indre reliabilitet omhandler i hvilken grad andre forskere kan anvende begrepsapparatet for analysen av data på samme måte som den opprinnelige forskeren.

Ytre reliabilitet beskriver i hvilken grad ulike forskere vil oppdage samme fenomen og generere de samme begrepene i sammenlignbar forskning (Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin og helsefag (NEM) 2009). I denne studien samarbeidet jeg med flere sykepleiere med forskererfaring, noe som var med på å styrke den indre og ytre reliabiliteten i forskningen. Kvale (2007:164) beskriver at det er et mål å ha høy reliabilitet av funnene i studien, for å hindre at vi blir subjektive. Samtidig kan en for sterk fokusering på reliabiliteten motvirke kreativ tenkning og variasjon.

Kvale (2007) viser til at validitet handler om sannhet og kunnskap, og i mange sammenhenger defineres validitet som en uttalelser sannhet og riktighet. I min studie sier validitet noe om gyldigheten av den kunnskapen jeg har fått ved å stille spørsmål knyttet til problemstillingen, utvalget, innsamlingen av data, hvordan jeg benytter teori, analysen og hvordan jeg presenterer resultatene (Malterud 2011). Gjennom kritisk refleksjon har jeg forsøkt å vise muligheter og begrensninger i mitt datamateriale (Malterud 2004).

Problemstillingen er relevant, og dekker de forhold jeg ønsker å få svar på i min studie. Informantene hadde relevant kunnskap og erfaringer som gjør at jeg forventet at de kunne bidra med informasjon om emnet jeg ønsket å studere. Utvalget av informanter var relativt lite, og flere informanter ville kanskje ha gitt meg data om flere sider ved problemstillingen. Jeg hadde en gjennomarbeidet intervjuguide som dekket alle sidene ved problemstillingen. Det var også viktig å gi rom for informantenes samhandling i fokusgruppeintervjuene. Dynamikken og samhandlingen mellom deltakerne i var med på å gi vid innsikt i informantenes erfaringer med RAFAELA. Teorien jeg hadde valgt som berører ledelse ser ut til å være relevant i forhold til problemstillingen, og i analysedelen har jeg benyttet meg av Malterud sin anerkjente modell for innholdsanalyse. Det var viktig for meg som uerfaren forsker å følge denne metoden systematisk for å sikre valide funn. Underveis i analyseprosessen sørget jeg for at dekontekstualiseringen ble fulgt opp av rekontekstualisering (Malterud 2004). Jeg valgte å presentere funnene under hovedkategorier, og deretter drøfte funnene etter hvert kapittel. Med mange meningsfulle sitater kom informantenes meninger godt frem, og drøftingen fulgte som en naturlig del av resultatkapittelet.

Under arbeidet med denne studien har jeg gjentatte ganger stilt meg selv spørsmål i forhold til oppgavens validitet. En kontinuerlig valideringsholdning har bidratt til at jeg har lært av mine erfaringer og hatt mulighet til å gjøre endringer underveis.

4.6.3 Etske refleksjoner og valg

Forskningsetikk handler om visjonen om den gode kunnskapen, og det viser til et mangfoldig sett av verdier, normer og institusjonelle ordninger som bidrar til å regulere vitenskaplig virksomhet (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) 2009). Det er viktig å ha tenkt gjennom de etiske aspektene ved fokusgruppeintervju. I følge Malterud (2012) er det allmenne verdier som respekt, velgjørenhet og rettferdighet som ligger til grunn for de forskningsetiske prinsippene vi forholder oss til. I forkant av intervjuet ble deltakerne informert om studien, muntlig og skriftlig, og om hva det innebærer å delta. Forventningen om gjensidig taushetsplikt ble beskrevet, og deltakerne ble også informert om at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet uten noen konsekvenser (Halkier 2010). Informantene som jobber i samme klinikk er spesielt sårbare for gjenkjennelse, og jeg vil derfor ha et særlig fokus på konfidensialitet i all behandling av data. Opptakene av intervjuene og utskriftene har ikke hatt navn, kun tallkoder. Intervjuene på opptakeren vil bli slettet etter at studien er fullført. Gjengivelse og fortolkning av de bidragene som informantene kommer med i en intervjusituasjon kan medføre en fare for krenkelse av informantenes integritet (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) 2009). For å unngå dette ble språket i sitatene gjort nøytralt, og sitater som kan gjenkjennes er utelatt.

Forskningsprosjektet var internt forankret før oppstart. Jeg hadde god dialog med min leder og klinikkledelsen. Jeg opplevde å få støtte rundt mine tanker og ønsker vedrørende problemstilling og forskningsmetode. Det har ikke vært nødvendig å søke godkjenning fra regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for denne studien. REK har allerede forhåndsgodkjent evalueringssprosjektet av RAFAELA som pågår i Kreft,- kirurgi og transplantasjonsklinikken ved Oslo universitetssykehus i 2010. Vedtaket fra REK bekreftet at studien faller utenfor helseforskningsloven, og at det derfor ikke vil være nødvendig med godkjenning av REK (Vedlegg nr. 1). Studien er godkjent av det interne Personvernombudet ved Helseforetaket (Vedlegg nr. 2).

4.7 Oppsummering

I denne studien hvor jeg ønsket å utvikle kunnskap om hvordan sykepleiere med lederansvar vurderer pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA, var det mest hensiktsmessig å velge kvalitativ metode. Jeg ønsket å få innsikt i sykepleiernes erfaringer, og deres egne fortolkninger av disse. Datainnsamlingen foregikk ved at jeg gjennomførte to fokusgruppeintervjuer, med til sammen 12 deltakere. Informantene ble rekruttert fra ett stort sykehus, og alle arbeidet innenfor samme klinikk som meg. Spørsmålene i intervjuguiden ble komponert på bakgrunn av problemstillingen, og kunnskap fra tidligere forskning. Det ble gjort lydopptak under intervjuene, og de ble etter hvert intervju skrevet ut ordrett. Som analysemodell benyttet jeg fenomenologisk analyse inspirert av Giorgi, og modifisert av Malterud (2004) som systematisk tekstkondensering. Jeg fulgte de fire trinnene i modellen, og kom frem til hovedkategorier som funnene ble systematisert under. Hovedkategoriene var: kvalitetssikring, synliggjøring av sykepleien, fagutvikling og ressurskrevende system. Hovedkategoriene ble brukt til inndeling av resultatene, og dannet overskrifter i diskusjonsdelen. Resultatene og diskusjonen er plassert i artikkelen. Under metoderefleksjon var det viktig å belyse min forforståelse og teoretiske referanseramme. Validitet har blitt vurdert underveis og har gitt meg retning i studien. Jeg har tilstrebet å følge forskningsetiske retningslinjer gjennom hele forskningsprosessen, som ble kvalitetssikret gjennom bruk av forskningsetisk sjekklister (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) 2009).

5 Oppsummering av kappen

Denne masteroppgaven er skrevet som en artikkel. Kappen danner grunnlaget for artikkelen, og inneholder en sammenfattende introduksjon, som redegjør for helheten og strukturen i arbeidet.

God pasientbehandling er avhengig av en arbeidssituasjon, hvor pasientenes behov for sykepleie, samsvarer med tilgjengelig sykepleierbehandling. Det foreligger ikke forskningsbaserte valide systemer for å analysere pasientbehov, og tilgjengelige pleieressurser i Norge i dag. På denne bakgrunn ble det igangsatt et større evalueringsprosjekt av det finske pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA, ved 5 sengeposter i Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken på Oslo universitetssykehus. Denne masteroppgaven utgjør en av delstudiene, i evaluerings-prosjektet med fokus på ledererfaringer.

Studiens hensikt er å utvikle kunnskap om hvordan sykepleiere med lederansvar, vurderer pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA som et lederverktøy, og hvordan dette inngår i ledelsesprosessen. Følgende problemstilling er valgt for denne studien:

Hvordan vurderer sykepleiere med lederansvar pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA som et lederverktøy, og hvordan inngår dette i ledelsesprosessen?

Innledningsvis presenterte jeg tidligere internasjonal forskning på området. Selv om det ikke finnes forskningsbaserte pasientklassifiseringsverktøyer i Norge per i dag, valgte jeg å beskrive enkelte systemer som har vært i bruk i Norge. I teorigrunnlaget for studien benyttet jeg Colbjørnsens (2004) teori om lederskap, og Johnsens m.fl. (2011) prosessorienterte lederteori. Jeg redegjorde også for tidligere empiri og aktuelle styringsdokumenter. Det som ble avgjørende for mitt valg av metode var at jeg ønsket å utvikle dybdekunnskap om sykepleieledernes erfaringer med RAFAELA. På bakgrunn av dette besluttet jeg at kvalitativ tilnærming ville være den beste fremgangsmåten. Fokusgruppeintervjuer ble benyttet for innsamling av data, og etablert metode for kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet i analysearbeidet. En grundig metoderefleksjon ble viktig for blant annet å belyse min forforståelse og viktige etiske refleksjoner i forskningen.

Jeg har valgt å ha studiens resultater og drøfting i artikkelen. Dette er et bevisst valg for at artikkelen skal fremstå som helhetlig, og gi leserne større innsikt i prosessen som har ført frem til konklusjonen.

Litteraturhenvisninger

1. Aadland, Einar (2004). *Den truverdige leiaren*. Oslo: Det Norske Samlaget.
2. Aiken, L. H., Sloane, D.M., Bruyneel, L. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Published online February 26, 2014 in The Lancet: www.thelancet.com [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
3. Aiken, L. H, Cimiotti, J.P., Sloane, D.M m.fl. (2011). Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Medical Care*, 49, (12): 1047-1053.
4. Alfheim, H. B. og Laake, J. H. (2008). Kvantifisering av pleietyngde og utskrivingskriterier hos pasienter i oppvåkningsenhet. *Forskning nr 2* (3): 72-83.
5. Andersen, M. H., Lønning, K. og Fagerström (2014). Testing Reliability and Validity of the Oulu Patient Classification Instrument- The First Step in Evaluating the RAFAELA System in Norway. *Open journal of nursing* (4):303-311. Published Online April 2014 in SciRes. <http://www.script.org/journal/ojn>. <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2014.44035>
- Arbeidstilsynet (2008). *God vakt! Arbeidsmiljø på sykehus*. Oslo. Hentet 24. april 2014 <http://www.arbeidstilsynet.no/artikkel.html?tid=78766>
6. Arnulf, J. K. (2012). *Hva er ledelse?* Oslo: Universitetsforlaget.
7. Carr-Hill, R.A. and Jenkins-Clarke, S. (1995). Measurement systems in principle and in practice: the example of nursing work load. *Journal of Advanced Nursing*, (22): 221- 225.
8. Colbjørnsen, T. (2004). *Ledere og lederskap. AFFS Lederundersøkelser*. Bergen: Fagbokforlaget.
9. De Groot, H.A. (1989). Patient classification systems and staffing. Part 1: Essencial System Elements. *Journal of Nursing Administration*, ,(19): 30-35.
10. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet: 7. april 2014 fra: <https://etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/>
11. Fagerström, L. (2009). Evidence-based human resource management: a study of nurse leaders` resource allocation. *Journal of Nursing Management*, 17 (4): 415-425. Hentet 24. april 2014 ra: <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01010.x>
12. Fagerström, L. (2000). Expertvalidering av Oulu Patient Classification- En fas I utvecklingen av et nytt system för vårdtyngdsklassificering, RAFAELA. *Vård i Norden*, (3): 15-21.

13. Fagerström, L. and Rauhala, A. (2007). Benchmarking in nursing care by the RAFAELA patient classification system- a possibility for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, (15): 683-692.
14. Fagerström, L., Eriksson, K. and Bergbom E. I. (1999). The patient's perceived caring needs: Measuring the unmeasurable. *International Journal of nursing Practice*. (5): 199-208. Hentet: 24. april 2014 fra: <http://Web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer?sid=6265dc17-9621>
15. Fagerström, L. og Rainio A-K. (1999). Professional assessment of optimal nursing care intensity level: a new method of assessing personnel resources for nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, (8): 369-379.
16. Frilund, M. og Fagerström, L. (2009). Validity and reliability testing of the Oulu patient classification: instrument within primary health care for the older people. *Nursing*, (4): 280-287. Hentet 25. april 2014 fra: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00175.x>
17. Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
18. Helse Sør-Øst (2009). *Plan for strategisk utvikling 2009-2020*. "Omstillingsprogrammet". Hentet: 7. april 2014 fra: <http://www.helse-sorost.no/omoss/strategier/Documents/Plan%20for%20str>
19. Helsepersonelloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.* Hentet 7. april fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
20. Høye, B. (2014). *Sykehustalen. Helse- og omsorgsminister Bent Høyes politiske styringssignaler for spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 25. april 2014 fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/sykehustalen.html?regj_oss=1&id=748853
21. Johnsen, E., Andersen, J. A. og Vanebo, J.O. (2011). Mot en ny ledelsespraksis. I: Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K.K m.fl. (red.). *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. Oslo: Universitetsforlaget.
22. Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
23. Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2008). *Plattform for ledelse i staten*. Plan, 14.09.08. Hentet 1. mai 2014 fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/dok/rapporter_planer/planer/2008/plattform-for-ledelse-i-staten.html?id=526203
24. Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
25. Kvale, S. (2007). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

26. Larsen, B. (2012). *Mening i galskapen. Oversikt over ledelsesteoriene*. København: Jurist- og økonomforbundets forlag.
27. Levenstam, A. K. og Bergbom, I. (2002). Changes in patients' need of nursing care reflected in the Zebra system. *Journal of Nursing Management*, (10): 191-199.
28. Lucero, R.J., Lake, E.T. og Aiken, L.H. (2009). Variations in nursing care quality across hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (11): 2299-2310.
29. Lucero, R.J., Lake, E.T. og Aiken, L. H. (2010). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, (19): 2185-2195.
30. Malterud, K. (2004). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
31. Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
32. Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
33. Norsk Sykepleierforbund (2005). *Sykepleier med lederansvar - god på fag og ledelse*. Oslo: NSF. Side 1-19.
34. Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske reyningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Nork Sykepleierforbund.
35. NOU 1997: 2. *Pasienten først*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 1. mai 2014 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-2/2.html?id=140691>
36. Oslo Universitetssykehus (2012). *Strategi 2013-2018. Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling*. Hentet 7. april 2014 fra: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss>
37. Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utenfra eller begge deler? I: Fossåskaret, T. H. Aa. og O.L. Fuglestad (red.). *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
38. Rauhala, A. and Fagerström, L. (2004). Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *Journal of Advanced in Nursing*, (45): 351-359.
39. Repstad, P. (1991). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
40. Repstad, P. (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverrfaglig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
41. Rikshospitalet (2004). *Virksomhetsregistrering med Svips*. Oslo: Helsafaglig støtte.

42. Sagatun, S. (2009). Aksjonsforskning som arbeidsmåte i prosjektarbeid. I: Johansen, H. C. G. og Halvorsen, A. og Repstad, P. (red.). *Å forske blant sine egne. Universitet og regionnærhet og uavhengighet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
43. Sandvik, A. L. og Hammer, S. V. (2006). Betaling etter innsats. *Sykepleien*, 94 (01): 62-65.
44. Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 61 om helsepersonell m.v.* Hentet 7. april fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
45. St.meld. nr 10 (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 24. april 2014 fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?regj_oss=1&id=709025
46. St. meld. nr 26 (1999-2000). *Om verdier for den norske helsetjenesta*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 25. april 2014 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850>
47. St.meld. nr 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 25. april 2014 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
48. Strand, T. (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

6 Artikkel

Hvordan vurderer sykepleiere med lederansvar pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA som et lederverktøy, og hvordan inngår dette i ledelsesprosessen?

Sammendrag

Bakgrunn: God pasientbehandling er avhengig av en arbeidssituasjon hvor pasientenes behov for sykepleie samsvarer med tilgjengelig sykepleierbehandling. Det foreligger ikke forskningsbaserte valide systemer for å analysere pasientbehov og tilgjengelige pleieressurser, ved medisinske og kirurgiske sengeposter i Norge i dag. På denne bakgrunn ble det igangsatt et større evalueringsprosjekt av det finske pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA ved 5 sengeposter i Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken, Oslo universitetssykehus. Denne masteroppgaven utgjør en av delstudiene i evaluerings-prosjektet med fokus på ledererfaringer. **Hensikt:** Studiens hensikt var å utvikle kunnskap om hvordan sykepleiere med lederansvar vurderte pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA som et lederverktøy, og hvordan dette inngår i ledelsesprosessen. **Metode:** Kvalitativ metode med bruk av fokusgruppeintervjuer ble valgt. Data ble analysert med etablert metode for kvalitativ innholdsanalyse. **Teori:** Colbjørnsens (2004) lederskapsmodell er sammen med Johnsens m. fl. (2011) prosessorienterte teori om ledelse, er valgt som ramme for studien. Like viktig er tidligere empiri og aktuelle styringsdokumenter. **Resultater:** Informantene beskrev RAFAELA som et nyttig, men ressurskrevende lederverktøy. Fire hovedkategorier fremkom: *kvalitetssikring, synliggjøring av sykepleien, fagutvikling, og ressurskrevende system.* **Konklusjon:** Sykepleiere med lederansvar som deltok i denne studien, erfarte at pasientklassifiseringssystemet RAFAELA var et viktig verktøy for bruk ved medisinske og kirurgiske sengeposter. RAFAELA ble oppfattet som et nyttig, men ressurskrevende verktøy i ledelsesprosessen. Informantene vektla behovet for å ha et felles hjelpemiddel i arbeidet med å analysere pasientbehov opp mot pleieressurser i det daglige arbeidet, men også i strategiarbeidet. Dette medførte en bedre planlegging av driften, og mer effektiv ressursutnyttelse.

Nøkkelord: pasientklassifiseringsverktøy, RAFAELA-systemet, ledererfaringer, fokusgruppeintervju

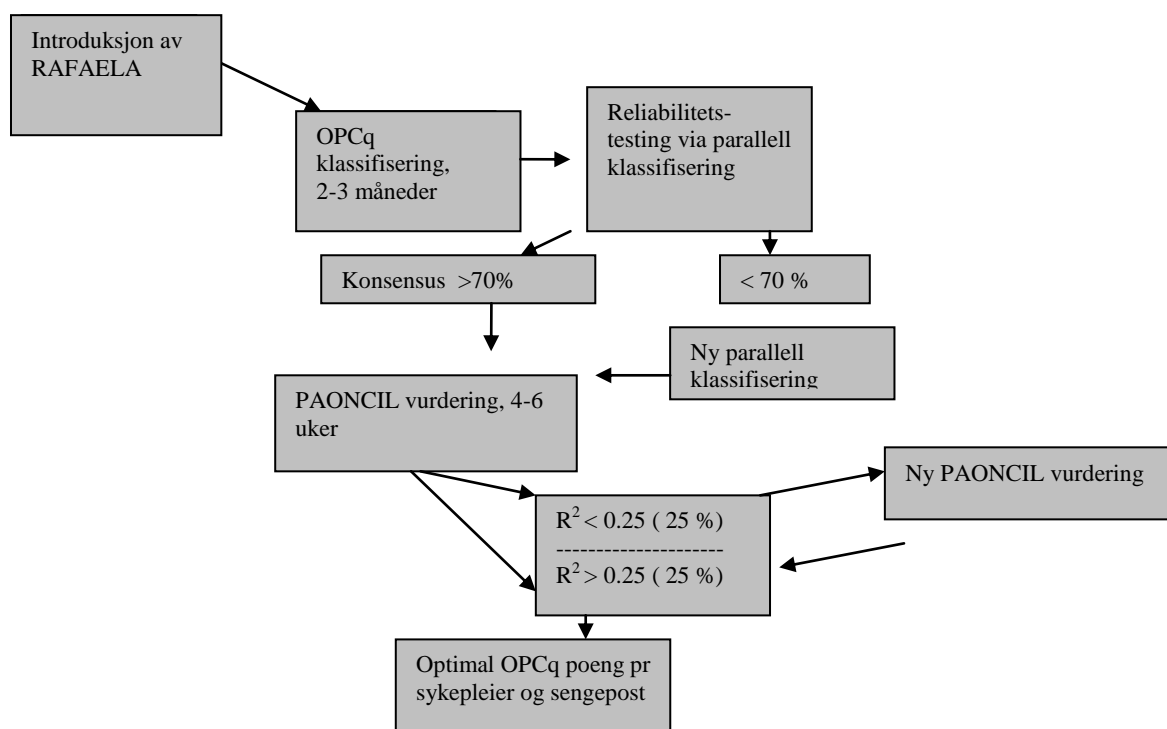
Innledning

Helse- og sosialsektoren er under økende press fra flere hold. Presset kommer fra brukere, massemedier og politikere som krever effektivisering, bedre kvalitet og riktige prioriteringer. Kontinuerlig utvikling innen medisin og teknologi medfører i tillegg stadig mer komplekse problemstillinger, og sammensatte pasientbehov. Utviklingen medfører økende krav til god ledelse, hvor sentrale spørsmål vil være hvordan tilgjengelige ressurser skal fordeles på best mulig måte, og hvordan pasientene skal få best mulig behandling. God pasientbehandling er avhengig av en arbeidssituasjon hvor pasientenes behov for sykepleie samsvarer med tilgjengelig sykepleierbehandling (Aiken, Sloane, Bruyneel m. fl. 2014). Ressursfordeling i samsvar med optimal standard på sykepleie øker kvaliteten på den sykepleien som gis. En sentral oppgave for sykehusledere er derfor å tilrettelegge for en arbeidssituasjon som innebærer realistiske muligheter for optimal pasientbehandling (Rauhala og Fagerström 2004). Forskning viser også at sykepleiernes bidrag til pleie og behandling av pasienter, har en direkte konsekvens på pasientresultatene. På avdelinger hvor sykepleierne opplever at de har for liten tid til å ivareta pasientenes behov, viser internasjonal forskning at lav bemanning øker liggetiden, øker faren for at det blir gjort feil i behandlingen, og i ytterste konsekvens, øker faren for at pasientene skal dø (Aiken, Sloane, Bruyneel m. fl. 2014, Aiken, Cimiotti, Sloane, m.fl. 2011, Lucero, Lake og Aiken 2010 og Lucero, Lake og Aiken 2009).

Klassifisering av pasientgrupper, allokering av sykepleierressurser og virksomhetsregistrering er aktuelle forskningsområder internasjonalt (De Groot 1989, Carr-Hill og Jenkins-Clarke 1995, Levenstam og Bergbom 2002, Fagerström 2000). I forskningslitteratur som omhandler pleietyngdeklassifisering har økonomiske og administrative motiver dominert.

Klassifiseringssystemer har blitt benyttet som et administrativt redskap for økonomisk kalkulering, budsjettering, kostnadsberegninger, effektivitets- og produksjonsanalyser og personalplanlegging. Utviklingen av systemer for pasientklassifisering startet i USA på 1960-tallet, og i dag benyttes klassifikasjonssystemer som er utviklet internt, av helsepersonell. I enkelte delstater benyttes også kommersielle systemer for pasientklassifisering. I California er hvert enkelt sykehus forpliktet til å klassifisere pasientbehandlingen. I Skandinavia startet utviklingen av pasientklassifiseringssystemer på slutten av 1960-tallet. Systemer som Rush-Medicus, Zebra, Beakta, Monitor og Finsen-modellen har vært i bruk siden 1980 tallet i Sverige, Danmark og på Island (Levenstam og Bergbom 2002). I Norden er det trolig Finland som har gjort mest systematisk arbeid innen dette området, med oppstart av forskning og utvikling av pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA tidlig på 1990-tallet.

Systemet er basert på forskning og brukererfaringer i klinikken, og er idag i bruk ved omlag 820 kliniske enheter i Finland (Rauhala, Fagerström 2004). Siden 2010 er RAFAELA også brukt utenfor Finland, i Sverige, Nederland og på Island. Hovedideene bak RAFAELA er at god pasientbehandling er avhengig av en arbeidssituasjon, der pasientenes behov for sykepleie samsvarer med tilgjengelig sykepleierbemanning, og at ressursfordeling er i samsvar med optimal standard på sykepleien. RAFAELA som i utgangspunktet er utviklet for medisinske og kirurgiske sengeposter, består av tre deler: i) **OPCq**: instrument som måler sykepleieintensitet daglig, ved hjelp av Oulu Pasient Klassifisering, ii) **N**: daglig registrering av antall sykepleiere allokert til direkte pasientbehandling, og iii) **PAONCIL**: Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level for kartlegging av optimal arbeidsbelastning, ved at sykepleierne hvert 2. år vurderer workload daglig i 4-6 uker (Rauhala, Fagerström 2004). Se figur 1.



Figur 1 viser implementeringsprosessen av RAFAELA-systemet (Frilund og Fagerström 2009).

Ved norske sengeposter brukes ikke forskningsbaserte, valide systemer for klassifisering av pasientgrupper, allokering av sykepleierressurser og virksomhetsregistrering. I enkelte norske sykehus har interne, ikke-forskningsbaserte systemer vært i bruk de siste 15 årene.

Virksomhetsregistrering med SVIPS ble over flere år benyttet ved Rikshospitalet (Rikshospitalet 2004), og Ullevål Universitetssykehus HF hadde som eneste sykehus i Norge (i 2006) et system hvor de registrerte pasientenes pleietyngde (Sandvik, Hammer 2006). Det eksisterer også et klassifikasjonssystem for kirurgiske pasienter, som kartlegger pasientenes sykdoms- og skadetilstand ved hjelp av ”Simplified Acute Physiology Score II” (SAPS II). På intensivavdelinger finnes det også et system som benyttes for å dokumentere ressursbruk på ved hjelp av ”Nine Equivalents of nursing Manpower use Score” (NEMS) (Alfheim og Laake 2008).

I St. meld. nr 47 (2008-09) ”Samhandlingsrefomen Rett handling - på rett sted - til rett tid”, ble det oppgitt manglende systemer for ressursallokering, som en av årsakene til at pasientene ikke fikk dekket sine behov. Helse- og omsorgsminister Bent Høie har også etterlyst gode kartleggingssystemer. I januar 2014 presenterte Høie styringsbudskap, politiske mål og forventninger til sykehusene. Han presiserte viktigheten av å kunne kartlegge utfordringer når det gjelder aktivitet og kapasitet, kvalitet og pasientsikkerhet, personell og kompetanse- og bærekraftig økonomi (Høye 2014). For å kunne kartlegge de utfordringene som Samhandlingsreformen og Høie viser til, må vi ha gode systemer tilgjengelig. Det foreligger ikke forskningsbaserte systemer for å analysere pasientenes behov og bruk av tilgjengelige ressurser ved medisinske og kirurgiske sengeposter i Norge i dag. I Kreft -kirurgi- og transplantasjonsklinikken ved Oslo universitetssykehus har det i flere år vært et sentralt tema å skulle innføre ett valid system for virksomhetsregistrering. Det har vært ønskelig å systematisk overvåke og analysere pasientenes behov, og å se behovene opp mot tilgjengelige sykepleierressurser. Det finske pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA evalueres for tiden ved Kreft -kirurgi- og transplantasjonsklinikken. Systemet er oversatt til norsk og testet for reliabilitet og validitet (Andersen, Lønning og Fagerström 2014; Fagerström 2000; Frilund, Fagerström 2009).

Forskningsprosjektet i klinikken omfatter både kvantitative og kvalitative studier. Denne masteroppgaven representerer en av fire delstudier, og har en kvalitativ tilnærming. Den første vitenskaplige artikkelen fra evalueringsstudien ble publisert i april 2014, og representerer det første skrittet i å evaluere pasientklassifiseringssystemet utenfor Finland (Andersen, Lønning, Fagerström 2014). Hensikten med denne studien er å utvikle ny kunnskap om hvilke erfaringer sykepleiere med lederansvar har med pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA.

Så langt jeg kjenner til er dette den første norske studien som spesifikt etterspør erfaringer og vurderinger av RAFAELA fra denne målgruppen.

Følgende problemstillingen er valgt for denne studien: **Hvordan vurderer sykepleiere med lederansvar pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA som et lederverktøy, og hvordan inngår dette i ledelsesprosessen?**

Litteratur

Ledelse

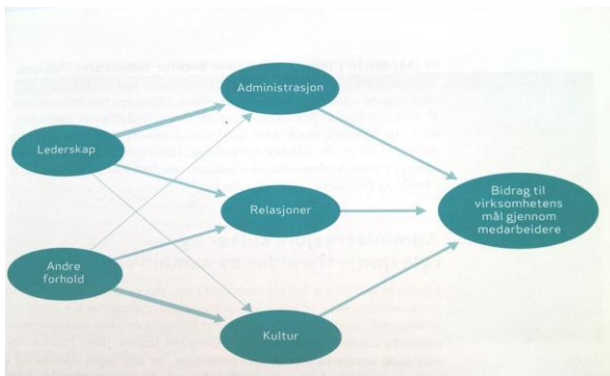
Ledelse er et omfattende område å utdype, og jeg har begrenset meg til å fremlegge teori som jeg finner relevant i forhold til denne studien, og for å kunne besvare problemstillingen. Mange ulike begreper og definisjoner preger ledelseslitteraturen, og Arnulf (2012:7) hevder at ledelse er enkelt å forklare med store ord, og vanskelig å få til i praksis. De ulike teoriene forsøker å gi ledere råd og verktøy for å være rustet til å møte en utfordrende hverdag (Larsen 2012, Arnulf 2012, Johnsen, Andersen og Vanebo 2011). Begrepet ledelse benyttes om de personene som utøver ledelse, og for å beskrive de oppgavene de utfører som ledere. Management har samme doble betydning (Strand 2001:17). Ledelse kan også beskrives ved roller, og er når personer i spesielle roller eller med bestemte egenskaper har innflytelse eller makt (Strand 2001). Watson beskriver ledelse som det å lede en organisasjon slik at de forskjellige menneskene som vil ha noe ut av den, ønsker å fortsette å støtte opp om organisasjonen slik at den kan fortsette å være (Strand 2001). Selznick hevdet at ledelsen måtte bidra til et felles verdigrunnlag og mål for organisasjonen (Strand 2001), noe som også er beskrevet av Colbjørnsen (2004), og av Johnsen, Andersen og Vanebo (2011). Gary Yukl (2010) har gjennomgått forskning på ledelse over mange år, og konkluderer med at det i hovedsak har vært fokusert på å lede organisasjoner mest mulig effektivt. Han presiserer at forskningen ikke gir et entydig svar på hva som er effektiv ledelse, og han gir en bred definisjon på ledelse hvor prosess og innflytelse er sentrale begreper:

Leadership is the process of influencing others to understand and agree about what needs to be done and how to do it, and the process of facilitating individual and collective efforts to accomplish shared objectives (Yukl 2010:26).

Lederteorier som omhandler lederprosesser danner utgangspunktet for studiens teoretiske referanseramme. Ved å vise til Colbjørnsens teori om lederskap, og Johnsen, Andersen og Vanebo (2011) sin prosessorienterte lederteori, håper jeg å kunne avklare hvilken betydning pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA har på lederprosessen.

Colbjørnsens teori om lederskap

Colbjørnsen (2004) beskriver ledelse som det å skape resultater gjennom andre, og det handler om hvordan ledere får sine medarbeidere til å realisere organisasjonens mål. Han spesifiserer hvilke mekanismer som gjør at ulike former for ledelse, har bestemte effekter på medarbeiderens bidrag til virksomhetens resultater. Hans modell for lederskap bygger på at ledere utøver både administrativt, relasjonelt og kulturelt lederskap. Se figur 2.



Figur 2 beskriver en helhetlig modell for lederskap. Colbjørnsen (2004:59).

Modellen utgjør fundamentet i lederskapet og må sees på som en helhet. Alle tre forhold må inngå i lederskapet for at det skal møte medarbeidernes forventninger. Lederne har størst påvirkningskraft på administrasjon. Dette er oppgaver de i stor grad styrer selv, og det handler om å utforme mål, tydeliggjøre forventninger og å følge opp de ansatte. Administrativt lederskap handler også om effektiv ressursutnyttelse for å kunne nå, og følge opp mål og resultatforventninger. Deretter har lederne innflytelse på relasjoner ved å arbeide for god dialog med medarbeiderne, gjensidig respekt og empati. Relasjonsledelse fremhever lederens emosjonelle evne til å ivareta medarbeidere som ressurs og la de medvirke til å oppnå organisasjonens mål. Minst påvirkningskraft har ledere på organisasjonskulturen. I begrepet kultur ligger de verdier, normer og virkelighetsoppfatninger som preger organisasjonen, og som har formet seg over tid (Strand 2004). Medlemmene av kulturen har felles verdier og visjoner, og de har felles bruk av symboler og meninger. Kulturen utvikler seg når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene.

Alle lederskapets aspekter er viktige å ivareta i både stabile og urolige tider, selv om behovet for lederskap er størst når organisasjonen opplever endring og usikkerhet (Colbjørnsen 2004).

Erik Johnsens ledelsesteori

Erik Johnsens prosessorienterte teori om ledelse, er beskrevet av Johnsen, Andersen og Vanebo, i boken *Modernisering av offentlig sektor* (Johnsen, Andersen og Vanebo 2011). Johnsen definerer ledelse som målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker. Ledelse handler om spillet mellom mennesker som ønsker å nå felles mål i organisasjonen, ved hjelp av felles midler (Johnsen m.fl. 2011:196). Lederatferd praktiseres av de formelle lederne, men også av og til av medarbeiderne. Lederne og medarbeiderne er til stede i prosesser som fører frem til beslutninger i organisasjonen. Det er særlig tre prosesser Johnsen kaller lederprosesser; målformulerende prosesser, problemløsende prosesser og kommunikasjonsprosesser. Lederatferden og ledelsesprosessene foregår blant ledere på alle nivåene i organisasjonen. Lederne formulerer mål som skapes gjennom konflikt- og konsensusprosesser, og grunnlaget for problemløsningsprosessen er at lederne hele tiden tar valg og beslutninger. Lederne må også ha evne til å kommunisere med hverandre, og de må utvikle et felles begrepsapparat eller språk. Ledelsesbevissthet er helt nødvendig for å utøve ledelse overfor helheten, men også den enkelte medarbeider. (Johnsen, Andersen og Vanebo 2011). I følge Johnsen, Andersen og Vanebo (2011:203) er det spesielle med å være ledere i offentlige organisasjoner at krav til kvalitet og effektivitet må ballanseres med krav til ansvarlighet og legitimitet.

Sykepleier med lederansvar

Tittelen sykepleier med lederansvar benyttes i denne studien om sykepleiere som er seksjonsledere, assisterende seksjonsledere, fagutviklingssykepleiere og superbrukere (i RAFAELA-prosjektet). Seksjonsleder er førstelinjeleder, og nærmeste leder til medarbeidere som utfører kjernevirksomhet i sykehuset på seksjonsnivå. Seksjonslederen har personalansvar, fagansvar, drift og økonomiansvar (Norsk Sykepleierforbund 2005). De samarbeider tett med assisterende seksjonsledere, fagutviklingssykepleiere og superbrukere, og har i stor grad delegert oppgaver til disse i forbindelse med RAFAELA-prosjektet.

Pasientklassifiseringsverktøy

Pasientklassifisering defineres her som måling av pasientenes individuelle pleiebehov, og de handlingene som pleiepersonalet utfører for å tilfredsstille og imøtekomme pleiebehovene, under en bestemt tidsperiode. Disse målingene uttrykkes i matematiske termer. Tidsperioden for registreringene kan variere fra hvert enkelt skift til ett helt døgn. Ut i fra disse målingene kan man få en oversikt over hvor pleiekrevende pasientene har vært, og hvor stor arbeidsinnsats den enkelte pasienten har hatt behov for av pleiepersonalet (Fagerström 2000, Fagerström, Eriksson, Bergbom 1999).

Ledelsesprosess

I denne studien forstås begrepet ledelsesprosess som et sett av lederatferd, i en viss rekkefølge, som stadig gjentas. Lederatferden har til hensikt å sørge for at medarbeiderne har de nødvendige forutsetningene for å kunne utføre det arbeidet som forventes. I tillegg vil prosessen handle om å koordinere denne lederatferden (Johnsen, Andersen og Vanebo 2011).

Kvalitet

Kvalitetsbegrepet er både verdiladet og subjektivt, og ulike elementer kan lett komme i konflikt med hverandre. Norsk standard definerer kvalitet som i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav (St. meld. 10 (2012-2013)). I helse- og omsorgstjenesten handler kvalitet om forholdet mellom hva som faktisk ytes, og hva som kreves eller forventes.

Verdier

Aadland (2004) definerer verdier som *ønskverdige kvalitetar ved handlingar eller føremål* (Aadland 2004:151). Verdier uttrykker at noe er bedre enn noe annet. De er vide og upresise, men samtidig dypt knyttet til menneskers eksistens (Aadland 2004). I følge Kaufmann og Kaufmann (2003) er verdier abstrakte idealer uten referanse til spesifikke personer eller objekter og *handler om våre grunnleggende prinsipper og generelle overbevisninger som gir opphav til spesielle væremåter og handlemåter* (Kaufmann og Kaufmann 2003:263). I Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000): Om verdier for den norske helsetjenesta, også kalt Verdimeldinga, defineres verdier på følgende måte: *Verdier er uttrykk for hva som individer, grupper og samfunn anser for å være godt og verdt å strebe etter* (St. meld. nr 26 (1999-2000)). Mange profesjonsyrker som for eksempel leger og sykepleiere har egne verdier knyttet til sin yrkesgruppe, som viser hvilket grunnlag den profesjonelle praksisen bygger på og som fungerer som veivisere i det daglige arbeidet.

Grunnlaget for sykepleiefaget er respekten for det enkelte menneskets liv, helse og egenverd. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (Norsk Sykepleierforbund 2011).

Metode

Studien har et kvalitativ design der data er samlet inn ved hjelp av fokusgruppeintervjuer. Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). De kvalitative metodene sikter mot å forstå, beskrive og å gå i dybden på temaet det skal forskes på (Malterud 2012). Fokusgrupper er preget av mangfold og nyanser, og samhandlingen mellom deltakerne står sentralt. Metoden kjennetegnes av fleksibilitet og er særlig rettet mot å hente ut aktørens egen virkelighetsoppfatning, deres motiver og deres tankemåte (Repstad 1991).

Datainnsamling

Det ble foretatt to fokusgruppeintervjuer, med til sammen 14 deltakere, høsten 2013. Førsteforfatter av artikkelen fungerte som moderator, og det var med en observatør (sekretær) på begge intervjuene. Sekretæren tok feltnotater under intervjuene og hjalp til undervis slik at alle informantene ble inkludert og at spørsmålene fra intervjuguiden ble belyst. Observatøren var spesielt opptatt av å registrere den nonverbale kommunikasjonen underveies, og hun sørget for replikkfesting (Malterud 2012). Det ble gjort lydopptak av intervjuene, som senere ble transkribert.

Rekruttering

Et godt strategisk utvalg, og nøye gjennomtenkt sammensetning av de gruppene som skal intervjues, kan være helt avgjørende for resultatene i forskning. Det kan være med på å styrke, eller svekke validiteten av datamaterialet (Malterud 2012: 37). Sykepleierne ble rekruttert til studien via kontakt med seniorforsker ved sykehuset. Informantene var sykepleiere med lederansvar, det vil si at de var seksjonsledere, assisterende seksjonsledere eller fagutviklingssykepleiere. De jobbet ved medisinske og kirurgiske sengeposter på sykehus, og alle hadde minimum 6 måneders erfaring med bruk av pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA. I og med at det er få sykepleiere med lederansvar i Norge som har praktisk erfaring med bruk av RAFAELA, ble det nødvendig å rekruttere deltakere fra samme klinikk som forfatterne.

Intervjuguide

Jeg utarbeidet en intervjuguide for å sikre at viktige deler av problemstillingen ble belyst under fokusgruppeintervjuene. Flere av spørsmålene var basert på funn fra tidligere forskning om pasientklassifiseringsverktøyer. I tillegg ble guiden utarbeidet på bakgrunn av min erfaring og kunnskap innen området. Spørsmålene var få og åpne, og jeg ønsket og motiverte deltakerne til å reflektere over emnet med hverandre. En viktig forutsetning var å legge til rette for oppfølgingsspørsmål som ga mulighet til å følge opp informasjon som i utgangspunktet var ukjent for forskeren.

Analyse

Dataene ble analysert etter anerkjent metode for innholdsanalyse. Analyse innebærer i følge Malterud (2004: 95) både abstraksjon og generalisering. Etter inspirasjon fra Malteruds tekstkondensering ble *meningsfortetting* benyttet til hjelp for å analysere intervjuetekstene. Meningsfortetting er en empirisk, fenomenologisk analyse som i følge Malterud (2004) har fire trinn. Ut i fra et helhetsinntrykk av intervjuene ble det skissert temaer som intervjuene handlet om. Disse temaene dannet utgangspunkt for foreløpige kategorier (koder), som meningsbærende enheter i teksten kunne klassifiseres i. Meningsbærende enheter ble deretter klassifisert (kodet) i disse foreløpige kategoriene. Så ble informasjonen reorganisert i nye og færre kategorier. Meningsenhetene i de nye kategoriene ble gjennomgått på nytt, og innholdet ble sammenfattet. Målet i denne prosessen var at sammenfatningen skulle være lojal mot det informantene hadde formidlet (Malterud 2004). Etter tekstkondenseringen var det fire kategorier som dannet grunnlaget for inndeling av resultatene: *kvalitetssikring, synliggjøring av sykepleien, fagutvikling og ressurskrevende system*.

Forforståelse

I kvalitativ forskning er det viktig å være bevisst betydningen av egen forforståelse og egen teoretiske referanseramme. Det er i følge Malterud (2004) i dette samspillet den nye kunnskapen vil vokse frem fra studiens empiri. Som sykepleier og leder har jeg nærhet til forskningsfeltet. Jeg jobber i samme klinikk som informantene, og jeg har samarbeidet med enkelte av informantene i tidligere prosjekter. Mine egne erfaringer med RAFAELA, som leder og sykepleier, har vært en viktig motivasjon for arbeidet med problemstillingen. Det har vært utfordrende å legge min forforståelse tilside, men jeg har hele tiden jobbet bevisst for å få frem informantenes *stemmer*.

Resultatene i studien er fra det empiriske materialet, og med stor bevissthet og varsomhet omkring forforståelse opplevde jeg ikke min rolle som begrensende.

Etiske refleksjoner

I følge Malterud (2012) er det allmenne verdier som respekt, velgjørenhet og rettferdighet som ligger til grunn for de forskningsetiske prinsippene vi forholder oss til. I forkant av intervjuet ble deltakerne informert muntlig og skriftlig om studien, og hva det ville innebære å delta. Forventningen om gjensidig taushetsplikt ble beskrevet, og deltakerne ble også informert om at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet uten noen konsekvenser (Halkier 2010). Informantene som jobber i samme klinikk er spesielt sårbare for gjenkjennelse, og det har vært et særlig fokus på konfidensialitet i all behandling av data. Opptakene av intervjuene og utskriftene har ikke hatt navn, kun tallkoder. Intervjuene på opptakeren vil bli slettet etter at studien er fullført.

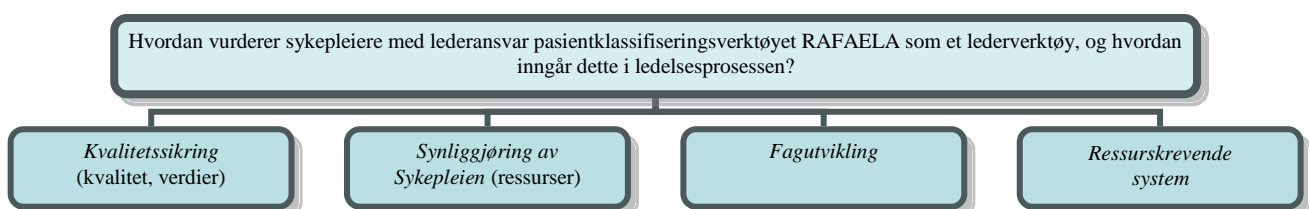
I gjengivelsen og fortolkning av materialet ble språket i sitatene er gjort nøytralt, og sitatene som var gjenkjenbare ble utelatt.

Studien er godkjent av Personvernombudet. Det ble i forbindelse med evalueringsstudien av RAFAELA gjort forespørsel til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Vedtaket fra REK bekreftet at studien faller utenfor helseforskningsloven, og at det derfor ikke vil være nødvendig med godkjenning av REK.

Resultater

Funnene fra studien vil bli presentert gjennom følgende hovedkategorier: *kvalitetssikring, synliggjøring av sykepleien, fagutvikling og ressurskrevende system*, se figur 2.

Figur 2: Problemstilling og hovedkategorier:



Kvalitetssikring

I begge intervjuene uttrykte informantene en stor bevissthet rundt begrepet kvalitet. For å kunne oppnå høy kvalitet var god kommunikasjon avgjørende. Deltakerne beskrev viktigheten av god kommunikasjon, og flere av informantene pekte på viktigheten av å ha et felles språk. Et felles språk handlet i denne sammenhengen om å ha en felles forståelse av de begrepene som var knyttet til pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA. Flere av informantene fortalte at RAFAELA hadde gitt de ett *felles språk* og et helt nytt begrepsapparat. Ved bruk av pasientklassifiseringsverktøyet viste de til bedre muligheter for en mere presis kommunikasjon og argumentasjon, både muntlig og skriftlig. Flere av informantene forklarte også at de nå hadde økt mulighet til å begrunne sine avgjørelser gjennom å vise til rapporter fra verktøyet: *Jeg skriver ut rapportene hver måned og henger de opp på vaktrommet, og så refererer jeg til rapportene på personalmøter.* Rapportene ble brukt til å bedre kommunikasjonen mellom de ansatte og lederne på de ulike avdelingene. Lederne hadde konkrete tall å vise til i forhold til pasientbehov og bemanning, og de ansatte opplevde at deres arbeidsbelastning ble synliggjort. Rapportene ble et utgangspunkt for gode diskusjoner og en mer åpen kommunikasjon mellom de ansatte, og mellom de ansatte og lederne. Rapportene ble også brukt i budsjettprosessene ved avdelingene: *RAFAELA blir et bedre og bedre verktøy for oss, og vi brukte rapportene fra RAFAELA i budsjettprosessen.* Med RAFAELA hadde lederne konkrete data å vise til, i forhold til pasientenes behov og bemanningssituasjonen på posten. Dataene fra rapportene ble viktig dokumentasjon, og lederne kunne for eksempel bruke rapportene til å underbygge sine argumenter for å sikre riktig bemanning. Ved flere anledninger påpekte informantene at de opplevde at rapportene ikke ble etterspurt fra ledelsen. De ønsket seg et større engasjement fra ledelsen. En av informantene beskrev følgende:

Men, jeg synes rapportene i alt for liten grad blir etterspurt fra ledelsen. Det er en utfordring at resultatene ikke blir etterspurt, jeg skulle ønske det hadde vært annerledes. Det burde ha vært et fast punkt ved den månedlige økonomigjennomgangen med klinikkledelsen.

Informantene var tydelige på at det ikke var mulig å benytte resultatene og rapportene fra RAFAELA uten ledere som engasjerte seg i viktigheten av en god ressursallokering, og systematisk oppfølging av personalets arbeidsbelastning. De savnet en tydelig ledelse som var med på å motivere, følge opp, og aktivt benytte resultatene av klassifiseringen.

Videre viste funnene at klassifiseringen av pasientene var med på å skape rom for kommunikasjon blant sykepleierne på posten. Diskusjoner og samtaler omkring pasientenes behov var med på å medvirke til økt refleksjon og engasjement blant sykepleierne. Kommunikasjonen omkring pasientenes behov, ble beskrevet som et utgangspunkt for å bedre kvaliteten på den sykepleien som ble utført ved sengepostene: *Ja, RAFAELA gjør jo også noe med kvaliteten på sykepleien. Nå snakker vi mere om hvilken sykepleie vi vil gi, og hvordan det skal være hos oss.* Informantene var svært bevisste på at de ønsket å gi pasientene sykepleie av høy kvalitet, som var begrunnet i best mulig tilgjengelig vitenskapelig kunnskap. Når sykepleierne klassifiserte pasientene skapte dette en bevissthet omkring sykepleiernes arbeidsoppgaver, og hvordan disse oppgavene ble løst. Denne bevisstheten og kommunikasjonen omkring pasientenes behov kunne medvirke til å øke kvaliteten på arbeidet.

Flere av informantene presiserte at innføringen av RAFAELA, hadde medført økt bevissthet omkring hvilke verdier som lå til grunn for det arbeidet sykepleierne utførte ved sengepostene. Informantene viste til flere eksempler hvor ulike verdier ble gjenstand for samtaler og diskusjoner:

Vi er absolutt opptatt av RAFAELA. Det bevisstgjør sykepleierne, det er jeg helt sikker på. RAFAELA viser hva vi gjør, vi snakker om hva vi gjør, og hvordan vi gjør det. Vi hadde også undervisning og RAFAELA ble brukt som et utgangspunkt for å snakke om hvilken sykepleie vi vil gi til pasientene. Vi snakket også mye om hvordan det skal være hos oss.

For flere av informantene handlet bevisstgjøringen om en mulighet til å få en dypere innsikt i det arbeidet de gjorde ovenfor pasientene, og hva som faktisk var bra for pasientene. Det gav sykepleierne en mulighet til kritisk å vurdere om det arbeidet de hadde utført var bra, eller om det var noe som kunne ha vært gjort på en annen måte.

De verdiene som tydeligst kom frem under intervjuene omhandlet å sette pasientens behov i sentrum:

Sykepleierne er til for pasienten. Vi skal jo sørge for å få dekket pasientenes behov. Hvordan vet vi hvilke behov pasientene har? Jeg synes RAFAELA hjelper oss når det gjelder å se hva slags behov den enkelte pasient har. Når pasientene kategoriseres vet vi hva vi faktisk gjør, og hva vi bruker tiden vår på.

Det var stor enighet blant informantene om at RAFAELA hadde gitt de et redskap som var med på å tydeliggjøre pasientenes behov. Samtidig ble det tillagt stor vekt at det var pasientenes behov som skulle danne grunnlaget for allokering av personalressursene.

Det var også flere av deltakerne som trakk frem tid som en viktig verdi for pasientene: *Det handler om pasientenes tid. Og det handler om å respektere denne tiden.* Med RAFAELA forklarte informantene at de ble bevisstgjort hvor mye tid, som ble brukt på de ulike oppgavene sykepleierne hadde i løpet av et døgn. Denne kunnskapen ble brukt som grunnlag for å si noe om hva sykepleierne faktisk brukte tiden sin til, og om det var behov for endre på hvordan de prioriterte.

Synliggjøring av sykepleien

Informantene beskrev at RAFAELA var til stor hjelp for å synliggjøre den enkelte pasients behov for sykepleie, samtidig som verktøyet viste hva sykepleierne brukte tiden sin på. Som en konsekvens av å skulle gi pasientene best mulig sykepleie, var informantene tydelige på at problemstillinger knyttet til bemanning og ressursallokering var svært utfordrende. Flere pekte på svært begrensede ressurser, som medførte vanskelige prioriteringer. Informantene beskrev RAFAELA som et godt redskap for planlegging av drift.

Kall det effektivisering eller kall det forbedring. Jeg tror RAFAELA kan brukes til å se på organisering av posten, på hvordan vi drifter posten både turnusteknisk men også organisatorisk. Da kan RAFAELA gi en forbedring for personalet, som i sin tur også gjør det bedre for pasientene.

En av deltakerne hadde ett helt konkret eksempel på at de hadde benyttet rapportene for å synliggjøre for ledelsen, at det ikke var nok personalressurser til å ivareta pasientenes behov. Etter krevende forhandlinger resulterte det i at de fikk tilført to ekstra sykepleierstillinger ved posten.

De fleste av informantene fortalte at de brukte to eller flere av de rapportene som er tilgjengelige i RAFAELA-systemet. En av informantene beskrev følgende:

Rapportene sier jo litt nettopp om hvordan folk har det på jobb. Det er veldig nyttig å ha de rapportene fra RAFAELA som viser hvor mange sykepleiere som har vært på jobb, og hvordan aktiviteten fordeler seg fra dag til dag. Vi får konkretisert hvordan sykepleierintensiteten er.

Rapportene ble brukt til planlegging av driften på sengepostene. En av informantene fortalte at lederne hadde brukt rapportene til å synliggjøre avdelingens aktivitet og pleietyngde. RAFAELA medvirket til god oversikt over bemanningssituasjonen. Med data om ressursbruk og pasientbelegg kunne lederne legge frem rapporter, som underbygde argumentasjonen for at det i gitte perioder for eksempel var behov for innleie av vikarer. En annen informant som også opplevde stort behov for å leie inn vikarer over lang tid, benyttet rapporter fra RAFAELA til å argumentere for økt bemanning:

Jeg viste til resultater fra RAFAELA for å synliggjøre hvilke sykepleiebehov de inneliggende pasientene hadde hatt. Og jeg benyttet de resultatene for å begrunne hvorfor vi hadde hatt så høy bemanning på posten under samme periode. Det var bra for meg som leder å ha flere ting å støtte meg på, man føler man står sterkere når man skal begynne på argumentasjonsrekken.

Flere av informantene viste til at de hadde benyttet rapportene i arbeidet med ressursallokering. Rapporter fra RAFAELA hadde resultert i endringer av turnusen. Lederne opplevde at de nå hadde ett verktøy, som gav de mulighet til å se variasjoner i arbeidsmengden for sykepleierne, slik at bemanningen kunne justeres deretter. Informantene hadde også eksempler på, at de hadde benyttet rapportene til å synliggjøre de ulike utfordringene de til daglig hadde med svært varierende og uforutsigbare dager.

Ja, det vi ser godt er nettopp det med den svingende driften. Vi har jo veldig stor andel øyeblikkelig- hjelp- pasienter og derfor svinger driften veldig. Det kommer godt frem i rapportene. Jeg føler at rapportene formidler det riktige bildet.

Deltakerne oppga også at de hadde opplevd at det var store forskjeller i hva de ansatte oppfattet som *for stor* arbeidsbelastning. Etter at de hadde benyttet RAFAELA i nesten to år, opplevde sykepleierne at beskrivelser av arbeidsbelastningen ikke lenger bare ble basert på synsing, men på tall fra rapportene fra RAFAELA.

Det er i alle fall et håndfast bevis på at vi (sykepleierne) har det slitsomt til tider. Det er nyttig å kunne synliggjøre aktiviteten med RAFAELA, og det er hensiktsmessig å bruke rapportene så man får bekreftet eller avkreftet følelser. Vi føler jo mye på ting.

Informantene beskrev videre, at rapportene i RAFAELA hadde gitt lederne et redskap for å synliggjøre sykepleieaktiviteten for toppledelsen. *Det er en bevisstgjøring og konkretisering for å synliggjøre pleietyngden, også for ledelsen.*

Fagutvikling

Klassifisering av pasientene har i følge en av informantene gitt nye muligheter og motivasjon til fagutvikling på sengepostene:

Vi hadde jo mange faglige diskusjoner i forbindelse med innføringen av Rafaela, og det har vi fortsatt med. Det er veldig nyttig å delta i faglige diskusjoner om hva vi faktisk gjør, og hva vi bruker tiden vår til på jobb som sykepleier. Hvilke prioriteringer gjør vi, og hvorfor? Det har gitt oss muligheter til en økt bevisstgjøring i hvordan vi bruker tiden på jobb.

Den daglige klassifiseringen av pasientene har som prosess bidratt til å utvikle og bevisstgjøre sykepleierne i arbeidet på sengepostene. Sykepleierne har fått større innsikt i hvilke behov pasientene har, og hvordan disse behovene best skal dekkes. Det har også gitt sykepleierne en mulighet til å se hva de har gjort som er bra, og hva de kunne ha vært gjort annerledes. De har fått en reell mulighet til selv å være med på å påvirke sin arbeidshverdag. Sykepleierne har selv vært med på å utvikle den profesjonelle kompetansen og å øke kvaliteten på den sykepleien som gis.

En av deltakerne var også opptatt av at resultatene og rapportene fra RAFAELA hadde gitt lederne en oversikt over hvilke pasienter som var innlagt, og hvilke behov pasientene hadde for sykepleie. Informasjonen ble benyttet ved rekruttering og opplæring av nyansatte, og for å kartlegge behovet for fagutvikling hos de ansatte:

Det betyr jo at vi kan gi de sykepleierne som kommer til intervju et godt bilde av hvilke pasienter og arbeidsoppgaver som de kan forvente å møte som sykepleier på akkurat denne sengeposten. Det gir oss også en god mulighet til å tilpasse opplæringen bedre.

Flere av informantene var opptatt av, at innføringen av RAFAELA også hadde bidratt til en økt bevisstgjøring omkring hvordan sykepleierne dokumenterer. De forklarte at OPC-instrumentet med de seks delområdene som sykepleierne klassifiserte pasientene innenfor, er med på å strukturere og bevisstgjøre dokumentasjonen.

Jeg tror det bidrar til en bevisstgjøring. Kanskje det til og med har ført til at vi dokumenterer bedre. Vi må være presise og nøyaktige i hva vi skriver. Det er viktig når andre skal lese det vi har dokumentert, og klassifisere pasientene på bakgrunn av hva vi har skrevet.

De seks delområdene som sykepleierne klassifiserer innenfor, har i følge en av informantene, også medført et økt fokus på viktige områder i sykepleierfaget. Det har vært med på å skape mange faglige diskusjoner og et større fokus på evidensbasert sykepleie.

Ressurskrevende system

Under intervjuene kom det også frem utfordringer vedrørende pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA. Systematisk registrering av personalressurser og klassifisering av pasientene er i følge flere av informantene tidkrevende. I begge intervjuene fortalte enkelte av informantene at de opplevde klassifiseringsverktøyet som ressurskrevende på flere nivåer i organisasjonen. Sykepleierne som utførte selve klassifiseringen opplevde dette som tidkrevende. Videre forklarte informantene at det var ressurskrevende å kontrollere at alle pasientene faktisk ble klassifisert. Det ble også påpekt at lederne på de ulike avdelingene, hadde brukt mye tid på å motivere sine medarbeidere. De hadde også brukt mye tid på å registrere personalressurser, lære seg å få ut gode rapporter, og ikke minst hvordan de skulle bruke rapportene strategisk. En av informantene uttrykt det på denne måten:

Det er tidkrevende, og det har vært en utfordring å huske å klassifisere alle pasientene. Jeg ser at vi må følge opp, og kontrollere, at pasientene er klassifisert hver eneste dag, selv etter lang tid. Det hadde vi vel egentlig ikke trodd.

En annen informant hadde forslag om å opprette et felles møte, for å ha et sted å diskutere utfordringer og dele erfaringer vedrørende RAFAELA. Dette ble støttet av flere av informantene under intervjuet:

Ja, det er ressurskrevende, men det er det med alle slike systemer. Det jeg savner er et møtepunkt hvor vi kan diskutere ulike problemstillinger og utfordringer jeg møter i hverdagen. Vi må også være motiverte. Vi har jo allerede mange møter, men jeg tror det hadde vært hensiktsmessig med et felles forum.

Det var også en av informantene som uttrykte at de ressursene som ble brukt på klassifiseringsverktøyet ble mindre når sykepleierne fikk mere erfaring:

Man må jo holde på en stund før man klarer å se hvilket verktøy det er, og det er jo rimelig. Men det er nok bare et spørsmål om tid tenker jeg før klassifisering blir en helt naturlig del av arbeidsoppgavene våre.

Det var stor enighet i gruppen om at pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA har mange fordeler, men også utfordringer.

Diskusjon

Kvalitetssikring

Kvalitet

Resultatene i studien viste at sykepleierne med lederansvar uttrykte stor bevissthet rundt begrepet kvalitet. Kvalitet var et begrep de kjente godt til, og var vant til å forholde seg til i sin arbeidshverdag. Begrepet kvalitet ble brukt for å si noe om hva deltakerne mente om det arbeidet som ble utført på sengepostene, i forhold til egne, ledes og pasientenes forventninger. I helse- og omsorgstjenesten handler kvalitet om forholdet mellom hva som faktisk ytes, og hva som kreves eller forventes. I følge St. meld. nr 10 (2012-2013) har alle ledere på alle nivåer et ansvar for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Lederne må sørge for å ha gode systemer for kvalitetsmåling, og det er deres oppgave å etterspørre og følge opp arbeidet. Kravet om kvalitet er også hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesten; I spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 kreves det at skal alle som jobber i sykehus skal arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (spesialisthelsetjenesteloven).

Resultatene i studien viste at sykepleierne med lederansvar, var opptatt av hva som kan medvirke til å øke kvaliteten på pasientbehandlingen, og de var tydelige på at pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA i denne sammenheng var et nyttig verktøy. Informantenes erfaringer var at RAFAELA hadde gitt de mulighet til å kommunisere bedre gjennom et *felles språk*, som medførte til en mere presis kommunikasjon og argumentasjon, både muntlig og skriftlig. Dette gjaldt både oppover i systemet, og på postplan. I Johnsens prosessteori bekreftes det at et felles språk er viktig. Språket har blant annet til oppgave å skape mening i selve lederatferden, og ledelsesprosessene forenkles gjennom et felles språk (Johansen m.fl. 2011).

Sykepleierne med lederansvar var også opptatt av at RAFAELA ga grunnlag for gode diskusjoner, og samtaler omkring pasientenes behov, og medvirket til økt refleksjon og engasjement blant sykepleierne. Det fremkom at bedre kommunikasjonen rundt pasientenes behov, var et godt utgangspunkt for å bedre kvaliteten på den sykepleien, som ble utført ved sengepostene. Også nåværende helse- og omsorgsminister Bent Høye trekker paralleller mellom kvaliteten på pasientbehandlingen og kommunikasjon.

I sykehustalen (2014) skriver helse- og omsorgsministeren at kvaliteten på pasientbehandlingen i sykehusene varierer for mye. Det kan medføre alvorlige konsekvenser for pasientene, og i ytterste konsekvens medføre skader og død. I talen til sykehusene kom Høyre med flere løsningsforslag. For å skape bedre kvalitet på pasientbehandlingen foreslår han blant annet en endring i ledelse, systemer og kultur, og økt satsing på IKT og kommunikasjon (Høyre 2014:4). Flere av forslagene sammenfaller med hva informantene uttrykte at pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA kunne tilføre sengepostene.

Ledere skal i følge Colbjørnsen veilede de ansatte, og fokuserer på hvilke resultater som skapes. Oppfølging av medarbeiderne er en viktig administrativ lederoppgave, og ledere støtter medarbeiderne slik at de stadig kan forbedre seg (Colbjørnsen 2004). Med RAFAELA har sykepleielederne fått et verktøy, som systematiserte og tydeliggjorde ledernes forventninger og resultater. Flere av informantene fortalte at de benyttet tall og resultater fra RAFAELA (rapporter) på personalmøter, for å kommunisere forventninger og resultater til de ansatte. Kommunikasjonsprosessene ble satt i system (Johnsen m.fl. 2011), og informantene mente det var enklere å kommunisere med de ansatte.

Tydelige mål bidrar til at ledere kan avklare forventninger til sine medarbeidere. Ledernes jobb er å formidle og tydeliggjøre disse forventningene (Colbjørnsen 2004). Dette presiseres også av Johnsen, Andersen og Vanebo (2011), som blant annet beskriver ledelse som målformulerende. Ledelsesprosessen handler om samspillet mellom mennesker, som ønsker å nå felles mål ved hjelp av felles midler (Johnsen m.fl. 2011) I et høyspesialisert sykehus med store medisinske og helsefaglige miljøer, er det viktig med tydelige strategier og mål. Et hovedmål for Helse Sør-Øst er god kvalitet i pasientomsorgen (Helse Sør-Øst 2009). I sykehusets strategidokument fra 2012 er det nedfelt en visjon, flere mål og verdier. Verdiene er de nasjonale verdiene for helsetjenesten: Kvalitet, trygghet og respekt (Oslo universitetssykehus 2012). I begge disse dokumentene er målsetting knyttet opp mot kvalitet. Det er helt avgjørende at alle ansatte bidrar til å nå målsettingene, for å oppnå god kvalitet. Gjennom pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA og da særlig PAONCIL skapes en felles kvalitetsstandard på sengepostene i tillegg til visjon, mål og verdier. Sykepleierne er med på å si noe om hva som er optimal arbeidsbelastning på posten, og dette sammenlignes med den faktiske arbeidsbelastningen. Målet er en ballanse mellom pasientenes behov og tilgjengelige sykepleierressurser. Informantene hevdet at når denne balansen var tilstede, hadde sykepleierne store muligheter til å gi pasientene pleie og behandling av god kvalitet.

Verdier

Verdier er tett knyttet til kvalitet, og omhandler om våre grunnleggende prinsipper og generelle overbevisninger, som gir opphav til spesielle væremåter og handlemåter (Kaufmann og Kaufmann 2003:263). De er med andre ord et uttrykk for hva individer, grupper og samfunn anser for å være godt, og verdt å strebe etter (St. meld. nr 26 (1999-2000)). Verdiene er med på å påvirke de ansattes holdninger og atferd, og kommer til uttrykk både privat og i jobbsammenheng. Informantene i begge intervjuene var tydelige på at pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA, var med på å bevisstgjøre sykepleierne på hvilke verdier de anså som viktige i sitt arbeid. De var grunnleggende opptatt av å gi pasientene god og trygg behandling, noe som også er nedfelt i lovverket: Sykepleiefaget er regulert av helsepersonelloven som blant annet skal bidra til sikkerhet for pasientene og kvalitet i helsetjenesten (Helsepersonelloven 1999). De verdiene som informantene vektla sterkest, handlet om å sette pasientens individuelle behov i sentrum. Flere av informantene uttalte at de ved å benytte pasientklassifiseringssystemet RAFAELA ble mere bevisst hvilke behov de ulike pasientene hadde. Gjennom daglig å klassifisere pasientene, blir denne bevisstheten rundt pasientenes behov hele tiden aktualisert. Med god kunnskap om hva som er pasientenes behov, er det også enklere å planlegge hvor mye ressurser pasientene har behov for. Når ressursene er i samsvar med pasientenes behov, er det realistiske muligheter å gi pasientene god og sikker behandling. Dette samsvarer med diskusjonen i avsnittet om kvalitet, og underbygger hvor viktig det er å kunne respondere på pasientenes behov, som hele tiden endres.

Kulturen har i følge Colbjørnsen (2004) også stor innvirkning på medarbeiderne. Det handler om de verdier, normer og virkelighetsoppfatninger, som preger en virksomhet. Medlemmene av kulturen har felles verdier og visjoner, og de har felles bruk av symboler og meninger. Kulturen utvikler seg når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene (Colbjørnsen 2004). På sykehuset er det de ansatte som former organisasjonskulturen. For bedre å forstå hvorfor verdien om å *sette pasientenes behov i sentrum* var så tydelig hos informantene, viser jeg til Oslo universitetssykehus sin strategi og enkelte verdier som er med på å påvirke personalet. Det har i flere år vært satset på å implementere visjoner, verdier og mål ved sykehuset, og det har vært kampanjer som har rettet seg mot alle nivåer i organisasjonen, hvor målet har vært å skape en samlende og styrende strategi. Visjonen er: *Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling* (Oslo universitetssykehus 2012). Et av hovedmålene ved sykehuset har vært å ta utgangspunkt i pasientenes behov.

Dette stemmer godt overens med informantenes fokus på pasientbehovene. Flere styrende, offentlige dokumenter har også poengtert viktigheten av å definere pasientenes plass i helsevesenet. *Verdimeldinga* belyser verdier i helse- og omsorgstjenesten i et samfunnsperspektiv, hvor hovedbudskapet er å styrke det norske helsevesenet som en omfattende og solidarisk velferdsordning, og å sette fokus på å respektere menneskeverdet til pasientene som enkeltindivider (St. meld. nr 26 (1999-2000)). Også i St. meld. nr 10 (2012-2013): *God kvalitet - trygge tjenester* står pasientenes og brukernes behov i sentrum, noe som betegnes som god kvalitet. I sin tale til sykehusene i januar 2014 var også Høyre tydelig på at enkeltmenneskene ikke blir sett godt nok i helsevesenet, og ett av de viktigste målene fremover er å sette pasienten i sentrum. For å oppnå dette målet hevdet helse- og sosialministeren at det kreves en kulturendring, og mye handlet i følge Høyre, om ledelse og ansvar, og at pasientene må tas med i utviklingen (Høyre 2014). Informantene var tydelige på at pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA var en viktig premissleverandør av verdier, som var med på å sette fokus på pasientenes behov, og dermed øke kvaliteten på pasientbehandlingen. Det har allikevel blitt satt spørsmålstejn ved hvorvidt pasientene ble involvert i utviklingen av pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA. Dette motbevises i artikkelen: *The patient's perceived caring needs: Measuring the unmeasurable*, hvor forfatterne skriver følgende: *A caring science perspective does not only involve a professional perspective, but also involves a patient perspective* (Fagerström, Eriksson og Bergbom 1999: 200). Pasientene ble spurt om hvilke behov de hadde for sykepleie, og i følge pasientene var de fysiske og psykiske behovene dekket av de seks områdene som ble klassifisert (Fagerström, Eriksson og Bergbom 1999: 200). Tradisjonelle systemer for pasientklassifisering har blitt benyttet som et administrativt redskap for økonomisk kalkulering, budsjettering, kostnadsberegninger, effektivitets- og produksjonsanalyser og personalplanlegging. Disse systemene har blitt kritisert for å ha et industrielt perspektiv, og for ikke å klare å omfavne kompleksiteten, og de ulike dimensjonene av sykepleie (Fagerström 2009). Pasientklassifikasjonssystemer har også blitt kritisert for bare å ha fokusert på kvantitative aspekter ved sykepleie, og i mindre grad ha fokus på de kvalitative sidene ved sykepleien (DeGroot 1989). Videre har det også blitt satt spørsmålstejn ved om det å skulle klassifisere pasienter i ulike kategorier, er med på å generalisere pasientenes behov og dermed ta fokuset bort fra individuelle behov. Flere av informantene i denne studien hadde erfaringer med ulike klassifiseringsverktøy og hadde opplevd at systemene hadde begrensninger. Etter å ha benyttet RAFAELA over en periode på nesten to år, opplevde de at dette verktøyet var mere hensiktsmessig, og hadde flere dimensjoner enn andre verktøy.

I tillegg til å kartlegge pasientene behov for sykepleie, og å se dette opp mot tilgjengelige ressurser, har RAFAELA også en tredje dimensjon: PAONCIL. PAONCIL er basert på sykepleiernes egne vurderinger, av hva som er optimal arbeidsbelastning ved posten. Den baserer seg på at de profesjonelle sykepleierne har kunnskap og ferdigheter til å bedømme når det er ballanse mellom sykepleieintensiteten, og tilgjengelige ressurser (Fagerström og Raino 1999). RAFAELA muliggjør at sykepleierne selv definerer når det er mulig å gi pasientene god kvalitet på sykepleien til pasientene. Informantene opplevde denne muligheten til å påvirke egen arbeidshverdag var svært verdifullt og motiverende. Ved å lytte til medarbeiderne og gi de mulighet til medbestemmelse, utøvde lederne relasjonelt lederskap. I følge Colbjørnsen (2004) vil relasjonelt lederskap bidra til måloppnåelse når det skaper positive følelser mellom leder og medarbeider. Det handler om samspillet mellom leder og medarbeider, og når medarbeiderne opplever emosjonell velvære, øker medarbeidernes prestasjoner (Colbjørnsen 2004).

Synliggjøring av sykepleien

Ressurser

Økonomiske innsparinger over tid har påvirket organiseringen av sykepleietjenesten. Ledere i sykehus blir presset til økt effektivitet med begrensede ressurser. Sykepleiere med lederansvar opplever store utfordringer i å balansere pasientenes behov, og antall sykepleiere med nødvendig kompetanse. Tiltross for dette var det stor enighet blant informantene i denne studien, at det var pasientenes behov som skulle danne grunnlaget for allokering av de tilgjengelige personalressursene. Ved å benytte pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA hadde sykepleiere med lederansvar fått mulighet til å hente ut rapporter med data, som viste pasientenes behov og bemanningssituasjonen på posten. Aktiviteten på postene ble synliggjort. Det medførte gode muligheter til å planlegge driften og utnytte ressursene effektivt, som en viktig del av ledelsesprosessen. Dette er i tråd med St.meld. nr 10 (2012-2013), hvor kvalitetsarbeidet skal føre til bedre helse, mer tilfredse pasienter og bedre ressursutnyttelse. Bedre ressursutnyttelse vil i følge Fagerström (2009) bedre kvaliteten på den sykepleien som gis til pasientene, og for pasientene vil dette kunne medføre bedre resultater. Hun viser også til at god ressursutnyttelse gir sykepleierne gode arbeidsforhold, som igjen øker arbeidsgleden og minsker sykefraværet. Aiken, Clarke og Sloane m.fl. (2008:223) konkluderer med følgende: *Nurses reported more positive job experiences and fewer concerns with care quality, and patients had significantly lower risk of death and failure to rescue in hospitals with better care environments.*

I Colbjørnsen (2004) sin lederteori peker han på at *Administrativt lederskap* handler om effektiv ressursutnyttelse for å kunne nå, og følge opp mål og resultatforventninger. For å kunne sørge for god utnyttelse av ressursene er det viktig, at lederne har god innsikt i virksomheten, har mulighet til å kommunisere forventninger og følge opp resultater. I sykehus er sykepleiernes bidrag til pleie og behandling avgjørende for pasientenes behandlingsresultat (Lucero, Lake og Aiken 2009), og mangel på sykepleiere ved sengeposter i sykehus er problem for effektiv pasientbehandling (Adams, Bond 2003). Derfor vil det for sykepleiere med lederansvar være avgjørende med gode systemer for å kunne fordele og utnytte ressursene på en effektiv måte. Deltakerne i begge intervjuene var samstemte i at pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA var et viktig hjelpemiddel i arbeidet med ressursallokering i det daglige, men også i det strategiske arbeidet. Colbjørnsen fremhever lederens relasjon til medarbeiderne, der synet på medarbeiderne er at de er organisasjonens viktigste ressurs, og aktivt medvirkende til måloppnåelse. Han beskriver viktigheten av å anerkjenne medarbeidernes innsats, og vise dem tillit (Colbjørnsen 2004). I RAFAELA-systemet er sykepleierne med på å påvirke sin arbeidshverdag. Informantene mente at sykepleierressursene ble mer hensiktsmessig fordelt med RAFAELA, og at dette kunne være med på å styrke relasjonen mellom lederne og medarbeiderne.

Fagutvikling

Informantene i denne studien var generelt opptatt av fagutvikling, og det var viktig for dem å være oppdatert på kunnskap, som medførte god kvalitet på pasientbehandlingen. Deltakerne ønsket at arbeidet som ble utført skulle være kunnskapsbasert, og flere var aktive i det løpende arbeidet med utarbeidelse av faglige prosedyrer og retningslinjer på postene. Felles for begge intervjuene, var at informantene uttalte at de ved å benytte pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA, hadde de fått et større fokus på fagutvikling på sengepostene. Innføringen av verktøyet og arbeidet med å klassifisere pasientene, hadde ført til gode diskusjoner og økt fokus på viktige områder i sykepleierfaget. Flere av deltakerne mente også at sykepleiedokumentasjonen var blitt bedre og mer systematisk. Kravet om kvalitet og nødvendig kompetanse er også omtalt i lov om spesialisthelsetjenesten; I spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 står det at alle som jobber i sykehus skal arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. For å oppnå god kvalitet og sikker pasientbehandling, står det i § 3-10 at alle som jobber i spesialisthelsetjenesten skal få opplæring, etterutdanning og videreutdanning for å sikre at de har den kompetansen som kreves for å *utføre sitt arbeid forsvarlig* (spesialisthelsetjenesteloven).

Fagutviklingens avgjørende betydning for kvalitet på sykepleien blir også bekreftet i annen forskning. I studien: *Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes* konkluderes det med at sykepleiebemanningen, arbeidsmiljøet og fagutviklingen må optimaliseres for å oppnå høy kvalitet i pasientbehandlingen (Aiken, Clarke og Sloane m.fl. 2008). Det er også studier som viser en klar sammenheng mellom godt kvalifiserte og høyt utdannede sykepleiere, og redusert dødelighet hos pasienter (Aiken, Sloane, Bruyneel m.fl. 2014, Aiken, Cimiotti, Sloane m.fl. 2011). I Samhandlingsreformen (2008-2009) blir også kvalitet satt i sammenheng med *et kompetent helsepersonell*. Gode faglige arbeidsmiljøer, god grunnbemanning, en hensiktsmessig bemanningssammensetning, god ledelse, og ikke minst muligheter for fagutvikling, er viktige virkemidler for å oppnå god kvalitet på pasienttilbudet (St.meld. nr 47 (2008-2009)). En av deltakerne var også opptatt av at resultatene og rapportene fra RAFAELA hadde gitt lederne en oversikt over hvilke pasienter som var innlagt, og hvilke behov pasientene hadde for sykepleie. Informasjonen ble brukt i ledelsesprosessen for å profilere enheten, ved rekruttering og opplæring av nyansatte, og for å kartlegge behovet for fagutvikling hos de ansatte.

Det fremkom av resultatene at RAFAELA-systemet ikke tar hensyn til de ansattes kompetansenivå, og personalressursene registreres likt uavhengig av kompetanse. Det vil si at en sykepleier med mange års erfaring og bred kompetanse, registreres likt som en nyutdannet sykepleier i ressursoversikten. En av informantene pekte på at dette kunne medføre at sykepleieressursene på posten ikke viste det faktiske bildet, og at rapportene kunne mistolkes. Det ble hevdet at kvantiteten på sykepleieressursene, ikke nødvendigvis gjenspeiler kvaliteten.

Ressurskrevende system

Under intervjuene kom det også frem flere utfordringer vedrørende pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA. I begge intervjuene fortalte enkelte av informantene, at de hadde opplevde klassifiseringsverktøyet som ressurskrevende på flere nivåer i organisasjonen. Sykepleierne som utførte selve klassifiseringen opplevde dette som tidkrevende, og det var ressurskrevende å kontrollere at alle pasientene faktisk ble klassifisert. Informantene fortalte også at lederne hadde brukt mye tid til å registrere personalressurser, lære seg å få ut gode rapporter, og ikke minst brukt tid på hvordan de skulle bruke rapportene strategisk.

I Arbeidstilsynets tilsynsrapport: *God vakt! Arbeidsmiljø på sykehus*, kom det frem at ansatte i sykehus opplevde en uballanse mellom oppgaver og ressurser, og at førstelinjelederne hadde en *helsebelastende arbeidssituasjon* (Arbeidstilsynet 2008). Når ansatte og ledere i utgangspunktet opplever at det er et misforhold mellom oppgaver og arbeidskapasitet, kan det å skulle introdusere RAFAELA-systemet virke uoverkommelig. Noe som stemmer godt med det sykepleierne med lederansvar fortalte om, at de opplevde implementeringsfasen som særlig ressurskrevende. I rapporten fra Arbeidstilsynet ble det videre presisert, at sykehusansatte opplevde forholdet mellom oppgaver og bemanning som særlig problematisk (Arbeidstilsynet 2008). Deltakerne uttrykte at de daglig opplevde utfordringer med å ballansere pasientenes behov og tilgjengelige sykepleierressurser, og de brukte mye tid på å få tak i kvalifiserte sykepleiere. Dette bekreftes av nyere forskning som sier at god pasientbehandling er avhengig av en arbeidssituasjon hvor pasientenes behov for sykepleie samsvarer med tilgjengelig sykepleierbehandling (Aiken, Sloane, Bruyneel m.fl. 2014). Selv om informantene støttet hverandre i at pasientklassifiseringsverktøyet var ressurskrevende, var det også stor enighet i at RAFAELA hadde gitt de et redskap som gjorde det mulig med en bedre ressursplanlegging og ressursfordeling. Sykepleiere med lederansvar kunne i ledelsesprosessen tilrettelegge for en arbeidssituasjon, som innebar realistiske muligheter for optimal pasientbehandling (Rauhala og Fagerström 2004).

Konklusjon

Sykepleiere med lederansvar som deltok i denne studien, erfarte at pasientklassifiseringssystemet RAFAELA var et viktig verktøy for bruk ved medisinske og kirurgiske sengeposter. RAFAELA ble oppfattet som et nyttig, men ressurskrevende verktøy i ledelsesprosessen. Informantene vektla behovet for å ha et felles hjelpemiddel i arbeidet med å analysere pasientbehov opp mot pleierressurser i det daglige arbeidet, men også i strategiarbeidet. Dette medførte en bedre planlegging av driften, og mer effektiv ressursutnyttelse.

Takk til klinikkledelsen ved Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken, Oslo universitetssykehus som har bidratt til at denne studien lot seg gjøre. Takk også til Kjersti Lønning som bidro i gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene, og takk til Sigrun Lundeby for hjelp med transkriberingen av intervjuene. Takk til Trine Lise O. Stenbakk for støtte, oppmuntring og lesing av korrektur, og takk til medstudent Elin Henriksen som har vært en god støttespiller og diskusjonspartner. Sist, men ikke minst, takk til informantene som åpent fortalte om sine erfaringer med pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA.

Referanser

1. Aadland, Einar (2004). *Den truverdige leiaren*. Oslo: Det Norske Samlaget.
2. Adams, A. and Bond, S. (2003). Staffing in acute hospital wards: part 1. The relationship between number of nurses and ward organizational environment. *Journal of Nursing Management*, (11): 287-292. Hentet 24. april 2014 fra: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12930533>
3. Aiken, L. H, Clarke, S.P. og Sloane, D.M. m.fl. (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 38 (5): 223-229. Hentet 24. april 2014 fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2586978/>
4. Aiken, L. H, Cimiotti, J.P., Sloane, D.M m.fl. (2011). Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Medical Care*, 49, (12): 1047-1053.
5. Aiken, L. H., Sloane, D.M., Bruyneel, L. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Published online February 26, 2014 in The Lancet: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8)
6. Alfheim, H. B. og Laake, J. H. (2008). Kvantifisering av pleietyngde og utskrivingskriterier hos pasienter i oppvåkningsenhet. *Forskning nr 2* (3): 72-83.
7. Andersen, M. H., Lønning, K. og Fagerström (2014). Testing Reliability and Validity of the Oulu Patient Classification Instrument- The First Step in Evaluating the RAFAELA System in Norway. *Open journal of nursing* (4):303-311. Published Online April 2014 in SciRes. <http://www.script.org/journal/ojn>. <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2014.44035>
8. Arbeidstilsynet (2008). *God vakt! Arbeidsmiljø på sykehus*. Oslo. Hentet 24. april 2014 <http://www.arbeidstilsynet.no/artikkel.html?tid=78766>
9. Arnulf, J. K. (2012). *Hva er ledelse?* Oslo: Universitetsforlaget.
10. Carr-Hill, R.A. and Jenkins-Clarke, S. (1995). Measurement systems in principle and in practice: the example of nursing work load. *Journal of Advanced Nursing*, (22): 221- 225.
11. Colbjørnsen, T. (2004). *Ledere og lederskap. AFFS Lederundersøkelser*. Bergen: Fagbokforlaget.
12. De Groot, H.A. (1989). Patient classification systems and staffing. Part 1: Essencial System Elements. *Journal of Nursing Administration*, (19): 30-35.

13. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet: 7. april 2014 fra: <https://etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/>
14. Fagerström, L. (2009). Evidence-based human resource management: a study of nurse leaders` resource allocation. *Journal of Nursing Management*, 17 (4): 415-425. Hentet 24. april 2014 fra: <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01010.x>
15. Fagerström, L. (2000). Expertvalidering av Oulu Patient Classification- En fas I utvecklingen av et nytt system för vårdtyngdsklassifisering, RAFAELA. *Vård i Norden*, (3): 15-21.
16. Fagerström, L., Eriksson, K. and Bergbom E. I. (1999). The patient`s perceived caring needs: Measuring the unmeasurable. *International Journal of nursing Practice*, (5): 199-208. Hentet: 24. april 2014 fra: <http://Web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer?sid=6265dc17-962>
17. Fagerström, L. and Rainio A-K. (1999). Professional assessment of optimal nursing care intensity level: a new method of assessing personnel resources for nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, (8): 369-379.
18. Frilund, M. og Fagerström, L. (2009). Validity and reliability testing of the Oulu patient classification: instrument within primary health care for the older people. *Nursing*, (4): 280-287. Hentet 25. april 2014 fra: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00175.x>
19. Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsepersonelloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.* Hentet 7. april fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
20. Helse Sør-Øst. (2009). *Plan for strategisk utvikling 2009-2020. "Omstillingsprogrammet"*. Hentet: 7. april 2014 fra: <http://www.helse-sorost.no/omoss/strategier/Documents/Plan%20for%20str>
21. Høye, B. (2014). *Sykehustalen. Helse- og omsorgsminister Bent Høyes politiske styringssignaler for spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 25. april 2014 fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/sykehustalen.html?regj_oss=1&id=748853
22. Johnsen, E., Andersen, J. A. og Vanebo, J.O. (2011). Mot en ny ledelsespraksis. I: Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K.K m.fl. (red.). *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. Oslo: Universitetsforlaget.
23. Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

24. Levenstam, A. K. og Bergbom, I. (2002). Changes in patients' need of nursing care reflected in the Zebra system. *Journal of Nursing Management*, (10): 191-199.
25. Lucero, R.J., Lake, E.T. og Aiken, L.H. (2009). Variations in nursing care quality across hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (11): 2299-2310. Hentet 24. april 2014: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057502>
26. Lucero, R.J., Lake, E.T. og Aiken, L. H. (2010). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, (19): 2185-2195.
27. Malterud, K. (2004). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
28. Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
29. Norsk Sykepleierforbund (2005). *Sykepleier med lederansvar - god på fag og ledelse*. Oslo: NSF. Side 1-19.
30. Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske reyningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Nork Sykepleierforbund.
31. Oslo Universitetssykehus (2012). *Strategi 2013-2018. Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling*. Hentet 7. april 2014 fra: [http:// www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss)
32. Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utenfra eller begge deler? I: Fossåskaret, T. H. Aa. og O.L. Fuglestad (red.). *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
33. Rauhala A, Fagerström L (2004). Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *Journal of Advanced in Nursing* (45):351-359).
34. Repstad, P. (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverrfaglig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
35. Repstad, P. (1991). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget
36. Rikshospitalet (2004). *Virksomhetsregistrering med Svips*. Oslo: Helsafaglig støtte.
37. Sagatun, S. (2009). Aksjonsforskning som arbeidsmåte i prosjektarbeid. I: Johansen, H. C. G. og Halvorsen, A. og Repstad, P. (red), *Å forske blant sine egne. Universitet og region-nærhet og uavhengighet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
38. Sandvik, A. L. og Hammer, S. V. (2006). Betaling etter innsats. *Sykepleien*, 94 (01): 62-65.
39. Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 61 om helsepersonell m.v.* Hentet 7. april fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

40. St.meld. nr 10 (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 24. april 2014 fra:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?regj_oss=1&id=709025
41. St. meld. nr 26 (1999-2000). *Om verdier for den norske helsetjenesta*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 25. april 2014 fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850>
42. St.meld. nr 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 25. april 2014 fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
43. Strand, T. (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
44. Yukl, Gary (2010). *Leadership in organizations*. New Jersey: Pearson Education.

Vedlegg

Vedlegg 1: Svar fra REK



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Fagutviklings- og forskningssykepleier
PhD Marit Andersen
Oslo universitetssykehus HF
Rikshospitalet
postboks 4950 Nydalen

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk Sor-Ost A (REK Sor-Ost A)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 84 46 66

Dato: 15.10.2010
Deres ref.:
Vår ref.: 2010/2273a

E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Nettadresse: <http://helseforskning.etikkom.no>

2010/2273a Evaluering av pleietyngde ved sengeposter tilknyttet Klinikkk for spesialisert medisin og kirurgi, Oslo universitetssykehus HF Rikshospitalet

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional forskningsetisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 30. september 2010. Søknaden er vurdert i henhold til lov av 20. juni 2008 nr. 44, om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) kapittel 3, med tilhørende forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning av 1. juli 2009 nr 0955.

Prosjektleder: Fagutviklings- og forskningssykepleier PhD Marit Andersen

Forskningsansvarlig: Oslo universitetssykehus HF

Det finske pasientklassifiseringssystemet RAFAELA som måler pleiebehov og ressurstilgang skal testes ut ved OUS HF. Formålet er å i) evaluere om RAFAELA er i stand til å monitorere sykepleierressurser i forhold til pasientenes behov under sykehusoppholdet, ii) å evaluere RAFAELA-dataenes validitet og reliabilitet, iii) å sammenligne ulike DTG-grupper mht bruk av sykepleie-ressurser og workload pr sykepleier ift pasientbehov, iv) å evaluere om balansen mellom pasientbehov og sykepleierressurser kan monitoreres og styres ved bruk av PAONCIL, v) å evaluere eventuelle forskjeller i totalkostander av sykepleierressurser innen de ulike DRG-grupper, vi) å studere ledernes erfaringer med RAFAELA som et lederverktøy.

Studien vil benytte både kvantitative og kvalitative metoder. Det skal gjennomføres et dybdeintervju av ca. en times varighet og det skal også utfylles et spørreskjema.

Utvalget er klinikkens ledere og utvalgte sykepleiere. Det er utarbeidet et informasjonsskriv med samtykkeerklæring for deltakerne i undersøkelsen.

Komiteens oppfatter det slik at det ikke skal innhentes identifiserbare helseopplysninger og at det ikke skal rekrutteres pasienter i studien som ledd i et forskningsopplegg. Formålet er ikke primært å få ny kunnskap om helse og sykdom men å få mer kunnskap om hvordan arbeidet til ansatte i et sykehus kan organiseres og kvalitetssikres. Studien kan være viktig for helsetjenesten, men den faller utenfor helseforskningslovens virkeområde.

Vedtak:

Etter søknaden fremstår prosjektet som en studie av organisering av helsetjeneste og faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

Vi gjør oppmerksom på at det for behandling av personopplysninger i prosjektet er nødvendig med tillatelse fra personvernombudet/NSD.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Vennligst oppgi vårt saksnummer/referansennummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen (sign)
Professor
Leder

Jørgen Hardang
Komitésekretær

Kopi: godkjenning@rikshospitalet.no



Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentralbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Til: Marit Helen Andersen, forsker, Klinikk for
spesialisert medisin og kirurgi

Kopi:

Fra: Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus

Saksbehandler: Kathrine Rogstad, personvernrådgiver

Dato: 29.12.10

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og
databehandling av personopplysninger i prosjekt
2010/27572

Saksnummer/
ePortennummer:

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet " Evaluering av RAFAELA som verktøy for klassifisering av pleiebehov og bruk av sykepleierressurser i sengeposter tilknyttet Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi, Oslo universitetssykehus HF Rikshospitalet"

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Det følgende bekrefter også at prosjektet har innhentet de nødvendige interne godkjenninger ved OUS, i henhold til sykehusets system for internkontroll med forsknings- og kvalitetsstudier. Viser her til godkjenning av prosjektet fra avdelingsledelse og forskningsleder i klinikken. Forutsetningene nedenfor må etterleves for at prosjektet kan gjennomføres.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud ved Oslo Universitetssykehus (OUS), fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
2. Data lagres som oppgitt i meldingen (vedlagt). Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av personvernombudet ved OUS.

Forespørsel om deltakelse i kvalitetsstudien og informasjon

”En kvalitativ studie av seksjonslederens sykepleielederens erfaringer med bruk av det finske pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA”.

Bakgrunn

I 1990-årene ble det i Finland utviklet et system for pasientklassifisering og ressursallokering, kalt RAFAELA. Systemet er basert på forskning og brukererfaringer i klinikken, og er idag i bruk ved omlag 600 kliniske enheter i Finland. RAFAELA har ikke tidligere vært i bruk i Norge.

Hovedideene bak RAFAELA er som følger:

1. God pasientbehandling er avhengig av en arbeidssituasjon hvor pasienters behov for sykepleie samsvarer med tilgjengelig sykepleierbemanning.
2. Ressursfordeling i samsvar med optimal standard på sykepleien øker kvaliteten på den sykepleie som gis.
3. En sentral oppgave for sykehusledere er å tilrettelegge for en arbeidssituasjon som innebærer realistiske muligheter for optimal pasientbehandling.

Hensikt og deltakelse

Jeg spør deg som seksjonsleder om å delta i en kvalitetssikringsstudie. Hensikten er å få kunnskap om hvilke erfaringer klinikkens sykepleieledere har med pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA. Er RAFAELA et hensiktsmessig lederverktøy? Denne delstudien utgår fra en større evalueringstudie av pasientklassifiseringssystemet RAFAELA, som pågår ved Kreft-, kirurgi-, og transplantasjonsklinikken, med Marit Helen Andersen som prosjektleder.

Hva innebærer studien?

Kriterier for deltakelse er at informantene er seksjonssleder eller assisterende seksjonssleder. Sykepleierlederne må ha erfaring med RAFAELA i 6 måneder eller mer. Deltakelse i studien innebærer å delta i ett fokusgruppeintervju. Intervjuet vil ha en varighet på inntil to timer, og vil bli tatt opp på lydbånd. Studien vil foregå i perioden 2013-2014.

Det er til sammen 7-8 sykepleiereledere i klinikken som vil delta på intervjuet.

Gruppen ledes av meg som moderator og 1-2 observatører, og vil foregå ved Kreft-, kirurgi-, og transplantasjonsklinikken, Rikshospitalet.

Under intervjuet vil det bli stillt noen spørsmål, men i hovedsak vil deltakerne bli bedt om å fortelle med egne ord hvilke erfaringer man har med RAFAELA.

Fordeler og mulige ulemper

I tilknytning til evalueringen av pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA, vil aktuelle delstudie gi viktig dybdekunnskap om sykepleieledernes erfaringer med bruk av dette verktøyet.

Studien medfører i svært liten grad belastninger eller ulemper for informantene.

Personvern

Studien er godkjent av det interne Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet.

Dataene vil i avidentifisert form bli bearbeidet og analysert. Dataene vil lagres avidentifisert, det vil si ved bruk av kode for hver deltaker i studien.

Så langt det er mulig skal det søkes å publisere resultatene, slik at ikke identiteten til informantene kommer frem.

Økonomi

Studien er finansiert gjennom forskningsmidler fra Helse Sør-Øst.

Det er dessverre ikke midler til å gi deltakerne i fokusgruppeintervjuet økonomisk kompensasjon.

Informasjon om utfallet av studien

Resultatene kan presenteres i nordiske tidsskrifter, ved nasjonale og internasjonale konferanser, og i norske tidsskrifter for helsearbeidere, helseadministratorer, og helseøkonomer.

Alle informantene vil få tilbud om å få den ferdige masteroppgaven tilsendt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få noen konsekvenser for deg.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Kontaktinformasjon

Har du spørsmål til studien kan du kontakte Bodil Mørk Lillehol

Tusen takk!

Med vennlig hilsen

Bodil Mørk Lillehol

Masterstudent, Verdibasert ledelse

mobil 406 101 87 | kontor 23 07 05 31 | call 20531

bmork@ous-hf.no

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert av Leder av studien, dato)

Vedlegg 5: Spørsmål til fokusgruppeintervju

Spørsmål til fokusgruppeintervju

På hvilke områder opplever sykepleieledere at RAFAELA er et hensiktsmessig lederverktøy?
En kvalitativ studie av seksjonslederens erfaringer med bruk av det finske pasientklassifiseringsverktøyet RAFAELA.

Kort introduksjon av studien

1. Praktisk informasjon
Tid,
2. Hensikt
3. Fokusgruppeintervju og forventninger til informantene
4. Forskningsspørsmål

Ledelse

1. Hva er ledelse for dere?
2. Hvordan utøver dere ledelse i hverdagen?

Hva er din erfaring med RAFAELA?

1. Hvordan er RAFAELA nyttig for dere som ledere? Forklar.
2. Hva har RAFAELA betydd for dere som ledere? Forklar.

Hva bruker du RAFAELA til?

1. Benytter du de tilgjengelige dataene og rapportene i ditt arbeid som leder?
Hvis svaret er nei: Hvorfor bruker du ikke rapportene?
2. Hvilke rapporter bruker du?
Jeg tar med de fire mest brukte rapportene
3. Hva bruker du rapportene til?

Hvilke erfaringer har du som leder med RAFAELA i arbeidet med ressursallokering?

1. Rekruttering
2. Bemanning
3. Effektivitet
4. Økonomi

Hvilke erfaringer har du som leder med RAFAELA i arbeidet med strategisk planlegging?

1. Planlegge bruk av ressurser.
2. Produktivitet, effektivitet
3. Kultur
4. Medvirkning, arbeidsmiljø, motivasjon

Hvilke erfaringer har du som leder med RAFAELA i arbeidet med kvalitetsforbedring?

1. Kunnskap om hvilke behov pasientene har
2. Kompetanseheving hos sykepleiere
3. Prioritering

Er det noe du savner?

Forslag til endringer?

Flere ideer?

Bodil Mørk Lillehol

Masterstudent, Verdibasert ledelse

mobil 406 101 87 | kontor 23 07 05 31 | call 20531

bmork@ous-hf.no

