



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

**Bacheloroppgave**  
Prosjekt innland, fagartikkel

**“Arbeidshelse og pasientsikkerhet- to sider av samme sak?”**  
(Work-related health and patient safety- two aspects of the same cause)

Eksamensdato: 05.06.2019

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10171

Antall ord: 3960

## **ABSTRAKT**

**Innledning:** Fagartikkelen tar for seg helsepersonells opplevelse av oversikt og pasientsikkerhet under en endringsprosess for å se hvilke innvirkninger slike endringer har på arbeidshelsen.

Denne studien undersøker hvilken betydning helsepersonells opplevelse av tilstrekkelig oversikt over pasienter og materielt utstyr har.

**Metode:** For å undersøke opplevelsen hos helsepersonellet ble det brukt en kvantitativ spørreundersøkelse. Undersøkelsen ble gjennomført i april 2019, og analysen ble foretatt ved bruk av Excel.

**Resultat:** Resultatene viser økt bekymring over pasientsikkerhet og redusert opplevelse av oversikt underveis i endringsprosessen. Resultatene viser også at arbeidshelsen ble redusert samme periode. I etterkant av endringsprosessen begynner resultatene å gå tilbake til slik de var i forkant av endringsprosessen.

**Konklusjon:** Studien har vist at opplevelsen av ivaretatt pasientsikkerhet under en endringsprosess påvirker arbeidshelsen til helsepersonell. Videre kan studien tyde på at tilstrekkelig oversikt over pasienter og materielt utstyr er nødvendig for å sikre opplevelse av ivaretatt pasientsikkerhet.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** This study explores the impact of structural changes within the public health sector in relation to work health and satisfaction, and how these changes influence the quality of patient care and safety as perceived by health personnel. Furthermore, the study examines the significance of health personnels awareness of patients physical location and well-being, and the location of material equipment during structural changes

**Method:** A survey was designed and conducted to investigate health personnels experience during structural changes within the public health sector. The survey was carried out in April 2019, and the analysis was performed using Excel.

**Result:** The results suggest there is an increasing concern of patient safety and the quality of patient care during structural changes within the public health sector. Participants report a lack of overview and awareness of both patient status and material equipment during these structural changes. The results also show that occupational health of the health personnel was reduced during the same period. After the transition process is completed, the results are similar to what they were before the structural changes respectively.

**Conclusion:** This study has found that perceived patient safety during a transitional process affect the work satisfaction and health of professionals. Furthermore, the study indicates that an adequate overview of patients and material equipment is required to ensure the patient safety. Still, there are questions that are unanswered:

## Introduksjon

Medisinske fremskritt, ny teknologi og økt levestandard er årsakene til samfunnsmessige kvantesprang. Som en konsekvens at vi lever lengre, øker også gruppen eldre definert i alderen 70+[1]. Samhandlingsreformen har i større grad ansvarliggjort kommunene, noe som fører til særlig økt press på primærhelsetjenesten[2]. Utfordringene til fremtidens helsevesen er mange. Det er derfor essensielt at kompetansen hos helsepersonell økes, slik at helsetjenesten kan fortsette å tilby individuell tilpasset behandling til enda flere pasienter[1].

Helsetjenesten er i konstant endring, og utvikling i denne sektoren er både uunngåelig og nødvendig[3]. For å møte utfordringene knyttet til en stadig økende eldre befolkning, vil dette kreve små og store omstillinger i helsetjenesten for å kunne håndtere morgendagens behov på en bærekraftig måte[1]. Som følge av omorganiseringer i helsetjenesten er det tidligere påvist en sammenheng mellom endringsprosesser og yrkesrelatert stress. Flere studier trekker frem fenomenet *Stress of Conscience*(SC), en form for yrkesrelatert stress, som en betydningsfull faktor ved omorganiseringer i helsetjenesten[4-5]. Endringer innenfor den offentlige helsetjenesten kan føre til stress og nedsatt trivsel for helsepersonell, og dermed føre til nedsatt kvalitet i pasientomsorgen[4-6]. Dette fremhever betydning av en nøye gjennomtenkt og planlagt omorganisering i helsetjenesten for å unngå yrkesrelatert stress.

Helsedepartementet fastslår at uten endring vil vi mangle 30 000 sykepleiere innen 2030 og samtidig slutter mange i yrket etter få år[1]. Ubalansen mellom for få helsefaglige hender og hoder og et økende behov for helsepersonell, krever store omstillinger fremover. For å kunne redusere yrkesflukt er det derfor svært relevant å se på faktorer som påvirker sykepleieres arbeidshelse. Arbeidshelse er et begrep som omfatter arbeidsglede, arbeidsmiljø, individuelle forskjeller og stress. Stress oppstår dersom situasjoner blir for uoversiktlige og komplekse, og forutsetningene ikke står til kravene. Langvarig stress kan videre føre til alvorlige helseproblemer[8]. Hvordan man opplever krav og kontroll i arbeidet kan også forklare yrkesrelatert stress. For høye krav i seg selv er ikke nødvendigvis negativt. Dersom man samtidig

opplever kontroll, kan høye krav oppleves motiverende og lærerikt. Om derimot kravene er høye og kontrollen liten, kan dette føre til helsefarlig stress[3]. Yrkesrelatert stress hos sykepleiere som skyldes dårlige arbeidsforhold er særlig vanskelige å mestre fordi det forhindrer en omsorgsfull praksis[9]. Å ikke ha mulighet til å gi den hjelpen og omsorgen man ønsker kan være med å skape SC[5,9-10]. I følge Wallin oppstår SC hovedsakelig som en effekt av en vanskelig jobbsituasjon[12]. Arbeidstakere som føler at de ikke kan gi tjenester som oppleves etisk eller faglig forsvarlig, har derfor en økt sjanse for å slutte i yrket[11].

Møtet mellom pasient og pleier er trolig det mest synlige kvalitetsstempelen på omsorg folk flest kjenner[13]. Helhetlig omsorg er både en lovfestet rett for pasienten, og et krav til hvordan man skal tenke og jobbe som sykepleier[14-16]. Omsorg bør være et mål i seg selv og betingelsesløs omsorg bør stå som et ideal [17]. I helsepersonelloven står det at arbeidet skal utøves omsorgsfullt og faglig forsvarlig. Hva som ansees som faglig forsvarlig vil variere ut i fra arbeidets karakter, helsepersonellens kvalifikasjoner og situasjonen[15,17]. Virksomheten skal organiseres og tilrettelegges slik at yrkesutøverne kan yte forsvarlig helsehjelp [15]. Faglig forsvarlighet omhandler også fravær av pasientskader[18]. WHO definerer pasientsikkerhet som et vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser, eller mangel på ytelser[19]. Pasientsikkerhetsprogrammet Trygg24 påpeker likevel at pasientskader skjeldent skyldes dårlige evner eller dømmekraft, men forekommer som et resultat av systemsvikt i en tjeneste som i utgangspunktet er meget kompleks og risikofyllt [20]. Ved mangel på ressurser, tid og personal kan pasientsikkerheten bli nedprioritert til fordel for den daglige driften[3,21].

Endringsprosesser i helsetjenesten skjer som regel parallelt med daglig virksomhet[3]. Det er derfor interessant å se på hvilke konsekvenser dette har for arbeidshelsen til personalet, og eventuelt hvilke faktorer som er avgjørende. Bakgrunnen for denne studien er en endringsprosess på et kommunalt helsehus. Endringen bestod hovedsakelig av nye, utvidede lokaler hvor man gikk fra tomannsrom til enerom. Dette medførte lengre korridor, og dermed lengre avstander. En sving i enden av korridoren fører til at man ikke har innsyn til enkelte av rommene. Som en naturlig konsekvens av denne endringen ble personalet og pasientfordelingen omorganisert.

Regjeringens plan for omsorgstjenesten inneholder ønske om å bygge lokaler som tilbyr et mangfold av løsninger som dekker ulike behov. Samtidig skal lokalene legge til rette for et godt arbeidsmiljø for yrkesutøverne[23]. Fra kommunens side ble enhetsleder og fagledere invitert med inn i deler av planleggingsfasen for å komme med innspill til utforming og planløsning. Hvordan øvrig personal ble informert i forkant av endringsprosessen er usikkert. Underveis ble informasjon gitt fortløpende, forholdsvis gjennom mail.

Problemstilling : *Er opplevd pasientsikkerhet viktig for helsepersonells arbeidshelse under en endringsprosess?*

## Metode

I studien er det brukt kvantitativ metode, med spørreundersøkelse som grunnlag for datainnsamlingen. Hensikten ved metodevalget var å belyse omfanget, og den representative opplevelsen av problemstillingen[24].

## Utvalg og informanter

Informanter ble rekruttert fra tre avdelinger ved et kommunalt helsehus i Trondheim. Utvalget bestod av sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og helsefagarbeidere. Både kvinner og menn var representert. Stillinger under 10 prosent ble ekskludert i etterkant.

## Spørreskjema og analyse

Spørreskjema som ble delt ut til respondentene av studien ble utformet av forfatter, en medstudent og veileder ved Norges teknisk-vitenskapelige universitet(NTNU) Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie. Spørreskjemaet inneholdt seksti påstander, der respondentene krysset av i en av fem graderinger- fra helt enig til helt uenig. Spørreskjemaet ble godkjent av Trondheim Kommune og NTNU. Dataene fra spørreskjemaene ble ført inn i dataprogrammet Excel. Deretter ble svarene systematisert fra undersøkelsen, og resultatene kunne fremstilles i tabeller og diagrammer for tilstrekkelig oversikt[24-25]. Analysen er basert på spørreskjemaene som ble fylt ut.

## Etiske overveielser

Ved alle spørreskjemaene var det vedlagt informasjon om prosjektet. I informasjonsskrivet ble respondentene informert om prosjektets hensikt, omfang, tidsbegrensing og kontaktinformasjon. Det ble også presisert i informasjonsskrivet at ved å besvare undersøkelsen samtykket de til å la resultatene bli brukt i prosjektet. Ferdig utfylte spørreskjemaer ble levert i lukkede bokser plassert på avdelingene, og ble kun åpnet ved utgått frist for besvarelser. Det var frivillig å delta i undersøkelsen, men av hensyn til anonymitet var det ikke mulig å trekke sin besvarelse i etterkant. Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (58522, 2018)

## Resultater

Resultatene er presentert i tabeller og diagrammer, og belyser respondentenes svar relatert til problemstillingen. Tabell 1 viser demografiske data.

Tabell 1.

<b>Eksklusjonskriterier</b>		
Antall besvarte spørreskjemaer	55	
Ukomplette spørreskjemaer	-1	1,84%
Respondenter med mindre enn 10% stilling	-4	7,27%
Totalt antall besvarelse	50	
<hr/>		
<b>Kjønnsfordeling</b>		
Antall kvinner	47	94%
Antall menn	3	6%
<b>Totalt</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<hr/>		
<b>Aldersfordeling</b>		
Alder 18-30 år	21	42%
Alder 31-40 år	15	30%
Alder 41-50 år	7	14%
Alder 51-60 år	4	8%
Alder 61-70+	2	4%
Uten svar	1	2%
<b>Totalt</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<hr/>		
<b>Utdanningsnivå og klinisk rolle</b>		
Helsefagarbeider	13	26%
Sykepleier (Grunnutdanning 3.år)	27	54%
Sykepleier m/spesialisering	4	8%
Ergoterapeut, fysioterapeut	4	8%
Administrativ rolle	1	2%
Lege	0	0%
Annet	1	2%
<b>Totalt</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>



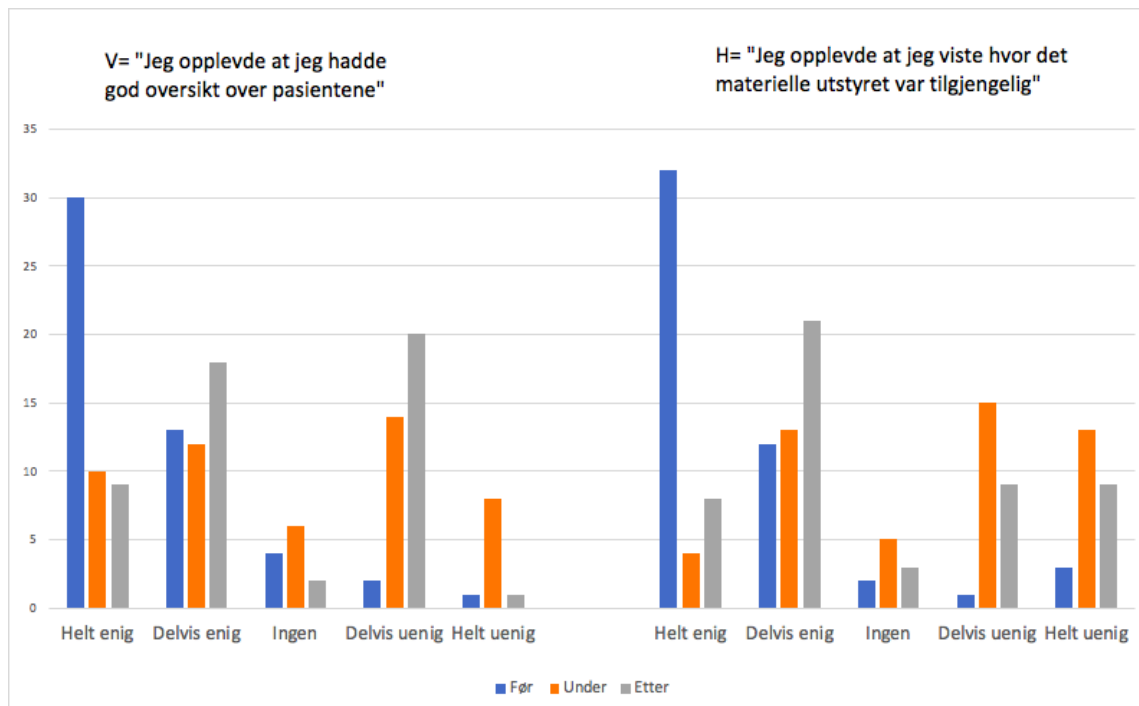
### Antall år på Øya helsehus

0-12 måneder	5	10%
13-23 måneder	12	24%
2-5 år	11	22%
6-10 år	7	14%
Over 10 år	15	30%
<b>Totalt</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

## Opplevelse oversikt og pasientsikkerhet

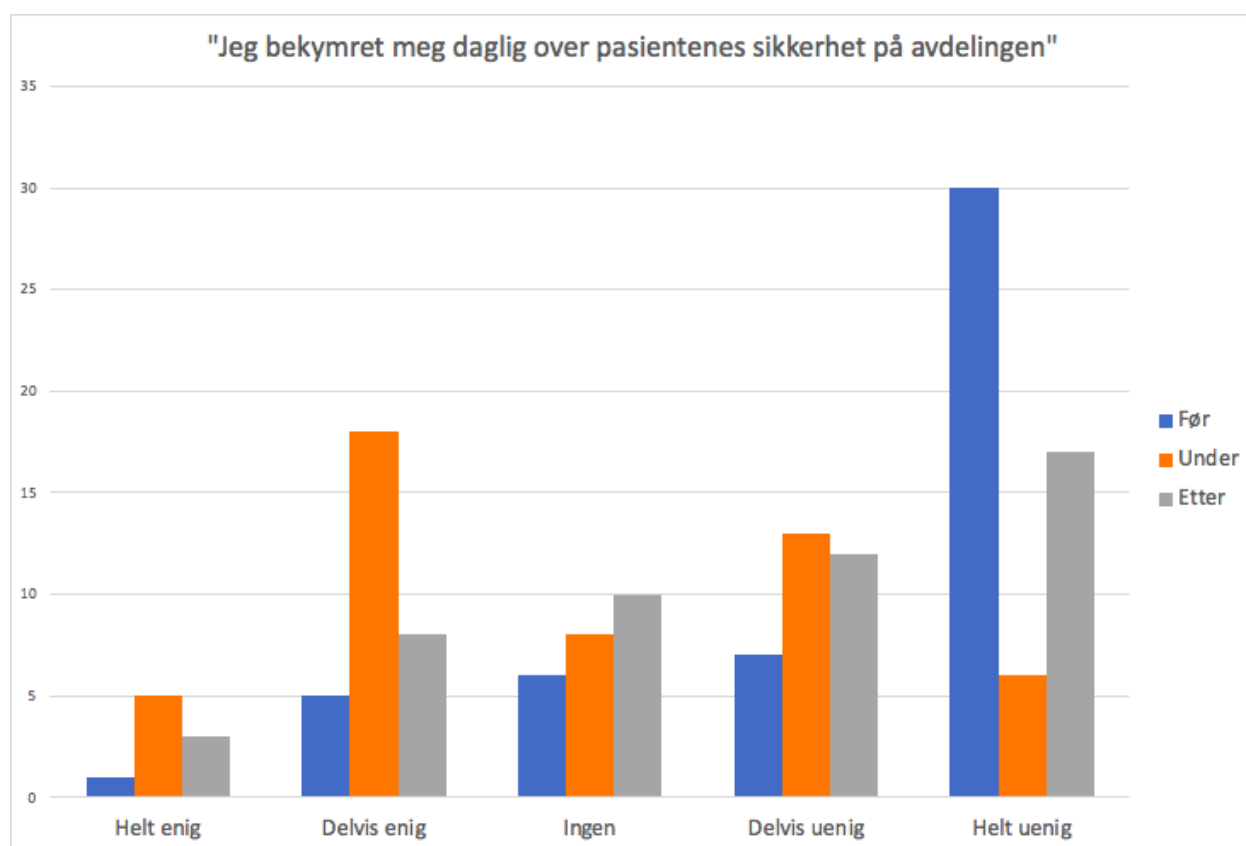
Resultatene fra undersøkelsen viser at personalet i forkant av endringsprosessen i stor grad opplevde å ha oversikt over pasientene og materielt utstyr på avdelingen. Prosentandelen som oppgir at de er helt eller delvis enig i at de opplever *god* oversikt over pasientene på avdelingen har en samlet prosent på 86%. Under endringsprosessen er det nesten halvering i gruppen som er helt eller delvis enig i at de opplever god oversikt(44%). Det er noe mer tydelig på materielt utstyr enn pasienter, men økningen er påfallende i begge kategorier(Figur 1). I etterkant ser det ut som en tendens til å gjenvinne oversikt ved et økende antallet i samme gruppe(54%).

Figur 1.



Resultatene fra denne undersøkelsen viser en markant endring i ansattes opplevelse av pasientens sikkerhet(Figur 2). I motsetning til 12% prosent i forkant, sier 46% under endringsprosessen seg helt eller delvis enig i denne påstanden: *jeg bekymrer meg daglig over pasientens sikkerhet på avdelingen*. Likevel viser undersøkelsen at i etterkant av endringen er tallet justert ned til 22%.

Figur 2.



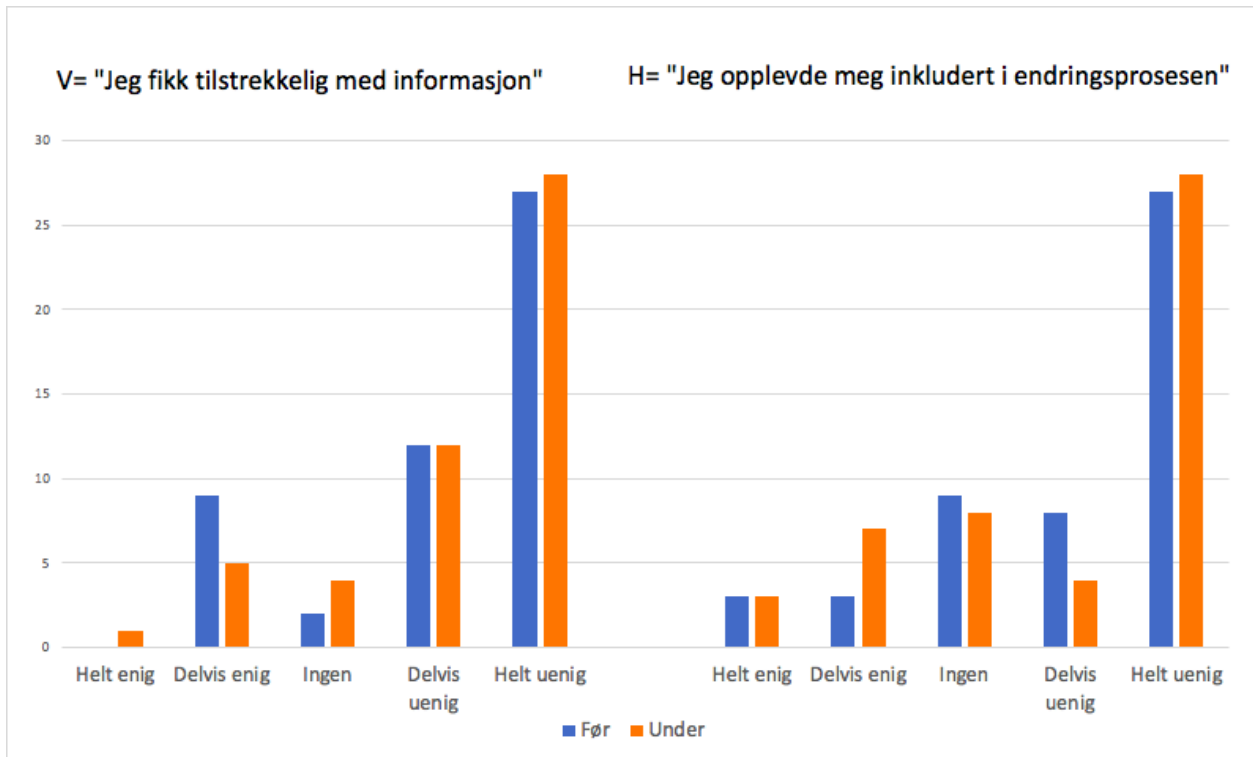
## Rapportert helse

Studien baserer seg på egenrapportert helse, det vil si hvordan respondentene opplevde og vurderte sin egen helse. Antall sykemeldinger eller rapportert sykefravær i denne perioden er ikke vektlagt. Resultatene viser følgende: Flertallet av de ansatte rapporterte i forkant av endringsprosessen sin egen helse som god(82%helt/delvis enig), godt sosialt miljø på arbeidsplassen(96%helt/delvis enig), tillit til at kolleger holder en faglig høy standard(94%helt/delvis enig) og bekymret seg lite over jobben utenom arbeidstid(47%helt/delvis enig). Disse funnene sett samlet, tyder på god arbeidshelse blant de ansatte i forkant av endringsprosessen. Samtidig viser studien en nedgang i alle målingene underveis i endringsprosessen. Nedgangen er ikke dramatisk, men påfallende. Endringen sees i egenrapportert generell helse(reduisert til 62% helt/delvis enig). Lik tendens i resultatene om sosialt miljø og bekymringer. Resultatene i etterkant av endringsprosessen beveger mot seg slik det var i utgangspunktet. Arbeidshelsen til de ansattes svekkes noe under endringsprosessen, men kan tydelig gjenvinnes i etterkant (78%helt/delvis enig).

## Inkludering og informasjon

I undersøkelsen kom det frem at personalet i liten grad opplever at de har blitt inkludert i endringsprosessen. Dette gjelder både før(70%) og underveis(64%) i endringsprosessen. I undersøkelsen kommer det ikke frem hvilke spesifikke områder personalet opplevde seg ekskludert, men gir kun svar på en generell opplevelse av inkludering. 80% av utvalget sa seg uenig i at gjennomføringen av endringen ble gjort på en tilfredsstillende måte. Nesten tilsvarende resultat finnes på informasjon. Både før, under og etter endringsprosessen er det nesten gjennomgående 70% av de ansatte sa seg helt eller delvis uenig i at de hadde fått tilstrekkelig informasjon(figur 3).

Figur 3.



## Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke: *er opplevd pasientsikkerhet viktig for helsepersonells arbeidshelse under en endringsprosess*. Som en del av dette ble opplevelsen av oversikt og kontroll undersøkt. Studien kartla helsepersonellens opplevelse før, under og etter en endringsprosess. Endringen omfattet både de nye fysiske lokalene, og organisering av både personalgruppe og pasienter.

Hovedfunnene i studien er at helsepersonellens opplevelse av oversikt og ivaretatt pasientsikkerhet var redusert under endringen. Resultatene tyder også på en ekstra helsebelastning i samme periode. Studien åpner for å diskutere hvorvidt god oversikt er nødvendig for god pasientsikkerhet, og om ivaretatt pasientsikkerhet er nødvendig for god arbeidshelse. Inkludering og informasjon blir også diskutert som mulige forebyggende effekter. Resultatene fra studien er diskutert i følgende underkapitler; oversikt, arbeidshelse og endringsprosessen.

### Oversikt - et nødvendig virkemiddel for god praksis?

Resultatene viser at personalet i forkant av studien opplevde at de hadde god oversikt over både pasientene på avdelingen, og hvor det materielle utstyret var tilgjengelig. Under endringsprosessen viser våre funn en endring i dette. Oversikten over pasientene på avdelingen svekkes, tilsvarende funn foreligger på det materielle utstyret. Er en opplevelse av oversikt og kontroll nødvendig for å kunne gi god helsehjelp?

### Lokaler til besvær

De nye lokalene bestående av enerom gir økte muligheter for å dekke individuelle behov, da tomannsrom kan være utfordrende. Ivaretakelsen av en pasients behov kan gå på bekostning av den andre på rommet[23]. I tillegg er det enkelte pasienter som ikke kan bo på tomannsrom av ulike grunner. Tomannsrom gjør det derfor vanskelig å utnytte virksomhetens fulle kapasitet til enhver tid. Samtidig kan de nye lokalene by på andre utfordringer. Korridoren har blitt lengre,

noe som kan innskrenke helsepersonellens muligheter for å være tilgjengelig for pasientene. Svingen nederst i gangen fører også til at det har oppstått “dødvinkler” hvor de ansatte ikke ser pasientrommene like godt som tidligere. Dersom en pasient eksempelvis skulle falle kan det tenkes at det tar lengre tid for personalet å oppdage.

### **Oversikt som nødvendig middel for helhetlig pleie**

Syke eldre utgjør mesteparten av pasientene på sykehjem og i kommunehelsetjenesten[22]. Gruppen har ofte sammensatte, komplekse sykdomsbilder og krever kontinuerlig oppfølging for å dekke grunnleggende behov. Uheldige og unødvendige hendelser som feilmedisinerer, fall, feilernæring, og infeksjoner kan generelt få fatale konsekvenser, men for denne spesielt sårbare gruppen vil slike hendelser føre til ytterligere funksjonssvikt [13, 22]. Koordinering er en viktig del av sykepleieryrket, og oppstår som en følge av det å yte helhetlig omsorg[3]. Helhetlig omsorg til syke eldre handler i stor grad om å ha oversikt over pasientens behov og iverksette hensiktsmessige tiltak[13]. Ved helsehus arbeider man tverrfaglig for å kartlegge funksjon og behov, planlegge og iverksette tiltak, samt ofte følge opp behandling fra sykehus og rehabiliterer til hjemreise. Øvrige yrkesgrupper som sykepleiere samhandler med som leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og annet helsepersonell, forventer også at sykepleieren har oversikt over pasientens tilstand og effekten av behandling[3]. Orvik poengterer ved studien til Frisack og Åhgren at pasientsikkerheten kan bli nedprioritert av personalet som en følge av ressursmangel på tid og personal[3, 21]. Dersom personalet må bruke mye tid på å skaffe seg oversikt over pasienter og utstyr kan dette gå på bekostning av den direkte pasientkontakten, og da eksempelvis gå utover sykepleierens kapasitet til å ha oversikt over pasientens allmenntilstand/ernæringstilstand/smerter/fallfare. Videre kan man lure på om det tverrfaglige samarbeidet kan fungere optimalt uten tilstrekkelig oversikt?

Pasientsikkerhet handler om det man gjør- men også det man *ikke* gjør som helsepersonell. Å føle at man har oversikt, og det å ha reell oversikt er helt essensielt for pasientsikkerheten[18]. Resultatene fra studien tyder på en reduksjon i opplevd oversikt under endringsprosessen, og daglige bekymringer over pasientsikkerheten kan oppstå som et resultat av dette. Mindre oversikt og mer “kaos” under en endringsfase kan tenkes å være normalt. Likevel er dette en studie av en helsevirksomhet, og pasienter har samme behov og rettigheter uavhengig av om virksomheten er i en endringsprosess.

### Arbeidshelse - å jobbe på akkord med egen samvittighet

Et av de tydeligste funnene fra studien er den markante økningen i daglige bekymringer over pasientenes sikkerhet underveis i endringsprosessen. Resultatene i undersøkelsen viser også redusert arbeidshelse i samme tidsperiode. Kan økt grad av bekymring forklare redusert arbeidshelse? Å jobbe med syke eldre kan oppleves utfordrende, meningsfullt og givende. Eldreomsorgen kan også oppleves utilstrekkelig som følge av høye krav og lite ressurser[5]. Særlig gjelder dette i primærhelsetjenesten, fordi liggetid på sykehus stadig blir kortere og man skal bo hjemme så lenge som mulig[2]. Helsehusene fungerer som mellomledd mellom disse to institusjonene. I praksis vil dette si at pasientgruppen på helsehusene er for friske for sykehus, og for syke til å bo hjemme. Pasientgruppen kan ha et stort hjelpebehov og krever ofte koordinerte og sammensatte tjenester. Kravene til ansatte i primærhelsetjenesten er i utgangspunktet stort[1-2,11]. Endringsprosessen stiller ytterligere krav til personalet. Ved en endringsprosess skal ansatte ivareta daglige virksomhet som i utgangspunktet er krevende, samtidig gjennomføre en endringsprosess. Summen av dette fører til økt arbeidsbelastning for personalet[3-4]. Tidligere forskning har understreket at yrkesrelatert stress hos sykepleiere ikke kun handler om arbeidsmengden eller arbeidsoppgaver som skal utføres- men *hvordan* de gjøres. I arbeidsmiljøloven §4.3 står det “*arbeidet skal legges til rette slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas*”[7]. Ivaretagelse av helsepersonells integritet stryker deres opplevelse av mening og sammenheng i arbeidet[3]. Å jobbe på akkord med sine egne verdier og samvittighet, kan føre til SC, en form for psykisk og emosjonelt stress[5,12]. Begrepet brukes om belastningen ved å ikke kunne utføre arbeidet slik man *egentlig* ønsker. Denne formen for stress har vist seg å ha helseskadelig karakter, og øker sjansen for utbrenthet[5]. Det er også påvist en sammenheng

med frafall i yrket som ytterste konsekvens[11]. Med bakgrunn i tidligere forskning og egne resultater, kan det tyde på at helsepersonellens arbeidshelse ble dårligere fordi de ikke fikk yte hjelp slik de egentlig ønsker. Wallins studie uttrykker at SC oppstår som en effekt av en vanskelig arbeidssituasjon, og som hovedsakelig kan løses organisatorisk[12]. Nye lokaler, omorganisering av pasienter og personal kan være en vanskelig arbeidssituasjon. Man kan jo da stille spørsmål om ledelsen la til rette for at de ansatte kunne yte den hjelpen og omsorgen de egentlig ønsker å gi?

### **Er sykepleiere sin egen verste fiende?**

Ved økt belastning og like ressurser kan det oppstå et vakuum mellom det man ønsker å gi pasientene- og det man faktisk har *muligheten* til å gi[4]. Dette kan ha sammenheng med sykepleieres grunntanke om helhetlig sykepleie. Idealet om helhetlig pleie er omfattende, og vanskelig å leve opp til i det daglige arbeidet. Tidligere studier har tatt til orde for at idealet om helhetlig pleie og omsorg kan være en stressbelastning i seg selv for sykepleiere[3,5]. På en side kan man tenke at dersom sykepleierne har helhetlig pleie og omsorg som mål, vil det være lett å føle at man stadig mislykkes fordi det er en underliggende tanke at “*vi alltid kan gjøre mer*”. Dersom man alltid kan gjøre mer, vil man da noen gang føle at man har gjort nok? På den andre siden er det viktig å nevne at forsvarlig og helhetlig sykepleie er ikke det samme. Mens forsvarlig sykepleier kan sees på som en minstandard for arbeidet, er helhetlig sykepleie det som anses som idealet[17]. Man er ikke nødvendigvis er faglig uforsvarlig dersom man ikke møter kriteriene for helhetlig pleie og omsorg[18]. Likevel sier Martinsen at skyldfølelse kan oppstå dersom man kun følger standarder, uten å ville eller kunne møte pasienten. Den praktiske betydningen av dette vil si at sykepleiere kan oppleve skyldfølelse selv om man yter faglig forsvarlig sykepleie[10]. Dette løfter frem et viktig spørsmål: Bør sykepleiere justere sin egen målestokk for å ivareta sin egen arbeidshelse over tid?

### **Pasienter som tapende part ved dårlig arbeidshelse**

Tidligere studier understreket at SC og andre faktorer som påvirker arbeidshelsen kan være skadelig for kvaliteten på pleien man gir[5,12]. Sykepleieteoretiker Kari Martinsen har også tatt



til orde for hvordan organisatoriske krav påvirker omsorgsevnen. Hun kaller det den *vonde travelheten*, når man møter økte krav om effektivisering, standardisering, overblikk og samtidig skulle utføre individuell pleie. Den vonde travelheten kan føre til dårligere pleie, og at pasienten underkommuniserer sine behov[10]. På mange måter kan det se ut til å være en negativ spiral dersom arbeidsgiver ikke sørger for at de ansatte kan yte faglig, etisk og moralsk forsvarlig pleie. Dårlig pleie gir personalet dårlig samvittighet, og dårlig samvittighet skaper en form for moralsk stress som resulterer i dårligere pleie. Wallins studie fastslår at 22-37% av helsepersonell som arbeider i eldreomsorgen døyver samvittigheten for å ikke slite seg ut over tid. Samme studie uttrykker videre at *“vi trenger verken helsepersonell uten samvittighet- dog heller ikke helsepersonell som blir syke fordi de arbeider på akkord med sin egen samvittighet”*[12].

Under endringen var arbeidshelsen blant de ansatte på helsehuset redusert. Sett i lys av forskning og egne resultater, kan det tyde på at bekymring over pasientsikkerheten førte til en ekstra stressbelastning for de ansatte. Studien spurte ikke direkte om stress grunnet dårlig samvittighet. Likevel kan man antyde at økt bekymring for pasientsikkerheten fører til dårlig samvittighet hos de ansatte. Dårlig samvittighet kan skape stress hos personalet som kan være skadelig for deres arbeidshelse. Antall ansatte som bekymret seg for pasientsikkerheten er halvert i etterkant av endringsprosessen kontra underveis. Rapportert arbeidshelse etter endringsprosessen er nesten tilsvarende slik den var før endringsprosessen. Dette funnet tyder på at pasientsikkerheten påvirker arbeidshelsen til de ansatte. Samtidig viser funnene en midlertidig stressbelastning, og man kan argumentere for at en slik endringsprosess ikke har noe betydning i det lengre løp.

## Endringsprosessen

Flertallet av studiens respondenter var helt eller delvis uenig i at de opplevde seg inkludert i endringsprosessen. De aller fleste følte heller ikke at de fikk tilstrekkelig informasjon før eller under endringsprosessen. Endring handler om å forberede og skape merverdi. Verdifulle endringer oppleves meningsfulle, og prosessen blir gjennomført på en planlagt og tilrettelagt måte[3]. De fysiske endringene har flere fordeler: større muligheter for å tilpasse individuelle behov, lettere å holde taushetsplikten, full benyttelse av helsehusets kapasitet og kan på enkelte områder sikre pasientsikkerheten ved f.eks smitte. Samtidig er det viktig å skille mellom produkt

og prosess. Å oppleve selve endringsprosessen som planlagt og tilrettelagt, har kanskje særlig betydning i helsevirksomheter, nettopp fordi den ikke bare påvirker de ansatte- men også pasientene[3].

Det er vanskelig å vurdere i etterkant om studiens resultater hadde vært annerledes dersom de ansatte hadde følt seg tilstrekkelig inkludert og informert. Likevel løfter disse resultatene ingen tvil om at måten og mengden informasjon som ble gitt og inkludering av ansatte kunne vært gjort på en annen måte. Empirisk forskning er tydelig på at inkludering og nok informasjon er viktig[3,6]. Arbeidsgiver er lovpliktig til å informere og drøfte spørsmål som er av betydning for arbeidstakerne[7]. Dersom man hadde inkludert de ansatte mer i planleggingsfasen av endringen, ville man kunne ventilert bekymringer og eventuelle risikoproblemer[4]. Inkludering og informasjon er neppe et behov som er spesielt for helsevirksomheter i endringsprosesser. Likevel kan mangel på dette skape en ekstra belastning hos yrker som jobber med helse, liv og død. I lys av forutgående drøfting, kan det tenkes at mer inkludering og bedre informasjonsflyt kunne økt opplevelsen av kontroll hos de ansatte under endringsprosessen. Å inkludere de ansatte i større grad kunne hatt betydning for både pasientsikkerheten og arbeidshelsen[6].

En endringsprosess gjør det under en periode stilles høyere grad til personalet. Da er det særlig viktig å forebygge stress ved å sørge for opplevelse av kontroll. Større grad av inkludering og informasjon kunne kanskje har ført til en opplevelse av bedre kontroll under endringsprosessen.

## Styrker og svakheter ved studien

Studien har gitt en bedre innsikt personalgruppens opplevelse av en endringsprosess på et utvalgt helsehus. Høy deltakelse er også positivt ved bruk av en slik metode[24-25].

Spørreundersøkelsens bredde gjorde også at det var mulig å se hvilke faktorer som skilte seg ut, og som påvirket personalets opplevelse av endringsprosessen. Derimot har metoden gjort det vanskelig å gå i dybden, eller trekke noen absolutte konklusjoner. Denne studien har sannsynligvis flere svakheter, der jeg vil trekke frem to. For det første er studien basert på

egenrapportert opplysninger og opplevelser. På grunn av tidsbegrensning og studiens nivå var det ikke mulighet til å se på objektive mål av arbeidshelse som for eksempel sykemeldinger og fravær. Objektive målinger over pasientsikkerhet som innrapporterte avvik, skader eller nesten-skader er heller ikke tatt i betraktning. For det andre var påstandene i denne undersøkelsen svært generelle, og sannsynligheten for at de ansatte tolket begrepene i undersøkelsen ulikt er høy. Spørreskjemaet ga heller ikke mulighet for å føre inn ekstra informasjon selv. Som resultat kan påliteligheten til studien være svekket. Fokusgruppeintervjuer kunne komplementert spørreundersøkelsen, og tilført dybdeforståelse som ikke denne studien hadde mulighet til. Studien er muligens generaliserbar til helsehus i samme kommune. Utover dette er ikke denne studien tilstrekkelig for å generalisere ytterligere[23].

## Konklusjon

Denne studien har belyst hvordan opplevd pasientsikkerhet er viktig for helsepersonells arbeidshelse under en endringsprosess. For å svare på dette har et kommunalt helsehus blitt undersøkt under en endring bestående av fysiske endringer i lokalet, og omorganisering av personal og pasienter som en konsekvens. Studien har videre vist at under denne endringsprosessen opplevde personalet liten grad av oversikt over pasienter og utstyr. Som en mulig følge av dette, opplevde ikke personalet pasientsikkerheten som tilstrekkelig. Dette funnet i seg selv, kan ha ført til at de ansatte måtte arbeide på akkord med sin egen samvittighet som kan være en stressbelastning. Funn viser også at personalet følte seg lite inkludert og informert før, under og etter endringsprosessen. Opplevelsen av ivaretatt pasientsikkerhet under endringsprosesser er viktig for sykepleieres arbeidshelse. Likevel tyder funnene på at dette var en midlertidig stressbelastning, og det er ikke mulig å vurdere hvilke konsekvenser dette har for arbeidshelsen på sikt.

## Referanser

1. Meld. St. 11(2015-2016) Nasjonal helse og sykehusplan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015
2. Forskningsrådet. Evaluering av samhandlingsreformen[Internett] Oslo: Norsk forskningsråd; Juni 2016.
3. Orvik A. Organisatorisk kompetanse. 2 Utg. Oslo: Cappelen Damm; 2015.
4. Nordang K, Hall-Lord ML, Farup PG. Burnout in healthcare professionals during reorganizations and downsizing. A cohort study in nurses. BMC Nursing. (2010) 9:8
5. Åhlin J, Ericson-Lidman E, Nordberg A, Strandberg G. A comparison of assessment and relationships of stress of conscience, burnout and social support between healthcare personnel working at two different organizations for care of older people. Scandinavian Journal of Caring Science. 2015(29) 277-287
6. Bogaert PV, Kowalski C, Weeks SM, Van Heusden D, Clarke SP. The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A-cross sectional survey. International Journal of Nursing Studies. 2013(50)1667-1677
7. Lov om arbeidsmiljø (arbeidsmiljøloven). Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet; 2005
8. Arbeidstilsynet. Stress [Internett] Oslo. <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/stress/> (10.05.2019)
9. Kongsmo T. En hatt med slør...Om omsorgens betydning i sykepleie. En presentasjon av Benner og Wrubels teori. 4 opplag. Oslo: TANO; 1995
10. Martinsen K. (2014). «Vil du meg noe?» Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I: Alsvåg H, , Førland O, Jacobsen FF. Red. Rom for omsorg. Bergen: Fagbokforlaget, 2014:226-245
11. Gautun H, Øien H, Bratt C. Underbemanning er selvforsterkende. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA; 2016. NOVA-rapport 2016:6
12. Wallin AO, Jakobsson U, Edberg AK. Job strain and stress of conscience among nurse assistants working in residential care. Journal of Nursing Management. 2015(23):368-379
13. Kirkevold M. Geriatrik sykepleie. 2 Utg. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag 2014
14. Lov om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 1999
15. Lov om helsepersonell (helsepersonelloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999
16. Norsk sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [internett] Oslo. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (10.05.2019)
17. Kristoffersen NJ, Nordtvedt F, Skaug EA. Grunnleggende sykepleie Bind 1. 2 Utg. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag 2012.

18. Norsk sykepleierforbund. Faglig forsvarlighet [Internett] Oslo.  
[https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig\\_forsvarlighet.pdf](https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf)  
(27.05.2019)
19. World Health Organization. Patientsafety [Internett]  
<https://www.who.int/patientsafety/en/> (10.05.2019)
20. Tiltakspakke for ledelse av pasientsikkerhetsprogrammet, Nasjonal pasientsikkerhetsprogram I trygge hender[Internett]. 2014. Tilgjengelig fra:  
[https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/\\_attachme nt/3338?\\_download=false&\\_ts=14ffeb02fbe](https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/_attachme nt/3338?_download=false&_ts=14ffeb02fbe)
21. Frisack J, Åhgren B. Røster om pasientsikkerhetskultur. Nordic School of Public Health. 2012(6)
22. Aase K, red. Pasientsikkerhet teori og praksis. 3 Utg. Oslo; Universitetsforlaget; 2018.
23. Omsorg 2020. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015
24. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 5 Utg. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag; 2012.
25. Drageset S. Ellingsen S. Forståelsen av kvantitativ helseforskning- en introduksjon og oversikt. Nordisk tidsskrift for helseforskning 2009(2).

## Vedlegg 1.



### Til deg som er personell ved Øya helsehus

#### Bakgrunn og formål

Vi er to 3.års sykepleiestudenter ved NTNU Trondheim som skal skrive prosjektbachelor om arbeidslivhelse. I den anledning har vi inngått et samarbeid med Øya helsehus, som har fått nye, utvidede lokaler og vært igjennom en endringsprosess. Spørreundersøkelsen har til hensikt å kartlegge ansattes opplevelse av denne endringen. Vi håper at resultatet kan bidra til økt kunnskap om helsepersonells opplevelse av endringer og arbeidslivhelse.

Det er frivillig å delta i studien, og spørreskjemaet er anonymt. Det er derfor ikke mulig å trekke tilbake sin deltakelse i etterkant. Prosjektet skal etter planen avsluttes våren 2019. Alle spørreskjemaer vil bli makulert ved prosjektets slutt.

#### Hva innebærer deltakelsen i studien?

Undersøkelsen gjennomføres ved å svare på et spørreskjema. Det var ca.4-7 min å svare på. Spørreskjemaet inneholder 60 spørsmål. Du bes om å svare på spørsmål og påstander ved å krysse av i boksen som stemmer overens med din grad av enighet eller uenighet.

#### Samtykke til deltakelse

Ved å svare på spørreskjemaet har du bekreftet at du har mottatt og forstått informasjonen som ble både skriftlig og muntlig presentert for deg.

#### Begrepsdefinisjon

Spørreskjemaet er delt i tre bolker- før, under og etter endring. Med begrepet «*endring*» mener vi åpningen av den nye A-fløyen og alle endringene gjort i den forbindelsen.

\*Kontaktinfo fjernet før innlevering

Med vennlig hilsen  
3.års sykepleiestudenter, kull 2016  
NTNU Trondheim

Les teksten godt, og huk av for ett punkt som passer for deg.

Hvilket kjønn er du?

- Mann
- Kvinne
- Annet

Hvor gammel er du?

- 18-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61-70+

Hvilket utdanningsnivå har du fullført?

- Helsefagarbeider
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Sykepleier (3.årig grunnutdanning)
- Sykepleier m/ spesialisering
- Lege
- Annet

Hva er din kliniske rolle på avdelingen?

- Helsefagarbeider
- Sykepleier (3.årig grunnutdanning)
- Spesialsykepleier
- Lege
- Administrativ rolle
- Fysioterapeut/ Ergoterapeut.
- Annet

Hvor lenge har du jobbet på Øya helsehus?

- 0-12 måneder
- 13-23 måneder
- 2-5 år
- 6-10 år
- Over 10 år

Hvilken stilling har du på Øya helsehus?

- 10-30%
- 31-50%
- 51-70%
- 71-90%
- 91-100%

Måtte du bytte avdeling i forbindelse med endringen?

- Ja
- Nei



## Før endringen

	Helt uenig	Delvis uenig	Ingen	Delvis enig	Helt enig
Jeg gledet meg til å gjennomføre endringen					
Jeg fikk tilstrekkelig informasjon om endringen i forkant					
Jeg opplevde at mine synspunkter ble hørt i forkant av endringen					
Jeg opplevde at jeg var inkludert i endringsprosessen					
Endringen ble gjort mot min vilje					
Jeg var skeptisk til omstillingen.					
Jeg opplevde at jeg hadde god oversikt over pasientene på avdelingen før endringen					
Jeg opplevde at jeg viste hvor det materielle utstyret var tilgjengelig før endringen					
Jeg bekymret meg daglig over pasientenes sikkerhet på avdelingen før endringen					
Bemanningen var tilfredsstillende med tanke på arbeidsmengde før endringen					
Jobben la til rette for faglig utvikling					

Jeg opplevde at ledelsen ivaretok de ansattes behov på en god måte i forkant av endringen					
Jeg viste hva arbeidsgiver forventet av meg på arbeidsplassen					
Jeg hadde tillit til at mine kolleger hadde en faglig høy standard					
Jeg følte meg ofte nedstemt, sliten og/eller kraftløs etter jobb					
Jeg opplevde at det var et godt sosialt miljø på jobben					
Jeg bekymret meg mye over jobben utenom arbeidstid					
Jeg opplevde at jeg hadde god helse					

## Under endringen

	Helt uenig	Delvis uenig	Ingen	Delvis enig	Helt enig
Jeg gledet meg til å gjennomføre endringen underveis.					
Jeg fikk tilstrekkelig informasjon underveis i endringen					
Det ble tatt hensyn til mine synspunkter underveis i endringen					
Jeg følte meg inkludert underveis i endringsprosessen					
Endringsprosessen gikk bedre enn jeg hadde trodd					
Jeg opplevde at jeg hadde god oversikt over pasientene på avdelingen under endringsprosessen					
Jeg opplevde at jeg viste hvor det materielle utstyret var tilgjengelig under endringsprosessen					
Jeg bekymret meg daglig over pasientenes sikkerhet på avdelingen underveis i endringen					
Bemanningen var tilfredsstillende med tanke på arbeidsmengde under endringsprosessen					
Jobben la til rette for faglig utvikling underveis i endringsprosessen					
Jeg opplevde at ledelsen ivaretok de ansattes behov på en god måte underveis i endringen					

Jeg viste hva arbeidsgiver forventet av meg på arbeidsplassen under endringsperioden					
Jeg hadde tillit til at mine kolleger hadde en faglig høy standard under endringsperioden					
Jeg følte meg ofte nedstemt, sliten og/eller kraftløs etter jobb under endringsperioden					
Jeg opplevde at det var et godt sosialt miljø på jobben under endringsperioden					
Jeg bekymret meg mye over jobben utenom arbeidstid i endringsperioden					
Jeg opplevde at jeg hadde god helse under endringsperioden					

## Etter endringen

	Helt uenig	Delvis uenig	Ingen	Delvis enig	Helt enig
Endringen gikk bedre enn jeg forventet					
I etterkant av endringen syntes jeg at jeg fikk nok informasjon før og under endringen					
Jeg opplever at mine synspunkter ble tatt i betraktning i etterkant av endringen					
Jeg syntes gjennomføringen av denne endringen var tilfredsstillende					
Jeg er skeptisk til fremtidige endringer					
Jeg opplever at jeg har god oversikt over pasientene på avdelingen etter endringen					
Jeg opplever at jeg vet hvor det materielle utstyret er tilgjengelig etter endringen					
Jeg bekymrer meg daglig over pasientenes sikkerhet på avdelingen etter endringen					
Bemanningen er tilfredsstillende med tanke på arbeidsmengde etter endringen					
Jobben legger til rette for faglig utvikling etter endringen					
Jeg opplevde at ledelsen ivaretok de ansattes behov på en god måte i etterkant av endringen					

Jeg vet hva arbeidsgiver forventer av meg på arbeidsplassen etter endringen					
Jeg hadde tillit til at mine kolleger hadde en faglig høy standard etter endringen					
Jeg føler meg ofte nedstemt, sliten og/eller kraftløs etter jobb etter endringen					
Jeg opplever at det er et godt sosialt miljø på jobben etter endringen					
Jeg bekymrer meg mye over jobben utenom arbeidstid etter endringen					
Jeg opplever at jeg har god helse					