

13

Ein ny metode for å vurdere kvalitet på sjukepleietenesta ved medisinske sengepostar

IRENE AASEN ANDERSEN, Høgskulen i Sogn og Fjordane

JOHN ROGER ANDERSEN, Høgskulen i Sogn og Fjordane

SAMANDRAG Internasjonale studiar tydar på at sjukepleiarar sine arbeidsforhold verkar inn på pasientane sin helsestatus. I denne studien har vi utvikla ein metode for å kartlegge karakteristika ved arbeidsmiljøet, som er assosiert med kvalitet på sjukepleietenester. Metoden kan nyttast som utgangspunkt for å forbetre kvalitet ved norske medisinske sengepostar. Denne tverrsnittstudien vart utført på fire medisinske sengepostar og inkluderte 58 sjukepleiarar. Karakteristika ved arbeidsmiljøet vart målt med Ward Organisational Feature Scales (WOFS) og kvalitet på sjukepleietenester med eit skjema som måler kva grad sjukepleiarane meiner at pasientane får oppfylt sine grunnleggande behov mens dei er innlagt. Analysen resulterte i ein modell der WOFS forklarar 38,3 % av variasjonen i kvalitet på sjukepleietenester, $p < 0,05$. Analysen syner vidare at ei rekke ulike aspekt ved samansetning og organisering av personellressursane saman med opplevd kvalitet på kommunikasjon og samarbeid i pleiegruppa, har ein særleg sterk assosiasjon med kvalitet på sjukepleietenester. Forventningar ein hadde til jobben på førehand, viste også ein betydeleg assosiasjon med kvalitet på sjukepleietenester. Legesamarbeid viste også assosiasjonar med kvalitet på sjukepleietenester, men her var samanhengane noko svakare. Av andre WOFS-spørsmål viste særleg «Innreiing og utstyr for pårørande sine behov» ein samanheng med kvalitet på sjukepleietenester. Pleiepersonellet drøfta funna og var einig om at desse områda var viktige fokus for vidare forbetningsarbeid.

NØKKEWORD kvalitet | sjukepleietenester | sjukehus | forbetningsarbeid

ABSTRACT International studies suggest that the working conditions for nurses influence the patients' health status. In the present study we have developed a method that identifies characteristics of the work environment which are associated with the quality of nursing services. The method can be used as a starting point to improve the quality of nursing services in Norwegian medical wards. This cross-sectional study was conducted in four medical wards and included 58 nurses. Characteristics of the working environment were measured by the Ward Organisational Feature Scales (WOFS), and the quality of nursing services with a questionnaire measuring to what extent the nurses think that patients' basic needs are fulfilled while hospitalized. The analysis resulted in a model where WOFS explains 38.3% of the variation in the quality of nursing services, $p < 0.05$. The analysis shows that a number of different aspects of the personnel composition and organization, together with the perceived quality of communication and cooperation within the nursing group, have a particular strong association with the quality of the nursing services provided. Work expectations before starting the job, also have a significant association with the quality of nursing services. The doctor-nurse collaboration also showed associations with the quality of nursing services, but here the associations were somewhat weaker. Of the other WOFS items, in particular ward facilities for the patients' next of kin showed an association with the quality of nursing services. As a result of the study, the staff agreed upon which areas they wanted to improve and made proposals for implementation strategies.

13.1 INNLEIING

Det har vore mykje nasjonalt og internasjonalt samarbeid om kvalitetsmålingar fordi ein kan lære av kvarandre når ein har dei same problemstillingane. Kvalitetsmålingane er i hovudsak knytt til pasientsikkerheit, brukarperspektivet og innføring av nye metodar (Meld. St. 10 (2012–2013)). På ei anna side har det vore lite fokus på kartlegging av pleiepersonell sine vurderingar av kvalitet. Helsetenesta skal kontinuerleg vurdere kvaliteten på sine tenester og eventuelt sette inn forbetringstiltak viss det vert avdekkja problemområde. For å kunne gjere dette på ein god måte, må ein involvere helsepersonellet og ha gode kartleggingsmetodar som gir valide resultat. Det er derfor behov for gode beskrivingar av framgangsmåtar som er spesifikke for det aktuelle praksisfeltet, og som er vurdert til å vere valide og nyttige.

Grunntanken om kvalitet i pasientbehandlinga er at kvalitet er ei norm om at pasientar skal møtast med verdigheit og respekt (Orvik 2015). Kvalitet er juridisk forankra, og set grenser for minimumsstandard som skal grense mot uforsvarleg og ulovleg praksis. Omgrepet har ulike dimensjonar som omhandlar både pasientar og tilsette sine erfaringar med kva som er god kvalitet. Kvalitetsomgrepet er

også knytt til kontinuitet, samhandling og økonomi i pasientbehandlninga (Orvik 2004). Helse- og omsorgsdepartementet (Meld. St. 10 (2012–2013)) nyttar ein definisjon som omfattar både sjølv opplevinga av kvalitet, og kva krav og forventningar ein har til ei teneste: «Norsk standard definerer kvalitet som ‘i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav’.»

Systematisk arbeid med kvalitetsforbetring krev at ein har oversikt over kvaliteten i verksemda (Meld. St. 16 (2011–2015)). Dette kan vere utfordrande ettersom det er uklart kva modellar for organisering som gjev best resultat (Sjetne mfl. 2009). Helse- og omsorgssektoren har særskilde utfordringar når det gjeld arbeidstidsordningar, innhald i arbeidet og belastningar i arbeidet (NOU 2010: 13).

Sjukepleiarar sine arbeidsforhold har direkte eller indirekte betydning for kvalitet på klinisk praksis (Aiken mfl. 2008; Friese mfl. 2008; Mwachofi mfl. 2011). Fleire studiar syner at visse trekk ved arbeidsmiljøet er assosiert med ein gunstig pasientgang; inkludert mortalitet og pasienttilfredsheit. Døme på slike trekk er høgare bemanning per pasient, at sjukepleiarar er delaktige i faglege diskusjonar om pasientar, og at det er eit godt forhold mellom lege og sjukepleiar (Aiken mfl. 2011; Aiken mfl. 2002; Friese mfl. 2008; Kane mfl. 2009; Mwachofi mfl. 2011). Det er gjennomført ei kartlegging av sjukepleieorganisering og pasienttilfredsheit i tolv europeiske land og USA som syner store variasjonar innan kvalitet i alle landa (Aiken mfl. 2012). Denne kartlegginga syner òg at eit godt arbeidsmiljø gir god kvalitet på sjukepleietenester. Forbetringar i arbeidsmiljø vil vere ei lønsam investering for å betre tryggleik, kvalitet og for å auke pasienttilfredsheita (Aiken mfl. 2012). I ein norsk studie finn Danielsen (2013) samanfallande funn. Ho finn at i krisesituasjonar er det avgjerande kor godt teamet fungerer, fordi dette er avgjerande for evna til å handle. Pasientbehandlninga kan bli risikofull dersom personale som ikkje fungerer saman, går same skift.

Ut ifrå det vi kjenner til, er det per i dag ikkje publisert nokon framgangsmåte som spesifikt syner korleis ein kan nytte slike data i forbetningsarbeid på medisinske sengepostar. Føremålet med denne studien var derfor å utvikle ein metode for å undersøke kva organisatoriske faktorar som kan vere indikatorar for kvalitet på sjukepleietenester til pasientar. Samtidig var det eit ønskje om at pleiepersonalet skulle bli bevisste på kva område dei kunne jobbe vidare med for å auke kvaliteten. Dette vert gjort ved å halde karakteristika ved arbeidsmiljøet (målt med Ward Organisational Feature Scales, WOFS) opp mot skjema som måler kvalitet på sjukepleietenester. Desse funna vart nytta til avdelingsvis forbetningsarbeid. Pleiepersonellet fekk ei systematisert oversikt over kva organisatoriske faktorar som påverkar kvalitet. Dei kunne dermed samle seg om nokre faktorar som dei ønskte å forbetre, og dei sjølv kom med forslag til tiltak for å endre arbeidsmiljøet.

13.2 METODE

13.2.1 DESIGN OG ETIKK

I denne tverrsnittundersøkinga frå 2007 vart alle pleiarane ($n = 82$) ved dei største medisinske sengepostane i Helse Førde invitert til å delta. Bakgrunnen var at det uansett skulle gjennomførast ei kartlegging av arbeidsmiljøet ved desse avdelingane. Datasamlinga vart gjort med eit sjølvadministrert spørjeskjema. Studien vart klarert av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, og blei gjennomført i samsvar med forskingsetiske retningslinjer.

13.2.2 MÅLEINSTRUMENT

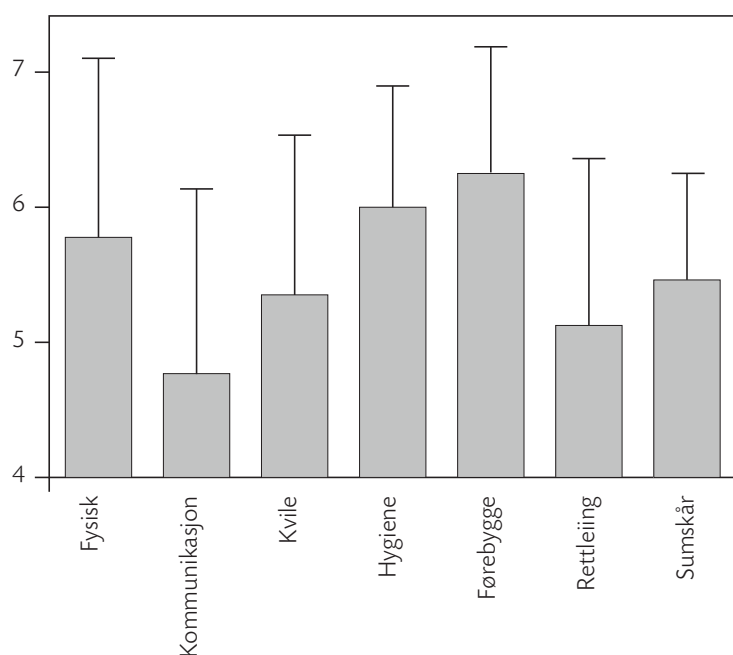
Ward organisational feature scales (WOFS)

På 90-talet i Storbritannia vart det utvikla eit kartleggingsverktøy som kombinerte både fysiske og sosiale sider ved sjukepleieyrket, samt samanhengar ved sjukehuset som system. Dette skjemaet vart kalla «The Ward Organisational Features Scales» (WOFS) (Adams mfl. 1995). Dette skjemaet er tilpassa og oversett til norsk, og er testa angående reliabilitet og validitet (Sjetne og Stavem 2006). Dette sjølvadministrerte skjemaet kan brukast til å måle sjukepleiarar si oppleving av ulike delar av yrkesutøvinga. Sidan WOFS er spesifikt for sjukepleiarar, kan ein samanlikne jobbtilhøve på tvers av avdelingar og å identifisere område for kvalitetsforbetring (Sjetne og Stavem 2006).

WOFS beskriv ulike aspekt ved sjukepleiarar sitt arbeidsmiljø. Skjemaet består av 42 spørsmål, som dekker områda: «innreiing og utstyr», «fysisk planløysning», «personellorganisering», «læringsmiljø», «legesamarbeid», «pleiesamarbeid» og «jobbtilfredsheit». Skjemaet har graderingar frå 1 (svært dårleg) til 5 (svært god) for «innreiing og utstyr» og «fysisk planløysing». Dei andre domena har ein skala frå 1 (aldri / heilt ueinig) til 4 (nesten alltid / helt einig). I tabell 13.1 er skalaene gjort om til 0–100 for å kunne samanlikne dei ulike graderingane i WOFS-skalaene.

TABELL 13.1. Skår og spreingsmål for ward organisational feature scales (WOFS) (n = 58).

| WOFS | Snitt | Standardavvik | 0–100-skår |
|----------------------|-------|---------------|------------|
| Jobbtilfredsheit | 3,1 | 0,6 | 77,5 |
| Fysisk planløsning | 3,6 | 0,5 | 72,0 |
| Læringsmiljø | 2,8 | 0,4 | 70,0 |
| Pleiesamarbeid | 2,8 | 0,5 | 70,0 |
| Innreiing og utstyr | 3,5 | 0,7 | 70,0 |
| Legesamarbeid | 2,6 | 0,4 | 65,0 |
| Personalorganisering | 2,6 | 0,5 | 65,0 |



Skår er presentert som gjennomsnitt og standardavvik (N = 58). Skår er frå 1 (dårligaste skår) til 7 (beste skår). Fysisk: fysiologiske behov (snitt = 5,6 og SD = 1,2). Kommunikasjon: behov for kommunikasjon / kontakt med andre (snitt = 4,7 og SD = 1,2). Kvile: behov for søvn og kvile / vere i fred (snitt = 5,2 og SD = 1,1). Hygiene: førebygge infeksjonsspreiing og fremme hygiene (snitt = 5,8 og SD = 0,8). Førebygge: førebygge at pasientar vert skada ved feilbehandling eller uhell (snitt = 5,7 og SD = 0,9). Rettleiing: rettleiing som er helsefremmande, og som fremmar adekvat bruk av tilgjengelege helsetenester (snitt = 4,7 og SD = 1,1). Sumskår (snitt = 5,3 og SD = 0,7).

Kvalitet på sjukepleietenester

Kvalitet på sjukepleietenester omhandlar her i kva grad sjukepleiarane vurderer om pasientane får dekkja sine omsorgsbehov medan dei er innlagt på sjukehus. Skjemaet er utvikla av Kunnskapssenteret og deretter testa ut i ein norsk kontekst (Sjetne mfl. 2009). Dette området består av seks spørsmål og er knytt til «fysiologiske behov», «behov for kommunikasjon / kontakt med andre», «behov for søvn og kvile / vere i fred», «førebygge infeksjonsspreiing og fremme hygiene», «førebygge at pasientar blir skada ved feilbehandling eller uhell» og «retteleing som er helsefremmande, og som fremmer adekvat bruk av tilgjengelege helsetenester». Kvart spørsmål har ein skår frå 1 (svært dårleg) til 7 (svært bra). Ein kan rekne ut ein gjennomsnittleg sumskår basert på dei seks spørsmåla.

13.2.3 STATISTIKK

Korrelasjonar mellom variablar vart undersøkt med «Spearman's rank test». Med 58 deltakarar har den denne studien styrke til å oppdage ein signifikant korrelasjon mellom WOFS-skår og sumskår på måleinstrument for kvalitet på sjukepleietenester = 0,35, gitt ein p -verdi = 0,05 og ein styrke = 80 %. Effektstorleik (ES) for korrelasjonar vart klassifisert slik: < 0,2 triviell ES; 0,2–0,29 liten ES; 0,3–0,49 middels ES og \geq 0,5 stor ES (Cohen, 1988). «Partial least square» (PLS)-regresjon vart utført med kvalitet på sjukepleietenester som avhengig variabel og dei 42 spørsmåla i WOFS som prediktorar. Denne multivariatforma for regresjon gjer det mogleg å inkludere mange korrelerte uavhengige variablar i forhold til tal observasjonar. Kor viktig ein variabel er i forhold til den avhengige variabelen, vert beskrive med «selectivity ratio» (SR). Høge verdiar (enten positive eller negative) betyr sterkare assosiasjon. Det vert rekna ut sikkerheitsintervall for SR-verdiane, der verdiar som ikkje overlappar 0, vert rekna som statistisk signifikante. Effektstorleik (ES) for forklart varians i regresjonsanalysen vart klassifisert slik: < 2,0 % triviell ES; 2,0–12,9 % liten ES; 13,0–25,9 % middels ES og \geq 26 % stor ES. Ein p -verdi \leq 0,05 vert rekna som statistisk signifikant. PLS-regresjonen vart gjort med Sirius 9.0 og strykeberekningar med G*Power, versjon 2, medan alle andre analysar vart gjort med SPSS, versjon 22.

13.3 RESULTAT

13.3.1 KARAKTERISTIKA AV SJUKEPLEIARANE

Femtiåtte sjukepleiarar deltok i undersøkinga (svarprosent = 70,7). Data om kjønn eller alder er ikkje oppgitt på grunn av personvern, men det var ei overvekt av kvinner som deltok i studien. Karakteristika av sjukepleiarane var som følgjer: 59,9 % hadde jobba på avdelinga i meir enn to år, 20,7 % hadde heil stilling og 63,8 % hadde tatt ei vidareutdanning.

Skår for kvalitet på sjukepleietenester er presentert i figur 13.1. Behova «kommunikasjon / kontakt med andre», «behov for søvn og kvile / vere i fred» og «retteleing som er helsefremmande, og som fremmer adekvat bruk av tilgjengelege helsetenester» peika seg ut som områder med særleg forbettringspotensial. Den gjennomsnittlege sumskåren for alle seks spørsmåla var 5,3 (SD 0,7). Dei ulike domena i WOFS hadde ein skår som varierte frå 65,0 til 77,5 % (tabell 13.1). Den beste skår var på domenet «jobbtilfredsheit» (77,5 %). Deretter følgde domena «fysisk planløysing» (72 %), «innreiing og utstyr» (70 %), «læringsmiljø» (70 %), «pleiesamarbeid» (70 %), «legesamarbeid» (65 %) og «personalorganisering» (65 %).

13.3.2 PLS-REGRESJON MED KVALITET PÅ SJUKEPLEIARTENESTER SOM AVHENGIG VARIABEL

Analysen frå PLS-regresjonen resulterte i ein modell der WOFS forklarte 38,3 % av variasjonen i sumskår for kvalitet på sjukepleietenester, $p < 0,05$ (tabell 13.2). Analysen syner at ei rekke ulike aspekt ved samansetning og organisering av personellressursane (SR = 0,31 til 1,16) saman med opplevd kvalitet på kommunikasjon og samarbeid i pleiegruppa (SR = 0,28 til -1,26), har ein særleg sterk assosiasjon med sumskår for kvalitet på sjukepleietenester. Forventningar ein hadde til jobben på førehand, viste også ein betydeleg assosiasjon med sumskår for kvalitet på sjukepleietenester (SR = -0,86). Legesamarbeid viste også assosiasjonar med sumskår for kvalitet på sjukepleietenester, men her var samanhengane noko svakare (SR = 0,03 til 0,58). Av andre WOFS-spørsmål viste særleg «innreiing og utstyr for pårørande sine behov» (SR = 0,59) ein samanheng med sumskår for kvalitet på sjukepleietenester.

TABELL 13.2. Assosiasjonar mellom spørsmål i ward organisational feature scales og sumskår for kvalitet på sjukepleie (n = 58)

| WOFS | Spearman's rank | SR-ratio | Rangering |
|--|-----------------|--------------|-----------|
| <i>Domene: innreiing og utstyr</i> | | | |
| Innreiing og utstyr for pårørande sine behov | 0,39* | 0,59* | 8 |
| Tilgang på utstyr som trengs i sjukepleien | 0,34* | 0,42* | 17 |
| Innreiing og utstyr for pasientane sine behov | 0,40* | 0,29* | 22 |
| Kvalitet på vedlikehaldstenester | 0,22 | 0,22* | 25 |
| Innreiing og utstyr for personalets behov | 0,21 | 0,05* | 30 |
| <i>Domene: fysisk planløyising</i> | | | |
| Ivareta observasjonar av alle pasientar | 0,23 | 0,48* | 14 |
| Oppnå god kommunikasjon mellom pleiepersonalet som er i arbeid på posten | 0,19 | 0,29* | 22 |
| Oppnå god utnytting av pleiepersonalets si tid | 0,28* | 0,19* | 27 |
| Sikre at pasientane har høve til å påkalle merksemda frå pleiepersonalet | 0,00 | 0,01 | 32 |
| Ivareta pasientane sin tryggleik | 0,08 | 0,00 | 33 |
| <i>Domene: personalorganisering</i> | | | |
| Vårt system for fordeling av pleiepersonell/pasientar fungerer godt med den samansetninga av kvalifikasjonar vi har for tida | 0,33* | 1,16* | 2 |
| Vårt system for fordeling av pleiepersonell/pasientar fungerer godt med den typen pasientar vi har | 0,30* | 0,71* | 6 |
| Vaktturnusen ved posten fungerer godt | 0,27* | 0,57* | 10 |
| Samansetninga av forskjellige yrkesgrupper passer bra | 0,28* | 0,55* | 11 |
| Det er tilstrekkelig med fast pleiepersonell til å yte god sjukepleie til alle pasientane våre | 0,46* | 0,31* | 20 |
| <i>Domene: læringsmiljø</i> | | | |
| Avgjersler vert fatta demokratisk av sjukepleiarane på denne posten | 0,29* | 0,77* | 5 |
| Sjukepleiarane støttar kvarandre aktivt når nye idear prøvst ut | 0,47* | 0,48* | 14 |
| Sjukepleiarane blir oppmuntra til å realisere sine muligheiter | 0,25 | 0,32* | 20 |

TABELL 13.2. Assosiasjonar mellom spørsmål i ward organisational feature scales og sumskår for kvalitet på sjukepleie (n = 58)

| WOFS | Spearman's rank | SR-ratio | Rangering |
|--|-----------------|---------------|-----------|
| Sjukepleiarane oppsøker læringsmoglegheiter aktivt | 0,22 | 0,24* | 24 |
| Sjukepleiarane prøvar ut nye tilnærmingar til pleie | 0,28 | 0,22* | 25 |
| Sjukepleiarane blir oppmuntra til å bygge opp posten sine undervisningsressursar | 0,21 | 0,12* | 29 |
| <i>Domene: legesamarbeid</i> | | | |
| Legene samarbeidar med oss om måten vi organiserer sjukepleien på | 0,27* | 0,58* | 9 |
| Legestaben kan sjå på førehand når vi kjem til å trenge deira hjelp | 0,18 | 0,55* | 11 |
| Eg synest ikkje behandling og pleie blir diskutert tilstrekkeleg | -0,19 | -0,53* | 12 |
| Vi og legene har ei gjensidig forståing av våre respektive ansvarsområder (0,14) | 0,14 | 0,49* | 13 |
| Leger er vanlegvis villig til å ta omsyn til kva som passar for sjukepleietenesta når dei planlegg sitt arbeid | 0,18 | 0,41* | 18 |
| Legane ville stille seg positive til å samarbeide om nye metodar for pleie | 0,17* | 0,32* | 20 |
| Sjukepleiarane og legane har felles idear om korleis pasientar skal behandlast | 0,19 | 0,21* | 26 |
| Legane på denne posten spør vanlegvis ikkje om sjukepleiarane sine meiningar | -0,06 | -0,17* | 28 |
| Legene er opne for diskusjonar om sjukepleiefaglege tema | -0,01 | 0,03* | 31 |
| <i>Domene: pleiesamarbeid</i> | | | |
| Eg føler at pleiepersonellet ikkje kommuniserer så godt med kvarandre som de burde | -0,31* | -1,26* | 1 |
| Her er alt pleiepersonell med på å dra lasset | 0,34* | 0,83* | 4 |
| Pleiepersonellet her arbeider godt saman | 0,16 | 0,64* | 7 |
| Det er mye uro under overflata | -0,32* | -0,49* | 13 |
| Pleiepersonellet her viser kvarandre stor respekt | 0,23 | 0,47* | 15 |
| Pleiepersonellet kan være riktig ubehagelege mot kvarandre | -0,21 | -0,45* | 16 |

TABELL 13.2. Assosiasjonar mellom spørsmål i ward organisational feature scales og sumskår for kvalitet på sjukepleie (n = 58)

| WOFS | Spearman's rank | SR-ratio | Rangering |
|--|-----------------|---------------|-----------|
| Pleiepersonellet er alltid villige til å hjelpe kvarandre med å bli ferdige med jobben | 0,32* | 0,39* | 19 |
| Vi har stort sett dei same ideane om prioriteringar på denne posten | 0,30* | 0,30* | 21 |
| Pleiepersonellet her dannar klikkar | -0,09 | -0,28* | 23 |
| <i>Domene: jobbtilfredsheit</i> | | | |
| Denne jobben er ikkje kva eg hadde forventa | -0,30* | -0,86* | 3 |
| Ut frå det eg no veit, ville eg ha søkt på denne jobben igjen | 0,17 | 0,42* | 17 |
| Eg har ofte lyst til å slutte | -0,24 | -0,28* | 23 |
| Merknad: Statistisk signifikante funn er merka med *; for «Spearman's rank test» betyr dette ein p-verdi < 0,05, medan det for SR-ratio (selectivity ratio) betyr at konfidensintervallet viser at verdien er forskjellig frå null. Variablar med SR-ratio $\geq 0,5$ er merka med feit tekst for visuelt å få fram dei høgaste verdiane. | | | |

13.4 DISKUSJON OM FORHOLD SOM PREDIKERER KVALITET

I denne studien har vi vist ein ny metode som kan danne grunnlag for å jobbe med kvalitetsforbetring. Vi tok utgangspunkt i to spørjeskjema, der det eine beskriv ulike aspekt ved sjukepleiarar sitt arbeidsmiljø og det andre omhandlar kvalitet på sjukepleietenester. Ved å kople desse to skjema har ein funne at WOFS-domena «pleiesamarbeid», «personellorganisering» og «innreiing og utstyr» er dei viktigaste determinantane for kvalitet på sjukepleietenester.

13.4.1 PLEIESAMARBEID

I denne studien vart enkeltspørsmålet om kommunikasjon blant pleiepersonell rangert som nummer 1 (tabell 13.2), og var sterkast knytt til kvalitet på sjukepleietenester. Også andre enkeltspørsmål i kategorien pleiesamarbeid var viktige. Til dømes spørsmåla som omhandla i kva grad ein jobbar godt saman, og at det er samhald i utføringa av arbeidsoppgåvene, viste samanheng med kvalitet på sjukepleietenester. Det betyr at når dette fungerer godt, er det svært sannsynleg at det påverkar kvaliteten på arbeidet som vert utført. Dette samsvarar med funn i andre

studiar. Ifølgje Richardsen og Martinussen (2008) er sosial støtte ein viktig ressurs og er relatert til å bli engasjert i jobben. Dette vil medverke til at ein involverer seg djupare i arbeidet, og til at ein gjer ein god jobb. Sosial støtte er viktig som buffer for stressorar på jobb (Karasek og Theorell 1990). Ein kan då få råd eller rettleiing av kollega i vanskelege situasjonar. Dette er òg ein arena for læring (Karasek og Theorell 1990; Senge 2006). Nyutdanna kan lære av erfarne sjukepleiarar sin heilskaplege forståing. I tillegg kan dei erfarne bli utfordra på detaljnivå, som dei nyutdanna vil vere mest opptatt av (Andersen 2006). Eit godt samansett team spelar derfor ei stor rolle for korleis ein opplever kvardagen sin. Då kan ein dra nytte av kvarandre i krevjande situasjonar (Richardsen og Martinussen 2008).

Ei utsegn i studien omhandla i kva grad avgjersle vert fatta demokratisk. Kvaliteten på sjukepleietenester aukar dersom sjukepleiarar får delta i å ta demokratiske avgjersler. Høve til å bestemme over viktige aspekt ved jobben vert sett på som ein jobbressurs og er relatert til engasjement i jobben (Karasek og Theorell 1990; Richardsen og Martinussen 2008). Internkontroll og arbeidsmiljøundersøkingar vil då kunne vere kjelde til å oppdage område for kvalitetsforbetring. Viss personalet får vere delaktig i utforming av interne mål og delta i avgjersle, kan dette vere ei drivkraft til å få større oppslutning i å gjennomføre dei tiltaka som er nødvendige for å nå måla (Strand 2007).

13.4.2 PERSONELLORGANISERING

Domenet personellorganisering hadde flest enkeltspørsmål som hadde samanheng med kvalitet på sjukepleietenester. Viss ein ser på kvart av enkeltspørsmåla, syner det at systemet med fordeling av personell etter samansetning av kvalifikasjon, hadde betydeleg samanheng med kvalitet på sjukepleietenester. Deretter viste spørsmålet som omhandla systemet med fordeling av personell etter kva type pasient som var innlagt, betydeleg samanheng med kvalitet på sjukepleietenester. Dette samsvarar med Danielsen (2013), som finn at sjukepleiarar er opptatt av korleis teamet er sett saman fordi dei er avhengig av at arbeidsoppgåver vert fordelt etter kva den enkelte meistrar. For å få dette til, må ein kjenne kompetansen til deltakarane i teamet. Dette omhandlar både fagleg kompetanse og kor godt ein er kjend i organisasjonen, slik at ein kan finne fram og handle i kritiske situasjonar. Den samla kyndigheit hjå dei som er på jobb, må kunne møte krav til handling i løpet av vakta. Også i denne studien svarte sjukepleiarane at organiseringa av vaktturnusen er sterkt knytt til kvalitet på sjukepleietenester.

Finansielt press kan føre til at ein har mindre kapasitet på personell enn det som ein verkeleg treng. Dette kan igjen føre til at normer for kvalitet vert lågare (Norsk

Sykepleierforbund 2011; Senge 2006). Ifølgje notat ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Sjetne 2015) er det stor ulikheit i beskrivinga av organiseringa og kvaliteten mellom sjukehusa. Det er viktig å bruke kvalifisert personell på best mogeleg måte ettersom det vert knappheit på ressursar i framtida. Hovland mfl. (2015) seier at sjukepleiarar i kommunehelsetenesta har erfart at det er liten etterspørsel etter å gjere seg nytte av kompetansen dei har fått gjennom vidareutdanning, og sjukepleiarane visste lite om kva dei gjorde annleis i arbeidet med pasientar. Dei konkluderer med at det er kompetanse og ressursar i avdelinga som ikkje vert nytta fullt ut. Dette kan tyde på at bruk av ressursar og kompetanse kan vere forskjellig mellom sjukehusa, og frå kommunehelsetenesta til spesialisthelsetenesta. Det kan også bety at jo hyppigare ein kjem ut for kritiske situasjonar der ein jobbar tett saman, desto/dess meir avhengig vert ein av den samla ressursen i teamet.

Det var også funn i studien som omhandla forventningar til yrket og kvalitet på sjukepleietenesta til pasientar, der enkeltspørsmålet «Denne jobben er ikkje kva eg hadde forventa» vart rangert som nummer 3 (tabell 13.2). På det tidspunktet data vart samla inn, hadde 40,1 % av sjukepleiarane jobba to år eller mindre, og berre 20,7 % av alle sjukepleiarane jobba i heil stilling. Det vart ikkje kartlagt om sjukepleiarane jobba frivillig eller ufrivillig redusert stilling, men det kan tenkast at tilbod om stillingsprosent påverka forventningane til yrket. I tillegg kan det bli verre å rekruttere høgt kvalifisert personell dersom arbeidsgjevar berre tilbyr låg stillingsprosent (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Orvik (2015) nyttar omgrepet «realitetssjokk» når nyutdanna erfarer at dei ikkje kan praktisere det ein har lært, og som dei ønskjer å praktisere. Dette fører til spenning mellom faglege ideal og realiteten på arbeidsplassen. Dette kan føre til utmatting og kan få preg av krise. Heinen mfl. (2012) viser til ein tverrsnittobservasjonsstudie blant 23 159 sjukepleiarar i ti europeiske land, der i snitt 9 % av sjukepleiarane ønskte å slutte i yrket. Talet varierte frå 5 til 17 % mellom landa som var inkludert i studien. Dei fann at det var sju faktorar som var assosiert med ønskje om å forlate yrket, der den eine faktoren var å arbeide fulltid og den andre faktoren var å vere utbrend. Andre studiar syner at ein vert meir engasjert i jobben dess meir kompetanse og erfaring ein har (Richardsen og Martinussen 2008). I denne studien var det ingen korrelasjon med erfaring som sjukepleiar, stillingsstorleik og kvalitet. Det betyr at pleiarar vurderte kvaliteten på sjukepleietenesta på same måte, uavhengig av kor lenge ein har vore tilsett som sjukepleiar, eller i stillingsstorleik.

Heile 63,8 % av sjukepleiarane hadde tatt ei vidareutdanning. Det kan tyde på at mange har vore opptatt av å heve formalkompetansen sin. Hovland mfl. (2015) fann at fagutvikling hjå sjukepleiarar i kommunehelsetenesta ofte er opp til den

enkelte tilsette, og at det er lite kultur for kompetanseauke på arbeidsplassen. I deira studie fann dei at leiarar har lite fokus og kunnskap om forskning og oppdatert faglitteratur. Dette kan tyde på at det er variasjon frå arbeidsplass til arbeidsplass for kva kultur som er rådande, og kva fokus leiar har. Det kan også bety at pleiarar på sengepost på sjukehus har større behov for kompetanseheving gjennom formell utdanning. Hovland mfl. (2015) fann at det var lite aksept frå leiinga for å utvikle seg fagleg og søke forskning i arbeidstida. Sjølv om arbeidsgjevar har ansvar for at det er samsvar mellom bemanning og oppgåver, er det ikkje alle som følgjer gjeldande planar og lover (Norsk Sykepleierforbund 2011). I denne studien var det ingen korrelasjon mellom vidareutdanning og kvalitet på sjukepleietenester. Det betyr at pleiarar vurderte kvaliteten på sjukepleietenester på same måte, uavhengig av om ein har grunnutdanning eller har ein vidareutdanning.

13.4.3 INNREIING OG UTSTYR

Denne undersøkinga viste at innanfor variabelen innreiing og utstyr, var det enkeltspørsmålet: «innreiing og utstyr for pårørande sine behov» som var mest knytt til kvalitet på sjukepleietenester. Det var ikkje kartlagt konkret kva innreiing og utstyr det gjaldt. Ifølgje Helse Vest RHF (2014) skal avvik rapporterast i Synergi, men at det kan verke som at det er lite dokumentert kunnskap om feil ved utstyr eller bruken av dei. Kulturen for å melde ifrå om uønskte hendingar har vore varierende, og sjølv om personale melde ifrå om feil og manglar, har dette tidlegare blitt følgt dårleg opp (Norsk Sykepleierforbund 2011). Helse Førde har hatt melderutinar i fokus dei seinare åra, og jobbar no aktivt internt i organisasjonen og mellom kommunane, med å skape forbetring ved å lære av dei feil som er gjort (Helse Førde HF).

13.4.4 VURDERING AV ANDRE WOFSDOMENE

Aiken mfl. (2012) viser til at det er korrelasjon mellom arbeidsmiljø, inklusiv legesamarbeid, og kvalitet. I vår undersøking finn vi ikkje at kvalitet på sjukepleietenester har statistisk signifikans med fysisk planløsning, læringsmiljø, og berre i noko grad legesamarbeid. Desse funna samsvarar med Sjetne mfl. (2009) sine funn om at kvalitet i sjukepleie ikkje er relatert til ein bestemt organisasjonsmodell, men at kvalitet er meir knytt til lokale forhold. Det kan verke som om sjukepleiarane i denne undersøkinga skilde på kva kvalitet i sjukepleietenesta er. Skiljet gjekk på pasientar sine grunnleggande behov og andre sider ved jobben. Det betyr ikkje at til dømes legesamarbeid ikkje er viktig, men dei definerer kan-

skje kvalitet i pleie som noko som er heilt særlege for sjukepleiarar. Sjølv om det var eit lite utval, kan dette skiljet vere viktig å avklare i vidare forskning på sjukepleiarar si utøving av yrket og kvalitet i arbeidet. Dette gjeld også når ein skal vurdere kva type kvalitetsindikatorar ein vel å nytte i samband med forbetningsarbeid.

13.4.5 METODISKE AVGRENSNINGAR

Undersøkingar som vert gjort berre ein gong, kan ha uheldige konsekvensar. Personale kan føle at dei for ein gongs skuld får seie si meining, og «blåse ut» ekstra. Dette kan vere med på å heve eit konfliktnivå eller ei negativ oppleving (Norsk Sykepleierforbund 2011; Strand 2007). Det var ikkje lagt inn kontrollspørsmål angående dette. Det er derfor usikkert i kor stor grad personalet var påverka av konflikter eller organisatoriske endringar. Det er likevel ei kjend sak at omorganisering og endringar i sjukehusstruktur har prega fylket og Noreg gjennom fleire år. Det er derfor kanskje viktigast at kvar arbeidsstad kartlegg regelmessig, slik at ein har interne resultat som ein kan samanlikne med. Det vil då også vere lettare å avgjere kva som er eit «godt nok» resultat, og kva ein skal ha fokus på vidare.

Tillit til leiinga og til den som er ansvarleg for gjennomføring av undersøkinga, kan påverke opplevinga av intensjonen bak ei kartlegging (Orvik 2015). Førsteforfattar av artikkelen var tilsett som fagutviklingssjukepleiar ved eine avdelinga, og samstundes ansvarleg for innsamling av data. Dette kravde at pleiarane hadde tillit til at datainnsamlar heldt ord om å ikkje identifisere enkeltpersonar ved hjelp av koplingsnøkkel. Ettersom det var frivillig å delta og svarprosenten var 70,7 %, kan det tolkast til at respondentane stolte på gjennomføringa.

13.5 KONKLUSJON

13.5.1 IMPLIKASJONAR FOR PRAKSIS

I kva grad sjukepleiarar sitt arbeidsmiljø på den enkelte avdeling er tilfredsstillande, påverkar sjukepleietenestene til pasientar. Funna frå denne studien kan tyde på at ei verksemd kan utføre systematisk arbeid med kvalitet som resulterer i at ein har oversikt over område for forbetningsarbeid. For den enkelte avdeling kan det vere viktig at leiinga har ein plan for å gjenta same undersøking med jamne tidsintervall for å overvake utviklinga over tid.

Det kan vere problematisk å ha regelmessig kartlegging av kvalitet på sjukepleietenesta dersom leiar eller andre har manglande kunnskap om å jobbe med forskingsbasert tilnærming. I tillegg vil det vere ressurskrevjande. På ei anna side kan

regelmessig fokus på kvalitetsarbeid auke motivasjonen hjå dei tilsette til å jobbe med forbetningsarbeid. Personalet får vere delaktig i utforming av interne mål og delta i avgjersle som er basert på funn frå eigen arbeidsstad, noko som vi her har vist kan auke kvaliteten på sjukepleietenesta. Dette kan gje større oppslutning til å gjennomføre tiltak knytt til fagutviklingsprosjekt.

13.5.2 FORSLAG TIL VIDARE FORSKING OG FAGUTVIKLING

Når vi no har vist ein ny metode som kan gje opplysningar som ein kan nytte for å forbetre kvalitet ved norske medisinske sengepostar, vil det vere viktig å følgje med på korleis endringar i organiseringa av helsesektoren vil påverke kvaliteten på tenestene som vert tilbydd, og korleis ein nyttar kvalifisert personell framover. Knappheit på ressursar i framtida kan påverke fordeling av personell etter kva type pasient som er innlagt. Undersøkingar som denne vil derfor vere interessante, slik at ein kan følgje med på endringar over tid. Ein bør få meir dokumentert kunnskap om konsekvensar av feil ved utstyr eller bruken av dei. Forståing av avviksomgrepet, kulturen for å melde ifrå om uønskte hendingar og korleis dette vert følgt opp i helsevesenet, bør overvakast slik at det ikkje vert underrapportering.

TAKK

Førsteforfattar vil takke Høgskulen i Sogn og Fjordane, Helse Førde og Norsk Sykepleierforbund for økonomisk støtte som gjorde datasamling, analysearbeid og skriving av artikkelen mogeleg.

LITTERATUR

- Adams, A., Bond, S. og Arber, S. (1995). Development and validation of scales to measure organisational features of acute hospital wards. *Int J Nurs Stud.* 32(6), 612–627.
- Aiken, H.L., Cimiotti, P.J., Sloane, M.D., Smith, L.H., Flynn, F.L. og Neff, F.D. (2011). Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Medical Care*, 49(12), 1047–1053.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T. og Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*, 38(5), 223–229.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. og Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993.
- Aiken, L.H., Sermeus, W., van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T.,

- Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I.S., Smith, H.L. og Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., van den Heede, K. og Sermeus, W. (2012). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143–153.
- Andersen, I.A. (2006). *Læring, kompetanseheving og personleg meistring: erfarne sjukepleiarar sin kvardag*. Sogndal: Høgskulen i Sogn og Fjordane. Avdeling for økonomi og språk.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Danielsen, I.J. (2013). *Handlingsrommets evidens: om praktisk kunnskap i nyfødteintensivsykepleien*. Bodø: Universitetet i Nordland.
- Friese, C.R., Lake, E.T., Aiken, L.H., Silber, J.H. og Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Serv Res*, 43(4), 1145–1163.
- Heinen, M.M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Sjetne, I.S., Moreno Casbas, T., Ball, J. og Schoonhoven, L. (2012). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 174–184.
- Helse Førde HF. (2014, 12.11). Informasjon om avvik – uønska hendingar. Henta 13.01.2015, frå <http://www.helse-forde.no/no/FagOgSamarbeid/samhandling/Sider/Informasjon-om-avvik.aspx>.
- Helse Vest RHF. (2014). Anskaffing og vedlikehald av medisinsk-teknisk utstyr (MTU). [http://www.helse-vest.no/no/OmOss/Rapportar/internrevisjon/Documents/HVIR%202014%20Anskaffing%20og%20vedlikehald%20av%20medisinsk-teknisk%20utstyr%20\(MTU\).pdf](http://www.helse-vest.no/no/OmOss/Rapportar/internrevisjon/Documents/HVIR%202014%20Anskaffing%20og%20vedlikehald%20av%20medisinsk-teknisk%20utstyr%20(MTU).pdf).
- Hovland, G., Kyrkjebø, D. og Råholm, M.-B. (2015). Sjukepleiaren si kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta; samspel mellom utdanningsinstitusjon og arbeidsplass. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(1), 4–19.
- Kane, R.L., Shamliyan, T.A., Mueller, C., Duval, S. og Wilt, T.J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Med Care*, 45(12), 1195–1204.
- Karasek, R. og Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kutney-Lee, A., McHugh, M.D., Sloane, D.M., Cimiotti, J.P., Flynn, L., Neff, D.F. og Aiken, L.H. (2009). Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Aff*, 28(4), 669–677.
- Meld. St. 16 (2011–2015). (2011). *Helse- og Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011–2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 10 (2012–2013). (2012). *God kvalitet – trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mwachofi, A., Walston, S.L. og Al-Omar, B.A. (2011). Factors affecting nurses' perceptions of patient safety. *Int J Health Care Qual Assur*, 24(4), 274–283.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). Politisk uttalelse fra Landsmøtet 2011: Seriose arbeidsgivere følger loven. Henta 25.06.2012 frå <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-nyhet/768008/Politisk-uttalelse-fra-Landsmotet:-Seriose-arbeidsgivere-folger-loven>.

- Norsk Sykepleierforbund (dato). Generell artikkel om arbeidsmiljø i helsetjenesten. Henta 08.09.2015 frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/113675/17073/Generell-artikkel-om-arbeidsmiljo-i-helsetjenesten>.
- NOU 2010: 13. *Arbeid for helse: Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Richardsen, A.M. og Martinussen, M. (2008). Hva skal til for å øke arbeidsglede og motivasjon? En undersøkelse av jobbengasjement i helse- og omsorgsyrker. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(3), 249–257.
- Senge, P.M. (2006). *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Currency/Doubleday.
- Sjetne, I.S. (17.06.2015). Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus. Resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009. Henta 20.10.2011 frå <http://www.kunnskaps-senteret.no/publikasjoner/hverdagsbeskrivelser-fra-norske-sykehus-resultater-etter-en-landsomfattende-undersokelse-blant-sykepleiere-i-2009>.
- Sjetne, I.S. og Stavem, K. (2006). Properties of a Norwegian version of the Ward Organisational Features Scales. *Scand J Caring Sci*, 20(4), 455–461.
- Sjetne, I. S., Veenstra, M., Ellefsen, B. og Stavem, K. (2009). Service quality in hospital wards with different nursing organization: nurses' ratings. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 325–336.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.