



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgåve

Fagartikkel

Sjukepleieorganisering og pasientsikkerheit

Models of care and patient safety

Innleveringsdato: 24.mai 2018

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10206

Antall ord: 4397

Samandrag

Innleiing Sjukepleieorganiseringa på ei avdeling vil påverke pasientsikkerheita. Det at sjukepleiarar kjenner pasientane sine er viktig for pasientsikkerheit og for individualisert omsorg. Hensikten med artikkelen er å undersøke kva for ei sjukepleieorganisering som gir best pasientsikkerheit av gruppesjukepleie og pasientnær sjukepleie, med særleg vekt på kor godt sjukepleiarar vert kjent med pasientane sine.

Metode: Spørjeundersøking om sjukepleiarane sitt perspektiv på pasientsikkerheit og arbeidsmiljø. Tre avdelingar deltok, totalt 51 respondentar. Resultata frå undersøkinga er sett på i samanheng med eit litteraturstudium av forskning på sjukepleieorganisering og det å kjenne pasienten.

Resultat: Samanlagt opplever sjukepleiarane at dei vert betre kjend med pasienten ved pasientnær sjukepleie, samt at dei er meir nøgd med den forma for sjukepleieorganisering. Få av dei som har gruppesjukepleie på avdelinga har erfaring frå pasientnær sjukepleie. Dei med gruppesjukepleie på avdelinga opplev å verte like godt kjend med pasientane sine ved gruppesjukepleie, som dei med pasientnær sjukepleie på avdelinga gjer ved pasientnær sjukepleie. Det same gjelder kor nøgd dei er med si sjukepleieorganisering. Dei med pasientnær sjukepleie på avdelinga opplever derimot å verte mindre kjend med pasientane sine ved gruppesjukepleie og er mindre nøgd med den forma for sjukepleieorganisering.

Konklusjon: Verken forskning eller undersøkinga gir eit tydeleg svar på kva for ei sjukepleieorganisering som er best for pasientsikkerheit. Det kan derimot sjå ut som om byte av sjukepleieorganisering har positiv effekt på pasientsikkerheit. Det er viktig å vurdere kvaliteten på eigen form for sjukepleieorganisering.

Nøkkelord: å kjenne pasienten, pasientsikkerheit, sjukepleieorganisering, organiseringsform, pasientnær sjukepleie, gruppesjukepleie

Abstract

Introduction: The Model of Care on a hospital ward can affect patient safety. Knowing the patient is important for patient safety and individual care. The aim with this article is to examine whether Team Nursing Care Delivery Model or Total Patient Care Delivery Model provides the best patient safety, with particular emphasis on knowing the patient.

Method: A survey about nurses perspective on patient safety and work environment. Three participating wards, a total of 51 respondents. The results for the survey is viewed in the context of a literature review of researches about Models of Care and knowing the patient.

Results: The experience of the total group of nurses, is that Total Patient Care is better for knowing the patient, and they are most pleased with that Model of Care. Few nurses from the ward with Team Nursing Care have experience from Total Patient Care. The experience of knowing the patient under Team Nursing Care, for the nurses with Team Nursing Care at the ward, is about the same experience as the nurses from wards with Total Patient Care experience with Total Patient Care. That transmit to how pleased they are with the Model of Care. On the other hand, the nurses from wards with Total Patient Care that have experience from Team Nursing Care, do experience that knowing the patient is harder with Team Nursing Care. They're also less pleased with that Model of Care.

Conclusion: Neither research or the survey gives a clear answer to which Model of Care that provides the best patient safety. On the other hand it may look like a change in Model of Care can provide a positive effect on patient safety. It is important to consider the quality of the Model of Care on a ward.

Keywords: knowing the patient, Patient Safety, model of care, Nursing Care Delivery Systems, Total Patient Care Nursing, Team Nursing,

Innleiing

God sjukepleie handlar om meir enn det gode stellet, forsvarleg medikament handtering og det kliniske blikket. Som fersk sjukepleiestudent er det kanskje dette ein ser fram til å lære, men som nyutdanna vil ein oppleve at yrkeslivet inneber meir enn det. Det er nemleg avgjerande for kvalitet i helsevesenet at ein i tillegg til det kliniske, har kunnskap og innsikt i det organisatoriske (1). Avdelinga ein seinare skal jobbe ved, er forma av organisatoriske forhold. Organisasjonsform påverkar pasientsikkerheit og kvaliteten på omsorg gjennom rammer, koordinering og arbeidsfordeling (1). Ulike avdelingar har ulike måtar å organisere sjukepleiargruppa på i løpet av ei vakt og sjukepleieorganiseringa vil påverke kvaliteten på sjukepleie. Ei studie frå ein ortopedisk kirurgisk avdeling (2) viste at dei fleste komplikasjonane som oppstod etter eit inngrep, skjedde utanfor og uavhengig av sjølve inngrepet og anestesian. Dei fleste av komplikasjonane kunne ha vorte avverja på avdelinga der pasienten var pre- og postoperativt. Organisering og system spelte ei rolle i det. Arbeidsmiljø, kvalitet på sjukepleieleiing og samarbeid med andre arbeidsgrupper har ein samanheng med korleis opphaldet på sjukehuset vert for pasienten og pasientsikkerheita vert påverka (3). For å få færre komplikasjonar, må organiseringa der pasienten er pre- og postoperativt, verte forbetra (2). Sjukepleie omhandlar altså ikkje berre det kliniske som ein sjukepleiar gjer i møte med pasientane, men òg korleis sjukepleiargruppa er organisert.

På ei kirurgisk avdeling ved St. Olavs Hospital endra dei sjukepleieorganisering for litt over eit år sidan. For å sjå om endringa var til forbetring, vart bachelorstudentar ved sjukepleiestudiet førespurt om dei kunne undersøke kva for ei sjukepleieorganisering sjukepleiarane føretrakk: gruppesjukepleie eller pasientnær sjukepleie. Det gav grunnlag for ei spørjeundersøking om erfaringane og tankane sjukepleiarar har med gruppesjukepleie og pasientnær sjukepleie (vedlegg 1).

Definering av formar for sjukepleieorganisering

Sjukepleieorganisering kan variere frå avdeling til avdeling (4). Dermed er det ikkje enkelt å finne ein generell definisjon på kva gruppesjukepleie og pasientnær sjukepleie er. I eit review om ulike sjukepleieorganiseringar er gruppesjukepleie (Team Nursing Care Delivery Model) beskrive på følgjande måte: «The model uses a group of healthcare workers with diversity in education, skills/abilities, and licensure [...] The focus is to work collaboratively and cooperatively with shared responsibility, and to some extent accountability, for assessment, planning, delivery, and evaluation of patient care.» (5) Pasientnær sjukepleie (Total Patient

Care Delivery Model) er beskrevet slik: «In this delivery system, one nurse assumes responsibility for the complete care of a group of patients on a 1:1 basis, providing total patient care during her or his shift.» (5)

Sjukepleieorganisering og betydninga for pasientsikkerheit

Sjukepleieorganiseringa på ei avdeling, mangelfull så vel som velfungerande, er ein essensiell del av kvalitet på omsorg og tenester. Det å finne ei sjukepleieorganisering som passar inn i samtida, er ei vedvarande utfordring (6). Fleire studiar gir støtte for at primærsjukepleie er den beste forma for sjukepleieorganisering i det 21. århundre (6,7). Denne artikkelen skal derimot sjå på kva som er til fordel for pasientsikkerheit av gruppesjukepleie og pasientnær sjukepleie.

Når det kjem til forskning på sjukepleieorganisering, er det avgrensa mengder og det meste er frå USA og Australia. Samstundes omhandlar forskinga hovudsakleg kostnadseffektivitet og jobbtilfredsheit, mindre om pasientsikkerheit (4). Korleis arbeidsmiljøet til sjukepleiarane er, har truleg ein samanheng med pasientsikkerheit (3) og ei studie viste at jobbtilfredsheit auka på avdelingar der dei gjekk frå pasientnær sjukepleie til gruppesjukepleie (8), mens i ei anna studie var jobbtilfredsheit den same før og etter endring frå gruppesjukepleie til pasientnær sjukepleie (9).

Gruppesjukepleie og pasientnær sjukepleie har manglar og fordelar og begge kan verte forbunde med god kvalitet. Pasientnær sjukepleie vert forbunde med høgare kvalitet direkte samanlikna med gruppesjukepleie, men gruppesjukepleie vart i fleire studiar sett på som ei sjukepleieorganisering som gir lik kvalitet som primærsjukepleie. Det er den forma for organisering som generelt verdsettast å ha best kvalitet, betre enn pasientnær sjukepleie (5).

Spesialiserte avdelingar er ulike og helsevesen i ulike land er forskjellige frå kvarandre. Det gjer at den sjukepleieorganiseringa som fungerer godt ein stad, ikkje nødvendigvis er best for alle avdelingar (7). Sjukepleieorganiseringa må kunne formast og tilpassast ei avdeling for å kunne fungere godt i eit moderne sjukehus (7). Det å la sjukepleiarar ved avdelinga få vere med i utviklinga av sjukepleieorganiseringa bidrar til empowerment (10) og det å få påverke korleis avdelinga best mogleg kan organiserast, har vist å gi positive resultat med tanke på pasientsikkerheit (11).

Funna i ei omfattande studie på 11 sjukehus i Canada tyder på at det er ei samanheng mellom sjukepleieorganisering og pasientsikkerheit, som at sjukepleieorganisering der det hovudsakleg er sjukepleiarar i pleiearbeid, er betre for pasientsikkerheita enn ved ei meir

varierte arbeidsgruppe (12). Det er gjort fleire studiar i forbindelse med byte av sjukepleieorganisering på dialyseavdelingar som viser at pasientsikkerheita vert påverka. Jensen, Ocampo og Josep (13) fann at sjukepleiarane raskare oppdaga feil etter byte til ei form for sjukepleieorganisering som liknar mest på pasientnær sjukepleie. Zimbudzi (14) fann at kliniske feil vart redusert med 50% ved byte til gruppesjukepleie. Harwood et al. (10) fann at byte av sjukepleieorganisering, til ei som liknar mest på pasientnær sjukepleie, hadde positiv verknad på pasientutfall.

Harwood et al. (10) fann òg at den nye måten å organisere, gav sjukepleiarane betre moglegheit til å verte godt kjend med pasientane sine. Gullick, Sheperd og Ronald (15) fann det som eit av kjenneteikna på pasientnær sjukepleie i si studie av 20 avdelingar i Australia. Der meinte 78 % av sjukepleiarane at pasientnær sjukepleie er den beste forma for sjukepleieorganisering og omtrent alle meinte at den gir best moglegheit for kontinuitet i omsorg. Det å vere gruppeleiar ved gruppesjukepleie kan derimot føre til ansvar og arbeidsoppgåver som gjer at ein får lite tid til pasienten (15). Pasientnær sjukepleie har òg vist å gi samspel med pasientane eit sterkare fokus enn ved gruppesjukepleie (9).

Kvaliteten på gruppesjukepleie avhenger av kunnskap og erfaringa åt gruppeleiarane (7). Gullick et al. (15) fann at gruppesjukepleie gir moglegheit til å utnytte seg betre av sjukepleiegruppa si totale kunnskap og erfaring. Av respondentane meinte 59 % at gruppesjukepleie lettar ei fysisk bær (15).

Pasientnær sjukepleie kan auke effektiviteten på ei avdeling (9), men når sjukepleiargruppa ved gruppesjukepleie jobbar effektivt og har eit godt samarbeid, vert pasientsikkerheita betra ved gruppesjukepleie (16). Effektiviteten til gruppa vil påverkast av bemanning og dermed svekkjast ved underbemanning (5). Sjukepleieteoretikar Virginia Henderson (17) var kritisk til endring av sjukepleieorganisering for å auke effektivitet, då det kan endre fokus frå pasienten til oppgåver og sjukdom. Ho meinte at om sjukepleieorganiseringa legg til rette for ein-til-ein relasjonar mellom sjukepleiar og pasient, vil omsorg i større grad vere basert på det menneskelege aspektet og ikkje det mekaniske og tekniske. Ho trakk fram at avgjerder rundt pasientomsorg bør vere basert på at ein kjenner pasienten og ikkje tas av nokon på eit kontor, åtskilt frå pasienten (17).

Å kjenne pasienten

Nokre av spørsmåla i spørjeskjemaet under kategorien pasientsikkerheit omhandla det å kjenne pasienten. Å verte kjend med pasientane sine, er ein del av sjukepleie som i fleire

studiar og review omtalast som «knowing the patient». I «An Integrative Review of Knowing the Patient» av Zolnierek (18), vert begrepet å kjenne pasienten karakterisert ut frå det moderne sjukepleielitteratur frå 1996 til 2013 seier om temaet. Å kjenne pasienten er ikkje hovudtemaet i 16 av dei 21 studiane, men det dukka systematisk opp som ein kritisk bestanddel av sjukepleiepraksis. Det viser seg å vere tydingsfult på tvers av områder for praksis, kulturar (amerikansk, europeisk, asiatiske) og pasientbehov. Funna i studiane viser at det å kjenne pasienten er essensielt i sjukepleie og ein sentral del av omsorg (18).

Eit review frå 2017 ser på kva for måtar sjukepleiarar oppdagar og regarar på forverringar hos pasientane sine. Det å kjenne pasienten er eit av fire tema som sjukepleiarane meinte er nøklar til å oppdage pasientforverring. Det gir moglegheit til å oppdage sjølv små endringar i pasientbildet og tidleg kunne reagere med intervensjonar. Å ikkje kjenne pasienten skapar derimot ei barriere (19). Å kjenne pasienten er òg eit at hovedfunna i eit review frå 2016 som ser på korleis sjukepleiarar er ein del av det å rette opp i medisinske feil. Det vert bekrefta at sjukepleiarar spiller ei uvurderleg rolle for pasientsikkerheit, til tross for at denne rolla kan vere lite synleg. Det å kjenne pasienten, miljøet og pleieplanen er essensielt (20).

For å verte kjend med ein pasient må sjukepleiaren tileigne seg kunnskap og informasjon om pasienten gjennom verbal interaksjon med pasienten og familien hans (21), ved å vere fysisk til stades, observere, sanse og tenke (18), gjennom det som er dokumentert om pasienten (21), ved bruk av kunnskap, si ekspertise og emne til å omsetje informasjon til noko av betydning (18). For å kunne kjenne heile pasienten, trengs både klinisk og personleg informasjon. Klinisk informasjon omhandlar karakteristikkar som alder, vekt, allergiar, diagnosar og sjukehistorie, samt psykiske og fysiske undersøkingar, det som er gjort og planen vidare. Klinisk informasjonen er å kjenne til den noverande kliniske tilstanden, samt trendar og mønster i tilstanden åt pasienten. Å kjenne pasienten klinisk, gir sjukepleiaren moglegheit til å oppdage behov for endring i behandlingsplan. Personleg informasjon gir sjukepleiaren moglegheit til å kjenne pasienten utover sjukdomsbilete (21). Det inneber å forstå og kjenne til pasienten sine personlege reaksjonar (18), samt oppførsel, tidsplanar og preferansar både heime og under opphaldet på sjukehuset. Ved å kjenne til korleis pasienten er og kva pasienten er i stand til å utføre, får sjukepleiaren eit betre utgangspunkt for å vurdere omsorgsbehovet (21). Saman, vil klinisk og personleg informasjon gi moglegheit for individualisert og personleg omsorg basert på individuelle behov og ønska til den enkelte pasienten (18,21). Å kjenne pasienten har tyding for korleis sjukepleiarar gir omsorg til sine pasientar. Det er med på å sikre kvalitet, førebyggje uønska hendingar og er viktig for

pasientsikkerheita. Sjukepleiaren får betre dømekraft og forståing ved val av handlingar og intervensjonar (18).

På denne bakgrunn vil følgjande problemstilling undersøkast: «Kva form for sjukepleieorganisering er mest hensiktsmessig med tanke på pasientsikkerheit?» I denne artikkelen er det å kjenne pasienten vektlagt med tanke på pasientsikkerheit.

Metode

Denne artikkelen er basert på ei spørjeundersøking og ei litteraturstudie.

Spørjeundersøking

Resultata i denne artikkelen omhandlar delar av ei kvantitativ spørjeundersøking som fire bachelorstudentar ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), utforma i forbindelse med eit samarbeid med Fremtidens Operasjonsrom (FOR) og ei avdeling på St. Olav Hospital. Hensikta med undersøkinga var å undersøke sjukepleiarar på kirurgiske avdelingar si oppleving av gruppesjukepleie og pasientnær sjukepleie.

Undersøkinga vart utført ved hjelp av eit strukturert spørjeskjema med klare svaralternativ og sjølvrapportering (vedlegg 1). Det gir informasjon om respondentane sine haldningar og den kvantitative metoden gir data i form av målbare einingar (22). Spørjekjemaet starta med informasjon om undersøkinga og anonymisering, beskriving av gruppesjukepleie og pasientnær sjukepleie og bakgrunnsspørsmål for å samle inn bakgrunnsvariablar (sjå tabell 1). Spørsmåla er formulert for å få fram opplevingar og tankar rundt pasientsikkerheit og sjukepleiarane si trivsel, med graderte svarmoglegheiter utan eit nøytralt midtpunkt. Dette for å tvinge respondentane over på positiv eller negativ side. Kvart spørsmål har tre koloner: Pasientnær sjukepleie; Gruppesjukepleie, som gruppeleiar; Gruppesjukepleie, som gruppelem. Sjukepleiarane svara i kolona for sjukepleieorganiseringa på si avdeling, samt at dei som hadde erfaring frå den andre forma, kunne svare i alle kolonene. Gruppesjukepleie har to underkategoriar som opnar for ulik oppleving av same spørsmålet avhengig av om ein er gruppeleiar eller ikkje. Spørjeskjemaet og ein prosjektprotokoll (vedlegg 2) er vurdert og godkjend av fagrådet i FOR. Datasamling er godkjend av Norsk senter for forskningsdata (NSD), 58522.

Tre avdelingar var med i undersøkinga i mars 2018. To av dei har pasientnær sjukepleie der den eine byta sjukepleieorganisering frå gruppesjukepleie til pasientnær sjukepleie omtrent eit år før undersøkinga. For å få med opplevingar frå sjukepleiarar som har gruppesjukepleie på noverande tidspunkt, vart ei tredje avdeling med gruppesjukepleie førespurt om deltaking. Sjukepleiarane vart munnleg informert om hensikt med og innhald i undersøkinga, samt anonymitet. Spørjeskjemaet vart lagt tilgjengeleg på rapport-/pauserom og sjukepleiarane vart oppfordra til å delta. Totalt er det 82 sjukepleiarar på avdelingane. Etter at spørjeskjemaet hadde vore på avdelingane i to veker var svarprosenten 42,7 %. For å få opp svarprosenten

fekk kvar avdeling påskeegg og kort med takk for deltakelsen, samt påminning om å svare på spørjeskjemaet. Etter den siste veka vart svarprosenten 62,2 %, totalt 51 respondentar (n).

Analyse av materialet

Svara er analysert ved hjelp av Microsoft Excel. Aktuelle spørsmål er framstilt i tabellar og sektordiagram for å sjå etter eventuelle skilnader mellom formane for sjukepleieorganisering. Omtrent like mange har svara i dei tre ulike kategoriane (sjå «n» figur 1-3). Det er òg framstilt egne tabellar og sektordiagram med svara frå berre dei som har gruppesjukepleie på avdelinga og berre dei som har pasientnær sjukepleie på avdelinga. Det er mogleg å samanlikne kva dei svara under kategorien gruppesjukepleie i spørjeskjemaet, då omtrent like mange frå begge organiseringsformane har svara (sjå «n» figur 1-3). Dette for å sjå om svara er påverka av kva for ei sjukepleieorganisering avdelinga ein jobbar på har.

Litteraturstudie

For å finne litteratur og forskning om sjukepleieorganisering og det å kjenne pasienten, vart det gjennomført systematiske litteratursøk i databasane Cinahl, Medline og SveMed (vedlegg 3). Inkluderte litteratur er presentert i innleiinga.

Metodekritikk

Det er uvisst om dei tre avdelingane kan representere ei generell avdeling og kor samanliknbare dei er, då gjennomsnittleg liggedøgn og fagfelt er ulikt, samt at tal på respondentar er lite. Ein forfattar si førforsåting kan påverke ei undersøking (22), derfor har eg vore bevisst mi førforståing i utforming av spørjeskjema og tolking av data. Det er avgrensa mengder forskning på sjukepleieorganisering i forbindelse med pasientsikkerheit og det er ikkje funne forskning frå Noreg på det temaet. Forskinga si relevans er dermed usikker, då skilnader mellom helsevesen i ulike land kan gjere at det som fungerer ein stad ikkje nødvendigvis fungerer godt ein anna stad (7). Det er ikkje funne forskning frå Noreg om det å kjenne pasienten, men resultat frå forskning viser seg å vere relativt likt på tvers av kulturar (18).

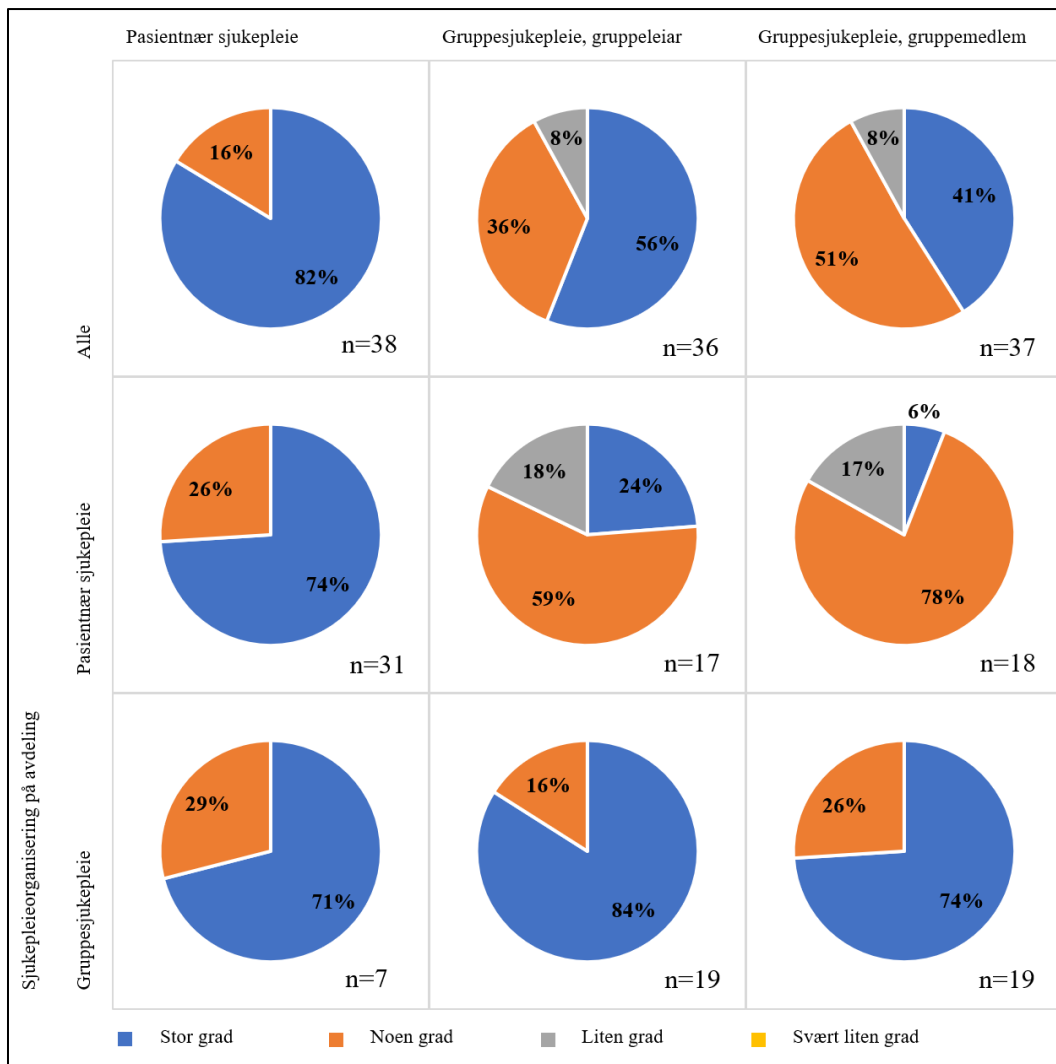
Resultat

Bakgrunnsinformasjonen i undersøkinga viser at dei fleste av respondentane jobbar i 80-100 % stilling og at alder er sprett. Når det kjem til arbeidserfaring har om lag halvparten jobba i over 10 år og berre ein åttandedel har under eitt år med erfaring.

Tabell 1. Bakgrunnsinformasjon

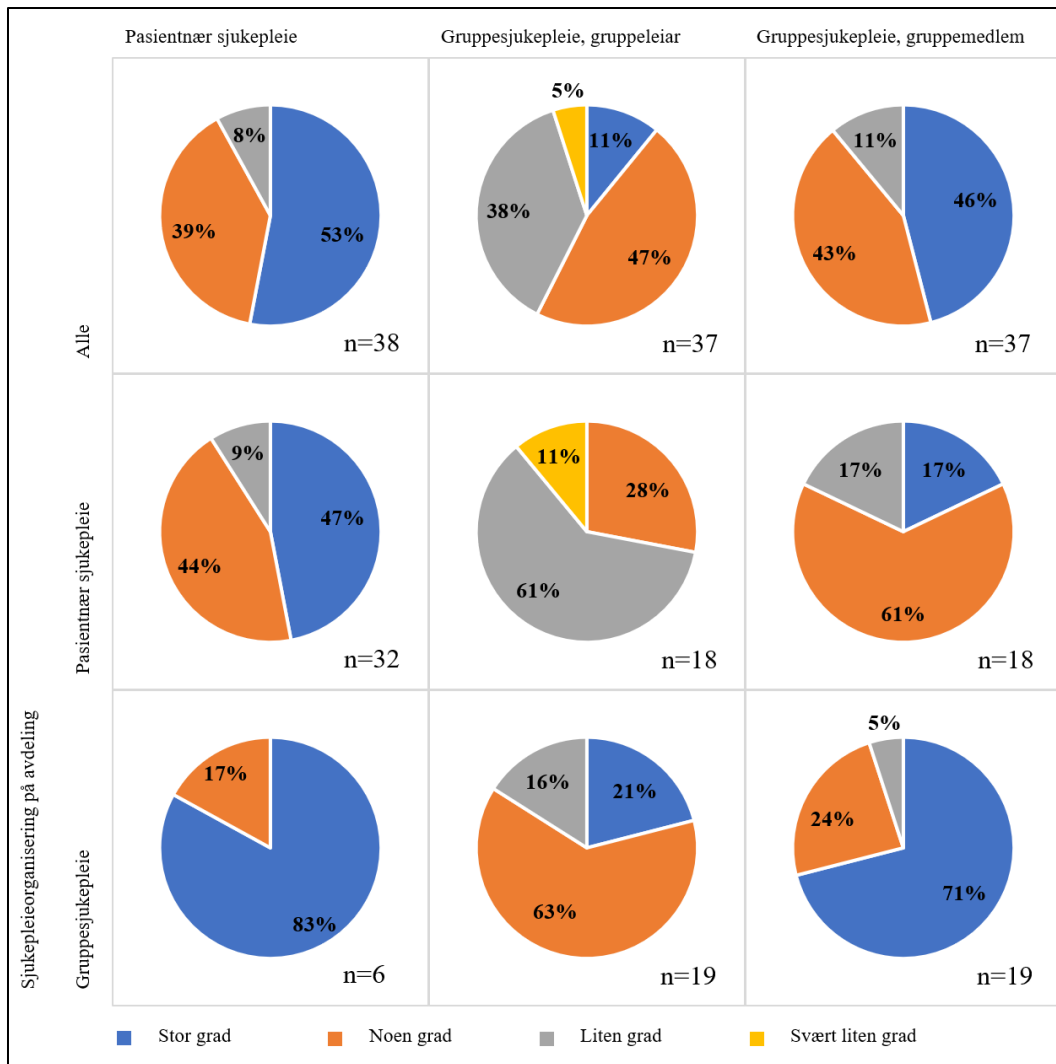
		n=51	
Sjukepleieorganisering	Gruppesjukepleie	19	37 %
	Pasientnær sjukepleie	32	63 %
Erfaring frå anna sjukepleieorganisering (fleire svar mogleg)	Ja, frå same avdeling	17	33 %
	Ja, frå ei anna avdeling	16	31 %
	Nei	19	37 %
Stillingsprosent (6 stk svarte ikkje)	30-59 %	6	12 %
	60-79%	7	14 %
	80-100 %	32	63 %
Alder	Under 25 år	13	25 %
	26-30 år	14	27 %
	31-45 år	8	16 %
	46-60 år	12	24 %
	Over 60 år	4	8 %
Arbeidserfaring som sjukepleiar	Under 1 år	6	12 %
	1-3 år	14	27 %
	4-6 år	6	12 %
	7-10 år	2	4 %
	Over 10 år	23	45 %

Figur 1. Kor godt opplever du å verte kjend med dine pasientar si sjukehistorie (medisinsk, diagnose, operasjonsforløp)?



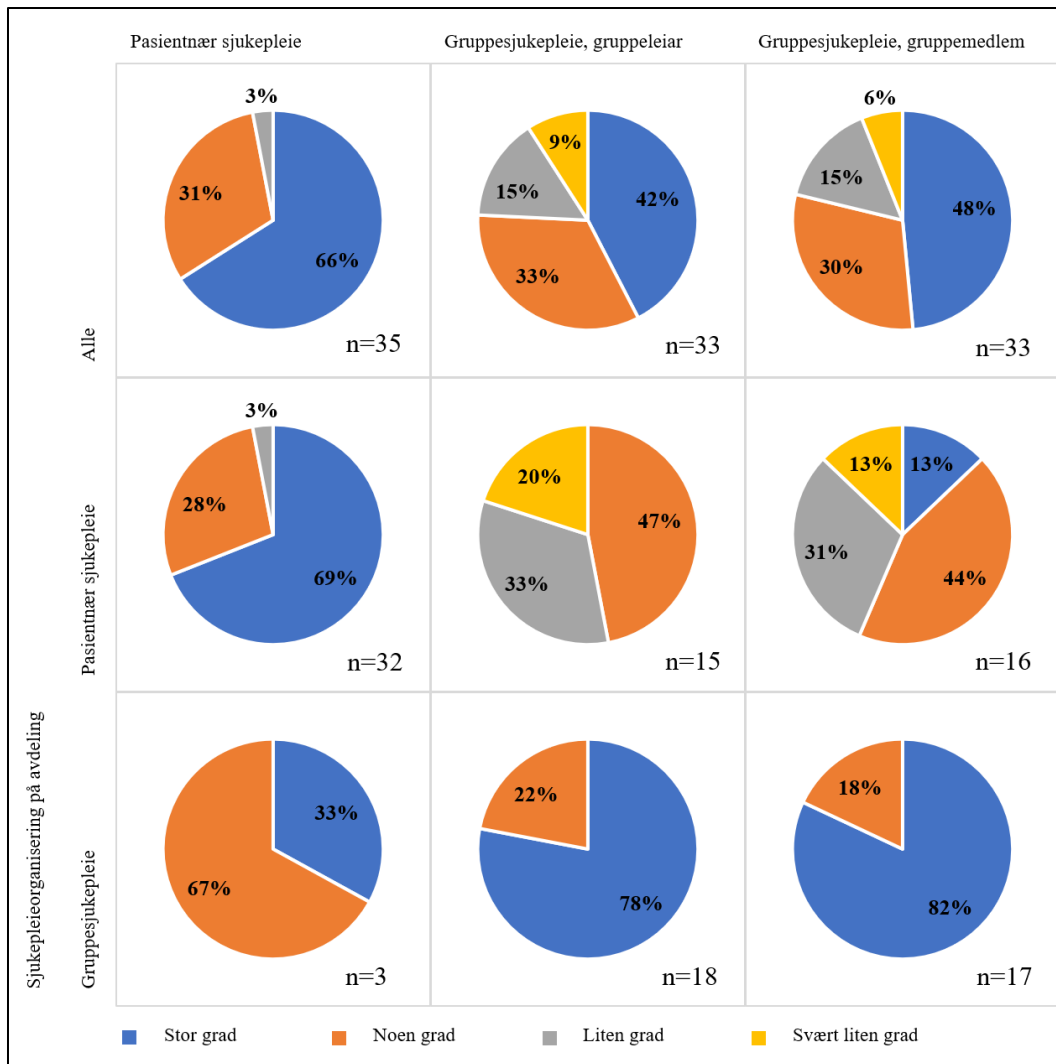
Det er 82 % av sjukepleiarane i undersøkinga som svara at dei i stor grad vert kjend med pasientane si sjukehistorie ved pasientnær sjukepleie, mens berre 41-56 % svara i stor grad ved gruppesjukepleie. Av dei som har pasientnær sjukepleie på avdelinga svara 74 % i stor grad ved pasientnær sjukepleie og berre 6-24 % ved gruppesjukepleie. Av dei som har gruppesjukepleie på avdelinga svara 74-84 % i stor grad ved gruppesjukepleie (figur 1).

Figur 2. Kor godt opplever du å verte kjend med pasienten personleg?



Av alle sjukepleiarane svara 53 % at dei i stor grad vert kjend med pasientane personleg ved pasientnær sjukepleie. Ved gruppesjukepleie svara berre 11 % i stor grad som gruppeleiar, mens 46 % svara i stor grad som gruppemedlem. Av dei som har pasientnær sjukepleie svara 47 % i stor grad ved pasientnær sjukepleie, i motsetning til ingen som gruppeleiar og 17 % som gruppemedlem ved gruppesjukepleie. Av dei som har gruppesjukepleie svara berre 21 % i stor grad som gruppeleiar, men heile 71 % som gruppemedlem (figur 2).

Figur 3. Er du nøgd med organiseringa av sjukepleie på di avdeling?



Det er 66 % av alle sjukepleiarane som i stor grad er nøgd med pasientnær sjukepleie som organisering, i motsetning til 42-48 % med gruppesjukepleie. Av dei som har pasientnær sjukepleie på avdelinga er 69 % i stor grad nøgd med pasientnær sjukepleie, mens med gruppesjukepleie er berre 0-13 % i stor grad nøgd. Av dei som har gruppesjukepleie er heile 78-82 % i stor grad nøgd med gruppesjukepleie (figur 3).

Diskusjon

For å belyse problemstillinga «Kva form for sjukepleieorganisering er mest hensiktsmessig med tanke på pasientsikkerheit?», vil artikkelen vidare fokusere på litteraturen som er presentert i innleiing og trekke inn relevante resultat frå undersøkinga.

Pasientsikkerheit

Jobbtilfredsheit påverkar truleg pasientsikkerheita (3) og det er ein faktor som talar for eller mot ei form for sjukepleieorganisering. Forsking viser ikkje eit konsistent mønster på kva som gir best jobbtilfredsheit (8,9). Pasientsikkerheit i seg sjølv, er òg ein faktor som vil verte påverka av kva for ei sjukepleieorganisering ein har på avdelinga (2,3) og det bør vere blant dei viktigaste faktorane ved val av sjukepleieorganisering.

Det er mykje forskning på det å kjenne pasienten som viser at det er med på å auke pasientsikkerheita. Det er gjennom raskare oppdaging av og intervensjon ved forverring, moglegheit til å rette opp i medisinske feil og førebygging av uønska hendingar (18–20). Å kjenne pasienten er essensielt i sjukepleie og ein sentral del av omsorg og fører til meir individualisert omsorg (18,21). Ut frå det, vil ei sjukepleieorganisering som gjer at sjukepleiarane vert betre kjend med pasientane sine vere føretrukken framfor ein annan.

Pasientnær sjukepleie aukar fokuset på samspel med pasientane og gir moglegheit til å verte godt kjend med pasientane sine (9,15). Den sjukepleieorganiseringa vil truleg gje betre moglegheit for kontinuitet enn ved gruppesjukepleie (15), om sjukepleiarane følgjer opp mest mogleg dei same pasientane, noko erfaring frå praksisstudiar seier. Pasientnær sjukepleie har likevel ei svakheit gjennom nyutdanna sjukepleiarar, som kan svekke pasientsikkerheit då grad av utdanning og kunnskap spiller ei rolle ved å oppdage medisinske feil (19).

Gruppesjukepleie vil derimot få utnytta meir av den totale sjukepleiegruppa si samla kunnskap og erfaring og dermed truleg gi styrka emne til å oppdage medisinske feil (15,19).

Kvaliteten på gruppesjukepleie avhenger av at gruppeleiaren har kunnskap og erfaring (7). Erfaring frå praksisstudiar er at den mest erfarne sjukepleiaren som oftast er gruppeleiar og dermed har ansvaret for vurderingar av omsorga til pasientane, noko som er ein styrke. Om gruppeleiaren derimot er uerfaren vil det kunne vere ei ulempe for kvalitet på sjukepleie. Det at gruppeleiaren uansett er ein sjukepleiar gjer at gruppesjukepleie kan opne for at hjelpepleiarar kan arbeide på sjukehus og bidra i ei gruppe med si kompetanse (8). Det kan samstundes vere ein svakheit då det å ha færre sjukepleiarar på arbeid og ei meir variert arbeidsgruppe, svekker pasientsikkerheita (12). Færre sjukepleiarar i arbeid kan i

kombinasjon med at gruppeleiaren får lite tid til pasienten på grunn av ansvar og oppgåver (15), føre til at det er færre med erfaring og kunnskap som vert kjend med pasientane. Henderson var kritisk til at avgjerder rundt omsorg skal tas av nokon som ikkje kjenner pasienten og meinte at det er ein-til-ein relasjon som gjer omsorga menneskeleg og ikkje mekanisk og teknisk (17). Dette kan gjelde gruppeleiaren, som er den som har ansvar for mange avgjerder, men som ikkje nødvendigvis jobbar nær pasienten. Det kan tenkast at det vil kunne gjere det vanskelegare å oppdage medisinske feil ved gruppesjukepleie, då sjukepleiarane si erfaring påverkar det (19) og gruppemedlemane som er nært pasientane kan ha lågare erfaring.

Ved gruppesjukepleie der gruppa arbeider effektivt og har eit godt samarbeid vil sjukepleieorganiseringa betre pasientsikeheita (16). Effektiviteten vil kunne verte svekka ved underbemanning (5), noko som gjer gruppa sårbar. Pasientnær sjukepleie har vist å auke effektivitet (9). Høg effektivitet trenger ikkje være det same som ei meir hensiktsmessig sjukepleieorganisering, då fokus på effektivitet kan trekke fokuset bort frå pasienten i følgje Henderson (17).

Forskinga viser ikkje tendensar som gir bakgrunn for ein konklusjon på kva som gir best pasientsikkerheit av gruppesjukepleie og pasientnær sjukepleie, og då ikkje kva som er å føretrekke.

Ulike erfaringar

For å sjå kva som er den mest hensiktsmessige forma for sjukepleieorganisering, er det relevant å sjå på kva resultata i undersøkinga seier om samanheng mellom sjukepleieorganisering og kor godt sjukepleiaren vert kjend med pasientane sine og kva form dei føretrekk. Resultata frå undersøkinga, kan i førsteomgang gi eit inntrykk av at pasientnær sjukepleie er klart å føretrekke. Det er tendensar til at sjukepleiarane vert betre kjend med pasientane sine ved pasientnær sjukepleie, både med tanke på sjukehistorie og det personlege (figur 1,2). Sjukepleiarane vert betre kjend med både klinisk og personleg informasjon, som gjer omsorg ved pasientnær sjukepleie meir individualisert, samt at det aukar pasientsikkerheita (18). Arbeidsmiljø påverkar òg pasientsikkerheita (3) og resultata viser tendensar til at sjukepleiarane er meir tilfreds med pasientnær sjukepleie enn gruppesjukepleie (figur 3).

Om ein derimot ser på kva dei som har pasientnær sjukepleie på avdelinga meiner, samanlikna med kva dei som har gruppesjukepleie meiner, ser ein ikkje dei same tendensane.

Sjukepleiarane opplever i omtrent lik grad å verte kjend med pasientane personleg og deira sjukehistorie ved sjukepleieorganiseringa dei har på si avdeling (figur 1,2) og dei som har gruppesjukepleie på avdelinga er faktisk noko meir tilfreds med eiga sjukepleieorganisering (figur 3). Fleire av dei som har pasientnær sjukepleie på avdelinga har erfaring frå gruppesjukepleie og resultatata viser at dei i mindre grad opplever å verte kjend med pasientane og er mindre tilfreds med sjukepleieorganiseringa ved gruppesjukepleie. Det er svara frå dei som byta frå gruppesjukepleie som gjer at resultatata samanlagt talar for pasientnær sjukepleie. Det gjer at ein ikkje kan konkludere med at pasientnær sjukepleie er betre enn gruppesjukepleie. Ut frå dette kan det derimot synest ut som om avdelingane har ei sjukepleieorganisering som er hensiktsmessig for seg og at avdelinga som byta, gjorde ei hensiktsmessig endring.

Effekt av byte

Bytet til pasientnær sjukepleie gjorde at sjukepleiarane vert betre kjend med pasientane og er meir tilfredse med sjukepleieorganiseringa. På den eine sida kan det tale for at pasientnær sjukepleie er å føretrekke, òg for avdelinga som har gruppesjukepleie. Det var få frå avdelinga med gruppesjukepleie som hadde erfaring frå pasientnær sjukepleie, så det kan tenkast at det kan fungere betre med pasientnær sjukepleie der òg. Svara deira kan være positive då dei ikkje kan samanlikne med pasientnær sjukepleie på bakgrunn av manglande erfaring. På ei anna side trenger det ikkje å spille noko rolle. Svara frå dei med gruppesjukepleie gav mykje liknande svar som dei med pasientnær sjukepleie om eiga sjukepleieorganisering. Det kan vere at bytet var riktig for den aktuelle avdelinga, då gruppesjukepleie fungerte mindre godt der. Gruppesjukepleie kan likevel fungere godt og vere det rette for ei anna avdeling. Ei sjukepleieorganisering som fungerer ein stad, er ikkje nødvendigvis best for alle avdelingar, då forskjellar gir ulike behov (7). Avdelingane som deltok i undersøkinga er alle kirurgiske, men det at dei med pasientnær sjukepleie hadde eit anna fagfelt enn den med gruppesjukepleie, kan vere med på å forklare at det er hensiktsmessig med ulike formar for sjukepleieorganisering.

Ut frå forskning frå avdelingar som har byta sjukepleieorganisering kan det synest ut som om det er bytet i seg sjølv som reduserer kliniske feil og pasientutfall. Det styrkar pasientsikkerheita. Det var nemleg byter til ulike formar for sjukepleieorganisering (10,13,14). På den eine sida kan det vere at ved eit byte, er den dåverande sjukepleieorganiseringa ikkje hensiktsmessig for aktuell avdeling og bytet gir dermed forbetring. På den andre sida kan det vere at endringa i seg sjølv er det som gir forbetring,

gjennom noko nytt og fokus på at det skal verte betre. Orvik (1) seier at ved systemforbetring vil det kulturelle perspektivet verte påverka. Tenkemåtar, verdiar og haldningar i møte pasientforløp kan endrast ved organisatoriske endringar. Det kan tenkast at byte av sjukepleieorganisering vil gje eit aukt fokus på pasientforløpet og endringar til det betre. Det kan motivere til å gjere ein innsats for betre pasientsikkerheit og trivsel.

Vurdere eigen sjukepleieorganisering

Når ei avdeling har byta sjukepleieorganisering, har dei gjort ei endring i håp om ei forbetring. Det å kontrollere og evaluere endringa, er eit ledd i kvalitetsforbetring som viser viktigheita av å vurdere bytet i etterkant (1). Ein kan ikkje berre anta at den nye sjukepleieorganiseringa fungerer betre, då sjukepleieorganiseringa kan påverke pasientsikkerheita (12). Det kan synast ut som at det å vurdere og tenke gjennom korleis noverande sjukepleieorganisering fungerer er viktig. Vurderingar bør gjerast på om sjukepleieorganiseringa passar til avdelinga og pasientgruppa, samt om det er noko som kan eller bør forbeistrast. Det er bra at avdelinga i undersøkinga som byta sjukepleieorganisering, i etterkant av bytet fekk vurdert at endringa gav forbetring.

Noko som viser seg å spele ei viktig rolle ved byte av sjukepleieorganisering, er det å forme og tilpasse den til aktuell avdeling (7). Det å la sjukepleiarane ha noko å seie på korleis den vert, er positivt for pasientutfall og for empowerment blant sjukepleiarane (10,11).

Sjukepleiarane som arbeider på avdelinga har viktige erfaringar om korleis noverande sjukepleieorganisering opplevast og har truleg tankar om kva som kan og bør endrast. Det er dei som arbeider nært pasientane og kjenner dei. Det kan tenkast at dei dermed har innspel til fordel for pasientane og deira sikkerheit.

Kritikk og vidare forskning

Ein kan ikkje sjå bort frå at resultata i undersøkinga kan vere påverka av andre forhold enn det er spurt om. Resultata viser at det er mange som svara i stor eller nokon grad på spørsmåla om kor godt ein kjenner pasienten ved eiga sjukepleieorganisering, òg at dei fleste er tilfreds med eiga sjukepleieorganisering. Dermed kan det vere at deira tilfredsheit har påverka andre svar i positiv favør. Andre forhold som er uavhengige av sjukepleieorganisering kan òg påverke svara. Dei forholda kan vere ulike på avdelingane. Det er òg andre faktorar enn sjukepleieorganiseringa som påverkar kor godt ein vert kjend med pasienten.

Å kjenne pasienten er hovudfokuset når det kjem til pasientsikkerheit i denne artikkelen. Det er berre eit av mange perspektiv som har tyding. Som i fleire andre studiar har ikkje

undersøkinga faktiske pasientutfall og statistikk på uønska hendingar (4). Om det er ein samanheng mellom det og sjukepleieorganisering, kan det tenkast at ein kan få ei tydlegare rettesnor for kva for ei sjukepleieorganisering som er å føretrekke. I tillegg til pasientsikkerheit vil andre faktorar, som jobbtilfredsheit og kostnadseffektivitet, vere noko ein må ta omsyn til ved val og utforming av sjukepleieorganisering. Det trengs meir forskning på området, særleg forskning som inkluderer pasientdata.

Konklusjon

Sjukepleieorganiseringa på ei avdeling kan verke inn på pasientsikkerheita. Eit viktig moment i pasientsikkerheita er det å kjenne pasienten, noko som ser ut til å kunne verte svekka ved dårleg fungerande sjukepleieorganisering på avdelinga. Både litteraturen og undersøkinga i denne artikkelen viser tendensar til at ein vert betre kjend med pasientane ved pasientnær sjukepleie. Verken litteraturen eller undersøkinga viser likevel eit konsistent bilete av kva form for sjukepleieorganisering som er mest hensiktsmessig av gruppesjukepleie og pasientnær sjukepleie, heller ikkje med tanke på pasientsikkerheit. Det kan sjå ut som at det er byte av sjukepleieorganisering i seg sjølv, som har positiv verknad på pasientsikkerheit og det å kjenne pasienten. Det tyder på at å vurdere sjukepleieorganiseringa og våge å gjere endringar når det er behov, er viktig for kvalitet.

Referanseliste:

1. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
2. Unbeck M, Dalen N, Muren O, Lillkrona U, Härenstam KP. Healthcare processes must be improved to reduce the occurrence of orthopaedic adverse events: Healthcare processes improvement to reduce occurrence of orthopaedic events. *Scand J Caring Sci.* 2010;24(4):671–7.
3. Laschinger H, Leiter M. The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes: The Mediating Role of Burnout Engagement. *J Nurs Adm.* 2006;36(5):259–67.
4. Jennings BM. Care Models. I: Hughes RG, red. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
5. Tiedeman ME, Lookinland S. Traditional Models of Care Delivery: What Have We Learned? *J Nurs Adm.* 2004;34(6):291–7.
6. Jost SG, Bonnell M, Chacko SJ, Parkinson DL. Integrated Primary Nursing: A Care Delivery Model for the 21st-Century Knowledge Worker. *Nurs Adm Q.* 2010;34(3):208–16.
7. Dobson S, Tranter S. Organising the work: choosing the most effective way to deliver nursing care in a hospital haemodialysis unit. *Ren Soc Og Australas J.* 2008;4(2):59–63.
8. Fairbrother G, Jones A, Rivas K. Changing model of nursing care from individual patient allocation to team nursing in the acute inpatient environment. *Contemp Nurse J Aust Nurs Prof Maleny.* 2010;35(2):202–20.
9. Wells J, Manuel M, Cuning G. Changing the model of care delivery: nurses' perceptions of job satisfaction and care effectiveness. *J Nurs Manag.* 2011;19(6):777–85.
10. Harwood L, Ridley J, Lawrence-Murphy JA, White S, Spence-Laschinger HK, Bevan J, et al. Nurses' perceptions of the impact of a renal nursing professional practice model on nursing outcomes, characteristics of practice environments and empowerment -- part II. *CANNT J.* 2007;17(2):35–43.
11. Lacey SR, Olney A, Cox KS. The Clinical Scene Investigator Academy: The Power of Staff Nurses Improving Patient and Organizational Outcomes. *J Nurs Care Qual.* 2012;27(1):56–62.
12. Dubois C-A, D'amour D, Tchouaket E, Clarke S, Rivard M, Blais R. Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *Int J Qual Health Care.* 2013;25(2):110–7.
13. Jensen L, Ocampo L, Josep LS. How to tame a dragon: implementing a new nursing model in a busy hospital based hemodialysis unit to improve communication, patient care and safety. *CANNT J.* 2011;21(2):25–25.
14. Zimbudzi E. Discovering the untapped benefits of team nursing in an acute haemodialysis unit of a major teaching hospital. *J Nurs Educ Pract.* 2013;3(8):149.
15. Gullick J, Shepherd M, Ronald T. The effect of an organisational model on the standard of care. *Nurs Times.* 2004;100(10):36–9.

16. Cioffi J, Ferguson L. Team nursing in acute care settings: Nurses' experiences. *Contemp Nurse J Aust Nurs Prof Maleny*. 2009;33(1):2–12.
17. Henderson VA. Preserving the essence of nursing in a technological age*. *J Adv Nurs*. 1980;5(3):245–60.
18. Zolnierok CD. An Integrative Review of Knowing the Patient. *J Nurs Scholarsh Indianap*. 2014;46(1):3–10.
19. Massey D, Chaboyer W, Anderson V. What factors influence ward nurses' recognition of and response to patient deterioration? An integrative review of the literature. *Nurs Open*. 2017;4(1):6–23.
20. Gaffney TA, Hatcher BJ, Milligan R. Nurses' role in medical error recovery: an integrative review. *J Clin Nurs*. 2016;25(7–8):906–17.
21. Kelley T, Docherty S, Brandon D. Information Needed to Support Knowing the Patient. *ANS Adv Nurs Sci*. 2013;36(4):351–63.
22. Dalland O. *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.

Gruppesykepleie og pasientnær sykepleie ved kirurgisk sengepost

Vi er fire sykepleiestudenter ved NTNU Trondheim som i forbindelse med vår bacheloroppgave skal se på sykepleieres egne erfaringer med to ulike måter å organisere sykepleiergruppen på kirurgisk avdeling, gruppesykepleie og pasientnær sykepleie. Det skal undersøkes hva dere som sykepleiere erfarer fungerer godt eller mindre godt, samt fordeler og ulemper for deres arbeidshverdag og for pasientsikkerheten.

Gruppesykepleie er en metode å utøve sykepleie til pasienter hvor ansvaret for planlegging og koordinering av omsorg deles av medlemmer i en gruppe. Teamet kan omfatte sykepleiere med en administrerende rolle og sykepleiere med en praktiserende rolle. Gruppeleder er ofte en sykepleier med en administrerende rolle som har ansvar for blant annet medikamenter, legevisitt og dokumentering til alle pasientene innad i pasientgruppen.

Pasientnær sykepleie er en metode å utøve sykepleie hvor en sykepleier planlegger omsorg for bestemte pasienter kontinuerlig. Sykepleieren utøver direkte pleie til pasienten man har ansvar for på den aktuelle vekten. I tillegg er vedkommende ansvarlig for å lede alle tiltak med og rundt pasienten. Dette innebærer blant annet medikamenter, inn/utskrivning og legevisitt.

Undersøkelsen er anonym og resultatene vil bli behandlet med varsomhet.

BAKGRUNNSKUNNSKAP

Organiseringsform på avdeling:

- Gruppesykepleie
- Pasientnær sykepleie

Har du erfaring fra den andre organiseringsformen?

- Ja, fra samme avdeling
- Ja, fra en annen avdeling
- Nei

Arbeidserfaring som sykepleier:

- Under 1 år
- 1-3 år
- 4-6 år
- 7-10 år
- Over 10 år

Alder:

- Under 25 år
- 26-30 år
- 31-45 år
- 46-60 år
- Over 60 år

Utdanning:

- Bachelorgrad i sykepleie
- Spesialisering/videreutdanning/mastergrad innen sykepleie

Stillingsprosent:

- Under 30%
- 30-59 %
- 60-79%
- 80-100%

Spørsmålene er utformet slik at du kan svare i en eller flere kolonner. Dersom du har erfaringer fra både pasientnær og gruppesykepleie, ønsker vi at du svarer i alle.

**PASIENTNÆR
SYKEPLEIE**

GRUPPESYKEPLEIE

Nr.	SPØRSMÅL	Pasientnær sykepleie	Som gruppeleder	Uten å være gruppeleder
PASIENTSIKKERHET				
1.	Hvor godt opplever du å bli kjent med dine pasienters sykehistorie (medisinsk, diagnose, operasjonsforløp)?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
2.	Hvor godt opplever du å bli kjent med pasientenes smertebilde?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
3.	Hvor godt opplever du å bli kjent med pasienten personlig?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad

4.	Opplever du at alle preoperative forberedelser blir gjort etter prosedyren?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
5.	Opplever du at din(e) pasient(er) blir ivaretatt mtp postoperative observasjoner?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
6.	Hvor stor grad har du oversikt over pasientens medisinsliste?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
7.	Opplever du at pasientene får sine faste medisiner til rett tid?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
8.	Opplever du at pasienten får tilstrekkelig informasjon om behandling og forløp?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
9.	Opplever du at du får gitt tilstrekkelig rapport?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
10.	Opplever du at du mottar tilstrekkelig rapport?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
11.	Opplever du at viktig informasjon om pasientens tilstand blir formidlet?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad

12.	Opplever du å ha nok kunnskap og informasjon om pasienten til å kunne representere pasienten i previsitt?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
13.	Opplever du å ha nok kunnskap og informasjon om pasienten til å kunne svare på det legen lurer på under visitten?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
TRIVSEL				
14.	Opplever du at du får for mye ansvar i din arbeidshverdag?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
15.	Opplever du å ha oversikt over arbeidsoppgavene dine i løpet av en arbeidsdag?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
16.	Får du gjennomført alle gjøremål i løpet av en vakt?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
17.	Føler du at du har noen å rådføre deg med dersom det er noe du lurer på?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
18.	Opplever du godt samarbeid med dine sykepleierkollegaer?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
19.	Opplever du godt samarbeid med dine legekollagaer?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad

20.	Opplever du godt samarbeid med operasjonsavdeling?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
21.	I hvilken grad trives du i fellesskapet med dine kollegaer?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
22.	Opplever du godt samarbeid med ledelsen?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
23.	Opplever du å ha en variert arbeidshverdag?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
24.	Opplever du faglig utvikling i din jobb?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
25.	Opplever du personlig utvikling i din jobb?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
26.	Får du den pausen du har krav på i løpet av en vakt?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad
27.	Er du fornøyd med organiseringen av sykepleie på din avdeling?	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> Svært liten grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> I noen grad <input type="checkbox"/> I stor grad

Prosjektbeskrivelse til fagrådet for Fremtidens operasjonsrom(FOR)

Bachelorstudenter i sykepleie, ISM, FMH, NTNU,

Veileder [...]

1. Tittel:

Gruppesykepleie og pasientnær sykepleie på kirurgisk avdeling. Med særlig vekt på sykepleieres perspektiv på hvordan organisering av sykepleiergruppen påvirker sykepleiernes arbeidshverdag og pasientenes sikkerhet.

2. Bakgrunn:

I dette prosjektet skal det fokuseres på organisering av sykepleie; gruppesykepleie og pasientnær sykepleie på kirurgisk avdeling. Temaet ble bestemt etter initiativ og ønske fra sykepleietjenesten ved gynekologisk avdeling, St Olavs Hospital. For å få et bredere perspektiv med ulike erfaringer og for å kunne sammenligne flere data har vi selv tatt initiativ til å inkludere kirurgisk urologisk avdeling, St Olavs Hospital.

I en studie skrevet i International Journal for Quality for Health Care, viser data at organiseringsform og arbeidsmiljø kan være assosiert med nivå av risiko for sykehuspasienter. Studien gir oss grunn til å tro at organisering av sykepleie kan ha innvirkning på pasientsikkerheten, derfor ønsker vi å samle data om oppfatninger og erfaring angående dette temaet fra sykepleiere på kirurgisk avdeling (1).

Vi ønsker å se på sammenhengen mellom organisering av sykepleie og arbeidsmiljø blant sykepleiere, ved å få større kunnskap om hva sykepleiere selv erfarer. I følge Breivik og Obstfelders studie (2) er hensiktsmessig organisering av sykepleie en forutsetning for et godt arbeidsmiljø og trivsel. I tillegg viser det seg at sykepleiere i studien har skjermet seg for organiseringsomstillinger og stolt på at ledelsen gjør fornuftige beslutninger. Forfatterne av studien mener at dette ikke er en gunstig strategi og at sykepleiere bør inkluderes i avgjørelser relatert til organisering av deres egen arbeidssituasjon i større grad. Vi ønsker av den grunn å få frem sykepleierens synspunkter, få et overblikk over hva som kan føre til godt arbeidsmiljø

og hva som eventuelt kan føre til ansvarsoversvømmelse og redusert arbeidstrivsel. Hvordan føles arbeidsbelastningen når en sykepleier på kirurgisk avdeling er gruppeleder og hvordan oppleves det når vedkommende ikke er det?

Definisjon på pasientnær sykepleie

A method of providing nursing services to inpatients whereby one nurse plans the care of specific patients for a period of 24 hours. The primary nurse provides direct care to those patients when working and is responsible for directing and supervising their care in collaboration with other health care team members (3, s. 1365).

Definisjon på gruppesykepleie

A method of providing nursing services to inpatients in which responsibility for planning and coordination of care is shared by members of a group; the team may include registered nurses, practical nurses, and other nursing personnel, but the team leader is most often a registered nurse (3, s. 1652).

Gjennom refleksjon og samtale med sykepleiestudenter ved forskjellige kirurgiske avdelinger ser vi at erfaringer med de to ulike måtene å organisere sykepleie på varierer. Det er fordeler og ulemper med begge måtene å organisere sykepleie på. Det undervises ikke om dette på sykepleierstudiet, vi har derfor lite kunnskap om temaet, både relatert til sykepleierne og pasientene. Gjennom å studere dette nærmere ønsker vi å se hva sykepleiere på ulike avdelinger selv opplever og erfarer i forhold til de to ulike måtene å organisere sykepleie på. Slik kan vi bli bevisst på hva som fungerer godt og hva som fungerer mindre godt med tanke på videre arbeid. Mer kunnskap om dette er viktig for å kunne utvikle mer forskningsbasert kunnskap om organisering av sykepleieutøvelsen ved kirurgiske avdelinger.

3. Formål:

Vårt hovedmål er å belyse fordeler og ulemper med ulike organiseringsformer på kirurgisk sengepost ved å undersøke sykepleieres erfaringer. Vi ønsker å få kunnskap om hvilken organiseringsform som gir best pasientsikkerhet, hva som gir best arbeidsmiljø for sykepleierne, hva som gir best arbeidsflyt og hvilken innvirkning organiseringsform har på sykepleierens selvledelse.

Sekundærmålet er å skaffe kunnskap om hvilken arbeidsform som viser seg å fungere og sette fokus på hva som kan være gunstig for ledelsen å ta hensyn til ved valg av organiseringsform på kirurgisk avdeling.

4. Hva skal måles:

Under dette prosjektet skal det undersøkes sykepleieres egne erfaringer med to ulike måter å organisere sykepleiergruppen på kirurgisk avdeling. Det skal undersøkes hva de erfarer fungerer godt eller mindre godt, samt fordeler og ulemper for deres egen del, andre arbeidsgrupper og for pasienten.

5. Hvordan skal det måles:

Dette prosjektet skal være en kvantitativ spørreundersøkelse. De kvantitative metodene har den fordel at de gir data i form av målbare enheter (4, s. 52). Det skal utformes et strukturert spørreskjema (vedlagt) som gir oss mulighet til å hente informasjon fra en større gruppe informanter. Vi benytter oss av postintervju hvor respondenten selv noterer svarene sine i et spørreskjema og hvor alle respondentene skal svare på de samme spørsmålene, stilt på samme måte til alle og i samme rekkefølge. Vi legger vekt på at spørsmålene som stilles, skal oppfattes mest mulig likt av de som skal svare (4, s. 123-125).

Vi vil informere avdelingene om undersøkelsen og formålet med den. Vi vil la spørreundersøkelsene ligge på vaktrommet i en periode på 2 uker for at flest mulig skal få tid til å svare på spørsmålene. Undersøkelse vil være rettet mot sykepleiere, uansett størrelse på stilling. Vi vil fordele ansvar innad i vår studentgruppe til å sørge for at vi informerer og oppmuntrer ansatte til å delta i undersøkelsen.

6. Hvordan skal data analyseres:

For å analysere resultatene på spørreundersøkelsen vil det brukes frekvensanalyse. Analysen skal hjelpe oss med å undersøke om det finnes mønster i svarene, og i tolkningen ønsker vi å se på sammenhenger mellom organiseringsform, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø (4).

7. Hvor mange pasienter/personer skal inkluderes:

Vi håper å nå flest mulig sykepleiere på de tre kirurgiske sengepostene for flere synspunkter og et større utvalg. Anslagsvis 90 sykepleiere.

8. Hvilke pasienter skal inkluderes:

Informasjon som omhandler pasienter vil være sykepleieres tanker rundt hvordan organisering av sykepleie påvirker pasientbehandling på kirurgisk avdeling.

9. Hvordan skal prosjektet styres og organiseres:

Prosjektet koordineres av [...] ved NTNU og Marianne Haugvold ved FOR, St. Olavs Hospital. I samarbeid med avdeling [...].

Prosjektet utføres av fire bachelorstudenter ved Sykepleieutdanningen ved NTNU. Vi vil utføre datainnsamling etter en tilrettelagt plan.

10. Tidsplan:

Datainnsamling er planlagt gjennomført ved kirurgiske sengeposter [...] St. Olavs Hospital. Datainnsamling av kvantitativ informasjon vil skje i februar/mars 2018. Innlevering av bacheloroppgaven er satt til 24. mai 2018. Resultatet vil bli presentert til de aktuelle avdelingene i løpet av mai.

11. Økonomi:

Da dette er et prosjekt på bakgrunn av en Bacheloroppgave i sykepleie ved NTNU, er det ikke planlagt noe budsjett.

12. Formelle godkjenninger:

Dette prosjektet skal ikke ta utgangspunkt i pasientdata, og krever derfor ingen formelle godkjenninger. Spørreundersøkelsen er anonym og navn på avdeling vil være taushetsbelagt. Endelig resultat vil være konfidensielt før prosjektet er godkjent.

Referanseliste

1. Dubois C.A., D'amour D., Tchouaket E., Clarke S., Rivard M. & Blais R. (2013) *Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals*. International Journal for Quality in Health Care, Volume 25, Issue 2, 1 April 2013
2. Breivik E. & Obstfelder A. (2012) Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformenes tid, Nordisk sykepleieforskning utg.2.
3. Stedman T.L. Stedman's medical dictionary for the health professions and nursing. Utgave 7. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
4. Dalland O. Metode og oppgaveskriving, 6. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.

Vedlegg 3. Søketablell

Illustrasjon av litteratursøk. Her er tre av fleire søk inkludert. Databasane Cinahl, Medline og SveMed vart brukt for å finne litteratur. Søkord vart kombinert på ulike måtar og avgrensa med Peer Reviewed. Artiklar med relevant tittel eller abstrakt vart leste. Relevant forskning, frå 2000-talet er inkludert.

Database Dato	Søkeord	Avgrensningar	Antall treff	Leste abstrakt	Leste heile artiklar	Valde (forfattar, årstal)
Cinahl 12.03.18	(MH «Patient Safety+» OR patient safety) AND (Nursing Staff, Hospital OR nursing staff) AND (Nursing Model, Theoretical OR nursing models)	Peer Reviewed	22	15	5	Dubois et al., 2013
Cinahl 05.04.18	(Nursing Models, Theoretical OR nursing models) AND knowing the patient	Peer Reviewed	5	3	5	Harwood et al., 2007
Medline 16.04.18	Model, Nursing AND total patient care AND Quality of Health Care		5	3	2	Wells et al., 2011

Vedlegg 4. Artikkelmatrise

Innhald og relevans til tre av fleire inkluderte artiklar.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Diskusjon/konklusjon	Relevans
Dubois C-A, D'amour D, Tchouaket E, Clarke S, Rivard M, Blais R. Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. Int J Qual Health Care. 2013 Apr 1;25(2):110-7.	Å undersøke samanhengen mellom fire formar for sjukepleieorganiseringar og pasientsikkerheit.	Tverrsnittskorrelasjonstudie med standardisert protokoll, kvar pasientjournalar vart screena etter hendingar relatert til pasientsikkerheit. På 11 sjukehus, 2699 pasientar, innlagd minst to døgn.	Risikoen for å oppleve uønska hendingar var lågare, 25-52 %, ved sjukepleieorganisering der det var flest sjukepleiarar som jobba. Det var ikkje skilnad mellom to formar for sjukepleieorganisering der arbeidsgruppa hadde fleire med lågare utdanning.	Sjukepleieorganisering med ansatte med variert utdanning, jobbvilkår og grad av innovasjon kan assosierast med ulik risiko for pasientane. Sjukepleieorganisering med hovudsakleg sjukepleiarar var assosiert med lågare risiko enn ved ei meir variert gruppe pleiarar.	Viser at det er ei samanheng mellom sjukepleieorganisering og pasientsikkerheit. Samanhengen kan ikkje sjås på isolert, då det er tydeleg at pasientsikkerheit påverkast av fleire faktorar.
Harwood L, Ridley J, Lawrence-Murphy JA, White S, Spence-Laschinger HK, Bevan J, et al. Nurses' perceptions of the impact of a renal nursing professional practice model on nursing outcomes, characteristics of practice environments and empowerment -- part II. CANNT J. 2007 Apr;17(2):35-43.	Studien undersøker effekten av ein form for sjukepleieorganisering (PPM) på sjukepleiarar si oppfatning av empowerment, arbeidsmiljø og påverkinga på sjukepleie.	Semi-strukturert intervju av 10 sjukepleiarar. Kvalitativ metode.	Førte til betra tilknytning mellom sjukepleiar og pasient. Sjukepleiarane vart betre kjend med pasienten og villige til å yte ekstra. Forbeta kontinuitet, aukt autonomi og initiativtaking frå sjukepleiarane. Sjukepleiarane var nøgde og kjende på empowerment.	Funna tyder på at PPM og primær-sjukepleie gir effektive rammer for å påverke omsorg og pasientutfall positivt på ei avdeling for hemodialyse.	Viser at empowerment fremjes om sjukepleiarane får vere med i utviklinga av sjukepleieorganiseringa og at bytet av sjukepleieorganisering hadde positiv verknad på pasientutfall og gav sjukepleiarane betre moglegheit til å verte kjend med pasientane.
Wells J, Manuel M, Cuning G. Changing the model of care delivery: nurses' perceptions of job satisfaction and care effectiveness. J Nurs Manag. 20How Sep 1;19(6):777-85.	Studien undersøker sjukepleiarar si oppfatning av jobbtilfredsheit, empowerment og effektivitet etter byte frå gruppesjukepleie til pasientnær sjukepleie.	Langsgående, deskriptiv metode. Spørjeundersøking, før implementering, etter 3 og 12 månader, med svaralternativ og nokre opne spørsmål. 78 respondentar. Kvalitativ og kvalitativ metode.	Inga signifikant endring i jobbtilfredsheit, som ikkje var optimal. Sjukepleiarane følte seg forplikta til arbeidet sitt, men var misfornøgde med påverking på mål og prosessar i organisering. Pasientomsorg vart meir effektiv ved pasientnær sjukepleie.	Jobbtilfredsheit var den same gjennom endring til pasientnær sjukepleie. Pasientomsorga vart meir effektiv. Ved innføring av endring, bør ein samarbeide med sjukepleiarane på avdelinga for forbetring.	Viser at jobbtilfredsheit var lik før og etter endring frå gruppesjukepleie til pasientnær sjukepleie, men samspel med pasientane fekk eit sterkare fokus, samt aukt effektivitet.