

Astrid Berland

Høgskolelektor, Sjukepleierutdanningen, Høgskolen Stord/Haugesund

E-post: astrid.berland@hsh.no

Gerd Karin Natvig

Førsteamanuensis, dr. polit, Sjukepleierutdanningen, Høgskolen Stord/Haugesund

E-post: gerd.natvig@isf.uib.no

STRESS OG PASIENTSIKKERHET:

EN STUDIE AV JOBBRELATERT FORANDRING, STRESS OG PASIENTSIKKERHET VED HJELP AV ANTONOVSKYS BEGREP: OPPLEVELSE AV SAMMENHENG

ABSTRACT

Stress and patient safety. A study of work-related changes, stress and patient safety, using Antonovskys concept: Sense of Coherence

The purpose of this study was to find what consequences stress and change in a nurse's working situation can have on patient safety.

The study used a qualitative design, based on focus group interviews with nurses who worked with acute, critically ill patients in hospitals. Two hospitals were selected. The research comprised 23 nurses with specialist degrees, including one male nurse, divided into four groups. Large changes had occurred at one hospital (designated S1) due to reorganization. The other hospital (designated S2) had not been through a reorganization.

The nurses at S1 described a high level of frustration and confusion. The nurses claimed that they had very little influence on the changes made, and that this could affect safety. They expressed a great deal of uncertainty about what the future holds. The nurses emphasized humor as resource. The nurses at S2 experienced a clearly defined distribution of responsibility. They felt they had influence. The nurses at both hospitals emphasized the importance of social support from their colleagues.

Key words

English: Nursing, patient safety, reorganization, sense of coherence, focus groups

Norwegian: Sykepleie, pasientsikkerhet, omorganisering, opplevelse av sammenheng, fokusgrupper

Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 2006; 8: 3, 30-40

INTRODUKSJON

En stor del av de prosedyrene som daglig utføres på sykehus, har som hensikt å ivareta sikkerhet for pasienten. Mangel på sikkerhet kan få store konsekvenser for pasientene. Til tross for dette, har man registrert en øket grad av uheldige hendelser i helsetjenesten (Hjort, 2004). Årsaken kan være at flere pasienter blir eldre. Men det kan også skyldes at medisinen som fagområde er blitt mer kompleks, og at de ansatte i sykehusene opplever mer stress som følge av overbelegg, nedskjæringer og omorganiseringer (Hjort, 2004). I følge Brown, Zijlstra & Lyons (2006) har omorganisering i flere tiår vært et kjennetegn for organisasjoner i helsesektoren, og studier viser sammenheng mellom omorganisering og stress hos sykepleiere (Blythe, Baumann & Giovanetti, 2001; Tyson, Pongruengphant & Aggarwal, 2002; Laschinger Spence, Sabastian, Finegan & Shamian, 2001; Brown et al., 2005).

Det stilles store krav til sykepleierne for å kunne gjennomføre arbeidsoppgaver i høyt tempo, særlig i anestes-, operasjons- og intensivavdelinger hvor sykepleierne må kunne handle i akutte, uforutsigbare og kritiske situasjoner. Pasienter i slike avdelinger er av ulike grunner avskåret fra medvirkning i egen behandling (Flaatten, 1996). Dette gjør sykepleiernes arbeid med slike pasienter ekstra ansvarsfullt. Dessverre viser både internasjonale og norske studier at uheldige hendelser og nestenhendelser er mange i anestes- og intensivavdelinger (Donchin et al., 2003; Flaatten & Hevrøy, 1999; Cooper, Newbower, Long & McPeck, 2002). I følge Donchin et al. (2003) ble det i en israelsk intensivavdeling i løpet av fire måneder dokumentert 554 feil på grunn av menneskelig svikt.

Begrepet pasientsikkerhet innebærer en

systematisering av pasienttilbudet, rapportering av feilbehandling og iverksetting av tiltak som kan redusere risikoen for medisinsk feilbehandling (Vorde Vande & France, 2001). Pasientsikkerhet vil for sykepleiere også innbefatte pleiemessige funksjoner der sykepleierne har et selvstendig ansvar.

Tidligere medisinsk forskning viser et relativt stort omfang av feilbehandling. Det dreier seg om feilaktig utførte prosedyrer, feil ved medikamentrutiner, feil diagnose, feilvurdering av diagnostiske prøver og undersøkelser, svikt i medisinsk utstyr, feilutført behandling og mangel på konsentrasjon (Flaatten, 1996; Flaatten & Hevrøy, 1999; Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000; Cooper et al., 2002). En studie som kartla kritiske pasientsituasjoner, har funnet at situasjonene kunne klassifiseres som problemer som følge av pasientenes sykdom (67 %), menneskelig svikt (31 %) og tekniske feil (2 %) (Bracco, et al. 2001). Flaatten (1996) påpeker menneskelig svikt som kjent årsak. I forskning framkommer det også at medisinsk personell vegrer seg for å diskutere og rapportere feil. (Sexton, Thoma & Helmreich, 2004). Ifølge Meurier, Vincent & Parmer (1997), har sykepleiere lettere for å rapportere feil ved medisinsk behandling enn feil i eget arbeid.

Opplevelse av sammenheng (OAS)

I denne studien vil Antonovsky sin modell for stresstilpasning og begrepene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet bli anvendt som forklaringsramme for sykepleiernes arbeid med pasientsikkerhet under en omorganiseringsprosess. Fokus i Antonovsky sin teori er hva som skiller en person som takler stress godt fra en som ikke gjør det. Antonovsky (1987) stiller spørsmål ved hvil-

ke faktorer som fremmer og bevarer folks helse. Uttrykket opplevelse av sammenheng (OAS) forklarer vellykket mestring av stressorer. Mestring er for Antonovsky (1987) vellykket bruk av mestringsressurser. Eksempelvis er en sterk ego-identitet og sosial støtte vesentlige mestringsressurser som kan påvirke helsetilstanden. Antonovsky hevder (1987) at opplevelsen av sammenheng er sentral for å klare belastninger og kriser i tilværelsen. For å få opplevelse av sammenheng må personen kunne begripe situasjonen (begripelighet), tro at løsninger kan finnes (håndterbarhet), og hun/han må oppleve det som meningsfullt å prøve å finne løsninger (meningsfullhet). I følge Antonovsky er opplevelse av begripelighet en forutsetning for opplevelse av både meningsfullhet og håndterbarhet (Antonovsky, 1987). Opplevelsen av sammenheng kjenner tegner måten en person møter stressorer på. Det er større sannsynlighet for at en person som har høy OAS velger en mer hensiktsmessig måte å møte stressorer på, sammenlignet med en person med lav OAS. Dette kan hindre at spenning blir omformet til stress og motvirke den skadelige virkningen av stress på organismen. I følge Antonovsky (1987) har personer med høy OAS også høy grad av helse. Flere studier angir sammenheng mellom opplevelse av sammenheng og helsemessige konsekvenser (Tselebis, Moulou & Ilias, 2001; Pålsson, Hallberg, Nordberg & Bjørvel, 1996). Det er grunn til å anta at helsemessige forhold i form av irritabilitet og mangel på konsentrasjon, også kan ha konsekvenser for sykepleiernes arbeid med pasientene.

Ifølge forskerne Trygstad, Lorentzen & Løken (2005) medfører omorganisering en tøffere hverdag for arbeidstakerne. I første omgang kan det medføre stress og slitasje på

de ansatte, noe som igjen kan få konsekvenser for sykepleiernes arbeide med pasientene og deres sikkerhet. Litteratursøk i norske og internasjonale databaser, Bibsys, Academicsearch Elite og ScienceDirect, tilkjennegir at det er skrevet mye om stress i tilknytning til sykepleiernes helse. Vi har funnet en studie (Elfering, Semmer & Grebner, 2006) som viser til mulige sammenhenger mellom opplevd stress og pasientsikkerhet.

Hensikten med denne studien er å se nærmere på hvilke konsekvenser forandringer i arbeidssituasjon kan ha for opplevelsen av stress hos sykepleierne og for pasientenes sikkerhet.

Spørsmålsstillinger

Med utgangspunkt i Antonovskys begrep OAS stilles følgende forsknings spørsmål:

1. Hvilke forskjeller framkommer på en arbeidsplass med få organisasjonsmessige endringer i forhold til en organisasjon som er under endring?
2. Hvilke faktorer virker stressfremmende på sykepleierne og deres arbeid med pasientenes sikkerhet?
3. Hvilke faktorer virker stressdempende på sykepleierne og deres arbeid med pasientenes sikkerhet?

METODE

Med fokusgruppeintervju som tilnærming, ble data samlet inn i oktober og november 2002. Kreuger & Casey (2000) definerer en fokusgruppe studie som en nøye planlagt serie av diskusjoner der en ønsker å oppnå kunnskap om en definert problemstilling i en sammenheng preget av aksept og støtte.

Vi valgte fokusgruppeintervju som metode fordi det er en kvalitativ metode der komplekse temaer kan analyseres og drøftes med flere. Fokusgruppemetode ble videre valgt fordi vi også ville fange opp interaksjonen mellom aktørene (Kitzinger, 1995). Det fokuserte gruppeintervju trekker inn gruppeinteraksjonen som en faktor for meningsdannelse hos informantene, og er således forskjellig fra andre kvalitative forskningsmetoder. De ulike tema kan dermed få en bredere presentasjon (Maunsbach & Delholm-Lambertsen, 1997).

Utvalg

To sykehus var med i studien. Ved det ene sykehuset (heretter gitt betegnelse S1) har det skjedd store forandringer på bakgrunn av omorganiseringsprosesser med valg av ny organisasjonsmodell og nytt organisasjonskart. Det andre sykehuset (heretter gitt betegnelse S2) har ikke vært gjennom en omstillingsprosess, og de ansatte har sine vanlige rutiner.

Sykehusene hører til under samme regionale helseforetak og begge har tilbud innen de fleste kliniske spesialiteter. Søknad om tilgang til to grupper med inntil 6 deltakere i hver gruppe ved hvert sykehus, ble sendt til de administrative lederne ved sykehusene. Gruppene skulle bestå av spesialsykepleiere fra tre avdelinger innen anesthesi-, operasjon- og intensivsykepleie. Etter at tillatelse var gitt, ble skriftlig informasjon om studien og forespørsel til aktuelle sykepleiere gjort gjennom avdelingssykepleierne. De som valgte å være med, fylte ut svarslipp for skriftlig samtykke. Undersøkelsen omfatter 23 spesialsykepleiere som oppfylte inklusjonskriteriene. Elleve av disse arbeidet på S1, og tolv på sykehus S2. Deltakerne ble

valgt ut fordi de har visse karakteristika felles som relaterer til tema for fokusgruppen (Kreuger & Casey, 2000). Av de 24 informantene som ble forespurgt om å være med i undersøkelsen, meldte en frafall umiddelbart før intervjuet. Aldersspredningen var fra 35 til 61 år. Yrkeserfaring som spesialsykepleier var fra 9 måneder til 32 år.

Datasamling

Fokusgruppeintervju kjennetegnes ved tilstedeværelse av en moderator. Moderators oppgave er både å stille spørsmål til gruppen, og å følge og tolke gruppedynamikken, noe som betinger særlige kvalifikasjoner. Dessuten kan det være en observatør som spesielt har fokus på gruppedynamikken til stede (Maunsbach & Delholm-Lambertsen, 1997). Intervjuene ble foretatt med første-forfatter alene som moderator. Hennes bakgrunn som anesthesisykepleier og høgskolelektor ble i denne sammenheng vurdert til å være et godt grunnlag for oppfølging av diskusjonene. Det er anbefalt at moderator bør ha adekvat bakgrunnskunnskap om tema som blir diskutert (Kreuger & Casey, 2000). Moderator stilte tilleggs- og oppfølgings-spørsmål, hun sørget for at alle informantene kom til orde og at diskusjoner mellom informantene ble holdt innenfor oppgitt tema. Fire gruppeintervju, to på hvert sykehus, ble gjennomført. Sykehusene stilte lokaler til disposisjon, og samtalene ble foretatt i arbeidstiden. Intervjuene varte rundt to timer. I tillegg til notater under intervjuene, ble det benyttet båndopptaker. Informantene var svært engasjerte, og det oppsto ofte spontane diskusjoner i gruppen. Formuleringer framkom noen ganger som halve setninger ved at grupped medlemmer uttrykte støtte i forhold til hverandre.

Utsagn fra en enkelt deltaker ble ofte fulgt opp av synspunkter fra andre i gruppen. Intervjuene ble avrundet med en oppsummering og invitasjon til å komme med tilleggsutsagn. Noen av informantene benyttet seg av dette for å framheve det de syntes var viktig å få fram. Etter diskusjonene ble observasjoner av nonverbal kommunikasjon notert. Til å fange opp selv små nyanser i stemmeleie og tonefall og registrere pauser og uttrykte følelser, var båndopptakeren til god hjelp.

Intervjuguide

Intervjuguiden tok opp tema som hvilke faktorer som øker stressopplevelsen, hvilke faktorer som reduserer den og forhold relatert til organisasjonsmessige endringer.

I tillegg inneholdt intervjuguiden spørsmål om temaer som handlet om ivaretagelse av pasientsikkerhet. (Berland & Natvig, 2005).

Forskningsetiske betraktninger

Tillatelse til innsamling og registrering av data i studien ble innvilget av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Søknad ble også sendt ledelsen ved sykehusene, og tillatelse ble gitt herfra. Skriftlig informasjon og forespørsel om medvirkning til studien ble formidlet via de administrative ledere. Før diskusjonen begynte, ble det informert om forskers taushetsplikt og om sikring av deltakernes anonymitet ved å ikke la noen opplysninger gjenkjennes, og dessuten om hvordan funn fra studien ville bli anvendt og senere presentert.

Analysemetode

Analysen er basert på transkriberte intervju fra både notater og lydband. Samtalene på lydbandene ble skrevet ut ord for ord (Kreuger & Casey, 2000).

I analysen av data deltok både andre- og førsteforfatter. Vi fulgte Kvaales (1997) tre nivåer for tolking: Selvførståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse. Selvførståelse er informantens utsagn, kritisk forståelse er forskerens kommentarer til utsagnene. Tolkningen har her en bredere forståelsesramme enn intervju-personens egen. I den teoretiske forståelse, trekkes den teoretiske rammen og forskningsresultater fra andre studier inn for å utvide perspektivet.

Første gangs gjennomlesing resulterte i fortløpige temaer som også hadde sitt utspring i intervjuguiden (Kitzinger, 1995). Deretter ble manus lest for å systematisere teksten og for å avdekke kategorier.

I analysefasen leste begge forfatterne grundig gjennom utskriftene. Videre sammenlignet vi og diskuterte oss fram til tematiseringen av teksten. I fellesskap kom vi fram til hvilke utsagn som skulle velges for å belyse de temaene som kom fram i analysen. Flere utsagn fra sykepleierne måtte utelates på grunn av at de personer som ble omtalt, lett kunne bli gjenkjent. Dette ble vurdert til ikke å få konsekvenser for resultatene.

FUNN

Innledende oppsummering

Sykepleierne ved S1 beskrev mye frustrasjon og uklarheter ved arbeidsplassen. Dette innebar blant annet at de ikke visste sikkert hvor de skulle henvende seg når saker skul-

le tas opp. Sykepleierne mente at forandring av rutiner kunne skape usikkerhet i det daglige arbeidet. Dette kunne igjen føre til at sikkerheten ble svekket. Sykepleierne ved S2 opplevde avklart ansvarsforhold og visste hvor de skulle henvende seg. De hadde klare rutiner på hvem de skulle henvende seg til. Nødvendige endringer ble gjennomført når de tok opp saker. Sykepleierne ved S1 gav uttrykk for stor usikkerhet om hva som ville skje i tiden framover. Sykepleierne ved begge sykehus framhevet betydningen av sosial støtte fra kollegaer. Ved S1 hevdet sykepleierne at de hadde liten medbestemmelse og at dette kunne påvirke sikkerheten, mens sykepleierne ved S2 beskrev muligheter til medbestemmelse i positive ordelag. Sykepleierne ved S1 hadde en positiv innstilling til endringer av rutiner og prosedyrer når de ble oppfattet som viktige. Sykepleierne ved S2 uttrykte seg generelt positivt til forandringer og betraktet dem som utfordringer. Videre har studien eksempel på utsagn som viser at sykepleierne ved S1 var negative til nye endringer som ikke ble oppfattet som viktige. Humor ble framhevet av sykepleierne ved S1 som en ressurs.

Begripelighet og pasientsikkerhet

Begripelighet er ifølge Antonovsky (1987) den måten en oppfatter indre- og ytre stimuli på. Stimuli oppleves som kognitivt meningsfulle dersom de oppleves som ordnet, strukturerte og klare og skaper en forventning om at fremtidige stimuli vil oppleves som forståelige og forutsigbare. Personer som innehar høy begripelighet, vil forvente at utfordringer de vil møte i framtiden, selv om de ikke alltid er forutsigbare, kan forklares. Slike utfordringer trenger ikke å være ønskerverdige, men personen klarer å gjøre

dem forståelige.

Sykepleierne ved S1 fortalte om mye frustrasjon og uklare ansvarsforhold og at de ikke visste hvor de skulle henvende seg for å ta opp saker som angikk arbeidssituasjonen. De oppgav at forandring av rutiner kunne skape usikkerhet i det daglige arbeidet og hevdet at dette kunne svekke sikkerheten: "...hvis det er en situasjon der du føler det går på sikkerheten løs, at rutiner har blitt forandret...hvor skal du da henvende deg for å ta opp den saken? Det vil jeg ikke vite i dag..." "...det er mange som ikke vet tjenestevei...det er mye frustrasjon og uklare ansvarsforhold".

"Når du snakker om sikkerhet i forhold til det med omorganisering. Du må ivareta alle ting. Det er ikke personer til å ivareta (alle) ting. Der går det jo skikkelig på sikkerheten..."

Når det gjaldt ansvarsforhold, og å vite hvor en skulle henvende seg, opplevdes dette mindre stressende ved S2 da sykepleierne her visste hvem de skulle oppsøke. De hadde klare rutiner. Når de tok opp saker, ble nødvendige endringer gjennomført: "Lett å gå til avdelingsleder og si fra om ting, og det blir tatt opp..."

"Som hovedregel så kommer jo nye rutiner på grunn av at det har vært en feil en gang, og da er det jo blitt tatt opp. Så gjør de noe med det, de får en rutine på at sånt skal ikke skje igjen".

Dette var i motsetning til hva som kom fram i intervjuene med sykepleierne på S1. Her gav sykepleierne uttrykk for stor usikkerhet, i det de ikke visste hva som ville skje framover i tid: "Vi vet ingen ting. Vi vet ikke hva vi ender opp med".

Sykepleierne ved S1 var frustrert over uklare ansvarsforhold. Det var ikke personer til å ivareta alt, og de opplevde at dette gikk

ut over sikkerheten. De visste ikke hva følgene av den pågående omorganiseringen ville bli. Sykepleierne ved S2 gav uttrykk for at ansvarsforholdene var klare. Tjenestevei ble benyttet, og dette fungerte godt. De opplevde det som lett å komme til ledelsen med forslag til endringer.

Håndterbarhet og pasientsikkerhet

Her dreier det seg om i hvilken grad en opplever at det finnes ressurser som er tilstrekkelige å sette inn for å møte krav og belastninger som en blir utsatt for. Individuer med høy håndterbarhet vil ikke komme til å oppleve seg som et offer for forholdene, men når disse møter vanskeligheter i livet, kan de mestres. Tilgjengelige ressurser betyr at en selv rår over ressursene eller at en har nære personer, som ektefelle, venner, kollegaer, Gud, og så videre, som en stoler på og har tillit til vil komme en til hjelp.

Antonovsky framhever kvaliteten på sosiale relasjoner som viktig. Informantene ved S1 framhevet sosial støtte fra kollegaer. Dette innebar solidaritet, trygt miljø, visshet om tilgjengelig hjelp ved behov, og at de som arbeidet sammen, stolte på hverandre:

"Det er i alle fall viktig å ha et godt kollegialt forhold og et trygt miljø for å så våge og liksom stå litt på det du mener, at du har noen å støtte deg på". "Jeg kjenner jo de jeg jobber sammen med, vet jeg kan stole på det de sier..."

På samme måte uttrykte sykepleierne ved S2 at de kjente hverandre godt. De hadde vært kollegaer i lang tid og hadde trygghet i arbeidssituasjonen.

Antonovsky framhever betydningen av medbestemmelse i arbeidssituasjonen, noe som igjen bidrar til håndterbarhet. Sykepleierne ved S1 hevdet at de hadde

liten medbestemmelse og at dette påvirket sikkerheten: "...og det nytter ikke å si nei, du blir pålagt det likevel. Så kan holdningene bli litt sånn... Og igjen kan det påvirke sikkerheten...". "Før ble vi tatt med på råd, spurt når noe skulle endres, nå blir vi fortalt hvordan det skal være".

Motsatt av dette oppga sykepleierne ved S2 at de hadde innflytelse i utarbeidelse av rutiner og prosedyrer og deltok på møter hvor vedtak ble fattet. De beskrev muligheter til medbestemmelse i positive ordelag:

...vi tar opp ting som folk gjør forskjellig. Vi sier at vi har lyst å høre hva disse tiltakene er, og så går vi inn i det og får laget en prosedyre på det... slik at vi gjør det likt. Sånn sett så har du jo evne til å påvirke.

...avdelingsmøtene våre er jo besluttede møter. Det som blir avgjort der, det har vi da fattet et vedtak på... Så har du lyst å være med og fatte vedtak, så er du med på det...

Sykepleierne ved begge sykehusene pekte på at de hadde gode kollegaer, kjente hverandre godt og følte seg trygge i arbeidssituasjonen. Sykepleierne ved S1, framhevet at sikkerheten ble påvirket negativt gjennom at de i liten grad hadde medbestemmelse, da de ble pålagt oppgaver uten å bli tatt med på råd. Motsatt uttrykte sykepleierne at det var ved S2, der de hadde medbestemmelse og mulighet til å påvirke egen arbeidssituasjon.

Meningsfullhet og pasientsikkerhet

Ved høy grad av meningsfullhet vil et individ oppleve at livet gir mening, forpliktelser er ikke en byrde, men er ønskerverdige. Personer som opplever høy meningsfullhet, vil ta utfordringer og forsøke å finne mening. De vil ikke unngå utfordringer,

men prøve å mestre dem best mulig (Antonovsky, 1987).

Gjennomgående tema i samtalene ved S1 var en positiv innstilling til endringer når de ble oppfattet som viktige av sykepleierne: "Hvis det er fornuftig. Hvis en opplever det som positivt og fornuftig og ser hensikten, så har jeg inntrykk av at folk er ikke noe vanskelige".

I diskusjonene ved S1 kom det også fram liten forståelse for nye endringer: "Forandre? Det har gjerne blitt forandret før, for fort enkelte ganger. Var det nødvendig da?".

Ved S2 hadde sykepleierne en positiv tilnærming til forandringer og betraktet dem som utfordringer: "Tror det kommer mer og mer, må bare henge på. Det er det vi må". "Jeg mener du har resignert hvis du ikke stadig er på hogget og tar i mot nye ting. Ingen er feilfrie. Hele tiden lære".

Humor som ressurs påpekes av Antonovsky. Til tross for problemer med rutiner ved S1, fortalte sykepleierne om humor og betydningen av dette: "Heldigvis i alle fall inne hos oss så føler jeg vi har litt humor, vi og, vi har en galgenhumor, vi kan av og til se det "løgne" i det...".

Sykepleierne ved begge sykehusene var i hovedsak positive til endringer, men sykepleierne ved S1 påpekte at endringene måtte oppleves som fornuftige og hensiktsmessige for at de skulle være positive til dem. Sykepleierne ved S2 så det som viktig å tilegne seg ny kunnskap innen fagdisiplinen. Det var også eksempel på utsagn ved S1 som framhevet at forandringer tidligere var blitt gjennomført hurtigere enn nødvendig. Sykepleierne ved dette sykehuset mente og at humor var til nytte for dem i omorganiseringen.

DISKUSJON

Forskjeller i sykehus med og uten omorganisering

Det er store forskjeller på de to sykehusene når det gjelder grad av stress hos sykepleierne. Ved sykehuset som er under en større omorganiseringsprosess, blir denne et ekstra stressmoment for personalet. Ved det andre arbeidsstedet hvor der ikke skjer endringer sentralt, gir utsagnene eksempler på et miljø preget av ro og trygge arbeidsrutiner. Internasjonalt har omorganisering i helse-sektoren i følge Brown et al. (2005) blitt assosiert med negative virkninger for sykepleierne. Moore (1994) og Laschinger et al. (2001) har i sine studier identifisert negative reaksjoner på organisasjonsmessige endringer hos sykepleiere. Det dreier seg om sinne, krenkelse, utmattelse, frustrasjon, engstelse, bekymring og mismodighet. Det er sannsynlig at slike reaksjoner hos sykepleiere kan gå ut over pasientenes sikkerhet, noe våre informanter bekrefter.

Faktorer som virker stressende på personalet

I denne studien har vi avdekket at uklare ansvarsforhold etter en omorganiseringsprosess, virker stressende på sykepleierne. Tjenestevei er ikke klarlagt, og det oppleves følgelig problematisk for dem å ikke nå fram med saker som angår deres egen arbeidssituasjon. For at sykepleierne skal ha mulighet til å utøve innflytelse, må de vite hvor i organisasjonen de kan henvende seg. Antonovsky (1987) hevder at følelsen av å ha medbestemmelse vil gjøre arbeidet mer meningsfullt. Sykepleierne opplever det frustrerende og stressende å ikke bli informert eller involvert i omorganiseringspro-

sessen. Det er tidligere funnet i studier at manglende involvering fører til stress hos sykepleiere (Tyson et al., 2002; Brown et al., 2006). I studien av Brown et al. (2006) påpeker forfatterne at ledere må informere og oppmuntre sykepleiere til å delta i beslutninger vedrørende omorganisering.

Faktorer som virker stressdempende på personalet

Vår studie viser at sykepleierne ved begge sykehus framhever betydningen av et godt sosialt klima og støtte fra kollegaer. Flere studier har funnet at sykepleiere blir mindre stresset av å få støtte fra kollegaer (Moszczynski & Haney, 2002; Sveinsdottir, Biering & Ramel, 2005). I følge Karasek & Theorell (1990) er det først og fremst emosjonell støtte som kan fungere som en buffer mellom belastende arbeidssituasjoner og helsemessige skader. Gode mellommenneskelige relasjoner kan trolig være med å bidra til mestring ved å dempe den negative virkningen stress kan ha på sykepleiernes helse. Antonovsky (1987) vektlegger sosial støtte som en avgjørende motstandsressurs og sier den er en viktig faktor i oppbygging av en sterk opplevelse av sammenheng. En person som har en eller flere som bryr seg om henne, har lettere for å takle en stressende situasjon enn en som ikke har det.

Funn i denne studien forteller at sykepleierne vektlegger humor som en viktig miljøfaktor da humor kan virke som en buffer mot stress. Svebak (2005) viser til konsensus i den psykologiske faglitteraturen om at humoristisk sans er bra ved at den bidrar til bedre mestring av stress. Sans for humor demper risikoen for helseplager under stress ved å fungere som støtdemper (Svebak, 2005).

Metodediskusjon

I helseforetakene blir organisasjonsmessige endringer ansett som nødvendige, men slike endringer vil kunne virke negativt inn på menneskene i organisasjonen. De ansattes evne til mestring av stress vil derfor være viktig. I denne studien er Antonovskys sin teori om psykososialt stress blitt benyttet som teoretisk ramme for forståelse av hvordan sykepleierne mestrer det stresset som en organisasjonsmessig forandring kan utgjøre, sammenlignet med et arbeidssted hvor slik endring ikke har foregått.

Et omfangsrikt datamateriale fra de fire gruppediskusjonene gav et godt grunnlag for tekstanalysen. Gruppeinteraksjonen utnyttet i fokusgruppeintervju til å belyse emnet mer bredt enn tilfellet ofte er hvis datagrunnlaget utelukkende er bygget på individuelle intervjuer (Maunsbach & Dehlholm-Lambertsen, 1997). På bakgrunn av at to personer vil oppfatte mer enn en, og registrere det som skjer i diskusjonene, ble det vurdert å ha med en medleder under intervjuene. Men i hovedsak er de tema som blir framstilt i studiens resultatdel, de samme som kom fram i alle intervjuene. Dette kan tyde på at temaene ble tilstrekkelig diskutert innen gruppene og at de videre er grunnlag for et uttømmende bilde av informantenes vurdering av pasientsikkerhet. Informantene kom fra to forskjellige sykehus, som begge tilhørte det samme regionale helseforetaket. De to sykehusene var mellomstore sykehus i to småbyer på Vestlandet. Studien hadde ikke informanter som representerer store sykehus. Utvalget utgjorde liten spredning i kjønn, med en mannlig deltaker, og stor spredning i alder og yrkeserfaring som sjesykepleiere. Funnene blir imidlertid styrket av den brede enigheten blant informantene (Sørensen, Söderlund, Haga &

Malterud, 2000). Diskusjonene i gruppene på de to sykehusene avvek ikke særlig fra hverandre med hensyn til grad av aktivitet og innspill fra informantene. Gruppeprosessen ble videre beskrevet som positiv av deltakerne. Flere av informantene uttrykte ved avslutningen av samtalene at opplevelsen av gruppeintervjuene hadde vært god. Det vil i en slik situasjon også være mulighet for deltakerne å gi uttrykk for motstridende synspunkter. I følge Kvale (1997) har validitet å gjøre med i hvilken grad metoden undersøker det som den var ment å undersøke. Ut fra de forholdene som er nevnt over, mener vi at studiens validitet er ivarettatt.

KONKLUSJON

Av studien framgår det at sykepleiere i intensivavdelinger i et sykehus der det foregår store omorganiseringer har en langt mer stressende arbeidssituasjon enn sykepleiere i samme type avdeling der det ikke foregår omorganiseringer. Informantene mener at dette vil kunne gå ut over pasientens sikkerhet. Dette tilsier at de som skal gjennomføre endringer i en organisasjon, bør gjøre dette på en måte som blir mindre stressende, og som oppleves meningsfullt for arbeidstakerne. De ansatte utgjør en viktig ressurs i en omstillingsprosess, og de bør tas med på råd i den grad dette lar seg gjøre, slik at ikke omstillingen blir unødvendig stressende. Når sykepleierne opplever innflytelse og delaktighet i endringsprosessen, vil dette kunne bidra til større opplevelse av meningsfullhet, noe som antas å redusere stress i arbeidssituasjonen. Ledere bør også tilrettelegge for sosial interaksjon og støtte blant sykepleiere, noe informantene fra begge sykehusene poengterer bidrar til å

redusere stress.

Pasientsikkerhet er et viktig anliggende i dagens helsevesen. På bakgrunn av funn i denne studien og tidligere studier som viser sammenheng mellom stress og helse og stress og pasientsikkerhet, anbefaler vi at dette gjøres til gjenstand for videre forskning, gjerne gjennom en kombinasjon av kvalitative og kvantitative undersøkelser som vil kunne gi sikrere svar på slike sammenhenger.

REFERANSER

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Berland, A., Natvig, G. K. (2005). Ivaretagelse av pasientsikkerhet. *Vård i Norden*, 25(3), 33-37.
- Blythe, J., Baumann, A., Giovannetti, P. (2001). Nurses Experiences of Restructuring in Three Ontario Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 61-68.
- Bracco, D., Favre, J. P., Bisonette, B., Wasserfallen, J.-B., Revelly, J.-P., Ravussin, P., Chiolero, R. (2001). Human errors in a multidisciplinary intensive care unit: a 1-year prospective study. *Intensive Care Medicine*, 27, 137-145.
- Brown, H., Zijlstra, F., Lyons, E. (2006). The psychological effects of organizational restructuring on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 344-357.
- Cooper, J. B., Newbower, R., Long, C. D., McPeck, B. (2002). Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. *Quality & Safety in Health Care*, 11(3), 277-283.
- Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M., Sprung, C. L. Pizov, R., Cotev, S. (2003). A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit.

- Quality & Safety in Health Care*, 12, 143-148.
- Flaatten, H. (1996). Menneskelig svikt – hyppigere enn vi tror? *Tidsskr Nor Lægeforen* 116, 832-833.
- Flaatten, H., Hevrøy, O. (1999) Errors in the intensive care unit (ICU) Experiences with an anonymous registration. *Acta Anaesthesiol Scand*, 43, 614-617.
- Hjort, P. F. (2004). *Uheldige hendelser i helsetjenesten. Forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering*. Rapport Sosial- og helsedirektoratet.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work – Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, Inc.
- Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups. *BMJ*, 311, 299-302.
- Kohn, L. T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000). *To err is human. Building a safer health system*. Institute of medicine, Washington, D.C.: National academy press.
- Kreuger, A., Casey, M. (2000). *Focus groups-3rd Edition- A practical guide for applied research*. Thousand Oaks-London-New Delhi: Sage Publications, Inc.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Laschinger, H. K.S., Sabastian, J. A., Finegan, J., Shamian, J. (2001). Voices from the Trenches: Nurses Experiences of Hospital restructuring in Ontario. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14(1), 6-13.
- Maunsbach, M., Dehlholm-Lambertsen, B. (1997). Det fokuserede gruppeinterview og deltagerobservasjon. *Nordisk medisn*, 112(4), 126-128.
- Meurier, C. E., Vincent, C. A., Parmer, D. G. (1997). Learning From errors in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 111-119.
- Moore, T. F. (1994). Rightsizing: Living with the new reality. *Healthcare Financial Management*, 48(10), 48-53.
- Moszczyński, A. B., Haney, C. J. (2002). Stress and Coping of Canadian Rural Nurses Caring for Trauma Patients Who Are Transferred Out. *Journal of Emergency Nursing*, 28(6), 496-505.
- Pålsson, M.-B., Hallberg, I. R., Nordberg, A., Bjørvel, R. N. (1996). Burnout, Empathy and Sense of Coherence among Swedish District Nurses before and after Systematic Clinical Supervision. *Scand J Caring Sci*, 10, 19-26.
- Sexton, J. B., Thomas, E. J., Helmreich, R. L. (2004). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: Cross sectional surveys, *BMJ* 320, 745-749.
- Svebak, S. (2005). Er sans for humor bra for helse? *Tidsskrift for Norsk Psykolog Forening*, 42(10), 909-912.
- Sveinsdóttir, H., Biering, P., Ramel, A. (2005). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of nursing Studies*, in press.
- Sørensen, I. M., Söderlund, A., Haga, H.-J., Malterud, K. (2000). Symptomopplevelser hos kvinner med Sjögrens syndrom. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 7(120), 794-797.
- Trygstad, S., Lorentzen, T., Løken, E. (2005). *Den nye staten. Omfang og effekter av omstillingene i staten 1990-2004*. Fafo-notat.
- Tselebis, A., Moulou, A., Ilias, I. (2001). Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. *Nursing and Health Sciences*, 3, 69-71.
- Tyson, P. D., Pongruengphant, R., Aggarwal, B. (2003). Coping with organizational stress among hospital nurses in Southern Ontario. *International journal of nursing studies*, 39(4), 453-459.
- Vorde Vande, K. M., France, A.-C. (2002). Proactive error prevention in the intensive care unit. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 14, 347-358.