



**Sykepleieres beskrivelse av egne arbeidsbetingelser
og vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet
ved Oslo Universitetssykehus**

**Resultater fra spørreundersøkelsen
"Personell og Pasientsikkerhet" (PePSi)**

Sigbjørn Flatland

**Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og
helseøkonomi**

Januar 2013

Det medisinsk-odontologiske fakultet

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Senter for etter- og videreutdanning (SEVU)

Universitetet i Bergen

*Nursing can no longer be viewed
as a lovely accessory to patient care,
but a core driver of both delivery and outcome*

(Smith 2007)

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært en lærerik og spennende prosess, som har gitt meg mulighet til fordype meg i ulike metoder og relevant litteratur. Jeg har fått tilgang på meget interessante resultater fra sykepleiernes egne vurderinger som er innhentet gjennom surveyen PePSi. Det har til tider vært utfordrende å finne tilstrekkelig med tid, siden oppgaven er skrevet ved siden av full jobb og en hektisk hverdag. Noen ganger har dette vært mer til fortvilelse enn til glede. Når jeg ser tilbake på prosessen, står jeg i stor takk til mine gode hjelpere som har loset meg gjennom arbeidet.

Jeg vil takke mine to veiledere, sykepleier/PhD Inger Margrethe Holter og forsker/postdoc Simon Neby, som har bidratt med verdifulle innspill, konstruktiv veiledning, og utfordret meg faglig.

En takk går også til sykepleier og forsker Ingeborg Strømseng Sjetne ved Kunnskapssenteret, som har satt av tid og vært svært så behjelpelig med å hente ut data fra PePSi.

Oslo, januar 2013

Sigbjørn Flatland

INNHold

SAMMENDRAG	6
ENGLISH SUMMARY	7
1.0 SYKEPLEIERES ARBEIDSBETINGELSER I ENDRINGSPROSESSER	8
1.1 PEPSI-UNDERSØKELSEN	9
1.2 PROBLEMSTILLINGER	10
1.3 OPPGAVENS RELEVANS OG OPPBYGNING.....	11
2.0 SYKEPLEIE I NORGE OG INTERNASJONALT	14
2.1 SYKEPLEIENS HISTORIE	15
2.2 SYKEPLEIENS Plass I HELSETJENESTEN.....	16
2.3 ENDRING I ORGANISERING AV DEN NORSKE HELSETJENESTEN	18
2.4 FINANSIERING	19
2.5 LEDELSE	22
2.6 KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	24
2.7 SENTRALE ELEMENTER FRA LITTERATURGJENNOMGANGEN	27
3.0 METODE	29
3.1 VALG AV METODE	29
3.2 SURVEYEN PEPSI.....	30
3.3 UTVALG	31
3.4 MÅLEVERKTØY.....	33
3.5 ANALYSER	34
3.6 ETISKE ASPEKT	35
3.7 SVAKHETER VED UNDERSØKELSEN	35
4.0 RAMMEVERK: MAGNET-MODELLEN	37
4.1 MAGNET-MODELLENS TIDLIGE HISTORIE	37
4.2 ELEMENTENE I MAGNET-MODELLEN	39
4.3 AKKREDITERING	41
4.4 FØRSKNING PÅ MAGNET-SYKEHUS	42
4.5 MAGNET-MODELLEN I NORGE	45
5.0 EMPIRISKE RESULTATER	48
5.1 RESPONDENTENE – SYKEPLEIERE VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS.....	48
5.1.1 <i>Kjønn og alder</i>	48
5.1.2 <i>Erfaring og videreutdanning</i>	49
5.2 EGENRAPPORTERTE ARBEIDSBETINGELSER.....	51
5.2.1 <i>Overordnet syn på arbeidsbetingelser og trivsel</i>	51
5.2.2 <i>Spesifikke spørsmål rundt arbeidsbetingelser</i>	55
5.2.3 <i>Antall pasienter per sykepleier</i>	61
5.3 SYKEPLEIERES EGEN VURDERING AV KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	62
5.3.1 <i>Vurdering av kvalitet på sykepleie og pasientsikkerhet</i>	62
5.3.2 <i>Aktiviteter som forble ugjort av sykepleiere på grunn av tidsnød</i>	64
5.4 SAMMENDRAG AV EMPIRISKE DATA.....	66

6.0	DISKUSJON	67
6.1	KARAKTERISTIKA VED SYKEPLEIERE PÅ SENGEPOSTER I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS.....	68
6.2	OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS SAMMENLIGNET MOT LANDSGJENNOMSNIET.....	70
6.2.1	<i>Arbeidsbetingelser ved Oslo universitetssykehus</i>	71
6.2.2	<i>Kvalitet og pasientsikkerhet ved Oslo universitetssykehus</i>	72
6.3	AKER SYKEHUS.....	76
6.3.1	<i>Arbeidsbetingelser ved Aker sykehus</i>	76
6.3.2	<i>Kvalitet og pasientsikkerhet ved Aker sykehus</i>	77
6.4	ULLEVÅL SYKEHUS.....	78
6.4.1	<i>Arbeidsbetingelser ved Ullevål sykehus</i>	78
6.4.2	<i>Kvalitet og pasientsikkerhet ved Ullevål sykehus</i>	79
6.5	RADIUMHOSPITALET.....	79
6.5.1	<i>Arbeidsbetingelser ved Radiumhospitalet</i>	79
6.5.2	<i>Kvalitet og pasientsikkerhet ved Radiumhospitalet</i>	80
6.6	RIKSHOSPITALET.....	80
6.6.1	<i>Arbeidsbetingelser ved Rikshospitalet</i>	81
6.6.2	<i>Kvalitet og pasientsikkerhet ved Rikshospitalet</i>	82
6.7	SYKEPLEIENS KJERNEFUNKSJONER.....	83
6.8	SAMVARIASJON MELLOM ARBEIDSBETINGELSER OG VURDERING AV KVALITET OG PASIENTSIKKERHET.....	85
6.9	KVALITET PÅ SYKEPLEIE SOM ET SYSTEMANSVAR.....	87
7.0	KONKLUSJON	89
7.1	SAMMENDRAG AV FUNN.....	90
7.2	RESULTATENES RELEVANS FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS.....	91
	REFERANSER	95

Vedlegg 1: Spørreskjema til sykepleiere ”Personell og pasientsikkerhet”

Illustrasjoner, tabeller og figurer:

Illustrasjon

Illustrasjon 1:	Magnet-modellen	s. 39
-----------------	-----------------	-------

Tabeller

Tabell 1:	Ulike aktørers nytte av Magnet-modellen	s. 43
Tabell 2:	Kjønn og alder	s. 48
Tabell 3:	Erfaring og videreutdanning	s. 49
Tabell 4:	Aktiviteter som forble ugjort	s. 65

Figurer

Figur 1:	Erfaring som sykepleier, OUS samlet	s. 49
Figur 2:	Videreutdanning som sykepleier	s. 50
Figur 3:	Hvor fornøyd er du med din nåværende jobb?	s. 51
Figur 4:	Ville du anbefalt ditt sykehus til en kollega?	s. 52
Figur 5:	Planer om å slutte i løpet av det neste året	s. 53
Figur 6:	Arbeidsmiljø	s. 54
Figur 7:	Tilstrekkelig bemanning	s. 55
Figur 8:	Samarbeid med leger	s. 56
Figur 9:	Utviklingsmuligheter	s. 57
Figur 10:	Sykepleieorientert praksis	s. 58
Figur 11:	Sykepleierepresentasjon i sykehusets drift	s. 59
Figur 12:	Ledelse / Sykepleieledelse	s. 60
Figur 13:	Antall pasienter per sykepleier	s. 61
Figur 14:	Kvalitet på sykepleie	s. 62
Figur 15:	Pasientsikkerhet	s. 63
Figur 16:	Setter foretaksledelsen i verk tiltak ved problemer som rapporteres?	s. 64
Figur 17:	Aktiviteter som forble ugjort	s. 65



Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel Sykepleieres beskrivelse av egne arbeidsbetingelser og vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet ved Oslo universitetssykehus. Resultater fra spørreundersøkelsen "Personell og pasientsikkerhet" (PePSi).				
Forfatter Sigbjørn Flatland				
Forfatterens stilling og arbeidssted Intensivsykepleier / Hovedtillitsvalgt ved Oslo universitetssykehus HF				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veiledere Inger Margrethe Holter (sykepleier/PhD) og Simon Neby (forsker/postdoc)		
Antall sider	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
Sammendrag Bakgrunn: Sykepleieres arbeidsbetingelser har gjennom omfattende forskning vist seg å være viktig for å oppnå god kvalitet på sykepleie. Studier viser også til at god kvalitet fører til kortere liggetider og lavere mortalitet. Hensikt: Å utvikle en forståelse av hvordan sykepleiere ved Oslo universitetssykehus beskriver sine arbeidsbetingelser og hvordan de vurderer kvalitet på sykepleie og pasientsikkerhet på egen avdeling. Videre har det vært et mål å analysere en mulig samvariasjon mellom ulike faktorer innen arbeidsbetingelser og se dette opp mot vurdering av kvalitet på sykepleie. Det benyttes i oppgaven et rammeverk som har systematisert kunnskapsbaserte elementer, den amerikanske akkrediteringsmodellen Magnet. Materiale: Resultatene er hentet fra den store undersøkelsen Personell- og pasientsikkerhet (PePSi) som ble distribuert til 9548 sykepleiere ved 35 norske sykehus høsten 2009. Mitt utvalg er 504 sykepleiere ved generelle sengeposter ved Oslo universitetssykehus. Metode: Tverrsnittundersøkelse. Strukturert spørreskjema med utstrakt bruk av 4-punkts Likert skala. Analyse med vanlige statistiske tester som t-test, ANOVA og Bonferroni. Resultat: Det fremkommer generelt gode resultater fra Oslo universitetssykehus sammenlignet med landets øvrige helseforetak, og dette gjelder både arbeidsbetingelser og vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet. Det er imidlertid store variasjoner innad i OUS, og Rikshospitalet/Radiumhospitalet utmerker seg som markant positivt, mens Aker utmerker seg negativt. Sykepleiere opplever i større grad at de har mulighet til å utføre sine kjerneoppgaver på de behandlingssteder hvor bemanning vurderes å være tilstrekkelig. Konklusjon: Det argumenteres for at sykepleiens arbeidsbetingelser samvarierer med vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet, og at det derfor er avgjørende å ha systemer som sikrer gode arbeidsvilkår for sykepleiere. Med resultater fra store internasjonale studier er det mye som kan tyde på at norske sykehus kan dra stor nytte av de ulike elementene i akkrediteringsmodellen Magnet, selv om man ikke ønsker å jobbe for å oppnå akkreditering gjennom ANCC.				
Nøkkelord Arbeidsbetingelser, kvalitet på sykepleie, pasientsikkerhet, Magnet-sykehus				



**Dissertation submitted for the degree of
Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics in
The University of Bergen**

Title and subtitle of the dissertation Nurses' description of their own practice environment and assessment of quality of care and patient safety at Oslo University Hospital. Results from the PePSi survey.				
Author Sigbjørn Flatland				
Author's position and address Critical Care RN / Representative of the Norwegian Nurses Organization at Oslo University Hospital.				
Date of approval		Supervisor Inger Margrethe Holter (RN, PhD) and Simon Neby (researcher/postdoc)		
Number of pages	Language dissertation Norwegian	Language abstract English	ISSN-number	ISBN-number
<p>English summary</p> <p>Background: Nurse practice environments have well-documented associations with quality of nursing care. Several studies have shown association between high quality to shorter length of stay and lower mortality rates.</p> <p>Objective: To develop an understanding about how nurses at Oslo University Hospital describe their practice environments and how they assess quality of nursing care and patient safety. Furthermore, it was an objective to analyze a possible co-variation between different practice environment factors and relate this to nurse assessed quality of nursing care. In this dissertation, a framework that has systematically implemented evidence-based elements has been used, the American Magnet model.</p> <p>Study participants: The results are collected from the large survey Personal and Patient safety (PePSi), which was distributed to 9548 nurses at 35 Norwegian hospitals during fall of 2009. My study participants were 504 nurses working at medical/surgical wards at Oslo University Hospital.</p> <p>Methods: Cross-sectional, structured survey with an extensive use of a 4-point Likert scale. Analyzes by means of common statistical tests, such as the t-test, ANOVA and Bonferroni.</p> <p>Results: The results from Oslo University Hospital are generally good compared to other Norwegian hospitals, and this is the case on both practice environment and nurse assessed quality of care and patient safety. However, there are quite large variations within OUH, and Rikshospitalet/Radiumhospitalet have generally more positive results, whereas Aker has more negative results on comparison. Nurses report that they are able to fulfill their core tasks at hospitals were they assess the staffing to be sufficient.</p> <p>Conclusion: It is argued that nurses practice environment has a strong co-variation to the nurse assessed quality of care and patient safety, and because of this it is crucial to have systems in place to ensure good practice environments for nurses. With findings from large international studies, it is argue that Norwegian hospitals might use different elements from the Magnet model, even if it is not a goal to achieve Magnet status from the ANCC.</p>				
Key words Nurse practice environment, quality of care, patient safety, Magnet Hospitals				

1.0 Sykepleieres arbeidsbetingelser i endringsprosesser

Min interesse for sykepleieres arbeidsbetingelser og vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet har sammenheng med min stilling som Hovedtillitsvalgt (HTV) for Norsk sykepleierforbund i Oslo universitetssykehus (OUS). Gjennom min stilling som HTV er jeg tett involvert i fusjonsprosessen og den utfordrende tiden Norges største sykehus er midt inne i. Krevende økonomi og omstridte omorganiseringer ved OUS er temaer som ofte blir formidlet gjennom media. Sykehuset gjennomgår en fusjon samtidig som det har vært en fisjon, og denne omorganiseringen blir omtalt som den største innen norsk helsevesen noensinne. Gjessing (2011) tegner et bilde av en prosess som er preget av ulik virkelighetsoppfatning og et endepunkt uten felles målbilde. Medarbeiderundersøkelser vitner om arbeidsforhold med stort arbeidspress og omstillingstrøtthet for mange ansatte. Nye strukturer er enda ikke helt avgjort, og sykehuset får stadig kritikk fra fagfolk og pasientorganisasjoner som hevder at pasientsikkerheten blir skadelidende.

I denne oppgaven vil jeg ikke gå inn i de faktiske forhold som sådan, men beskrive og analysere sykepleiernes egne vurderinger av arbeidsvilkår og hvordan de anså sin mulighet til å utføre sykepleiens kjerneoppgaver høsten 2009. Mine resultater er hentet fra den store undersøkelsen "Personell og pasientsikkerhet" (PePSi), som ble gjennomført av Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. På det tidspunktet PePSi ble foretatt var Oslo universitetssykehus i den tidlige fusjonsprosessen, og mye har blitt endret i den organisatoriske strukturen fra PePSi ble gjennomført til denne oppgaven publiseres. Det kunne derfor være av stor interesse å foreta en ny undersøkelse for å se hvordan sykepleierne vurderer diverse forhold sammenlignet med før de store omstillingene.

Min hensikt med denne oppgaven er å presentere sykepleiernes egne beskrivelser slik det fremkommer fra PePSi-undersøkelsen. Et viktig første steg på veien til ny kunnskap er å vise til variasjon basert på pålitelige metoder, for deretter å analysere og forstå variasjonen (Kunnskapssenteret 2011). Jeg vil presentere data fra PePSi, og se om det kan være en samvariasjon mellom opplevde arbeidsbetingelser og hvordan sykepleierne vurderer kvalitet på pleie og pasientsikkerhet på ulike behandlingssted i Oslo universitetssykehus.

Denne sammenhengen mellom arbeidsbetingelser og kvalitet er et fenomen som får stadig større støtte i internasjonal forskning på området, noe jeg vil komme nærmere tilbake til i litteraturgjennomgangen i kapittel 2. Det er ikke mulig ut fra de resultater jeg sitter med å påvise kausale relasjoner, men jeg vil forsøke ved hjelp av teori og internasjonal forskning å se om det kan foreligge en eventuell samvariasjon mellom sykepleieres egenrapporterte arbeidsbetingelser og vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet i funnene fra PePSi ved Oslo universitetssykehus.

1.1 PePSi-undersøkelsen

Høsten 2009 ble det foretatt en stor spørreundersøkelse blant norske sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen ble kalt ”Personell og pasientsikkerhet”, forkortet PePSi, og var det norske studiet inn i det internasjonale prosjektet ”RN4CAST – nurse forecasting in Europe”. Det internasjonale prosjektet ble gjennomført i 12 land, hvorav 11 land ble finansiert gjennom EUs 7. rammeprogram. I Norge ble studiet gjennomført som et samarbeidsprosjekt mellom Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Norsk sykepleierforbund. Kunnskapssenteret hadde prosjektledelsen og NSF dekket kostnadene som for de øvrige lands vedkommende var dekket av bevilgninger fra EU.

PePSi er del av den største undersøkelsen i sitt slag som har blitt gjennomført i Europa og i Norge. I Norge deltok sykepleiere på 238 medisinske og kirurgiske sengeposter fra 35 sykehus. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke resultater fra Oslo universitetssykehus, som på det tidspunktet undersøkelsen ble foretatt, bestod av tre ulike organisatoriske enheter: Aker universitetssykehus, Ullevål universitetssykehus og Rikshospitalet. I resultatene blir det likevel referert til 4 ulike behandlingssteder, med Rikshospitalet (RH) og Radiumhospitalet (DNR) som to behandlingssteder, selv om disse helseforetakene ble fusjonert i 2005.

Fra 1. januar 2009 ble de tre universitetssykehusene i Oslo fusjonert under navnet Oslo universitetssykehus HF. Denne undersøkelsen ble foretatt i den tidlige fusjonsprosessen, hvor det foreløpig ikke hadde skjedd store endringer for sykepleiere i pasientnært arbeid. De tidligere sykehusene var driftet som tre selvstendige enheter i

2009, men fra 1.januar 2010 ble de fire behandlingsstedene som resultatene blir analysert for organisert med tverrgående klinikker.

Oslo universitetssykehus (OUS) er landets største helseforetak, og har en stor andel lands- og regionsfunksjoner. Samtidig er OUS lokalsykehus for en befolkning på ca 220.000 mennesker i Oslo. Den særegne rollen Oslo universitetssykehus har i Norge, vil kunne tilsi at sykehuset har kjennetegn, kvaliteter og utfordringer som skiller seg vesentlig fra andre sykehus.

1.2 Problemstillinger

På veien til vellykkede forbedringsprosesser vil alltid et første skritt være å analysere situasjonen ved et nullpunkt. Resultater fra slike analyser kan vise hvor man lykkes og hva som bør forbedres, og denne kunnskapen kan deretter benyttes for å planlegge og gjennomføre endringer og forbedringer (Schreiner 2004). Denne oppgaven kan bli sett på som et bidrag inn i arbeidslivsstudier, og befinner seg i skjæringspunktet mellom kvalitetsforbedring og organisasjon/ledelse.

For pasientens opplevelse av god behandling er det avgjørende at sykehus tilbyr smidige og helhetlige pasientforløp. I et tverrfaglig samarbeid er det en forutsetning at hver profesjons særegne styrke blir verdsatt, og at samspillet mellom profesjonene er velfungerende og avklart. Med tanke på at sykepleiere utgjør den største gruppe helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og er den profesjon som er mest sammen med pasienten, vil kvalitet på sykepleie påvirke pasientbehandlingen. Rammebetingelsene for god sykepleie ligger i organiseringen av sykehusene, og det er en økende mengde forskning som støtter antagelsen om at gode arbeidsbetingelser gir bedre vilkår for sykepleiere til å utføre sine kjerneoppgaver.

Jeg har valgt å formulere tre ulike problemstillinger til denne masteroppgaven. Problemstillingene har kommet ut fra en hypotese om at sykepleieres arbeidsbetingelser påvirker kvalitet på sykepleie og pasientsikkerhet.

Følgende problemstillinger er formulert:

- 1) Hvordan beskriver sykepleiere ved de ulike behandlingsstedene i Oslo universitetssykehus sine arbeidsbetingelser?
- 2) Hvordan vurderer sykepleiere ved OUS kvalitet i pleie/behandling og pasientsikkerhet på egen avdeling?
- 3) Hva kan være sammenhengen mellom sykepleiernes beskrevne arbeidsbetingelser og sykepleieres vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet?

I min analyse har jeg valgt å gjøre en tredelt analyse. Først vil jeg sammenligne sykepleiernes vurdering av arbeidsbetingelser, før jeg går over til å sammenligne sykepleiernes vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennom de to første problemstillingene ønsker jeg altså å sette fokus på sykepleiernes egenrapporterte syn på arbeidsbetingelser og vurdering av kvalitet/pasientsikkerhet. Som en tredje og avsluttende analyse ønsker jeg så å se om det kan finnes en sammenheng mellom disse. Med den siste problemstillingen ønsker jeg med andre ord å problematisere om det kan finnes noen form for samvariasjon mellom de beskrevne arbeidsbetingelser og hvordan sykepleierne vurderer kvalitet og mulighet til å utføre sine kjernefunksjoner. Det er allerede nå viktig å understreke at jeg ikke ønsker å påvise noen direkte årsak-virkning i denne analysen, men å vurdere om det finnes grad av samvariasjon.

1.3 Oppgavens relevans og oppbygning

Jeg ønsker å presentere resultater fra Oslo universitetssykehus, og analysere variasjonene mellom de fire behandlingsstedene i helseforetaket. Oppgaven er relevant fordi den gir en grundig presentasjon og analyse av sykepleieres egenrapporterte vurderinger av arbeidsbetingelser, og på samme måte sykepleiernes vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet på egen avdeling. Det er nærliggende å tenke seg at tidligere selvstendige sykehus har ulik grad av trivsel, arbeidsmiljø og pasientsikkerhet, selv om de overordnet har blitt fusjonert til ett helseforetak.

Ser man bort fra det som kommer frem gjennom media og andre kanaler, vet vi lite om hvordan majoriteten av sykepleiere selv vurderer sine arbeidsforhold og syn på kvalitet og pasientsikkerhet ved behandlingsstedene i Oslo universitetssykehus.

Ut fra den store mediefokuseringen de senere år, skulle en forvente å finne relativt dårlige resultater, men dette er ikke nødvendigvis tilfellet.

Disposisjon

Etter innledningen i dette første kapittelet fortsetter oppgaven med et bakgrunnskapittel. Jeg vil presentere en kort historisk oversikt over sykepleiens historie, før jeg setter sykepleie inn i konteksten med det norske helsevesen og reformbølgen New Public Management (NPM). Det vil bli foretatt en litteraturgjennomgang i kapittel 2, før metodevalgene blir presentert i kapittel 3. I metodekapittelet vil jeg vise hva jeg har gjort og hvordan, og jeg vil begrunne mine valg av forskningsdesign, analyser og vurderinger med tanke på oppgaven. Materialet i surveyen PePSi er meget omfattende, og spørreskjemaet finnes i sin helhet i vedlegg 1. Det har vært helt nødvendig for meg å avgrense oppgaven, og jeg har valgt ut de spørsmål som jeg har vurdert er viktige for å svare på mine problemstillinger. Jeg har også begrenset analysen til å omfatte resultater fra sykepleiere på generelle sengeposter. De videre metodevalgene bli redegjort for i kapittel 3.

Kapittel 4 vil introdusere det teoretiske rammeverket. Jeg har valgt å bruke den såkalte ”Magnet-modellen”, en akkreditering av sykehus som tilfredsstillter krav utformet av American Nurses Credentialing Center (ANCC). Helt kort kan en si at betegnelsen ”Magnet-sykehus” beskriver sykehus som tilbyr god kvalitet i pasientbehandlingen, fremragende sykepleie og innovasjon i profesjonell sykepleiepraksis (ANCC 2012a). Magnet-sykehus har lenge blitt omtalt som sykehus hvor sykepleierne opplever gode arbeidsbetingelser, med faglig trivsel og gode vilkår for å utføre sykepleie (Aiken, Smith & Lake 1994). I kapittel 4 vil jeg gå gjennom modellen ut fra opphav, historie og filosofi som ligger bak, og relatere modellen til norske forhold.

I kapittel 5 beskriver jeg funn og resultater fra spørreundersøkelsen PePSi, hvor de fire behandlingsstedene i OUS blir sammenlignet med hverandre og opp mot landsgjennomsnittet. Jeg har utført flere analyser for å kunne si om funnene er signifikante der det har vært nødvendig. Funnene er etter min vurdering til tider overraskende og viser noen klare forbedringsområder for Oslo universitetssykehus.

Diskusjonsdelen blir å finne i kapittel 6. Her vil jeg gå grundigere inn i analyse og diskusjon av de ulike funnene, og relatere funn til litteratur og rammeverk.

Jeg forsøker å svare på mine problemstillinger, og i diskusjonsdelen knyttes resultater fra PePSi ved Oslo universitetssykehus sammen med litteratur og forskning. I kapitlet viser jeg til funn hvor sykepleiernes egenrapportering av arbeidsforhold på ulike behandlingssteder i stor grad samvarierer med deres egenrapporterte vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet. Videre argumenteres det for at Magnetmodellen inneholder mange enkeltelementer som kan være nyttige også i norske sykehus, og kan være en mal for et helhetlig kvalitetssystem for sykepleie, selv om ikke akkreditering nødvendigvis vil være like aktuelt i Norge som det er i USA.

I kapittel 7 oppsummerer jeg hovedfunn og bifunn fra oppgaven i forhold til prosjektets mål og relatert til mine tre problemstillinger. Jeg diskuterer hvordan sykepleieres arbeidsbetingelser kan tenkes å ha sammenheng med kvalitet og pasientsikkerhet, og reflekterer over hvordan dette kan bidra til videre utvikling av Oslo universitetssykehus.

2.0 Sykepleie i Norge og internasjonalt

Dette kapittelet har som mål å presentere litteratur og forskning som er relevant for å forstå rammen rundt den senere diskusjonen av sykepleieres arbeidsbetingelser og vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet.

Jeg vil først gi en kort presentasjon av sykepleiens historiske utvikling og hvilken plass den har i den norske helsetjenesten. Dette er en viktig del av det videre resonnementet, hvor jeg peker på at sykepleiens egenart og historiske utvikling har hatt, og fremdeles har, en tett tilknytning til kvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleie som profesjon har gjennom hele historien vært preget av et ønske om kvalitetsforbedring, og pasientens grunnleggende behov har alltid vært fokuset for sykepleieres arbeid.

De mange reformene i retning av New Public Management som har kommet i den norske helsetjenesten de siste 15 årene har også påvirket kvalitet og pasientsikkerhet, og på mange måter utfordret sykepleie som disiplin. I denne strukturelle endringslogikken ligger det en tro på at vi kan organisere oss fram til en bedre helsetjeneste, med bedre kvalitet, mer fornuftig ressursbruk, mer effektive tjenester og større pasienttilfredshet. De store strukturelle endringene er gjort ut fra et ønske om at helsetjenesten skal bli bedre for pasientene, men i hvilken grad endringene i retning NPM har vært vellykkede er et annet spørsmål. Vi kan likevel se at det er en kobling mellom de strukturelle endringene og argumentasjonen om å styrke sykepleie, og at det til slutt bunner ut i et felles mål om å oppnå bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

I den avsluttende delen av kapittelet dreier jeg fokuset over fra sykepleiens utvikling og de store reformene, til å sette fokus direkte på hvordan kvalitet og pasientsikkerhet har blitt et gjennomgangstema ”på alles lepper”. Gjennomgangen vil ha spesielt fokus på hvilken rolle sykepleie spiller i sikker og effektiv pasientbehandling.

2.1 Sykepleiens historie

Sykepleiens historie som profesjon har sitt utspring fra Florence Nightingale, en britisk overklassekvinne som kjente et kall til sykepleie. I 1844 entret Nightingale sykepleien, og Nightingale blir sett på som grunnleggeren av moderne sykepleie (Schuyler 1992). Forestillingen om Nightingale med parafinlampen er nærmest blitt et helgensymbol, selv om historien viser en mer sammensatt personlighet. Nightingale blir ofte fremstilt som en omsorgsfull helgen, men i realiteten var Nightingale en systematisk og myndig kvinne. Hygieniske prinsipper var viktige for henne, og hun var den som første som påviste en sammenheng mellom dårlig hygiene og infeksjoner (Schuyler 1992). Mest kjent er hun kanskje for å ha jobbet på et britisk feltsykehus under Krimkrigen, der hun systematisk benyttet statistikk for å vise til sammenhenger som ennå ikke var en selvfølge i datidens behandling av syke. Hun etablerte rene og urene soner på feltsykehuset, og var nøye med håndvask (Schuyler 1992).

Det er derfor mer til myten Florence Nightingale enn *"The Lady with the Lamp"*, den ømme og milde engelen som vandret i korridorene på natten. Hun var meget bestemt på at det skulle være fungerende latriner, god hygiene, rent sengetøy og vinduer som kunne åpnes for å slippe inn frisk luft (Schuyler 1992). Nightingale mente det var avgjørende for sykepleiere å ha solid kunnskap rundt faktorer som påvirker helse og sykdom for å kunne gi god sykepleie til pasientene (Fitzpatrick 1992). Hennes fremgangsmåte for å få gjennom sine saker var ved å bruke statistikk og gode argumenter, og hun oppnådde kvalitetsforbedringer i pleien ved å systematisere sine funn og understøtte sine teorier med empiri. Det kan derfor argumenteres for at grunnleggeren av sykepleie også var en pioner innen kvalitetsforbedringsarbeid, og at man allerede her så spirene til en utvidet sykepleiemetodikk som går ut over den generelle ideen om pleie og omsorg.

Sykepleie som yrke har hatt en lang reise fra å ha vært et hjelpefag, senere utdanningsbasert yrke til en vitenskapelig disiplin (Lerheim 2000). I Norge hadde man lenge kun ufaglærte sykepleiersker eller såkalte gangkoner. Sykepleiens plass i samfunnet var for ugifte kvinner som hadde fått et kall til sykepleie. De første utdannede sykepleiersker var diakonisser, og det var først under Bergljot Larsson og stiftelsen av *Norsk sykepleierskeforbund* i 1912 at sykepleien ble sett på som et yrke i

Norge (Melby 1990). I tidlig fase av sykepleierforbundet var det mye intern strid om kunnskapsgrunnlaget. På den ene siden hadde man en skole hvor kalls- og omsorgstanken var sterk, med tyske og danske fenomenologer og Kari Martinsen i spissen. På den andre siden, var den amerikanske vitenskapsbaserte linja (Melby 1990). Lenge stod disse to skolene mot hverandre med klare skiller. Det har nå blitt større enighet om at begge deler må være til stede, men det er fortsatt uenighet om styrkeforholdet mellom dem.

Flere ganger har det vært debatter om muligheten for å forkorte utdannelsen til sykepleiere for å kunne utdanne flere og dermed avhjelpe sykepleiermangel, men Norsk sykepleierforbund har siden stiftelsen jobbet for å profesjonalisere sykepleien, og har kjempet en lang kamp for å beholde sykepleierutdanningen som et 3-årig studium (Melby 1990). De siste årene har det imidlertid, med unntak av enkelte utspill, blitt allment akseptert at sykepleie skal være et bachelor-studium ved høyskoler og universitet.

2.2 Sykepleiens plass i helsetjenesten

Sykepleiefaget er blitt stadig mer profesjonalisert, med større vekt på forskning og kunnskapsbasert praksis. Sykepleieforskningen har, ifølge Lerheim (1986), ikke bare styrket sykepleiens fagidentitet, den har også bidratt til å sette helhetlig pasientorientert praksis på dagsorden. Det er fortsatt sykepleiens kjernefunksjoner som holder faget adskilt som disiplin fra andre helseprofesjoner. Torjesen (2007) skriver at sykepleievitenskapen har bidratt til en dreining bort fra det objektifiserte og medisinske, og hevder at sykepleie er blitt en gyldig premissleverandør i de helsepolitiske diskurser.

Sykepleiere utgjør en andel på 46 % av alle årsverk i spesialisthelsetjenesten, og er dermed den klart største yrkesgruppen med 33.800 årsverk i 2010 (SSB 2011). Nest største gruppe er leger med 12.300 årsverk. Selv om sykepleie er den største gruppe helsepersonell, ser man at sykepleiere ofte utfordres på å definere og tydeliggjøre sin særegne funksjon i forhold til andre helseprofesjoner.

Sykepleien har en arbeidsform som sikrer pasientene på sengeposter kontinuerlig tilstedeværelse av helsepersonell. Den unike rolle sykepleiere har til å observere, vurdere og igangsette tiltak, samt å koordinere tjenester rundt pasienten, blir derfor viktig for kvalitet på helsetjenestene og resultater av pasientbehandlingen. Sykepleiere har et godt omdømme i befolkningen, og sykepleiere og leger blir i undersøkelser ofte ansett som to av de yrkesgruppene med størst tillit i befolkningen (Arbeidsforskningsinstituttet 2004).

Som den største profesjon i helsetjenesten er sykepleiere godt synlige. Tidligere statsminister og daværende generaldirektør i WHO Gro Harlem Brundtland, sa følgende i sin tale på hundreårskonferansen til International Council of Nursing (ICN) i 1999:

Nurses, as key health professionals, are in a unique position to act as powerful advocates for a healthy planet... It is clear that nurses are the backbone of most health care teams (Brundtland 1999).

Det er tydelig at Brundtland betrakter sykepleiere som nøkkelpersoner i helsevesenet når hun sier at de har en unik mulighet til å bidra til en sunn verden. Hun beskriver dem som *ryggraden* i de fleste helseteam. Men hvor tydelig fremstår sykepleie som denne "ryggraden", og hvordan synliggjøres sykepleietjenestens spesielle bidrag inn i helsetjenesten? Grimen og Terum (2009) hevder at det som kjennetegner profesjoner er at de forlanger aksept for at de har særegne forutsetninger for å ta seg av bestemte oppgaver på vegne av fellesskapet. En tydeliggjøring av sykepleiernes kjerneoppgaver blir derfor viktig å formidle til omverdenen. Florence Nightingale som fremdeles er et forbilde for sykepleiere over hele verden, sier at sykepleie omhandler "...ikke sykdommen primært, men den syke selv og den sykes opplevelse av sykdommen" (Nightingale 1860, s. 298).

Virginia Henderson, en annen sykepleier som er kjent i store deler av verden, sier i sin definisjon:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse eller til en fredfull død, som individet selv ville ha gjort hvis hun/han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskap og vilje, og å gjøre det på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson 1966).

Sykepleiere har en selvstendig og særegen funksjon i pasientbehandlingen, og sykepleie kan beskrives på følgende måte:

Sykepleiens særegne funksjon er å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov

(Norsk sykepleierforbund 2008)

Det sentrale og sammenfallende i disse definisjonene er at sykepleiere skal hjelpe individet til å ivareta sine grunnleggende behov. Som Melby (2007) påpeker, er sykepleierne viktige informasjonskilder, og en ressurs for legene i kraft av sin kunnskap om pasientene og det generelle arbeidet på sengeposter. I praksis ser det likevel ut til at den største styrken i sykepleie, med kontinuerlig tilstedeværelse og stor fleksibiliteten i forhold til arbeidsoppgaver, også kan være dens største utfordring i et stadig mer presset helsevesen.

2.3 Endring i organisering av den norske helsetjenesten

Det er vanskelig å vurdere sykepleiernes arbeidsbetingelser og muligheter for å kunne utføre sine kjerneoppgaver uten å se det i lys av omgivelsene rundt. Muligheter og begrensninger vil alltid avhenge av konteksten, og for å kunne analysere svar fra norske sykepleiere vil det derfor være nødvendig å ha kunnskap om rammene rundt.

Det norske helsevesenet har gjennomgått store omstillinger de siste 15 årene. Sykehusene har måttet forholde seg til endringer både når det gjelder eierform, finansiering og lovgivning. Frem til 2002 var sykehusene administrativt organisert under Fylkeskommunen, og politisk styrt av fylkestingene innenfor rammene av nasjonal lovgivning og helsepolitikk (Byrkjeflot & Neby 2008). Det var store budsjettoverskridelser uten at man fant gode løsninger på å styre kostnad og aktivitet, og det ble også identifiserte uklare ansvarsforhold, lange ventelister og dårlig samordning (Stigen 2005). Ønsket var å oppnå mer sentral styring og bedre kontroll på kostnader. Hagen (2006) skriver at det gamle helsepolitiske målet om å bekjempe sykdom koste hva det koste vil, ble utfordret av en ny type logikk basert på økonomiske nyttebetraktninger.

Fra midten av 1990-tallet ble det innført ideer hentet fra New Public Management, og ideene ble etterfulgt av flere lovendringer og nye prinsipper for ledelse og organisering av helsesektoren. Lov om helseforetak ble fremmet for Stortinget 6. April 2001 gjennom Ot.prp. nr. 66 / 2000-2001. Denne lovendringen førte til en reform som innebar store organisatoriske endringer, og bestod av to hovedelementer: Den ene var at staten skulle overta eieransvaret for virksomhetene i spesialisthelsetjenesten, og den andre var innføringen av en foretaksorganisering av virksomhetene (Sosial- og helsedepartementet 2001). Intensjonen med lovendringen var å ta sterkere styring gjennom blant annet funksjonsfordeling, samtidig med at helseforetakene skulle få større ansvar og frihet innenfor de rammer som ble bestemt. Opprinnelig ble det etablert fem regionale helseforetak, men dette ble redusert til fire da Helse Øst og Helse Sør ble slått sammen til Helse Sør-Øst i 2007. Fra 2002 overtok de regionale helseforetakene (RHF) ansvaret for planlegging, utbygging og drift av spesialisthelsetjenesten (Pettersen & Bjørnenak 2005). Endringene hadde til hensikt å skape klarere ansvars- og rollefordeling, det skulle legges bedre til rette for politisk styring, og virksomhetene skulle motiveres til en mer effektiv produksjon av helsetjenester (Sosial- og helsedepartementet 2001).

2.4 Finansiering

Økonomiske incentiver har vist seg å være sterke virkemidler for å endre kurs og prioritering, og innføringen av bedriftsøkonomiske prinsipper i helsetjenesten har medført økt konkurranse og krav om effektivitet i helsetjenesten (Pettersen & Bjørnenak 2005). Det er alltid et mål å tilby nødvendig behandling med god kvalitet innenfor gitte økonomiske rammer, og man ønsker å få ”mest mulig helse for hver krone”. Hvis de økonomiske incentivene skal fungere, må de virke i et relativt fritt marked. En praksis hvor det lempes på kravene, ettergis gjeld eller tilføres ekstra ressurser hvert år vil ikke oppfylle de bedriftsøkonomiske forutsetningene (Pettersen & Bjørnenak 2005).

Norge er, etter USA, det landet som bruker mest penger på helse per innbygger. Endelige tall viser at Norge brukte 9,8 % av BNP på helse i 2009, omlag 230 milliarder kroner, som tilsvarer 47.516 kroner per innbygger (SSB 2012). Reformene i det norske helsevesenet etter 2002 hadde blant annet til hensikt å kontrollere

kostnader, men også styrbarhet, kvalitet og prioritering. Endringene som fulgte hadde mange tanker hentet fra New Public Management (NPM), som refererer til et løst sett av reformer som internasjonalt hadde sin fremvekst på begynnelsen av 1980-tallet. Reformene i NPM kommer fra en markedsøkonomisk teori med sterk fokus på effektivitet og utstrakt bruk av økonomiske incitamentter (Christensen 2005). I tillegg bygger NPM på ideer om organisasjon og ledelse hentet fra privat sektor, der det viktigste elementet er troen på at profesjonalisering av ledelse og autonomisering av organisatoriske enheter kan bidra til større effektivitet, fleksibilitet og måloppnåelse. I Norge kom disse reformene først på midten av 1990-tallet, og innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) fra 1997 markerte opptakten til endringene i retning av NPM. ISF forandret hvordan sykehusene fikk refundert sine utgifter, og hvor sykehusene tidligere hadde rammefinansiering, ble det etter innføringen av ISF refundert deler av utgiftene basert på systemet med såkalte diagnoserelaterte grupper (DRG)¹. Denne utviklingen har vært styrt av en markedsorientert logikk, ut fra behovet om å øke effektivitet og styre kostnader i det som har blitt oppfattet til å være en ineffektiv offentlig sektor (Vabø 2009).

For sykehusene er det vanskelig å kostnadsberegne produksjon av tjenester, da oppgavene er lite konkrete, ganske udefinerbare og vanskelige å avgrense. Helsesektoren har derfor hatt behov for å innhente større økonomisk kunnskap og kompetanse for å kunne foreta de nødvendige analysene. For mange helseprofesjoner har markedstankegangen og den brede innføringen av økonomisk kontroll i helsetjenesten vært vanskelig å møte. Tidligere var det de faglige vurderingene som styrte prioriteringene, men dette er nå blitt erstattet av en kamp hvor faglige argumenter møter strenge økonomiske begrensninger.

De fleste sykehus er organisert både strukturelt og funksjonelt etter legenes spesialiteter, noe som bidrar til å marginalisere sykepleie som egen aktivitet i sykehuset, selv om sykepleien er avgjørende for å ivareta pasientsikkerheten og heve kvaliteten i pasientbehandlingen. I dagens finansiering av sykehusene er det de medisinske diagnoser som genererer inntekter for sykehusene, og det er i de aller

¹ I DRG har alle sykdommer samt mange prosedyrer fått en vektning basert på en gjennomsnittlig pasient, og den kodingen som brukes i Norge følger ICD-10 (International classification of diseases – versjon 10). Alle koder i ICD utgjør en vektning fra DRG. Hvert DRG vil i 2013 utgjøre kr 39447,-. (Helsedirektoratet 2012). For en grundigere innføring i DRG, se f.eks Pettersen & Bjørnenak 2005.

fleste tilfeller legene som diagnostiserer og koder dette, som så gir sykehusene inntekter basert på DRG. Som en følge av denne praksisen og at sykehusene er organisert etter en "legelogikk" har flere hevdet at sykepleiere blir budsjettert på utgiftssiden – som en lønnsutgift som må reduseres til det minimale (Aiken 2008, Olsvold 2010). Legearbeidet blir muligens på grunn av DRG-systemets oppbygging sett på som sykehusets produktive og inntektsbringende side, mens pleiearbeidet oppfattes å tilhøre utgiftssiden.

Aiken (2008) skriver:

Nursing is generally considered a "cost" rather than revenue in a hospital context, which makes nursing a constant target for cost reduction (s.75).

Aiken viser gjennom flere studier hvordan utviklingen for sykepleiere går mot en opplevelse av større arbeidspress, med flere pasienter per ansatt, mindre satsning på kompetanseutvikling og større kontrollspenn for ledere enn det har vært tidligere (Aiken et al. 2002, Aiken et al. 2008). Olsvold (2010) hevder i likhet med Aiken at sykepleietjenesten underlegges sterkere økonomisk styring, ikke minst bemanningsmessig. En slik sammenheng kan se ut til å henge sammen med både sykehusenes interne organisering og DRG-systemets konstruksjon. Sykepleie som innsatsfaktor kommer mindre tydelig frem som inntektsbringende, men desto tydeligere frem som utgiftspost i budsjetteringsarbeidet.

I økonomisk krevende tider blir det derfor avgjørende at sykepleiens særegne bidrag i effektiv pasientbehandlingen kommer tydelig til uttrykk. Sykepleie har tradisjonelt sett ikke blitt vurdert som inntektsgenererende for sykehus, men det finnes studier som viser at god sykepleie fører til kortere liggetider og redusert mortalitet (Aiken et al. 1994, Aiken et al. 2002, Kane et al. 2007, Rafferty et al. 2007, Tourangeau et al. 2007), og slik kunnskap peker i retning av at god sykepleie også er kostnadsbesparende sett i en større sammenheng.

Aiken (2008, s.73) tar for seg dette fenomenet i en litteraturstudie, og beskriver hensikten med studien slik:

This article addresses the economics of nursing from a broad perspective that considers how both national policies such as hospital prospective payment and managerial decisions within institutions impact the outcomes of nurses and patients.

Konklusjonene fra studiet er at investeringer innen sykepleie har varierende grad av effekt på resultater, og at det derfor trengs gode studier som identifiserer hvilke faktorer som kan føre til bedre pasientresultater og således være kostnadsbesparende for sykehus (Aiken 2008).

Denne gjennomgangen har ikke til hensikt å analysere eller peke på den profesjonskampen som har vært mellom leger og sykepleiere. Min hensikt er å vise til disse studiene for å peke på viktigheten av sykepleie, og at det kan argumenteres for at arbeidsbetingelser og helhetlige kvalitetssystemer for sykepleie kan føre til bedre pasientsikkerhet og samtidig til gode økonomiske resultater.

2.5 Ledelse

Sykepleiefaget har lang tradisjon innen ledelse, og i Norge har kravet alltid vært ”ledelse av eget fag” (Melby 1990). Sykepleiere har representert en stadig viktigere rolle i forhold til pleie og omsorgsledelse, men etter hvert også innenfor mer strategiske og profesjonaliserte ledelsesposisjoner (Torjesen 2007).

Sykepleierforbundets tidlige fokus på ledelsesfag, i tillegg til den fagpolitiske kampen som rådet i 70-årene, ga sykepleiere etter hvert rett til å lede den sin egen virksomhet i sykehusene (Melby 1990). ”Sykepleiere har *rett* og *plikt* til lederskap” skrev daværende Forbundsleder Anne-Lise Bergenheim på lederplass i Sykepleien i 1981 (Bergenheim 1981).

Fra begynnelsen av 1980-tallet begynte norske sykehus å innføre såkalt todelt ledelse der avdelingsoverlegen og oversykepleier sammen hadde ansvaret for avdelingens drift, administrasjon og budsjett (Sosial- og helsedepartementet 1997). I denne modellen tok sykepleieren hånd om pleiefunksjoner og pleiepersonale, samt mesteparten av de administrative oppgavene, mens legen brukte størstedelen av tiden til pasientrettet virksomhet (Mo 2006).

Frem til lovendringene i Spesialisthelsetjenesteloven, var det parallelle faghierarkier mellom leger og sykepleiere som var standard ledelsesmodell i sykehusene. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), som var grunnlaget for *Lov om helseforetak* fra 2001, fremhever

ledelse som et av satsingsområdene for reformen. Det fremkommer tydelig at myndighetene ikke anser ledelsesformen med todelt ledelse som hensiktsmessig.

De betydelige ledelses-utfordringene i helsevesenet må møtes med tiltak på bred front, først og fremst i regi av de regionale helseforetakene og de enkelte sykehus (Sosial- og helsedepartementet 2001).

Med innføring av reformer fra New Public Management, ble det fokus på ledelse og tydelig rollefordeling. I en NOU fra 1997, ”*Pasienten først!*” ble det foreslått enhetlig ledelse i alle sykehus, og fra 1999 ble dette hjemlet i Lov om spesialisthelsetjenesten.

I § 3-9 om ledelse i sykehus heter det:

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner (Spesialisthelsetjenesteloven 1999).

I dagens fagnøytrale ledelsesform i helseforetakene, den såkalte ”General management”, blir ledere i stor grad målt og vurdert etter økonomiske resultater og om de klarer å overholde budsjetter (Torjesen 2007). Hvordan har så de nye organisasjonsformene med NPM, og ikke minst innføringen av enhetlig og profesjonsnøytral ledelse, påvirket sykepleietjenesten ved norske sykehus? Sykepleieleidelse har tidlig anvendt ideer fra ledelsesfag og general management, i motsetning til legenes sterke forankring i faglig ledelse. Torjesen (2007) hevder på grunnlag av dette at sykepleierne stod sterkere rustet i forhold til å innføre ideer fra NPM. Dette kan i mange situasjoner føre til at de viser tegn på å være mer resultat-, innovasjons-, fornyelses- og serviceorientert, og ha større lojalitet i forhold til helseforetakenes overordnede ledelse (Fjeldbraaten 2010).

Samtidig med den sterke økonomiske styringen, innebærer ledelse av sengeposter et fagansvar for sykepleietjenesten. En av sykepleielederens viktigste oppgave er å tilrettelegge for trygg pasientbehandling med kvalitetsmessig høy standard. For å oppnå dette må lederen lykkes i å rekruttere og beholde en kompetent sykepleiestab, og skape en kultur hvor gode prestasjoner og resultater blir et felles mål. Sykepleieleidelsen må bidra til strukturer og prosesser som gjør det mulig å tilby omsorg av høy kvalitet, som også er effektiv og virkningsfull. Det kan se ut til at økonomi og administrative hensyn tar stadig større plass for ledere, og mange vil hevde at

økonomiske krav overskygger andre og viktige deler av ledelse i helsevesenet. Institute of Medicine (IOM) setter fokus på sykepleieledelse gjennom følgende uttalelse:

Strong leadership is critical if the vision of a transformed health care system is to be realized. To play an active role in achieving this vision, the nursing profession must produce leaders throughout the system, from the bedside to the boardroom. These leaders must act as full partners with physicians and other health professionals, and must be accountable for their own contributions to delivering high-quality care while working collaboratively with leaders from other health professions (IOM 2010).

Institute of Medicine hevder det er en forutsetning at det er et likeverdig samarbeid hvor respekten for andre helseprofesjoner er ivaretatt. Det kommer tydelig frem fra sitatet over et ønske om tverrfaglig samarbeid, hvor det skal være et felles mål å tilby høy kvalitet på helsetjenesten. For å nå dette målet må ledere være ansvarlige for eget bidrag i tjenesten, samtidig som de samarbeider med ledere fra andre profesjoner.

2.6 Kvalitet og pasientsikkerhet

Kvalitet og pasientsikkerhet er hyppig brukte begreper i spesialisthelsetjenesten, og dreier seg om viktige aspekter ved god pasientbehandling.

Pasientsikkerhet har fått massiv fokus de senere år, og spesielt etter at *Institute of Medicine* (IOM) i år 2000 publiserte rapporten "To err is human: building a safer health system". Denne rapporten estimerte at medisinske feil som er mulig å forebygge utgjør mellom 44 000 til 98 000 årlige dødsfall i USA (IOM 2000). Etter at denne rapporten ble publisert, ble det satt fokus på å gjøre helsetjenestene tryggere i USA, og det spredte seg en bevissthet rundt pasientsikkerhet til resten av verden. Fra internasjonale undersøkelser kan det tyde på at det forekommer uønskede hendelser og feil i om lag 10 % av pasienter innlagt i sykehus, og at trolig halvparten av disse feilene er mulig å forebygge (Vries et al. 2008). Det kommer også frem at omlag halvparten av alle rapporterte feil skjer i forbindelse med operasjoner og legemiddeladministrering (Vries et al. 2008). Barker et al. (2002) viser i sin studie at feil ved legemiddelhåndtering skjer i ett av fem tilfeller. Lite tyder på at norske tall skal skille seg vesentlig fra dette (Hjort 2004).

Med bakgrunn i forskning på pasientsikkerhet, har det kommet flere anbefalinger om endringer. Et av hovedmålene har vært å gjøre helsetjenesten bedre sett fra pasientens ståsted, og dette var et hovedtema i NOUen ”Pasienten først - Ledelse og organisering i sykehus” fra 1997. Utgangspunktet som ble trukket frem var velferdsstatens grunnleggende verdier om likeverd, rettferdighet og solidaritet (Sosial- og helsedepartementet 1997). En ny pasientrettighetslov trådte i kraft fra 2001 og ga pasienten blant annet rett til å velge sykehus på samme behandlingsnivå. I tillegg til innføringen av innsatsstyrt finansiering og nye prinsipper for ledelse, har det altså kommet nye lover som klargjør og styrker pasientrettighetene.

Hensikten bak de store reformene har vært å øke produktivitet, styrke pasientens rettigheter, få kontroll på kostnader, redusere ventelister og øke kvalitet. Likevel er det mange som mener at det økonomiske fokuset har blitt overskyggende, og at pasientsikkerhet og kvalitet ikke blir godt nok ivaretatt. Regjeringen har i sin Stortingsmelding ”Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015” beskrevet at helsetjenestene skal være effektive, trygge og tilgjengelige innen akseptable ventetider (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). I denne stortingsmeldingen bruker regjeringen samme definisjon på pasientsikkerhet som Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: ”Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser” (Helse- og omsorgsdepartementet 2011, Kunnskapssenteret 2012).

Regjeringen har det siste året satt et spesielt fokus på pasientsikkerhet gjennom sin pasientsikkerhetskampanje ”I trygge hender”. Kampanjen skal gjennomføres i spesialist- og primærhelsetjenesten i perioden 2011-2013, og har tre hovedmål:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Pasientsikkerhetskampanjen har ni utvalgte innsatsområder, og flere områder omhandler sykepleietjenesten direkte, som for eksempel infeksjon ved sentralt venekateter, fall og urinveisinfeksjoner.

Kvalitetsbegrepet er ikke så avgrenset som pasientsikkerhet, og blir derfor vanskeligere å måle. ISO 9000 sin definisjon på kvalitet er følgende: ”Helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstillte uttalte og underforståtte behov” (NS-EN ISO 9000, 2005). Kvalitet henger sammen med i hvilken grad egenskapene oppfyller forventninger og krav. Kvalitet innenfor helsetjenesten blir derfor ikke en objektiv størrelse, da det avhenger om standard som tilbys tilfredsstiller krav som stilles fra brukeren. Man kan si at begrepet kvalitet omfatter pasientsikkerhet, men at det i tillegg rommer langt mer.

I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten ”...og bedre skal det bli!” ønsker man å gå fra kvalitetssikring til kontinuerlig utvikling og forbedring, og dermed sette brukeren i sentrum (Sosial- og helsedirektoratet 2005). I denne strategien formuleres 6 bærebjelker for god kvalitet for helsetjenesten, og direktoratet forsøker ved hjelp av elementene å gjøre kvalitetsbegrepet mer meningsfylt.

De 6 bærebjelkene som er formulert innebærer at tjenester av god kvalitet:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

(Sosial- og helsedirektoratet 2005).

For å nå dette målet ble det foreslått følgende innsatsområder: Styrke brukeren, styrke utøveren, forbedre ledelse og organisasjon, styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene og følge med og evaluere tjenestene (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Arbeidet har fortsatt etter 2005 og Regjeringen har i 2012 kommet med en egen Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet.

Det har blitt utført stadig mer forskning som forsøker å gjøre måling av kvalitet mulig, og en av de mer konkrete utfallene har vært å utvikle kvalitetsindikatorer. En indikator er ingen helhetlig måling av kvalitet, men et mål på en liten bit som en mener kan si noe om helheten. I helsetjenesten er kvalitetsindikatorer målbare

størrelser som skal brukes til å si om helsetjenesten er i samsvar med beste tilgjengelige kunnskap, og om tiltaket gir helsegevinst (Rygh et al. 2010).

Mange mulige indikatorer har blitt foreslått, og Van den Heede et al. (2007) har identifisert flere "*Patient Outcomes Sensitive to Nursing Care*". Det er nå utviklet kvalitetsindikatorer som er sensitive for sykepleiens kvalitet, og eksempel på slike sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer er: Fall, liggesår, nosomiale infeksjoner og mortalitet (Van den Heede et al. 2007).I

Kvalitet og pasientsikkerhet er som vist i gjennomgangen over tett knyttet sammen, men inneholder ulike aspekter. Pasientsikkerhet er å oppnå vern mot unødig skade, mens kvalitet er et bredere begrep som også innbefatter krav og forventninger hos brukeren. Det vil være rom for å hevde at både politikere, profesjonene i helsevesenet og brukere ønsker å få best mulig kvalitet på behandlingen til en billigst mulig penge. Sykepleie er den største profesjon i spesialisthelsetjenesten, og der andre profesjoner leverer deltjenester, er sykepleie i en særstilling på kontinuerlig tilstedeværelse, koordinering og oppfølging. Mye tyder derfor på at kvalitet på sykepleien utgjør en sentral rolle for utfallet til pasienter med tanke på behandlingsresultater.

2.7 Sentrale elementer fra litteraturgjennomgangen

Det er sykepleiens kjernefunksjoner som holder faget adskilt fra andre disipliner, og disse oppgavene har vært sykepleiens rolle helt siden Nightingale (1860) beskrev at sykepleie omhandler den syke selv og den sykes opplevelse av sykdommen, og ikke sykdommen primært. Sykepleiere er kontinuerlig tilstede på sengeposter, og har derfor en avgjørende rolle i koordinering og helhetlige pasientforløp.

Gjennom utviklingen vi har sett siden, har det skjedd en enorm medisinsk utvikling. De siste 15 årene har det vært gjennomført flere omfattende reformer og lovendringer i den norske helsetjenesten som innebærer endret organisering, finansiering og ledelsesmodell for sykehusene. Disse reformene har uten tvil hatt stor innflytelse på hvordan sykepleietjenesten har måttet tilpasse seg nye strukturer.

Sykepleiere skal hjelpe pasienter til å ivareta sine grunnleggende behov, men har også fått delegert stadig flere oppgaver fra legene, som medikamenthåndtering, smertelindring og diverse behandlinger og prosedyrer. Innføringen av enhetlig ledelse har også endret sykepleieres ledelse av eget fag.

Sykepleiens arbeidsbetingelser kan tenkes å ha stor innvirkning på hvordan kvalitet og pasientsikkerhet blir ivaretatt på sengeposter. En kultur hvor gode prestasjoner og resultater blir et felles mål kan kun oppnås om sykehusledelsen etablerer strukturer og prosesser som gjør det mulig å tilby omsorg av høy kvalitet, som også er effektiv og virkningsfull. Det må med andre ord systemiseres og iverksettes tiltak som kan medvirke til et helhetlig kvalitetssystem for helsepersonell.

Flere sykehus i USA har med bakgrunn i dette og ved hjelp av forskning forsøkt å identifisere hvilke faktorer som kan være viktige for å fremme god kvalitet på sykepleie. Også i Norge er det flere steder et ønske om å utarbeide et helhetlig kvalitetssystem for sykepleietjenesten. Jeg har derfor valgt å bruke et rammeverk for et slikt helhetlig kvalitetssystem for sykepleietjenesten gjennom akkrediteringsmodellen Magnet. Dette vil bli presentert i kapittel 4, men først ønsker jeg å gjennomgå mine metodiske valg for oppgaven.

3.0 Metode

I all forskning er valg av metode avgjørende for å kunne gi valide svar på en gitt problemstilling. Metode utgjør en bro mellom teori og empiri, og bestemmer hvordan data skal innhentes, bearbeides og analyseres. Det er selve problemstillingene som avgjør hva som er den beste metoden for å kunne gi svar, og i dette kapitlet vil jeg presentere de valg jeg har gjort når det gjelder metode og design.

3.1 Valg av metode

Valg av metode henger nøye sammen med hva man ønsker å oppnå mer kunnskap om. I samfunnsvitenskapelig metode er det vanlig å gjøre et skille mellom to hovedtilnærminger, nemlig *kvalitativ* og *kvantitativ* datainnsamling (Dalland 2012). Kort sagt gjør man i kvalitativ metode en innsamling av data i form av tekst, mens man i kvantitativ metode samler data som tallfestes. For å kunne gi svar på mine problemstillinger har jeg valgt å bruke en kvantitativ metode med bruk av allerede innhentede data fra et spørreskjema. Jeg hadde ikke tilgang på resultatene da problemstillingene ble utformet, men jeg så ut fra spørsmålene i surveyen at det ville gi meg muligheter å utforske disse hvis jeg fikk tilgang på data fra Kunnskapssenteret.

Ut fra problemstillingene kommer det frem at jeg ønsket å analysere sykepleiernes egenrapportering av arbeidsbetingelser og vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet, og valget falt derfor på en kvantitativ metode. Jeg var interessert i responsen fra større grupper innad i Oslo universitetssykehus, ikke enkeltpersoners respons, og heller ikke en utforskende dybdekunnskap fra noen få respondenter. I oppgaven presenteres resultater fra en spørreundersøkelse som allerede var utført, med sykepleiere ved somatiske sykehus som målgruppe. Jeg hørte om undersøkelsen, og fikk vite at det var mulig å få tilgang til data om jeg hadde en klar bestilling på hvilke variabler jeg ønsket. Jeg formulerte derfor mine tre problemstillinger, og kontaktet prosjektleder Ingeborg Strømseng Sjetne ved Kunnskapssenteret for å hente ut de spesifikke data jeg var ute etter.

Fordelen med kvantitativ metode er at det er mulig å undersøke mange enheter og et stort utvalg av respondenter (Dalland 2012). En spørreundersøkelse, eller *survey*,

bruker et standardisert spørreskjema hvor man stiller de samme spørsmålene til alle personene i utvalget, og hvor det er vanlig å tilby respondentene svaralternativer som ber dem vurdere sine svar på en skala. Dette gjør det mulig å gruppere svarene og bruke ulike analyser for å kunne si noe om et stort utvalg. Ved å stille samme spørsmål til hele utvalget forsøker forskeren på en objektiv måte å samle inn informasjon om følelser, holdninger, motiver og opplevelser blant respondentene i utvalget (Dalland 2012). En kan også finne ut hvordan et utvalg av respondenter vurderer ulike forhold og finne ut hvordan fordelingen spres og hvor mange som krysser av på de ulike svaralternativene. En er med andre ord mer interessert i responsen fra hele gruppa eller visse undergrupper, mer enn besvarelsen fra et enkelt individ (Gall, Gall & Borg 2003).

En survey gir respondenten mulighet til å gi en anonym besvarelse, og med dette forsøker en å få utslørte og ærlige svar som kunne være vanskelig i et intervju. Det oppnås mulighet for å få store tallmaterialer som kan analyseres ved bruk av ulike statistiske metoder. Surveyen er også ressurs sparende, da en kan samle inn data fra mange respondenter på kort tid, og det ville være tilnærmet umulig å foreta intervju med et så stort antall respondenter. Med en survey er det ofte begrenset hvor mange variabler en kan trekke inn, og det er derfor ikke mulig å få samme dybdekunnskap som med kvalitativ metode. En svakhet som gjelder spørreskjemaer generelt, er at de tvinger respondentene til å svare på spørsmål de ikke vet noe om, kan være usikre på, eller har misforstått (Gall, Gall & Borg 2003).

3.2 Surveyen PePSi

PePSi bygger i stor grad på den internasjonale surveyen *RN4CAST*, hvor alle land brukte samme fremgangsmåte og de samme spørreskjemainstrumentene (Kunnskapssenteret 2011). Den norske versjonen hadde få muligheter til å endre på spørsmålene og spørreskjemaet var derfor meget omfattende.

Spørsmålene i PePSi er mange, og det har vært helt nødvendig for meg å avgrense hvilke spørsmål fra undersøkelsen som har vært relevante for å svare på mine problemstillinger. Jeg har konsentrert meg om del A: ”Om jobben din”, del B: ”Kvalitet og sikkerhet”, og del C: ”Om vekten du sist hadde ved sykehuset”.

Del D: ”Om deg” inneholder demografiske data knyttet til respondentene.

Surveyen PePSi er strukturert, med svaralternativer på alle spørsmål, og ligger vedlagt i sin helhet som vedlegg 1. Undersøkelsen var en tverrsnittsundersøkelse, utført høsten 2009 ved norske sykehus (Kunnskapssenteret 2011). Surveyen ble altså foretatt på ett bestemt tidspunkt, til forskjell fra en longitudinal studie som gjøres over tid. For min problemstilling er en tverrsnittsundersøkelse en god metode, da det gir respondentenes beskrivelse på ulike sykehus på eksakt samme tidspunkt. Jeg kan dermed si at høsten 2009 vurderte norske sykepleiere sine arbeidsbetingelser slik som resultatene viser. Analysen forenkles ved at alle respondentene svarte samtidig, da det ikke har vært noen eksterne variabler som endret seg gjennom studien.

I en survey må spørsmål og svar være relevante, enkelt formulert og entydige (Johannessen 2003). Siden surveyen var en del av det multinasjonale prosjektet *RN4CAST*, var spørreskjemaet omfattende, og jeg har derfor valgt å konsentrere meg om et utvalg av de spørsmål som kan bidra til å gi svar på mine problemstillinger.

I PePSi er det utdrag fra flere validerte verktøy som har vært mye brukt tidligere, og surveyen inneholder spørsmål fra verktøy som The Nursing Work environment Index Revised (NWI-R), Maslach Burnout inventory (MBI) og Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC). I min besvarelse har jeg konsentrert meg om spørsmål tilknyttet NWI-R da det er dette verktøyet som forsøker å utforske egenrapporterte vurderinger av arbeidsbetingelser.

Med bakgrunn i at de samme spørsmålene er besvart av sykepleiere i mange europeiske land, kan en sammenligne resultatene internasjonalt. Dette har jeg ikke ønsket å gjøre i min oppgave, men det gir meg større mulighet til å anvende internasjonal forskning som bakgrunn i oppgaven.

3.3 Utvalg

Surveyen Personell og Pasientsikkerhet (PePSi) er en del av en multinasjonal tverrsnittsundersøkelse, som høsten 2009 ble distribuert til sykepleiere på 302 poster ved 35 norske sykehus (Kunnskapssenteret 2011). Resultatene omfattet respondenter

som jobbet ved intensiv- og overvåkningsposter (n=1703) og generelle kirurgiske og medisinske sengeposter (n=3752) (Kunnskapssenteret 2011).

Jeg har sett meg nødt til å begrense min analyse til å omfatte generelle sengeposter. Surveyen ble også foretatt på spesialavdelinger som intensiv, postoperativ og overvåkninger, men disse har jeg utelatt av flere grunner. Det er stor forskjell på bemanning og arbeidsoppgaver på slike spesialavdelinger sammenlignet med generelle sengeposter. Størstedelen av sykepleierne som arbeider der vil ha videreutdanning innen sykepleie, lengre erfaring som sykepleier, og bemanningen er høyere per pasient. Siden spesialavdelinger har helt andre karakteristika og rammevilkår enn sengeposter, har jeg valgt å utelate data fra slike avdelinger.

Videre har jeg valgt å fokusere på resultater fra de fire behandlingsstedene som utgjør dagens Oslo universitetssykehus HF, men i noen tilfeller har jeg valgt å sammenligne resultatene med resten av landets sykehus for å kunne vise til hvordan OUS sine resultater utpeker seg i forhold til landsgjennomsnittet.

Antall respondenter for landet som helhet er 3752, og i Oslo universitetssykehus var det 504 respondenter. Dette inkluderer:

- Aker sykehus (n=88)
- Ullevål sykehus (n=221).
- Rikshospitalet, RH (n=133)
- Radiumhospitalet, DNR (n=62)

Størrelsen på utvalget er relativt stort, og dette gir meg solide tall og representative funn på sykehusnivå. På et par spørsmål har jeg brutt ned analysen til å omfatte kun ett sykehus og deretter delt opp på type vakt. I disse tilfellene vil utvalget bli lavere, så her hersker en grad av usikkerhet i funnene.

Svarprosenten kan også påvirke representativiteten i slike surveyer. Spørreskjemaet ble distribuert i papirform og utlevert til 9548 sykepleiere. Svarprosenten i surveyen som helhet var 57, og ved OUS var svarprosenten ved Aker, Ullevål og Radiumhospitalet rundt landsgjennomsnittet, mens svarprosenten ved Rikshospitalet var lavere med 48,7.

3.4 Måleverktøy

I PePSi er det inkludert spørsmål fra flere validerte verktøy. Jeg vil kun gå gjennom NWI-R, da det er dette verktøyet jeg har brukt resultater fra. NWI-R er en forkortelse for The Nursing Work environment Index –Revised. Verktøyet er utviklet siden 1980-årene i USA, men i de senere år er det også blitt brukt i Europa (Aiken & Patrician 2000). NWI-R har opprinnelig 57 spørsmål som måler ulike sider av arbeidsmiljø ved respondentens arbeidssted. NWI-R dekker mange viktige områder ved sykepleiernes praksisvilkår, og er bygd opp slik at ulike spørsmål kan grupperes inn i ulike subkategorier.

I min analyse tar jeg utgangspunkt i den norske versjonen av NWI-R, hvor Sjetne, Tvedt & Squires (2011) har oversatt NWI-R til norsk og validert verktøyet. I denne versjonen er subkategoriene justert noe fra den amerikanske kategoriseringen for å være bedre tilpasset norske forhold.

Med alle metodevalg er det fordeler og ulemper. Det er i surveyen PePSi en utbredt bruk av en 4-punkts Likert skala. En Likert skala er mye brukt når man ønsker å indikere i hvilken grad respondenten er enig eller uenig i et utsagn. Ved å bruke en 4-punkts skala gir en ikke respondentene mulighet til å svare nøytralt, men tvinger dem til å velge side. Dette var slik surveyen var ønsket fra internasjonalt hold, så dette valget har vært utenfor min kontroll. Ulempen med å ikke åpne opp for et nøytralt svaralternativ er at en lettere kan få ekstreme svar ved at mange ellers ville svart nøytralt. Fordelen er at en tvinger respondenten til å velge side slik at det ikke blir en stor mengde nøytrale besvarelser.

Det er svært sannsynlig at egenskaper ved ansettelsesforholdet, som for eksempel stillingsprosent, arbeid utover avtalt timetall, overtid og andre faktorer, medvirker til hvordan arbeidsbetingelser og kvalitet blir vurdert. Jeg har likevel valgt å se bort fra disse egenskapene ved arbeidsforholdet, og konsentrert meg om spørsmål som ber sykepleierne selv beskrive sine opplevde arbeidsbetingelser og arbeidsmiljø.

3.5 Analyser

I de statistiske analysene har programmet SPSS versjon 15 blitt brukt, og i dette arbeidet har jeg samarbeidet tett med Prosjektleder Ingeborg Strømseng Sjetne som er sykepleier og forsker ved Kunnskapssenteret. Vi har hatt flere møter der jeg har fått tilgang til datasettet fra PePSi med henne ved min side.

I denne oppgaven blir det først presentert statistikk basert på resultater fra PePSi ved Oslo universitetssykehus. Jeg vil presentere viktige demografiske data ved respondentene, og deretter presentere beskrivende statistikk på forhold ved arbeidsplassen, arbeidsbetingelser, kvalitet på pasientbehandling samt bemanning.

Neste skritt har vært å sammenligne resultater ved hjelp av statistiske analyser. I dette arbeidet har jeg anvendt vanlige tester som T-test, ANOVA og Bonferroni.

Avslutningsvis har jeg ønsket å se på en mulig samvariasjon mellom arbeidsbetingelser og opplevd kvalitet/pasientsikkerhet i funnene fra PePSi. Det har aldri vært meningen å påvise kausale relasjoner, eller en årsak-virkning mekanisme. For å kunne si om det er kausalitet, stilles det strenge krav til isolasjon, samvariasjon og temporalitet (Bollen 1989). For å kunne oppfylle isolasjonskriteriet, må variablene X og Y være isolert fra all annen påvirkning. Dette vil ikke være tilfelle i min survey, og jeg ønsker derfor ikke å forklare kausalitet, men se om det er en grad av samvariasjon hos respondenter på ulike sykehus.

Jeg har valgt å bruke et teoretisk rammeverk for analyse og diskusjon av resultater. Magnet-modellen som presenteres i kapittel 4 har gitt meg mulighet til å sette resultatene inn i en større sammenheng, hvor modellen gir forklaring på sammenhenger ut fra forskningsbasert kunnskap fra store internasjonale studier. Modellen ble utviklet for å sammenfatte og systematisere ulike elementer som viste seg å være tilstede på institusjoner som hadde gode empiriske resultater på viktige kvalitetsaspekter, og bruken av modellen i analysen min gir nye perspektiver på hvorfor de ulike resultatene i Oslo universitetssykehus viser en samvariasjon mellom arbeidsbetingelser og kvalitet.

3.6 Etiske aspekt

Personvern og anonymitet er ivaretatt gjennom hele prosessen for denne oppgaven. Prosjektet PePSi er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) med prosjektnummer 22537.

Som det fremgår av spørreskjemaet PePSi (Vedlegg 1) hadde hvert skjema et nummer ved innsamlingen som viste hvilken post svaret kom fra, men ikke hvilken person som svarte. Registrering og behandling av datasettet fra spørreskjemaene har vært håndtert på Kunnskapssenterets sikre sone, og kun personell med nødvendige tillatelser og taushetsplikt har hatt tilgang til det fulle datasettet. Alle resultater som formidles fra undersøkelsen i denne oppgaven er anonyme, og datasettet har gjennom hele prosessen blitt oppbevart og håndtert av Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten. Jeg har ikke hatt noe av datamaterialet på min PC som kan føres tilbake til respondentene, og alle mine data har vært aggregert på sykehusnivå og behandlingssted. Prosjektet er gjort i tett samarbeid med Kunnskapssenteret, hvor jeg har valgt ut hvilke aggregerte resultater jeg har ønsket, og deretter hatt prosjektleder Ingeborg Strømseng Sjetne ved min side i Kunnskapssenterets lokaler for å hente ut resultater. Ingen personopplysninger eller annet som kan spores tilbake til respondentene har kommet utenfor Kunnskapssenterets database.

3.7 Svakheter ved undersøkelsen

I undersøkelsen PePSi og min analyse har jeg identifisert noen svakheter som jeg ønsker å belyse. Svarprosenten var lav generelt sett, med 57 % på landsbasis, og behandlingsstedene i OUS enda lavere, med Rikshospitalet 48,7 %, Aker 55,7 %, Ullevål 56,6 % og Radiumhospitalet 56,9 %. Den lave svarprosenten er derfor en svakhet ved PePSi som gjør funnene mindre valide enn om det var høyere svarprosent.

Spørreundersøkelsen gir resultater som ikke er av objektiv art. Det er subjektive vurderinger som blir gjort ut fra den enkelte sykepleier, og dette kan påvirkes av faktorer i den enkeltes hverdag, samt egne standarder for blant annet syn på kvalitet.

Spørsmål som ble benyttet i PePSi er basert på den internasjonale undersøkelsen RN4CAST, og kun små endringer var tillatt fra prosjektgruppen internasjonalt. Dette betyr at spørreskjemaet ble langt og omfattende, og respondentene kan ha blitt overveldet over tiden det tok å besvare surveyen, og kan i noen tilfeller ha ført til en trøtthet i besvarelsene som har påvirket svarene.

Kvalitetsaspektet er, som vist i bakgrunnskapittelet, vanskelig å måle. Det er sannsynlig at det hersker ulik oppfatning rundt hva som kjennetegner god kvalitet, både på tvers av ulike sykehus i tillegg til en individuell variasjon. Noen respondenter kan ha høyere krav til faglig standard enn andre, og derfor vurderer strengere.

Det kan også være en avgjørende faktor at sykepleiere på Aker var midt inne i en svært usikker fase, hvor mye var uklart rundt sykehusets fremtid høsten 2009. Man kan ikke se bort fra at det rådet mer usikkerhet, oppgitthet og mistriivsel på Aker da undersøkelsen ble gjort sammenlignet med hva sykepleiere ville svart ved et annet tidspunkt.

Den store variasjonen i type sykehus vil også medføre at analysene inneholder potensielle feilkilder. Det er mange årsaker til hvorfor resultatene på ulike sengeposter skiller seg som de gjør. Dette kan dreie seg om forhold som type pasientgruppe og kompleksitet på sengeposter. Det er blant annet stor bruk av intermediærsenger på sengeposter på Rikshospitalet, mens dette er mindre utbredt på de andre behandlingsstedene. Ser en på bemanning på en enkelt vakt, vil det derfor være mer naturlig at Rikshospitalet scorer høyere enn andre sykehus på dette punktet.

Selv om alle behandlingsstedene i OUS hadde status som universitetssykehus før fusjonen, hadde Aker likevel en overveiende andel lokalsykehusfunksjoner, Rikshospitalet-Radiumhospitalet nesten utelukkende lands- og regionsfunksjoner og Ullevål en miks av både lands-/regionsfunksjoner og lokalsykehusfunksjoner. For landet for øvrig er det en enda større forskjell på kompleksitet, og både private sykehus og rene lokalsykehus er inkludert i dette materialet.

4.0 Rammeverk: Magnet-modellen

Det er mye som tyder på en tett sammenheng mellom sykepleiens bidrag i helsetjenesten og kvalitet på pleie og behandling. Gjennom min tredje problemstilling, har jeg satt som mål å analysere om det kan foreligge en mulig samvariasjon mellom arbeidsbetingelser og vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet i mine resultater. En akkrediteringsmodell fra USA, den såkalte Magnet-modellen, har vakt internasjonal oppmerksomhet de senere år, med lovende resultater fra forskningen som er knyttet opp til den. Jeg ønsker derfor å bruke denne modellen som et rammeverk for min diskusjon rundt en mulig samvariasjon av arbeidsbetingelser og vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet. Den fungerer både som en eksemplifiserende modell og som en hjelp til fortolkning av resultater.

Bakgrunnen for arbeidet med å utvikle modellen startet tidlig på 1980-tallet, da det hersket stor sykepleiermangel i USA. Det var en tid hvor det var svært vanskelig å rekruttere og beholde sykepleiere ved de fleste sykehus, men det viste seg at noen amerikanske sykehus lyktes godt gjennom denne sykepleiermangelen og klarte å beholde de gode sykepleierne. Disse sykehusene ble også oppfattet som gode behandlingsinstitusjoner og kunne vise til gode pasientresultater (McClure et al. 1983). Sykehusene som ble identifisert fungerte med andre ord som en *magnet* på å tiltrekke seg dyktige sykepleiere, og dette er bakgrunnen for begrepet ”Magnet hospitals”. I dette kapittelet vil jeg først presentere Magnet-modellen, og deretter vise til studier som har evaluert modellen og dens elementer. Til slutt vil jeg vurdere hvordan denne modellen kan relateres til kvalitetsforbedring i norske sykehus.

4.1 Magnet-modellens tidlige historie

Magnet-sykehus er etter hvert blitt et velkjent begrep i USA, med økende internasjonal anerkjennelse. Gjennom akkrediteringsordningen med Magnet, har amerikanske sykehus fått fokus på at det er viktig å satse på god sykepleie, både for å oppnå gode pasientresultater og for å vise til bedret økonomi for sykehuset. Sykehus som er akkreditert som *Magnet hospitals* hevder å være sykehus med fremragende pasientresultater, særdeles god sykepleie til pasientene og for å være gode arbeidssteder for sykepleierne (ANCC 2012a).

Selve modellen har blitt utviklet over tid og er i stadig endring. Den har sin opprinnelse fra 1981, da American Academy of Nursing (AAN) startet et prosjekt for å se på hva som kjennetegnet de sykehusene som fortsatt klarte å tiltrekke nok sykepleiere gjennom en tid med stor sykepleiemangel. I den originale Magnetstudien fra 1983, *"Magnet Hospital: Attraction and Retention of Professional Nurses"*, ble det utført et grundig arbeid hvor en forskergruppe identifiserte ulike faktorer som var til stede på de institusjonene som klarte å rekruttere og å beholde dyktige sykepleiere (McClure et al. 1983). En evaluering av kjennetegn på amerikanske sykehus endte opp med 41 sykehus som utmerket seg spesielt. Sykehusene ble identifisert etter en grundig prosess, hvor en så på kvalitet på utført sykepleie, tiltrekning, turnover og tilfredshet blant sykepleiere, samt sykehusets statistikker (Kramer & Schmalenberg 2005). Sykehusene som ble valgt ut hadde rykte for å være gode steder å jobbe, og kvaliteten på sykepleien til pasientene var høy.

Betegnelsen *Magnet* ble valgt for å vise til det faktum at disse sykehusene greide å tiltrekke seg og beholde sykepleiere bedre enn andre sykehus. De fungerte som en magnet på sykepleiere, men kunne i tillegg vise til gode pasientresultater.

McClure (2005) beskriver dette slik:

Simply stated, these were good places for all employees to work (not just nurses) and these were good places for patients to receive care. The goal of quality was not only stated in the mission of these institutions but it was lived on a daily basis

(McClure 2005, s.199).

Gjennom den originale Magnetstudien ble det foretatt en grundig gjennomgang av de faktorer som ble identifisert som viktige, med omfattende intervjuer av både sykepleiere og sykepleieledere ved sykehusene (McClure et al. 1983). Institusjonenes fokus på sykepleie ble fremhevet som avgjørende fra forskningsgruppen, og det beskrives på denne måten av McClure, over 20 år senere:

In the original study, we found that all these settings had a commonality: their corporate cultures were totally supportive of nursing and of quality of patient care. What we learned was that this culture permeated the entire institution. It was palpable and it seemed to be almost a part of the bricks and mortar

(McClure 2005, s.199).

På bakgrunn av gjennomgangen til McClure et al. (1983), fant forskergruppen frem til flere karakteristika som var til stede og som kjennetegnet de 41 virksomhetene. Man utformet med bakgrunn i dette 14 ”forces of magnetism”, de magnetiske kreftene.

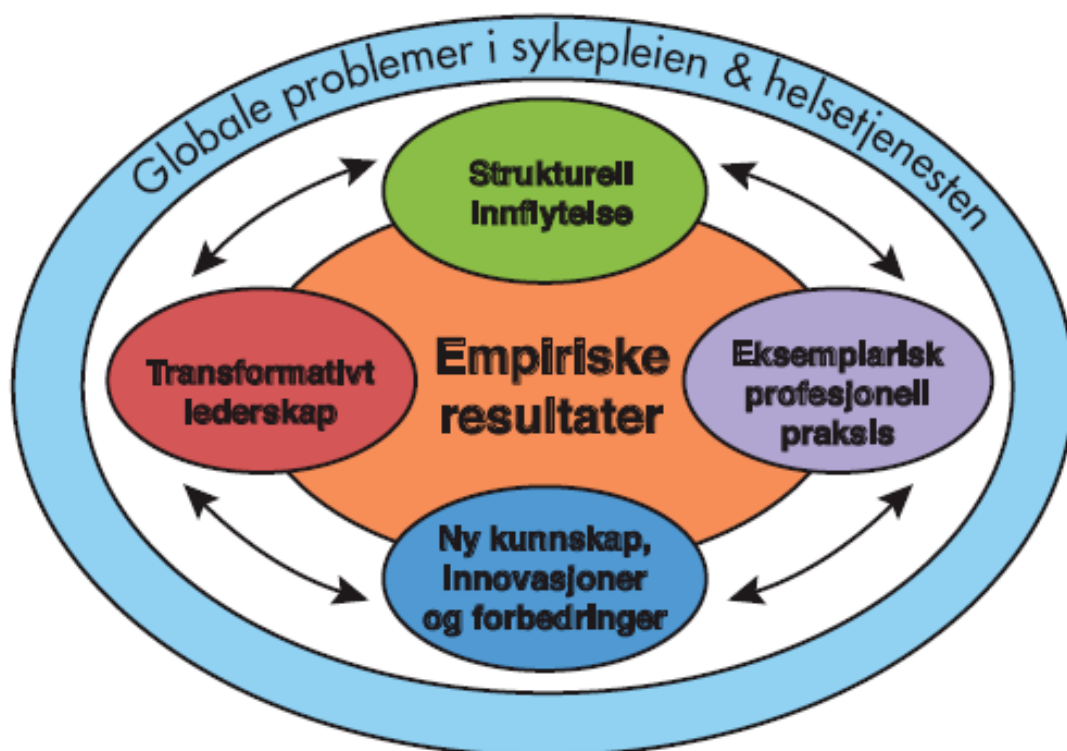
De opprinnelige 14 ”magnetiske kreftene” i Magnet modellen var:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1) Kvalitet på sykepleieledelse | 8) Ekspertkunnskap og andre ressurser |
| 2) Organisasjonsstruktur | 9) Autonomi |
| 3) Lederstil | 10) Lokalsamfunn og sykehuset |
| 4) Personalpolitikk og utviklingsprogrammer | 11) Sykepleiere som undervisere |
| 5) Modell for profesjonell praksis | 12) Sykepleiens omdømme |
| 6) Kvalitet på omsorg/helsehjelp | 13) Tverrfaglig samarbeid |
| 7) Kvalitetsforbedring | 14) Faglig utvikling |

På hver av disse ”magnetiske kreftene” ble det utarbeidet et sett av underpunkter som operasjonaliserte og utdypet hva punktene innebar.

4.2 Elementene i Magnet-modellen

Magnet modellen er i konstant utvikling, og i 2007 ble de ”magnetiske kreftene” gruppert i fem kjerneområder og satt inn i denne Magnet®-modellen (illustrasjon 1):



Magnet-modellen inneholder fem kjerneområder:

1) Transformativt lederskap er en av forutsetningene i Magnet-modellen, da den fremmer modellens mål med en ledelse som ivaretar visjoner, verdier, klinisk kunnskap og fagekspertise (McClure et al. 1983). Magnet har fokus på den transformative lederstil, og det sies blant annet at:

It is relatively easy to lead the people where they want to go; the transformational leader must lead people to where they need to be in order to meet the demands of the future (s. 5).

ANCC fremhever transformativt lederskap som et av de viktigste elementene i Magnet, og i modellen legges det spesielt vekt på sjefssykepleiers rolle og funksjon som den øverste leder for sykepleietjenesten. Det er avgjørende å ha en person i toppledelsen med sykepleierkompetanse, som skal styre sykepleietjenestens utvikling gjennom en sterk visjon og velformulert filosofi, og som har innflytelse sentralt i organisasjonen ved å rapportere direkte til Administrerende direktør (Larsen & Mørch 2009). Etter innføringen av enhetlig ledelse, ser dette punktet ut til å bli vanskelig å etterkomme i Norge. Dette viste også gjennomgangen til Larsen & Mørch (2009) hvor de så på om Magnet var mulig å innføre ved Rikshospitalet.

2) Strukturell innflytelse: I Magnetmodellen innebærer strukturell innflytelse at sykepleiere gis innflytelse i organisasjonen. Magnetsykehus skal ha strukturer og prosesser som sikrer deltagelse for sykepleiere på alle nivå i sykehusene. Organisasjonskartet skal vise en flat struktur, og det skal tilrettelegges for at beslutninger fattes på lavest mulig nivå. Sykepleieledere skal delta på alle nivåer i organisasjonen for å utvikle kvalitet på pasientbehandlingen, og fremme pasientforløp som er trygge, effektive og virkningsfulle. Organisasjonen skal også legge til rette for faglig læring, utvikling og karrieremuligheter; blant annet med å videreutdanne sykepleiere til spesialiserte sykepleiere med master og PhD-kompetanse.

3) Eksemplarisk profesjonell praksis. Det fremheves i magnet-modellen at det ikke er et mål i seg selv å etablere en sterk eksemplarisk profesjonell praksis, men det er resultatene som denne profesjonelle praksisen kan oppnå som er målet. Organisering av magnet-sykehus skal derfor ha strukturer som sikrer sykepleiere autonomi i

arbeidet, med betydelig kontroll over hvordan pleie skal ytes, basert på de individuelle behov og egenskaper som pasienten har (ANCC 2011). Sykepleiere skal sikres innflytelse på spørsmål rundt bemanning, turnusplanlegging, og være aktive deltagere i tverrfaglige samarbeidsfora. For å kunne nå målet om eksemplarisk profesjonell praksis inngår en kontinuerlig overvåkning av kvalitet ved bruk av kvalitetsindikatorer. Her ser vi en tett sammenheng til NPM-tankegangen, med fokus på måling og rapportering. Dette er et gjennomgående tema i Magnet-modellen.

4) Ny kunnskap, innovasjoner og forbedringer innebærer en integrering av kunnskapsbasert praksis og forskning i det kliniske arbeidet. Organisasjoner skal kunne vise til kontinuerlig utvikling av sykepleie og innovasjon i pasientbehandlingen. Magnet-sykehus skal kunne dokumentere at sykepleiere på alle nivå evaluerer og anvender publisert forskning i praksis, og jobbe for å fremme sykepleieforskning.

5) Empiriske resultater. I manualen til sykehus som skal akkrediteres som magnet-sykehus, etterspørres empiriske resultatmål. Som vi ser fra modellen, er Empiriske resultater uthevet som et grunnleggende punkt, som symboliserer at det må vises til empiriske resultater fra alle de andre fire områdene. Organisasjonene skal etablere et nullpunkt som utgangspunkt for målingene, og følge utviklingen over tid. Sykehusene må vise til en fremgang, og sammenlignes i tillegg mot nasjonale referanser. Data må leveres på blant annet pasienttilfredshet, mortalitet, og konkrete resultater på forbedringstiltak for sykepleietjenesten.

4.3 Akkreditering

Veien til å bli akkreditert som Magnet-sykehus beskrives som ”en reise mot gullstandard for sykepleie” (ANCC 2012b). For å bli akkreditert som Magnet, er det utarbeidet en rekke kriterier som må oppfylles, og disse består i dag av totalt 84 punkter. Søknadsprosessen innebærer i stor grad at komponentene og beviskildene skal *beskrives* og *demonstreres*. Gjennom denne prosessen kreves en dedikert og tydelig satsning, og prosessen frem til å bli akkreditert som Magnet Hospital blir ofte omtalt som en reise, ”The Magnet Journey to Nursing Excellence” (ANCC 2011). Formålet er at institusjonene skal skape og opprettholde en kultur som fremmer høy

sykepleiefaglig standard. Det faktum at sykehus som søker om akkreditering til ANCC må beskrive og demonstrere at de oppfyller kriteriene, gir rom for at virksomheter som er veldig ulike når det gjelder størrelse, sammensetning og organisasjonsmodeller kan utforme sin søknad på ulike vis. Veien til å bli akkreditert som Magnet-sykehus er arbeidskrevende og utfordrende, men institusjonene erfarer at reisen byr på innsiktsfull evaluering av egen virksomhet, og fremmer utvikling, samhold og personlig utvikling for sykepleietjenesten (ANCC 2011).

Drenkard (2011) påpeker at målet med å innføre prinsippene som ligger til grunn for magnet-tankegangen er å tilby høy kvalitet på sykepleien og trygg pasientbehandling, rekruttere og beholde en førsteklasses arbeidsstyrke, og skape en kultur for eksepsjonelt gode prestasjoner og resultater. Gjennom Magnet-modellen satses det på systematisk og målrettet vektlegging av faglig utvikling, ledelse og kunnskapsbasert praksis, og målet er at sykepleietjenesten skal føre til en gullstandard samtidig med at krav til effektivitet og produktivitet ivaretas (ANCC 2011). Der Joint Commission og ISO-sertifisering definerer et minstemål av kriterier, hevder Magnet-modellen at det er et bevis på "nursing excellence". ISO er med andre ord kun grunnmuren av Magnet, mens ANCC krever at man må sikre høyere sykepleiefaglige standard enn ISO for å få god kvalitet.

For å opprettholde sin status som Magnet-sykehus, må alle virksomheter gjennom en resertifisering hvert fjerde år. Dette krever at magnet-sykehusene må ha en kontinuerlig prosess, da det har vist seg at den beste måten å vedlikeholde standarden er å stadig jobbe mot forbedring (McClure 2005). For førstegangs søkere til Magnet-akkreditering, vil det fra ANCC legges mest vekt på komponentene: "Transformativt lederskap", "Strukturell innflytelse" og "Eksemplarisk profesjonell praksis". Ved resertifisering av virksomheter, vil "Ny kunnskap, innovasjon og forbedring", samt "Empiriske resultater" veie tyngst (ANCC 2011).

4.4 Forskning på Magnet-sykehus

Det foreligger nå en omfattende mengde forskning som tyder på at sykehus som er organisert etter Magnet-modellen oppnår bedre resultater sammenlignet med andre virksomheter. Modellen og en stor mengde forskning som er gjort på

arbeidsbetingelser for sykepleiere, hevder at sykehus kan oppnå både økonomisk balanse og bedret pasientsikkerhet ved å sette fokus på sykepleiernes særegne funksjon i pasientbehandlingen (Aiken et al. 1994, Aiken et al. 1999, Lashinger et al. 2001, Lake 2002, Tourangeau et al. 2006, Lundmark 2008, Kramer & Schmalenberg 1993, Kramer 1990, Kramer & Schmalenberg 2005).

Studier viser videre at sykehus som har gode vilkår for sykepleie, også kan vise til bedre resultater i pasientbehandlingen (Aiken et.al. 2008, Friese et al. 2008). For å vise til nytten av arbeidsforhold for den enkelte aktør i helsevesenet, kan følgende tabell demonstrere dette:

Tabell 1. Ulike aktørers nytte av Magnet-modellen

For pasienter:	For medarbeidere:	For virksomheten:
<ul style="list-style-type: none"> - Økt pasienttilfredshet - Lavere pasientdødelighet - Færre komplikasjoner (Trykksår, fall, UVI, postoperative luftveisinfeksjoner, smerter og "failure to resque") 	<ul style="list-style-type: none"> - Høyere grad av arbeidstilfredshet - Lavere turn-over - Mindre utbrenthet, stress, frustrasjon og generell misnøye - Bedre arbeidsmiljø - Bedre tverrfaglig samarbeid 	<ul style="list-style-type: none"> - Lavere kostnader, pga: - Lavere sykefravær - Færre komplikasjoner - Lavere turnover - Bedre effektivitet og utnyttelse av ressursene - Kortere liggetider

Sykepleien 2009

Tourangeau, Cranley & Jeffs (2006) har publisert en review-artikkel hvor de har trukket ut og sammenfattet sju kategorier som kan relateres til mortalitet: Sykepleierlege relasjoner og mortalitet, Sykepleierbemanning og mortalitet, lege karakteristika og mortalitet, Sykepleier erfaring og mortalitet, Sykepleier utdanning og mortalitet, sykepleiestøtte i klinikken og mortalitet, og sykepleieres arbeidsbetingelser og mortalitet. Konklusjonen etter å ha gått gjennom 15 primærstudier, var at det finnes en del motstridende funn, men at sykepleierbemanning og lege karakteristika er de sterkeste predikatorene for mortalitet (Touragneau, Cranley & Jeffs 2006).

Forskning på Magnet-sykehus viser en sammenheng hvor bedre arbeidsbetingelser for sykepleiere gir bedre pasientresultater og lavere mortalitet (Aiken, Smith & Lake

1994, Aiken 2000, Aiken 2005, Lake & Friese 2006). I en studie fra de tidlige Magnet-sykehusene, ble det funnet at 80 % av sykepleiernes jobbtilfredshet og 86 % av rekruttering og bibehold av sykepleiere var avledet fra å være i stand til å gi god kvalitet på pleie til pasientene (Kramer, Hafner & Hoerle 1988).

I en pasientsikkerhetsrapport fra 2004, understreket Institute of Medicine en sammenheng mellom sykepleie, pasientsikkerhet og kvalitet på behandling (IOM 2004). I denne rapporten påpeker IOM en særlig viktighet av organisasjonens administrative praksis, sterk sykepleieledelse og tilstrekkelig bemanning av sykepleiere for å tilby en god kvalitet på pasientbehandlingen (IOM 2004).

Magnet-sykehus har gjennom flere store undersøkelser vist seg å være organisasjoner som fremmer rekruttering og bibehold av sykepleiere. Hovedfunn fra studier på magnet fremhever viktigheten av et arbeidsmiljø preget av autonomi, tilstrekkelig bemanning samt effektivt og profesjonelt samarbeid med leger (Aiken et al. 2002).

Verktøyet som oftest blir brukt i studier som ser på arbeidsbetingelser for sykepleiere, er "The Nursing Work Index" (NWI) (Aiken & Patrician 2000). I en sammenfattende oppsummering av studier på Magnet-sykehusenes karakteristika målt ved NWI, viser Lundmark (2008, s.75) til følgende:

The evidence almost uniformly shows consistent positive relations between job satisfaction or nurse-assessed quality of care and the magnet characteristics measured by subscales of the NWI-R or PES-NWI.

Stordeur et al. (2007) hevder at organisatoriske karakteristika er nøkkelfaktorer i å beholde sykepleiere. De konkluderer med at noen sykehus blir oppfattet av sykepleiere til å være *healthier organizations*, og at en analyse av hva som gjør disse virksomhetene attraktive, kan bidra til å bedre sykepleiernes arbeidsbetingelser og dermed også kvalitet på pasientbehandlingen (Stordeur et al. 2007).

Fra brukere og myndigheter blir pasientsikkerhet og kvalitet på behandling et stadig viktigere satsningsområde. Kramer (2005) hevder at Magnet har vært en suksess, men mener at det med fordel kan utvides å omfatte også andre yrkesgrupper med hensikt å skape et totalt Magnet-miljø til pasientens beste.

4.5 Magnet-modellen i Norge

Magnet-modellen har sin utbredelse først og fremst i USA. Det finnes 395 Magnet-sykehus per desember 2012, og med unntak av tre sykehus i Australia, et i Singapore og et i Libanon, finner vi alle Magnet-sykehus i USA. En målsetning om å bli akkreditert som Magnet-sykehus er vanskelig å oppnå, og i USA utgjør Magnet-akkrediterte sykehus kun rundt 6,5 % av de over 6000 institusjonene (ANCC 2012a).

Ved norske sykehus er det mange tanker fra Magnet-modellen som enten allerede er innført eller som passer godt inn mot tankegangen fra NPM. Det er innført bruk av kvalitetsindikatorer, resultatmålinger og rapporteringer. Videre har New Public Management flere fellestrekk med Magnet, med fokus på målinger, registreringer, rapporteringer og empiriske resultater. Akkreditering er noe man ofte setter i forbindelse med NPM, siden det gir en synliggjøring av at organisasjoner tilfredsstillende bestemte krav. Den største forskjellen mellom norske og amerikanske sykehus med tanke på Magnet-akkreditering er kanskje opp mot eierform og organisering av sykehus og i hvilken grad sykehus konkurrerer mot hverandre. I USA er det en reell konkurranse mellom sykehus, hvor anerkjennelsen av å være et godt sykehus for sykepleiere er viktig, men også at status som Magnet-sykehus kan tiltrekke seg et større pasientgrunnlag. Amerikanske sykehus har ikke samme eier, slik situasjonen er i Norge. Det vil derfor ikke være like aktuelt med akkreditering for norske sykehus, og kanskje heller ikke ønskelig.

De ulike elementene i modellen, derimot, er alle kunnskapsbaserte og svært relevante i den norske helsetjenesten. Vi kan se at det er innført ulike resultatmålinger innenfor det norske helsevesenet, og eksempler på slike empiriske resultater er: Sykehusinfeksjoner, fall og fallskader, trykksår, og pasienttilfredshet. Den norske pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" har allerede satt stort fokus på dette.

I Norge har man også kommet langt i å innføre sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer. Slike mål benyttes i flere land for å vurdere kvalitet i sykehus, og dette gjør det mulig å sammenligne resultater mellom norske sykehus, og norske resultater opp mot internasjonale data. Sykepleiernes samarbeid i Norden (SSN) benytter begrepet sykepleiesensitive indikatorer i betydningen "Konkrete målepunkter som beskriver

vesentlige aspekter av kvalitet i sykepleietjenesten” (SSN 2009). Det er etablert en felles forståelse for indikatorene pasientfall, trykksår, smerter og ernæring, mens man på bemanning trenger ytterligere forskning.

Norske sykehus har som vi kan se flere elementer som stemmer godt overens med Magnet. Men det unike med Magnet-modellen er systematiseringen av elementer, og den kontinuerlige oppfølgingen som stimulerer de ansatte til å få resultater som de selv har bidratt til å oppnå. En viktig målsetting i Magnet-modellen er å bedre resultater, og det er derfor viktig å koble kvantitative og kvalitative funn opp mot struktur og prosess, og opp mot sykepleietjeneste og organisasjon som helhet. Resultater må være dynamiske og målbare og skal bli rapportert innenfor hver enkelt enhet, avdeling, pasientgruppe eller organisatorisk nivå. Magnet-modellen er den eneste internasjonalt anerkjente modellen som strukturerer alle sine elementer ut fra kunnskapsbasert forskning, og derfor har modellen en særegen styrke.

Stadig flere ledere og sykepleiere i Norge har blitt oppmerksomme på Magnet-tankegangen, og drar stor nytte av den forskningen som er gjort relatert til modellen. Det ser likevel ut til at det er en lang vei frem mot eventuell Magnet-akkreditering for norske sykehus. Et interessant arbeid som er gjort i forbindelse med Magnet-akkreditering i Norge, er av Marit Mørkved Larsen og Siri Mørch, som i 2009 leverte sin masteroppgave *”Akkrediteringsmodellen Magnet – Er den gjennomførbar på Rikshospitalet?”* I dette arbeidet tok de for seg hver av de enkelte komponenter i Magnet-modellen, og analyserte gjennom intervjuer i hvilken grad de ulike elementene var til stede på Rikshospitalet. Deres konklusjon var at mange av elementene i Magnet-modellen allerede var til stede på Rikshospitalet, men at det manglet en gjennomgående systematisering av elementene i hele organisasjonen (Larsen & Mørch 2009). Det kom også tydelig frem at innenfor Transformativt lederskap vil den norske modellen med enhetlig ledelse gi ekstra utfordringer, da Magnet forutsetter en sykepleierlinje helt til øverste nivå i virksomheten.

Magnet-modellen og akkrediteringsprogrammet til ANCC går ut på å innføre alle elementer som kreves, men en kan også se på Magnet-modellens ulike forskningsbaserte elementer, hvor de hver for seg kan lede til bedre arbeidsbetingelser for sykepleiere og en forbedret pasientbehandling. Med bakgrunn i den omfattende

forskningen på området kan en derfor hevde at det er et nyttig rammeverk med komponenter som kan implementeres hver for seg, og når vi ser enkeltelementene opp mot norske sykehus, vil de på mange områder oppfylle krav fra ANCC.

Operasjonalisering av teorien i videre analyse

I et kvalitetsforbedringsarbeid er det viktig først å måle en variasjon med pålitelige metoder. Deretter er det avgjørende å forstå variasjonen, og bruke den kunnskapen for å planlegge og gjennomføre endringer og forbedringer (Schreiner 2004).

Gjennom å benytte tankesettet og forskning fra Magnet-modellen, har jeg fått anledning til å analysere mine data fra Oslo universitetssykehus i et større perspektiv i diskusjonskapittelet. Jeg ønsker å analysere sykepleiernes egenrapporterte arbeidsbetingelser og deres vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet. Deretter har jeg satt som mål å analysere om det kan finnes en mulig samvariasjon mellom faktorene arbeidsbetingelser og kvalitet på sykepleie. Forståelse for hvordan variasjoner mellom ulike faktorer henger sammen er ikke enkel, men den innsikten som Magnet gir om hvordan arbeidsbetingelser og helhetlige kvalitetssystemer påvirker kvalitet, har bidratt til å åpne min analyse og gjøre den mer begripelig.

Jeg vil bruke teorien fra Magnet både som et fortolkende rammeverk og som en modell som eksemplifiserer hvordan funn kan benyttes i et kvalitetsforbedringsarbeid. Det viktigste formålet bruken av denne teoretiske modellen har hatt i oppgaven, er å synliggjøre hvorfor og hvordan arbeidsforhold kan henge sammen med kvalitet. Ved å forstå sammenhenger mellom de ulike faktorene som påvirker kvalitet og pasientsikkerhet vil det være mulig å planlegge videre forbedring.

Gjennomgangen av Magnet-modellen og resultatene fra forskningen på Magnet-sykehus, tyder på at elementene i modellen med fordel kan benyttes selv om organisasjoner ikke har som mål å søke om akkreditering som Magnet. McClure (2005) skriver i sin artikkel ”Magnet Hospitals: Insights and Issues”, at sykepleieledere har funnet gode og nyttige elementer til deres arbeid med å forbedre egne omgivelser selv om de ikke er i posisjon til å søke om status som Magnet-sykehus. ”The fact is that every patient care setting can develop important ideas and goals from studying the Magnet hospital work” (McClure 2005).

5.0 Empiriske resultater

I de foregående kapitlene har jeg redegjort for metodevalg og verdien av å bruke rammeverket Magnet. I dette kapitlet presenteres resultater og statistiske analyser som jeg anser å være nødvendige for å besvare problemstillingene. Presentasjonen vil hovedsakelig bli gjort i form av tabeller og grafer, og jeg forsøker å formidle litt av inntrykket jeg får av resultatene rent empirisk. Selve tolkningen av resultatene og den analytiske koblingen til Magnet kommer først i neste kapittel.

I grafene har jeg valgt å vise positive resultater i grønt og blått, mens negative score kommer frem som oransje og rødt. Gjennomsnittet med svar fra alle sykehus er oppgitt som en referanse i presentasjonen.

5.1 Respondentene – sykepleiere ved Oslo universitetssykehus

Respondentene i min analyse begrenser seg til sykepleiere ved generelle medisinske og kirurgiske sengeposter i Oslo universitetssykehus og ekskluderer sykepleiere som arbeider på spesialavdelinger som intensiv, postoperativ og overvåkinger.

5.1.1 Kjønn og alder

Tabell 2. Kjønn og alder

Andel kvinner, prosent		Alder, gjennomsnitt (median)	
Alle sykehus (n=3752)	93,8 %	Alle sykehus	35,5
Oslo universitetssykehus (n=504)	89,6 %	Oslo universitetssykehus	31,3 (29)
- Aker	91,9 %	- Aker	31,8 (30)
- Ullevål	89,0 %	- Ullevål	30,2 (28)
- Radiumhospitalet	91,9 %	- Radiumhospitalet	32,4 (29)
- Rikshospitalet	87,8 %	- Rikshospitalet	32,2 (30)

Det er en overveiende stor andel kvinnelige respondenter, både i behandlingsstedene som utgjør Oslo universitetssykehus og landet for øvrig. Når en ser OUS opp mot alle landets sykehus, kan en se en markant forskjell, da 10,4 % av sykepleiere ved OUS er menn, mens det er kun 6,2 % mannlige sykepleiere for landet som helhet. I OUS er kjønnsfordelingen relativt jevnt fordelt mellom de fire behandlingsstedene.

Alder på sykepleierne ved sengeposter i OUS er lavere enn for landsgjennomsnittet. Gjennomsnittsalder for sykepleiere ved generelle sengeposter for hele landet var 35,5 år, mens gjennomsnittsalderen ved OUS var 31,3 år. Ullevål sykehus hadde de yngste sykepleierne og Radiumhospitalet hadde høyest snittalder.

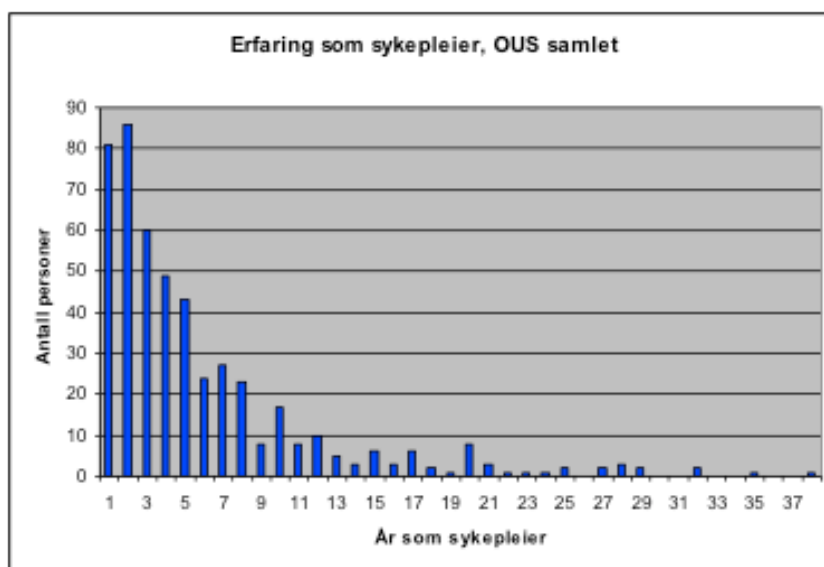
5.1.2 Erfaring og videreutdanning

Tabell 3. Erfaring og videreutdanning

År erfaring som sykepleier, gjennomsnitt (median)		Andel med videreutdanning, prosent	
Alle sykehus	8,5	Alle sykehus	15,9 %
Oslo universitetssykehus	5,9 (4)	Oslo universitetssykehus	16,3 %
- Aker	5,4 (3,5)	- Aker	17,4 %
- Ullevål	5,3 (4)	- Ullevål	11,3 %
- Radiumhospitalet	6,2 (3)	- Radiumhospitalet	28,3 %
- Rikshospitalet	7,0 (5)	- Rikshospitalet	18,0 %

Sykepleiere på sengeposter ved OUS hadde en gjennomsnittlig erfaring som sykepleier på 5,9 år. Ullevål hadde sykepleiere med kortest erfaring, med 5,3 år mot 7,0 år ved Rikshospitalet. Resultatene ved OUS skiller seg vesentlig ut fra landsgjennomsnittet, hvor sykepleiere hadde gjennomsnittlig erfaring på 8,5 år.

Spennvidden i antall års erfaring i OUS går fra 0-38 år, men man ser ut fra en frekvensfordeling i grafen under at det er svært uvanlig å ha mer enn 10 års erfaring. Hele 85 % av alle sykepleiere på sengeposter ved OUS har under 10 års erfaring.

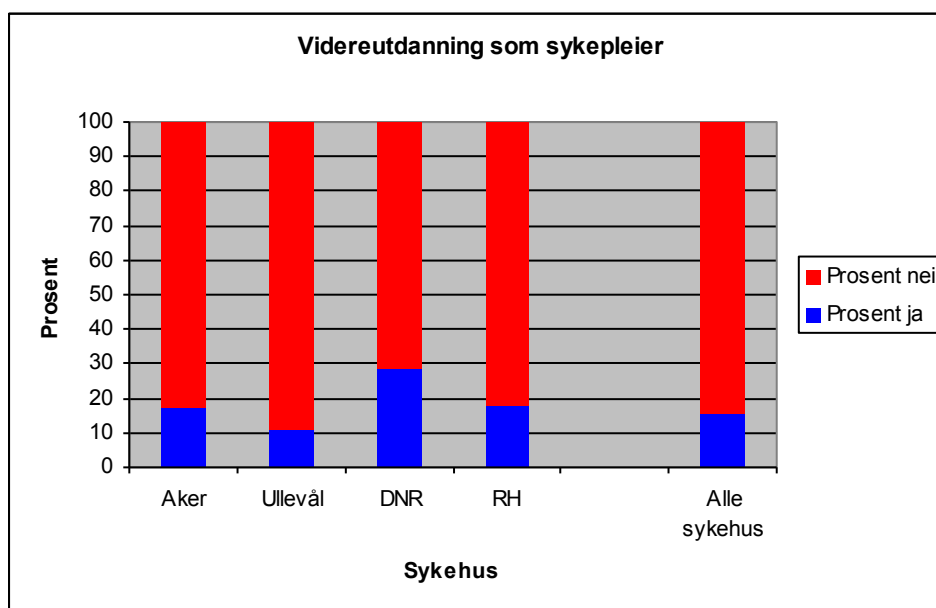


Figur 1. Erfaring som sykepleier, OUS samlet

Med så lave tall på antall års erfaring, er det nærliggende å stille spørsmål om hva som skjer med sykepleiere etter kun få år på generelle sengeposter? I Oslo universitetssykehus ser det også ut til at dette er vesentlig lavere enn landet for øvrig. Jeg vil problematisere videre rundt disse forholdene i neste kapittel og diskutere hva som kan være årsaken til de interessante funnene.

På spørsmål om videreutdanning i sykepleie er det relativt store forskjeller på resultatene mellom de fire ulike behandlingsstedene i OUS. For Oslo universitetssykehus som helhet svarte 16,3 % av sykepleierne på sengepost at de hadde videreutdanning i sykepleie, og dette er tett opp mot gjennomsnittet for resten av landet, hvor andel med videreutdanning innen sykepleie er 15,9 %.

Variasjonen innad i OUS spenner fra 11,3 % blant sykepleiere på Ullevål til 28,3 % blant sykepleiere på Radiumhospitalet. Det er viktig å påpeke at disse resultatene er fra sykepleiere på sengeposter og ikke inkluderer sykepleiere ved spesialavdelinger som overvåkningsposter eller intensiv. Ved å inkludere spesialavdelinger, ville en høyst sannsynlig sett en betydelig større andel av sykepleiere med videreutdanning. Det er særlig Radiumhospitalet som utpeker seg med stor andel sykepleiere med videreutdanning og Ullevål som utpeker seg med lav andel sykepleiere med videreutdanning i resultatene fra PePSi.



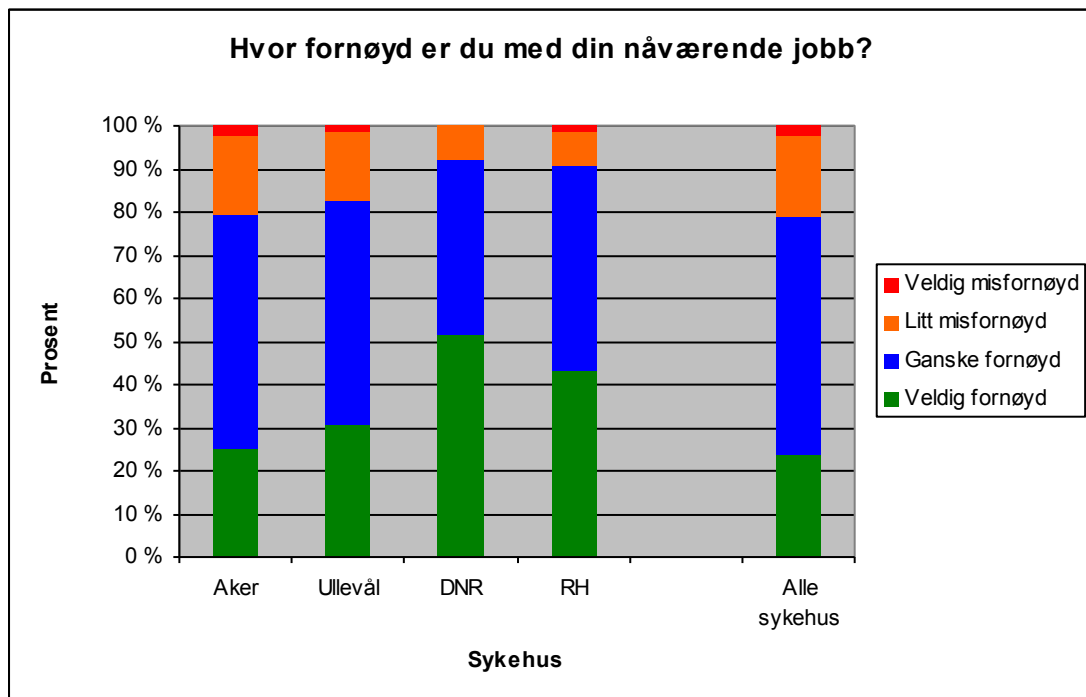
Figur 2. Videreutdanning som sykepleier

5.2 Egenrapporterte arbeidsbetingelser

Jeg har nå presentert demografiske data for respondentene. Å ha kjennskap til disse bakgrunnsopplysningene er nyttig for å kunne vurdere de videre resultatene. For at presentasjonen av de egenrapporterte arbeidsbetingelsene skal bli oversiktlig, vil jeg først presentere resultater fra ulike generelle spørsmål, og deretter for de spesifikke spørsmålene hentet ut fra subkategoriene i NWI-R. Til slutt vil jeg presentere data som viser antall pasienter per sykepleier ved behandlingsstedene i OUS.

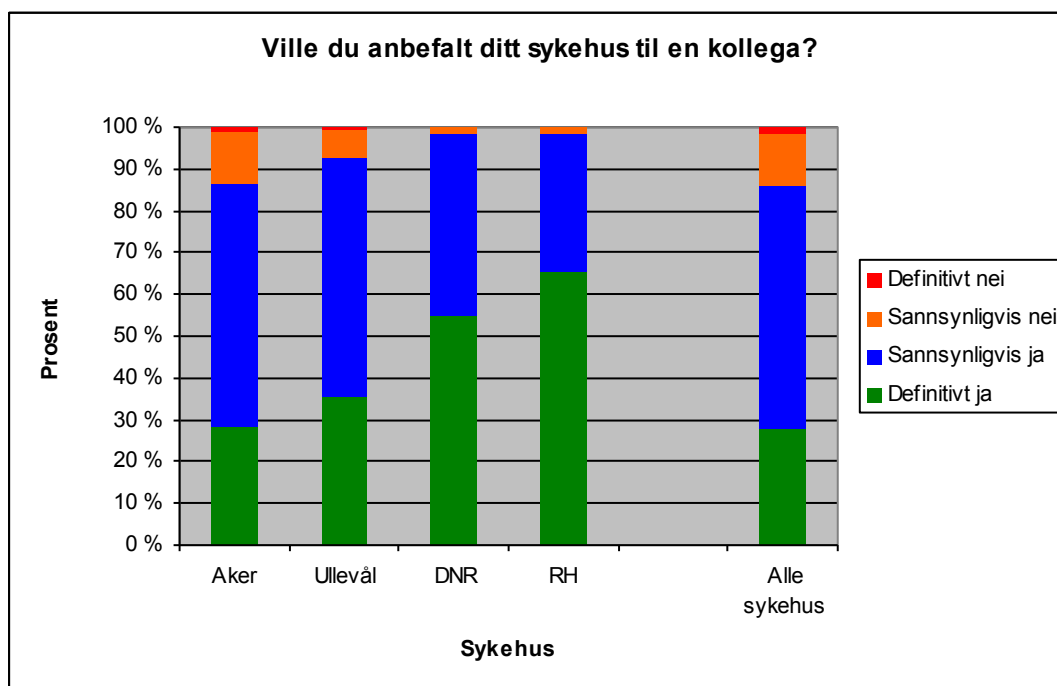
5.2.1 Overordnet syn på arbeidsbetingelser og trivsel

På spørsmålet ”Hvor fornøyd er du med din nåværende jobb på dette sykehuset?” svarte 85,5 % av sykepleiere i OUS i den positive enden av skalaen med svaralternativene ”ganske fornøyd” eller ”veldig fornøyd”. Radiumhospitalet utmerker seg spesielt, hvor ingen respondenter svarte ”veldig misfornøyd”, og kun 8,1 % svarte ”litt misfornøyd”. På Aker sykehus svarte over 20 % av respondentene at de var litt eller veldig misfornøyd. På dette spørsmålet kan en ved hjelp av ANOVA og Bonferroni korreksjon påvise signifikante forskjeller der Rikshospitalet og Radiumhospitalet begge får bedre resultater enn Ullevål og Aker.



Figur 3. Hvor fornøyd er du med din nåværende jobb?

Den samme trenden ser vi når respondentene skulle besvare spørsmålet: ”Vil du anbefalt ditt sykehus til en sykepleierkollega som en god arbeidsplass?”. På dette spørsmålet svarte ca 98,5 % av sykepleiere ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet ”sannsynligvis ja” eller ”definitivt ja”. Nok en gang kan det påvises signifikante forskjeller ved hjelp av ANOVA og Bonferroni mellom Rikshospitalet og Radiumhospitalet på ene siden og Ullevål/Aker på den andre siden.

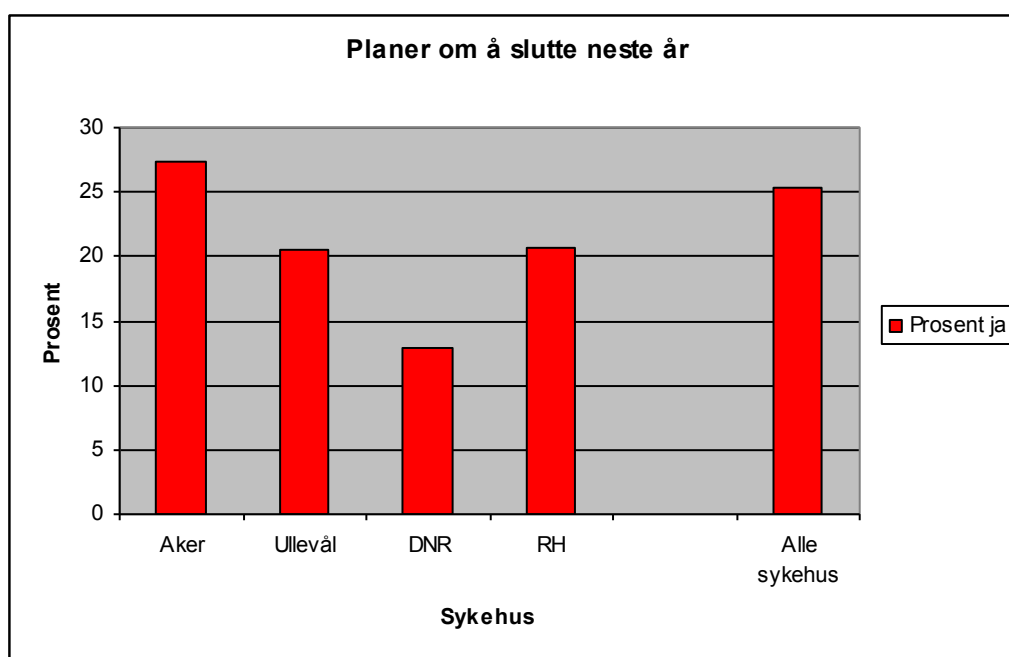


Figur 4. Vil du anbefalt ditt sykehus til en kollega?

Sammenligner man OUS opp mot andre helseforetak, ser vi at 85,5 % av sykepleiere ved Oslo universitetssykehus er ganske eller veldig fornøyde, mot et landsgjennomsnitt på 79,2 %. På spørsmålet om de ville anbefalt sitt sykehus til en kollega svarte 93,8 % av sykepleiere ved OUS sannsynligvis eller definitivt ja, mens landsgjennomsnittet var 86,2 %. Sykepleiere ved Oslo universitetssykehus vurderte sitt sykehus vesentlig bedre enn sykepleiere i landet som helhet, men det var også store og signifikante forskjeller innad i OUS.

Slutteplaner

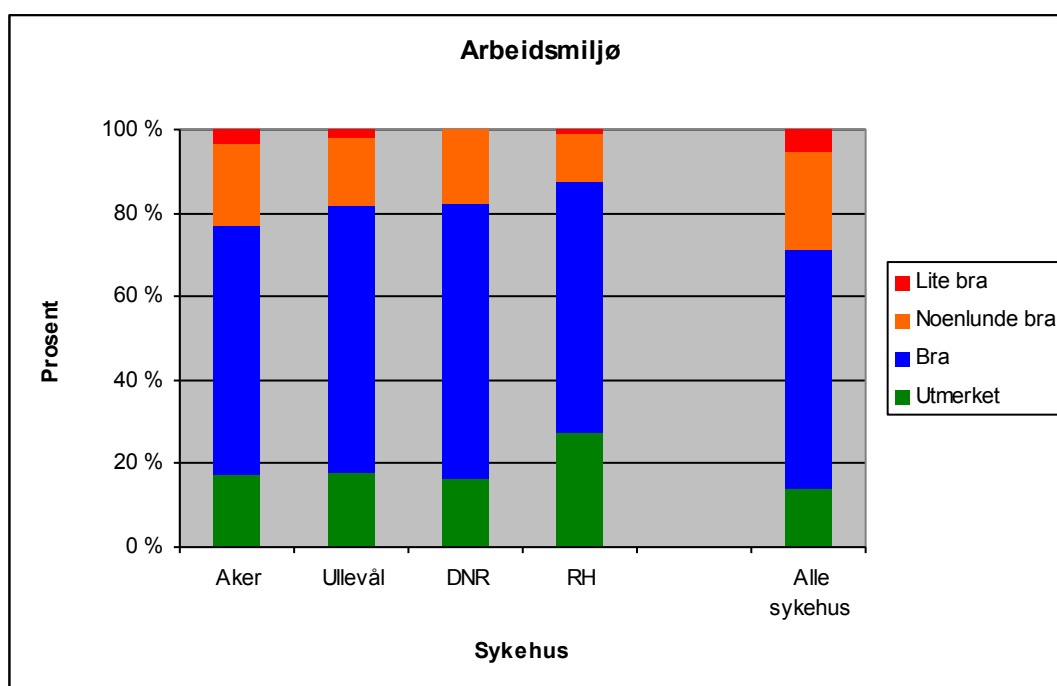
På spørsmål om slutteplaner, svarte 20,8 % av sykepleiere ved OUS bekreftende til utsagnet "Hvis det var mulig, ville du slutte på dette sykehuset i løpet av det neste året grunnet misnøye med jobben?" Aker hadde høyeste andel sykepleiere med planer om å slutte, hvor 27,3 % kunne bekrefte planer om å slutte, mens Radiumhospitalet hadde kun 12,9 % av sine sykepleiere med slutteplaner. Landsgjennomsnittet på spørsmål om slutteplaner hadde en andel på 25,7 % som svarte ja på dette spørsmålet.



Figur 5. Planer om å slutte neste år

Arbeidsmiljø

På et generelt spørsmål om arbeidsmiljø, kan en derimot ikke påvise noen form for signifikante forskjeller mellom de fire behandlingsstedene i OUS. Når sykepleiere ble spurt "Hvordan vurderer du arbeidsmiljøet på din arbeidsplass i dette sykehuset (så som tilstrekkelige ressurser, forhold til medarbeidere, støtte fra faglige veiledere)?", svarte 82,5 % av sykepleierne i Oslo universitetssykehus "Bra" eller "Utmerket". Her var det kun små forskjeller mellom behandlingsstedene, men man kan se at sykepleiere ved OUS svarte betydelig bedre enn landsgjennomsnittet, hvor kun 71 % av sykepleierne vurderte eget arbeidsmiljø som bra eller utmerket.



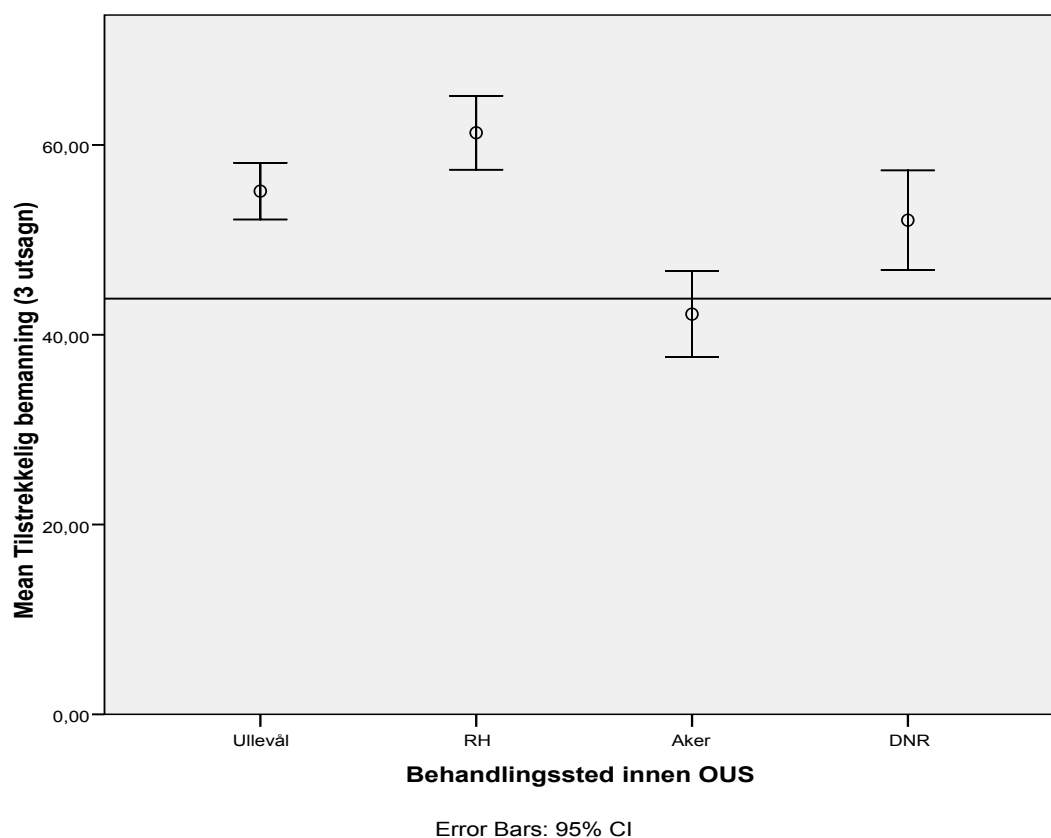
Figur 6. Arbeidsmiljø

5.2.2 Spesifikke spørsmål rundt arbeidsbetingelser

I spørsmål A.1 på PePSi (vedlegg 1), ble sykepleiere bedt om å markere i hvilken grad de var enige i at ulike kjennetegn er tilstede på jobben. Spørsmålene er hentet ut fra The Nursing Work environment Index Revised (NWI-R), og sykepleiere måtte vurdere de ulike utsagnene og svare ut fra en 4-punkts Likert skala. Når vi benytter den norske subskalaen som er utviklet for NWI-R, kan vi dele svarene inn i 6 grupper.

Tilstrekkelig bemanning

3 utsagn fra NWI-R inngår i kategorien ”Tilstrekkelig bemanning”. Gjennomsnittsverdien for alle landets helseforetak er merket av med den horisontale linjen.

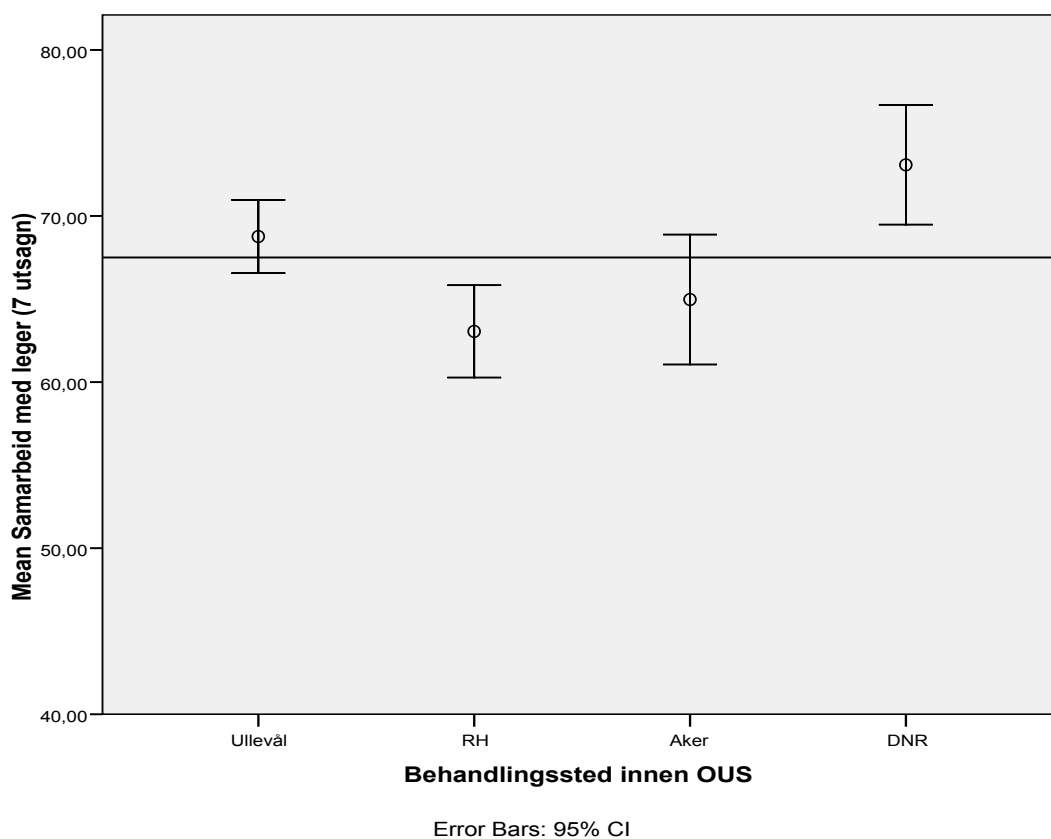


Figur 7. Tilstrekkelig bemanning

På vurdering av tilstrekkelig bemanning, mente sykepleiere ved Oslo universitetssykehus at dette var tilstede i større grad enn landsgjennomsnittet. Det er imidlertid stor variasjon innad i OUS, hvor Rikshospitalet hadde best score og Aker utmerket seg som mye lavere enn de andre. Aker hadde faktisk dårligere score enn landsgjennomsnittet ved spørsmål som utforsker om bemanningen var tilstrekkelig.

Samarbeid med leger

7 utsagn fra NWI-R inngår i kategorien "Samarbeid med leger"

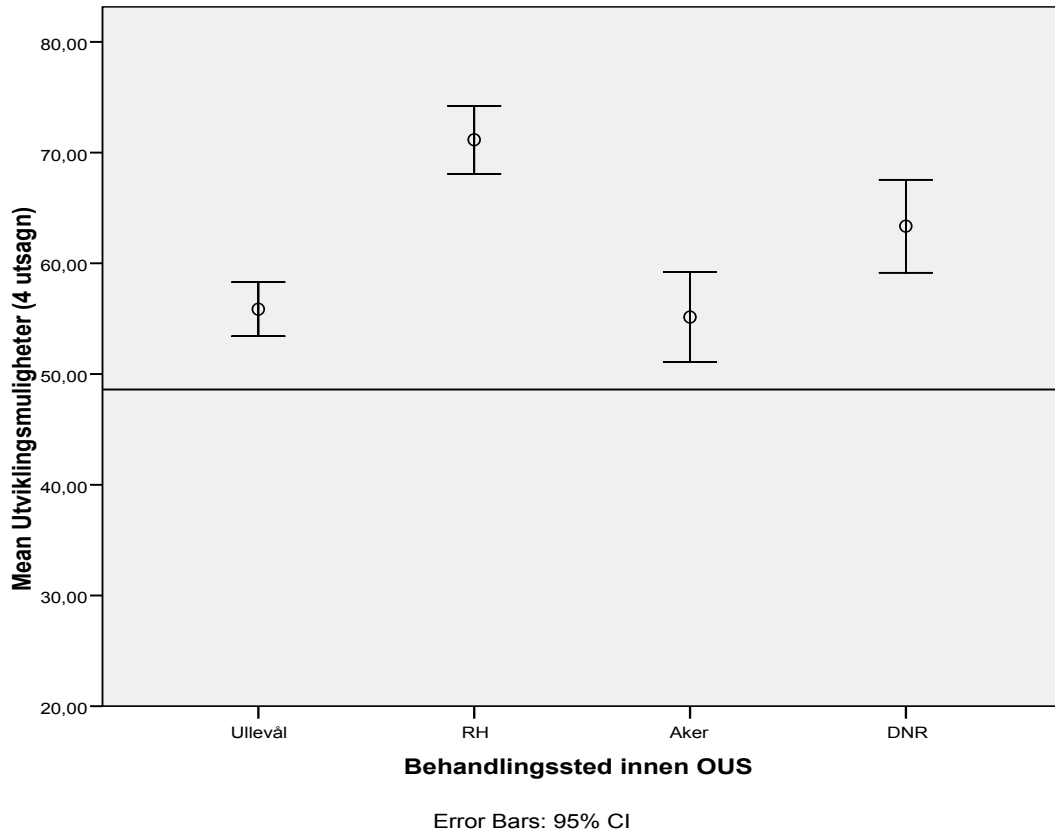


Figur 8. Samarbeid med leger

På subskalaen "Samarbeid med leger" var det relativt store forskjeller innad i OUS, hvor sykepleiere ved Aker og RH svarer signifikant dårligere enn Radiumhospitalet. Ullevål og Radiumhospitalet vurderte samarbeidet med leger bedre enn resten av landets helseforetak, mens Aker og RH vurderte samarbeidet med leger dårligere.

Utviklingsmuligheter

4 utsagn fra NWI-R inngår i kategorien ”Utviklingsmuligheter”

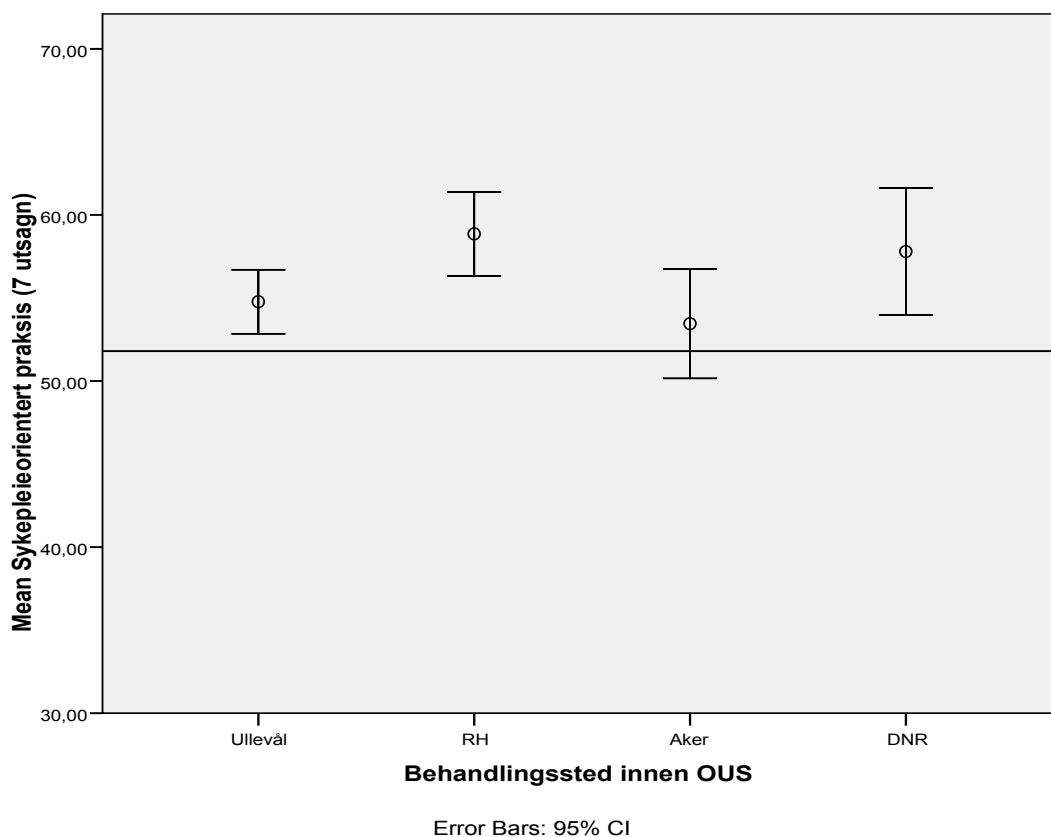


Figur 9. Utviklingsmuligheter

På spørsmål om utviklingsmuligheter, var sykepleiere ved Oslo universitetssykehus langt mer positive enn sykepleiere ved andre helseforetak. Det er også på dette punktet variasjon innad, men ved alle behandlingssteder i OUS vurderte sykepleierne sine utviklingsmuligheter bedre enn ved andre helseforetak. Det er på de tidligere statlige sykehusene Rikshospitalet og Radiumhospitalet at sykepleiere opplevde å ha de beste utviklingsmulighetene, og en kan påvise signifikante forskjeller på denne kategorien.

Sykepleieorientert praksis

7 utsagn fra NWI-R inngår i kategorien ”Sykepleieorientert praksis”

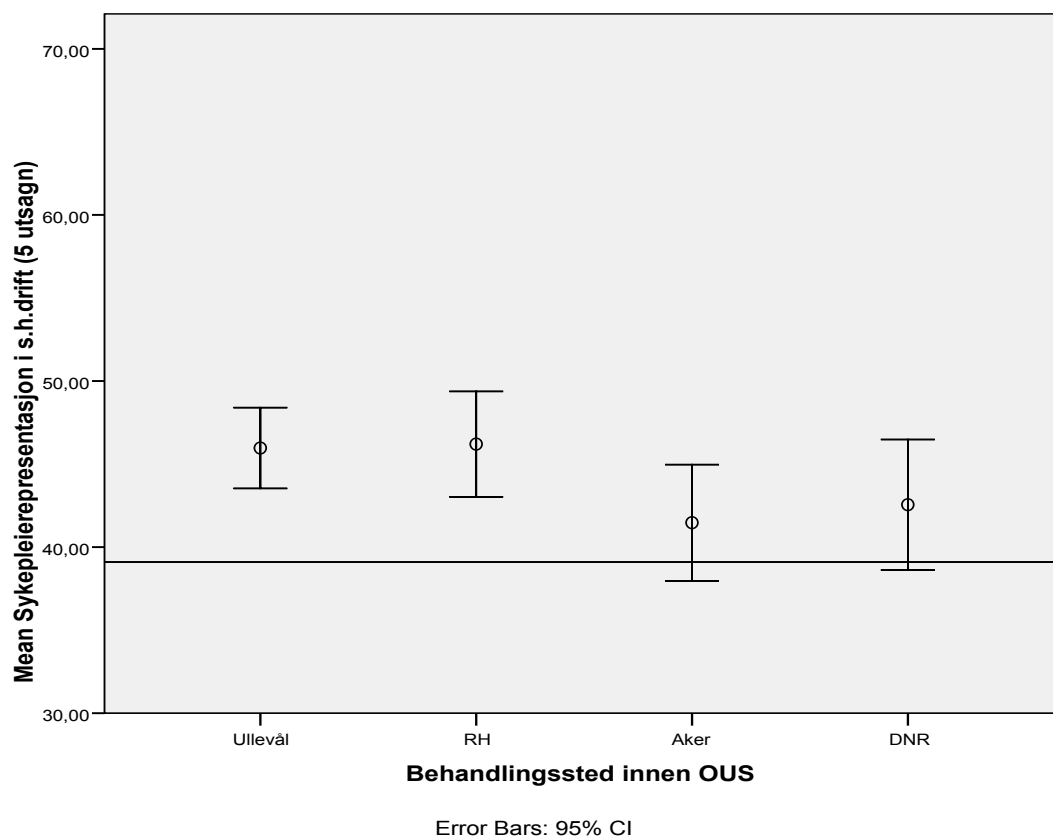


Figur 10. Sykepleieorientert praksis

På subkategorien ”Sykepleieorientert praksis” scorer sykepleiere ved Oslo universitetssykehus på et høyere nivå enn gjennomsnittet for landet som helhet. Gjennomsnittsscore for landet viser at sykepleiere i kun moderat grad oppgir at sykepleieorientert praksis er tilstede på sengeposter.

Sykepleierepresentasjon i sykehusets drift

5 utsagn fra NWI-R inngår i kategorien ”Sykepleierepresentasjon i sykehusets drift”

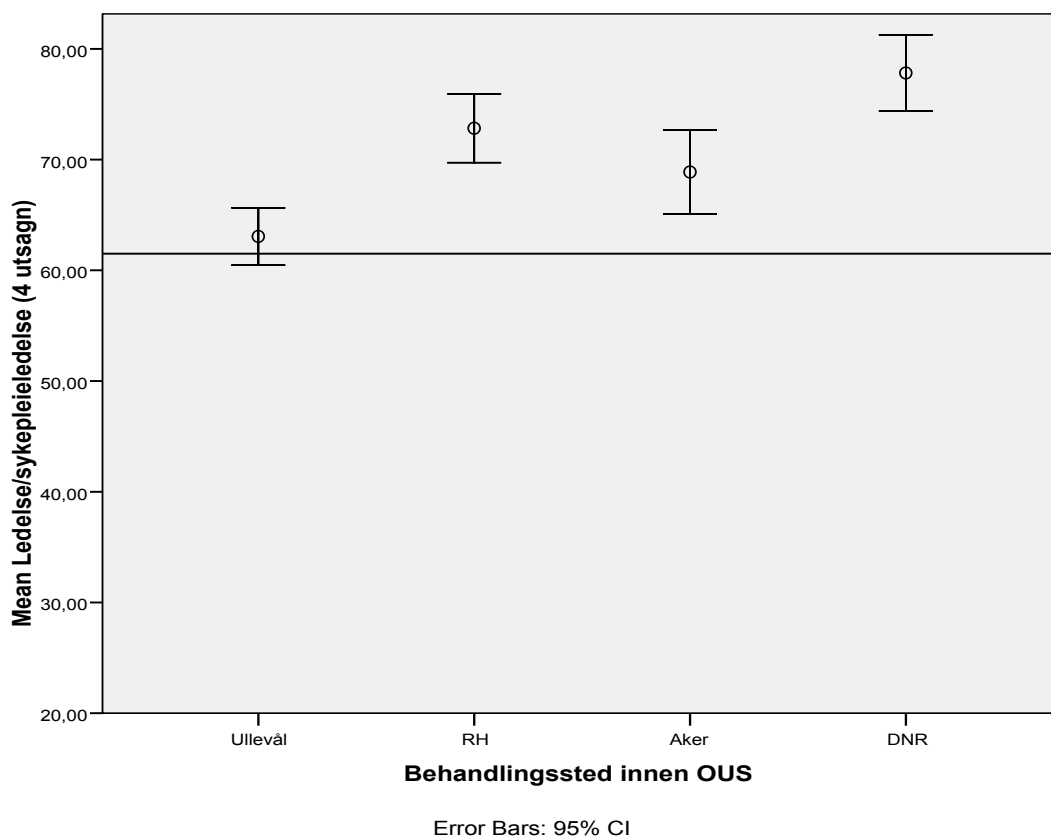


Figur 11. Sykepleierepresentasjon i sykehusets drift

Når sykepleiere blir bedt om å vurdere i hvilken grad sykepleiere er representert i sykehusets drift, ser vi at det var generelt sett en lav score på denne subkategorien. For Oslo universitetssykehus samlet, ser vi at det var et høyere nivå sammenlignet med gjennomsnittsscore for landet. Innad i OUS var det relativt små variasjoner, og alle behandlingssteder i OUS scorer høyere enn landsgjennomsnittet.

Ledelse / sykepleieledelse

4 utsagn fra NWI-R inngår i kategorien ”Ledelse/Sykepleieledelse”.

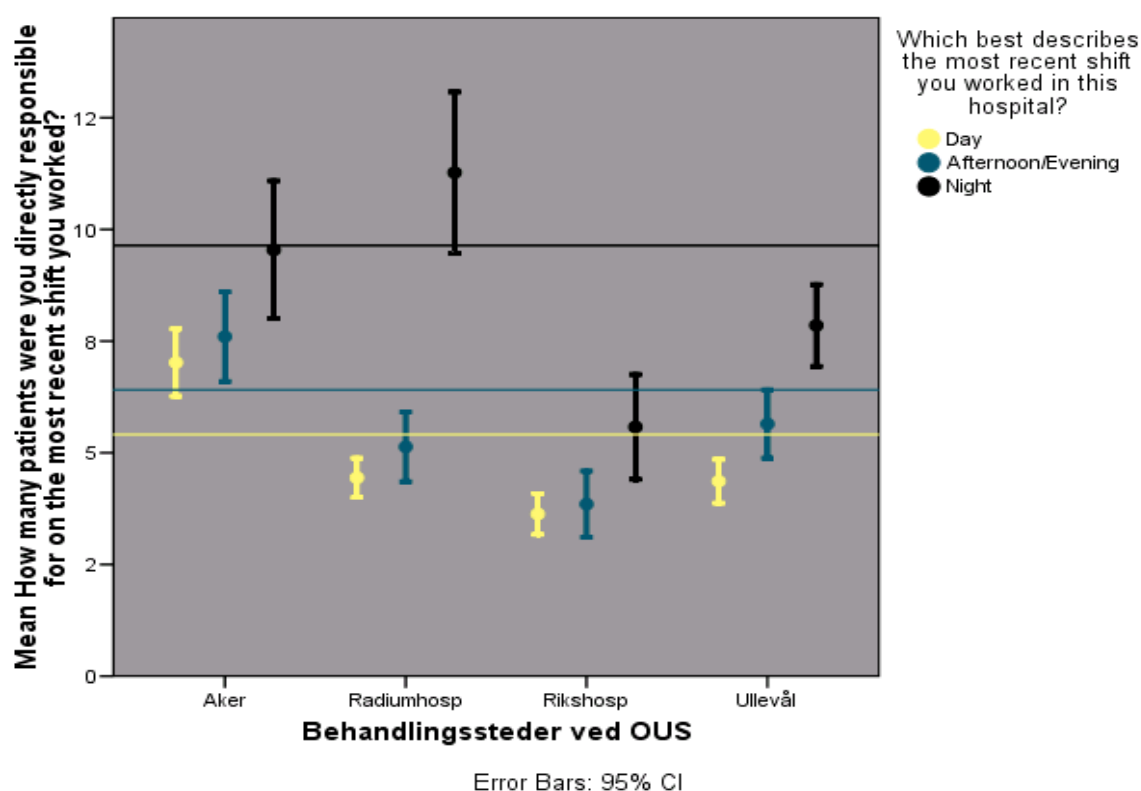


Figur 12. Ledelse / sykepleieledelse

På subkategorien ”Ledelse/sykepleieledelse” scorer Oslo universitetssykehus høyt i forhold til andre helseforetak. Innad i sykehuset var det store variasjoner, hvor Radiumhospitalet utmerker seg spesielt i positiv retning, og Ullevål scorer dårligere enn de andre.

5.2.3 Antall pasienter per sykepleier

På spørsmålet ”Hvor mange pasienter var du direkte ansvarlig for på din siste vakt” var svarene gruppert ut fra både sykehus og type vakt. På dette spørsmålet må en derfor være klar over at det er et lite utvalg, fordi det er brutt ned på sykehus og type vakt. Særlig kan dette gjelde svarene fra Aker (n=88) og Radiumhospitalet (n=62). Fra Ullevål (n=221) og Rikshospitalet (n=133) er det mer robuste tall. De horisontale linjene viser landsgjennomsnittet med antall pasienter per sykepleier.



Figur 13. Antall pasienter på din siste vakt

På dette spørsmålet ser det ut til at Aker hadde flest pasienter per sykepleier og at de andre sykehusene hadde bedre bemanning enn landsgjennomsnittet. DNR har funn som viser et stort antall pasienter per sykepleier på nattevakt, men her kan det være feilkilder grunnet et lite utvalg respondenter. Det er også stor sannsynlighet for at type behandling som utføres har noe å si for disse resultatene. Eksempelvis er det mye som tyder på at behandlinger som foregår på Radiumhospitalet er mer ressurskrevende på dagtid, med mye administrering av cytostatika og andre medikamenter, mens det kan være roligere for sykepleiere på natt.

5.3 Sykepleieres egen vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet

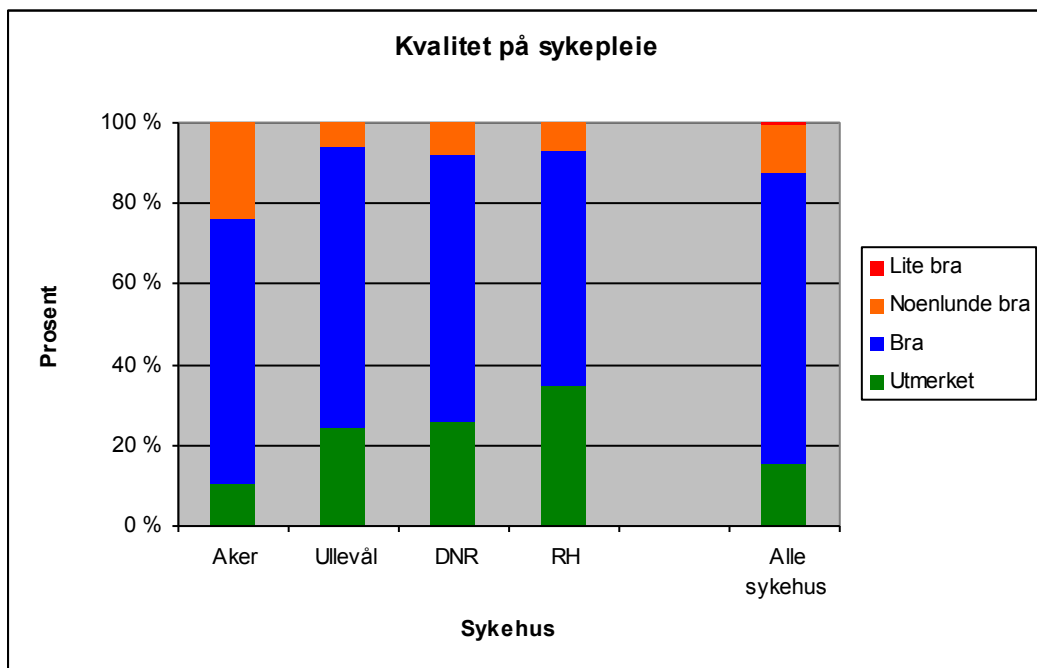
Til nå har presentasjon av resultater gitt oss et bilde av hvem respondentene er og hva som kjennetegner dem. Videre har det blitt utforsket hvilke arbeidsbetingelser sykepleierne vurderer de arbeider innenfor. I litteraturgjennomgangen har jeg vist til hvordan kvalitet og pasientsikkerhet til dels overlapper hverandre, men også representerer ulike aspekter av god pasientbehandling. I denne delen vil jeg presentere hvordan respondentene vurderte kvalitet på sykepleie og pasientsikkerhet.

5.3.1 Vurdering av kvalitet på sykepleie og pasientsikkerhet

På samme måte som det ble stilt generelle spørsmål om egne arbeidsbetingelser, ble det stilt generelle spørsmål om vurdering av kvalitet på sykepleie og pasientsikkerhet.

Kvalitet

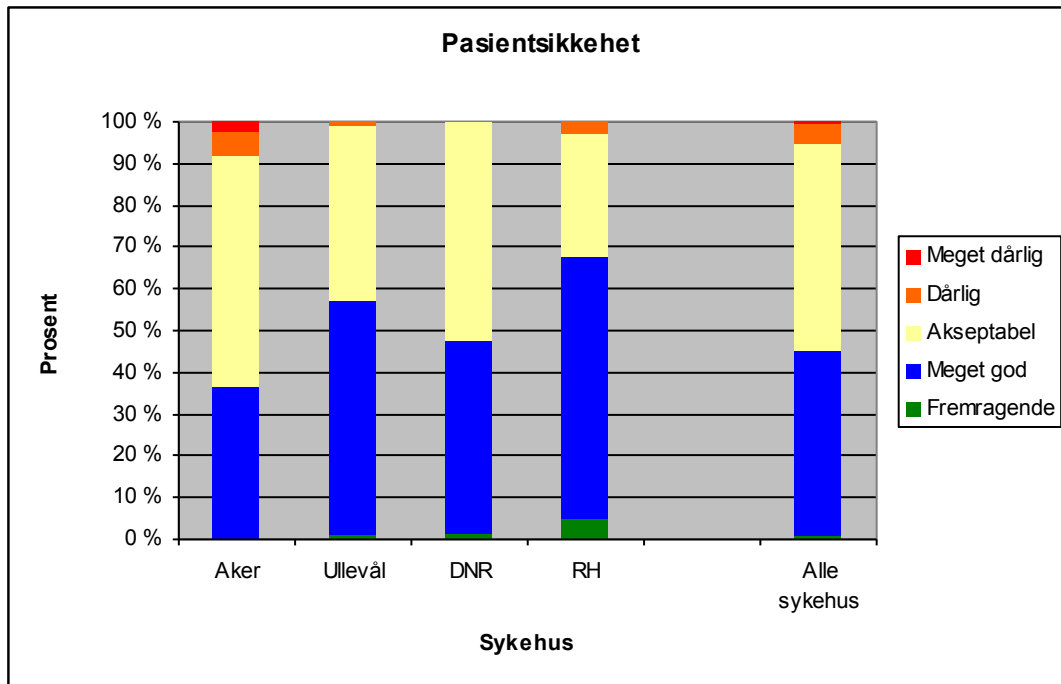
På spørsmålet: *”Generelt sett, hvordan vil du beskrive kvaliteten på sykepleien som blir gitt til pasientene på din post?”* har sykepleiere vurdert kvalitet på sykepleie etter en 4-punkts Likert skala. Hvis funnene blir gruppert med score fra henholdsvis den positive og negative delen av skalaen, finner man at det kun er Aker som utmerker seg spesielt. Aker hadde dårligere score enn landsgjennomsnittet, og betydelig dårligere resultater enn vurderinger fra sykepleiere ved Ullevål, DNR og RH.



Figur 14. Kvalitet på sykepleie

Pasientsikkerhet

På spørsmålet ”Gi en generell vurdering av pasientsikkerheten i egen avdeling”, ble respondentene bedt om å gi en vurdering ut fra en 5-punkts skala, ut fra svaralternativene ”Meget dårlig”, ”dårlig”, ”akseptabel”, ”meget god” og ”fremragende”. Respondentene hadde her muligheten å velge mellom fem svaralternativer, og spørsmålet er det eneste i PePSi som er strukturert med et nøytralt svaralternativ.



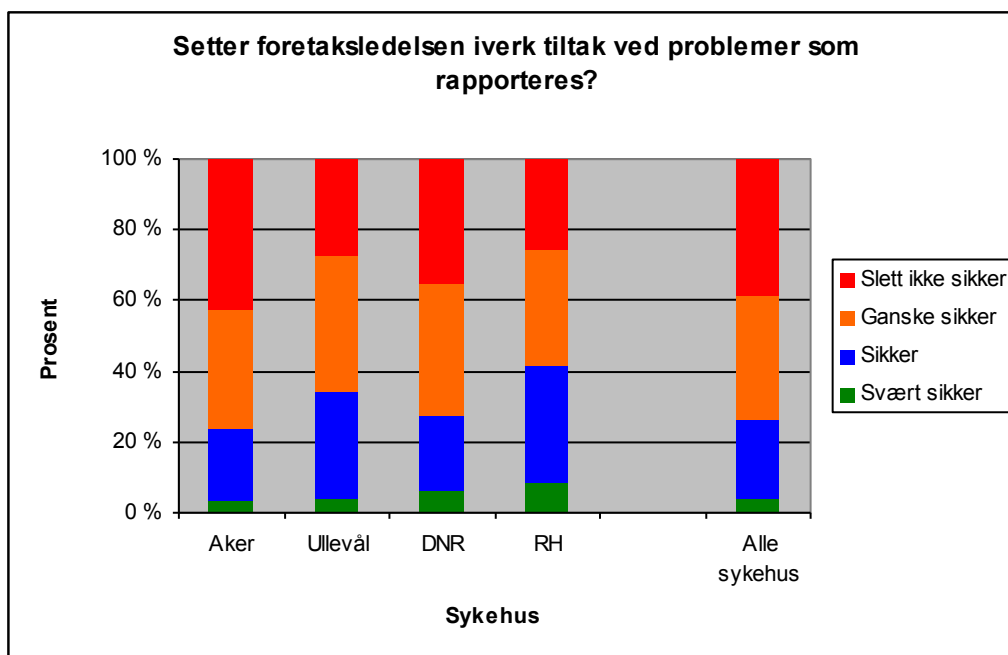
Figur 15. Pasientsikkerhet

Resultatene for landet som helhet viser at det er stor overvekt ved to svaralternativer, hvor 49,4 % svarte ”akseptabel” og 44,3 % svarte ”meget god”. Kun 0,4 % svarte ”meget dårlig”, 5 % svarer ”dårlig” og 1 % oppgir pasientsikkerheten til å være ”fremragende”.

En ser fra grafen at Aker utmerker seg når sykepleiere skal vurdere pasientsikkerhet i egen avdeling, og scorer litt dårligere enn landsgjennomsnittet. De tre andre sykehusene i OUS har resultater som er betydelig bedre enn gjennomsnittet fra alle sykehus.

Foretaksledelsens tiltak ved problemer som rapporteres

Når sykepleiere blir bedt om å vurdere "Hvor sikker er du på at foretaksledelsen vil iverksette tiltak for å løse problemer angående pasientsikkerheten som du rapporterer?" viser funnene at sykepleiere ikke er overbevist om at ledelsen vil gjøre dette. Andel sykepleiere i OUS som slett ikke er sikker på at foretaksledelsen vil iverksette tiltak, er fra ca 25 – 42 %. Vi kan se at dette er høye tall for alle sykehus, men det er også stor variasjon mellom behandlingsstedene på dette spørsmålet. Den lave tilliten til at foretaksledelsen setter i verk tiltak ved problemer som rapporteres angående pasientsikkerhet, gjør at en også kan forvente at tilliten til ledelsen generelt er laber, men dette har jeg ikke empiriske data på i mine funn.



Figur 16. Setter foretaksledelsen i verk tiltak ved problemer som rapporteres?

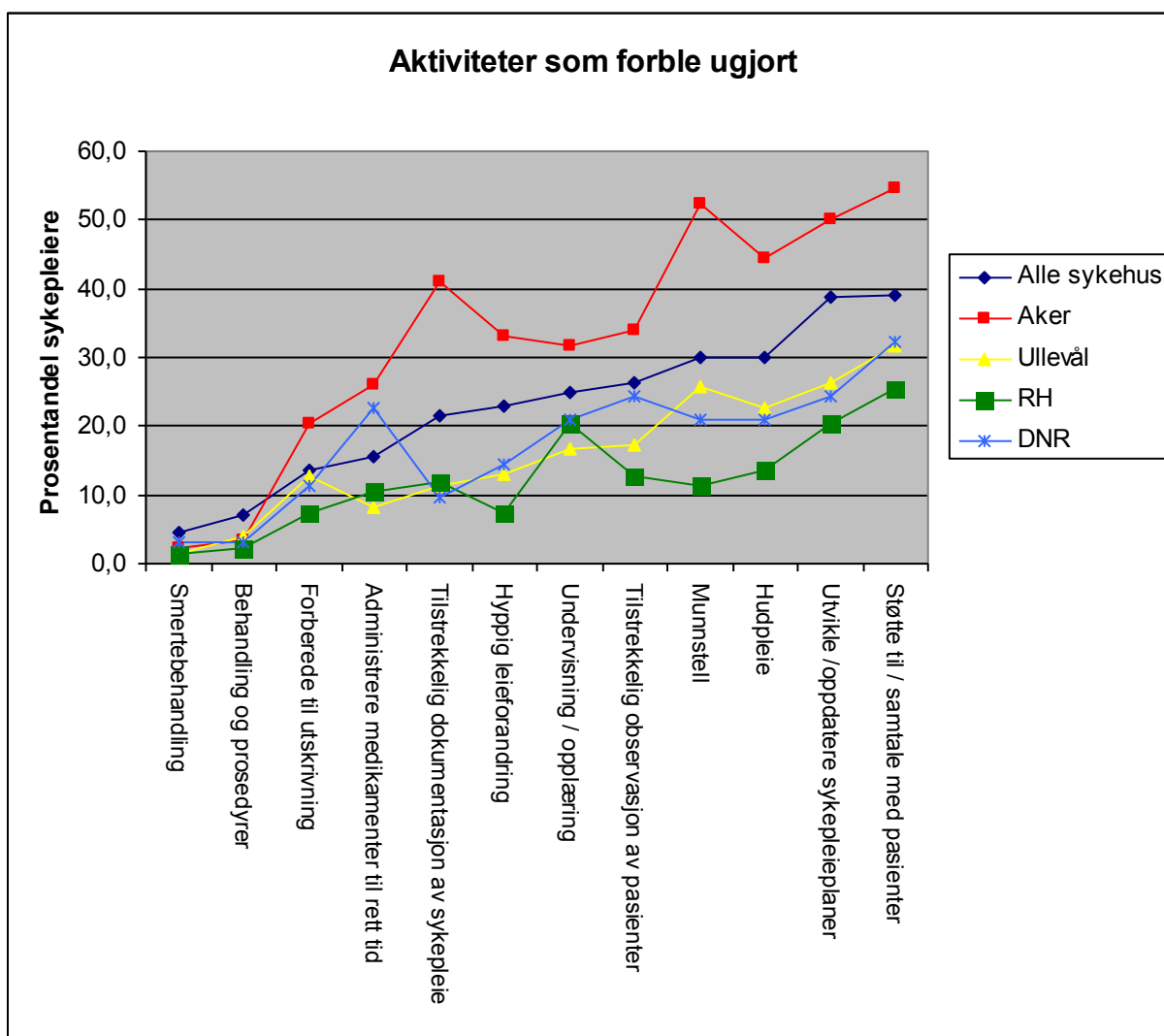
5.3.2 Aktiviteter som forble ugjort av sykepleiere på grunn av tidsnød

På spørsmålet "På din siste vakt, hvilke av følgende oppgaver var nødvendige, men forble ugjort fordi du ikke hadde tid?" ble respondenten bedt om å krysse av hvilke oppgaver som forble ugjort fra en liste som inneholder 14 ulike sykepleieroppgaver.

Det kommer tydelig frem hvilke aktiviteter som blir nedprioritert av sykepleiere når de ikke har tilstrekkelig tid. Behandling/prosedyrer og smertebehandling blir utført, mens hudpleie, munnstell og hyppig leieforandring blir nedprioritert. De ulike aktivitetene er oppgitt for hvert sykehus med landsgjennomsnittet som referanse.

Hvor mange svarte at nødvendige oppgaver forble ugjort? (prosent)

Aktivitet	Alle sykehus	Aker	Ullevål	RH	DNR
Smertebehandling	4,6	2,3	1,4	1,5	3,2
Behandling og prosedyrer	7,0	3,4	4,1	2,3	3,2
Forberede til utskrivning	13,6	20,5	12,7	7,5	11,3
Administrere medikamenter til rett tid	15,5	26,1	8,1	10,5	22,6
Tilstrekkelig dokumentasjon av sykepleie	21,6	40,9	11,3	12,0	9,7
Hypig leieforandring	23,0	33,0	13,1	7,5	14,5
Undervisning / opplæring	25,0	31,8	16,7	20,3	21,0
Tilstrekkelig observasjon av pasienter	26,3	34,1	17,2	12,8	24,2
Munnstell	29,9	52,3	25,8	11,3	21,0
Hudpleie	30,1	44,3	22,6	13,5	21,0
Utvikle /oppdatere sykepleieplaner	38,7	50,0	26,2	20,3	24,2
Støtte til / samtale med pasienter	39,1	54,5	31,7	25,6	32,3



Figur 17. Aktiviteter som forble ugjort

5.4 Sammendrag av empiriske data

Fra resultatene som er presentert over, kan jeg vise til flere interessante funn og noen funn som muligens er overraskende. Mitt inntrykk er at det fremkommer data som viser store forskjeller mellom ulike sykehus i Norge, og denne forskjellen er på mange måter urovekkende stor. Dette samsvarer med konklusjonen fra Kunnskapssenterets notat fra 2011, *Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus*.

Sett under ett, har Oslo universitetssykehus gode resultater på de fleste variabler, og i så nær som alle tilfeller har OUS resultater som er bedre enn det man kan forvente med tanke på all negativ medieomtale som sykehuset har hatt siden fusjonen. Denne undersøkelsen ble foretatt i den tidlige fasen etter sammenslåingen, og sykepleiere på sengeposter var i liten grad merket av fusjonens endringer, og det kan derfor argumenteres for at resultatene i større grad representerer de fire tidligere sykehusenes tilstand før fusjoneringen.

Det fremkommer også et tydelig bilde hvor noen behandlingssteder i OUS med få unntak har gjennomgående bedre resultater enn andre behandlingssteder. Dette vil bli nærmere problematisert i neste kapittel, hvor resultater for hvert sykehus blir nærmere analysert og diskutert.

På enkelte variabler ser det videre ut til at selv om behandlingsstedene i OUS kommer bedre ut enn landsgjennomsnittet, er det likevel resultater som viser at forholdene ikke blir vurdert som tilfredsstillende blant sykepleiere. Dette gjelder særlig tillit til at foretaksledelsen setter i verk tiltak ved problemer som rapporteres angående pasientsikkerheten og sykepleierepresentasjon i sykehusets drift.

Når det gjelder kvalitetsaspektet på sykepleie, finner jeg det urovekkende at sykepleiere i stor grad rapporterer at mange nødvendige aktiviteter forble ugjort fordi de ikke hadde tid. Det er også interessant å merke seg at de oppgavene som typisk ble prioritert er oppgaver som er legedelegerte prosedyrer og behandlinger. Oppgaver som kan anses å tilhøre sykepleiens kjerneoppgaver, som hudpleie, munnstell og leieforandring blir derimot nedprioritert i mye større grad.

6.0 Diskusjon

I kapittel 5 ble de empiriske resultatene fra surveyen PePSi presentert for sykepleiere ved sengeposter i Oslo universitetssykehus. I dette kapitlet vil det bli foretatt en bredere diskusjon og analyse av innholdet i resultatene, og funnene relateres til Magnet-modellen og annen relevant forskning.

Det har blitt publisert funn fra et økende antall studier hvor det blir hevdet at arbeidsbetingelser for sykepleiere påvirker kvalitet på sykepleie, pasientsikkerhet og mortalitet (Aiken et al. 1994, Aiken et al. 2002, Aiken et al. 2008, Friese et al. 2008, Kane et al. 2007, Rafferty et al. 2007). Disse resultatene ligger til grunn for min hypotese om at sykepleieres arbeidsbetingelser påvirker kvalitet på sykepleie og pasientsikkerhet, og det er dette jeg ønsker å finne svar på gjennom egne problemstillinger. Gjennom rammeverket Magnet har jeg forsøkt å utforske hvilke egenskaper ved arbeidsbetingelser som kan tenkes at kjennetegner sykehus hvor sykepleiere vurderer de har bedre kvalitet på sykepleie og høyere pasientsikkerhet. Ut fra resultatene fra surveyen jeg sitter med, ønsker jeg derfor å se om mine funn fra Oslo universitetssykehus sammenfaller med forskningsresultatene på Magnet-sykehus. Det er også interessant å se om vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet påvirkes av alle aspekter ved arbeidsbetingelsene som sykepleierne beskriver, eller om det kun gjelder visse aspekter.

I dette kapitlet ønsker jeg først å presentere karakteristika ved respondentene i materialet, for å kunne vurdere om Oslo universitetssykehus skiller seg vesentlig fra andre norske sykehus, og i hvilken grad resultatene kan generaliseres utenfor OUS. Deretter vil jeg gå over til å problematisere og drøfte mine resultater og se det i forhold til litteratur og rammeverk. Jeg vil vise til henholdsvis egenrapporterte arbeidsbetingelser og kvalitet/pasientsikkerhet, først med Oslo universitetssykehus mot landsgjennomsnittet, og deretter for hvert av behandlingsstedene i OUS. I den innledende delen av kapitlet forsøker jeg å svare på mine to første problemstillinger:

- 1) Hvordan beskriver sykepleiere ved de ulike behandlingsstedene i Oslo universitetssykehus sine arbeidsbetingelser?
- 2) Hvordan vurderer sykepleiere ved OUS kvalitet i pleie/behandling og pasientsikkerhet på egen avdeling?

Gjennom siste del av kapitlet, vil jeg se på sykepleiens kjernefunksjoner, og vurdere om det i mine funn er mulig å vise til en samvariasjon mellom sykepleiernes egenrapporterte arbeidsbetingelser og vurdering av kvalitet på sykepleie i Oslo universitetssykehus. Avslutningsvis forsøker jeg å besvare min tredje og siste problemstilling:

- 3) Hva kan være sammenhengen mellom sykepleiernes beskrevne arbeidsbetingelser og sykepleieres vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet ved OUS?

Helt til slutt vil det i kapittel 6 argumenteres det for at gode arbeidsbetingelser for sykepleie er viktig for kvalitet på sykepleie og pasientsikkerhet.

6.1 Karakteristika ved sykepleiere på sengeposter i Oslo universitetssykehus

Ulike karakteristika ved respondentene er viktig å ta høyde for i den videre diskusjonen. Jeg har inkludert egenskapene alder, kjønn, erfaring som sykepleier og i hvilken utstrekning respondentene har videreutdanning innen sykepleie. Disse faktorene er inkludert da slike egenskaper ved respondentene vil kunne påvirke funnene.

I materialet mitt er det en overveiende høy andel kvinnelige respondenter, hvor ca nitti prosent av sykepleierne i undersøkelsen var kvinner. Tallene stemmer godt med Statistisk sentralbyrås oversikter, som viser til at ni av ti norske sykepleiere er kvinner (SSB 2011). Det er til dels sammenfallende funn både innad i Oslo universitetssykehus og landet for øvrig, men kvinneandelen på sengeposter i OUS er hakket lavere enn landsgjennomsnittet, med 89,6 % mot 93,8 % for hele landet.

Funnene viser at de fleste sykepleiere ved generelle sengeposter i norske sykehus er unge. Gjennomsnittsalder ved alle landets helseforetak var 35,5 år, og OUS hadde sykepleiere som i gjennomsnitt var over fire år yngre. Statistisk sentralbyrå påviser en generell tendens hvor det er yngre gjennomsnittsalder i befolkningen som helhet i de regionale sentrene (SSB 2009). Oslo som regionsenter har en lavere gjennomsnittsalder enn alle de andre fylkene, og en mulig årsak til at Oslo universitetssykehus har

sykepleiere med lavere alder kan være at mange unge tar utdanning og bor i byen en periode av livet, før de flytter til andre steder når de etablerer seg og får barn.

Aldersspennet i OUS var fra 21-64 år, men interessant nok viser alderssammensetningen at 75 % av alle sykepleiere var under 33 år, og at 95 % av sykepleierne var under 50 år. Det er kanskje overraskende å se hvor kort erfaring sykepleiere ved sengeposter i Oslo universitetssykehus har fra yrket. Dette henger selvsagt tett sammen med alder, men sykepleier ved OUS har en gjennomsnittlig erfaring på under seks år. Noen få sykepleiere har lang erfaring, men ut fra frekvensfordelingen i figur 1 kan man likevel se at det er en overveldende andel av sykepleierne som har lite erfaring. En så kort karriere blant sykepleiere på sengeposter kan tyde på at det er høy turnover, og at mange sykepleiere slutter på generelle kirurgiske og medisinske poster etter kun få år. Dette er et tankekors når en ser på omfanget av sykepleierrekruttering til generelle sengeposter. Regjeringen har gjennom Stortingsmelding 16 (2010-2011) påpekt at tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er en hovedutfordring i fremtidens helse- og omsorgstjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Som den største gruppe helsepersonell i spesialisthelsetjenesten er sykepleiere en viktig ressurs. Med de funn som fremkommer fra PePSi, vil det kunne bli en betydelig utfordring å rekruttere nok personell om man ikke klarer å beholde sykepleiere på generelle sengeposter i sykehusene. Med en så lav alder på sykepleiere, og liten andel med videreutdanning, kan det se ut til at generelle sengeposter er svært sårbare i forhold til å bevare kompetanse i avdelingen. Generelle sengeposter blir ofte et "springbrett" til en videre karriere, men det er bekymringsfullt at der hvor hovedvekten av sykepleiere jobber i sykehus, er det såpass kort erfaring på sykepleierpersonalet.

Behandlingsstedene som utgjør Oslo universitetssykehus har ikke de store variasjonene i demografisk sammensetning. Aker og Ullevål har de yngste og minst erfarne sykepleierne, men den største forskjellen er andel sykepleiere med videreutdanning. Radiumhospitalet er et spesialsykehus for kreftpasienter, og dette kan muligens til en viss grad forklare hvorfor de har betydelig høyere andel sykepleiere med videreutdanning. Videreutdanning som kreftsykepleier er et studium som stort sett rekrutterer sykepleiere fra sengeposter, og kreftsykepleiere jobber i stor

grad på sengeposter også etter fullført videreutdanning. Dette skiller seg en del fra de tradisjonelle videreutdanningene innen anestesi, barn, intensiv og operasjon hvor sykepleiere i større grad søker seg til spesialavdelinger. Grunnen til at sykepleiere ved sengeposter på Ullevål i liten grad har videreutdanning er uklar, men kan blant annet skyldes at den store kreftavdelingen på Ullevål ikke deltok i PePSi.

Respondentene i Oslo universitetssykehus utmerker seg med å ha større andel mannlige sykepleiere, lavere alder og mindre erfaring som sykepleier sammenlignet med sykepleiere ved alle landets sykehus. Andel med videreutdanning innen sykepleie varierer stort innad i OUS, men gjennomsnittet for sykehuset ligger kun marginalt over landsgjennomsnittet.

6.2 Oslo universitetssykehus sammenlignet mot landsgjennomsnittet

Oslo universitetssykehus var høsten 2009 samlet som ett helseforetak, men driftet etter gammel struktur. Det vil si at de fleste sykepleiere i direkte pasientnært arbeid ikke hadde blitt påvirket av omorganiseringen i stor grad. Ut fra de beskrevne demografiske karakteristika, samt Oslo universitetssykehus sin spesielle funksjon som spesialsykehus, gjør at jeg ikke ønsker å generalisere resultatene i denne oppgaven til å gjelde andre sykehus. OUS er både stort, komplekst og sammensatt, så derfor ønsker jeg å fokusere videre diskusjon ut fra hvordan sykepleiere i de fire behandlingsstedene i OUS vurderer arbeidsbetingelser, kvalitet og pasientsikkerhet.

Jeg vil nå gå inn på forhold knyttet til de to første problemstillingene som ble formulert for oppgaven. Gjennom disse problemstillingene ønsket jeg først å analysere hvordan sykepleiere ved de ulike behandlingsstedene i Oslo universitetssykehus beskriver sine arbeidsbetingelser, og deretter hvordan sykepleiere ved OUS vurderer kvalitet i og pasientsikkerhet på egen avdeling.

Overordnet kan en se at det er en relativt lik tendens på svarene sykepleiere ved Oslo universitetssykehus gir vedrørende arbeidsbetingelser og vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet. Det synes likevel som at Aker har svar som minner mer om landsgjennomsnittet, mens de tre andre sykehusene har bedre resultater enn gjennomsnittet. På de fleste spørsmål stiller sykepleiere ved OUS seg mer positivt

over diverse forhold enn landsgjennomsnittet, og innad i OUS er det Rikshospitalet og Radiumhospitalet som utmerker seg spesielt positivt på viktige aspekter.

6.2.1 Arbeidsbetingelser ved Oslo universitetssykehus

Det er tatt med fire generelle spørsmål som forsøker å utforske arbeidsbetingelser i denne analysen, hvor sykepleiere svarer ut fra en helhetlig opplevelse av arbeidsbetingelser og arbeidsmiljø. Spørsmålene ber sykepleierne vurdere hvor fornøyde de er med sin nåværende jobb og om de ville anbefalt sykehuset til en kollega. Det er også spørsmål om slutteplaner og syn på arbeidsmiljø.

Sett under ett, har Oslo universitetssykehus høsten 2009 bedre resultater på alle forhold knyttet til arbeidsbetingelser sammenlignet med landsgjennomsnittet. De positive resultatene for Oslo universitetssykehus gjelder både generelle spørsmål rundt arbeidsbetingelser og er til dels sammenfallende med resultatene fra de spesifikke spørsmålene.

I min analyse har jeg gruppert spørsmål fra NWI-R i seks subkategorier som går mer spesifikt inn på enkeltområder ved arbeidsbetingelser. Det fremkommer resultater hvor sykepleiere i OUS mener de har større grad av tilstrekkelig bemanning, bedre utviklingsmuligheter, mer sykepleieorientert praksis, sykepleierepresentasjon i sykehusets drift og god ledelse/sykepleieledelse sammenlignet med andre sykehus. Det er også funn som tyder på at OUS samlet har færre pasienter per sykepleier på alle vakter. På en del spørsmål er det likevel tydelig at sykepleierne vurderer sine arbeidsforhold som under optimalt. Det er også et interessant funn hvordan sykepleiere svarer mer positivt på de generelle spørsmålene, mens det blir mer nyansert når en spør om spesifikke forhold ved arbeidsbetingelsene ved hjelp av NWI-R. Når det gjelder den ene kategorien fra NWI-R, samarbeid med leger, ser man at det skiller lite mellom OUS og landets øvrige sykehus.

Ut fra litteratur på hvordan ulike faktorer påvirker trivsel, er trivselsfaktorer ofte delt i to grupper, og Herzberg snakker om motivasjonsfaktorer og hygiene faktorer. Motivasjonsfaktorene er forhold som lønn, sikkerhet i jobben, og hvordan forholdene omkring arbeidet er utført, og disse kan i følge Herzberg skape trivsel når de er

oppfylt men ikke mistrivsel når de ikke er oppfylt. Hygienefaktorene er forhold som anerkjennelse for vel utført arbeid, ansvar og kontroll over egen arbeidssituasjon, forfremmelse og vekst. Disse kan øke trivsel når faktorene forsterkes (Jacobsen & Thorsvik 2009). Ut fra Hertzbergs teorier er det derfor hevdet at forhold som fører til trivsel ikke er de samme som de som fører til mistrivsel.

Når en ser på arbeidsmiljøfaktorer, har Karasek & Theorell (1990) gjennom sine studier identifisert fire faktorer ved det psykososiale arbeidsmiljøet som er avgjørende for å skape trivsel. Disse er:

- Medbestemmelse over egen arbeidssituasjon
- Arbeidsoppgaver som ikke oppleves belastende, men er tilpasset ferdigheter
- Sosial støtte fra leder
- Sosial støtte fra kollegaer.

Flere av faktorene fra Hertzberg og Karasek & Theorell finner vi igjen i Magnetmodellen, i de ”magnetiske kreftene” autonomi, tverrfaglige relasjoner, lederstil, kvalitet på sykepleieledelse, personalpolitikk og utviklingsprogrammer.

Faktorene som blir vist til i litteraturen på trivsel og arbeidsmiljø er også gjenkjennbare i grupperingene fra NWI-R. Den norske klassifiseringen grupperer utsagnene fra NWI-R i 6 ulike kategorier. Disse er: Tilstrekkelig bemanning, samarbeid med leger, utviklingsmuligheter, sykepleieorientert praksis, sykepleierepresentasjon i sykehusets drift, og sykepleieledelse (Sjetne, Tvedt & Squires 2011). På bakgrunn av forskning på trivsel og mistrivsel, er det derfor mest interessant å studere spesifikke forhold ved arbeidsbetingelser, og deretter å se om de påvirker hvordan sykepleiere vurderer kvalitet og pasientsikkerhet.

6.2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet ved Oslo universitetssykehus

Kvalitet og god behandling skjer i møtet mellom den enkelte pasient og medarbeider. Sykepleiere er kontinuerlig til stede på sengeposter for å observere og behandle pasienter, sette i verk og evaluere ulike tiltak. Det er derfor ikke overraskende at studier viser at kvalitet på sykepleie henger tett sammen med både liggetid og utfall av behandlingen.

Som jeg har vist i litteraturgjennomgangen, er kvalitet og pasientsikkerhet forhold som delvis overlapper hverandre men som har ulike karakteristika. Kvalitetsaspektet blir utforsket i PePSi ved at sykepleiere skulle gi en generell vurdering av kvalitet på sykepleie som blir gitt til pasientene på egen post. Her ser vi gode resultater i Oslo universitetssykehus sammenlignet med landsgjennomsnittet. Det er likevel kun en av fem sykepleiere som vurderer kvalitet til å være utmerket. Majoriteten av sykepleiere mener den er bra eller noenlunde bra. Ser man resultatene opp mot de spesifikke spørsmålene om hvilke aktiviteter som var nødvendige men som forble ugjort, er dette interessante funn. Mer enn en av fire sykepleiere har ikke fått utført munnstell, hudpleie eller tilstrekkelig med observasjoner av pasientene. Likevel mener nærmere ni av ti sykepleiere at sykepleien er god eller utmerket. Her kan en derfor spørre seg om hvorfor sykepleiere mener at kvaliteten er god når en ikke har fått utført oppgaver som er innenfor sykepleiernes kjernefunksjon, det å hjelpe pasientene å ivareta sine grunnleggende behov. Andre mulige forklaringer er at det kan være vanskelig å vurdere kvalitet som et overordnet konsept, eller at det er visse aktiviteter som ikke anses som viktige for god kvalitet på sykepleie.

Krogstad & Saunes (2009) hevder at for å ivareta de oppgavene vi står overfor innen helse- og sosialtjenesten trenger vi yrkesutøvere med høy helse- og sosialfaglig kompetanse. Siden kvalitet skapes i møtet mellom den enkelte utøver og pasient, blir ingen tjenester bedre enn det den enkelte utøver yter i møte med brukeren. Kvalitet på sykepleie kan lett bli påvirket av hvilke arbeidsvilkår og kompetanse den enkelte sykepleier har. For å hindre at kvalitet blir til en slik fleksibel størrelse, kan faglig kvalitet ikke bare være et ansvar for den enkelte sykepleier alene, men et systematisk arbeid som fremmer systemer der det defineres og sikres hvilken kvalitet som skal tilbys. Vike et al. (2009) sier følgende: ”Siden kvalitet er en fleksibel størrelse oppstår følgende problem: Fleksibel kvalitet viser seg ofte å bli til tilfeldig kvalitet”. Olsvold (2010) peker gjennom sine observasjoner på sengeposter på en utpreget mangel på personkontinuitet i sykehus, og hevder at på bakgrunn av dette kreves det god systemkontinuitet. Ledelsen skal tilrettelegge for at kvalitet sikres, og ledelsen i sykehuset må ta ansvar for god pasientbehandling. Det blir derfor viktig for sykepleiere og sykepleieledere å ha en klar formening om hva som er fagets særegenhet, og forstå at de har ansvar og rettighet til å definere fagets kvalitet. På den måten vil sykepleiere kunne skaffe seg legitimitet og rom for å argumentere for

kvalitet både i tverrfaglige team, overfor sine ledere og overfor politikere.

Dette forutsetter imidlertid at ledelsen satser på og støtter kvalitetsforbedrende tiltak. Ut fra hvordan Oslo universitetssykehus er organisert, er det særlig på punktet *Transformativt lederskap* at sykehuset mangler en vesentlig del for å møte kravene som stilles for å bli akkreditert som Magnet-sykehus. OUS mangler en sjefssykepleier, og har ingen sykepleierfaglig person som er strategisk plassert i organisasjonen med direkte rapportering til Administrerende direktør.

I Magnet-manualen står det:

Sjefssykepleieren i en Magnet-organisasjon er en kunnskapsrik, transformerende leder som utvikler en sterk visjon og godt artikulert filosofi, en modell for profesjonell praksis og planer for strategi og kvalitet i ledelsen av sykepleietjenesten (ANCC 2011).

Sykepleietjenesten i dagens OUS er fragmentert, både på foretaks- og klinikknivå, uten en koordinerende sjefssykepleier som samordner den største gruppe helsepersonell i sykehuset.

Pasientsikkerhetsaspektet må på samme måte som kvalitet være preget av systemtenkning. Skulle det være opp til den enkelte ansatte å vurdere og iverksette tiltak, ville det være umulig for helseforetakene å sikre seg at pasientsikkerheten ble ivaretatt. Som et eksempel kan vi se på rutiner ved sårskift. Det finnes en mengde ulike måter å behandle et sår, men en av de viktigste faktorene er at det blir vurdert og behandlet etter samme fremgangsmåte av alle involverte sykepleiere. Ved en systemtenkning, vil det foreligge grundige prosedyrer for sårskift på avdelingen. Den samme forskningsbaserte prosedyren bør ideelt sett omfatte resten av helseforetaket, og aller helst flere helseforetak. Dette bringer oss tilbake til hvor sykepleien først ble systematisert, gjennom grunnleggeren Florence Nightingale. En praktisk lekse hun mente var grunnleggende for alle sykepleiere, var følgende:

The most important practical lesson that can be given to nurses is to teach them what to observe – how to observe – what symptoms indicate improvement – what the reverse – which are of importance – which are of none – which are the evidence of neglect – and of what kind of neglect. All this is what ought to make part, and an essential part, of the training of every nurse (s.150).

På et generelt spørsmål om vurdering av pasientsikkerhet, er det i PePSi brukt en 5-punkts Likert skala, men man ser at det er verdier som ligger rundt det nøytrale som dominerer. Det er en forsvinnende liten andel sykepleiere som mener at pasientsikkerheten er fremragende, og det er tilsvarende få som mener at pasientsikkerheten er dårlig eller meget dårlig. Majoriteten mener at pasientsikkerhet i egen avdeling er akseptabel eller meget god. Jeg vil påpeke at skalaen på dette spørsmålet for meg ikke er en balansert skala, da jeg heller ville hatt svaralternativet „god“ mellom akseptabel og fremragende i stedet for alternativet „meget god“.

Sykepleierne svarer videre at de ikke er overbevist om at foretaksledelsen iverksetter tiltak for å løse problemer angående pasientsikkerheten som rapporteres. Dette er et funn som også kan tyde på at sykepleieres generelle tillit til foretaksledelsen ikke er særlig høy. En av fire sykepleiere er slett ikke sikker på at foretaksledelsen iverksetter tiltak ved problemer som rapporteres, og dette er et funn som bør få foretaksledelsen til å gjennomgå rutiner på hvordan det blir agert ved problemer som meldes. Hvis foretaksledelsen mener de iverksetter tiltak ved problemer som løses, er det ikke tydelig for sykepleierne at dette blir gjort, og det bør derfor kommuniseres bedre ut i organisasjonen. Alternativt har sykehusledelsen et arbeid å gjøre for å bedre rutiner ved meldte problemer og hendelser.

På spørsmålene om kvalitet og pasientsikkerhet ser man at sykepleiere i Oslo universitetssykehus samlet vurderer kvalitet på sykepleie og pasientsikkerhet bedre enn gjennomsnittsverdien for hele landet. Det er imidlertid så store interne variasjoner i OUS, at det er interessant å se på hvordan de ulike behandlingsstedene i OUS svarer i tillegg til å se på Oslo universitetssykehus samlet. Dette blir nå sammenfattet med resultater fra hvert av sykehusene i OUS.

6.3 Aker sykehus

Når vi ser på resultatene for Aker sykehus, tenker jeg det er viktig å analysere disse med bakgrunn i hvilken situasjon sykehuset var i høsten 2009. Sykehuset hadde allerede blitt fusjonert med de andre universitetssykehusene i Oslo, men ble foreløpig driftet som en egen enhet på tidspunktet undersøkelsen ble foretatt. Man hadde imidlertid besluttet at sykehusene fra januar 2010 skulle driftes med tverrgående klinikker, og at et pasientgrunnlag på ca 160.000 skulle overføres fra Aker til Akershus universitetssykehus fra januar 2011. Man ventet også på et vedtak angående Aker sykehus sin plass i Oslo universitetssykehus, og de ansatte fryktet utfallet. Oslos befolkning og de ansatte fulgte prosessen tett og det var vanskelig å tolke det som skjedde annerledes enn at man ønsket å legge ned sykehuset. Det var mye mediedekning, og foreningen *Aker sykehus venner* var svært aktive med sine oppfordringer ”Redd Aker sykehus”, blant annet med innsamling av nærmere 40.000 protestunderskrifter (Aker sykehus venner 2010). Flere politiske partier i Oslo gikk offentlig ut og støttet Aker (NRK 2009), men 17.februar 2010 kom det endelige vedtaket i styret til Oslo universitetssykehus HF om at driften ved Aker sykehus skulle avvikles (NRK 2010). Vedtaket fra styret sa også at Oslo kommune måtte på banen om det fortsatt skulle være helse relatert virksomhet på området.

Høsten 2009 var derfor en tid preget av mye usikkerhet og en del oppgitthet blant de ansatte på Aker sykehus. I mine funn scorer Aker sykehus dårligere enn de andre sykehusene i Oslo universitetssykehus på mange områder. Det er ikke mulig å vite om resultatene skyldes den spesielle situasjonen Aker var i, eller om det ville vært lignende funn i en tid med vanlig drift. Jeg ønsker derfor å presentere resultatene fra Aker på samme måte som de andre sykehusene i denne oppgaven.

6.3.1 Arbeidsbetingelser ved Aker sykehus

Når sykepleiere ved Aker sykehus blir bedt om å besvare hvor fornøyde de er med sin nåværende jobb, svarer ca fire av fem sykepleiere at de er ganske eller veldig fornøyde. Når man ser på et generelt spørsmål rundt arbeidsmiljø, er det samme andel som svarer positivt på dette, og majoriteten blant Akers sykepleiere mener de har et godt arbeidsmiljø. Svarene på disse to spørsmålene er nesten identiske med

landsgjennomsnittet, men man ser at sykepleiere ikke er like fornøyde som ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet. På spørsmålet om de ville anbefalt sykehuset til en kollega, svarer 85 % av respondentene sannsynligvis ja eller definitivt ja. Den samme trenden ser vi her med at Akers sykepleiere svarer som landsgjennomsnittet, mens RH og DNR har bedre resultater. Det er kanskje noe overraskende at så mange som 27,3 % av Akers sykepleiere svarer at de har planer om å slutte, når kun 15 % av sykepleierne ikke ville anbefalt sykehuset til en kollega og kun 20 % sier at de er misfornøyde med sin nåværende jobb. Dette kan skyldes den spesielle situasjonen sykehuset stod midt inne i. Det kan også hende at sykepleiere var relativt fornøyde, men at de ønsket å ta videreutdanning eller søke andre type jobber. Kan hende Akers ansatte var i en fase hvor de vurderte hva de ville gjøre fremover, tatt i betraktning av at de sannsynligvis ville få endrede arbeidsvilkår fremover enten de valgte å bli værende på Aker eller om de valgte å slutte for å gjøre andre ting.

Går man inn i de mer spesifikke faktorene ved arbeidsbetingelser, ser man et mer nyansert bilde. På alle kategoriene fra NWI-R har Aker resultater som er betydelig dårligere enn gjennomsnittet for Oslo universitetssykehus. Når det gjelder utviklingsmuligheter, oppgir Aker og Ullevåls sykepleiere at de ikke har like gode utviklingsmuligheter som RH og DNR. Aker utpeker seg spesielt dårlig på kategorien *Tilstrekkelig bemanning*, og andelen av Akers ansatte som mener de har tilstrekkelig bemanning, er markant lavere enn de tre andre sykehusene i OUS. Det samme funnet har vi på spørsmålet om hvor mange pasienter sykepleierne var direkte ansvarlig for på sin siste vakt, hvor Aker har resultater som skiller seg markant fra de andre sykehusene i OUS med flere pasienter per sykepleier. Antall pasienter per sykepleier kan være lavere enn de andre sykehusene ved OUS fordi det var mindre spesialfunksjoner ved Aker og dermed også mer støttepersonell som hjelpepleiere og assistenter. Men uansett sier Akers sykepleiere at de i mindre grad har tilstrekkelig bemanning når de besvarer NWI-R.

6.3.2 Kvalitet og pasientsikkerhet ved Aker sykehus

På spørsmål om kvalitet har sykepleiere ved Aker sammenfallende resultater med landsgjennomsnittet, mens de tre andre behandlingsstedene i OUS scorer markant bedre. På spørsmålet om pasientsikkerhet mener Akers sykepleiere at pasientsikkerhet

er dårligere på sin avdeling enn sykepleiere i landet som helhet. Nesten en av ti sykepleiere ved Aker sykehus oppgir at pasientsikkerheten i egen avdeling er dårlig eller meget dårlig, og det er ingen sykepleiere som vurderer pasientsikkerheten som fremragende. På dette spørsmålet svarer sykepleiere ved de andre behandlingsstedene i OUS at pasientsikkerhet er betydelig bedre enn tilfellet er for Akers ansatte. Nesten halvparten av respondentene ved Aker er "slett ikke sikker" på at foretaksledelsen iverksetter tiltak ved problemer som rapporteres angående pasientbehandlingen.

Den mest markante stedet hvor Akers sykepleiere utpeker seg, er likevel i forhold til hvilke nødvendige oppgaver som forble ugjort fordi de ikke hadde tid. Over halvparten av Akers sykepleiere fikk ikke utført munnpleie, utvikle/oppdatere sykepleieplaner eller gi støtte til/samtale med pasienter. På dette spørsmålet har Aker funn som tydelig viser at det var mange nødvendige oppgaver som forble ugjort på grunn av lite tid. Ser man spørsmålet opp mot hvor mange pasienter det er per sykepleier, og hvordan man vurderer tilstrekkelig bemanning ut fra NWI-R, ser man en helt klar sammenheng. Funnene kan tyde på at bemanningen på Aker ble vurdert å være for lav for å ivareta oppgavene som sykepleierne skulle utføre høsten 2009.

6.4 Ullevål sykehus

Ullevål sykehus var i 2009 et behandlingssted som tidligere var Norges største helseforetak, og sykehuset hadde en stor variasjon i oppgaver gjennom hele spekteret fra lands- og regionfunksjoner, til område- og lokalsykehusfunksjoner. Ullevål hadde også i PePSi det største antall respondenter, men man kan se at visse avdelinger ikke deltok i undersøkelsen. Sykepleiere innen kreftbehandling ved Ullevål var eksempelvis ikke med i PePSi, og dette kan ha påvirket resultatene. Sykepleiere ved Ullevål hadde høsten 2009 ikke samme trussel om avvikling av driften som Aker sykehus opplevde, men det var usikkerhet i forhold til hvordan hovedstadsprosessen ville påvirke ulike funksjoner og flytting for enkelte avdelinger.

6.4.1 Arbeidsbetingelser ved Ullevål sykehus

Funnene fra Ullevål utpeker seg mindre sammenlignet med de tre andre behandlingsstedene i OUS. Det ser ut til at sykehuset har score på mange spørsmål som er bedre enn sykepleiere fra Aker, men dårligere enn sykepleiere ved

Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Den ene kategorien Ullevål scorer dårligst på er i forhold til ledelse/sykepleieleidelse. Ullevål scorer imidlertid bedre enn landsgjennomsnittet på samtlige forhold hva gjelder arbeidsbetingelser, men også på Ullevål oppgir en av fem sykepleiere at de har planer om å slutte i løpet av det første året. Bemanningen på Ullevål er betydelig bedre enn landsgjennomsnittet, men vurderes dårligere enn ved Rikshospitalet. Disse funnene kan godt tenkes å henge sammen med spesialiseringsgrad på sengepostene.

6.4.2 Kvalitet og pasientsikkerhet ved Ullevål sykehus

Når det gjelder kvalitetsaspektet og vurdering av pasientsikkerhet ser vi samme tendens, hvor Ullevål scorer betydelig bedre enn landsgjennomsnittet. Sykehuset har ellers en gjennomsnittlig score sammenlignet med de andre sykehusene i OUS, hvor Rikshospitalet og Radiumhospitalet har bedre score og Aker har lavere score. Denne gjennomsnittlige posisjonen kan skyldes at Ullevål har flest respondenter, og man kan muligens få mindre ekstremverdier. Det kan også være den store variasjonen i funksjoner som Ullevål har hatt som gjør at resultatene legger seg mellom sykehus med hovedsakelig lands-/regionfunksjoner og område-/lokalsykehusfunksjoner.

6.5 Radiumhospitalet

Radiumhospitalet har tidligere vært et statlig eid sykehus, med spesialkompetanse innen kreftbehandling. Sykehuset fusjonerte med Rikshospitalet i 2005, men bortsett fra de medisinske serviceavdelingene som anestesi, intensiv og radiologi, var sykehusdriften ved Radiumhospitalet i stor grad knyttet til en spesifikk klinikk i helseforetaket. Alle respondentene fra DNR i PePSi tilhørte samme klinikk, som var til dels adskilt fra resten av Rikshospitalets øvrige drift høsten 2009. Radiumhospitalet hadde det minste antall respondenter i undersøkelsen, og noen svar kan derfor bli preget av lite utvalg og flere ekstremverdier. Dette gjelder særlig spørsmålet om antall pasienter per sykepleier, da dette er delt opp etter både behandlingssted og type vakt.

6.5.1 Arbeidsbetingelser ved Radiumhospitalet

På spørsmål rundt arbeidsbetingelser scorer Radiumhospitalet på et generelt høyt nivå, både sammenlignet med landsgjennomsnittet og mot de andre sykehusene i

OUS. Sykepleiere ved Radiumhospitalet utmerker seg med å ha lang erfaring som sykepleier og en særskilt høy andel sykepleiere med videreutdanning. Mindre enn en av ti sykepleiere ved Radiumhospitalet var misfornøyd med sin nåværende jobb, og det var ingen av respondentene som svarte at de var veldig misfornøyde. Hele 98,5 % av sykepleierne ville anbefalt sitt sykehus til en kollega, og under 13 % av sykepleierne vurderte å slutte i løpet av det neste året. Vi ser videre at Radiumhospitalets sykepleiere vurderer at de har et meget godt samarbeid med leger, gode utviklingsmuligheter og god ledelse/sykepleieleidelse. Bemanningen utmerker seg med at det er få pasienter per sykepleier på dag og aftenvakt, mens det er svært mange pasienter per sykepleier på nattevakt. Som tidligere nevnt kan dette ha sammenheng med lave tall og dermed stor usikkerhet. Det kan også være en grunn til å tro at det foregår en del ressurskrevende behandling på dagtid, med mange undersøkelser og administrering av cytostatika og strålebehandling. Selv om en tar høyde for dette ser vi likevel at sykepleiere i mindre grad enn Ullevål og Rikshospitalet mener de har tilstrekkelig bemanning.

6.5.2 Kvalitet og pasientsikkerhet ved Radiumhospitalet

Sykepleiere ved Radiumhospitalet vurderer kvalitet på sykepleie som høy, og det samme med pasientsikkerhet. På spørsmål om hvilke nødvendige aktiviteter som forble ugjort, ser man at det på DNR følger samme trend som andre sykehus med hvilke oppgaver som ikke ble prioritert. Med unntak av administrering av medikamenter til rett tid, har sykehuset generelt sett gode resultater.

6.6 Rikshospitalet

Rikshospitalet var tidligere et statlig sykehus med hovedsakelig lands- og regionsfunksjoner. Dette faktum gjør at mange vil hevde at sykehuset var i en særstilling sammen med Radiumhospitalet frem til etableringen av helseforetakene i 2002. Rikshospitalets sykepleiere var i 2009 lite påvirket av endringene da det var bestemt at lands- og regionsfunksjoner også i fremtiden skulle samles på Rikshospitalet i størst mulig grad.

6.6.1 Arbeidsbetingelser ved Rikshospitalet

Rikshospitalet er sykehuset i OUS hvor sykepleierne har lengst erfaring. Likevel er andel sykepleiere med videreutdanning på sengeposter kun marginalt høyere enn for Aker og landsgjennomsnittet, og betydelig lavere enn for Radiumhospitalet. Sykepleiere ved Rikshospitalet er i stor grad fornøyd med sin nåværende jobb, og hele 65 % av sykepleierne ville definitivt anbefalt sitt sykehus til en kollega. På et generelt spørsmål om arbeidsmiljø, er det RH som scorer best av sykehusene i OUS, men det er likevel en av fem sykepleiere som vurderer å slutte i løpet av det neste året. Rikshospitalet utmerker seg spesielt positivt i forhold til tilstrekkelig bemanning, utviklingsmuligheter og sykepleieorientert praksis. Sykepleierepresentasjon og ledelse/sykepleieledelse har også høy score. På samarbeid med leger derimot, har RH dårligst score, og langt under gjennomsnittet for landet som helhet. Oppsummert kan det se ut til at Rikshospitalets ansatte vurderer sine arbeidsbetingelser bedre enn andre sykepleiere med unntak av kategorien samarbeid med leger.

Når det gjelder samarbeid med leger, er det gjort et interessant arbeid av Olsvold (2010), hvor hun beskriver sine observasjoner av sykepleieres samarbeid med leger og stiller spørsmål om hvilken forståelse de har av tverrfaglig samarbeid: Er samarbeid kun informasjonsinnhenting fra andre yrkesgrupper? Olsvold (2010) beskriver et møte, som fortøner seg for henne på denne måten ”Legenes hegemoni på møtet var så udiskutabel at vilkårene for å kunne kalles et tverrfaglig møte ikke var til stede”. Olsvold peker videre på at arbeidsrelasjonene mellom leger og sykepleiere er så lite etablerte, at det hemmer informasjons- og kommunikasjonsprosessene og dermed gjennomføringen og oppfølgingen av pasientbehandlingen (s.124). Om Olsvolds observasjoner er representativ på Rikshospitalet er uvisst, men hennes vurderinger er at dårlig samarbeid hemmer fremdriften i pasientbehandlingen, og dermed kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet.

Sykepleierne svarer likevel i PePSi at legene i stor grad verdsetter sykepleiernes observasjoner og vurderinger. Omtrent like stor andel svarer at de har gode samarbeidsrelasjoner med legene og at leger respekterer sykepleiere som fagpersoner. Det ville være interessant å gjøre en cross-checking i likhet med Kramer & Scmalenberg hvor istedenfor å bare ha svar fra spørreskjema med samarbeid med

leger som ”godt” eller ”vi har god kommunikasjon med legene” kunne ha intervjuer og observasjoner av det samme (Kramer & Schmalenberg 1993).

6.6.2 Kvalitet og pasientsikkerhet ved Rikshospitalet

På spørsmål om kvalitet på sykepleie, vurderer sykepleiere ved Rikshospitalet denne til å være bedre enn sykepleiere ved andre sykehus. Dette kommer enda tydeligere frem på spørsmål om hvordan sykepleiere vurderer pasientsikkerheten. Sykepleiere ved RH har også større tiltro til at foretaksledelsen iverksetter tiltak ved problemer angående pasientbehandlingen som rapporteres. Det ser ut til at sykepleiere ved RH er de sykepleiere som i minst mulig grad markerer at de ikke har fått utført nødvendige oppgaver fordi de ikke hadde tid, og dette sammenfaller nok en gang godt med kategorien *Tilstrekkelig bemanning* fra NWI-R. Det ser imidlertid ut til at sykepleiere ved Rikshospitalet i mindre grad prioriterer undervisning/opplæring til sine pasienter enn ved andre sykehus.

Fra mine resultater kan det virke som at Rikshospitalet fortsatt er i en særstilling på mange viktige variabler. Det har resultater som er betraktelig bedre enn de andre behandlingsstedene i OUS, og en enda sterkere stilling om man sammenligner med alle landets sykehus. Sykepleiere ved Rikshospitalet ser ut til å ha en sterk sykepleiefaglig identitet, og dette sammen med tilstrekkelig bemanning kan se ut til å være faktorer som har innflytelse på hvordan kvalitet og pasientsikkerhet bli vurdert.

I gjennomgangen over har jeg diskutert resultater fra de ulike behandlingsstedene i OUS opp mot hverandre og opp mot landsgjennomsnittet. Det har blitt vist til hvordan sykepleierne selv rapporterer syn på arbeidsbetingelser, kvalitet på sykepleie og pasientsikkerhet. I den videre diskusjonen vil jeg problematisere muligheten for at det er en sammenheng mellom ulike faktorer i arbeidsbetingelser og vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet.

6.7 Sykepleiens kjernefunksjoner

Min tredje og siste problemstilling forsøker å utforske hvordan ulike arbeidsbetingelser for sykepleiere påvirker deres mulighet til å ivareta sine kjernefunksjoner. Dette var formulert som hvilken sammenheng kan påvises mellom sykepleiernes beskrevne arbeidsbetingelser og sykepleieres vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet.

På spørsmål om hvilke aktiviteter som var nødvendige, men forble ugjort fordi sykepleierne ikke hadde tid, finner jeg mange interessante funn. Det er mulig både å se hvilke oppgaver som blir prioritert av sykepleiere når de har tidsnød, samtidig med at det er alarmerende hvor mange av disse oppgavene sykepleiere ikke får utført.

Bemanning påvirker mulighet til å få utføre sykepleieres kjerneoppgaver

På alle sykehusene i OUS viser mine funn at kategorien *Tilstrekkelig bemanning* har samvariasjon med hvor mange aktiviteter sykepleiere ikke fikk utført på grunn av mangel på tid. Det kan dermed være deknning for å si at når sykepleiere stadig må smøre seg tynnere utover flere pasienter, kommer en til et punkt hvor viktige oppgaver blir prioritert bort. Det er med andre ord kun til et visst punkt at sykepleiere klarer å strekke seg for å kompensere for utilstrekkelige ressurser. Mengden av tidsbelagte gjøremål gjennom dagen skaper et krysspress, der noen oppgaver må nedprioriteres. Dette er ikke et overraskende funn, men det viser tydelig at å tilstrebe tilstrekkelig bemanning er viktig for å oppnå god kvalitet på sykepleien. Aiken (2008) påpeker at sykepleie ofte blir sett på som en kostnad i sykehusenes budsjetter, og er dermed konstant offer for kostnadsreduksjoner. Ut fra mine funn vil dette være en uheldig måte å tenke på hvis målet er å oppnå god kvalitet på sykepleie.

Sykepleiernes kjernefunksjoner er viktige for å hjelpe pasienter gjennom et sykehusopphold, og et viktig aspekt i kvalitet på sykepleie. Ut fra definisjoner på sykepleie, er det fokuset på å dekke pasientens grunnleggende behov som er kjerneoppgavene i faget. Likevel ser vi at det faktisk er de grunnleggende behovene som blir nedprioritert, mens det er de legedelegerte oppgavene som smertebehandling, behandling og prosedyrer, og administrering av medikamenter som prioriteres. Den medisinske behandlingen og delegerte oppgaver tar stadig større plass og mer tid.

Olsvold (2010) antyder at dette kan skyldes at pleie og omsorg av pasienten ikke følger en lineær tid på samme måte som den medisinske behandlingen. Gjøre mål som ikke lar seg tidfeste er noe man ikke blir stilt til ansvar for i sengeposter i samme grad som de prosedyrerrettede aktivitetene. Det blir ikke satt av tid til det, og det blir dermed henvist til mellomrommene for andre gjøre mål hvis det er mer tid til overs.

Sykepleiere utgjør den største gruppe helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, og skal kontinuerlige gjøre observasjoner, sette i verk tiltak og evaluere igangsatt behandling. Når en ser at ca 25 % av alle sykepleiere som responderte i PePSi ikke fikk gjøre tilstrekkelig observasjon av pasienter, vil jeg hevde at dette er et alvorlig avvik fra god standard. Det fremkommer tydelig fra PePSi hvilke oppgaver sykepleiere prioriterer og nedprioriterer. Noen ytterst få sykepleiere svarte at de ikke hadde utført smertebehandling og behandling/prosedyrer. Dette er viktige oppgaver, men det er beklagelig at rundt 30 % av alle sykepleiere prioriterer bort flere av sykepleiernes kjerneoppgaver slik som munnstell, hudpleie og støtte til og samtale med pasienter. Et paradoks er det også at selv om ca 25-30 % av sykepleierne svarte at de ikke fikk gjort munnstell, hudpleie eller tilstrekkelig observasjon av pasientene, mente likevel over 85 % at kvaliteten på sykepleie var bra eller utmerket.

For å kunne si noe om bemanningsbehovet, er det pasientens behov for sykepleie som bør styre bemanningen. Det er derfor utviklet ulike verktøy for å måle behov for sykepleie og på bakgrunn av dette tilstrebe riktig bemanning. Slike verktøy går ofte under begrepet *Pleiekategorisering*, og det er nå planer om å ta slike verktøy i bruk ved Oslo universitetssykehus. En arbeidsgruppe har sammenfattet en rapport, og man venter nå på vedtak fra sykehuset for hvordan dette skal implementeres.

6.8 Samvariasjon mellom arbeidsbetingelser og vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet

I avsnittet over har jeg vist hvordan mine funn kan støtte antagelsen om at tilstrekkelig bemanning har tydelig samvariasjon på sykepleiernes mulighet til å få utføre sine kjerneoppgaver. Jeg ønsker nå å utforske i hvilken grad andre faktorer ved arbeidsbetingelser kan synes å ha samvariasjon med sykepleiernes vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet.

Når man ser på resultater fra spørsmålene som forsøker å utforske sykepleiernes overordnede vurdering av egne arbeidsbetingelser fra PePSi, er det en tydelig samvariasjon hvor sykehus som scorer best på arbeidsbetingelser også har best score på vurdering av kvalitet på sykepleie og pasientsikkerhet. Men ikke alle forhold ved arbeidsbetingelsene ser ut til å ha denne samvariasjonen mot kvalitet og pasientsikkerhet. Jeg vil nå gå tilbake til litteratur og rammeverk for å se nærmere på hvilke faktorer som ut fra teorien kan se ut til å ha en samvariasjon mellom arbeidsbetingelser og vurdering av kvalitet på sykepleie.

Magnet-sykehus har gjennom flere store undersøkelser vist seg å være organisasjoner som fremmer rekruttering og bibehold av sykepleiere. Hovedfunn fra studier på magnet fremhever viktigheten av arbeidsbetingelser preget av autonomi, tilstrekkelig bemanning og profesjonelt samarbeid med leger (Aiken et al. 2002). Verktøyet som oftest blir brukt i studier som ser på arbeidsbetingelser for sykepleiere, er ”The Nursing Work Index” (NWI) (Aiken & Patrician 2000). I en sammenfattende oppsummering av studier på Magnetsykehusenes karakteristika målt ved NWI, viser Lundmark (2008, s.75) til følgende:

The evidence almost uniformly shows consistent positive relations between job satisfaction or nurse-assessed quality of care and the magnet characteristics measured by subscales of the NWI-R or PES-NWI.

Lundmark (2008) viser i sin oversiktsartikkel en sammenheng mellom sykepleie, pasientsikkerhet og høyt faglig nivå i sykepleietjenesten. Sykehus som viser seg å ha karakteristika fra Magnet tiltrekker seg sykepleiere fordi de har et rammeverk for organisering og profesjonell praksis, som igjen gir effektiv rekruttering av sykepleiere og gode pasientresultatet.

I litteraturstudien konkluderer Lundmark med følgende:

The magnet concept defines a framework for facilitating the professional practice of nursing that has demonstrated effectiveness in attracting nurses and shows promise for contributing to optimal patient outcomes. There is a compelling need to improve the measures and methods used to research magnet characteristics and environments before the links that connect organizational context to nurse and patient outcomes can be sufficiently understood (s.9).

Konklusjonen i en review-artikkel av Touragneau, Cranley & Jeffs (2006) etter å ha gått gjennom 15 primærstudier, var at det finnes en del motstridende funn på hvilke faktorer som påvirker mortalitet. I deres oppsummering fant de at sykepleierbemanning og lege karakteristika var de sterkeste predikatorene for mortalitet. Sykepleier-lege relasjoner har også hos Tourangeau, Cranley & Jeffs (2006) mindre påvirkning på mortalitet.

Fra mine funn ser det ut til at det er sterk samvariasjon mellom sykepleierbemanning og mulighet til å utføre sykepleiens kjerneoppgaver. Det ser også ut til at sykepleieorientert praksis og sykepleierepresentasjon i sykehusets drift har sterk samvariasjon mot kvalitets- og pasientsikkerhetsaspektet. Overraskende nok ser det ikke ut til at ledelse/sykepleieleidelse ser ikke ut til å ha direkte samvariasjon med hvordan aktiviteter blir gjort eller forblir ugjort, og kategorien samarbeid med leger varierer helt uavhengig med hvordan sykepleierne vurderer kvalitet og pasientsikkerhet.

Som jeg har vist fra gjennomgangen av de ulike behandlingsstedene i OUS, er Rikshospitalet det stedet som scorer blant de dårligste på området samarbeid med leger, men de oppgir likevel at de har høy grad av sykepleieorientert praksis og god pasientsikkerhet. Det kan se ut til at sykepleiere med sterk profesjonell identitet har sterk sammenheng med vurdering av kvalitet, og at dette er tilfellet selv om samarbeidet med legene ikke blir betraktet som særlig godt. Til forskjell fra Olsvolds vurderinger, ser det ut fra mine funn ut til at samarbeid med legene ikke er avgjørende faktor for sykepleieres vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet. Det tyder mer på at sykepleiernes egen identitet og sykepleieorientert praksis, samt tilstrekkelig bemanning har større samvariasjon med kvalitet og pasientsikkerhet.

Det er overraskende at noen av funnene relatert til arbeidsbetingelser og vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet ikke har tydelig samvariasjon. Et generelt spørsmål om arbeidsmiljøet synes for eksempel ikke å påvirke slutteplaner. På spørsmålet ”Hvordan vurderer du arbeidsmiljøet på din arbeidsplass i sykehuset” er det kun ubetydelige forskjeller, mens på planer om å slutte innen et år, svarer under 13 % av sykepleiere ved DNR ja, og hele 27,3 % på Aker.

6.9 Kvalitet på sykepleie som et systemansvar

Sykepleie utgjør en viktig del av pasientens opplevelse av god kvalitet, og det er liten tvil om at god kvalitet på sykepleie innvirker på pasientsikkerhet. Flere store internasjonale studier (Aiken et al. 1994, Aiken et al. 2002, Aiken et al. 2008, Friese et al. 2008, Kane et al. 2007, Rafferty et al. 2007) viser til at sykehus som har gode arbeidsbetingelser for sykepleiere også oppnår gode pasientresultater, gode resultater på brukerundersøkelser og lavere mortalitet.

Det vil være viktig for sykehus å bygge opp en bemanning som tar utgangspunkt i pasientens behov. På samme måte som et symfoniorkester er avhengig av ulike instrumenter og dyktige musikere, er også sykehusene avhengig av en riktig sammensetning av ulike helseprofesjoner. Hver enkelt helseprofesjon har sine viktige og særegne funksjoner, og det er derfor avgjørende å allokere ressurser inn mot hensiktsmessig behandlingsforløp. I dette arbeidet står foretaks- og klinikkledelse sentralt, og det er ut fra diskusjonen over riktig å argumentere for at sykepleie må vurderes som en ressurs i stedet for en kostnad. Siden sykepleie utgjør den største gruppe helsepersonell i norske sykehus, vil det være mulighet til å få betydelig forbedring på kvalitet og pasientsikkerhet ved å satse på sykepleie. Dette bør imidlertid ikke gå på bekostning av andre helseprofesjoners utvikling, og en bør tilstrebe en kultur for alle ansatte som stimulerer til å yte optimalt og dra i samme retning. Kun med en samordnede og helhetlige pasientforløp vil kvalitetsforbedringen kunne oppnås.

Magnet-modellen har vært benyttet i denne gjennomgangen da den inneholder en systematisering av elementer, og innsikt i hvilke faktorer som er avgjørende for å oppnå god kvalitet på sykepleie.

Sykehus som har innført modellen hevder at de kan oppnå både økonomisk balanse og bedret pasientsikkerhet ved å sette fokus på sykepleiernes særegne funksjon i pasientbehandlingen (Aiken et al. 1994, Aiken et al. 1999, Lashinger et al. 2001, Lake 2002, Mc Kee et al. 1998, Tourangeau et al. 2006, Lundmark 2008, Kramer & Schmalenberg 1993, Kramer 1990, Kramer & Schmalenberg 2005).

Modellen blir ansett i USA som ”best practice”, og har vakt internasjonal oppsikt, da den har en unik systematisering av elementer ut fra forskningsbaserte evidens. I Norge er det ikke sikkert at en akkreditering er verken hensiktsmessig eller ønskelig, da sykehus opererer i det samme markedet og har samme eier. Men det er likevel viktig for sykehusene å tiltrekke seg tilstrekkelig og god arbeidskraft, og mange av elementene i Magnet kan benyttes også i norske sykehus for å fremme rekruttering og oppnå kvalitetsforbedring på pasientbehandling og pasientsikkerhet.

7.0 Konklusjon

Hovedmålet med denne oppgaven har vært å utvikle en forståelse av hvordan sykepleiernes arbeidsbetingelser beskrives, og hvordan sykepleierne vurderer kvalitet på sykepleie og pasientsikkerhet i Oslo universitetssykehus. Videre har det vært et mål å kunne si noe om hvordan enkelte elementer ved arbeidsbetingelser synes å samvariere med kvalitet på sykepleie og pasientsikkerhet.

Jeg har benyttet resultater fra den store PePSi-undersøkelsen, og ved hjelp av teori og rammeverket Magnet analysert egenrapporterte vurderinger som sykepleiere ved Oslo universitetssykehus har gjort av henholdsvis arbeidsbetingelser og kvalitet/pasientsikkerhet. Deretter har jeg gått over til en analyse av om det kan være en samvariasjon mellom rapporterte arbeidsbetingelser og de vurderingene sykepleierne gjør av kvalitet og pasientsikkerhet ved egen avdeling. Analysen har vært avgrenset til å omhandle sykepleiere ved generelle sengeposter i Oslo universitetssykehus.

Bakgrunnen for hvorfor det har vært interessant å se på disse faktorene, er at det ikke finnes gode norske studier på hvordan arbeidsbetingelser for sykepleiere har sammenheng med kvalitet på sykepleie og pasientsikkerhet. Det har blitt gjennomført en rekke reformer i det norske helsevesen de siste 15 årene, men det råder fortsatt en viss usikkerhet om disse endringene har ført til vesentlig bedret pasientsikkerhet. Selv om Sosial- og helsedirektoratet (2005) foreslo at *styrking av utøveren* var et av satsingsområdene i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, kan det virke som at det har vært lite konkret fokus på å styrke helsepersonell som tilbyr tjenestene, men stadig mer fokus på økonomiske parameter. Med bakgrunn i Magnet-modellen og internasjonale studier som er gjort på denne modellens elementer (Aiken, Smith & Lake 1994, Aiken 2000, Aiken 2005, McClure 2005, Lake & Friese 2006), har jeg forsøkt å knytte dette opp mot resultatene jeg har fått tilgang til fra Oslo universitetssykehus.

Videre i dette kapittelet vil jeg først oppsummere mine hovedfunn og bifunn, før jeg diskuterer relevansen av de funn jeg har gjort opp mot Oslo universitetssykehus.

7.1 Sammendrag av funn

Norge har stort sett gode resultater i internasjonal sammenheng fra surveyen RN4CAST, men variasjonen mellom sykehus i Norge er flere steder urovekkende stor (Kunnskapssenteret 2011). Dette kommer også til uttrykk innad i Oslo universitetssykehus, hvor det er overraskende store ulikheter mellom de fire behandlingsstedene Aker, Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet.

Hovedfunn:

For Oslo universitetssykehus vil jeg kort oppsummere mine hovedfunn:

- Oslo universitetssykehus scorer bedre enn landsgjennomsnittet på vurdering av egne arbeidsvilkår og på vurdering av kvalitet / pasientsikkerhet, men det er store interne variasjoner mellom behandlingsstedene i OUS.
- Rikshospitalet og Radiumhospitalet hadde de mest fornøyde sykepleierne i Oslo universitetssykehus innen de fleste kategorier, mens Ullevål scorer noe bedre enn landsgjennomsnittet og Aker har dårligere resultater.
- Det er særlig kategoriene *Tilstrekkelig bemanning* og *Utviklingsmuligheter* at Oslo universitetssykehus utmerker seg som vesentlig bedre enn landet for øvrig.
- Planer om å slutte har samvariasjon med vurdering av flere spesifikke arbeidsbetingelser, men ikke i forhold til generelt arbeidsmiljø
- Bemanning påvirker mulighet til å få utført sykepleiens kjerneoppgaver
- Mange aktiviteter forble ugjort av det som kan anses som sykepleiernes kjerneoppgaver, men likevel anser sykepleiere kvaliteten på sykepleie som god
- Aktiviteter som er prosedyrerettede og legedelegerte blir prioritert foran aktiviteter som kjennetegnes som sykepleiernes kjerneoppgaver
- Samarbeid med legene synes å ikke være avgjørende for sykepleiernes vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet så lenge det er fokus på sykepleieorientert praksis
- Sykepleiere har generelt liten tiltro til at foretaksledelsen iverksetter tiltak ved problemer som rapporteres i forhold til pasientbehandlingen.

Bifunn:

- Sykepleiere på generelle sengeposter er unge og med lite erfaring, noe som kan føre til en stor rekrutteringsutfordring for fremtiden.
- Få sykepleiere svarer at de er svært misfornøyde med jobben, har lite bra arbeidsmiljø eller at de definitivt ikke ville anbefalt sitt sykehus til en kollega.
- Arbeidsmiljøet blir vurdert bedre blant sykepleiere ved behandlingsstedene i OUS sammenlignet med sykepleiere fra hele av landet
- 2 av 10 sykepleiere har likevel planer om å slutte i løpet av det neste året.
- Svært få sykepleiere svarer at kvalitet på sykepleie er lite bra eller at pasientsikkerheten er dårlig.

7.2 Resultatenes relevans for Oslo universitetssykehus

Som jeg har vist til gjennom denne oppgaven, foreligger det en mengde publisert forskning som hevder at arbeidsbetingelser for sykepleiere har innvirkning på kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandlingen, og lite skulle tyde på at dette er annerledes i Norge enn i andre land. Surveyen PePSi er det norske bidraget til det store EU-finansierte prosjektet RN4CAST, og resultatene fra de fire behandlingsstedene som utgjør Oslo universitetssykehus har blitt presentert.

Funn fra den store internasjonale undersøkelsen RN4CAST viser at Norge generelt sett ligger meget godt an sammenlignet med andre europeiske land, både når det gjelder arbeidsbetingelser og når det gjelder syn på kvalitet og pasientsikkerhet (Kunnskapscenteret 2011). Selv og Norge har god score sammenlignet med andre land, er det imidlertid store forskjeller norske sykehus i mellom.

Oslo universitetssykehus hadde gode resultater høsten 2009 sammenlignet med andre norske sykehus, hvor sykepleiere opplevde bedre bemanning, mulighet for faglig utvikling, sykepleieorientert praksis, relativt godt samarbeid med leger og med god ledelse og sykepleiepresentasjon i sykehusets drift. I Oslo universitetssykehus ser vi altså et bilde av at sykepleierne vurderer mange arbeidsbetingelser bedre enn sykepleiere ved andre sykehus, men at det er relativt store interne forskjeller mellom behandlingsstedene.

Mine hovedfunn viser i særdeleshet at Rikshospitalet og Radiumhospitalet, men også Ullevål sykehus har resultater som på de fleste områder er bedre enn landsgjennomsnittet. For Aker sykehus er bildet litt mer nyansert, og på enkelte parameter har Aker sykehus svært dårlige verdier. Dette kan til dels forklares med at Aker var truet med nedleggelse da undersøkelsen ble foretatt, og mange sykepleiere var preget av en vanskelig omstilling.

Videre kan det ut fra mine funn kan det se ut til at de sykehus hvor sykepleierne oppgir sine arbeidsbetingelser som gode, også vurderer at kvalitet på behandling og pasientsikkerhet er bedre. Ut fra subkategoriene i NWI-R har det vært mulig å påvise at noen faktorer samvarierer med vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet, mens andre faktorer synes å være uavhengig av kvalitet og pasientsikkerhet. Det ser ut til at særlig faktorene bemanning, utviklingsmuligheter, ledelse og sykepleieorientert praksis samvarierer sterkt med vurdering av kvalitet og pasientsikkerhet.

Et tydelig funn er også at flere nødvendige oppgaver som er innenfor sykepleiernes kjernefunksjon forble ugjort, mens andre mer prosedyrerettede og tidsbestemte oppgaver ble prioritert. Sykehusdriften og medisinske faste tider ser ut til å dominere hverdagens arbeid i generelle sengeposter, og forskyver sykepleiernes ansvar fra å ivareta pasientenes grunnleggende behov over på driftsmessige gjøremål og medisinske behandlingsoppgaver.

Når en ser på den internasjonale forskningen, stemmer mine funn godt overens med dette. Arbeidsbetingelser for sykepleiere ser ut til å ha en avgjørende rolle for å oppnå god kvalitet og høy pasientsikkerhet. Selv med gode resultater fra OUS, er det likevel resultater som tyder på at sykepleiere ikke vurderer sine arbeidsbetingelser som optimale på flere punkter. Ved å identifisere de faktorer som har størst betydning for utfallet av pasientbehandlingen, kan en sette i verk tiltak for å utvikle tjenestene videre.

Noen vil hevde at forskning utført i USA ikke kan overføres til norske forhold, men jeg ønsker å argumentere for at denne forskningen likevel er interessant å se på. Den forskningen som er gjort i USA har så omfattende volum at det kan trekkes slutninger som vi ikke ville hatt mulighet til ved tilsvarende studier i Norge. Sykehus i USA har

stor variasjon i kvalitet, men det er relevant å ta lærdom av karakteristika ved fremragende sykehus. Det gjør det mulig å overføre gode elementer til norske forhold. Magnet-modellen krever en systematisk og målrettet satsing på faglig utvikling, ledelse og kunnskapsbasert praksis. Målet er at sykepleietjenesten skal være av fremragende kvalitet samtidig med at krav til effektivitet og produktivitet ivaretas (ANCC 2011).

Sykepleie er den største profesjonen i spesialisthelsetjenesten, og der andre profesjoner leverer deltjenester, har sykepleiere en nøkkelrolle i å koordinere, observere og evaluere tiltak i behandlingen. Sykepleiere er alltid til stede på sengeposter på sykehusene og man kan ut fra diskusjonen over anta at arbeidsbetingelser for sykepleiere påvirker kvalitet i pasientbehandlingen, pasientsikkerhet og mortalitet. Likevel viser Aiken gjennom flere studier hvordan sykepleiere opplever stadig større arbeidspress, med flere pasienter per ansatt, mindre satsning på kompetanseutvikling og større kontrollspenn for ledere (Aiken et al. 2002, Aiken et al. 2008).

Endringene i spesialisthelsetjenesten som er kommet de siste 15 årene med innføring av innsatsstyrt finansiering, opprettelsen av helseforetak og flere lovendringer, har uten tvil påvirket sykepleietjenesten. De statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet har utfordret de tradisjonelle praksisene i sykehusene. I hvilken grad reformene i den norske helsesektoren har vært vellykket, er vanskelig å si foreløpig. Vi ser at kostnadene fortsatt øker for helsevesenet som helhet, og Norge bruker mer penger på helse per innbygger enn de fleste andre land. Samtidig ser vi at den teknologiske utviklingen også går sin gang. Det norske helsevesenet står på bakgrunn av dette overfor store utfordringer også i årene som kommer. Kravene til kvalitet og beredskap øker, og pasientrettigheter blir stadig mer detaljerte. Det vil derfor være avgjørende å organisere sykehusene slik at tjenestene er effektive, koordinerte og gode for befolkningen.

Oslo universitetssykehus er ikke ferdig med den storstilte omorganiseringen som startet i 2009. Mange endringer er foretatt, men ikke alle endringer har vært like vellykkede. Strategiplanen er nå vedtatt, og tiden vil gi svar på om OUS makter å komme gjennom denne fusjonen og omorganiseringen som et styrket sykehus.

Et mål for OUS burde være å oppnå hva McClure (2005) beskriver ved de første Magnet-sykehusene: Institusjonene var gode steder for alle ansatte å jobbe (ikke bare for sykepleiere), og disse sykehusene var gode steder for pasienter å motta behandling. Målet om kvalitet var ikke bare skrevet ned i strategier for institusjonene men ble praktisert i den daglige driften.

Etterord

Jeg er takknemlig for at Administrerende direktør Bjørn Erikstein ville etterspørre og offentliggjøre resultatene for Oslo universitetssykehus fra Kunnskapssenteret. Det har tillatt meg å kunne analysere og sette sammen denne rapporten basert på de resultater som kom frem fra PePSi på sykehuset.

Med tanke på de omfattende endringene som har skjedd i OUS siden høsten 2009, ville det være interessant for både sykepleiertjenesten og for sykehusets ledelse om et utvalg av de samme spørsmålene ble sendt ut ved et senere tidspunkt for å ta en før-etter måling. Dette anbefales derfor.

Referanser

- Aiken, LH, Smith, HL & Lake, ET 1994, 'Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care', *Medical Care*, 32(8), pp. 771–787.
- Aiken, LH, Sloane, DM, Lake, ET, Sochalski, J & Weber, AI 1999, 'Organization and outcomes of inpatient AIDS care', *Medical Care*, 37, pp. 760-772.
- Aiken, LH 2000, 'Superior outcomes for magnet hospitals: the evidence base', in McClure, ML & Hinshaw, AS (eds), *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses*, American Nurses Publishing, Washington, DC.
- Aiken, LH & Patricia, PA 2000, 'Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index', *Nurse researcher*, 49, pp. 146-153.
- Aiken, LH, Clarke, SP, Sloane, DM et al. 2001, 'Nurses Reports On Hospital Care In Five Countries', *Health Affairs*, 20(3), pp. 43-53.
- Aiken, LH, Clarke, SP, Sloane, DM, Sochalski, J & Silber, JH 2002, 'Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction', *Journal of the American Medical Association*, 288(16), pp. 1987-1993.
- Aiken, LH 2005, 'Extending the magnet concept to developing and transition countries'. *Reflections on Nursing Leadership*, 31(1), pp. 16–18.
- Aiken, LH, Clarke, SP, Sloane, DM, Lake, ET & Cheney, T 2008, 'Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes', *Journal of Nursing Administration*, 39(7-8), pp. 45-51.
- Aiken, LH 2008, 'Economics of nursing', *Policy, Politics & Nursing Practice*, 9(2), pp. 73-79.
- Aker sykehus venner 2010, 'Bli med på krafttak for å redde Aker sykehus!', Brev til organisasjoner, lag, foreninger og næringsdrivende i Groruddalen. Tilgjengelig: <http://www.bjerkestorvel.no/wp-content/Opprop-aker-sykehus.pdf>
- ANCC 2011, *Magnet-modellens komponenter og beviskilder. Magnet Recognition Program*. American Nurses Credentialing Center, Silver Spring (MD).
- ANCC 2012a, *Program overview*, Tilgjengelig: <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview>
- ANCC 2012b, *Journey to Magnet excellence*, Tilgjengelig: <http://www.nursecredentialing.org/MagnetJourney.aspx>
- Arbeidsforskningsinstituttet 2004, *Prosjekt Munnkurv*, Tilgjengelig: www.ivarjohansen.no/nedlastbare.../41-prosjekt-munnkurv-.html

- Barker, KN, Flynn, EA, Pepper, GA, Bates, DW & Mikeal, RL 2002, 'Medication errors observed in 36 Health Care Facilities', *Archives of Internal Medicine*, 162(16), pp. 1897-1903.
- Bergenheim, AL 1981, 'Leder', *Sykepleien*, 1981:10, s.3.
- Bollen, KA 1989, *Structural Equations with Latent Variables*, Wiley, New York.
- Brundtland, GH 1999, 'WHO's Vision for Health', speech on International Council of Nurses Centennial Conference, <http://www.who.int/director-general/speeches/1999/english/19990630_london.html>
- Byrkjeflot, H & Neby, S 2008, 'The end of the decentralised model of healthcare governance? Comparing the developments in the Scandinavian hospital sector', *Journal of Health Organization and Management*, 22(4), s. 331-249.
- Christensen, T 2005, 'Forvaltningspolitikk og New Public Management', Kapittel 6 i *Forvaltning og politikk*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Dalland, O 2012, *Metode og Oppgaveskriving*, 5. utgave, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Drenkard, K 2011, *Magnet-modellens komponenter og beviskilder. Magnet Recognition Program*, American Nurses Credentialing Center, Silver Spring, Maryland.
- Fitzpatrick, JJ 1992, 'Reflections on Nightingale's Perspective of Nursing', in DP Carrol (ed.), *Notes on nursing, commemorative edition: What it is and what it is not*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Fjeldbraaten, EM 2010, *Mellom idealer og praksis: En casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer i spesialisthelsetjenesten*, Doktoravhandling, Aalborg Universitet, Aalborg, Danmark.
- Friese CR, Lake ET, Aiken LH, Silber JH & Sochalski J 2008, 'Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients', *Health Services Research*, 43(4), pp. 1145-63.
- Gall, MD, Gall, JP & Borg, WR 2003, *Educational research: An introduction*, 7th edn, Allyn & Bacon, Boston.
- Gjessing, H 2011, *Ikke overlatt omstillingene til tilfeldighetene*, tilgjengelig fra Dagens Medisin nettutgave: <http://www.dagensmedisin.no/debatt/ikke-overlatt-omstillingen-til-tilfeldighetene> (Hentet 20.oktober 2012)
- Grimen, H & Terum, LI 2009, *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, Abstrakt forlag, Oslo.
- Hagen, R 2006, *Nyliberalismen og samfunnsvitenskapene*, Universitetsforlaget, Oslo.

- Helsedirektoratet 2012, *Informasjonsmøte om ISF 2013*, Helsedirektoratet 15.oktober 2012. Tilgjengelig: <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/hva-er-nytt-i-innsatsstyrte-finansiering-isf-i-2013.aspx>
- Helse- og omsorgsdepartementet 2011, *Nasjonale helse- og omsorgsplan 2011-2015*, Meld. St. 16 (2010-2011), Fagbokforlaget, Bergen.
- Henderson, V 1966, *The Nature of Nursing*, Macmillan Publishing, New York.
- Hjort, PF 2004, *Uheldige hendelser i helsetjenesten*, Gyldendal akademisk, Oslo.
- IOM (Institute of Medicine) 2000, *To err is human: building a Safer Health System*. National Academy Press, Washington, D.C.
- IOM (Institute of Medicine) 2004, *Keeping patients safe: Transforming the Work Environment of Nurses*, National Academy Press, Washington, DC.
- Jacobsen, DI & Thorsvik, J 2009, *Hvordan organisasjoner fungerer*, (3. utg.), Fagbokforlaget, Bergen.
- Johannessen, A 2003, *Introduksjon til SPSS*, Tredje utgave, Abstrakt forlag.
- Kane, RL, Shamliyan, TA, Mueller, C, Duval, S & Wilt, TJ 2007, 'The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis', *Medical Care*, 45(12), pp. 1195–1204.
- Karasek, RA & Theorell, T 1990, *Healthy work*, Basic Books, New York.
- Kramer, M 1990, 'The Magnet hospitals. Excellence revisited', *Journal of Nursing Administration*, 20(9), pp. 35-44.
- Kramer, M, Hafner, L & Hoerle, B 1988, 'Relationship between external systems and hospital and staff nurse characteristics and attitudes', *Journal of Nursing Adm.*
- Kramer, M & Schmalenberg, C 1993, 'Learning from success: Autonomy and empowerment', *Nursing Management*, 24(5).
- Kramer, M & Schmalenberg, CE 2005, 'Best quality patient care. A historical perspective on Magnet hospitals', *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), pp. 275-287.
- Krogstad, U & Saunes, IS 2009, *Pasientsikkerhet i norske sykehus*, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo.
- Kunnskapssenteret 2012, *Pasientsikkerhet*. Tilgjengelig: <http://www.kunnskapssenteret.no/Hva+kan+vi+tilby/Pasientsikkerhet>
- Kunnskapssenteret 2011, *Hverdagsbeskrivelser fra Norske Sykehus. Resultater etter en Landsomfattende Undersøkelse blant Sykepleiere i 2009*, Notat fra Kunnskapssenteret oktober 2011. Tilgjengelig fra: http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/_attachment/13579?_ts=1331

[b87e9c4&download=true](#) (Hentet 20.mars 2012).

- Lake, ET 2002, 'Development of the practice environment scale of the Nursing work Index', *Research in Nursing & Health*, 25, pp. 176-188.
- Lake, ET & Friese, CR 2006, 'Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics', *Nursing Research*, 55(1), pp. 1-9.
- Larsen, MM & Mørch, S 2009, *Akkrediteringsmodellen Magnet – Er den gjennomførbar for Rikshospitalet?*, Masteroppgave UiO, Oslo.
- Lashinger, HS, Shamian, J & Thomsen, D 2001, 'Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care and work satisfaction', *Nursing Economics*, 19(5), pp. 209-219.
- Lerheim, K 1986, *Fra høyskole til universitetsinstitutt – Norges Sykepleierhøyskole 1925-1984. En vitenskap under utforming*, Norges Sykepleierhøyskole, Oslo.
- Lerheim, K 2000, *Et perspektiv på sykepleieforskningen i Norge i fortid og nåtid*, Forlaget Sykepleien, Oslo.
- Lundmark, VA 2008 'Magnet environments for professional nursing practice', in RG Hughes (ed.), *Patient Safety and Quality: An evidence-Based Handbook for Nurses*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville (MD).
- McClure ML, Poulin, MA, Sovie, MD et al. 1983, '*Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses*', American Academy of Nursing, Kansas city, MO.
- McClure, ML 2005, 'Magnet hospitals: Insights and issues', *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), pp. 198-201.
- Mc Kee, M, Aiken, LH, Rafferty, AM, & Sochalski, J 1998, 'Organisational change and quality of health care: an evolving international agenda', *Quality in Health Care*, 7, pp. 37-41.
- Melby, K 1990, *Kall og kamp. Norsk sykepleierforbunds historie*, Cappelen, Oslo.
- Melby, L 2007, *Prat, penn og papir – en sosiologisk analyse av medisinsk informasjonsbruk i en mobil praksis*, Doktoravhandling NTNU, Trondheim
- Mo, TO 2006, *Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus*, Doktoravhandling NTNU, Trondheim.
- Nightingale, F 1860, *Notes on Nursing: what it is and what it is not*, Harrison, London.
- Norsk sykepleierforbund 2008, *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*, NSF, Oslo.
- NRK 2009, 'Vil redde Aker sykehus', NRK nett 12.november 2009, Tilgjengelig: http://m.nrk.no/artikkel.jsp?art_id=1.6861927

- NRK 2010, 'Aker sykehus legges ned', NRK nett 17.februar 2010, Tilgjengelig: <http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/ostlandssendingen/1.6998816>
- Olsvold, N 2010, *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen i sykehus*, Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Pettersen, IJ & Bjørnenak, T 2005, *Helse i hver krone? – om økonomisk styring i helsesektoren*, Cappelen Akademisk forlag, Oslo.
- Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, et al. 2007, 'Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records', *International Journal of Nursing Studies*, 44, pp. 175–182.
- Rygh, LH, Helgeland, J, Braut, GS, Bukholm, G, Fredheim, N, Frich, JC, Halvorsen, M, Kittelsen, SAC, Magnus, T, Nguyen, KN, Thesen J & Tjomsland, O 2010, *Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for Helsetjenesten*, Rapport fra Kunnskapssenteret nr 16 – 2010, Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten, Oslo.
- Schuyler, CB 1992, 'Florence Nightingale', in DP Carrol (ed.), *Notes on Nursing, Commemorative Edition: What it is and What it is not*, Lippincott Williams & Pilkins, Philadelphia.
- Schreiner, A 2004, *Kom i gang - Kvalitetsforbedring i praksis*, Den norske lægeforening, Oslo.
- Sjetne, IS, Tvedt, C & Squires, A 2011, 'Måleinstrumentet "The Nursing Work Index – Revised" – Oversettelse og Uprøving av en Norsk Versjon', *Sykepleien Forskning*, 4(6), s. 358-365.
- Smith, A 2007, 'Nursing-sensitive care measures: A platform for value and vision', *Nursing Economics*, 25(1), pp. 43-46.
- Sosial- og helsedepartementet 1997, *Pasienten Først! Ledelse og organisering i sykehus*, NOU 1997:2, Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning, Oslo.
- Sosial- og helsedepartementet 2001, *Om lov om helseforetak m.m.*, Ot. Prp. nr. 66 (2000-2001).
- Sosial- og helsedirektoratet 2005, *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*, Retningslinje IS 1162.
- Spesialisthelsetjenesteloven (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m) 1999, Lov 1999-07-02-61,
- SSB (Statistisk sentralbyrå) 2009, *Befolkningsstatistikk. Folkemengd etter alder, kjønn, sivilstand og statsborgarskap, 1. januar 2009*, Tilgjengelig: <http://www.ssb.no/utlstat/arkiv/art-2009-02-19-01.html>. (Hentet 20.oktober 2012).

- SSB (Statistisk sentralbyrå) 2011, *Arbeidstid blant helsepersonell. Stort omfang av deltidsarbeid*, Tilgjengelig: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201102/11/> (Hentet 24.oktober 2012).
- SSB (Statistisk sentralbyrå) 2012, *Helseregnskap, 1997-2011. 250 milliarder til helse*, Tilgjengelig: <http://www.ssb.no/helsesat/>. (Hentet 22.mai 2012).
- SSN (Sykepleiernes samarbeid i Norden) 2009, *Sykepleiernes Samarbeid i Norden's (SSN) arbeid med nordiske sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer 2008-2009*, Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/Content/341870/Indikatorrapport%20til%20NMR%2028.09.09.pdf> (Hentet 18.mars 2012).
- Stigen, IM 2005, 'Innledning', i IM Stigen & SH Opedal (red.), *Helse-Norge i Støpeskjeen: Søkelys på Sykehusreformen*, Fagbokforlaget, Bergen.
- Stordeur S, D'Hoore W, & the NEXT-study Group 2007, 'Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses', *Journal of Advanced Nursing*, 57 (1), pp. 45-58.
- Torjesen, DO 2007, 'Kunnskap, profesjoner og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste', *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 48(2), s. 275-290.
- Tourangeau, AE, Cranley, LA & Jeffs, L 2006, 'Impact of hospital patient mortality: A focused review and related policy implications', *Quality & Safety in Health Care*, 15, pp. 4-8.
- Tourangeau AE, Doran DM, Hall LM, Pallas LO, Pringle D, Tu, JV & Cranley LA 2007, 'Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients', *Journal of Advanced Nursing*, 57, pp. 32-44.
- Vabø, M 2009, *New Public Management. The Neoliberal way of governance*, Working paper nr 4, University of Iceland.
- Vike, H, Bakken, R, Brinchmann, A, Haukelien, H & Kroken, R 2002, *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Van den Heede, K, Clarke, SP, Sermeus, W, Vleugels, A & Aiken, LH 2007, 'International expert's perspectives on the state of the nurse staffing and patient outcomes literature', *Journal of Nursing Scholarship*, 39(4), pp. 290-297.
- Vries EN, Ramrattan, MA, Smorenburg, SM, Gouma, DJ, & Boermeester, MA 2008, 'The incidence and nature of in-hospital adverse effects: A systematic review', *Quality & Safety in Health Care*, 17(3).

Spørreundersøkelse "Personell og pasientsikkerhet"



Til alle sykepleiere

Høsten 2009

Invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen "Personell og pasientsikkerhet"

Med dette inviteres du til å besvare en spørreundersøkelse om sykepleieres arbeidsvilkår og pasientsikkerhet. Den blir utført av Norsk Sykepleierforbund (NSF) i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret). Undersøkelsen gjennomføres på sykehus i hele Norge og har tilknytning til et forskningsprosjekt hvor 11 EU-land deltar (se nettsiden <http://www.m4cast.eu>). Sykepleiersvarene skal kobles til data fra registre som beskriver pasientresultater. Innsamlet datamateriale skal brukes til å utvikle kunnskap, og det endelige målet er at tilgjengelige sykepleierressurser blir forvaltet på best mulig måte i årene som kommer.

Dataene fra undersøkelsen skal brukes til to formål:

I Norge: Gi informasjon om arbeidsvilkår og pasientsikkerhet slik det vurderes av de ansatte. Informasjonen vil være en viktig beskrivelse både av nå-situasjonen og et utgangspunkt for å "overvåke" endringer i årene som kommer.

Internasjonalt: Prognosene tilsier at sykepleiermangel vil øke i tiårene som kommer. Mange sykepleiere krysser landegrensene for å ta seg arbeid, og det internasjonale perspektivet er viktig. Ved å gjennomføre undersøkelsen i mange land samtidig, kan man utvikle kunnskap gjennom å studere forskjeller og likheter.

Hvert eneste svar er viktig

- Det er frivillig å delta, men vi oppfordrer alle til å svare og levere inn skjema. Skjemaene skal besvares individuelt og utenom arbeidstid.
- Høy svarprosent er veldig viktig for å få god nytte av datamaterialet nå og i framtiden. Hvert eneste svar er verdifullt.
- Ved utprøving av skjemaet brukte svarerne i gjennomsnitt litt mindre enn 25 minutter på utfyllingen.

Personvern og anonymitet

- Hvert skjema har et nummer. Nummeret viser hvilken post svaret kommer fra, men ikke hvilken person som har svart.
- Du har rett til å trekke deg fra undersøkelsen uten å oppgi grunn. Hvis registrerte data skal slettes, må skjemanummeret oppgis.
- Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Prosjektnummer ved NSD er 22537.
- Registrering og behandling av det fulle datasettet fra spørreskjemaene skjer på Kunnskapssenteret i "Sikker sone". Det er bare personell med nødvendige tillatelser og taushetsplikt som har tilgang til det fulle datasettet.
- Alle resultater som blir formidlet fra undersøkelsen vil være anonyme.
- Datamaterialet skal oppbevares ved Kunnskapssenteret og anonymiseres før arkivering ved prosjektslutt, senest 31. desember 2011. I anonyme data er all informasjon slettet som kunne gjort det mulig å identifisere enkeltindivider ved å kombinere ulike opplysninger.

Framgangsmåte

- Tillitsvalgte i NSF distribuerer skjemaene til alle ansatte sykepleiere via tillitsvalgte.
- Utfylte skjema leveres i lukket konvolutt på avtalt sted på arbeidsplassen.
- Tillitsvalgte noterer antall ut- og innleverte konvolutter og sender konvoluttene uåpnet og samlet til Kunnskapssenteret.

Du kan kontakte tillitsvalgt for NSF eller undertegnede hvis du ønsker mer informasjon enn det du finner i dette skrevet.

Med vennlig hilsen



Ingeborg Strømseng Sjetne
Prosjektleder (sykepleier og forsker)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St Olavs plass
0130 Oslo

Telefon 92 87 33 59
E-post ing@nokc.no



Inger Margrethe Holter
Prosjektkoordinator (sykepleier, PhD)

Norsk Sykepleierforbund
Postboks 456, Sentrum
0104 Oslo

Telefon 46 96 19 93
E-post inger.margrethe.holter@sykepleierforbundet.no

NB: Skjemaet skal leses av en maskin.
Maskinen ser bare kryss som er satt midt i rutene, slik:

Del A: Om jobben din

1. Vær vennlig og marker i hvilken grad du er enig i at de følgende kjennetegnene er tilstede på den jobben du har nå

	Helt uenig	Ganske uenig	Ganske enig	Helt enig
1. Tilstrekkelige støttetjenester (eks portør, kjøkkentjeneste) gjør det mulig for meg å være tilstede hos pasientene mine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leger og sykepleiere har gode samarbeidsrelasjoner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tilgang på faglig støtte (f.eks vaktansvarlig sykepleier) gjennom hele døgnet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Aktiv fagutvikling eller kontinuerlig videreutdanningsprogram for sykepleiere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Karriereutvikling / Muligheter for klinisk stige.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mulighet for sykepleiere til å delta i policy-beslutninger (om for eksempel kliniske standarder, sikkerhetstiltak, bemanning eller arbeidsforhold).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Legene verdsetter sykepleiernes observasjoner og vurderinger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nok tid og mulighet til å diskutere sykepleiefaglige spørsmål med andre sykepleiere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En bemanning med nok sykepleiere til å gi god pasientbehandling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En avdelingssykepleier / enhetsleder som er en god administrator og leder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. En sykepleieleder på toppledernivå (sjefsykepleier, helsefaglig direktør e.l.) som er svært synlig og tilgjengelig for personalet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nok bemanning til å få arbeidet gjort.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Legene anerkjenner sykepleiernes bidrag i pasientbehandlingen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ros og anerkjennelse for godt utført arbeid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Foretaksledelsen forventer høy standard på sykepleien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. En sykepleieleder (sjefsykepleier, helsefaglig direktør e.l.) har samme makt og autoritet som topledere i foretaket.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Del A: Om jobben din (forts.)

1. (forts.) Vær vennlig og marker i hvilken grad du er enig i at de følgende kjennetegnene er tilstede på den jobben du har nå	Helt uenig	Ganske uenig	Ganske enig	Helt enig
17. Mye teamarbeid mellom sykepleiere og leger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Muligheter for avansement (f.eks. nye funksjoner eller oppgaver).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. En klar sykepleiefilosofi (visjon, mål eller idealer) som preger hele sykepleietjenesten i foretaket.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Samarbeid med sykepleiere som er klinisk kompetente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Legene respekterer sykepleierne som fagpersoner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. En avdelingssykepleier/enhetsleder som støtter sykepleierne når de skal ta beslutninger, selv om uenigheten er med en lege.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ledelse som lytter til og responderer på ansattes bekymringer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Et fungerende kvalitetssikringsprogram.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sykepleiere er involvert i den interne styringen av foretaket (f.eks. gjennom utvalg som fattet beslutninger på det administrative eller kliniske området, kvalitetsutvalg o.l.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Samarbeid mellom sykepleiere og leger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Et introduksjonsprogram med organisert mentoroppfølging for nyansatte sykepleiere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sykepleien er basert på sykepleietenkning snarere enn medisinsk tenkning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sykepleiere har mulighet til å sitte i alle foretakets utvalg/komiteer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Leger verdsetter og respekterer sykepleiere høyt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Det er skriftlige, oppdaterte sykepleieplaner for alle pasienter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Pasientene blir fordelt med det mål å fremme kontinuitet i pasientbehandlingen (dvs at den samme sykepleieren har pasienten over tid).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Del A: Om jobben din (forts.)

2. Hvor fornøyd er du med din nåværende jobb på dette sykehuset?

- Veldig misfornøyd Litt misfornøyd Ganske fornøyd Veldig fornøyd

3. Hvordan vurderer du arbeidsmiljøet på din arbeidsplass i dette sykehuset (så som tilstrekkelig ressurser, forhold til medarbeidere, støtte fra faglige veiledere)?

- Lite bra Noenlunde bra Bra Utmerket

⊥

4. Hvor fornøyd er du med de følgende forholdene på jobben din?

	Veldig misfornøyd	Litt misfornøyd	Ganske fornøyd	Veldig fornøyd
1. Fleksibilitet i turnus/ vaktlister.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Muligheter for avansement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Selvstendighet i arbeidet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Yrkesmessig status.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lønn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Utdanningsmuligheter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ferie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rettigheter ved sykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Studiepermisjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⊥

5a. Hvis det var mulig, ville du slutte på dette sykehuset i løpet av det neste året på grunn av misnøye med jobben?

- Ja Nei

5b. Hvis ja, hvilken type arbeid ville du søkt?

- Sykepleier ved et annet sykehus Sykepleier, men ikke i sykehus Ikke arbeide som sykepleier

⊥

6. Dersom du så etter ny jobb, hvor lett tror du det ville være for deg å finne en akseptabel stilling innen sykepleie?

- Veldig vanskelig Ganske vanskelig Ganske lett Veldig lett

7. Ville du anbefalt ditt sykehus til en sykepleierkollega som en god arbeidsplass?

- Definitivt nei Sannsynligvis nei Sannsynligvis ja Definitivt ja

8. Ville du anbefalt sykehuset ditt til dine venner og familie hvis de trengte behandling på sykehus?

- Definitivt nei Sannsynligvis nei Sannsynligvis ja Definitivt ja

⊥

Del A: Om jobben din (forts.)

9. I det følgende presenteres 22 utsagn om følelser du kan ha i forhold til jobben din.* For hvert utsagn skal du ta stilling til hvor ofte du føler deg slik det blir beskrevet

T	T						
	Aldri	Noen ganger i året eller mindre	En gang i måneden eller mindre	Noen ganger i måneden	En gang i uka	Noen ganger i uka	Hver dag
1. Jeg føler meg følelsesmessig uttømt av arbeidet mitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg føler meg oppbrukt ved slutten av arbeidsdagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg føler meg trett når jeg står opp om morgenen og må se en ny arbeidsdag foran meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg kan lett forstå hvordan mine pasienter opplever forskjellige ting.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg føler at jeg behandler noen pasienter på en helt upersonlig måte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Det er virkelig en belastning å arbeide med andre mennesker hele dagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg tar meg av mine pasienters problemer på en effektiv måte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg føler meg utbrent av arbeidet mitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jeg føler at jeg har en positiv innvirkning på andre menneskers liv gjennom arbeidet mitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg er blitt mer ufølsom overfor andre mennesker etter at jeg begynte i denne jobben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jeg er bekymret for at denne jobben gjør meg hardere rent følelsesmessig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jeg føler meg full av overskudd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jobben frustrerer meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jeg føler at jeg arbeider for hardt på jobben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jeg bryr meg faktisk ikke om hva som skjer med enkelte av mine pasienter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Å arbeide direkte med mennesker legger for mye stress på meg..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Det er lett for meg å skape en avslappet stemning for mine pasienter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jeg har oppnådd mange verdifulle ting i denne jobben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jeg føler meg oppløftet når jeg har jobbet nært med mine pasienter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Jeg føler det som "strikken er tøyd til bristepunktet".....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. I arbeidet håndterer jeg følelsesmessige problemer med stor ro..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jeg føler at pasienter gir meg skylden for en del av sine problemer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* ©1986 by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, CA 94303. All rights reserved. Research Edition Translation performed by Astrid M. Richardsen in 2000. Translated and reproduced by special permission of the publisher from Maslach Burnout Inventory-HSS by C. Maslach, S.E. Jackson, and R. Schwab. Further reproduction is prohibited without the Publishers' written consent.

Del B: Kvalitet og sikkerhet

1. Generelt sett, hvordan vil du beskrive kvaliteten på sykepleien som blir gitt til pasientene på din post? L

- Lite bra
 Noenlunde bra
 Bra
 Utmerket

2. Hvor sikker er du på at pasientene dine klarer seg selv etter utskrivelse?

- Slett ikke sikker
 Ganske sikker
 Sikker
 Svært sikker

3. Hvor sikker er du på at foretaksledelsen vil iverksette tiltak for å løse problemer angående pasientbehandlingen som du rapporterer?

- Slett ikke sikker
 Ganske sikker
 Sikker
 Svært sikker

4. Gi en generell vurdering av pasientsikkerheten i din avdeling:

- Meget dårlig
 Dårlig
 Akseptabel
 Meget god
 Fremragende

5. I løpet av det siste året, vil du si at kvaliteten på pleie og behandling i ditt sykehus ...

- ...er blitt dårligere
 ... er uendret
 ... er blitt bedre

6. De neste spørsmålene ber om din mening om pasientsikkerhetsaspekter i arbeidssituasjonen din

	T	Helt uenig	Uenig	Både- og	Enig	Helt enig
1. Ansatte føler at feil blir brukt mot dem.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informasjon som er viktig i pasientbehandlingen går ofte tapt ved vaktskifte.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ting "faller mellom to stoler" når pasienter blir overflyttet fra en avdeling til en annen.....	T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ansatte kan fritt stille spørsmål vedrørende beslutninger og handlinger tatt av personer med mer autoritet.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I denne enheten diskuterer vi hvordan vi kan forebygge at de samme hendelsene gjentas.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vi får tilbakemeldinger om endringer som blir igangsatt basert på rapporterte uønskede hendelser.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Foretaksledelsens handlinger viser at pasientsikkerheten har topp prioritet.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Hvor ofte vil du si at de følgende hendelsene skjer med dine pasienter?

	Aldri	Noen ganger i året eller mindre	En gang i måneden eller mindre	Noen ganger i måneden	En gang i uka	Noen ganger i uka	Hver dag
1. Pasient fikk feil medisin, feil dose eller til feil tidspunkt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Trykksår oppstår under sykehusinnleggelsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pasientfall med skade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sykehusinfeksjon							
4-1. Urinveisinfeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-2. Blodforgiftning/Sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-3. Pneumoni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Del B: Kvalitet og sikkerhet (forts.)

7. Hvor ofte vil du si at de følgende hendelsene skjer med deg?

	Aldri	Noen ganger i året eller mindre	En gang i måneden eller mindre	Noen ganger i måneden	En gang i uka	Noen ganger i uka	Hver dag
5. Klager fra pasient eller pårørende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Verbale overgrep mot sykepleiere							
6-1. Fra pasient eller pårørende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-2. Fra ansatte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fysiske overgrep mot sykepleiere							
7-1. Fra pasient eller pårørende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-2. Fra ansatte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Arbeidsrelatert fysisk skade på sykepleiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Del C: Om vekten du sist hadde ved sykehuset

1. Hva er den beste beskrivelsen av den siste vekten du hadde på dette sykehuset ?

- Dagvakt Ettermiddags- eller kveldsvakt Nattvakt

2. Skriv i boksen antall timer du jobbet på denne vekten: timer

3. På din siste vakt på dette sykehuset, jobbet du utover det avtalte timetallet (dvs merarbeid eller overtid)?

- Ja Nei

3-1. Hvor mange ganger i løpet av de siste fire ukene har du arbeidet overtid (ev.merarbeid) eller forskjøvet arbeidstid uten at du ønsket det selv?

- Mer enn 6 ganger 5-6 ganger 3-4 ganger 1-2 ganger Ingen ganger

4. Hvor mange pasienter var du direkte ansvarlig for på din siste vakt? pasienter

5. Er antallet pasienter i forrige svar (C.4) typisk for arbeidsmengden din?

- Det er mindre enn vanlig Det er typisk Det er mer enn vanlig

6. Av alle pasientene du hadde direkte ansvar for på din siste vakt:

a. hvor mange trengte hjelp til all ADL ("Activities of Daily Living")? pasienter

b. hvor mange trengte observasjon eller behandling hver time eller oftere? pasienter

7. Hvordan vil du beskrive din rolle i sykepleien til de fleste pasientene på din siste vakt?

Marker det ene alternativet som passer best:

- Jeg utførte det meste av sykepleien selv.
 Jeg hadde tilsyn med sykepleien som ble utført av andre og utførte en del av sykepleien selv
 Jeg utførte bare avgrensede oppgaver innen sykepleien, slik som sårskift og administrering av medikamenter. Det meste av direkte sykepleie ble utført av andre.

Del C: Om vekten du sist hadde ved sykehuset (forts.)

8. På din siste vakt, hvor mange pasienter var det totalt på posten din?

Antall pasienter

T

9. Når du regner med deg selv, hvor mange sykepleiere totalt var det som utførte direkte sykepleie på posten på din siste vakt?

Antall sykepleiere

10. Hva var det totale antallet av annet pleiepersonell som utførte direkte sykepleie på posten på din siste vakt?

Antall annet pleiepersonell

11. På din siste vakt, hvor ofte utførte du følgende oppgaver?

f

Aldri

Noen ganger

Ofte

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Dele ut og ta inn matbrett..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Oppgaver som burde vært utført av andre yrkesgrupper..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Organisere ulike henvisninger og avtaler om videre tjenester ved utskrivelse, inkl. transport, som er forordnet av andre yrkesgrupper..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Rutinemessig venepunksjon/ blodprøvetaking..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Transportere pasienter internt i sykehuset..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Rengjøring av pasientrom og utstyr..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Oppgaver på kveld/natt/helg som ellers gjøres av andre yrkesgrupper på dagtid i hverdagene..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Skaffe utstyr eller forsyninger..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Svare på telefoner, kontorarbeid..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

t

12. På din siste vakt, hvilken av de følgende aktivitetene var nødvendige, men forble ugjort fordi du ikke hadde tid? Kryss av for alle det gjelder.

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Tilstrekkelig observasjon av pasienter | <input type="checkbox"/> | 8. Administrere medikamenter til rett tid..... | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hudpleie..... | <input type="checkbox"/> | 9. Forberede pasienter og pårørende til utskrivning..... | <input type="checkbox"/> |
| 3. Munnstell | <input type="checkbox"/> | 10. Tilstrekkelig dokumentasjon av sykepleie..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. Smertebehandling | <input type="checkbox"/> | 11. Utvikle eller oppdatere sykepleieplaner/ pasientforløp... | <input type="checkbox"/> |
| 5. Støtte til/ samtale med pasienter | <input type="checkbox"/> | 12. Planlegge sykepleie..... | <input type="checkbox"/> |
| 6. Undervisning / opplæring til pasient og pårørende | <input type="checkbox"/> | 13. Hyppig leieforandring..... | <input type="checkbox"/> |
| 7. Behandling og prosedyrer..... | <input type="checkbox"/> | 14. Kontakt og samarbeid med pleie- og omsorgstjenesten i kommunene..... | <input type="checkbox"/> |

⊥

Side 9 av 12

Del D: Om deg

Vi minner om at dataene ikke skal benyttes på en slik måte at enkeltpersoner kan gjenkjennes, se *Personvern og anonymitet* på side 1. Informasjonen er av stor betydning for undersøkelsens formål, og gjør det mulig å sammenlikne svarere i grupper, for eksempel inndelt etter alder.

1. Kjønn Kvinne Mann ⊥

2. Alder år

3. Er din grunnutdanning i sykepleie fra Norge?
 Ja Nei

3b. Hvis nei, i hvilket land ble du utdannet?
 (Vær snill og skriv én bokstav i hver rute, og bruk blokkbokstaver)

4. Bortsett fra Norge, list opp de tre siste landene (om det er noen) hvor du tidligere har jobbet som sykepleier (-og antall år)

Land: <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Land: <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Land: <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Antall år <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Antall år <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Antall år <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

5. Hvor gammel var du da du var ferdig utdannet sykepleier? år

6. Har du en høyere universitetsgrad i sykepleie? Ja Nei ⊥

6b. Har du videreutdanning i sykepleie? Ja Nei

7. Hvor fornøyd er du med valget av sykepleie som yrke?
 Veldig misfornøyd Litt misfornøyd Ganske fornøyd Veldig fornøyd

8. Arbeider du full tid ved sykehuset? Ja Nei

8b. Hvis nei, hvor stor er stillingsandelen i arbeidsavtalen din?
⊥

	20% eller mindre	21-30%	31-40%	41-50%	51-60%	61-70%	71-80%	81-99%
<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

9. Hvor mange år har du arbeidet som sykepleier?

9a. Totalt: år 9b. Ved dette sykehuset: år 9c. Ved denne posten: år



Del E

1. Etter endt sykepleierutdanning hvor lang arbeidserfaring har du fra sykehus?

< 1 år >1 og <2 år >2 og <3 år >3 og <5 år > 5 år

T

2. Hvilken betydning vil du si at følgende forhold har for deg i faglig oppdatering og vedlikehold

	Svært stor betydning					Ingen betydning
	1	2	3	4	5	
Kurs, seminarer, konferanser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muntlig rapport i vaktskifte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Samarbeid med kolleger på arbeidsplassen (veiledning, samtaler, gjøre ting sammen etc).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fagtidsskrifter og artikler (papir- og nettsversjon).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faglitteratur (bøker, oppslagsverk o.l.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sykepleiefaglig veiledning (organisert veiledning i gruppe).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Informasjon gjennom massemedia (aviser, radio, TV, internett o.l.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faglige møter og samlinger på posten/sykehuset.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Elektroniske hjelpemidler (prosedyreverk, læringsportal o.l.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. I hvilken grad har du hatt behov for faglig oppdatering innen følgende områder mens du har arbeidet i sykehus?

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I meget stor grad
Sykdomslære.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anatomi / fysiologi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologi / sosiologi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etikk og filosofi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikrobiologi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedagogikk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsepolitikk / helselovgivning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykepleie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praktiske ferdigheter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Følgende TO spørsmål besvares bare av sykepleiere med mer enn 2 års erfaring

4. Tenk deg en person med samme utdanning som du selv har, men uten din yrkeserfaring: Omtrent hvor lang tid vil det ta å lære opp vedkommende til å utføre jobben din?

Mindre enn 2 uker Fra 2 til 4 uker F.o.m. 1 til 3 mnd. F.o.m. 3 til 12 mnd F.o.m. 12 til 24 mnd 2 år eller mer

5. På denne posten: Omtrent hvor lang tid tar det før nyutdannede sykepleiere blir plassert på vakter som innebærer at de har tilsvarende ansvar som det du har?

Mindre enn 2 uker Fra 2 til 4 uker F.o.m. 1 til 3 mnd. F.o.m. 3 til 12 mnd F.o.m. 12 til 24 mnd 2 år eller mer

Del E (forts.)

Besvares av alle: Om din oppfatning av den elektroniske pasientjournalen (EPJ^a) som finnes på din avdeling

	Aldri / nesten aldri	Sjelden	Omtrent halvparten av tiden ^b	Som regel	Alltid / nesten alltid
1. Innhold					
1. Hvor ofte gir systemet deg akkurat den informasjonen du trenger?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvor ofte er informasjonsinnholdet nok for ditt behov?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hvor ofte klarer systemet å lage rapporter ^c som ser ut til å passe akkurat for deg?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hvor ofte gir systemet tilstrekkelig informasjon?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nøyaktighet^d					
1. Hvor ofte er systemet nøyaktig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvor ofte er du fornøyd med nøyaktigheten i systemet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Format					
1. Hvor ofte synes du svarene fra systemet presenteres på en nyttig måte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvor ofte er informasjonene klar og tydelig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Brukervennlighet					
1. Hvor ofte er systemet brukervennlig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvor ofte er systemet enkelt å bruke?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Betimelighet					
1. Hvor ofte får du den informasjonen du trenger i tide?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvor ofte gir systemet deg oppdatert informasjon?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

^a: Doculive, DIPS eller Infomedix

^b: Tiden du normalt bruker med datasystemet

^c: Med "rapport" menes enhver sammenstilling eller ethvert sammendrag av informasjon som skrives ut eller vises på skjerm

^d: For eksempel at rett journal, rett pasient og rett dokumenttype finnes frem; at informasjonen (eks.blodtrykk) presenteres med rett navn; at informasjonen som presenteres er relevant; at samledata i rapporter er korrekte, m.m.)

Tusen takk for ditt bidrag til forskningsprosjektet "Personell og pasientsikkerhet"

Din besvarelse kan du forsegle i svarconvolutten, og legge i samleboxen på posten / enheten