

DIAKONHJEMMET HØGSKOLE  
MAVERD 599  
MASTEROPPGAVE I VERDIBASERT LEDELSE

# **Bemanningsplanlegging av sengeposter i sykehus**

**En studie av hvilke forhold enhetslederne tar hensyn til i planleggingen av bemanningen ved sine sengeposter**

**Forfatter: Elin Henriksen**  
**Veileder: Karin Kongsli**  
**Antall ord:22600**

**Innlevering: 02.05.2014**

## Sammendrag

Tema for denne masteroppgaven var bemanningsplanlegging ved sengeposter i sykehus. Personalforvaltning i forhold til bemanning av sengeposter ved sykehus, er i stor grad basert på tradisjoner og antakelser. Ved dagens sengeposter er det som oftest enhetsledere med sykepleiefaglige bakgrunn som har ansvaret for den daglige driften. Formålet med studien var å finne ut om det finnes noen felles forhold som enhetslederne tar hensyn til i den daglige planleggingen. Problemstillingen er:

Hvilke forhold tar enhetsleder hensyn til i den daglige planleggingen av bemanningen ved sengeposten?

Målet og hensikten med denne studien var å sette fokus på hvor viktig riktig bemanning av sengeposten er, for å kunne utøve forsvarlig pasientbehandling, omsorgsfull hjelp, og ivaretagelse av de ansatte. Kvalitativ metode med bruk av semistrukturert intervju ble valgt. Data er innhentet ved intervju av 8 enhetsledere ved 3 forskjellige sykehus, og ble analysert med etablert metode for kvalitativ innholdsanalyse. I analysen kom jeg frem til 3 kodegrupper: forsvarlighet, ressursbruk og organisering av virksomheten som danner grunnlaget for presentasjonen av funnene mine.

Spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven er to av de lovverkene som er styrende for utøvelse av ledelse av en sengeposten. Aktuelle paragrafer fra disse lovene ble valgt som teoretisk rammeverk, sammen med ansvarsområdene til lederen av sengeposter. Sykepleiere med lederansvar har et helhetlig ansvar som kan deles inn i 4 likeverdige ansvarsområder administrativt ansvar, faglig ansvar, juridisk ansvar og etisk ansvar. Teori i forhold til situasjonsbestemt ledelse, forskning og aktuelle styringsdokumenter er også drøftet opp imot funnen.

Sentrale funn i min studie viste at enhetslederne ved sengepostene brukte mye tid på å planlegge bemanningen. De vektla faglig forsvarlig pasientbehandlingen, og ivaretagelse av de ansatte, som viktigere enn økonomisk balanse. Forhold som enhetslederne først og fremst vektla under planleggingen av bemanningen, var pasientantallet, pasienttyngden og kompetansenivået hos de ansatte.

## **Forord**

Jeg sitter inne i dette fantastiske vårværet og gjør de siste tastetrykkene på masteroppgaven. Etter ett hektisk år med mange spennende lederutfordringer i jobb sammenheng, har også mye tid gått med til arbeidet med masteroppgaven. Tema som jeg har valgt å skrive om engasjerer meg, og er svært relevant for meg i min jobb som seksjonsleder med ansvar for flere sengeposter. Dette engasjementet har vært med på å skape drivkraften i utformingen av oppgaven. Jeg ønsker med dette å takke de som har hatt betydning for at masteroppgaven min har blitt en realitet.

Takk til min avd.leder Bjørn Atle Bjørnbeth for at jeg har fått mulighet til å sette av tid til å fullføre min masteroppgave.

Takk til alle mine informanter som har satt av tid og ressurser til meg i deres travle hverdag, og delt villig med meg deres erfaringer om bemanningsplanlegging, og takk til lederne ved de 3 sykehusene for at jeg fikk tillatelse til å gjennomføre intervjuer.

Takk til Ingeborg Stømseng Sjetne ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester som tok seg tid til meg, for å innhentet data fra surveyundersøkelsen.

Takk til veileder høgskolelektor Karin Kongsli for kunnskapen du har gitt meg gjennom gode og konstruktive tilbakemeldinger.

Takk til gruppeveiledere professor Olav-Helge Angell og førsteamanuensis Olav Molven, og gruppemedlemmene for gode refleksjoner og tilbakemeldinger.

Takk til medstudent Bodil Mørk Lillehol for viktig støtte gjennom hele studien og ikke minst i innspurten.

Takk til mine foreldre som har stilt opp som barnevakter og lån av hus i påskeferien og ikke minst, takk til mine to gutter (Mathias og Kristian) og samboer Geir som har vært tålmodig og latt meg få ha huset for meg selv mange helger. Jeg gleder meg til at vi kan gjøre ting sammen igjen!

Oslo 2. mai 2014

Elin Henriksen

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn og formål .....	6
1.2 Oppgavens oppbygging .....	7
<b>2 Problemstilling og forskningsspørsmålene</b> .....	<b>8</b>
2.1 Begrepsavklaringer .....	9
2.1.1 Bemanning og kompetansen .....	9
2.1.2 Turnusplan .....	10
2.1.3 Pleietyngde .....	11
2.1.4 Enhetsleder .....	11
2.2 Oppgavens avgrensning .....	11
<b>3 Teoretisk rammeverk</b> .....	<b>13</b>
3.1 Aktuelle rapporter og systemer .....	13
3.1.1 Bemanningsplanlegging .....	13
3.1.2 Bemanningsnorm .....	14
3.1.3 Pleietyngdeklassifiseringsverktøy .....	15
3.1.4 Forholdet mellom oppgaver og ressurser .....	16
3.2 Tidligere forskning .....	17
3.2.1 Oppsummering .....	19
3.3 Aktuelle lovverk .....	19
3.3.1 Lov om helsepersonell § 4 - Forsvarlighet .....	20
3.3.2 Lov om helsepersonell § 6 - Ressursbruk .....	21
3.3.3 Lov om helsepersonell § 16 - Organisering av virksomhet .....	21
3.3.4 Lov av spesialisthelsetjenesten .....	22
3.3.5 Oppsummering .....	23
3.4 Ledelse .....	24
3.4.1 Ledelse i sykehus .....	24
3.4.2 Situasjonsbestemt ledelse .....	25
3.4.3 Enhetslederens ansvarsområde .....	26
3.5 Oppsummering .....	32
<b>4 Metode</b> .....	<b>33</b>
4.1 Valg av metode .....	33
4.1.1 Kvalitativ metode .....	33
4.2 Det kvalitative forskningsintervjuet .....	34
4.2.1 Intervjuguiden .....	35
4.3 Valg av forskningsfelt og informanter .....	35
4.3.1 Sengepostene .....	36
4.3.2 Informanter .....	36
4.4 Gjennomføringen .....	36
4.5 Metode i analysearbeidet .....	37
4.5.1 Helhetsinntrykk .....	38
4.5.2 Meningsbærende enheter .....	38
4.5.3 Kondensering .....	39
4.5.4 Sammenfatning - fra kondensering til beskrivelse av begreper og resultater .....	39
4.6 Metoderefleksjon .....	39
4.6.1 Forforståelse .....	40
4.6.2 Reliabilitet og validitet .....	40
4.6.3 Forskningsetikk .....	41
4.7 Oppsummering .....	42
<b>5 Resultater - presentasjon og drøfting av funn</b> .....	<b>43</b>

5.1 Faglig forsvarlighet .....	44
5.1.1 Pasienttyngden og antall pasienter .....	44
5.1.2 Kommunikasjon med sykepleierne, og tidsbruk på planleggingen.....	45
5.1.3 Kvalifisert personell .....	47
5.1.4 Sammensettingen av kompetanse og personalgruppen .....	47
5.1.5 Drøfting .....	49
5.2 Ressursbruk .....	54
5.2.1 Budsjettarbeidet.....	55
5.2.2 Bemanningsplanen .....	55
5.2.3 Sykefravær .....	56
5.2.4 Drøfting .....	57
5.3 Organisering av virksomheten .....	62
5.3.1 Organisering av sykepleietjenesten .....	62
5.3.2 Endringer i virksomheten .....	63
5.3.3 Støttefunksjoner .....	63
5.3.4 Drøfting .....	64
5.4 Oppsummering .....	67
<b>6 Konklusjon.....</b>	<b>68</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>70</b>
Vedlegg 1: Brev til Administrerende direktør.....	72
Vedlegg 2: Brev til informanter .....	74
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	76

# 1 Innledning

Personell er den viktigste innsatsfaktoren i sykehus, og flere rapporter fremhever at behovet for helsepersonell er økende. Det vil bli en utfordring å balansere tilbud og etterspørsel i årene som kommer. For å dekke dagens behov i helsesektoren er vi avhengig av at hver sjettede elev i grunnskolen velger helsefag, i år 2035 med tilsvarende aktivitet som i dag, er vi avhengig av at hver tredje elev gjør det samme (Helsedirektoratet, 2012). Det er ikke tvil om at bemanning av våre fremtidige sengeposter blir en viktig samfunnsmessig faktor. Det vil bli enda mer nødvendig med god forvaltning av personellressurser for å sikre pasientene god og trygg behandling og best mulig utnytting av fellesskapets ressurser (St.meld 16, 2011). Ved dagens sengeposter er det som oftest enhetsledere med sykepleiefaglig bakgrunn som har ansvaret for bemanningen. Dette er ledere med totalansvar for fag, personal og drift. Formålet med denne studien er å finne ut hvilke forhold lederne tar hensyn til i planlegging av bemanning, hvor kravene til en forsvarlig pasientbehandling og ivaretagelse av de ansatte står sterkt i lovverket.

## *1.1 Bakgrunn og formål*

Det er flere grunner til at jeg ønsker å arbeide med tema knyttet til bemanning av sengeposter. I min jobb som leder ved sengeposter siden 2003, har jeg gjennom disse årene ofte vært i situasjoner hvor sykehusledelsen vil redusere kostnadene og hvor ett av tiltakene er å redusere antall ansatte. Dette får konsekvenser for bemanningen av sengeposten. Dilemmaet man ofte står ovenfor som enhetsleder er kravet om å redusere kostnadene, samtidig som de ansatte melder om ett økende arbeidspress, og pasientene krever mer spesialisert oppfølging. Hva er det enhetslederne i dag legger vekt på når de vurderer behovene i forhold til bemanning av sine sengeposter? I mitt søk etter ett bemanningsplanleggingsverktøy for somatiske sengeposter ved sykehus i Norge er det få treff. Men ved helseforetaket Oslo universitetssykehus (OUS) ble det i 2011 besluttet å innføre en felles retningslinje for bemanning av sengepostene. Denne retningslinjen sier noe om antall pasienter pr ansatt. Det sies lite om de store ulikhetene ved sengepostene i forhold til bla. Pleietyngden. (Oslo universitetssykehus, 2011). Ut fra min erfaring som enhetsleder vet jeg at det er flere forhold som påvirker bemanningen. Hvilke forhold det er, og hvordan dette tas hensyn til av enhetslederne i planleggingen av bemanningen ved sengeposter ønsker jeg å søke mer kunnskap om i min studie.

## ***1.2 Oppgavens oppbygging***

I kapittel 2 presenteres problemstillingen og forskningsspørsmålene, i tillegg til relevante begrepsavklaringer og oppgavens avgrensninger. Oppgavens teoretiske referanseramme blir presentert i kapittel 3. I tillegg til tidligere forskning, rapporter og styringsdokumenter vil det gjøres rede for lovverk og aktuell ledelsesteori. Kapittel 4 redegjør for valg av metode, valg av informanter, gjennomføringen av undersøkelsen, beskrivelse av analysearbeidet og metoderefleksjon. I kapittel 5 blir resultatene presentert og drøftet i lys av problemstillingen, forskningsspørsmålene, tidligere forskning, rapporter og styringsdokumenter. I kapittel 6 sammenfattes funnene i en konklusjon, og med anbefalinger om forhold man bør tas hensyn til under bemanningsplanleggingen ved sengepostene i sykehus.

## 2 Problemstilling og forskningsspørsmålene

Ved dagens sengeposter er det enhetslederen som sitter med ansvaret for den daglige driften av sengeposten ved sykehuset. Hensikten og formålet med denne studien er å sette fokus på hvor viktig riktig bemanning av sengepostene er i forhold til å utøve forsvarlig pasientbehandling og ivaretagelse av de ansatte. Jeg søker etter noen felles forhold, i tillegg til pleietyngden, som enhetslederen tar hensyn til i planlegging av bemanningen. Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven), Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) og Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (arbeidsmiljøloven), er noen av de lovverkene som er styrende for driften av sengeposten. Disse lovene stiller de ansatte og lederne ved sykehus overfor en del krav og plikter. Jeg ønsker å fokusere på kravet om å utøve faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, og helhetsansvaret som lederne av sengepostene har.

Forsvarlighetskravet er i utgangspunktet noe man kan forstå som en minstestandard. Det innebærer ikke at man skal gjøre alt for pasientene, men at dersom man fraviker fra minstestandarden så handler man uforsvarlig. Men i forsvarlighetskravet ligger det også en forventning om at man strekker seg utover minstestandarden. Kjernen i kravet er forventningene om det faglig gode og helst optimale handlinger eller virksomhet (Molven, 2009a, s. 210-211). De basale fysiologiske, psykososiale og åndelige behov skal ivaretas, og pasienten skal oppleve å bli møtt med respekt og verdighet. I praksis betyr dette at en pasient både må sikres tilstrekkelig næringsinntak, han må oppleve seg sett og ivaretatt. Det betyr at sykepleieren må ha tid til å spørre pasienten om hva slags mat han ønsker seg, og om det er behov for det, må sykepleieren ha tid til å sette seg ned hos han (Tønnessen, 2012, s. 159). Sengeposten kan ha uforsvarlig drift dersom f.eks. hygienen er dårlig, bemanningen er for lav i forhold til oppgavene eller at personale mangler nødvendig kompetanse. Hvor grensen for hva som er forsvarlig og uforsvarlig går er vanskelig å si. Men dersom man tilstreber å ha en praksis som kan anses å være av god faglig standard, så har man en margin i forhold til minstestandarden (Molven, 2009a, s. 211). Helhetsansvaret som en sykepleier leder har, kan deles inn i 4 likeverdige ansvarsområder det administrative, juridiske, faglige og etiske som griper over i hverandre (NSF, 2005, s. 7). Disse områdene er med på å definerer lederansvaret til enhetslederen.



Jeg ønsker med denne studien å finne ut hvilke forhold enhetslederne tar hensyn til i den daglige bemanningen. Det er et ønske at funnene fra studien kan bidra til å utvikle en retningslinje som kan anvendes i planlegging av bemanning. Dette leder frem til følgende problemstilling:

### **Hvilke forhold tar enhetslederen hensyn til i den daglige planleggingen av bemanningen ved sengeposten?**

For å belyse problemstillingen har jeg definert 3 forskningsspørsmål med utgangspunkt i helsepersonelloven § 4, §6 og §16 som jeg søker å finne svar på gjennom studien:

1. Hvordan planlegges det for å sikre faglig forsvarlig drift?
2. Hvordan påvirker de økonomiske rammebetingelsene planleggingen av bemanningen?
3. Er det organisasjonsmessige forhold som påvirker planleggingen av bemanningen?

For å belyse problemstillingen har jeg valgt å gå åpent ut. Men jeg har en antakelse på bakgrunn av min forforståelse hva som kan være aktuell forhold. Det kan være gjennom bla, sammensetning av kompetanse, økonomiske rammebetingelser og faglige vurderinger.

#### **2.1 Begrepsavklaringer**

Jeg har valgt å definere begrepene bemanning, kompetanse, turnusplan, pleietyngde og enhetsleder for å gi leseren en forståelse av hva jeg legger i begrepene for denne studien.

##### **2.1.1 Bemanning og kompetansen**

Innenfor sykehus og sengeposter er det vanlig å bruke begrepet bemanning når man omtaler personale, velger derfor å benytte meg av dette begrepet i min oppgave.

Bemanningspolitikken er den styringen en organisasjon ønsker å ha i forhold til sine menneskelige ressurser. Eksempel på styring er planlegging, anskaffelse, utvikling, belønning, anvendelse og avvikling av arbeidskraft (Nordhaug, 2002, s. 49). Det som er aktuelt for meg i min studie, er vurderingene som gjøres ved anskaffelse og anvendelse av arbeidskraft. Det vil si bemanningsplanleggingen. Det som blir viktig her er å få til en

dynamisk tilpasning mellom ansatte og jobber, mellom ansatte og arbeidsgrupper og mellom ansatte og organisasjonen (Nordhaug, 2002, s. 70). Jeg velger å benytte meg av følgende definisjon på bemanningsplanlegging:

En prosess organisasjonen gjennomfører for å sikre at den vil ha den nødvendige kompetanse både kvantitativt og kvalitativt, i forhold til de krav organisasjonens strategi stiller, og - i tillegg at denne kompetansen er effektivt kombinert med de arbeidsoppgaver som skal utføres (Nordhaug, 2002, s. 69).

Kompetansen til de ansatte er av stor betydning for bemanningsplanleggingen som enhetslederne har ansvar for. Definisjonen jeg velger å bruke på kompetanse er:

Kompetansen er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål (Lai, 2004, s. 48).

Fagutvikling må settes i system for å opprettholde og heve den faglige kompetansen til de ansatte, via systematisk opplæring og konkrete planer for videreutvikling.

### **2.1.2 Turnusplan**

Arbeidsmiljøloven §10-3 krever at det skal settes opp arbeidsplan dersom skiftarbeid benyttes: *Dersom arbeidet skal utføres til forskjellige tider av døgnet, skal det utarbeides arbeidsplan som viser uker, dager og tider den enkelt arbeidstaker skal arbeide.*

Arbeidsplaner blir kalt turnusplaner på sykehus og den kan defineres som en systematisk rullerende plan som strekker seg over et bestemt antall uker, og den viser arbeidstid og fritid for de ansatte som inngår i planen. Målet med en slik turnusplan er å sikre forsvarlig drift og arbeidstakernes helse, sikkerhet og velferd. Den skal ta hensyn til lover, regler, avtaler arbeidsgiver må følge, og man må være lydhør for ønsker fra de ansatte. Det må tilstrebes at vaktbelastningen fordeles jevnt blant de ansatte, dette har stor betydning for å skape ett godt arbeidsmiljø, og det viser respekt for privatlivet til de ansatte. En turnusplan vil også gi arbeidsgiveren en oversikt over hvem av de ansatte som er til disposisjon, dette vil lette organiseringen av arbeidet ved sengeposten. Planen gir en oversikt for å beregne kostnadene i budsjettarbeidet. Den fungerer som en oversikt over hvordan man planlegger å bruke bemanningsressursene for å ivareta pasientens behov, og er med på å sikre kvaliteten på pleie og omsorgen ved enheten (Øhrn et al., 2007).

### **2.1.3 Pleietyngde**

Pleietyngde er ett begrep som kan defineres som pleiebehov pr pasient. Jeg har tatt utgangspunkt i ett pleieklassifiseringssystem som heter RAFAELA, og som opprinnelig kommer fra Finland for å definerer begrepet (Fagerström et al., 2000). Vil utdype dette mer under kapitel 3.

### **2.1.4 Enhetsleder**

I min studie definerer jeg enhetsleder som en leder med sykepleiefaglig bakgrunn, og som er lederen av sengeposten. Andre titler som blir brukt om ledere på samme ledernivå ved sykehus, er avdelingssykepleier og seksjonsleder. Jeg vil i min studie kun bruke tittelen enhetsleder. Enhetsledere har i liket med de overordnede ledernivåene ved sykehusene, ansvarsområder med klare juridiske og etiske aspekter. Spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven og arbeidsmiljøloven, etiske retningslinjer og avtaleverk mellom arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene, er styrende for ledelsesutøvelsen.

Enhetslederens sykepleiefaglige ansvar, betyr å hele tiden sørge for at den sykepleiefaglige standarden på den behandlingen, pleie og omsorg som gis av de ansatte, er i tråd med den medisinskfaglige utvikling. Med sykepleiefaglig standard så velger jeg å ta utgangspunkt i Virginia Henderson sin definisjon på sykepleie:

Sykepleiernes enestående funksjon er å hjelpe mennesker, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlingene som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til fredfull død) som han ville ha utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til dette. Og det er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (Henderson, 1998, s. 10).

Enhetslederen er en leder med linjeansvar, som har totalansvar for driften av sengeposten. Det innebærer totalansvar for alle ansatte og ansvar for økonomien og fagutvikling.

## ***2.2 Oppgavens avgrensing***

I utformingen av problemstillingen bør det være et mål å avgrense den til hva man skal fokusere på. Jeg søker å finne de forhold som enhetslederne tar hensyn til når de planlegger bemanning ved somatiske sengeposter. Ledere av postoperativ/intensiv, intermediærstuer, og psykiatrien vil ikke bli involvert. Jeg har valgt å ikke fokusere på hvilke diagnosegrupper pasientene ved de ulike sengepostene har, selv om jeg forventer å finne at den har betydning for hvilken bemanning som planlegges.

Jeg vil i min studie søke etter å finne om det er andre felles forhold enn pasienttyngde som enhetslederne tar hensyn til i sin planlegging av den daglige bemanningen.

### **3 Teoretisk rammeverk**

Det teoretiske rammeverket for denne studien har sin bakgrunn i problemstillingen, forskningsspørsmålene, og de områdene jeg vil undersøke for å finne svarene jeg søker etter. I mine søk etter tidligere forskning, har jeg funnet få studier og rapporter som retter seg direkte mot hva lederen tar hensyn til i den daglige bemanningsplanlegging ved sengeposter i sykehus. Men jeg har funnet flere aktuelle forskningsartikler som bekrefter hvilke betydningen nok bemanning og rett kompetanse har for pasientbehandlingen og de ansatte. Disse artiklene støtter opp om mitt valg av tema. Jeg trekke også inn rapporter og styringsdokumenter som jeg finner relevante for min studie. Jeg har valgt å benytte aktuell teori i forhold til ledelse med hovedvekt på enhetslederens ansvarsområde, men også trekke inn ledelsesteori med fokus på situasjonsbestemt ledelse. Sykehusene og de ansatte er underlagt flere lover og retningslinjer. Jeg har valgt å se problemstillingen og forskningsspørsmålene mine opp mot helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven, med hovedvekt på plikt til forsvarlighet. Forsvarlighetskravet er tosidig, helsehjelpen skal være innenfor faglig aksepterte normer, og den skal ytes på en omsorgsfull måte. I det følgende vil min teoretiske referanseramme bli presentert under delkapitlene aktuelle rapporter og systemer, tidligere forskning, og ledelse.

#### ***3.1 Aktuelle rapporter og systemer***

I mine søk etter bemanningsplanlegging ved sykehus er det få treff. Jeg har valgt å trekke frem en NOU (1975) som viser til noen faktorer som vurderes som viktige å ha med ved planleggingen av bemanningen. Vil også vise til en retningslinje for bemanningsnorm av sengeposter, som er vedtatt ved Oslo universitetssykehus. Pleietyngde er ett av de forholdene jeg forventer å finne at enhetslederen tar hensyn til under planleggingen. Vil presenterer ett pleieklassifiseringsverktøy fra Finland, RAFAELA som hjelp til å utdype dette begrepet. Velger å trekke inn en tilsynsrapport fra arbeidstilsynet, God Vakt (2008) som gir en beskrivelse av arbeidsforholdene ved sykehus.

##### **3.1.1 Bemanningsplanlegging**

I mine søk etter tidligere forskning, artikler og rapporter ble jeg oppmerksom på en NOU rapport fra 1975. Rapporten er snart 40 år gammel, så mye har endret seg på sykehusene, men de faktorene som ble vurdert til å innvirke på bemanningen mener jeg er aktuelle i dag og jeg vil benytte meg av disse i min studie, og i utformingen av intervjuguiden.

I NOU 1975:48 trekkes følgende faktorene frem som har innvirkning på bemanningsbehovet. Pasientens pleiebehov, medisinsk behandlingsnivå, gjennomsnittlig liggetid, øyeblikkelig hjelp, tilgang på medisinske hjelpeenheter, sengepostens utforming og størrelse, tilgjengelig utstyr, materiale og andre hjelpemidler, tilgang på andre personellgrupper, undervisning av elever/studenter, personalets turnusplan. Det jeg finner som er relevant for min studie er anbefalingen om å ta hensyn til størrelsen på sengepostene, pasientgruppen, og at sammensetningen av pleiegruppene bør vurderes ut fra den medisinske aktiviteten og intensiteten i planleggingen av bemanningen. Er dette forhold som enhetslederne tar hensyn til også i dag ved bemanningsplanleggingen?

### 3.1.2 Bemanningsnorm

I mine søk etter bemanningsplanlegging ved sykehus i Norge er det få treff. Men ett treff som jeg vil utdype nærmere er fra ett stort sykehus på Østlandet. Ved OUS ble det i 2011 besluttet å innføre en felles retningslinje for bemanningsnorm av sengepostene. Denne retningslinjen sier noe om hva antall pasienter pr ansatt på de ulike vaktene skal være (Oslo universitetssykehus, 2011). Når denne retningslinjen skulle innføres ved OUS, ble den kritisert av flere av arbeidstakerorganisasjonene, og mange av sykepleielederne. Noe av kritikken gikk på at bemanningsnormen skulle innføres uten at man hadde ett godt pleieklassifiseringsverktøy som sa noe om pleietyngden ved de ulike enhetene.

Arbeidstakerorganisasjonen Norsk Sykepleierforbund (NSF) begrunnet motstanden sin med at bemanning av enheter skal sikre helsepersonellovens krav om faglig forsvarlighet og god praksis. Det skal være etablert arbeidstidsordninger som ikke utsetter arbeidstakerne for uheldige fysiske eller psykiske belastninger. Bemanning skal bygge på en plan for aktiviteter i avdelingen og bør planlegges i henhold til den aktuelle pasientgruppens behov (NSF Hovedtillitsvalgt OUS, 2011).

Retningslinjen ble vedtatt høsten 2011:

Følgende bemanningsnorm skal som hovedregel ligge til grunn knyttet til antall pasienter.

	Uke	Helg
Dagvakt	3 pasienter/ansatt	4 pasienter/ansatt
Aftenvakt	5 pasienter/ansatt	5 pasienter/ansatt
Nattevakt	10 pasienter/ansatt	10 pasienter/ansatt

I tillegg kan det beregnes ca. 20% indirekte pleie på sum årsverk i henhold til normeringen. Indirekte pleie skal bare legges til årsverkssum for dag- og aftenvakt, da det er indirekte pleie på nattevakter er minimale.

Indirekte pleie innebærer blant annet:

- Ledelse og drift
- Tid til faglig fordypning og utvikling
- Veiledning av studenter (grunn- og videreutdanning)

Årsverk til direkte- og indirekte pleie skal synliggjøres.

(Oslo universitetssykehus, 2011).

### 3.1.3 Pleietyngdeklassifiseringsverktøy

RAFAELA er ett eksempel på ett pleieklassifiseringsverktøyt utviklet i Finland. Dette systemet er basert på forskning og ansatterfaringer i sykehus. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i en forskningsartikkel (2000) av Fagerstrøm m/flere for å utdype dette. Hovedtankene bak RAFAELA er at god pasientbehandling er avhengig av en arbeidssituasjon hvor pasientens behov for sykepleie samsvarer med tilgjengelig sykepleiebemanning. Kvaliteten på den sykepleien som gis, øker når det er best samsvar mellom oppgaver og ressurser. Sykepleieleidelsen har ett ansvar for å tilrettelegge slik at det skal være realistisk å utøve optimal pasientbehandling. Systemet består av tre deler:

1) Pleietyngde, det benyttes seks delområder av sykepleietiltak for beskrive dette.

- Planlegging og koordinering av sykepleie
- Respirasjon, blodsirkulasjon og sykdomssymptomer
- Ernæring og medisiner
- Personlig hygiene og eliminering
- Aktivitet og bevegelse, søvn og hvile
- Undervisning og veiledning, og emosjonell støtte

2) Registrering av daglige bruk av sykepleieressurser, som gjøres i etterkant av leder.

3) Sykepleierens egne vurderinger om hva som er optimal arbeidsbelastning.

(Fagerström et al., 2000).

Jo mer tid sykepleiere bruker innenfor hvert område pr pasient, jo tyngre er pasienten. En sengepost som har mange pasienter som krevet mye oppfølging (mye sykepleietid pr pasient) innenfor disse områdene, krevet en høyere bemanning enn en sengepost hvor pasienten selv kan utfører mange av disse oppgavene. Del 3 i systemet utføres ikke daglig, den utføres ca. hvert 2 år, hvor sykepleierne over en 6-8 ukers periode gjør en daglig kartlegging for å finne fram til den optimale arbeidsbelastningen ved sengeposten. I Norge er RAFAELA i bruk ved Oslo universitetssykehus på enkelte sengeposter. Erfaringen med dette systemet er at det gir

en oversikt over arbeidsbelastningen over tid, og om de ansatte opplever at det er samsvar mellom oppgaver og ressurser. Rapportene dette systemet gir, gjør det mulig å justere turnusplanen, men i forhold til den daglige bemanningen gir den ikke noe klare svar, da systemet er avhengig av etterregistreringer av data om ressursene (Fagerström et al., 2000).

### **3.1.4 Forholdet mellom oppgaver og ressurser**

Ett funn som har vært avgjørende for meg i min planlegging av studiefelt, er ett notat med resultatene som foreligger etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009: *Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus*. Det var et EU-finansiert internasjonalt prosjekt kalt RN4CAST: *Nurse forecasting in Europe*, hvor målet er å utvikle kunnskap for bedre å kunne forvalte ressursene ved å studere sykepleiere som yrkesgruppe i somatiske sykehus i Norge og elleve andre europeiske land (Sjetne, 2011).

Det var NSF som tok initiativ til at Norge skulle delta i denne undersøkelsen, med selvstendig finansiering. NSF inviterte Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret), til å være ansvarlig for forskningsdelen av den norske undersøkelsen. Undersøkelsen ble gjennomført høsten 2009 med fokus på arbeidsmiljø, arbeidstrivsel, slutteplaner, kvalitet og sikkerhet, beskrivelse av arbeidsmengde og aktiviteter på siste vakt, alder, kjønn, erfaring, inn- og utvandring. Informasjonen er samlet inn fra 35 norske sykehus, og 5455 sykepleiere i Norge besvarte spørreskjemaet. Resultatet av denne undersøkelsen viser blant annet at Norge har forbedringspotensialer innenfor området bemanning og ressurser. Spørsmål som gikk på hvilke aktiviteter som var nødvendige, men som ble ugjort fordi de ansatte ikke hadde tid, svarte i gjennomsnitt 24,6% av sykepleierne, at de ikke hadde tid til å observere kjerneoppgavene. Det vil si observasjon og oppfølging av den enkelte pasientens grunnleggende behov. Det er ett avvik mellom hva en sykepleier mener hun burde gjøre hos pasienten og hva sykepleieren opplever at de har mulighet til. Det kom også frem at sykepleierne var misfornøyd med utdanningsmulighetene. I undersøkelsen ble sykepleiere ved både private, universitetssykehus og øvrige sykehus spurt. Resultatene viser at det er store forskjeller mellom norske sykehus hvordan de er organisert og kvaliteten på arbeidet som utføres. Kvaliteten på sykepleie på sengeposten ble karakterisert som bra eller utmerket av 88% av sykepleierne, men med en variasjon fra 96-61%. 16% mente at kvaliteten på pleie og bemanning var blitt bedre siste året, 57% mente den var uendret og 27% mente den var blitt dårligere, det siste varierte fra 88 til 7%.



Sykepleieren beskrev det kliniske, daglige samarbeidsmiljøet godt, og de organisasjonsmessige rammen for yrkesgruppen for mindre gode. Tendensen er at sykepleiere ved de private sykehusene hadde gitt mest positive skår, og sykepleiere ved øvrige sykehus jevnt over har gitt lavest skår. I forhold til arbeidsmiljø er de ansatte fra de private sykehusene mest fornøyde, deretter universitetssykehusene, og de øvrige sykehusene har lavest skår. Utsagnene der det er størst forskjeller mellom sykehusene, er i forhold til bemanning (Sjetne, 2011). Det er publisert artikler på bakgrunn av funnene i den internasjonale undersøkelsen, jeg vil presentere en artikkel fra 2014 i neste delkapittel.

God vakt var en landsdekkende tilsynskampanje i 2005-2006 og 2008. Kampanjen rettet seg i hovedsak mot pleie og behandlingspersonellet og deres ledere. Hovedfunnene i 2005-2006 var at de ansatte opplevde ett misforhold mellom oppgavene de skulle løse og egen arbeidskapasitet. Førstelinjelederne (enhetsledere) hadde ofte en helsebelastende arbeidssituasjon. Det var også flere avvik i forhold til HMS oppfølging. Hovedfunnene fra 2008 viste en betydelig forbedring i forhold til HMS oppfølging. Men forholdet mellom oppgaver og ressurser var betydelig forverret siden 2005-2006 (Arbeidstilsynet, 2008).

### **3.2 Tidligere forskning**

Jeg har valgt å trekke frem artikler som har sett på sammenhengen mellom bemanning og pasientdødelighet, ansatt tilfredshet, samt en artikkel hvor man ser på muligheten for en standard minimumsbemanning i forhold til sykepleier og pasienter ved sykehus. I mine søk etter internasjonale studier og artikler er det i USA, Canada, Storbritannia og Australia jeg finner mest relevant forskning. Forskning viser at sykepleierens bidrag til pleie og behandling av pasientene har en direkte konsekvens på pasientresultatene. Disse funnen bekrefter betydningen av hvor viktig nok bemanning og rett kompetanse er for å redusere pasientens liggetid, reduserer faren for at det blir gjort feil i behandlingen, og reduserer faren for pasientdødelighet. I tillegg har det betydning for arbeidstilfredsheten til de ansatte. Aiken m/flere publiserte artikkelen: *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction* (Aiken et al., 2002), hvor det beskrives en sammenheng mellom underbemanning og pasientdødelighet. I studien er pasientdødeligheten sammenlignet i tre amerikanske stater California, Pennsylvania og New Jersey. Mens sykehusene i de to siste statene selv bestemmer hvor mange pasienter det skal være pr sykepleier, vedtok California for noen år siden en lov som fastla en bestemt bemanningsnorm.

Normen ligger betydelig høyere enn det som er praksis i andre stater. Undersøkelsen viser at sykehusene i New Jersey ville hatt 14 prosent lavere pasientdødelighet om de hadde hatt den samme bemanningsnormen som California. For Pennsylvania er tallet 11 prosent lavere pasientdødelighet. Sykepleiere i California har betydelig mer tid ved pasientsengen enn kolleger i de to andre statene. I gjennomsnitt har sykepleiere på sykehus i California én pasient mindre enn sykepleiere i de to andre statene. På kirurgiske og medisinske avdelinger har sykepleiere opptil to færre pasienter enn kollegaene sine i Pennsylvania og New Jersey. Undersøkelsen viser at sykepleiere fra California i mindre grad "overser" endringer i pasientens tilstand. Den lavere arbeidsbelastningen fører derfor til bedre overvåkning av pasienten og dermed lavere dødelighet. En tilsvarende studie: *Nurse staffing and inpatient hospital mortality* (Needleman et al., 2011) publisert i England, kom frem til de samme resultatene.

En artikkel fra den internasjonale studien RN4CAST ble publisert i februar i år: *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study* (Aiken et al., 2014). Denne artikkelen viser også til at dødeligheten på kirurgiske sengeposter er lavest der sykepleierne har ansvaret for færre pasienter. Det hadde også betydning for pasientdødeligheten hvor stor andelen av de ansatte som hadde sykepleiefagligutdannelse. Resultatene fra disse studiene er overførbare til norske forhold i stor grad. Det som er den største forskjellen er andelen sykepleiere som er ansatt på sengeposten. I Norge har de fleste ansatte på sengepostene i somatiske sykehus sykepleierutdannelse, men også noen med hjelpepleierutdanning, men det benyttes ofte medisinstudenter, sykepleierstudenter og pleiemedhjelpere som ekstravakter. Men selv om vi i Norge har en høyere andel av sykepleiere i utgangspunktet ved sengepostene, så varierer kompetansenivået deres. Studiene bekrefter at ved for lav bemanningen er det økt risiko for medisinske feil, pasientens komplikasjoner øker, dødelighet øker og pasientens tilfredshet reduseres. Det er også studier som viser at ved for lav bemanning, har sykepleieren en økt risiko for å bli utbrent, ha høyere sykefravær, og det påvirker arbeidsmiljøet negativt (McHugh et al., 2011).

Jeg har også funnet en studie: *A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee, and Hospital Outcomes* (Lang et al., 2004) som har sett på mulighet av å ha en standard for en minimumsbemanning for sykepleiere ved sykehus. Dette er en studie som har gjort systematiske litteratursøk for perioden 1980 og 2003.

De fikk 2897 treff, 490 artikler ble hentet frem, og 43 oppfylte kriteriene deres. Studien konkluderer med at det er ikke tilstrekkelig å etablere en minimumsnorm basert på ett fast antall pasienter pr sykepleier for på den måten å sikre forsvarlig pasientbehandling. Det må i tillegg gjøres justeringer i bemanningen i forhold til pasientgrupper, og kompetansenivå hos de ansatte. Andre funn i denne studien bekrefter at høyere bemanning med kvalifisert personell gir bedre pasientbehandling, lavere liggetid og redusert pasientdødelighet.

### **3.2.1 Oppsummering**

Forskningsartiklene og rapportene bekrefter relevansen for min studie. De støtter opp om hvor viktig det er å ha rett bemanning og den riktige kompetansen, for å ivareta pasienten og de ansatte ved sengepostene. Artiklene er med på å tydeliggjøre at det er ulike forhold som man må ta hensyn til i en bemanningsplanlegging. Jeg vil i det neste delkapitlet presentere aktuelle lovverk med hovedvekt på helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven, som er viktige styringsverktøy for enhetslederen i sin planlegging av bemanning.

### **3.3 Aktuelle lovverk**

Sykehusene og de ansatte er underlagt flere lover og retningslinjer. Jeg har valgt å se problemstillingen og forskningsspørsmålene mine opp mot helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven, med fokus på plikt til forsvarlighet. Begrepet forsvarlighet er en rettsligstandard, dvs at innholdet i regelen kan variere over tid. Innholdet i begrepet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg i takt med både fagkunnskapen, men også endringer i verdioppfatninger (Helsedirektoratet, 2013). Helsepersonelloven regulerer yrkesutøvelsen til helsepersonell. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten, samt sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helsetjenesten. Jeg velger i denne studien å legge vekt på §4, §6 og §16 da krav om faglig forsvarlighet, ressursbruk og organisering av virksomhet er viktige styringsfaktorer for ledelsen ved sengepostene (Molven, 2009b). Sykehusene er også underlagt spesialisthelsetjenesten. Formålet med denne loven er å fremme folkehelsen, motvirke skade og lidelse. Den skal også bidra til et likeverdig og tilgjengelig tjenestetilbud for pasientene. I forhold til min problemstilling, er det relevant å trekke inn paragrafer fra flere av kapitlene i dette lovverket.

### 3.3.1 Lov om helsepersonell § 4 - Forsvarlighet

I helsepersonelloven kapittel 2, §4 stilles det krav til helsepersonells yrkesutøvelse i forhold til forsvarlighet:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (Helsepersonelloven, 2013§ 4,1 og 2.ledd).

For helsepersonell er kravet om å oppføre forsvarlig en bestemmelse som omtales å være en rettslig standard. Det betyr at det ikke finnes entydige kriterier for hva forsvarlighet er, men det gir en anvisning om hvordan sykepleierne skal innrette seg i samsvar med det som innen yrkesgruppen anses for å være god utøvelse av yrket. Forsvarlighetskravet er i utgangspunktet noe man kan forstå som en minste standard. Det innebærer ikke at man skal gjøre alt for pasientene, men at dersom man fraviker fra minstestandarden så handler man uforsvarlig. Men i forsvarlighetskravet ligger det også en forventning om at man strekker seg utover minstestandarden. Forsvarlighetskravet er tosidig, helsehjelpen skal være innenfor faglig aksepterte normer, og den skal ytes på en omsorgsfull måte. Dette kravet om forsvarlighet gjelder både i enkelthandlinger, f.eks. hvordan sykepleieren setter sprøyten på pasienten, og i en større sammenheng i forhold til driften av virksomheten, f.eks. en sengepost ved ett sykehus. Kravet til hva som er forsvarlig endrer seg over tid. Dette har en sammenheng med forandringer og utviklingen i vitenskapen, og med endringer i samfunnets oppfatninger av hvilke verdier som skal ivaretas og ha prioritet. Utviklingen på sykehus de siste 20 årene har stilt krav om stadig flere sykepleiere og færre hjelpepleier, noe av årsaken er den medisinske utviklingen som krever høyere kompetanse for å imøtekomme denne utviklingen. Det faglige forsvarlighets kravet til en sykepleier varierer også i forhold til deres faktiske og formelle kvalifikasjoner. Det er forventninger til at sykepleierne også må kjenne til sine faglige begrensninger og søke råd og veiledning når det er behov for dette (Molven, 2009a) .

### **3.3.2 Lov om helsepersonell § 6 - Ressursbruk**

I helsepersonelloven kapittel 2, §6 stilles det krav til helsepersonells yrkesutøvelse i forhold til ressursbruk:

Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift (Helsepersonelloven, 2013§ 4 kap.2).

Sykehusene i dette landet forvalter store pengeverdier. Ledelse ved sykehusene gir føringer for hvilke økonomiske rammer avdelingene har å forholde seg til. Enhetsledere ved sengeposter har ett budsjett å forholde seg. Dette budsjettet danner de økonomiske rammene for hvor mange faste ansatte sengeposten skal ha, samt budsjett i forhold til overtid, ekstravakter, ekstern innleide vikarer og driftskostnader. Det er sterke føringer om at sykehusene må få kontroll over økonomien, men også her vil balansegangen mot forsvarlighetsgrensen være det styrende. Dersom helsepersonell vurderer at den økonomiske rammen innebærer at man vil komme under den rettslige forsvarlighetsgrensen har man som helsepersonell mulighet til å overskride denne (Molven, 2009a).

### **3.3.3 Lov om helsepersonell § 16 - Organisering av virksomhet**

I helsepersonelloven kapittel 3 §16 stilles det krav til organiseringen av virksomheten:

Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Helsepersonelloven, 2013§16, kap3).

Dette innebærer at enhetsleder skal legge til rette for at de ansatte kan utføre arbeidet på en forsvarlig måte. Det skal sørges for at det etableres klare oppgaver og ansvarsfordelinger ved sengeposten. Det skal utarbeides prosedyrer, rutiner og dokumentasjon. Sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse som ivaretar effektiv og forsvarlig bruk av ansatte, og gir en forsvarlig pasientbehandling. De faglige kravene til virksomhetene varierer også med deres kompetanse, kravene som stilles til den pleie og omsorgen som utøves ved et sykehjem, lokalsykehus eller universitetssykehus er forskjellige. Forsvarlighetskravet gjelder til all helsehjelp som gis, og er dermed ett av de viktigste kravene i helselovgivningen. Det er Statens helsetilsyn som følger opp saker der en ansatt eller enn virksomhet får anklager om at forsvarlighetskravet er blitt brutt (Molven, 2009a).

### 3.3.4 Lov av spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesteloven kapittel 1 §1.1 presenteres lovens formål. Loven skal bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet. Bidra til at ressursene utnyttes best mulig, at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientens behov, og er tilgjengelig for pasientene. Under kapitel 2 i spesialisthelsetjenesteloven er det ansvarfordeling og generelle oppgaver i spesialisthelsetjenesten som blir behandlet. § 2.1 i dette kapitlet omtaler sykehusenes ansvar, som er å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang, og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Under §2.2 Plikt om forsvarlighet kommer det tydelig frem hvilke ansvar sykehusene har:

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenester (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

I kapitel 3 av spesialisthelsetjenesteloven er det særlige plikter og oppgaver som blir omtalt. I § 3.1 presiseres ansvaret som sykehusene har til å motta pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp behandling. Sykehuset skal straks motta pasienter som trenger helsehjelp, avdelingene skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling. Det er varierende fra dag til dag hvor mange øyeblikkelig hjelp pasienter som kommer inn på en sengepost, det er ikke uvanlig at pasienter må ligge på korridoren på grunn av dette. I forhold til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet omtales dette i § 3-4 a. Ved sykehusene skal det være et systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I §3-9 presiseres det at sykehusene skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. § 3-10 beskriver hvilke ansvar sykehusene har for å sørge for at ansatte gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Sykehuset har et selvstendig ansvar for å legge forholdene til rette blant annet ved permisjon og økonomisk støtte til f.eks. kurs og konferanser (Helsedirektoratet, 2013). Spesialisthelsetjenesteloven omtaler også hvilke pålegg som kan gis dersom loven ikke overholdes, dette presiserer under § 7-1:

Dersom helsetjenester som omfattes av denne loven drives på en måte som er i strid med loven eller bestemmelser gitt i medhold av den, og driften antas å kunne ha skadelige følger for pasienter, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette forholdene. Dersom Statens helsetilsyn finner det nødvendig, kan det gis pålegg om stenging av helseinstitusjonen (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Et eksempel på ett slikt pålegg er fra en nyfødt intensivavdeling (Naustvik, 10.01.2014). Etter å ha mottatt flere bekymringsmeldinger i forhold til bemanningssituasjonen ble det gjennomført ett tilsynsbesøk 11.11.13. Noen av bekymringene som var meldt handlet om underbemanning, hyppig skifte av sykepleiere, mange vikarer, mangelfull kommunikasjon og oppfølging av pårørende. Fylkesmannen vurdert at helseforetaket hadde brutt spesialisthelsetjenesteloven §2.2 Plikt til forsvarlighet, og §3-10 opplæring, etterutdanning og videreutdanning. Det var flere saksforhold som fylkesmannen la til grunn i sin konklusjonen. Det var eksempler på at nyansatte sykepleiere som etter kun 3-4 dagers opplæring måtte ut i selvstendig arbeid. Opplæringspakken på 6 uker fikk de først til høsten. Mange ubesatte stillinger, mye bruk av vikarer og doble vakter, og høy andel av øyeblikkelig hjelp innleggelser. Økende antall avviksmeldinger, mange er relatert til legemidler, men også til diagnose, behandling, og pleie av pasienter. Fylkeslegen påpekte at spesialisthelsetjenesten må ta høyde for, i arbeidet med å sikre forsvarlige tjenester, at det vil skje endringer i pasientens behov og bemanning. Det ble vist til Helsedirektoratets Rundskriv IS-5/2013. Det ble også påpekt at det ligger ett ansvar for å overholde forsvarlighetskravet hos ansvarlige ledere på alle nivå (Naustvik, 10.01.2014).

### **3.3.5 Oppsummering**

Jeg har valgt å legge vekt på §4, §6 og §16 i helsepersonelloven, krav om faglig forsvarlighet, ressursbruk og organisering av virksomhet, er viktige styringsfaktorer for ledere ved sengeposter. Spesialisthelsetjenesteloven skal bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet, og bidra til at ressursene utnyttes best mulig. Jeg trakk frem ett eksempel på brudd av lovverket fra en nyfødt intensivavdeling. Dette eksemplet bekrefter hvor viktig det er med forsvarlig drift. I neste delkapittel trekker jeg frem teori om ledelse som er relevant for min studie. Vil komme inn på situasjonsbestemt ledelsesteori og hvilke ansvarsområder som ligger hos enhetslederen ved sengepostene. Driften av sengepostene må planlegges for God praksis slik at de ikke utøver en tjeneste som befinner seg ned mot eller balanserer på forsvarlighetsgrensen. Vil presentere en figur, som beskriver dette nærmere. I planleggingen for God praksis er det avgjørende at enhetslederen har god kjennskap til lovverket som jeg allerede har presentert.

### **3.4 Ledelse**

Ledelse er et omfattende område å utdype, og jeg har begrenset meg til å fremlegge teori som jeg finner relevant for min studie. Vil først presentere NOU 1997:2 som definerer ledelsesfunksjoner i norske sykehus. Jeg har valgt å trekke inn situasjonsbestemt ledelsesteori som en del av min teoretiske referanseramme. Situasjonsbestemt ledelse handler om at man som leder, tilpasser sin lederstil ut fra de faktiske forholdene for å øke prestasjonen til de ansatte. Når man er leder av en stor sengepost, og har mange ansatte med ulike erfaringer og kompetansenivå, vil dette påvirke hvordan man utøver ledelse. Teorien om situasjonsbestemt ledelse vil hjelpe meg til å belyse dette. Teorien blir presentert med utgangspunkt i Førsteamanuensis Geir Thompson (2011) sin bok; *Situasjonsbestemt ledelse*, boken gir en god presentasjon av ledelsesteorien. I min studie definerer jeg enhetsleder som en leder med sykepleiefaglig bakgrunn. Jeg har tatt utgangspunkt i NSF sitt hefte; Sykepleier med lederansvar – god på fag og ledelse (2005) sin beskrivelse av det helhetlige ansvaret sykepleiere med lederansvar har. Hvilke ansvarsområder som ligger hos enhetslederen ved sengepostene er av stor betydning for forutsetningen for bemanningsplanleggingen og ett viktig grunnlag for min studie.

#### **3.4.1 Ledelse i sykehus**

I NOU 1997:2 Pasienten først om ledelse og organisering i norske sykehus defineres ledelsesfunksjonen ut fra følgende områder:

- Et helhetlig ansvar for de resultater og den kvaliteten på tjenestene som enheten skaper og for at arbeidet skjer innenfor de rammer som 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 de organisasjonskulturelle holdningene er tilpasset oppgavene som skal løses.
- Kontinuerlig å vurdere behovet for, ta initiativ til å gjennomføre nødvendige endringsprosesser.
- Evne og vilje til å utøve ledelse gjennom bruk av formell myndighet, formell og uformelle beslutningstekniker og bruk av delegering.

I denne definisjonen legges det vekt på leders ansvarsområder og hvilke forventninger man har til lederen i sykehus (NOU 1997:2). Litt senere i kapitlet vil jeg utdype det helhetlige ansvaret til enhetslederne med sykepleiefaglig bakgrunn.



### 3.4.2 Situasjonsbestemt ledelse

Det sentrale i situasjonsbestemt ledelsesteori er at ledere tilpasser sin lederadferd ut fra ulike situasjoner for å øke prestasjonen til de ansatte. Teorien om situasjonsbestemt ledelse ble introdusert i 1969, og den har blitt videreutviklet flere ganger siden den gangen. I 1972 utarbeidet Paul Hersey og Kenneth Blanchard teorien slik at den ble mer tydelig.

Utgangspunktet for deres syn er at menneskene og omstendigheten rundt dem er ulike og i stadig forandring. Det finnes ikke en måte å lede på som er den eneste riktige i alle situasjoner. Det er viktig å kunne tilpasse lederstilen etter medarbeiderens kompetanse og ansvar, og som leder må man kjenne sine ansatte godt. En definisjon på lederstil utarbeidet av Herseys og Blanchards: *Lederstil er lederens adferdsmønster slik det oppfattes av andre* (Thompson, 2011, s. 39-40).

Hersey og Blanchard deler adferdsmønstret til lederen i to hovedkategorier, styrende og støttende adferd. Det som kjennetegner styrende adferd er at lederen fastsetter målene, planlegger gjennomføringen av arbeidet, velger ut hva som skal prioriteres, fastsetter tidsfrister, kontrollerer det utførte arbeidet og bestemmer hvordan det skal evalueres. Ved denne type adferd vil lederen planlegge, veilede og kontrollere de ansatte.

Støttende/relasjonsorientert adferd kjennetegnes ved at lederen lytter til den ansattes problemer, spør etter forslag og innspill, legger forholdene til rette, er oppmuntrende og støttende, og roser vellykket arbeidsutførelse. Lederen forklarer hvorfor arbeidet må utføres på en bestemt måte, og det letter de ansattes problemløsning. Denne adferden preges av at lederen er støttende og oppmuntrende, og at de ansatte deltar i beslutningene. Det er toveiskommunikasjon. Disse to forskjellige adferdskategoriene danner de to grunnleggende dimensjonene i Hersey og Blanchards modell (Thompson, 2011, s. 40).

I perioder kan det være stor utskiftning av ansatte ved sengeposter, og det er vanlig at enhetslederen har direkte personalansvar for 20-60 ansatte, dette stiller store krav til lederen. Her følger en oversikt over de momentene en leder kan spille på ved valg av lederstil, med fokus på hva disse i realiteten innebærer. Situasjonsbestemt ledelse bygger på medarbeiderens kompetanse. Lederne endrer stil etter som de ansatte blir tryggere. De grunnleggende forskjellene mellom de fire lederstilene er graden av styring, grad av støtte og medarbeidernes involvering i beslutningsprosessen (Thompson, 2011, s. 41-47).

Instruerende lederstil innebærer at lederen er sterkt styrende og lite støttende. Lederen fastsetter arbeidsmål, planlegger i detalj hvordan arbeidet skal utføres, fastsetter tidsfrister, definerer resultatindikatorer og følger opp at arbeidet utføres i samsvar med planen. Lederen tar alle avgjørelser. Den ansatte er entusiastisk, men mangler kompetanse.

Coachende lederstil betyr at lederen benytter både styrende og støttende lederstil. Lederen tar alle avgjørelsene, men i dialog med de ansatte og forklarer beslutningene. Den ansatte har noe kunnskap, men fortsatt uerfaren, men er mindre motivert og trenger støtte og ros.

Deltakende lederstil er sterkt støttende og mindre styrende. Den viser seg ved at leder og de ansatte tar avgjørelser i fellesskap, eller at den ansatte foretar egne beslutninger etter oppmuntring. Den ansatte innehar mye kunnskap, men mangler motivasjonen og selvtillit, og trenger støtte for dette.

Delegerende lederstil innebærer lite støttende og lite styrende adferd. Den ansatte tar beslutninger innen klart avgrensede områder, med utgangspunkt i medarbeidernes kompetanse. Den ansatte har kunnskap, er engasjert og selvstendig.

Enhetslederen må vurdere fortløpende hvilken ansattgruppe hun har. Det er medarbeiders kompetanse som bestemmer tilpassingen av lederstilen, og ved å undersøke i hvilken grad medarbeider har evne til og viser vilje til å ville løse en bestemt arbeidsoppgave, finner man kompetansenivået (Holter, 1995; Thompson, 2011).

### **3.4.3 Enhetslederens ansvarsområde.**

Ledelse er ett ord som brukes både om personene som utøver ledelse og de aktivitetene disse utøver i egenskapen å være ledere. Ledelse er å definere mål og å få gjennomført disse gjennom andre, og man må være villig som leder å ta det hele og fulle ansvaret innen sitt arbeidsfelt (Holter, 1995, s. 19). Lederansvaret i sykehus er å sørge for å ivareta de oppgavene som er tildelt, jf. spesialisthelsetjenesteloven §3-8. Yte god og helhetlig pasientbehandling, utdanne helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Lederen har også ansvaret for økonomistyringen og ivareta personalansvaret (NOU 1997:2). Lederer på alle nivåer har dette ansvaret. Førstelinjeføreren (enhetslederen) har sentrale lederoppgaver for å sikre god pasientbehandling.

Ledere i sykehus har arbeidsgiverrollen med de rettigheter og plikter som følges av dette. Internkontrollforskriften er en sentral del av ledelsens styringssystem. Ledelsen har et ansvar for å identifisere områder hvor det er fare for svikt, eller mangler som kan medføre uønskede hendelser i pasientbehandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I følge NSF skal sykepleiere med lederansvar i en kunnskapsorganisasjon være synlige ledere for de ansatte. De skal kunne bygge team, ha evnen til å forhandle, ha tydelige verdier og visjoner, karisma og evne til å gi makt til de ansatte for å lykkes som leder. Det er også avgjørende at lederen deltar i de arenaer hvor beslutningene tas (NSF, 2005). Sykepleiere med lederansvar har ett helhetlig ansvar som kan deles inn i 4 likeverdige ansvarsområder vektingen av disse områdene vil variere, samtidig som de griper i hverandre Det administrativt ansvar forutsetter at enhetslederen kjenner til de formelle lover, regler og rammer som gjelder for stillingen. Lederen er ansvarlig for å tydeliggjøre enhetens mål og strategi, og iverksette tiltak for å nå disse målene. Det faglige ansvaret innebærer at enhetsleder har det overordnede sykepleiefaglige ansvaret for sin enhet, det betyr å sikre sykepleie og helsehjelp av høy kvalitet til pasientene. I det juridiske ansvaret vektlegges forsvarlighetskravet. Enhetsleder har ansvaret for å sikre forsvarlig og effektiv sykepleie under pasientforløpet. Det stilles krav til at enhetsleder sikrer at de nødvendige bemanningsressursene med tilstrekkelig kompetanse er på arbeid. I tillegg er det enhetslederens ansvar at arbeidstidsbestemmelser, turnusordninger og at inkluderende arbeidsliv (IA) følges opp og forankres i praksis. I forhold til det etiske ansvarsområde er allerede sykepleiefaget regulert av de etiske retningslinjene, lovverket i forhold til forsvarlig praksis og selve grunnlaget for sykepleien som er respekten for enkelt menneskes liv, helse og egenverd. Men selv om man i utgangspunktet har ett klart lovverk så utelukker dette ikke at man som leder ikke vil stå ovenfor alvorlige etiske dilemmaer (NSF, 2005, s. 7).

De fire likeverdige ansvarsområdene:

Figur 1:

Administrativt ansvar	Faglig ansvar
Juridisk ansvar	Etisk ansvar

(NSF, 2005, s. 7)

### Administrativt ansvar

Det er vanlig å skille mellom administrasjon og ledelse. Administrasjon defineres som det å utføre og føre tilsyn med oppgaver som skal utføres i henhold til de lover, regler og instruksjoner som er knyttet opp til en stilling. I sin ledelse av sengeposten forutsetter man at enhetslederen kjenner til de formelle lovene, reglene og rammene som gjelder for stillingen. Enkelte sengeposter har stor turnover, hvor årsaken kan være dårlige arbeidsforhold både fysiske og psykiske, mye overtid, manglende opplæring osv. (Grimsø & Engebretsen, 2000, s. 96).

Årsaken til stor turnover må enhetsleder følge opp, det er også viktig å starte opp rekrutteringsprosessen tidlig, for å unngå unødvendig belastning på de ansatte. Enhetsleder har ett stort ansvar om å være løsningsorientert og ha fokus på helheten i tjenesten.

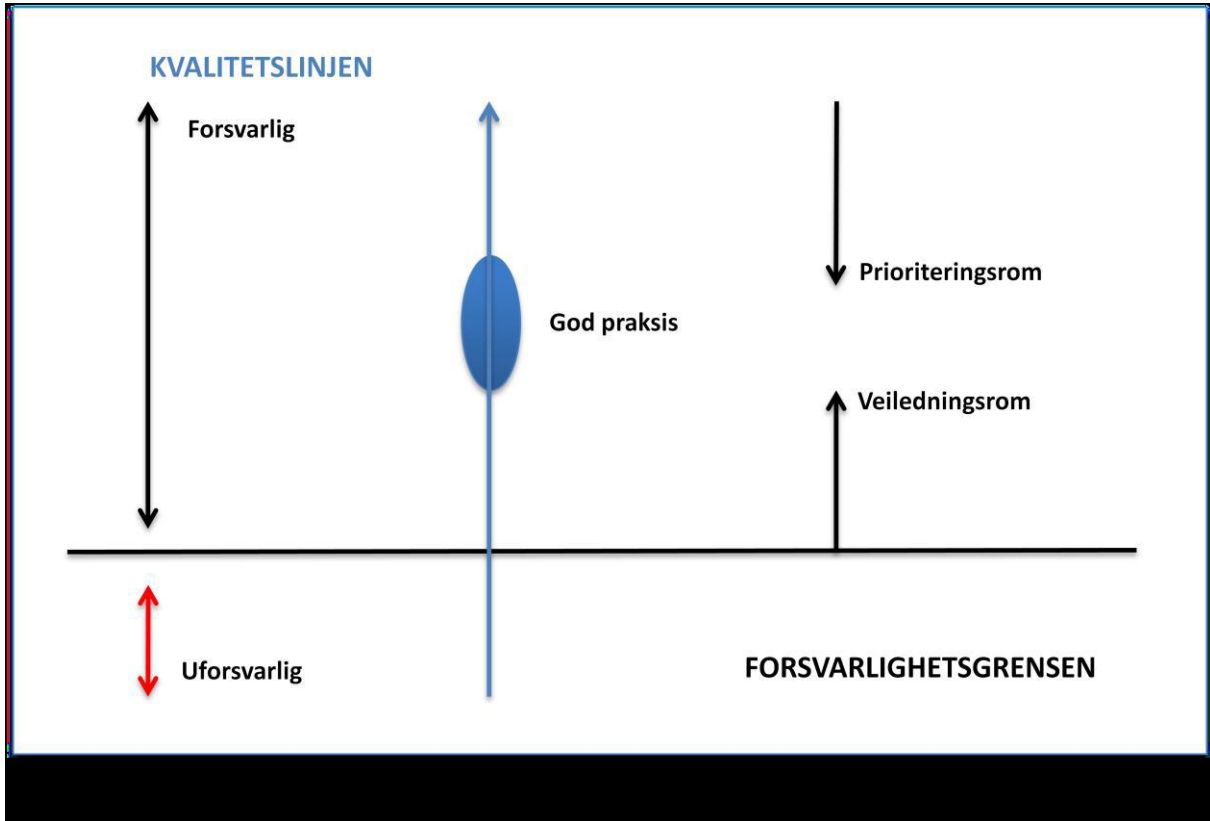
Utfordringen er kravet om å lede sengeposter av høy kvalitet samtidig som budsjettene blir trangere. Sykehusene er under stadige omstillinger, enhetslederen har ett ansvar for å tenke ut nye strategier for å møte endringer og krav. Oppgaver som tidligere ble utført av økonomi- og personalavdelinger legges nå til enhetslederne. De må våge å si ifra og vise til konsekvenser, kunne gjennomføre endringer og ta vanskelige beslutninger. Synliggjøre betydningen av den sykepleiefaglige kompetansen for medarbeiderne under seg og for ledelsen over seg (NSF, 2005, s. 7).

### Faglig ansvar

Det faglige ansvaret innebærer at enhetsleder har det overordnede sykepleiefaglige ansvaret for sin enhet, det betyr å sikre sykepleie og helsehjelp av høy kvalitet til pasientene. De må kunne vurdere medarbeidernes kompetanse og potensial, bemanningen og hvilke faglig utvikling som kreves for å gi pasientene faglig forsvarlig behandling. Det forventes at enhetsleder er tydelig på hva som forventes av rammevilkår for utøvelse av forsvarlig praksis. Det ligger ett betydelig ansvar hos enhetslederen for at den sykepleien som utøves ved sengeposten er god.

Sengeposten må planlegge for God praksis slik at de ikke utøver en tjeneste som befinner seg ned mot eller balanserer på forsvarlighetsgrensen, dette illustreres godt i følgende figur:

Figur 2. Kvalitetslinjen



(NSF, 2005, s. 8).

For å skape en felles forståelse av hva som ligger i begrepet God praksis må lederen sette en standard for hva faglig kvalitet er. Dette skapes ved å ha faglige diskusjoner med de ansatte og at lederen har gode kunnskaper til forskrifter og annet relevant lov- og avtaleverk. I bemanningsplanleggingen er det av betydning hvilke forhold lederen tar hensyn til. Dette er med på å avgjøre hvor på kvalitetslinjen sengeposten befinner seg (NSF, 2005, s. 8).

Medarbeidernes etter- og videreutdanning samt kompetanseutviklingen må sikres. De behov som den enkelte medarbeider har for kompetanse- og videreutdanning må analyseres ut fra pasientens og sengepostens behov for sykepleie, og den enkeltes kompetanse. Enhetsledere må være faglig oppdatert og være i stand til å vurdere denne kompetansen og potensial. For å synliggjøre denne forskjellen i kompetanse og hva dette krever av oppfølging av enhetsleder, vil jeg benytte meg av Patricia Benner (1995) sin sykepleieteori: *Fra Novise til ekspert*, som beskriver sykepleiernes ferdighetsutvikling.

Patricia Benner har identifisert fem nivåer når det gjelder innlæring og utvikling av ferdigheter og hva som karakteriserer sykepleiernes atferd og praksis på de ulike nivåer. Novisen, er nybegynner og mangler klinisk erfaring. Hun handler ut fra regler og prosedyrer. Hun er ofte usikker og kritisk til situasjoner, og trenger veiledning. Nybegynneren trenger hjelp til å sette grenser, trenger klar og detaljert informasjon, og hjelp til å prioritere. Eksperten har på bakgrunn av sine kunnskaper og erfaring intuitiv forståelse for og engasjement i situasjonen som helhet. Hun tar ansvar for hele arbeidsprosessen, ikke bare resultatet. Eksperten ser, avgjør og handler intuitivt, fordi det føles riktig og det er en del av henne selv. Hun ser flere deler av organisasjonen på en gang. Hun har en kritisk refleksjon i forhold til egen intuisjon, kunnskap og erfaring. Leder må bruke henne som en ressursperson, som en faglig støttespiller både for seg selv og organisasjonen (Benner, 1995, s. 35-40). Den avanserte nybegynner har en del praksis og kan gjenkjenne relevante likheter fra tidligere erfaringer, men har vanskelig for å prioritere. Hun trenger fremdeles oppfølging og veiledning på hva som skal vektlegges og prioriteres. Den kompetente har kunnskaper og erfaring og er reflektert i hva hun gjør. Hun handler etter egne vurderinger, planlegger og setter langsiktige mål, arbeider effektivt og rasjonelt. Hun trenger en god rollemodell, frihet og ansvar, veiledning, personlig støtte og anerkjennelse. Den erfarne har gjennom sin erfaring tilegnet seg evnen til å se situasjonen som en helhet. Hun gjenkjenner mønstre og strukturer fra lignende situasjoner og handler ut fra dette. Hun er ansvarsbevisst, selvstendig og drøftende. Hun trenger en stor grad av frihet og utfordrende oppgaver.

Teorien beskriver hvordan sykepleierne gjennom kunnskap og erfaring handler i situasjoner ut i fra hvilke nivå de befinner seg. Sammensetningen av ansatte ved sengeposten vil variere innenfor disse ulike nivåene. Det er viktig at enhetslederen innehar kunnskap om kompetanse nivå hos de ansatte hos seg til enhver tid. Enhetslederne skal kunne vurdere hvilke kompetanse og bemanningen som er nødvendig for at pasienten skal få beste mulig behandling og for at tjenesten drives faglig forsvarlig.

### Juridisk ansvar

Den økte rettsliggjøringen av samfunnet og helsetjenesten stiller ledere overfor nye store utfordringer. Som tidligere nevnt er sykehusene og de ansatte underlagt flere lover, f.eks. helsepersonelloven. Denne loven stiller ulike krav som er styrende for enhetslederne i sin bemanningsplanlegging. Dette gjelder både krav til de ansattes faglige kvalifikasjoner, økonomisk styring, og krav til hvordan virksomheten er organisert.

Det er en utfordring å sikre den kvaliteten som ligger i omsorgsfunksjonen der den skjønnsmessige faglige vurderingen er sentral, samtidig som pasientrettigheter og rettsikkerheten er styrket. Det er store utfordringer knyttet til det å ivareta lovens krav. I det juridiske ansvaret vektlegges forsvarlighetskravet som jeg har utypet tidligere. Enhetsleder har ansvar for å sikre forsvarlig og effektiv sykepleie under pasientforløpet. I dette ligger det å måtte kartlegge personalet som ut fra krav og faglig kompetanse er best kvalifisert for oppgavene. Enhetsleder har krav på seg om å sikre at de nødvendige personalressursene med tilstrekkelig kompetanse er på arbeid. I tillegg er det enhetslederens ansvar at arbeidstidsbestemmelser, turnusordninger og at inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) følges opp og forankres i praksis. Enhetslederen har ett ansvar i samarbeid med tillitsvalgte å sørge for at turnusplaner utarbeides og fungerer i samsvar med gjeldende lover og avtaler. Turnusplanene er ett viktig redskap for enhetslederne i forhold til å planlegge driften opp mot den forventede aktiviteten. IA-avtalen er å forebygge og redusere sykefraværet, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall, og gi plass til alle som kan og vil arbeide. Denne avtalen forplikter arbeidsgiver og arbeidstaker til å samarbeide, for å utvikle en inkluderende arbeidsplass (NSF, 2005, s. 10). I praksis betyr dette at enhetsleder har ett ansvar for å tilrettelegge slik at flest mulig kan være tilstede på arbeidsplassen. Utfordringen en del sengeposter har er at det er en kvinnedominert arbeidsplass med mange kvinner i fertil alder. Nattarbeid beskrives ofte som svært belastende for gravide bekrefter en studie fra Statens arbeidsmiljøinstitutt. Enhetslederen har som arbeidsgiver ansvar for at arbeidsmiljøet til enhver tid er fullt ut forsvarlig for alle arbeidstakerne. I forhold til gravide har man ett ansvar for at de blir beskyttet mot ubehag og skade. Enhetsleder plikter å legge til rette arbeidet etter forutsetningene til den enkelte (Arbeidstilsynet, 2011, s. 14).

### Etisk ansvar

I forhold til det etiske ansvarsområde er allerede sykepleiefaget regulert av de etiske retningslinjene, lovverket i forhold til forsvarlig praksis og selve grunnlaget for sykepleien som er respekten for enkelt menneskes liv, helse og egenverd. I de etiske retningslinjene står det bla nedfelt:

Ledere av sykepleietjenesten har ett særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon, og bruke yrkesetiske retningslinjer som styringsverktøy (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 7).

Men selv om man i utgangspunktet har ett klart lovverk og retningslinjer så utelukker dette ikke at man som leder ikke vil stå ovenfor alvorlige etiske dilemmaer. Dette innebærer at man som leder i enkelte situasjoner må inngå kompromisser og forhandle seg frem til enighet (NSF, 2005, s. 11). Som leder må man gjøre valg utfra ulike lojalitetshensyn. Er det de økonomiske premissene som er det styrende? Hvor lojal er man mot de vedtektene som er overordnet? Lojalitet til medarbeidere eller til organisasjonen?

Ledelse handler om å balansere de ulike hensynene opp mot hverandre og prioritere i riktig rekkefølge. Det er viktig at en leder har et bevisst og reflektert syn på egne verdier og de verdiene lederen ønsker å formidle til personalet. Hvis en leder er diffus i sine handlinger, kan det lett oppstå uformelle ledere, og deres verdier og normer bli de rådende. Er disse ulike lederen sine verdier og normer, kan det oppstå konflikter. Aadland (2004) definerer verdier som: *Verdier er ønskelige kvaliteter ved handlinger eller formål*. Leders innsikt i mulige konfliktsituasjoner mellom faglige og økonomiske verdier vil i en slik sammenheng være en hjelp i klargjøring av verdiene (Aadland, 2004, s. 198-199; Holter, 1995).

### **3.5 Oppsummering**

Kravet om forsvarlig yrkesutøvelse er valgt som en teoretisk referanseramme for denne studien, med vekt på helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Krav om faglig forsvarlighet, ressursbruk og organisering av virksomheten er viktige styringsfaktorer for enhetsledere med ansvar for driften av sengeposter. Ledelse i sykehus er presentert med en definisjon på ledelsesfunksjonen fra NOU 1997:2, som sammen med de fire ansvarsområdene utgjør det helhetlige ledelsesansvaret til enhetslederen med sykepleiefaglig bakgrunn. Vektleggingen av disse områdene vil variere, og de vil gli over i hverandre, men de definerer tydelig hvilket lederansvar enhetslederne har. Det ligger ett betydelig ansvar hos enhetslederen for at sykepleien som utøves ved sengeposten er god. Sengeposten må planlegge for God praksis slik at det ikke utøves en tjeneste som befinner seg ned mot eller balanserer på forsvarlighetsgrensen. Dette ble illustrert ved kvalitetslinjen (figur 2, s 29). Sengepostene har mange ansatte som gir en stor variasjon av kompetanse og personlighet, dette får betydning for utøvelsen av ledelse. Jeg har valgt å trekke inn teorien om situasjonsbestemt ledelse for å belyse dette.



## 4 Metode

I dette kapitlet vil valg av metode bli presentert, drøftet og begrunnet. Studiens design er beskrivende og fortolkende. I alle ledd av forskningsprosessen har det vært viktig med en bevissthet rundt min egen forforståelse av temaet. Kvalitativt forskningsintervju er valgt som metode for datainnsamlingen. Valg av forskningsfelt og informanter vil bli nærmere beskrevet. Utforming av intervjuguiden (Vedlegg 3) og gjennomføringen av intervjuene beskrives. I analyse av datamateriale er en fenomenologisk tilnærming valgt, og Malteruds (2011) fire trinn i analysen er fulgt.

### 4.1 Valg av metode

I arbeidet med denne studien har jeg vurdert flere metoder som relevante for å samle inn data. Kvalitativ og kvantitativ metoder ville begge kunne gi svar på problemstillingen i studien:

#### **Hvilke forhold tar enhetslederen hensyn til i den daglige planleggingen av bemanningen ved sengeposten?**

Ved kvantitativ metode ville jeg ha mulighet til å bredde studien. Spørreskjema kunne bli sendt ut til mange flere enhetsledere slik at jeg ville kunne samle inn data fra flere informanter. Metoden er strukturert og kan anvendes til statistisk generalisering, mens det kan være vanskeligere å sikre at det jeg samler inn av data er relevant, og større usikkerhet i forhold til hvor mange svar jeg ville få samlet inn igjen. Ved valg av kvalitativ metode vil jeg kunne få frem ulikheter og typiske kvaliteter ved handlingen. Denne metoden bygger på teorier om menneskelige erfaringer og tolkninger. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle relasjoner, som deretter tolkes. Kvalitativ metode vil gi meg en bedre forståelse og større mulighet til å beskrive hva enhetslederne vektlegger i bemanningen (Malterud, 2011). Jeg valgte å benytte meg av data fra kvalitativ metoden for å finne svar på min problemstilling.

#### 4.1.1 Kvalitativ metode

Jeg valgte å benytte kvalitativ tilnærming, i form av semistrukturert intervju. Under intervjuene ønsket jeg å få vite mer om enhetsledernes erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger, samt få en større forståelse av hvorfor de gjør som de gjør. Jeg var opptatt av å få enhetslederne til å utdype meninger underveis og gå i dybden, uten å gå i dialog om mine

egne meninger. Det som har vært avgjørende i mine valg, er at jeg ønsket å finne ut hva den enkelte enhetslederen har av egne oppfatninger rundt bemanningssituasjonen. Og deres beskrivelse av hva som vektlegges i planleggingen av bemanningen. Svakheter ved intervju kan være at enhetsledernes beskrivelse ikke stemmer med virkeligheten, og min forforståelse kan også påvirke hvilke tema jeg fokuserer på under intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 99-100). Jeg har gjort ett bevist valg ved kun å intervjuere ledere. Observasjon som datainnsamlingsmetode kunne gi meg nyttig kunnskap, men med min egen kjennskap til feltet vurderte jeg at det ville være av større betydning å få enhetslederens egen beskrivelse gjennom intervju. For å finne svare på problemstillingen i studien ønsket jeg å gå i dybden, og var derfor ute etter den enkelte enhetsleders oppfattelse og beskrivelse av forhold som vektlegges i den daglige bemanningsplanleggingen. Kvalitativ tilnærming gjennom semistrukturert intervju er derfor valgt som metode.

#### ***4.2 Det kvalitative forskningsintervjuet***

Med det kvalitative forskningsintervjuet er målet å få til en samtale hvor jeg ønsker å få tak i informantens erfaring og opplevelse av verden (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 21). Styrken i denne metoden er at den er fleksibel, søker det unike, og samtidig er åpen for ny informasjon. Felles for all type kvalitativ forskning er at de undersøker fenomenene der de naturlig opptrer. Fra et fenomenologisk perspektiv fokuseres det på personens "livsverden". Det er åpent for den enkeltes erfaringer, fremhever presise beskrivelser og søker etter de sentrale betydningene (Malterud, 2011, s. 97). Hovedprinsippet i kvalitativ metode er at den skal sikre at informantens opplevelse kommer til uttrykk, uten direkte påvirkning og kontroll. Det er nettopp dette jeg var ute etter, få enhetslederne til å fortelle meg sine vurderinger av ulike forhold som de tok hensyn til i den daglige planleggingen av bemanningen. En av fordelene med et ansikt til ansikt intervju er den nonverbale informasjonen den gir. Dette gjør det lettere å se om enhetslederne føler seg utilpass, ikke forstår, kjeder seg eller lyver. Dermed har jeg som intervjuer mulighet til å gjøre nødvendige korrigeringer, tilpasse situasjonen, og skape en fortrolighet som gjør det mulig å føre en åpen og god samtale. Semistrukturert intervju styrker min kontroll over intervjusituasjonen. I tillegg åpner den for spontanitet ved at informanten selv styrer samtalen (Malterud, 2011, s. 129-130). Ulempene ved metoden er at den er ressurskrevende, samt faren for at jeg kan påvirke data ved min tilstedeværelse. Dette var jeg bevist på under utarbeidelsen av intervjuguiden (vedlegg 3) og under gjennomføringen av intervjuene.

### **4.2.1 Intervjuguiden**

Jeg ønsket å få tak i informantenes virkelighet og oppfatning av deres hverdag ved å stille spørsmål. For å hjelpe meg til å oppnå dette, utformet jeg en intervjuguide (Vedlegg 3) som omfattet sentrale hovedtemaer og en del åpne spørsmål. Jeg tok utgangspunkt i problemstillingen, og forskningsspørsmålene, samt faktorene NOU 1975:48 trakk frem som har innvirkning på bemanningsbehovet. Utformingen av intervjuguiden er viktig slik at den åpner opp for at det er informantenes egne oppfatninger som kommer frem. Jeg prøvde ut intervjuguiden på en enhetsleder ved mitt eget sykehus, fikk en god intervjuerfaring, og jeg gjorde noen få justeringer etter dette. Intervjuguiden vil jeg benytte dersom informanten ikke selv kommer inn på temaet jeg ønsker å få belyst (Johannessen et al., 2011.).

For at jeg skulle få med meg mest mulig data fra intervjuet, benytte jeg en opptaker. En god samtale kjennetegnes av at man har ofte øyekontakt. Skal man notere hele tiden blir dette vanskelig, og jeg vil også risikere å ikke få notert ned viktige data. Det blir også lettere å ha holde en naturlig samtale, intervjuet vil flyte lettere. Noen personer kan reagere negativt på opptaker, og dette må jeg være forberedt på. Dette er en av de tingene jeg avklarte på telefonen før jeg avtalte intervju tidspunktet. Noen notater måtte jeg gjøre underveis, for at det skulle bli lettere å finne frem på opptakeren, samt gjøre notater om nonverbale observasjoner.

### **4.3 Valg av forskningsfelt og informanter**

Min problemstilling har vært styrende i mitt valg av forskningsfelt og informanter. Jeg ønsket å få mer kunnskap om bemanningsplanlegging av sengepostene på sykehus. I min studie er alle enhetsledere med ansvar for bemanning av sengeposter ved alle somatiske sykehus i Norge aktuelle informanter. Det har derfor vært nødvendig for meg å foreta ett utvalg. Det som har vært styrende for mitt utvalg er valget av kvalitativ metode og funn i mine søk av tidligere forskning og rapporter. Ett av funnene i mitt søk om tidligere forskning og rapporter ble styrende for mitt valg av type sykehus. I surveyundersøkelsen «*Hverdags beskrivelser fra norske sykehus*» (2009), viser resultatene blant annet at Norge har forbedrings potensiale innenfor bemanning og ressurser. I undersøkelsen ble sykepleiere ved både private, universitetssykehus og øvrige sykehus spurt. Utsagnene der det er størst forskjeller mellom de tre ulike type sykehus, er i forhold til bemanning (Sjetne, 2011). Jeg ønsket å finne ut om det var forskjeller på hvilke forhold enhetslederen tok hensyn til når de planla bemanningen utfra

type sykehus de var ledere ved. Med dette som utgangspunkt valgte jeg å gjøre intervju ved både ett privat, ett universitetssykehus og ett øvrig sykehus.

#### **4.3.1 Sengepostene**

De jeg ønsket å intervju er ledere av ulike typer sengeposter. Sengeposten er den enheten ved sykehusene hvor pasienter legges inn til utredning eller behandling. Organisatorisk er sengepostene underlagt sine respektive avdelinger etter medisinsk spesialitet, men det finnes også sengeposter som har pasienter fra ulike spesialiseringer. Sengepostene hvor informantene mine er ledere var både medisinske og kirurgiske enheter med døgkontinuerlig drift gjennom hele uken. Pasientene var fra ulike fagspesialiseringer, også innad i samme sengepost. De ble lagt inn både som øyeblikkelig hjelp og som en planlagt innleggelse, andelen planlagte og øyeblikkelig hjelp innleggelser varierte. Ved enkelte av sengepostene var 50-80% av de inneliggende pasientene planlagte innleggelser, og ved de andre sengepostene var 50-80% av pasientene innlagt som øyeblikkelig hjelp. De ansatte ved sengepostene er hovedsakelig sykepleiere og hjelpepleiere, men det er mange andre faggrupper som også er involvert i driften. Det er alt fra renholdere, bioingeniører til leger som både indirekte og direkte er involvert i den daglige driften av en sengepost.

#### **4.3.2 Informanter**

Informantene er enhetsledere med sykepleiebakgrunn og med personalansvar for ansatte som arbeider direkte med pasienter. De er selv aktive i den daglige planleggingen av bemanningen ved sine enheter. De har fra 2 til 20 års erfaring som ledere. Ved mitt valg av forskningsmetode er det viktig for meg å ikke ha for mange, men heller ikke for få informanter. Jeg mente at 3 informanter fra hver av sykehusene ville være ett passe stort utvalg til å gi meg bredest mulig kunnskap og variasjoner uten at det blir for omfattende i analyseprosessen (Malterud, 2011).

#### **4.4 Gjennomføringen**

For å få tilgang til feltet for gjennomføring av studien var det litt ulike prosedyrer ved de forskjellige sykehusene. Ved det ene sykehuset sendte jeg først brev til administrerende direktør, for deretter å få kontakt med klinikkjefen.

Ved de to andre sykehusene ble jeg bedt om å sende mail direkte til klinikksjefene ved de medisinske og kirurgiske enhetene. I mailen til sykehusene la jeg ved prosjektbeskrivelsen, informasjonsskriv (Vedlegg 2), brevet til administrerende direktør (Vedlegg 1) og intervjuguiden (Vedlegg 3). I forespørselen til de respektive sykehusene hadde jeg følgende kriterier til informanten mine. Det skulle være sykepleieledere av sengeposter med personalansvar, ved enten kirurgisk eller medisinske enheter. De skulle ha det daglige ansvaret for å planlegge bemanning ved sengeposten. Ved det ene sykehuset fikk jeg direkte navn på aktuelle informanter fra klinikksjefene. Ved de to andre sykehusene måtte jeg først kontakte nærmeste leder, og få de til å komme med forslag til aktuelle informanter. Jeg kontaktet først informanten pr telefon og informerte kort om studien, og spurte om de kunne være interessert i å delta. Dette sa alle ja til og jeg avtalte tid og sted for intervju. I forkant av intervjuet sendte jeg skriftlig informasjon om studie og samtykkeskjema. Alle informantene med unntak av en ordnet med rom hvor intervjuene kunne foretas. De fleste brukte sitt eget kontor, og med unntak av ett par avbrytelser hos et par av informantene gikk dette veldig bra. Jeg ordnet med ett møterom i det ene tilfelle. Ved det siste sykehuset fikk jeg kun kontakt med to enhetsledere, men jeg vurderte ut fra det materiale jeg allerede hadde fått samlet inn at det kunne jeg akseptere. Totalt 8 enhetsledere fra 3 sykehus, ett universitetssykehus, et lite sykehus og ett privatsykehus fikk jeg samlet inn data fra. Alle intervjuene ble gjennomført over en periode på 6 uker. Informantene snakket lett om tema under samtalen. Jeg benyttet meg av opptaker på det første intervjuet, gikk deretter over til å bruke opptakerfunksjonen på telefonen. Rekkefølgen på intervjuguiden ble ikke alltid fulgt, og heller ikke alle spørsmålene. Jeg forsøkte å følge opp svarene jeg fikk med oppfølgende spørsmål, og ba de om å beskrive nærmere og komme med eksempler. På slutten av intervjuet fikk alle muligheten til å komme med innspill på temaer vi evt ikke hadde vært innom.

#### ***4.5 Metode i analysearbeidet***

Alle opptakene fra intervjuene ble skrevet ut ordrett. Før jeg startet opp med selve analysen, a gjorde jeg som Malterud (2011) anbefaler, fant meg en god stol og leste gjennom de transkriberte tekstene flere ganger. Materiale på ca. 90 sider transkribert tekst ble organisert, fortolket og sammenfattet. Forsøkte å finne mønstre og kjennetegn som kunne identifiseres og gjenfortelles etter gjennomført kritisk refleksjon. Hvilken mening formidles i den skrevne teksten? Denne tolkningen bygger på en hermeneutisk tilnærming.

I analyseprosessen har jeg valgt å bruke Malterud (2011). Hun presenterer en fenomenologisk analyse i fire trinn.

1. Helhetsinntrykk, 2. Meningsbærende elementer, 3. Kondensering og 4. Sammenfatning.

Denne analysen vil hjelpe meg med å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer, samt hjelpe meg til å finne vesentlige kjennetegn og essenser i datamaterialet (Malterud, 2011, s. 96-107).

#### **4.5.1 Helhetsinntrykk**

I dette første trinnet leste jeg igjennom de 90 sidene med material for å få ett helhetsbilde.

Min teoretiske referanseramme og forforståelsen måtte legges til side for at jeg med mest mulig åpent sinn skulle klarte å ta innover meg hva det er informantene forteller meg.

Hensikten er å høre informantenes stemme tydelig (Malterud, 2011, s. 98-100). Jeg gjorde noen små notater underveis på siden av teksten, uten å systematisere. Etter å ha lest materiale flere ganger var det noen temaer som vekket min oppmerksomhet. Jeg laget meg ett ark hvor jeg noterte ned disse foreløpige temaene.

#### **4.5.2 Meningsbærende enheter**

I andre del av analysen ble den delen av materiale som skulle studeres nærmere organiserte.

Den relevante teksten som kunne gi svar på problemstillingen ble skilt ut. Jeg startet opp med en systematisk gjennomgang av materialet mitt for å identifiserer meningsbærende enheter.

Meningsbærende enheter er tekstbiter som har kunnskap om de temaene jeg identifiserte i første trinn. Samtidig som de meningsbærende enhetene ble merket, systematiserte jeg disse, dette er koding (Malterud, 2011, s. 100-104). I denne andre delen av analysen valgte jeg tre kodegrupper: forsvarlighet, ressursbruk og organisering av virksomheten som jeg sorterte de meningsbærende elementene under. I den systematiske gjennomgangen av materialet mitt kodet jeg forsvarlighet med rosa, gul for ressursbruk og organisering av virksomheten med grønn.

### **4.5.3 Kondensering**

I tredje trinn av analysen skulle meninger fra de 3 kodegruppene systematisk hentes frem.

Jeg startet opp med en kodegruppe om gangen, og lette etter ulike nyanser som beskrev forskjellige meningsaspekter. Under dette arbeidet skrev jeg ytterligere kommentarer i marginen i datamaterialet. Disse funnet ble igjen sortert i subgrupper (Malterud, 2011, s. 104-107). Jeg laget meg ett stort oppsummeringsark hvor jeg utfra hver kodegruppe skrev ned funnene av subgruppene, og skrev inn merknader i marginen i materiale, slik at jeg lettere skulle finne frem igjen til subgruppene.

### **4.5.4 Sammenfatning - fra kondensering til beskrivelse av begreper og resultater**

I fjerde trinn av analysen skal bitene settes sammen igjen. En sammenfatning hvor funnene blir gjenfortalt, og hvor lojaliteten til informantene er viktig. Leseren skal også oppleve å få en innsikt og tillit til det som presenteres i presentasjonen av funnene. Kunnskapen fra hver av kodegruppene og subgruppene ble sammenfattet med utgangspunkt i kondenseringen, tekst og sitater. I presentasjonen av resultatene under kapittel 5, vil funn fra studien som er knyttet til problemstillingen presenteres. I arbeidet med å gjenfortelle funnene benyttet jeg meg av fargekodingen og merknadene mine i materialet (Malterud, 2011, s. 107-109). I denne studien har problemstillingen tre forskningsspørsmål, hver av kodegruppene er knyttet opp mot et av forskningsspørsmålene. Subgruppene har fått egne avsnitt under hver av kodegruppene i presentasjonen av resultatene.

## **4.6 Metoderefleksjon**

For å belyse problemstillingen var en kvalitativ tilnærming et hensiktsmessig design. Målet med studien var å få enhetslederne til å beskrive sin hverdag og hvilken hensyn de tar i planleggingen av bemanningen. Ved å intervjuere lederne får jeg deres beskrivelser av hva de tar hensyn til når de planlegger bemanningen. De ansattes opplevelse av bemanningen i sin hverdagen vil jeg ikke få informasjon om. Men hvis jeg kunne få tilgang til datamateriale fra surveyundersøkelsen (2009): *Hverdagsbeskrivelser fra sykehus*, som de aktuelle sykehusene deltok i, kunne dette gi meg noe informasjon om hverdagen til de ansatte. Jeg var i kontakt med den ansvarlige for studien ved Kunnskapssenteret. Tilbakemeldingen var at administrerende direktør ved sykehusene måtte godkjenne at jeg kunne få tilgangen til datamaterialet. Kunnskapssenteret var positive til å hjelpe meg når godkjenningen forelå.

Det ble vanskelig å få svar fra de ulike direktørene. Fikk tilslutt godkjenning fra to av sykehusdirektørene til å benytte meg av dataene på aggregert nivå, men da jeg fremdeles manglet fra det siste sykehuset valgte jeg å ikke benytte meg av dette. Vil i drøftingen av funnen likevel trekke inn resultater som foreligger i notatet fra kunnskapssenteret (Sjetne, 2011), disse resultatene er presentert i kapittel 3. Ut fra problemstillingen, hvor jeg ønsket å finne ut hva lederen tar hensyn til under planleggingen så mener jeg at den gjennomførte kvalitative tilnærmingen har gitt meg funn som er med på å kunne svare ut problemstillingen. Underveis i forskningsprosessen har jeg justert noe på forskningsspørsmålene og problemstillingen for å presisere tydeligere hva jeg søker å finne svar på i denne studien.

#### **4.6.1 Forforståelse**

Min forforståelse er den bagasjen som jeg tar med meg inn i forskningsprosessen. Jeg har selv flere års erfaring som enhetsleder med ansvar for bemanningen av sengeposter. Dette har vært en viktig motivasjonsfaktor. Samtidig går jeg inn i studien med visse antakelser og en egen forforståelse rundt problemstillingen og forskningsspørsmålene. Min kjennskap til tema vil være med å påvirke meg i måten jeg samler og tolker dataene på. Erfaringen jeg har om tema kan også bidra til at jeg har på meg skylapper som vil begrense min evne til å lære av det materiale jeg samler inn (Malterud, 2011, s. 40-42). Jeg må også være klar over at mine tolkninger og til slutt konklusjonen sannsynligvis vil være preget av min bakgrunn. På den ene siden har jeg en nærhet til datamateriale, samtidig må jeg være bevisst en distanse til det. Jeg har diskutert dette fortløpende med min veileder under arbeidet med studien

#### **4.6.2 Reliabilitet og validitet**

Reliabilitet handler om påliteligheten og kvaliteten av dataene fra studien. Hvordan data er blitt samlet inn, hvilke data som brukes og hvordan de brukes (Johannessen et al., 2011.). Jeg har i min utvelgelse av informanter vært bevisst på at de jeg har intervjuet har hatt ansvaret for den daglige bemanningen, slik at de er godt kjent med problemstillingen. Jeg har selv liten erfaring med å gjennomføre intervjuer, men jeg hadde prøveintervju av en kollega, og fikk nyttige tilbakemeldinger som jeg benyttet meg av i feltet. I min gjennomføring av intervjuene ha jeg forsøkt å være bevisst på å ikke stille informantene ledende spørsmål. De fikk komme med sine egne refleksjoner og utdype sine opplevelser. Men jeg vil som intervjuer ha med meg inn i intervjusituasjonen en unik erfaringsbakgrunn som påvirker funnene og drøftingen.



I og med det er utført semistrukturert intervju vil det være vanskelig å skulle gjennomføre disse intervjuene helt likt engang til, intervjuet styres i større grad av samtalen enn av ett strukturert spørreskjema. Jeg har gjennom metodekapitlet forsøkt å beskrive hele prosessen og mine veivalg så detaljert som mulig for på denne måten styrke reliabiliteten ved studien (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 249-252).

Validitet handler om gyldigheten til funnene i min studie. Problemstillingen min antas å være relevant til det denne studien ønsker å finne svar på. Ett større utvalg kunne kanskje ha belyst flere sider av temaet. Vet jeg at informantene mine snakket sant når de beskrev sin hverdag om hvilke forhold som var med på å påvirket planleggingen av bemanningen? Under intervjuene var fokuset at de skulle beskrive og fortelle fra sin hverdag. De fikk også mulighet til å komme inn på temaer som vi ikke hadde kommet inn på gjennom intervjuet. Den teoretiske referanserammen oppleves å være relevant for problemstillingen med fokus på de lovmessige kravene som ligger til grunn for ledere i spesialisthelsetjenesten, aktuelle forskning som støtter opp om tema, enhetslederens ansvarsområder og situasjonsbestemt ledelsesteori som omhandler at ledere må tilpasse sin stil ut fra faktiske forhold. Analyse prosessen er gjennomført i tråd med den Malterud (2011) beskriver. Resultatene ble drøftet fortløpende og for å sikre at informantenes opplevelser kommer frem har jeg presentert en del direkte sitater som underbygger funnene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 253-258).

#### **4.6.3 Forskningsetikk**

Kvalitative studier innebærer møter mellom mennesker der normer og verdier er viktige elementer i den kunnskapen som utveksles og utvikles (Malterud, 2011, s. 201). Det kan oppstå etiske dilemmaer som må tas hensyn til under studien. Forskeren må ta etiske hensyn for å hindre at studien får negative konsekvenser for de involverte, både på individ, gruppe eller samfunnsnivå. I forhold til denne studien sendte jeg inn meldeskjema: *forsknings og studentprosjekt som medfører meldeplikt*, til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Forskningsprosjektet ble beskrevet i sin helhet og vedlagt intervjuguide (vedlegg 3) informasjonsskriv/samtykkeskjema (Vedlegg 2), samt prosjektbeskrivelsen.

Forskningsprosjektet mitt ble godkjent, og kravet om personvern ble ivaretatt gjennom skriftlig informasjon som ble tilsendt i forkant til informantene. Der kom det tydelig frem at informantene hadde mulighet til å trekke seg fra studien dersom dette var ønskelig. Anonymitet er ivaretatt på den måten at opplysninger om informantene er lagret på passordbeskyttet område.

Opptak av intervjuene og utskriftene har ikke hatt navn, kun tallkoder, f.eks. informant 7 (I7). Disse tallkodene vil stå som referanse ved bruk av sitater under presentasjonen av funn. Intervjuene på telefonen ble slettet etter at disse ble lagt over på passordbeskyttet PC. Filene og opplysningene om informantene slettes når oppgaven er godkjent. Ved bruk av sitater er disse kodet, og språket i sitatene gjort nøytrale. Navn på sykehusene, sengepostene og enhetslederne utelates i sin helhet i oppgaven.

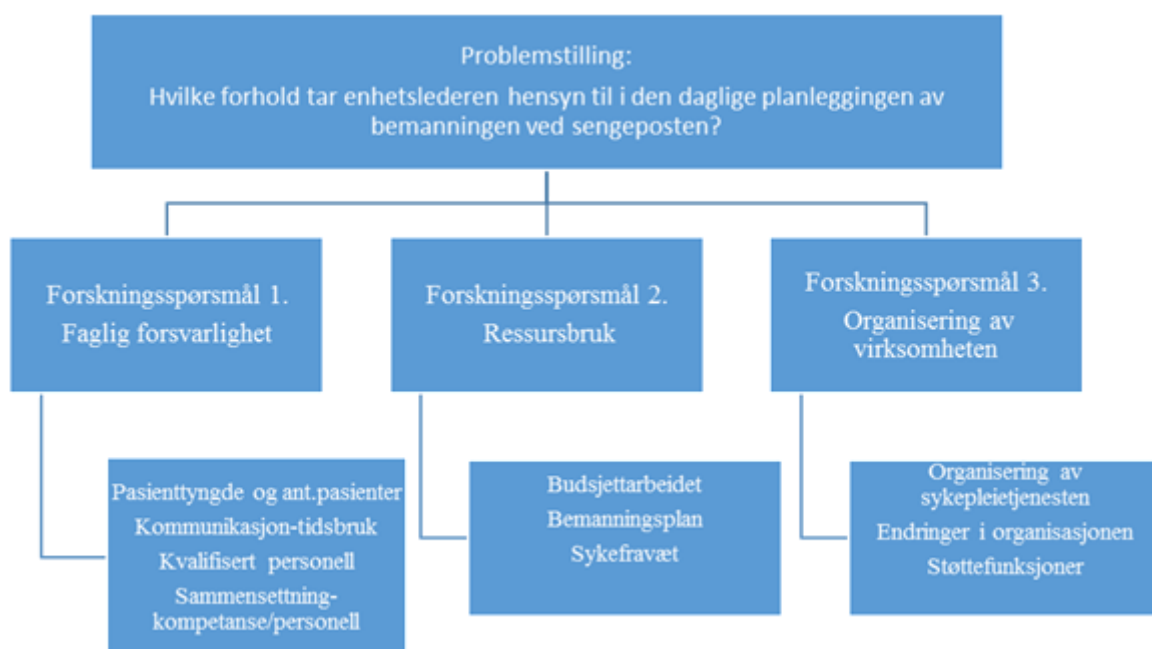
#### ***4.7 Oppsummering***

I denne studien har jeg valgt å gå i dybden og kvalitativ metode ble derfor benyttet. Innhenting av data foregikk ved å intervju 8 enhetsleder som jobbet ved 3 forskjellige sykehus. Intervjuguiden (Vedlegg 3) som ble benyttet var basert på forskningsspørsmålene og bemanningsfaktorer kartlagt i en NOU 1975:48 rapport. Intervjuene ble tatt opp på opptaker/telefon og deretter skrevet ut ordrett. Fenomenologisk analyse er benyttet i arbeidet med å bearbeide materiale og presentasjon av funnene. Jeg benyttet meg av modellen til Malterud (2011) i dette arbeidet. Under hele prosessen har jeg forsøkt å være bevisst min forforståelse om temaet. Den har både vært en fordel med tanke på kjennskap til forskningsfeltet, men kan også ha medført at data er blitt oversett. Jeg har gjennom hele studie forsøkt å følge de etiske prinsippene for forskning. I neste kapitlet vil funnene i denne studien bli presentert og drøftet.

## 5 Resultater - presentasjon og drøfting av funn

Dette kapitlet inneholder studiens funn og drøfting av disse i lys av problemstillingen og forskningsspørsmålene, samt tidligere forskning, rapporter og teori. Hovedfunnene i min studie er at enhetslederne ved sengepostene bruker mye tid på å planlegge bemanningen. Faglig forsvarlig pasientbehandlingen og å ivareta de ansatte, er viktigere enn økonomisk balanse. Men de er også opptatt av å spare dersom dette er mulig uten at det går utover kvaliteten på pasientbehandlingen. Forhold som enhetslederne først og fremst trekker frem som de tar hensyn til under planleggingen av bemanningen, er pasientantallet og pasienttyngden. Kompetansen til de ansatte, og sammensettingen av type mennesker som er på jobb samtidig, tas også hensyn til når de planlegger bemanningen. Hvilke økonomiske rammer som ligger til grunn for å utarbeide turnusplanen, er også med å påvirker bemanningsplanleggingen for enhetslederen. I denne studien har problemstillingen tre forskningsspørsmål. Hver av kodegruppene fra analysen er knyttet opp mot ett av forskningsspørsmålene se figur 3. Subgruppene har fått egne avsnitt under hver av kodegruppene i presentasjonen av resultatene. De tre første delkapitlene representerer hver av kodegruppene, som sammen med et sitat hentet fra intervjuene danner tittelen på disse. Hver kodegruppe med tilhørende subgrupper vil bli drøftet på slutten av hvert delkapittel, se figur 3. Det brukes sitater hentet fra de meningsbærende enhetene som eksempler for å utdype det som beskrives. Sitatene vil presenteres med kodereferanse til de ulike informantene. Vil tilslutt i kapitlet oppsummere funnene og drøftingen.

Figur 3. Funnene i analysen opp mot problemstilling og forskningsspørsmålene.



Problemstillingen og forskningsspørsmålene i denne oppgaven er:

### **Hvilke forhold tar enhetslederen hensyn til i den daglige planleggingen av bemanningen ved sengeposten?**

1. Hvordan planlegges det for å sikre faglig forsvarlig drift?
2. Hvordan påvirker de økonomiske rammebetingelsene planleggingen av bemanningen?
3. Er det organisasjonsmessige forhold som påvirker planleggingen av bemanningen?

#### **5.1 Faglig forsvarlighet**

*Jeg er opptatt av faglig forsvarlighet (17)*

Faglig forsvarlighet er både den enkeltes ansvar og virksomhetens ansvar, det handler om pasientsikkerhet og kvalitet. Enhetslederne jeg intervjuet gav et klart inntrykk av å være bevisst hvilket ansvar de hadde i forhold til å ivareta pasientsikkerhet, og kvaliteten ved sin sengepost. Dette påvirket hvordan de planla og utførte tiltak ved bemanningsplanleggingen i hverdagen. Dette blir godt beskrevet i følgende utsagt: *jeg er opptatt av faglig forsvarlighet, det er det fremste jeg tenker på når jeg skal bemanne (17)*. Det jeg har funnet er at enhetslederne gjør sine vurderinger når de planlegger bemanningen, utfra antall innlagte pasienter og pasienttyngden. I tillegg til dette har det betydning hvilke kompetanse de ansatte har og hvem de ansatte er. Enhetslederen oppsøker sykepleierne og bruker mye tid på å kartlegge behovet for hva som trengs av bemanning, og mye tid går med til å få tak i ekstravakter ol.

##### **5.1.1 Pasienttyngden og antall pasienter**

Når jeg ba enhetslederne beskrive hvordan de planlegger bemanningen en vanlig hverdag så fikk jeg bla følgende utsagn: *Jeg ser etter, først og fremst hvilke pasienter som ligger i sengene, hvor dårlig de er (I3)*. Det var få av sengepostene jeg besøkte som hadde ett verktøy som gav objektive data om hva den faktiske pleietyngden var. Ingen av enhetslederne brukte data fra dette verktøyet til å planlegge den daglige bemanningen, dette var data som man kunne bruke for å se på variasjoner over tid. Enhetslederne vurderer pleietyngden ut fra når pasienten var operert, type operasjon og tilleggessykdommer.

Antall pasienter innlagt ved sengeposten ble også beskrevet av enhetslederne som ett av de viktigste forholdene som påvirket planleggingen av bemanningen. Følgende utsagn bekrefter dette: *Da ser jeg jo på belegget, hvordan det ser ut i forhold til pasientene, både antall og kompliserte, og hvor langt de har kommet i forløpet (I7)*. Sengepostene med mye øyeblikkelig hjelp har store svingninger i antall pasienter innlagt, både pr dag og gjennom døgnet. Enhetslederne må gjøre vurderinger dag for dag. Sengepostene som hadde flest pasienter med planlagte innleggelse, varierte bemanningen i forhold til disse innleggelsene. De har i den planlagte turnusplanen flest ansatte på vakt de dagene hvor de har flest nyopererte pasienter. Dette beskrives på denne måten:

De kommer inn på mandag, opereres på tirsdag eller onsdag, altså er det mandag og tirsdag som er den store dagen de kommer inn, så blir de operert tirsdag eller onsdag så har de kommet seg litt mot helgen, så på mandag kveld kan vi være 5 fordi det er mange som ikke er operert ennå (I5).

Selv om enhetslederne for de sengepostene med mest planlagt aktivitet beskrev en større kontroll over antall pasienter innlagte, så varierer pasienttyngden. Pasienter som legges inn for å gjennomgå ett enkelt inngrep, kan ha tilleggssykdommer som gjør at pasienten krever mye oppfølging, slik at det er behov for å styrke bemanningen utover det planlagte. De sengepostene som har størst andel av øyeblikkelig hjelp innleggelser har også en turnusplan som de tar utgangspunkt i når de planlegger bemanningen. Dette beskrives godt av en av enhetslederne: *det er jo stor trafikk, det gjør jo at turnusplanen er en pekepinn på hva vi burde ha, så må vi egentlig vurderer fra dag til dag (I8)*. Når variasjonene i pleietyngden og antall pasienter fører til økt behov for sykepleie, øker enhetslederen bemanningen utover fastlagt turnusplan, reduseres behovet for sykepleie, beskriver de også dager det er mulig å ha færre på jobb.

### **5.1.2 Kommunikasjon med sykepleierne, og tidsbruk på planleggingen**

Alle enhetslederne jeg intervjuet forteller om en hverdag hvor de i perioder bruker mye tid på å planlegge bemanningen. Denne tiden brukes til å skaffe oversikt over antall pasienter og pleietyngden ved sengeposten, og å få tak i ansatte og ekstravakter som kan jobbe.

For å innhente denne informasjonen om pasienttyngden og pasientantallet oppsøker enhetslederen sykepleierne med ansvar for pasientbehandlingen:

Jeg er til stede i avdelingen og sånn oppfatter jeg mye, snakker med dem, om ikke vi har direkte møter så er jeg i kontakt med dem, og de vet de kan kontakte meg (I4).

De fleste enhetslederne deltar på previsitten og får en oversikt over antall pasienter og pleietyngden på denne måten også. Noen har faste møtetidspunkt etter at legevisitten er ferdig, eller de oppsøker sykepleierne i løpet av dagen. På den måten får de oversikt over hvor mange som reiser og hvor mange nye som kommer inn. I forhold til antall pasienter, så beskriver enhetslederne for sengeposter med flest øyeblikkelig hjelp innleggelser de største utfordringene slik:

I og med det er ganske uforutsigbart med øyeblikkelig hjelp og at de kommer hele døgnet, gjør det at turnusplanen er en pekepinn på hva vi burde ha, vi må egentlig vurdere fra dag til dag. Men vi prøver så godt vi kan. Er det mye så leier vi inn, det er ikke sjelden de er 8 eller 9 på dagvakt. Men så kan det være at de er mindre også, kanskje 5 eller 6 de gangene det er rolig (I8).

De enhetslederne med sengeposter med flest planlagte innleggelser beskriver også en variasjon på antall ansatte utover i uken, men denne variasjonen er gjerne sett i forhold til operasjonsplanleggingen gjennom uken. Når enhetslederen har kartlagt pleietyngden og belegget, planlegger de bemanningen ved å ta utgangspunkt i turnusplanen. Noen av enhetslederne beskrev en hverdag hvor antall pasienter overskred det planlagte tallet store deler av tiden. Det er nødvendig for enhetslederen å forsterke utover den planlagte bemanningen mer eller mindre kontinuerlig:

Så selv om vi mener grunnbemanningen er for lav, så er den lagt i forhold til det budsjettet jeg har, når det røyner på og jeg trenger folk, så er det fag og pasient som teller (I6).

Alle de ansatte ved sengepostene går i en fast turnus og de fleste har også sykepleierstudenter som har faste helgeavtaler. Sykepleierstudentene jobber 2 hver eller 3 hver helg ved sengepostene i tillegg til ekstravakter.

Men når det er mye sykdom blant de ansatte, tungt belegg og mange pasienter bruker enhetslederne mye av sin tid til å skaffe ekstra bemanning.

Det er veldig varierende, men til tider kan jeg bruke en hel dag, føler jeg gjør ikke annet enn å dekke opp, og jeg føler ofte at jeg ikke får det helt til, men så er det perioder på flere uker hvor jeg føler at jeg ikke jobber med det i hele tatt, og det bare glir av seg selv, og at folk frivillig setter seg opp og at det går av seg selv, når du først kommer inn i en periode med mye sykdom og man har spist av det vanlige personalet, da begynner det å bli tøft (I2).

### **5.1.3 Kvalifisert personell**

Enhetslederne jeg intervjuet beskrev ulike utfordringer ved sine sengeposter med å sikre ansatte med nok kompetanse. Antall nyansatte varierer fra sengepost til sengepost, men alle hadde systemer for opplæring av den nyansatte. Opplæringstiden hvor den nyansatte var i tillegg til den vanlige bemanningen, varierte fra 2-4 uker. Noe av variasjonen lå i hvor erfaren sykepleieren var fra før, eller om den nyansatte hadde vært student ved sengeposten. Alle nyansatte fikk kontaktsykepleier, noen hadde også en fadderordning som gikk over en lengre periode enn selve opplæringstiden på 2-4 uker. Når de nyansatte er ferdige med de første ukene med opplæring blir de inkludert i den daglige bemanningen, men planen er at de skal slippe å ta ansvar for legevisitt og andre spesialoppgaver den første tiden. Dette får de fint til ved de sengepostene med mindre utskifting av personalet. De enhetslederne for sengepostene som opplever større utskifting beskrev flere utfordringer på dette område:

Det er så mange funksjoner de ikke kan gå inn i, gruppeleder, det å ha ansvaret for en pasientgruppe, det å være på mottak, det å være på natt, det blir veldig slitsomt for de som må være gruppeleder hele tiden (I2).

Sykepleiestudenter blir ofte rekruttert både som ekstravakter etter at de har hatt praksis ved sengeposten, og som nyansatte når de er ferdige med studien. På den måten sikrer enhetslederne seg at noen av de som blir ansatt både er kjent, og at de samtidig vet mer om hvilke kompetansenivå den ansatte er på.

### **5.1.4 Sammensettingen av kompetanse og personalgruppen**

Alle enhetslederne jeg intervjuet trakk frem at sammensettingen av kompetansen hos det personalet som var på vakt hadde betydning for hvordan de planlegger bemanningen.

Dette beskrives på følgende måte: *Har jeg mange nyutdannede så er det viktigere å styrke vekten enn når det er mange erfarne som tåler å ha litt ekstra å gjøre (I7)*. Dette gjelder både i forhold til å ivareta spesielle oppgaver som å gå legevisitten, ta imot øyeblikkelig hjelp pasienter, men også det å takle stresset ved uforutsette hendelser. Spesielt på helgene er kompetansesammensettingen viktig fremhever flere av enhetslederne. Da er ofte bemanningen lavere, og det kreves mer av de som er på jobb. Variasjonen i pasientantallet og tyngden svinger i helgene. Noen av enhetslederne hadde en stabil ansatt gruppe, de trengte ikke å bruke mye tid på å skaffe rett sammensetningen av kompetanse: *Det at alle har samme kompetanse, det hjelper veldig på planleggingen (I5)*. De enhetslederne som hadde stor utskiftninger av personalet hadde større utfordringer i forhold til å bemanne sengeposten sin med rett kompetansesammensetning.

Noen av de sengepostene jeg gjorde intervjuer ved hadde stor variasjon på hvilke diagnoser de inneliggende pasienten hadde. Ofte var de ansatte knyttet opp mot spesielle diagnosegrupper. Men det var viktig for enhetslederne at de ansatte hadde kunnskap om de andre pasientgruppene også, slik at de kunne gå på tvers av diagnosegruppene dersom det var behov for dette. De fikk da ett mye større antall ansatte å spille på ved sykdom og ved behov for å styrke bemanningen. Ett annet forhold som flere av enhetslederne trakk frem i forhold til planleggingen av bemanningen var hvem som var på jobb. Det gikk mer på personlighet, en av enhetslederne kom med følgende utsagn: *Det er ikke alle som har samme kapasitet til å takle mange situasjoner på en gang (I5)* eller en av de andre uttrykker seg på følgende måte:

Jeg ser jo at i den perioden vi ansatte mange nye, så ser man at det var jo ikke alle som passet inn. Sånn som vi driver er vi kanskje avhengig av en bestemt persontype, vi er avhengig av at man klarer å samarbeide (I8).

De fleste sengepostene jeg intervjuet hadde kun sykepleiere og spesialsykepleiere ansatt hos seg. De sengepostene som hadde hjelpepleiere som en del av den daglige bemanningen, må ta hensyn til dette i bemannings planleggingen.

Selv om dette er et veldig sårt punkt, som vi nesten ikke snakker om så gjør det en forskjell. Det at alle er sykepleiere, det er en veldig stor fordel (I5).



### 5.1.5 Drøfting

#### Hvordan planlegges det for å sikre faglig forsvarlig drift?

Bemanningen og kompetansen hos de ansatte har stor betydning for kvaliteten på pasientbehandlingen, dette er det flere studier som viser til. (Aiken et al., 2014; Needleman et al., 2011). Det er en sammenheng mellom for lav bemanning av sykepleiere og pasientdødelighet. Det vil si at pasientbehandlingen som pasienten mottar når bemanningen er for lav, kan komme under forsvarlighetsgrensen (figur 2, s. 29). Når sykepleierne hadde ansvaret for færre pasienter, så man en nedgang i pasientdødeligheten. Disse studiene viser til hvor avgjørende bemanningen er for at det sikres forsvarlig pasientbehandling. Tilsvarende resultat var det når andelen ansatte med sykepleiekompetanse var høyere (Aiken et al., 2014). Når det er flere ansatte med høyere kompetanse gav dette positive resultater for pasientbehandlingen. Når enhetslederne jeg intervjuet skulle danne seg en oversikt over sengeposten sin, la de vekt på antall pasienter og pasienttyngden i vurderingen om bemanningen ville være god nok til å utøve faglig forsvarlig drift. Dette funnet er ikke overraskende ut fra min egen kjennskap til feltet. Funnene i min studie bekrefter at dette er viktige forhold som enhetslederne tar hensyn til i bemanningsplanlegging. Retningslinjen for bemanningsnorm, vedtatt ved Oslo universitetssykehus, tar i utgangspunktet ikke høyde for pasienttyngden når den sier hvor mange pasienter hver ansatt skal ha ansvar for (Oslo universitetssykehus, 2011). Ved innføring av bemanningsnormen fikk OUS en del kritikk i forhold til at det ble oppfattet at normen ikke tok nok hensyn til bla pasienttyngden. Funnene mine viser at ledere som i dag sitter med ansvaret for bemanningsplanleggingen, er tydelige på at det faktiske pasientantallet og pleietyngden er forhold de tar hensyn til når de planlegger. Disse hensynene er nødvendige å ta for å planlegge mot en faglig forsvarlig drift. Dette bekreftes også i en av artiklene jeg har presentert tidligere. (Lang et al., 2004). Hvor det var gjort studie for å undersøke om det var mulig å utarbeide en minimumsnorm for sykepleiere i sykehus. Resultatene i denne studien bekrefter mine funn om at det må tas hensyn til både kompetanse og pasientdiagnosegrupper i bemanningsplanlegging. Dette er i tråd med det jeg oppfatter at enhetslederne tar hensyn til i sin planlegging. Men utfordringen er å vite hva pleietyngden er, og hvor mye bemanning man må ha for å imøtekomme denne.

Utfordringen som veldig mange andre sykehus, har er mangelen på et godt pleietyngdeklassifiseringsverktøy. Noen få av sengeposten ved Oslo universitetssykehus har tatt i bruk verktøyet RAFAELA (Fagerström et al., 2000), men heller ikke det gir en god nok hjelp i den daglige bemanningsplanleggingen.

To av enhetslederne jeg intervjuet, hadde ett verktøy som sa noe om hva pleietyngden var, men dette ble ikke brukt i den daglige planleggingen. Enhetslederne jeg intervjuet var svært bevisst på at pleietyngden hadde betydning for bemanningen. Men ingen av de hadde ett godt nok verktøy til å hjelpe seg i den daglige bemanningsplanleggingen. Hvordan kunne enhetslederne likevel ha oversikt over hva behovet for bemanning var? Mine funn er at enhetslederen bruker mye tid på å innhente opplysninger de bruker for å planlegge bemanningen. Det er ulike måter denne informasjonen innhentes på, noen har etablert faste møtetider etter legevisitten, eller enhetslederen deltar på previsitten. Det som er felles er at de oppsøker ansatte med ansvaret for legevisitten, og har en dialog hvor de får en oversikt over situasjonen på sengeposten. Hvor mye sykepleieoppfølging de innlagte pasienten krever er noe av det enhetslederne får vite under disse møtene, samt hvor mange som kan skrives ut. Dette er informasjon som er med på å danne et bilde på hva pasientantallet og pasienttyngden er. Ut fra dette planlegger enhetslederne om bemanningen må justeres i forhold til hva som ligger i de opprinnelige turnusplanen. Behovet for å øke bemanningen eller å la være å ta inn ansatte ved sykefravær er en avgjørelse som ofte blir tatt i felleskap mellom de ansatte og enhetslederen. Dette er ett godt eksempel på at enhetslederne benytter seg av deltakende lederstil. Den viser seg ved at leder og de ansatte tar avgjørelser i fellesskap. Enhetslederne oppmuntrer og ber om bidrag fra medarbeider for å løse utfordringen (Thompson, 2011, s. 45).

Enhetslederne for sengepostene hvor de fleste innleggelsene var øyeblikkelig hjelp, hadde en større utfordring med å planlegge bemanningen for hele døgnet. Når enhetslederen hadde gått for dagen, kunne det komme mange nye pasienter inn i løpet av kvelden og natten. Dette var pasienter som man ikke hadde forutsetninger for å planlegge med. Men sykehuset har en plikt til å ta imot disse pasientene på en forsvarlig måte. Dette er en av oppgavene som er nedfelt i spesialisthelseloven §3-1, hvor sykehuset har ansvar for å motta pasienter som trenger helsehjelp, og å gi disse forsvarlig pasientbehandling. Nyfødt intensivavdelingen som jeg tidligere har referert til, var i den situasjonen hvor de hadde ett stort øyeblikkelig hjelp ansvar, men hadde utfordringer med å ha nok og kvalifisert bemanning for å møte dette (Naustvik, 10.01.2014). Dette er en av årsakene til at fylkeslegen konkluderte med at det var brudd på spesialisthelsetjenesteloven §2.2 Plikt til forsvarlighet. Enheter med stor øyeblikkelig hjelp tilstrømning bør ha en turnusplan som er robust nok til å møte denne variasjonen, for å opprettholde kravet om forsvarlig drift.

Enhetslederne som jeg intervjuet møtte denne utfordringen ved at erfarne ansatte hadde fått delegert ansvar til å leie inn ekstravakter når det var behov. Her utøver enhetslederen en delegerende lederstil. Den ansatte tar beslutninger innen avgrensede områder, med utgangspunkt i medarbeidernes kompetanse. Den ansatte har kunnskapen, er engasjert og selvstendig, og har ansvaret for å utfører oppgaven (Thompson, 2011, s. 46-47).

Når antall pasienter var høyt og pasientene krevde mye oppfølging, ble det bemannet opp ved å ta inn ekstravakter, eller ved at egne ansatte jobbet merarbeid eller overtid. Dette er i tråd med de pliktene som ligger i lovverket, hvor plikt til forsvarlig helsehjelp også handler om å sikre tilstrekkelig bemanning (Helsepersonelloven, 2013kap 3). Enhetslederne jeg intervjuet var opptatt av at forsvarligheten og kvaliteten på pasientbehandlingen ble ivaretatt når de planla bemanningen.

Ved å øke bemanningen når pasientantallet var høyt og pasienttyngden var stor, viser enhetslederne tydelig sitt faglige ansvar som er å ivareta effektiv og forsvarlig bruk av ansatte, og gi en forsvarlig pasient behandling. Hvilke konsekvenser dette har til økonomien og de ansatte vil bli drøftet senere.

Mine funn viser at alle enhetslederne hadde utarbeidet turnusplaner som sa noe om antall ansatte tilstede pr vakt. Den var utarbeidet med utgangspunkt i budsjetterte stillinger ved sengeposten. Dette er i tråd med de føringene som ligger i arbeidsmiljøloven og de avtalene som er inngått med arbeidstakerorganisasjonene og enhetslederens juridiske ansvar (NSF, 2005). Turnusplanen sier noe om hvor mange ansatte det i utgangspunktet skal være på dagvakt, kveldsvakt og nattevakt, utfra hva som er i budsjettammen. Men som jeg har redegjort for tidligere så var det den faktiske pasienttyngden og pasientantallet som ble tatt hensyn til av enhetslederne. Det var behov for å øke utover den planlagte turnusplanen når pasientantallet og pleietyngden tilsa dette.

Enhetslederne for sengepostene som hadde stor andel av øyeblikkelig hjelp pasienter, planla en ganske lik bemanning i turnusplanen gjennom uken. Det vil si at det planlagte antall ansatte på dagvakt gjennom uken varierte lite, det samme gjaldt kveldsvaktene og nattevaktene. Dette er i tråd med de føringene som ligger i spesialisthelsetjenesteloven § 3.1, hvor det presiseres hvilke ansvaret for øyeblikkelig hjelp som sykehusene har. Sengepostene som har en stor andel av øyeblikkelig hjelp planlegger dette i turnusplanen.

Noe reduksjon i antall ansatte i helgene ble planlagt, men ofte var det like mange pasienter i helgene, som midt i uken. Behovet for å ta inn ekstra bemanning i helgene var stort for å opprettholde forsvarlig drift. Sengepostene hvor de fleste pasienten kom inn som planlagte innleggelse hadde noe mer variasjon på antall ansatte i turnusplanen utover i uken. I sin turnusplanlegging tok enhetslederen hensyn til hvor mange planlagte inngrep det var pr dag, hvilke dager det var flest operasjoner og forventet liggetid. Ut fra dette regnet enhetslederne ut behovet for ansatte på de ulike dagene. På denne måten kunne de planlegge i turnusplanen med f.eks. færre ansatte på vakt mandag, og en gradvis økning utover i uken, og redusere mot helg. Mange av faktorene som NOU 1975:48 rapporten viste til: *pasientens pleiebehov, medisinsk behandlingsnivå, gjennomsnittlig liggetid, øyeblikkelig hjelp, og antall senger*, i tillegg til budsjettet, var blitt brukt for å utarbeide disse turnusplanene. Så selv om utarbeidelsen av denne rapporten ble gjort for en del år siden, er det mange av de samme faktorene som benyttes i planleggingen i dag (NOU 1975: 48). Det som er den største endringen slik jeg ser det, er behovet for antall ansatte pr pasient, og kompetansen til de som er til stede på de ulike vaktene. Pasientene som ligger inne på sykehus i dag krever en helt annen sykepleierfaglig oppfølging, en for snart 40 år siden (Helsedirektoratet, 2012). Ledere og ansatte har helt andre krav, plikter og rettigheter å forholde seg til i dag. Dette påvirker hvilke spillerom dagens enhetsledere har når de planlegger bemanningen.

Det er av stor betydning hvilke kompetanse de ansatte har for å sikre pasientens behov for sykepleie og helsehjelp av høy kvalitet, dette bekrefter også forskningen (Aiken et al., 2014; Lang et al., 2004). Et av spørsmålene mine til enhetslederen gikk ut på at de skulle beskrive sammensetningen av kompetansen ved deres enheter. Alle informantene hadde god oversikt over kompetansenivået til sine ansatte, og de var også tydelige på at de tok hensyn til kompetansen når de planla bemanningen. Det var ikke bare forhold som antall pasienter og pleietyngden som ble vektlagt i bemanningsplanleggingen. Det ble gjort vurderinger ut fra hvilke kompetansenivå de på vakt hadde, og om det var behov for å øke bemanningen på bakgrunn av dette. De enhetslederne som beskrev en hverdag hvor mange av de ansatte var noviser, få kompetente og erfarne, gav klart uttrykk for at det hadde betydning for planleggingen av bemanningen (Benner, 1995). Det påvirket også i hvilken grad enhetslederen må være støttende og styrende i sin lederstil for å ha en faglig forsvarlig drift av sengeposten (Thompson, 2011). Dette gjaldt hvilke oppgaver de ansatte kunne tildeles, samt hvor mange ansatte de må ha på de ulike vaktene for å gi forsvarlig pasientoppfølging.

En novise har ikke forutsetninger for å håndtere mange arbeidsoppgaver på en gang, hun trenger hjelp til å prioritere (Benner, 1995, s. 35-40). Er mange av sykepleierne noviser, er det ofte slik at man har behov for flere ansatte på jobb. Da vil de som er tilstede på jobb få ansvaret for færre pasienter, og vil mestre situasjonen bedre. I eksemplet fra tilsynssaken på nyfødt intensivavdelingen, var dette et av de punktene som ble kritisert, nettopp den at novisene fikk ett for stort ansvar for tidlig. Hele opplæringsplanen var ikke gjennomgått før de fikk ansvaret for svært syke barn (Naustvik, 10.01.2014). Enhetslederene jeg intervjuet var tydelige på at de kompetente og erfarne må ta ansvar for oppgaver som f.eks. legevisitt, mottak av nye pasienter som stiller større krav om erfaring. Ved sykehus i dag krever de inneliggende pasientene mer spesialisert medisinsk oppfølging, dette gir også en utfordring for de sengepostene som har hjelpepleiere som en del av ansattgruppen. Mange av hjelpepleierne ved sengepostene har arbeidet der i mange år, og er svært dyktige på sine områder. Men utviklingen i samfunnet er at pasienten som er inneliggende ved sykehus krever mer direkte spesialisert oppfølging (Helsedirektoratet, 2012).

Forskning som jeg har vist til tidligere viser hvor viktig rett kompetanse er for å gi best mulig oppfølgingen av pasientene (Aiken et al., 2014). Dette er ett dilemma, og ett vanskelig tema flere av enhetslederene kom inn på. Av og til må bemanningen styrkes på bakgrunn av at man trenger sykepleiere for å utføre rene sykepleiefaglige oppgaver, dette er oppgaver som en hjelpepleier ikke har rett kompetanse til å utføre. Jeg går ikke nærmere inn på dette funnet, men det kom tydelig frem at dette er ett vanskelig tema. Men funnene i denne studien bekrefter at rett kompetanse er ett av forholdene som tas hensyn til av enhetslederene i planleggingen av bemanningen.

Sammensetningen av ulike personligheter spiller også inn på bemanningsplanleggingen. Dette handler om hvordan samarbeidet er mellom ansatte og hvilken arbeidskapasitet de ulike ansatte har. Her er det viktig at enhetslederen er bevisst både sitt etiske ansvar, om å ha respekt og være lojal, men samtidig sitt faglige ansvar som er å sikre forsvarlig og effektiv sykepleie for pasientene (NSF, 2005). Det er viktig å være bevisst på dette når man rekrutterer, målet må være å få til en mest mulig dynamisk tilpasning mellom de ansatte og mellom de ansatte og leder (Nordhaug, 2002, s. 69-71). Er det situasjoner som ikke fungerer benyttes en mer styrende lederstil av enhetslederene. Det handler om hvilke arbeidsteam man setter sammen på de ulike vaktene for å sikre seg en effektiv og forsvarlig drift (Thompson, 2011).

Dyktige sykepleierstudenter som har praksis ved sengepostene blir ofte rekruttert for å jobbe som ekstravakter. Når de er ferdig utdannet sykepleiere, og det er ledige stillinger stiller de med sterke kort i en ansettelsesprosess. Da får enhetslederen en ansatt som de allerede kjenner, og som har kunnskaper om de gjeldene rutineene ved sengeposten. Enhetslederen har også fått kartlagt kompetansenivå slik at dette kan tilrettelegges i opplæringen. Opplæring av nyansatte og studenter hadde alle enhetslederne planer for, dette er i tråd med paragraf 3-10 i spesialisthelsetjenesteloven. Opplæringsplan for de ansatte er påkrevd for at arbeidet skal bli utført forsvarlig. For å styrke kompetansen er dette helt avgjørende. Det er enhetslederen sitt ansvar å ha system og planer for opplæring. Ofte gjøres dette i samarbeid med fagsykepleier. Det var ikke alle enhetslederne som hadde egen stillinger til fagsykepleier, kommer mer inn på dette senere. Ved å utarbeide slike planer viser enhetslederen at de er beviste sitt juridiske og faglige ansvar (NSF, 2005). Hvilke faglige kompetanse nivå de ansatte har, er også viktig i forhold til hvor styrende og støttende lederstil enhetslederne kan ha over for den ansatte, som jeg har nevnt tidligere.

## **5.2 Ressursbruk**

### *Pålegg om å prøve å holde deg innenfor budsjettet (I6)*

Enhetslederne jeg intervjuet var alle involvert i budsjettprosessen, men det varierte hvor delaktig de var i selve oppsettet av budsjettet. Budsjettet er den styrende faktor når de utarbeider turnusplanen, dette var alle veldig tydelige på. Flere av sengepostene har vært igjennom endringer de siste årene som har fått konsekvenser for de økonomiske rammene enhetslederen må forholde seg til. Ekstravakter, overtid og bruk av innleide vikarer er store kostnader for sykehusene i dag. Overtid og ekstravakter blir benyttet alle enhetslederne, for å styrke bemanningen i forhold til å ha nok ansatte, rett kompetanse og for å erstatte ved sykefravær. Men det var flere av sengepostene som ikke benyttet seg av innleide vikarer fra byrå. Alle enhetslederne opplevde støtte fra sin nærmeste leder dersom det var behov for å overskride budsjettet for å styrke bemanningen.

### **5.2.1 Budsjettarbeidet**

Alle enhetslederne deltar i budsjettarbeidet. Noen setter opp sitt eget budsjett, mens andre får anledning til å komme med innspill om sparetiltak, og områder det er behov for å øke i den økonomiske rammen. Men enhetslederen opplever i varierende grad å bli hørt, dette beskrives god av en av informantene:

Sånn som det har vært det siste året så synes jeg ikke det har vært balanse mellom oppgaver og ressurser, det har vi merket godt. Det er slitsomt for personalet og jeg vil ikke at det skal gå utover pasientenes trygghet, og det skal ikke gå utover kvaliteten, så det betyr jo at jeg har gått utover min økonomiske ramme (I5).

Noen av enhetslederne beskriver en hverdag hvor de opplever at de overordnede beslutningene som er tatt, gir ett for stramt budsjett. De har få muligheter til å følge rammene i budsjettet, uten at det vil få konsekvenser for det de definerer som faglig forsvarlig drift. Enhetslederne er tydelige på at de er bevist sitt økonomiske ansvar. Men det som veier tyngst når de må prioritere, er det faglige ansvar de har for pasientene, og de arbeidsmiljømessige forholdene til de ansatte. Er det behov for å bemanne opp utfra faglige hensyn så gjøres dette, selv om det fører til at de overskrider budsjettet sitt.

Men er situasjonen slik at det er få pasienter og lettere pasienttyngde, så lar de være å dekke opp en vakt hvis en ansatt ringer å gir beskjed om at han er syk på dagvakten. Slike avveininger gjøres hele tiden som følgende utsagn beskriver:

Vurderer om vi kan klare oss uten, vi har jo hele tiden fokus på det, har det i bakhodet hele tiden, vi skal spare penger (I3).

### **5.2.2 Bemanningsplanen**

Alle enhetslederne har utarbeidet turnusplaner for de ansatte med utgangspunkt i budsjettammen. Utfordringen noen av enhetslederne beskriver er at turnusplanen de planlegger, har for lav bemanning i forhold til antall pasienter og tyngden på pasientene ved sengeposten de har ansvaret for. Men som utsagnet beskriver så er utfordringen den å bli hørt:

Formidle videre opp i systemet at rammen til bemanningen her er for små slik det er nå. Men jeg har jo ikke fått noe gehør for det, så det betyr at jeg rett og slett bare måtte ta en sjanse selv. Men jeg tenker hva som er viktigst for meg, jeg står som fagansvarlig her og jeg er økonomisk ansvarlig. Det er klart at jeg har ikke sløst med noen vakter, men når jeg kjenner at jeg faglig sett må ha det, og for pasientens del og for å bevare arbeidsmiljøet så har jeg oppbemannet (I5).

De sengeposten som beskriver en hverdag med flest planlagte innleggelser har en større variasjon i turnusplanen sin, spesielt på dagtid. De planlegger turnusen i forhold til antall planlagte operasjoner pr dag og hvor langt pasienten har kommet i pasientforløpet. Helgene er en utfordring i forhold til at de fleste sykepleierne jobber kun 3 hver helg. De sengepostene med flest planlagte innleggelser har mulighet for å redusere sengene på helg: *Vi kan redusere sengeantallet på helgene, som gjør at vi har en god sykepleie dekning på helg (I7)*. De kan planlegge med en lavere bemanningen slik at det er få huller å dekke opp for å ivareta de pasientene som fremdeles er inneliggende. De enhetslederne med ansvar for sengeposter med større andel øyeblikkelig hjelp pasienter beskriver en annen virkelighet:

Enkelte helger kan vi ha det stappfullt, vi kan ha det like fullt på helg som midt i uka, men noen helger er det roligere på helg. Så det er utrolig vanskelig å forutsi og planlegge, kommer alt an på øyeblikkelig hjelp inn (I6).

For å imøtekomme behovet for ansatte på helg, benyttes det sykepleierstudenter som man har inngått faste helgevakter med, ansatte i reduserte stillinger, vikar byrå og overtid.

Fagsykepleiere og assisterende enhetsledere, som på ukedager har støttefunksjoner opp mot enhetsleder, jobber helgevakter og inngår da i den vanlige turnusplanen.

### **5.2.3 Sykefravær**

Sykefravær påvirker bemanningsplanleggingen på flere måter. Enhetslederne som beskriver at i deres turnusplan er det for få ansatte pr vakt, har en stor utfordring dersom det oppstår akutt sykdom. De har ingen buffer å sette inn når det tidlig på morgenen ringer inn en ansatt og melder seg syk. Beskrives slik: *Når det er korttidsfravær, da skjer det. Hvis man er i plan med 8 på tidlig vakta, og noen ringer seg syk, da er man nede på 7 (I6)*. Bufferen ved denne sengeposten er enhetslederen selv. Men når hun deltar i pleien er det ingen som overtar hennes oppgaver. Noen av de andre sengepostene hadde egne fagsykepleiere og assisterende enhetsleder som av og til deltok i pleien når det oppstod slike situasjoner.



De enhetslederne som hadde en mer robust turnusplan, dvs en bemanning hvor antall ansatte de hadde til disposisjon var over det de hadde vurdert som ett absolutt minimum. Disse sengepostene tålte i større grad korttidsfravær, de trengte ikke å dekke opp hver vakt ved sykdom, og belastningen på de andre ansatte ble ikke for stor selv om de ikke gjorde dette.

Vi er jo så heldige at vi er i den situasjonen vi er i nå, at vi har litt å spille på, vi har en god turnusplan (I3).

Alle enhetslederne hadde erfaring med å måtte tilrettelegge for sykemeldte. Men det varierte hvilke tilretteleggingsmuligheter de hadde og hvor mange de totalt hadde mulighet til å tilrettelegge for: *Det spørres på antallet du må tilrettelegge for, vi har satt en grense på 10%* (I1). Antallet ansatte hver sengepost har kapasitet til å tilrettelegge for, henger sammen med hva man har av andre arbeidsoppgaver å tilby, og hvor robust turnusplanen er i utgangspunktet. De sengepostene som beskriver at de nesten hele tiden må styrke bemanningen utover turnusplanen har liten kapasitet til å tilrettelegge for mange ansatte samtidig. En av utfordringene er at gravide ikke ønsker å gå nattevakter. På nattevakter må alle sengepostene jeg intervjuet erstatte den ansatte dersom det blir sykdom ol. De kan aldri være færre på nattvakt enn det er planlagt i turnusplanen. Noen av sengepostene hadde organisert mottak av nye pasienter som en poliklinisk virksomhet, dette var ett egnet sted for å tilrettelegge for gravide. Enhetslederne hadde også fokus på å få inn en vikar når man så at sykefraværet kunne bli langvarig. På denne måten slapp de å gå lenge med færre folk i den planlagte turnusplanen.

#### **5.2.4 Drøfting**

##### **Hvordan påvirker de økonomiske rammebetingelsene planleggingen av bemanningen?**

Dersom helsepersonell vurderer at den økonomiske rammen innebærer at man vil komme under den rettslige forsvarlighetsgrensen har man som helsepersonell mulighet til å overskride denne (Molven, 2009b). Alle enhetslederne jeg intervjuet var tydelige på at forsvarlig pasientbehandling ble vektlagt mer enn å være i økonomiske balanse. Men en slik tydelig prioritering oppfatter jeg at enhetslederen har tatt ett bevist verdivalg, hvor de vektlegger faglig forsvarlighet foran økonomisk balanse. De viser også et tydelig faglig og juridisk ansvar, og at det er God praksis på kvalitetslinjen (figur 2, s. 29) som er målet (NSF, 2005). Dette kom også til uttrykk når de økte bemanningen utover turnusplanen utfra vurderinger som økt pasienttyngde, høyt antall pasienter, og for lav kompetanse.

Ved å ta hensyn til disse forholdene så opplever jeg at enhetslederne forsøker å få til en jevnest mulig balanse mellom oppgaver og ressurser. Men dette er en utfordring flere ledere i sykehus har, det viser tilsynsrapporten, God Vakt (2008) fra arbeidstilsynet, som i 2006 og 2008 gjorde tilsyn ved norske sykehus. Det konkluderes med i disse rapportene at det fra de ansatte meldes om en ubalanse mellom oppgaver og ressurser (Arbeidstilsynet, 2008).

Utgangspunktene for de økonomiske rammebetingelsene er ulike hos de enhetslederne jeg intervjuet. Denne ulikheten kom til uttrykk når de beskrev utfordringene sine ved bemanningsplanleggingen. Det var noen av enhetslederne som beskrev en hverdag hvor de neste daglig hadde behov for å øke bemanningen utover det som lå i turnusplanen. Det ble vist til at det var gjort kutt i budsjettet og kutt i antall senger ved sengepostene, slik at de måtte redusere stillinger. Disse kuttene kom på bakgrunn av at sykehusene måtte redusere kostnadene, ikke på grunn av at enhetslederen hadde overskredet budsjettene sine. Kostnadene til personal er en stor utgiftspost for sykehusene, og reduseres antall stillinger kuttes en del kostnader. Men situasjonen som enhetslederen beskrev, var at det var like mange inneliggende pasienter som før de økonomiske kuttene. Det var ikke gjort vesentlige endringer for å redusere pasientantallet. Den bemanningen som da lå til grunn i turnusplanen, samsvarte ikke med det faktiske behovet. Utgangspunktet for enhetslederen i den daglige bemanningen var at hun måtte øke utover turnusplanen i forhold til ordinær drift nærmest kontinuerlig. Kom det inn pasienter med stor pasienttyngde ville dette komme i tillegg. Det sier seg selv at en slik situasjon er krevende for de ansatte som svært ofte må jobbe ekstra og for enhetslederne som har ansvaret.

I studien «Hverdagsbeskrivelser ved Norske sykehus» ble sykepleiere ved både private, universitetssykehus og øvrige sykehus spurt. Tendensen var at sykepleiere ved de private hadde gitt mest positive skår og sykepleiere ved øvrige sykehus jevnt over har gitt lavest skår. Utsagnene der det er størst forskjeller mellom sykehusene, er i forhold til bemanning (Sjetne, 2011). Mine funn sammenfaller med dette, selv om jeg har for få informanter til å generaliserer. De enhetslederne som jobbet ved ett mindre/øvrig sykehus, hadde en større utfordring i forhold til om budsjettet og antall stillinger samsvarte med det de beskrev som behov.

Det skjer en utviklingen i medisin som medfører flere kompliserte problemstillinger hos pasientene som er inneliggende (Helsedirektoratet, 2012).

De mindre pleietrengende pasientene som tidligere lå i sengepostene, følges nå opp poliklinisk og dagkirurgisk. De inneliggende pasientene krever i dag mer sykepleiefaglig oppfølging, enn for bare noen år siden. God Vakt rapporten fra arbeidstilsynet bekrefter at det har skjedd en endring ved norske sykehus bare fra 2006 til 2008. I rapporten meldes det fra om at man som ansatt ved sykehusene oftere står i en ubalanse mellom de oppgavene som må løses og tilgjengeligheten på ressursene (Arbeidstilsynet, 2008). Funnene mine er at enhetslederne jeg intervjuet strekker seg langt for å unngå at de ansatte opplever en slik ubalanse, dette har jeg beskrevet tidligere. De bruker mye tid både på å innhente informasjon om pasienttyngden og bruker mye tid på å ringe etter ekstravakter. Men det er vanskelig for enhetslederne å forutse akutte situasjoner som sykdom hos egne ansatte. Pasienter blir akutt syke på sengeposten og det kommer mange øyeblikkelig hjelp pasienter. De ansatte som er på jobb i slike situasjoner må kunne gjøre prioriteringer slik at de mest nødvendige arbeidsoppgavene blir utført. Som tidligere nevnt har erfarne sykepleier fått delegert lederansvar fra enhetsleder, for å gjøre vurderinger, og sette i gang tiltak når dette er nødvendig. Når det blir for lite sykepleie ressurser i forhold til de oppgavene som må utføres ved en sengepost, er det en økt risiko for pasientdødelighet, som forskningen viser til (Aiken et al., 2014). Dersom enhetslederen over lengre perioder må benytte seg av overtid og merarbeid fra sine egne ansatte, øker dette arbeidsbelastningen på de ansatte, og man risikerer økt turnover (Aiken et al., 2002). Mange av de ansatte som jobber ekstra skal ha overtidsbetalt, slik at kostnadene til personal blir enda høyere. Som jeg selv har erfaring med, og som også flere av enhetslederne fortalte så var det lettere å gå i økonomisk balanse dersom man i turnusplanen kunne ha noe å «gå på». Med det menes at det er en fordel å ha noen flere stillinger enn akkurat minimum, slik at man ved enkelte vakter har buffer utover minimum bemanning. Det er ikke gunstig og være i den situasjonen at man hele tiden må øke bemanningen utover det man har stillinger til.

I spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 beskrives hvilke ansvar sykehusene har for å sørge for at ansatte gis opplæring, som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. For at enhetslederen skal følge opp dette kravet, er man avhengig av å ta ut ansatte fra den vanlige turnusen, og sende dem på kompetansehevede kurs (Helsedirektoratet, 2013). Dekker turnusplanen kun minimumsbemanning, må man leie inn ekstravakter i slike situasjoner. I retningslinjen for bemanningsnorm ved OUS har man forsøkt å ta høyde for dette, ved å legge på 20% indirekte pleie på sum årsverk.

Dette skulle dekke ledelse, drift, tid til faglig fordypning og utvikling, samt veiledning av studenter (Oslo universitetssykehus, 2011). Jeg vil ikke vurdere om det er nok med 20%, men poenget er at i ett budsjett må det tas høyde for at det skal være mulighet for fagutvikling for de ansatte. Utfra de pliktene og kravene som ligger til spesialisthelsetjenesten ved for eksempel spesialisthelsetjenesteloven § 3-10, så bør det settes av ressurser som kan planlegges inn i turnusplanen til faglig utvikling. Sykehuset har et selvstendig ansvar for å legge forholdene til rette blant annet ved permisjon og økonomisk støtte til f.eks. kurs og konferanser. Dette står spesifisert i Rundskriv IS-5/2013 om spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer (Helsedirektoratet, 2013).

Selve budsjettprosessen var alle enhetslederne delaktige i, og de opplevde å bli hørt av sin nærmeste leder, selv om de hadde ulike erfaringer med å få gjennom forslagene sine til ledernivået over sin nærmeste leder. Enhetslederens administrative ansvarsområde er av stor betydning i budsjettprosessen. De må våge å si ifra og vise til konsekvenser, kunne gjennomføre endringer og ta vanskelige beslutninger (NSF, 2005, s. 7). Alle samarbeidet med tillitsvalgte og verneombudet i denne prosessen. Noen av enhetslederne satte opp sitt eget budsjett i detalj, mens andre kom med innspill, og det var ledernivået over som forhandlet videre. Vurderte enhetslederne at det var behov for å øke stillinger, argumenterte de med endringer i antall pasienter, pleietyngden og endring i oppgaver som sengepostene måtte ta ansvar for.

Noen andre forhold som enhetslederne beskrev som de måtte ta hensyn til, var når det komme en telefon på morgenen og en av de ansatte melder seg syk på dagvakt. Da er det få muligheter å få erstatte den ansatte med vikar eller ekstravakt.

Er det da en tøff periode på sengeposten, med høyt pasient antall og høy pasienttyngde, kan man komme i situasjonen hvor det blir ubalanse mellom ressurser og oppgaver. Noen av enhetslederne har støttefunksjoner som fagsykepleier og assisterende enhetsleder, som i utgangspunktet ikke inngår i den daglige bemanningen opp mot pasientene. Disse personene blir brukt som buffer i slike situasjoner. Enhetslederne som ikke har samme type støttefunksjoner brukte seg selv som buffer. De enhetslederne som hadde en turnusplan som ikke var helt nede på en minimumsbemanning, hadde større mulighet til å unngå å komme i ubalanse i forhold til oppgaver og ressurser ved akutt sykdom. Derimot de enhetslederne som hadde en turnusplan hvor bemanningen lå på minimumsnivå, hadde større risiko for å komme i ubalanse, eller under nivået God praksis, (figur 2, s. 29).

Enhetslederen må i situasjoner med lav bemanning benytte seg av ulike lederstiler. Er det mange ansatte med lav kompetanse må disse hjelpes til å prioritere oppgavene. Instruerende og Coachende lederstil er hensiktsmessig å benytte seg av. Lederen fastsetter arbeidsmål, planlegger i detalj hvordan arbeidet skal utføres og tar avgjørelser, er i dialog og forklarer beslutningene. På denne måten får man gjort de mest nødvendige oppgavene (Thompson, 2011).

Når det oppstår sykdom og det er en roligere periode på sengepostene blir ikke den syke erstattet så lenge enhetslederen vurderer at pleien som utøves likevel er innenfor forsvarlighetsgrensen. I dette funnet viser enhetslederne sitt juridiske ansvar i forhold til økonomisk styring, men også sitt etiske ansvar med forvaltningen av samfunnets penger (Helsepersonelloven, 2013; NSF, 2005). Ved langtidssykdom kan det også være behov for å tilrettelegge for den sykemeldte. Dette er innenfor det juridiske ansvarsområde til enhetslederen. Inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) er å forebygge og redusere sykefraværet, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet. Man skal også hindre utstøting og frafall, og gi plass til alle som kan og vil arbeide (Arbeidstilsynet, 2011). Alle enhetslederne jeg intervjuet var kjent med dette ansvaret og hadde selv erfaringer med å tilrettelegge for ansatte. Funnene mine viser at mulighetene for å tilrettelegge er avhengig av hvor robust turnusplanen er, og hvilke alternative oppgaver som finnes. Mange av de ansatte ved sengepostene er kvinner, så graviditet er en vanlig årsak for å måtte tilrettelegge. Enhetslederen gav uttrykk for at svært tidlig i svangerskapet ønsket de ansatte seg bort fra netter. Når det var fravær på nattevakter, måtte dette alltid erstattes for å opprettholde forsvarlig drift. Dette får økonomiske konsekvenser, men samtidig har man krav på seg for å tilrettelegge. Enkelte polikliniske oppgaver ble ofte brukt som ett tilretteleggings alternativ. Enhetslederne gav uttrykk for at det var en øvre grense for hvor mange ansatte de kunne ha på tilrettelegging.

Det var sjelden at en gravid ansatt jobbet frem til hun skulle ut i permisjon. Alle enhetslederne var bevisst på å ansette vikar tidligere en permisjonstart for den gravide. Dette var tilfelle også ved andre langtidssykefravær. Da fikk man til en overlapping, og man unngikk å gå lenge med ledig stillinger. Ledigstilling ville bety huller i turnusplanen, økt belastning for de ansatte som er igjen, og økte kostnader på grunn av økt innleie av ekstravakter. Enhetslederne sine vurderinger er i tråd med den plikt man har i forhold til Helsepersonelloven § 6 *Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.* Sykehusene forvalter store pengeverdier og det er krav om å ha kontroll over økonomien.

Funnene mine viser at enhetslederne har ett fokus på de økonomiske ramme de er tildelt, men i vurderingene de gjør så vektlegges faglig forsvarlig drift før økonomisk balanse.

### **5.3 Organisering av virksomheten**

*Ikke bare si at vi trenger flere folk, men også se på måten vi jobber på (I8)*

Sengepostene jeg gjorde intervjuene ved hadde alle opplevd endringer de siste årene som påvirket organiseringen av virksomheten. De viktigste funnen gikk ut på endret drift både i forhold til øyeblikkelig hjelp pasienter, og planlagte innleggelser. Det var overordnede beslutninger på helseforetaksnivå, som hadde førte til endringer i pasientgrunnet ved flere av de ulike sengepostene. Organiseringen av sykepleietjenesten varierte, samt hvilke støttefunksjoner og fysiske forhold sengepostene hadde. Flere av enhetslederne trakk frem at de ansatte ved sengeposten deres måtte overta flere oppgaver som tidligere var ivaretatt av andre servicemedarbeidere. Dette får innvirkning på bemanningen ved sengepostene. Vil presentere funnene ved å beskrive nærmere organiseringen av sykepleietjenesten, endringer i virksomheten og hvordan støttefunksjoner og de fysiske forholdene påvirker bemanningen.

#### **5.3.1 Organisering av sykepleietjenesten**

Sengepostene organiserte sykepleietjenesten på ulike måter. Enkelte av sengepostene hadde primærsykepleie, hvor hver sykepleieren hadde total ansvaret for 2-4 pasienter, og de jobbet ofte i team med en annen sykepleier/hjelpepleier. De andre sengeposten hadde fordelt sykepleierne i grupper, hvor 1 sykepleier fra hver gruppe var teamleder og ansvarlig for bla legevisitten til ca. 8-9 pasienter. De andre sykepleierne/hjelpepleierne i gruppen hadde ansvaret for den direkte pleien av pasientene.

Når enhetslederen planla bemanningen var de avhengige av at det var erfarne sykepleier som kunne være teamleder. Dette beskrev en av enhetslederne slik: *Noen av de nye sykepleierne kan nesten sidestilles med hjelpepleiere, det er så mange funksjoner de ikke kan gå inn i som bla teamleder (I2)*. Teamlederne har ett stort ansvar, følger opp og utarbeider behandlingsplanene til pasientene sammen med legene, alt administrasjonsarbeidet rundt utskrivning osv. Dette er de sykepleierne enhetslederne har dialog med i forbindelse med bemanningsplanleggingen, som jeg har vært inne på tidligere.

Sykepleierne er også organisert i forhold til ulike pasientdiagnosegrupper. Men når det er behov for å øke bemanningen ved en annen gruppe, må de ansatte bytte.

Årsaken til dette beskrives slik: *Er det skjev fordeling i forhold til belegget eller i forhold til pleietyngden så må man regne med at man må over til en annen gruppe (I8).* Dette var ett område som flere av enhetslederne hadde jobbet aktivt med personalgruppen sin, det å skape en fleksibel ansatt gruppe. Flere var tydelige på at fleksibel ansattgruppe gjør bemanningsplanleggingen lettere.

### **5.3.2 Endringer i virksomheten**

Enhetslederne beskriver en endring i pasientgruppen de siste årene som har innvirket på hvordan den daglige bemanningen kan planlegges. Mange av disse endringen er påvirket av overordnede beslutninger fra helseforetakene. Det handler både om type pasienter som blir innlagt ved sengepostene og samarbeidene avdelinger. Noen av sengepostene har endret på rutinene for hvordan de tar imot øyeblikkelig hjelp pasientene. Disse pasientene kommer mye tidligere til sengepostene, det var nødvendig å ha egne mottaksrom med egne mottakssykepleiere til disse pasientene. Denne endringen oppleves som viktige for å få en effektiv pasientflyt, og den blir også styrende for planleggingen av bemanningen. Sykepleierne som har ansvaret for denne driften må være erfarne og ha høy kompetanse. Det som beskrives av enhetslederne, er at de erfarne sykepleierne må ta dette ansvaret på lik linje som teamleder ansvaret. De bruker veldig mye tid på administrative oppgaver, mindre tid til å være gode rollemodellene for nye sykepleiere hos pasientene i direkte stell.

De får ikke være ute hos pasientene lenger, de har mer adm arbeid, de er jo der for å være ute hos pas, det har konsekvenser både for de nyansatte og de erfarne (I2).

### **5.3.3 Støttefunksjoner**

Det er ulikt fra sengepost til sengepost hvor mye støtte funksjoner de har tilknyttet sengepostene. De siste årene oppleves det også at flere oppgaver flyttes til sengepostene. En av informantene kom med følgende utsagn:

Det er flere og flere funksjoner som blir lagt ned på sengeposten, bare det å kjøre mors, tidligere var det portørene som gjorde det. Nå er det meningen at det skal være med en person fra sengeposten, så du kan si at det er flere og flere sånne funksjoner som blir lagt ned på sengeposten (I4).

Slike endringer skjer uten at enhetslederne opplever at det tillegges økonomiske midler for å styrke bemanningen ved sengeposten.

Det blir da nye forhold som enhetslederen må ta med i sin vurdering i planleggingen av antall ansatte på vakt. Tilrettelegging av måltidene og skylling av oppvask er ett eksempel. Noen av sengepostene har støtte til dette på dagtid fra andre avdelinger, dette kommer i tillegg til den vanlige bemanningen. Andre sengeposter må beregne disse arbeidsoppgaven i den vanlige bemanningen. Andre støtte funksjoner er portører, blodprøveservice, bestillinger, fylle på lager som i ulik grad blir lagt til sengepostene. Det er svært varierende hvor mye støttefunksjoner en enhetsleder har. Noen av enhetslederne var i stor grad blitt fratatt slike funksjoner de siste årene. En av enhetslederne beskrev det med følgende utsagn: *På papiret ble alle fagutviklingsdager tatt vekk, så egentlig så står jeg alene (16).*

### **5.3.4 Drøfting**

#### **Er det organisasjonsmessige forhold som påvirker planleggingen av bemanningen?**

I helsepersonelloven kapittel 3 §16 stilles det krav til at virksomheten skal organiseres slik at de ansatte blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Dette innebærer at enhetsleder skal legge til rette for at de ansatte kan utføre arbeidet på en forsvarlig måte. Sørge for at det etableres klare oppgaver og ansvarsfordeling ved sengeposten. Sengepostene har ansvar for å ta imot pasienter som kommer ved en planlagt innleggelse eller som øyeblikkelig hjelp (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Noen av funnene jeg gjorde var at mottak av nye pasienter både ved øyeblikkelig hjelp og planlagte innleggelser ble i stor grad utført av erfarne sykepleiere. Det samme gjaldt teamlederfunksjonen hvor arbeidsoppgaven var mer administrative. Dette var forhold som enhetslederne vektla i planleggingen av den daglige bemanningen, og som gav noen utfordringer. De enhetslederne som hadde mange noviser og nybegynnere erfarte at det kunne være for få erfarne og eksperter i den daglige pleiesituasjonen. De erfarne sykepleierne med høy kompetanse og god kjennskap til sengepostens rutiner, måtte ta ansvar for mottak av nye pasienter, og ha teamlederfunksjonen. Dette førte til at i den direkte pleiesituasjonen på sengepostene fikk de nye sykepleierne tidlig et stort ansvar. De erfarne var mindre tilstede i den direkte pleiesituasjonen. For å imøtekomme dette hadde enhetslederne ett fokus på opplæringsrutinene, og de tilstrebet å forsterket bemanningen. Dette er i tråd med de kravene spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven stiller i forhold til opplæring og forsvarlig bemanning. Ved å ha dette fokuset vil man kunne unngå å komme i den uheldige situasjonen som ledelsen ved nyfødt intensivavdelingen jeg har referert til tidligere opplevde.



Fylkeslegen konkluderte med at avdelingen hadde brutt spesialisthelsetjenesteloven §3-10 opplæring, etterutdanning og videreutdanning. Nyansatte sykepleiere hadde ikke fått den opplæringen de hadde krav på, før de fikk et for stort ansvar for pasienter. Men med mange nyansatte på engang er dette en stor utfordring, som flere av enhetslederen jeg intervjuet kjente godt til. De erfarne sykepleierne som fikk større ansvarsområde hvor de i stor grad står alene, utøves det delegerende lederstil. Den ansatte tar beslutninger innen klart avgrensede områder, med utgangspunkt i sin kompetanse. Den ansatte har kunnskap. Er engasjert og selvstendig (Thompson, 2011, s. 46). Det blir økt press på de erfarne, de får ett stort ansvar i sengeposten når det er mange nyansatte.

Kravene i helsepersonelloven § 16, sier at det skal utarbeides prosedyrer, rutiner og dokumentasjon. Det skal sikres tilstrekkelig bemanning og kompetanse som ivaretar effektiv og forsvarlig bruk av ansatte, og gir en forsvarlig pasientbehandling. De sengepostene som var en del av mitt forskningsfelt hadde flere ulike diagnosegrupper blant de inneliggende pasientene. Pasientene var organisert i ulike grupper ved sengepostene. De ansatte hadde i stor grad tilhørighet til sin «*faste*» gruppe, men for å ivareta en effektiv bruk av de ansatte, var de ansatte også forberedt på å måtte bytte gruppe dersom bemanningsbehovet tilsa dette. Å få de ansatte til å bli fleksible opplevde jeg som ett bevist valg hos enhetslederne. For å oppnå dette er det viktig at enhetslederne viser dette med sine handlinger (Aadland, 2004, s. 198-199). Fleksible ansatte letter enhetslederne sitt arbeidet med å få på plass den daglige bemanningen. Man kan unngå å ta inn ekstravakter, og isteden bytte ansatte mellom gruppene når f.eks. pasienttyngden er ulik på de forskjellige gruppene. Men dette krever at de ansatte også får opplæring i de diagnosegruppene de til vanlig ikke har ansvaret for. Dette er i tråd med de kravene helsepersonelloven § 6, stiller i forhold til forsvarlig ressursbruk, unngå unødvendig ekstravakter, men også organisering av virksomheten. Enhetslederne ivaretar her også en fagutvikling og kompetanseøkning hos de ansatte, som er i tråd med deres juridiske og faglige lederansvaret (NSF, 2005).

Hvilke støttefunksjoner sengepostene har påvirker bemanningssituasjonen, og hvilke forhold enhetslederne vektlegger i planleggingen av bemanningen. Dette var det forskjell på mellom sykehusene jeg gjorde intervjuene ved. Det viste også resultatene fra studien i 2009 *Hverdags beskrivelser fra sykehus*. Det ble blant annet beskrevet fra sykepleierne at de organisasjonsmessige rammen for yrkesgruppen var mindre gode ved norske sykehus (Sjetne, 2011).

Enhetsledere som ikke hadde assisterende enhetsleder og fagsykepleiere som en fast del av et lederteam, beskrev en hverdag hvor mye av deres tid gikk med til å skaffe ekstravakter, og bistå sykepleierne i praktisk pasientrettet arbeid når bemanningen var lav. De beskrev en hverdag hvor det til tider var en ubalanse mellom oppgavene og ressursene. Dette viser God Vakt rapporten fra arbeidstilsynet også til, hvor førstelinjelederne ble beskrevet å ha en helsebelastende arbeidssituasjon (Arbeidstilsynet, 2008). For å finne en løsning på dette delegerte de oppgaver til erfarne sykepleiere som tok ansvaret for utarbeidelsen av internundervisning for de andre ansatte. Enkelte vakter i turnusplanen ble øremerket for å sette av tid til slikt arbeid. Ut fra mitt metodevalg har jeg ikke mulighet til å kvalitetssikre om internundervisningen utarbeidet av en fast ansatt fagsykepleier i ledergruppa til enhetslederen eller utarbeidet av en erfaren sykepleier er av ulik kvalitet. Det jeg gjorde av funn tilsier igjen at enhetslederne har ulike økonomiske forutsetninger, men at de tilstreber å ha en god kvalitet på den sykepleiefaglig oppfølgingen pasienten krever. Enhetslederne viser her sitt faglige og administrative ansvar (NSF, 2005).

Tilrettelegging av måltidene, portørtjenester, blodprøveservice, bestillinger, fylle på lager osv. er arbeidsoppgaver som må utføres i sengepostene. Noen av sengepostene har støtte til dette på dagtid fra andre avdelinger, dette kommer i tillegg til den vanlige bemanningen. Andre sengeposter må beregne disse arbeidsoppgavene i den vanlige bemanningen. Jeg velger å trekke frem disse funne, selv om 8 informantene er ett for lite antall til å kunne generalisere, Har man andre avdelinger som bidrar med dette så slipper enhetslederne å ta hensyn til dette i sin planlegging av bemanningen. Har sengeposten selv ansvaret for at dette blir utført, er dette forhold som enhetslederen vektlegger i den daglige bemanningssituasjonene.

Utviklingen ved sykehusene de siste årene har vært at en del oppgaver som andre avdelinger tidligere har hatt ansvar for blir lagt til sengepostene. Som noen av mine informanter også beskrev, måtte sykepleieren nå bruke mer tid på å kjøre pasienter til røntgen på kveldsvakten, og skylle oppvasken. Istedenfor at sykepleieren bruker denne tiden inne hos pasientene. Slike organisasjonsmessige endringer påvirker planleggingen av bemanningen for enhetslederne.

## 5.4 Oppsummering

I dette kapitlet er funn presentert med utgangspunkt i de 3 kodegruppene: forsvarlighet, ressursbruk og organisering av virksomheten (figur 3, s.43). Disse funnene og relevant teori, tidligere forskning og aktuelle styringsdokumenter, er drøftet opp imot problemstillingen og forskningsspørsmålene. Enhetslederen planlegger en forsvarlig drift av sine sengeposter ved å utarbeide turnusplaner for de ansatte med utgangspunkt i budsjettet. I planen er det satt opp et visst antall ansatte pr vakt gjennom uken. Funnen mine viser at når pasienttyngden og antall pasienter tilsier at den planlagte bemanningen ikke vil kunne utføre forsvarlig pasientbehandling, blir bemanningen styrket. Det samme blir gjort hvis enhetslederen vurderer at kompetansen eller kapasiteten til de ansatte på f.eks. kveldsvakten er for lav i forhold til behovet. Enhetslederen har også utarbeidet systemer for å gi opplæring til nyansatte for å øke deres kompetanse og sikre at de ansatte ved sengeposten utøver forsvarlig sykepleie. Enhetslederen bruker mye tid på innhente informasjon og planlegge bemanningen av sengepostene.

De økonomiske rammebetingelsene påvirker bemanningsplanleggingen til enhetslederne. Alle var involvert i budsjettarbeidet, men hadde ulike erfaringer i forhold til å få gjennomslag for sine forslag. Men når enhetslederne gjorde sine vurderinger om bemanningssituasjonen, så vektla de faglig forsvarlighet høyere en økonomisk balanse. Forutsetningen for å ha økonomisk balanse ble av enhetsledere beskrevet noe ulikt. Dette grunnet ulikt utgangspunktet i forhold til antall stillinger opp mot senger og forventet pasientantall. Alle enhetslederne uttrykker slik jeg oppfattet det, ett ønske om være på nivået God praksis på kvalitetslinjen (figur 2 s. 29). Sengepostene hvor budsjettammen ble oppfattet som for lav, måtte bruke flere ekstravakter for å komme seg opp på dette nivået. Når det var ekstra krevende pasienter måtte de ha enda flere ekstravakter. Sengepostene hvor de økonomiske rammene var mer i tråd med det forventet antall pasienter, hadde de mindre behov for å ta inn ekstravakter når de fikk akutt sykdom på dagtid.

De økte bemanningen i de periodene det var flere pasienter enn forventet, og når pleietyngden var høy. Enhetslederne var bevisst på å rekruttere tidlig når det var langtidssykdom og ansatte sluttet. Da unngikk de lange perioder med huller i turnusen, som kunne gi økte kostnader. Sykepleietjenesten ble organisert noe ulikt, men enhetslederen tok hensyn til når dette de bemannet. De viktigste funksjonene ble ivaretatt av erfarne sykepleiere. Sengeposten får tildelt flere oppgaver som tidligere ble ivaretatt av andre yrkesgrupper. Dette skaper også ekstra utfordringer i bemanningsplanleggingen for enhetslederne.

## 6 Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å få svar på om det finnes noen felles forhold, som enhetsledere ved sengeposter i somatiske sykehus tar hensyn til i den daglige bemanningsplanleggingen. Kvalitativ metode med intervju ble benyttet, og 8 enhetsledere ble intervjuet. Dataene er analysert og drøftet i lys av teoretisk referanseramme.

Hovedfunnene i min studie viser at enhetslederne ved sengepostene bruker mye tid på bemanningsplanlegging. De vektlegger faglig forsvarlighet i pasientbehandlingen, og ivaretagelse av de ansatte, som viktigere enn økonomisk balanse. Forhold som enhetslederne tar hensyn til under planleggingen av bemanningen, er det faktiske pasientantallet, pasienttyngden og kompetansenivået hos de ansatte. For å innhente informasjonen om pasientantallet og pleietyngden, oppsøker enhetslederen sykepleierne med ansvar for pasientbehandlingen. Enhetslederne deltar på previsitten, eller har faste møter med sykepleierne, og får en oversikt over antall pasienter og pleietyngde på denne måten. Når enhetslederen vurderer at det er behov for å styrke bemanningen, utfra behovet for å utøve forsvarlig pasientbehandling, gjøres dette ved å ta inn ekstravakter eller egne ansatte. Ingen av enhetslederne hadde ett verktøy som de benyttet daglig for å vurdere den faktiske pleietyngden. Vurderingen om hvor omfattende sykepleietiltak pasientene hadde behov for, ble gjort i samarbeid med erfarne sykepleiere på sengepostene.

Kompetansenivået hos de ansatte ble det tatt hensyn til under planleggingen av bemanningen. Det er av stor betydning hvilken kompetanse de ansatte har, for å sikre pasientens behov for sykepleie og helsehjelp av høy kvalitet. Enhetsledere med mange nyansatte hadde større behov for å øke bemanningen, for å kunne utøve forsvarlig pasientbehandling, enn enhetslederne med mange erfarne sykepleiere. Det er også av stor betydning at nyansatte får den opplæringen de har krav på ved ansettelse. Hvem av de ansatte som var på jobb, ble av noen enhetsledere beskrevet som noe de måtte ta hensyn til i bemanningsplanleggingen. De ulike ansatte har forskjellig arbeidskapasitet, og i en travel hverdag må dette tas hensyn til.

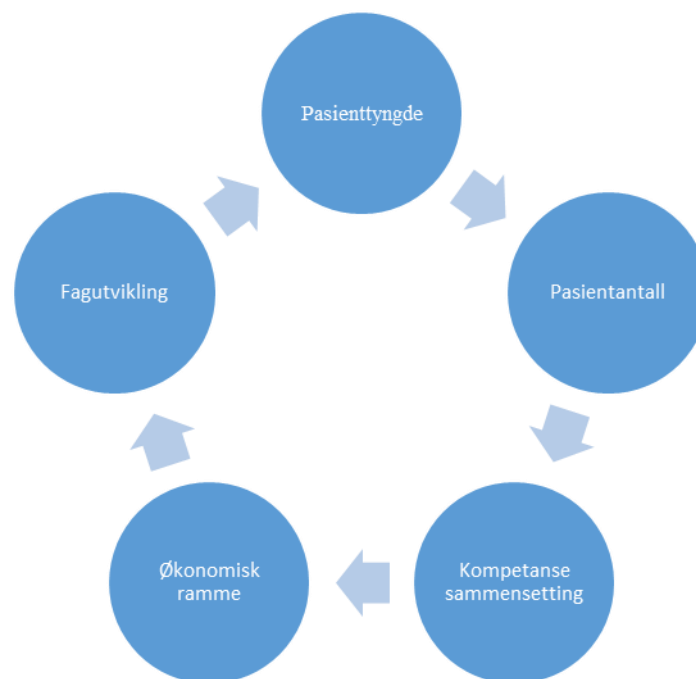
De økonomiske rammene som ligger til grunn for å utarbeide turnusplanen påvirker bemanningsplanleggingen for enhetslederne. Noen av enhetslederne beskrev en hverdag hvor de økonomisk rammene som lå til grunn i utarbeidelsen av turnusplanen var for lave. Det var ikke samsvar mellom behovet de hadde for bemanning i den daglige driften, og det som lå til grunn i turnusplanen.

For å opprettholde forsvarlig drift var de ofte avhengig av å bemanne utover turnusplanen. Forhold som det også bør tas hensyn til er hvilke lederstøtte enhetslederne har i hverdagen, og hvilke andre støttefunksjoner sengepostene har. Det var store ulikheter på disse områdene mellom de forskjellige sykehusene. Det sykehuset som hadde de største utfordringen både i forhold til de økonomiske rammene, men også støttefunksjoner til leder og sengeposten var det øvrige sykehuset. Jeg har for få informanter til å generaliserer, men mitt funn er tilsvarende som de funnene som er presentert i surveyundersøkelsen (2009):

*Hverdagsbeskrivelser i sykehus.* Disse funnene tar jeg ikke med i figuren nedenfor, da det var et lite antall av mine informanter som trakk dette frem, men for de enhetslederne som beskrev dette, hadde det stor betydning for bemanningsplanleggingen.

Enhetslederne vektla faglig forsvarlighet i pasientbehandlingen, og ivaretagelse av de ansatte, som viktigere enn økonomisk balanse. For å oppnå dette var det noen forhold som de var tydelige på at de tok hensyn til. Jeg vil oppsummere disse hovedfunnene i en figur som beskriver forholden som det bør tas hensyn til i den daglige bemanningsplanleggingen ved sengeposter i sykehus:

Figur 4: Forhold som det må tas hensyn til i bemanningsplanlegging.



## Litteraturliste

- Aadland, E. (2004). *Den truverdige leiaren*. Oslo: Samlaget.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993. Hentet fra <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195438>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., . . . Lesaffre, E. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 7. Hentet fra [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Arbeidstilsynet. (2008). *God vakt, Arbeidsmiljø på sykehus*,. oslo. Hentet fra <http://www.arbeidstilsynet.no/artikkel.html?tid=78766>
- Arbeidstilsynet. (2011). *Forebygging og oppfølging - to sider av samme sak: om forebygging av helseproblemer og oppfølging av sykefravær på arbeidsplassen*. [Trondheim]: Arbeidstilsynet.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: TANO.
- Fagerström, L., Rainio, A. K., Rauhala, A. & Nojonen, K. (2000). Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 481-490. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01277.x/abstract>
- Grimsø, R. E. & Engebretsen, E. (2000). *Personaladministrasjon: teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *I-2/2013 Lederansvaret i sykehus*. Hentet fra [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2013/rundskriv-i-2013.html?regj\\_oss=1&id=728043](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2013/rundskriv-i-2013.html?regj_oss=1&id=728043)
- Helsedirektoratet. (2012). *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten: en status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer. Rundskriv IS-5/2013*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no>
- Helsepersonelloven. (2013). *Helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven: med forskrifter : lov om helsepersonell m.v., vedtatt 2. juli 1999 nr. 64 : lov om pasient- og brukerrettigheter, vedtatt 2. juli 1999 nr. 63*. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon.
- Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år* (S. Melbye, Overs.). Oslo: Universitetsforl.
- Holter, E. (1995). *Ledelse og ledere i sykehus: administrasjon av sengeposter*. [Oslo]: TANO.
- Johannessen, A., Tufte, P. & Christoffersen, L. (2011.). *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode 4. utgave*.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyling*. Bergen: Fagbokforl.
- Lang, T. A., Hodge, M., Olson, V., Romano, P. S. & Kravitz, R. L. (2004). Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(7-8), 326-337. Hentet fra [http://scholar.google.com/scholar?q=info:PIMN9a7BtBEJ:scholar.google.com/&output=instlink&hl=no&as\\_sdt=0,5&scillfp=5757139755157948835&oi=ile](http://scholar.google.com/scholar?q=info:PIMN9a7BtBEJ:scholar.google.com/&output=instlink&hl=no&as_sdt=0,5&scillfp=5757139755157948835&oi=ile)
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.

- McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M. & Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2), 202-210. Hentet fra <http://content.healthaffairs.org/content/30/2/202.short>
- Molven, O. (2009a). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Molven, O. (2009b). Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet. *Lov og rett*, 48, 3-26. Hentet fra [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/artikler/2009/2009](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/artikler/2009/2009)
- Naustvik, S. (10.01.2014). *Nyfødtintensiv bryter loven*. Hentet 22.04.2014 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/1395734/Nyfodtintensiv-bryter-loven>
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R. & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045. Hentet fra <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa1001025>
- Nordhaug, O. (2002). *LMR: ledelse av menneskelige ressurser: målrettet personal-og kompetanseledelse*: Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- NOU 1975: 48. *Bemanning og personellnormering ved kirurgiske og medisinske sykeposter: utredningen avgitt 11. juni 1975*. Universitetsforlaget: sosialdepartementet. Hentet fra <http://books.google.no/books?id=leEAOgAACAAJ>
- NOU 1997:2. *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus : utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 29. april 1996 : avgitt til Sosial- og helsedepartementet 21. januar 1997*. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste, Statens Trykning. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- NSF Hovedtillitsvalgt OUS, M. N. M. (2011). *NSF drøftet bemanningsnorm for sengeposter*. Hentet 21.10
- NSF, N. s. (2005). *Sykepleier med lederansvar - god på fag og ledelse*. . Oslo: NSF.
- Oslo universitetssykehus. (2011). *Retningslinje bemanningsnorm for sengeposter*. Hentet 06.01.14 fra <https://www.nsf.no/.../Retningslinje%20bemanningsnorm>
- Sjetne, I. S. (2011). *Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus: resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009*. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- St.meld 16. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015*. (nr. 16 2010-2011). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- Thompson, G. (2011). *Situasjonsbestemt ledelse*. Oslo: Gyldendal.
- Tønnessen, S. (2012). Faglige forutsetninger for forsvarlighetsbegrepet - I en vurdering av om en tjenester er sykepleiefaglig forsvarlige er det avgjørende hvilke kriterier man legger til grunn. *Sykepleien Forskning 2013*; 8, 2
- Øhrn, H. I., Norum, A. & Horstad, R. O. (2007). *Arbeidstidsplanlegging: arbeidsplan og turnusordninger*. Oslo: Kommuneforl.

## **Vedlegg 1: Brev til Administrerende direktør**

Til  
Administrerende direktør

Forespørsel om å få benytte meg av dataene fra Surveyundersøkelsen i 2009, og intervju 3 enhetsledere ved deres sykehus i forbindelse med masterstudie i verdibasert ledelse, ved Diakonhjemmet høyskole.

Tema: Hvilke forhold vektlegges av enhetslederen i den daglige planleggingen av bemanningen ved sengepostene?

I forbindelse med mitt masterstudiet i verdibasert ledelse ved Diakonhjemmet Høgskole, ønsker jeg å gjøre en undersøkelse av hvilke forhold enhetslederen vektlegger i planlegging av bemanningen ved sengepostene. Jeg er selv seksjonsleder for flere sengeposter og kjenner godt til mange av de utfordringene enhetslederne opplever i dag. I studien er målet å kartlegge hvilke forhold som styrer beslutningene i planlegging av bemanningen. Det er et ønske at funnene fra studien skal bidra i utviklingen av et verktøy som kan anvendes i planlegging av bemanning. Planlegger å utføre studien i to faser.

I fase 1 ønsker jeg å analysere noen av de kvantitative data fra 3 sykehus som deltok i Surveyundersøkelsen blant sykepleiere «Hverdagsbeskrivelse fra norske sykehus» gjennomført høsten 2009. Kunnskapssenteret, som var ansvarlig for forskningsdelen i den norske undersøkelsen, vil være behjelpelige med å gi meg innsyn i de data som er aktuelle for studien. For at de skal kunne bistå meg i dette arbeidet ber jeg om tillatelse fra Administrerende direktør ved deres sykehus om å få innsyn i aktuelle data fra det respektive sykehuset.

I fase 2 ønsker jeg å benytte meg av kvalitativt semistrukturert intervjuer som metode, og ber om tillatelse til å intervju 3 enhetsledere ved somatiske døgnenheter i sykehuset deres som har ansvaret for bemanningen.

Dataene fra Surveyundersøkelsen fra 2009, ønsker jeg å kunne starte analysearbeidet med i januar 2014, og intervjuene ber jeg om å få gjennomføre i januar/februar 2014.



Studien er meldt til NSD og prosjektbeskrivelse og informasjonsskriv er sendt sammen med meldeskjema til personvernet ved deres sykehuset.

Opplysningene jeg mottar under studien vil bli behandlet strengt konfidensielt og kun benyttet i denne studien. Opplysninger som navn på ansatte, sengeposter, klinikk og sykehus hvor intervjuene har funnet sted, vil ikke fremkomme i min oppgave og dermed ikke kunne spores tilbake. Ved innlevering av oppgaven i mai 2014 makuleres alt materiale.

Etter at oppgaven er sensurert vil den kunne bli brukt internt på de respektive sykehusene, dersom dette er ønskelig.

Problemstillingen og min forespørsel til dere, er godkjent av min veileder Høgskolelektor Karin Kongsli.

Jeg håper med denne forespørselen å få tillatelse til å utføre min studie ved deres sykehus.

Med vennlig hilsen

Elin Henriksen

Mastergradsstudent ved Diakonhjemmets Høgskole

Epost: [elin.henriksen@ous-hf.no](mailto:elin.henriksen@ous-hf.no) TIF: 97 12 63 73

## Vedlegg 2: Brev til informanter

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet Bemanningsplanlegging ved sengeposter i sykehus.

### **Bakgrunn**

I forbindelse med en masterstudie i verdibasert ledelse ved Diakonhjemmet Høgskole forespørres du om å delta i et forskningsprosjekt. Hensikten er å finne ut hva enhetslederen vektlegger i planlegging av bemanningen ved sengeposten. Jeg ber om å få intervju deg som enhetsleder for en sengepost. Det er et ønske at funnene i denne studien skal bidra til utviklingen av et verktøy som kan anvendes i planlegging av bemanning. Studien er veiledet av Høgskolelektor Karin Kongsli ved Diakonhjemmets Høgskole.

### **Hva innebærer studien?**

Jeg ønsker å gjøre en studie i 3 ulike helseforetak ved å intervju til sammen 9 enhetsledere som har personalansvar og som har det daglige ansvaret for planleggingen av bemanningen. Intervjuet vil ta ca. 1 time, og det vil bli brukt en intervjuguide med generelle spørsmål knyttet til problemstillingen. Ønsker å avtale tid for intervju med hver enkelt enhetsleder, og be om hjelp til å skaffe ett egnet sted hvor vi kan sitte uforstyrret. Det er ønskelig å kunne benytte opptaker under intervjuet.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Opplysningene jeg mottar under studien vil bli behandlet strengt konfidensielt og vil kun bli benytte i denne studien. Opplysninger som navn på ansatte, sengeposter, klinikk og sykehus om hvor intervjuene har funnet sted, vil ikke fremkomme i min oppgave og skal ikke kunne spores tilbake. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Opplysningene blir senest slettet 31.12.14.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Om du skulle bestemme deg for ikke å delta, får dette ingen konsekvenser for deg i ditt arbeidsforhold til sykehuset. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Mastergradsstudent Elin Henriksen Tlf 97 12 63 73 eller veileder Karin Kongsli Tlf 22451980

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

### **Samtykke til deltakelse i studien:**

Bemanningsplanlegging ved sengeposter i sykehus.

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato, tlf)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato, tlf)

## Vedlegg 3: Intervjuguide

### INTERVJUGUIDE

Formål med intervjuet er å få tak i den enkelte enhetslederens beskrivelse av hvilke forhold de vektlegger i den daglige bemannings planleggingen gjennom at de forteller og kommer med eksempler fra praksisen. Jeg ønsker å ta intervjuet opp på en båndopptaker for deretter å skrive ned teksten. Lydopptaket vil deretter bli slettet.

Har du spørsmål før vi starter?

#### **Konkrete data i forhold til driften;**

Kan du gi en kort beskrivelse av enheten din i forhold til disse faktorene:

- øhj/elektiv virksomhet.
- beleggsprosent
- liggetid
- ant dag/polikliniske pasienter i tillegg til inneliggende.
- hvor mange årsverk
- sengepostens størrelse
- støttefunksjoner til enhetsleder.

#### **Bemanningsverktøy:**

Hva slags turnus benyttes hos dere? Grunnturnus/hjelpeturnus/ønsketurnus eller annen type?

- turnusmedarbeider
- 2 eller 3 delt turnus

Hvilke grunnbemanning legges til grunn i forhold til antall senger på dag, aften og natt.

Er det variasjon på hverdager og helg i forhold til antall senger?

#### **Daglige bemanningen:**

Kan du gi eksempler fra din hverdag hvordan den daglige bemanningen planlegges?

Er det spesielle forhold som påvirker dette arbeidet?

Hvordan håndterer du dette?

Er det noen ganger behov for å styrke bemanningen utover den fastlagte grunnbemanning

Er det noen ganger mulig å redusere bemanningen utover den fastlagte grunnbemanningen?

I tilfelle hva ligger bak disse vurderingene?

Hvilke behov tar du da hensyn til?

#### **Pasientens pleiebehov**

Har dere et verktøy hvor dere kan registrer inn hvilke pleiefaktor de ulike pasientene hos dere krever? Blir dette benyttet og på hvilken måte?

Er det stor variasjon på tyngden på pasientene, her tenker jeg både på fysisk tunge men også faglig kompliserte pasienter?

Hvilke faglige vurdering vektlegges i planleggingen av bemanningen?

- pasientforløp
- samarbeid med andre faggrupper.

## **Kompetanse**

Hvordan er sammensetning av profesjoner ved din sengepost?

Kjenner du til Patricia Benners fem nivåer som beskriver sykepleiernes ferdighetsutvikling Novisen nybegynner, Avansert nybegynner, Den kompetente, Erfaren, Eksperten. (Benner, 1995:35-40). Kan du beskrive hvordan denne sammensetningen av sykepleiere er hos deg?

Har dette betydning for bemanningen, evt på hvilke måte?

Hvor lang opplæringstid har en nyansatt sykepleier hos dere?

Hvordan sikres det at de ansatte får utviklet seg faglig?

Har dere egne fag/undervisningssykepleier?

Planlegges dette i turnusen?

Har dere mange studenter hos dere? Opplevs dette som er belastning eller som noe positivt, evt på hvilke måte?

## **Ressurser**

Benytter dere ekstravakter, eksterne vikarer og overtid ved din sengepost?

Hvilke tilfeller benyttes dette?

Hvordan er sykepleiekompetansen hos ekstravaktene og eksterne vikarer du evt benytter deg av?

Opplæring?

## **Økonomiske rammebetingelser:**

Om og hvordan påvirker økonomien beslutningene dine?

Er du involvert i budsjett arbeidet?

Opplever du at dine innspill blir tatt med i vurderingen?

Hvis du mener det er behov for å øke bemanningen ved din sengepost, hvilke argumenter benytter du deg av for å bli hørt?

## **Er det andre forhold som påvirker den daglige bemanningen?**

Kan du til slutt si noe om status for din enhet i forhold til:

- Sykefravær
- Tilrettelegging ved sykefravær
- Fysiske forhold
- Støtte funksjoner

Nå har jeg ikke flere spørsmål, har du flere ting du vil ta opp, eller spørre om før vi avslutter intervjuet?