



ppgave

SAE00 Sykepleie

**Pleiekvalitet og dets påvirkningsfaktorer i sykehjem/
Quality of care and factors of influence in nursing
homes**

Siri Hoås og Marianne Aasgård

Totalt antall sider inkludert forsiden: 51

Molde, 26.11.2009



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Pleiekvalitet og dets påvirkningsfaktorer i sykehjem

Tittel på engelsk: Quality of care and factors of influence in nursing homes

Forfatter(e): Siri Hoås og Marianne Aasgård

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Sølvi Standal og Gerd Unni Stavik

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 26.11.2009

Antall ord: 9996

Sammendrag

Hensikten med studien var å belyse hvilke faktorer som påvirker pleiekvaliteten i sykehjem. Pleiekvalitet er et vidt begrep og kvaliteten på pleien som blir gitt påvirkes av mange faktorer. I studien fremhever vi egenskaper hos den enkelte sykepleier og rammefaktorene som utøvelsen av sykepleie skjer innenfor. Den anvendte metoden er en systematisk litteraturstudie. Totalt ble ni forskningsartikler inkludert til studien. Analysen av disse gav resultater som viser noen av de faktorene som påvirker pleiekvaliteten i sykehjem. Hos sykepleieren fremheves holdninger, kunnskaper og en vegring mot endring som faktorer som har innvirkning på pleiekvaliteten. Videre kommer det frem at rammefaktorer som ledelse, bemanning og tidsmangel også påvirker pleiekvaliteten. Vi konkluderer med at pleiekvalitet påvirkes av mange faktorer, og i denne studien har vi belyst et utvalg av disse. Vi har kommet frem til at mer forskning omkring temaet er nødvendig.

Nøkkelord: Pleiekvalitet, pleiekultur, sykehjem, kunnskap, organisering.

Abstract

The aim of this study was to throw light on factors that influence the quality of care in nursing homes. Quality of care is a wide conception and the quality of provided care is influenced by numerous factors. In this study we aim to highlight characteristics within each nurse and the settings that these nurses work within. The method used was a systematic literary study. Nine scientific articles were included in this study. Analysis of these articles gave results that showed a few of these factors that influence the quality of care in nursing homes. Nurse attitudes, knowledge and persistence against change in practise is factors that influence the quality of care. Organizational settings like management and lack of time and staff does also affect the quality of care in nursing homes. Our conclusion is that quality of care is influenced by many factors, and in our study is a few of these factors are high-lighted. More research about this theme is necessary.

Keywords: Quality of care, nursing culture, nursing home, knowledge, organization

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt	1
1.2 Problemstillinger	2
2.0 Bakgrunn	3
2.1 De eldre og sykehjem	3
2.2 Pleiekvalitet	4
2.3 Kunnskap og kompetanse	6
2.4 Pleiekultur og endringsvilje	7
2.5 Ledelse	8
2.6 Organisering	10
3.0 Metode	12
3.1 Datainnsamling	12
3.2 Databaser	13
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.4 Litteratursøket	14
3.5 Kvalitetsbedømming	15
3.6 Utvalg	16
3.7 Analyse	16
4.0 Resultat	18
4.1 Indre faktorer hos sykepleieren som påvirker pleiekvaliteten	18
4.1.1 Kunnskap	18
4.1.2 Holdninger	20
4.2 Rammefaktorer som påvirker pleiekvaliteten	21
4.2.1 Organisering	21
4.2.2 Ledelse	23
5.0 Diskusjon	26
5.1 Metodediskusjon	26
5.2 Resultatdiskusjon	28
5.2.1 Kunnskap	29
5.2.2 Holdninger	30
5.2.3 Primær- versus gruppepleie	31
5.2.4 Tverrfaglig samarbeid	31
5.2.5 Ressurser og trivsel på arbeidsplassen	32
5.2.6 Lederens egenskaper og involvering av sykepleiere	33
6.0 Konklusjon	34
Referanser	36
Vedlegg	39

1.0 Innledning

Temaet vi har valgt å belyse i denne litteraturstudien er pleiekvalitet. For oss som studenter er dette et viktig og engasjerende tema, særlig med tanke på at vi selv snart skal tiltre i rollen som ansvarlige sykepleiere. Vår kommende yrkestittel fører med seg en rekke krav og forventninger i forhold til hvilke kunnskaper og holdninger vi skal sitte inne med.

Pleiekvalitet er et stort og omfattende begrep som handler om mer enn sykepleierens vilje og evne til å utføre god sykepleie. I hverdagen som sykepleier vil vi møte mange utfordringer. En av disse utfordringene er i møte med rammefaktorer som ofte skaper begrensinger i forhold til sykepleierens arbeidsvilkår. En begrensning i sykepleieren arbeidsvilkår vil virke inn på utøvelsen av god sykepleie.

Vår oppfatning er at folk flest har en variert oppfatning av pleiekvaliteten i sykehjem. De negative omtalene er gjerne de som kommer tydeligst frem, da disse gjerne blir forsterket gjennom ulike media. Vi mener likevel at det ikke er en riktig framstilling at pleiekvaliteten er utelukkende lav, da vi fra praksis og egne erfaringer ser at dette ikke alltid er tilfelle.

Siden pleiekvaliteten kan oppfattes så ulikt, finner vi det interessant å undersøke problematikken omkring dette temaet. Vi ønsker å bidra til en større forståelse av begrepet pleiekvalitet fra et sykepleieperspektiv. Vi har valgt å bruke trykksår, som er en av mange kvalitetsindikatorer, som et eksempel i denne studien.

Studien er begrenset til å omhandle eldre mennesker som bor i sykehjem. Det er denne gruppen innenfor sykepleie om interesserer oss mest, siden vi skal jobbe med eldre etter endt utdanning

I oppgaven er termene pasienter og beboere, samt sykehjem og institusjon brukt som synonymer. Dette er gjort for å få større variasjon i teksten. Oppgave og studie er også blitt brukt synonymt av forfatterne gjennom litteraturstudien.

1.1 Hensikt

Hensikten med studien var å belyse hvilke faktorer som påvirker pleiekvaliteten i sykehjem.

1.2 Problemstillinger

Hvilke indre faktorer hos sykepleieren virker inn på pleiekvaliteten?

Hvilke rammefaktorer har betydning for pleiekvaliteten?

2.0 Bakgrunn

2.1 De eldre og sykehjem

Aldring fører til reduserte leveutsikter og økt risiko for å utvikle sykdom. De biologiske forandringene ved den naturlige aldringsprosessen medfører konsekvenser for fysisk, psykisk og sosial prestasjonsevne (Laake 2003).

I det siste 10 årene har det vært en økning når det gjelder eldre over 67 år. Denne utviklingen ser nå ut til å ha stoppet noe opp. I perioden 1990-2010 ventes det heller en nedgang på 14 000 personer i aldergruppen over 67 år. Det er da en reduksjon i gruppen *ynge eldre* som hovedsakelig er årsaken til denne nedgangen. Prognoser viser at veksten i både det absolutte antall eldre og i de eldres relative andel av totalbefolkningen foreløpig er stabilt, men den vil øke sterkt igjen etter 2010. Under hele denne perioden vil de eldre imidlertid utgjøre en stor gruppe i befolkningen. Det er spesielt gruppen som omfatter de eldste eldre på 80 år og over som vil øke i denne perioden. Dette er den gruppen som vil utgjøre det største pleiebehovet (Karoliussen og Smebye 2000).

Pasientgruppen i sykehjem har endret seg de siste 10-20 årene. Sykehjemspasientene har i dag et vesentlig større pleiebehov, og leveutsiktene i sykehjem har blitt lavere som følge av at pasientene har en dårlige helsetilstand ved innleggelse. Denne utviklingen har sammenheng med fremveksten av hjemmesykepleie, som gjør at flere eldre velger å bo hjemme så lenge dette er gjennomførbart ved hjelp av hjemmesykepleie. Pasienter med diagnosen demens er den dominerende pasientgruppen i sykehjemmene, andelen pasienter med demens er antatt å være 70 %. For øvrig domineres sykdomsbildet av forflytningsproblemer, benskjørhet og beinbrudd, hjerte- og lungesykdommer, inkontinens og ernæringsproblemer (Laake 2003).

En institusjon kan i mange sammenhenger forstås som et samfunn utenfor samfunnet, hvor en del av befolkningen oppholder seg i kortere eller lengre perioder av livet. Vanligvis forbindes institusjoner med et avgrenset område hvor det finnes både personale og

beboere. Normene og rollemønstrene innenfor en slik institusjon er annerledes enn i det øvrige samfunnet (Garsjø 2003).

Sykehjem er en medisinsk institusjon som kommer under gruppen helseinstitusjoner. Et sykehjem kan defineres slik:

”...et sykehjem er en medisinsk institusjon som gir opphold og medisinsk pleie til pasienter som ikke krever opphold i sykehus eller sykestue. Etter dette er sykehjem ikke ”reservert” for eldre, men bare en liten andel av pasientene er under 70 år, slik at sykehjemmet stort sett kan sees som en aldersinstitusjon.” (Garsjø 2003, 104).

Mange som bor i en slik institusjon ønsker ikke å høre at de bor på *sykehjem*. Den normale aldringen som fører til at mennesker får behov for hjelp i dagliglivet, er ikke en sykdom. Navnet fremstiller også sykehjem som en passiv institusjon hvor personalet bare skal pleie de gamle, og at det legges stor vekt på å avhjelpe skrøpelighet istedenfor å skape et hjem. Navnet sykehjem gir derfor en lavere status enn det er grunn til (Garsjø 2003).

2.2 Pleiekvalitet

For å forstå begrepet pleiekvalitet er det nødvendig med en større forståelse av ordet kvalitet og hva det innebærer. Det internasjonale standardiseringsforbundet og Norsk Standard definerer ordet kvalitet slik: ”En helhet av egenskaper og kjennetegn ved et produkt eller en tjeneste, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som er antydnet” (Knutstad og Nielsen, 2006, 322).

Opplevelsen av hva som er bra eller dårlig kvalitet er svært individuell.

Tjenestemottakerens, altså pasientens, verdier er av stor betydning i forhold til om kvaliteten oppleves tilfredsstillende eller ei. I tillegg vil kvalitet forstås ut ifra det nøytrale som kjennetegner tjenesten. Dette er lovverk som er utarbeidet av statlige myndigheter som skal sikre at tjenesten overholder et visst minimumskrav. Man kan si at kvalitet uttrykker samsvar mellom graden av forventninger og krav, og tjenestens evne til å

tilfredsstillende disse. Dermed består kvalitetsbegrepet av to dimensjoner – en verdidimensjon og en egenskapsdimensjon (Knutstad og Nielsen 2006).

Sykepleieren har et selvstendig ansvar i forhold til en rekke områder innenfor kvalitetsarbeidet. Skal sykepleieren se sin rolle i dette arbeidet er kunnskap og forståelse for aktuelle lover, forskrifter og nasjonale strategier en nødvendighet. Den enkelte sykepleier har også et ansvar for å holde seg faglig oppdatert. ”Beslutninger som fattes og tiltak som iverksettes, skal baseres på kunnskap som er dokumentert, forskningsbasert og oppdatert” (Knutstad og Nielsen 2006, 323). I tillegg skal sykepleieren være bevisst sin faglige ansvarlighet. Kvalitetsarbeidet består i stor grad av å forebygge feil og iverksette tiltak for forbedringer. Målet er at uønskede hendelser reduseres og å forhindre at feil gjentas. Ved at sykepleieren utøver tjenester ut i fra forsvarlighetsprinsippet, synliggjøres og styrkes sykepleierens faglige ansvarlighet (Knutstad og Nielsen 2006).

Internasjonalt er det nære forholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker i ferd med å danne grunnlaget for effektiv sikring av helsetjenestens kvalitet. Her er det en utfordring for sykepleiere som ledere fordi ansvaret for kontakten mellom tjenesteyter og mottaker ofte ligger hos dem (Jakobsen, 2005).

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet konkrete anbefalinger for hvordan en skal oppnå god kvalitet på tjenestene. Disse anbefalingene bygger på disse fem sentrale prinsippene:

- Kvalitetsarbeidet må være forankret i ledelsen.
- Kvalitetsarbeidet skal sikre deltakelse fra medarbeidere. Yrkesutøvernes faglige kompetanse skal videreutvikles, spesielt med fokus på kvalitetsforbedring av tjenestene.
- Kvalitetsarbeidet skal sikre pasientfokus og medvirkning.
- Kvalitetsarbeidet forutsetter tverrfaglig og tverretatlig deltakelse og samarbeid.
- Kvalitetsarbeidet skal baseres på fakta (Knutstad og Nielsen 2006).

Utvikling av kvalitet handler om å være i kontinuerlig bevegelse mot bedre kvalitet. Kvalitetsutvikling er avhengig av samfunnets krav, pasientenes krav, krav til ledelse og organisering og ansattes krav. Derfor er kvalitetsutvikling en sammensatt prosess (Jakobsen 2005).

2.3 Kunnskap og kompetanse

I yrkestittelen sykepleier ligger det fra samfunnets side en del forventinger i forhold kunnskaper og ferdigheter. Den offentlige godkjenningen som sykepleier er et mandat som samfunnet har gitt denne yrkesgruppen, dette mandatet stiller krav om sykepleiefaglig kompetanse (NSF 1993). For å bli en kompetent sykepleier er den nødvendig med vekselvirkning mellom tilegnelsen av teoretisk kunnskap og praktisk erfaring (NSF 1989).

Ingen er født som en dyktig sykepleier, evnen til å utøve god sykepleie er tillært gjennom kunnskap, øvelse og erfaring (Karoliussen 2002). Oppbygging av sykepleiefaglig kompetanse skjer gradvis. Patricia Benner beskriver en modell for hvordan oppbyggingen av kompetanse innen sykepleien skjer. Hun beskriver i sin modell en utviklingsprosess som skjer gjennom fem faser, fra nybegynner til ekspert. Det fremkommer gjennom hennes modell at erfaringskunnskap er avgjørende i utviklingen frem mot ekspertkompetanse (NSF 1989).

Alle pasienter er unike individer, det er derfor urimelig å generalisere sykepleien. Utøvelsen av sykepleie bygger på kunnskapen om hva som er pasientens behov, og sykepleien må tilpasses hvert enkelt individ som mottar den. Med tanke på at hver pasient er unik, blir kunnskapen om menneskets behov ved sykdom eller helsesvikt et omfattende og mangfoldig område (NSF 1993).

”Et vesentlig trekk ved fagets kunnskap er at den er praktisk og handlingsbasert. At kunnskapen er praktisk betyr ikke at den er teoriløs eller at fagkunnskap ikke er viktig. Teoretisk kunnskap i sykepleiefaget er knyttet til konkrete og aktuelle handlinger som utføres innenfor en individuell og særegen sammenheng. Sykepleie er en situasjonsorientert og relasjonell praksis.” (NSF 1993, 14).

Sykepleie som fag har hatt en utvikling som på mange måter kan sammenlignes med utviklingen i samfunnet for øvrig. Dette preger hvordan sykepleierne som yrkesgruppe oppfatter seg selv i dag. Sykepleien har utviklet seg fra å være et kall til selvstendig yrkesutøvelsen med bakgrunn i sykepleie som kunnskapsområde, et eget fag. Sykepleieren rolle er i dag preget av selvstendighet og ansvarlighet. Sykepleiere er forpliktet til å utføre

sykepleie med grunnlag i fagets teoretiske og erfaringsbaserte kunnskap samt etiske normer (NSF 1993).

2.4 Pleiekultur og endringsvilje

Det er vanskelig å forsøke å forstå fenomener innenfor en organisasjon som sykehjem uten å se på kultur som en mulig forklaring eller årsak. Kultur er den menneskelige siden av virksomheten. En sterk organisasjonskultur er viktig for å skape stabilitet og samhold, men på en annen side kan den føre til problemer ved behov for omstilling og endring (Jakobsen 2005).

Personalet ved sykehjem har et bredt spekter av arbeidsoppgaver som omfatter alt fra sykepleie og medisinsk behandling, til stimulering av sosial kontakt og aktivitet. Hvordan arbeidsoppgaver blir prioritert er ulikt fra institusjon til institusjon. Disse prioriteringen har sammenheng med hvilke verdier og holdninger som blir vektlagt i sykehjemmene. Hvilken kultur som er gjeldene ved sykehjemmene er avgjørende for hvilke verdier og holdninger som blir vektlagt (Orvik 2003). Edgar Schein definerer kultur på denne måten:

”[Kultur er]...et mønster av grunnleggende antagelser – skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at den blir betraktet som sant, og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene.” (Orvik 2003, 60).

Befolkningens behov, krav og forventninger til helsetjenestene er i stadig endring. Det er derfor nødvendig at sykepleien endres i takt med disse. Dagens tjenester vil ikke kunne møte morgendagens utfordringer og behov. Sykepleieren må ha kvalifikasjoner som står i forhold til brukerens behov for sykepleie (NSF 1993).

”...sykepleietjenesten bør være en kunnskapsbedrift. Da må kunnskaper ivaretas og utvikles i praksis. Opplæringssystemer må

utvikles og systematiseres slik at det skapes og vedlikeholdes sykepleiekompetanse i forhold til brukernes behov.” (NSF 1993, 21).

Det er et kjent fenomen at endring innenfor større sosiale systemer som institusjoner er vanskelige å gjennomføre. Likevel vil institusjoner før eller senere måtte tilpasse seg til endrede behov hos bl.a. beboere eller ansatte. Endring kan også bli nødvendig som følge av ny teknologi eller ledelse, forandring i de økonomiske forholdene eller nye lover og verdier i samfunnet. Det kreves derfor at en institusjon har tilpasningsevne og fleksibilitet (Garsjø 2003).

Det er alltid doble ønsker ved pleiekulturen ifølge Jakobsen (2005), et ønske om å bevare og et ønske om å forandre. Endring av praksis er vanskelig, og det finnes mange eksempler på at både større og mindre endringsforsøk har mislyktes. Skal endring oppnås er det nødvendig at forsvarsrutinene innad i sykehjemmene brytes. Disse forsvarsrutinene er kulturens innebygde motstand mot endring. Dette kan dreie seg om avvisning, nøling, mangel på oppfølging, manglende iverksettelse, ineffektivitet, sabotasje eller lignende. Forsvarsrutinene belønnes innenfor i de fleste organisasjonskulturene, noe som skaper en følelse av hjelpeløshet hos de som forsøker å skape endring (Jakobsen 2005).

2.5 Ledelse

Ledelse kan defineres som kunsten å få utført arbeid gjennom samarbeid mellom mennesker. Ledelse er å styre arbeidet mot det mål som i det lange løp viser seg å være best. På veien dit skal hindringer bestiges og effektiviteten optimaliseres. Samtidig er ledelse å arbeide med de rette sakene til rett tid. Det er mange egenskaper en leder må ha for å kunne yte best mulig i lederrollen. Lederen er personen mellom ”barken og veden” som skal tilfredsstillende og samarbeide med både sine underordnede og overordnede (Hamran 1998).

”For å kunne lede og administrere behøves kompetanse, det vil si tilfredsstillende kunnskaper, ferdigheter, erfaringer og holdninger

både for ledelse og administrasjon og det området som skal ledes og administreres” (Hamran 1998, 37).

I følge Villemoes er lederegenskaper noe som er stabilt og uforanderlig. De er mest trolig ikke medfødt og kan dermed utvikles. Han fremhever fire overordnede lederegenskaper:

- Den pekende leder. Denne lederen går foran og tar de endelige beslutningene om retning og mål.
- Den analyserende leder. Denne lederen ser situasjoner fra alle sider og vurderer nøye før beslutninger tas.
- Den eksperimenterende leder. Denne lederen oppmuntrer de ansatte til kreativitet og nytenkning, og tar ideer på alvor.
- Den spørrende leder. Denne lederen inkluderer de ansatte i beslutningsprosesser, er nysgjerrig, spør etter flere synspunkter og lytter til råd og kritikk (Jakobsen 2005).

Lederen har ansvar for å lede tjenesten slik at tjenestetilbudet holder høy kvalitet. En viktig brikke for å oppnå dette er å bidra til å fremme ansvarsbevissthet hos de ansatte i forhold til nettopp kvalitet. Gjennom etisk bevissthet, kollektiv refleksjon og teoretisk kunnskap kan lederen styre tjenesten mot det felles målet – kvalitetsforbedring (Jakobsen 2005).

Det ikke til å komme bort ifra at de ansatte er svært viktige for å få ”bedriften” til å gå rundt. En leder må derfor ikke ta de ansatte for gitt. Flere undersøkelser viser at det er en tydelig sammenheng mellom arbeidsmiljøet og kvaliteten på tjenesten (Jakobsen 2005). Resultatene fra en slik studie blir beskrevet i en artikkel på nettsiden til tidsskriftet Sykepleien. Gjennom denne forskningsstudien kommer det frem at arbeidsplasser med godt arbeidsmiljø hadde færre utbrente sykepleiere. Videre viser det seg at utbrente sykepleiere er mindre oppmerksomme og gjør dårligere kliniske vurderinger. I tillegg medførte disse sykepleiere økt risiko for misfornøyde pasienter og for flere dødsfall som kunne vært forhindret (Lerdal 2009).

Forskere mener at det i fremtiden må legges til rette for større fleksibilitet for de ansatte, både i forhold til arbeidstid og arbeidsoppgaver. En utfordring for lederen vil være hvordan det kan skapes rom for økt fleksibilitet i forhold til dette. Samtidig må lederen tenke på hva som skal til for å opprettholde, eller eventuelt skape, et godt arbeidsmiljø (Jakobsen 2005).

2.6 Organisering

En institusjon blir ofte omtalt som en organisasjon. At noe er organisert betyr at det er ordnet på en eller annen måte, at plasseringen ikke er tilfeldig. Organisasjonen er en form for gruppedannelse der mennesker utfører ulike oppgaver. Å organisere er å bruke ressursene på en slik måte at oppgavene som gjøres systematisk bidrar til å nå målsettingen for institusjonen. Man kan si at målrettet arbeid er poenget med organisering (Garsjø 2003).

Måten institusjonen er strukturert på, utgjør en sentral ytre faktor for institusjonen som arbeidsplass. Styringsstruktur beskriver organisasjonens oppbygging – om den er demokratisk, hierarkisk, profesjonell og så videre. De forskjellige styringsstrukturene spiller en vesentlig rolle med hensyn til de ansattes opplevelse av medbestemmelse og delaktighet (Garsjø 2003). Samtidig danner styringsstrukturen på viktige måter sosiale rammer for virksomheten som drives på avdelingene i institusjonen. Det er derfor grunn til å anta at organisering kan ha betydning for kvaliteten på tjenestene som tilbys til for eksempel pasienter ved sykehjem (Paulsen et al. 2004).

En institusjons struktur kan deles inn i to hoveddeler – en formell og en uformell struktur. Med den formelle strukturen menes det vises utad, som for eksempel oversikt over bygninger, regler, utdanning og arbeidsfordeling. Den uformelle strukturen kan beskrives som organisasjonens ”indre liv” som de ansattes samspill, kommunikasjonsmønster og hvordan de forskjellige regler og lover blir fulgt. Den uformelle strukturen ble tidligere sett på som problematisk, men er nå sett på som like viktig som den formelle (Garsjø 2003).

Et eksempel på en type formell struktur som benyttes her til lands er primærsykepleie og gruppesykepleie. Forskjellen på disse kan noe forenklet beskrives som at sykepleieren har ansvar for en gruppe pasienter ved gruppesykepleie, og hovedansvar for én pasient ved primærsykepleie. Målet med primærsykepleie er at pasienten i større grad har en fast sykepleier å forholde seg til. Paulsen et al. (2004) beskriver i sin Sintef-rapport at hvilken av disse pleiemodellene som blir benyttet kan ha innvirkning på kvaliteten i avdelingene. Rapporten viser at resultatet av kvalitetsmålingene varierer med hvilken avdeling svargiveren arbeider i – om han eller hun arbeider i avdeling med primær- eller

gruppesykepleie. Men det nevnes at det bør utvises forsiktighet med tolkningen av resultatet, da andre studiers resultat har vist seg å være svært varierende på dette området.

Bruk av tverrfaglig team i institusjoner er et annet eksempel på en formell struktur. Benyttelse av et slikt team kan være nyttig for pasientgrupper der det er behov for samarbeid mellom flere profesjoner eller faggrupper. Eldre pasienter på institusjon kan eksempelvis tilhøre en slik gruppe. De har behov for en bredere og mer langvaring oppfølging enn yngre pasienter på grunn av sine sammensatte problemer. Et tverrfaglig team kan være bestående av blant annet fysioterapeuter, ergoterapeuter, ernæringsfysiologer og leger. Men det følger med en del utfordringer i forhold til denne type teamarbeid. For at samarbeidet skal fungere må de forskjellige profesjonene eller faggruppene ha en klar forståelse for mål og ansvarsforhold. Erfaring viser i tillegg at denne typen teamarbeid er både tids- og ressurskrevende (Bondevik og Nygaard 2001).

Er det noe som synes å være et problemområde innenfor en organisasjon så er det nettopp bruken av ressurser, eller nærmere sagt mangelen på ressurser. Fra Sintef-rapporten *Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem* (Paulsen et al. 2004) kommer det frem gjennom en utført kvalitativ undersøkelse at de ansatte ved sykehjemmene stort sett var fornøyd med sitt eget arbeidsmiljø. Men om de intervjuede skulle trekke frem noe som virket belastende på arbeidsmiljøet, så var det at avdelingene tidvis var så tynt bemannet at det ikke var tilstrekkelig med personalressurser til å håndtere situasjoner utenom det vanlige.

3.0 Metode

For å strukturere litteraturstudien valgte vi å bruke Goodmans sju steg som framgangsmåte for å finne og kritisk granske relevant litteratur (Willman et al. 2006).

Goodmans sju steg:

- Presisera problemet for utvärderingen
- Presisera studiernas inklusions- og eksklusionskriterier
- Formulera en plan for litteratursökingen
- Gjennomför litteratursökingen och samla in de studier som möter inklusionskriterierna
- Tolka bevisen från de individuella studierna
- Sammanställ bevisen
- Formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet (Willman et al. 2006, 51).

Under dette kapittelet som omhandler metode går vi nærmere inn på de fem første stegene som Goodman vektlegger under prosessene hvor man skal skrive en systematisk litteraturstudie. Presisering av problemstilling ble allerede presentert under innledningen til litteraturstudien, da det gav en naturlig oppbygging av oppgaven. De to siste stegene fra Goodmans sju steg ble erstattet med bedömnings- og kvalitetsgranskingssteg fra Willman et al. (2006).

3.1 Datainnsamling

For å systematisere innsamlingen av data og gjøre prosessen mer oversiktlig valgte vi å lage tre søke kategorier under hovedtemaet:

- Pleiekvalitet
- Kunnskap og erfaring
- Ledelse og organisasjon

Søkeordene ble kategorisert under hvert tema, de eneste søkeordene som går igjen under hvert tema er trykksår og sykehjem. *Tabell 1* viser en oversikt over hovedsøkeord samt alle synonymer brukt under litteratursøket.

Tabell 1: Søkeord.

Nr.	Hovedsøkeord	Engelsk	Synonymer
1	Trykksår	Pressure ulcer	Pressure wound, bed sore, decubitus.
2	Sykehjem	Nursing home	Long-term care, residential care, institutions, rest home
3	Pleiekvalitet	Nursing quality	Quality, health care quality, quality control, quality indicators.
4	Sykepleier	Nurse	Nursing personnell.
5	Kultur	Culture	Custom, belief.
6	Kontinuitet	Continuity	Constancy, continuance, continuity of patient care.
7	Kunnskap	Knowledge	-
8	Erfaring	Experience	Practical experience, practice, practice wisdom.
9	Organisasjon	Organisation	Organization, administration.
10	Ledelse	Management	Lead, leadership, administration, authority, direction, government.

3.2 Databaser

Litteratursøket ble gjennomført i to databaser: ProQuest og British Nursing Index via OVID. Vi hadde tilgang til begge databasene gjennom biblioteket ved Høgskolen i Molde. Hovedtyngden av litteratursøket ble gjort i British Nursing Index, i tillegg til et mindre søk utført i ProQuest.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Da det var ulike muligheter for å begrense søkene avhengig av hvilken database man brukte. Søkene ble begrenset på to måter, enten direkte i databasen der det var mulig eller manuelt av forfatterne i etterkant. Artikler som ikke var forenelig med vår hensikt, eldre

enn 10 år eller artikler som vi anså for å være av dårlig kvalitet ble ekskludert fra oppgaven.

Inklusjonskriteriene var at artiklene skulle være skrevet på engelsk og de skulle omhandle eldre pasienter i sykehjem. Hvis en artikkel omhandlet sykehusmiljø eller hjemmesykepleien hadde innhold med overføringsverdi til sykehjemspraksis, så kunne artikkelen inkluderes i studien. Vi søkte kun etter artikler som var i fulltekst.

3.4 Litteratursøket

Vi brukte søkemuligheten avansert søk. Det ble kun tatt i bruk fritekstord under søket, disse gir vi en oversikt over i tabell 2. For å få med flest mulig relevante treff brukte vi den booleske operatøren OR mellom hovedordet og synonymer, da ville vi få treff på søkeordet og alle dets synonymer. Videre begrenset vi antall treff ved å kombinere de ulike søkeordene, til dette brukte vi den booleske operatøren AND (Nortvedt et al. 2007). Ved søkeresultat på over 200 artikler, ble artiklene ikke gjennomgått og heller forsøk å begrenset ytterligere. Når resultatet av et søk viste antall treff under 200 ble de gjennomlest. Først ble overskriftene lest, videre ble det lest abstrakt av de artiklene som kunne være interessante for oppgaven vår. Gjennom lesing av abstrakt ble artikler av interesse for oppgaven valgt ut til et 1. utvalg. Det ble lest 90 abstrakt under denne prosessen, hvorav 20 artikler ble med til det 1. utvalget for å gjennomgå kvalitetsbedømming og kvalitetsgradering. Litteratursøket ble påbegynt i uke 10 og avsluttet i uke 34.

Tabell 2 viser søkeskjema oppdelt etter tema og databaser. Søkeskjemaet vi valgte å bruke er en egenmodifisert versjon av den som var vedlagt retningslinjene fra høgskolen.

Tabell 2: Søkeskjema for artikler.

	Søkeord	Treff	Abstract	1.utvalg	2.utvalg.
B N I	Tema 1:				
	"nursing home*" AND "pressure ulcer*" AND "nursing quality*"	2	2	2	0
	"pressure ulcer*" AND "nursing quality*"	18	9	2	2
	"nursing home*" AND "nursing quality*"	111	14	5	3
		Totalt:	26	9	5
	Tema 2:				

P R O Q U E S T	"pressure ulcer*" AND nurs*" AND experience*.	20	9	2	1
	"pressure ulcer*" AND nurs* AND culture*.	2	1	0	0
	"pressure ulcer*" AND nurs* AND knowledge.	9	4	1	0
	"pressure ulcer*" AND nurs* AND continuity.	3	2	0	0
	Total:		16	3	1
B N I	Tema 3:				
	"nursing home*" AND "pressure ulcer*" AND management*.	3	3	1	1
	"nursing home*" AND "pressure ulcer*" AND "nursing management*"	2	1	0	0
	"nursing home*" AND "pressure ulcer*" AND organisation*.	1	1	0	0
	"nursing home*" AND "nursing management*"	51	7	1	0
	"nursing home*" AND organisation*.	51	9	1	0
	"nursing home*" AND management*.	152	13	1	0
	"pressure ulcer*" AND organisation*.	1	1	0	0
	"pressure ulcer*" AND management*.	21	5	0	0
	"pressure ulcer*" AND "nursing management*"	5	2	1	1
	Total:		42	5	2

3.5 Kvalitetsbedømming

Kvalitetsbedømming av artiklene gjennomføres for å kontrollere at de forskningsartiklene vi valgte å bruke i studien var av god kvalitet. En slik kvalitetsbedømming vil øke troverdighet til litteraturstudien (Willman et al. 2006). Totalt gjennomgikk 20 artikler kvalitetsbedømming.

Under bedømmingen ble det brukt et bedømmingsskjema og kvalitetsgradering fra Willman et al. (2006). Formålet med kvalitetsbedømmingen er å fastslå artikkelens kvalitetsgrad, noe som gir oss mulighet til å ekskludere artikler av lavere kvalitet fra litteraturstudien. På bedømmingsskjemaet ble det gitt 2 poeng for positivt svar (ja) og 1 poeng for negativt svar (nei og vet ej). Den totale poengsummen ble deretter omregnet til prosent, for å kvalitetsgradere artiklene, se *tabell 3* (Willman et al. 2006).

Tabell 3: Kvalitetsgradering.

Grad 1	80-100%
Grad 2	70-79%
Grad 3	60-69%

(Willman et al. 2006, 96)

Etter kvalitetsbedømmingen sto vi igjen med 9 artikler som ble bedømt til middels eller god kvalitet. 11 artikler ble ekskludert da de enten var uforenelig med litteraturstudiens hensikt, hadde lav kvalitet eller var review-artikler. Alle artikler som fikk under 60 % på kvalitetsgraderingen ble ekskludert.

3.6 Utvalg

Utvalget består av 9 artikler fra 2000-2009. Forskningsartiklene kommer fra 5 land: Nederland, USA, Finland, Australia og Irland. *Tabell 4*, vedlegg nr. 1, viser en oversikt over artiklene som utgjør utvalget til denne litteraturstudien.

3.7 Analyse

Gjennom analysen forsøkte vi å finne ut hva datamaterialet hadde å fortelle oss, den danner en sammenheng mellom datamaterialet og resultatet. Det var problemstillingene og hensikten som danner grunnlaget for hvilke spørsmål vi stilte til materialet, mens utvalget representerte muligheter og begrensinger for analysen. Gjennom en systematisk gjennomgang av data, hvor datamaterialet ble fortolket og sammenfattet, forsøkte vi å finne mønster og kjennetegn som kunne gi oss svar på problemstillingene og hensikten (Malterud 2003).

De valgte artiklene ble gjennomlest flere ganger for å få god kjennskap til innholdet, og to tema åpenbarte seg raskt. Underveis i gjennomgangen av datamaterialet valgte vi å utheve funn med fargemarkører, det ble da brukt en farge for hvert tema. Én og én artikkel ble systematisk gjennomgått på denne måten, deretter ble det skrevet et kortfattet sammendrag om hver enkelt artikkel. Ved hjelp av fargemarkørene systematiserte vi alle funnene under tilhørende tema.

Vi fant to hovedtema med tilhørende undertema. Temaene vi fant under vår analyse av datamateriale var:

1. Indre faktorer hos sykepleieren som påvirker pleiekvaliteten.
 - Kunnskaper.
 - Holdninger.

2. Rammefaktorer som påvirker pleiekvaliteten.
 - Organisering.
 - Ledelse.

4.0 Resultat

Resultatet av litteraturstudien er basert på 9 forskningsartikler. Analysen og bearbeidingen av datamaterialet gav to hovedtema:

1. Indre faktorer hos sykepleieren som påvirker pleiekvaliteten

- Kunnskap
- Holdninger

2. Rammefaktorer som påvirker pleiekvaliteten

- Organisering
- Ledelse

4.1 Indre faktorer hos sykepleieren som påvirker pleiekvaliteten

4.1.1 Kunnskap

Det kommer frem i flere studier at det finnes en sammenheng mellom kunnskap og pleiekvalitet (Buss et al. 2004, Hongsoo et al. 2009, Burgio et al. 2004, Isola et al. 2006, Moore og Price 2004, Ryden et al. 2000). I følge Buss et al. (2004) kan kunnskapen deles opp tradisjonell kunnskap og evidensbasert kunnskap. I sykehjemmene som var inkludert i denne studien var sykepleierne tenkning og handling i stort grad preget av den tradisjonelle kunnskapen. Denne kunnskapen består i hovedsak av det sykepleierne lærte under grunnutdanningen. Den evidensbaserte kunnskapen ble lite brukt, selv om alle sykepleierne med unntak av én hadde kjennskap til ulike retningslinjer som var tilgjengelig ved sykehjemmene hvor det jobbet. Videre kom det frem i det samme studien at den evidensbaserte kunnskapen ved sykehjemmene inneholdt feilopplysninger. Et eksempel på dette er at retningslinjene ved sykehjemmene anbefalte bruk av massasje som et forebyggende tiltak mot utvikling av trykksår. Dette viser seg å samsvare lite med den nyeste forskningen omkring trykksårforebygging. At like effektive tiltak som massasje fremdeles blir brukt i praksis kan tilskrives mangel på oppdatert kunnskap (Buss et al. 2004). En sykepleier som var utdannet for over 20 år siden uttrykte det slik:

”I learned how to handle the prevention of pressure ulcers when I was educated. I suppose that these things are still, more or less, the same” (Buss et al. 2006, 671).

I en studie Price og Moore (2004) kommer det frem at 67 % av sykepleierne ikke hadde noen annen formell opplæring eller kursing i forebygging eller behandling av trykksår, og de støttet seg i hovedsak til det de lærte under grunnutdanningen. I samme studie kommer det også frem at sykepleierne ikke ser på mangel på trening eller utdanning som noe stor barriere i forhold til trykksår, de mener altså at kunnskapen de har er tilstrekkelig. Det var i stedet rammefaktorer som tidsmangel eller underbemanning som gjorde arbeidet med trykksårforbygging vanskelig å gjennomføre i praksis.

Sykepleierne virket ikke å være bekymret for at kunnskapene deres skulle være foreldet eller mangelfull, noe dette sitatet fra en teamleder understøtter:

”.....nurses do not suffer from knowledge ageing. I do not think that hinders them. Because they have the idea that they know how to handle in a way that their care is adequate and on the whole they are right about it, I think” (Buss et al. 2004, 671).

Sykepleiernes avgjørelser fattes med bakgrunn i erfaring og tradisjon. Dette er med på å hindre at ny kunnskap blir integrert i praksis, og fører til at sykepleien blir lite gjennomtenkt. Dette er noe følgende sitat understreker: ”You actually work automatically, you have a lot of experience” (Buss et al. 2004, 671). Sykepleierne bruker ofte hverandre for å finne løsninger på problemer som måtte oppstå, og de legger stor verdi i kunnskapene til sine kollegaer. De diskuterer problemstillinger i felleskap hvor de forsøker å finne løsninger og tiltak (Buss et al. 2004).

Moore og Price (2004) utførte en studie hvor sykepleierne skulle vurdere seg selv mht. egne kvalifikasjoner og pleiekvalitet. Der kommer det frem at 90 % av sykepleierne mente at deres kunnskaper og ferdigheter var tilstrekkelige til å møte beboerne sine behov. Dette er interessant sett i sammenheng med studien utført av Buss et al. (2004) som antyder at sykepleiernes kunnskaper er mangelfulle, mens sykepleierne selv har en oppfatning av at kunnskapene deres er adekvate. Tilstedeværelse av kunnskap er heller ingen garanti for

forandring i den tradisjonelle måten sykepleiere tenker og handler. Dette kommer tydelig frem i studien til Buss et al. (2004) hvor flere av sykepleierne hadde kjennskap til at massasje var en lite effektiv måte å forebygge trykksår på, men da de fra tidligere hadde gode erfaringer med denne metoden valgte de likevel å bruke den.

4.1.2 Holdninger

Det kommer frem i to studier at sykepleierens holdninger til ny kunnskap er avgjørende for at den blir integrert i praksis og erstatter den tradisjonelle kunnskapen (Buss et al. 2004, Isola et al. 2006). En sykepleier sier følgende om sykepleiernes holdninger vedrørende ny kunnskap: "...nurses do not do very much to ensure that they come into contact with new knowledge" (Buss et al. 2004, 671). Det virker ikke som sykepleierne anerkjenner integreringen av ny kunnskap til praksis som en viktig oppgave (Buss et al. 2004).

I studien til Buss et al. (2004) hvor trykksår er brukt som et eksempel ser vi at sykepleieren overfører problematikken i forhold til forekomst av trykksår til noe utenfor seg selv, og dermed utenfor deres eget ansvarsområde, noe følgende sitat viser til:

"Only a few patients are suffering from pressure ulcers at this moment. Most of the persons that have a pressure ulcer had already a pressure ulcer when they were admitted to the nursing home"
(Buss et al. 2004, 671).

Oppdatert kunnskap kunne ha vært integrert raskere og mer effektivt i praksis dersom sykepleierne hadde tatt mer ansvar for å holde kunnskapene sine oppdatert. Det fremkommer at det eksisterer en dårlig holdning i sykehjemmene når det gjelder ny kunnskap og innføring av denne til praksis. Dette kan ha en sammenheng med manglende interesse og involvering fra sykepleiernes side, da de uttrykker en generell liten interesse for å holde seg oppdatert i forholdt til nye kunnskaper innenfor deres fagområde. De viser liten eller ingen vilje til endring av sine rutiner, og trenger motivasjon for å fjerne gamle rutiner til fordel for nye (Buss et al. 2004).

Det fremkommer i studien utført av Isola et al. (2006) at sykepleierne viser en positiv holdning i forhold til trykksår, hvor 99 % av sykepleier oppfattet dette som et viktig område av sykepleien. Likevel mente omtrent halvparten av sykepleierne at forebygging av trykksår hadde en lav prioritet i sykehjemmene. Trykksår er her brukt for å eksemplifisere at en positiv holdning ikke er nok til å endre praksis (Isola et al. 2006).

4.2 Rammefaktorer som påvirker pleiekvaliteten

4.2.1 Organisering

Flere faktorer som i stor grad bestemmes ut ifra organisasjonsstruktur viser seg å ha betydning for de ansatte og pleiekvaliteten (Burgio et al. 2004, Isola et al. 2006, Hongsoo et al. 2009, Castle og Engberg 2006).

4.2.1.1 Primær- versus gruppesykepleie

Burgio et al. (2004) har gjennomført en studie der sammenligningen mellom primær- og gruppesykepleie ble tatt for seg. Beboere ved sykehjem som utøvde primær sykepleie fikk bedre utfall enn beboere ved sykehjem som benyttet gruppesykepleie. I tillegg kom det frem at pleiere ved sykehjem med primær sykepleie var mer tilfreds med jobben. Ved sykehjem med primær sykepleie var pleiere oftere borte fra jobben i forhold til pleiere i sykehjem med gruppesykepleie. Disse funnene viser at disse to ulike organiseringene av bemanning gav forskjellige utfall.

Også studien til Isola et al. (2006) viser noen funn i forhold til primær- og gruppesykepleie. I følge de fleste pleierne ved avdelingene ble retningslinjene for individualisert sykepleie – altså primærsykepleie – fulgt. 83 % av de spurte mente dette. Noen av de intervjuede pleierne hadde krysset av flere svaralternativer, og 21 % av dem fremla at arbeidsoppgavene var basert på gruppesykepleie. Andelen pleiere som mente at pleien var basert på primærsykepleie var kun 43 % i 1998, altså tre år tidligere. Det betyr pleiemodellen har hatt en utvikling i retning primærsykepleie.

4.2.1.2 Bemanningsnivå

Hongsoo et al. (2009) foretok en studie der sammenhengen mellom bemanningsnivå og pleiekvalitet skulle belyses. Det fremkommer i denne studien at både de sykehjemmene som møtte de statlige minstekravene for bemanning og de som ikke møtte denne standarden, fikk bedre utsalg på kvalitetsmålinger når antallet sykepleiere på jobb økte. Men sammenhengen mellom antall sykepleiere og pleiekvalitet var ikke var lineær – den var påvirket av den totale bemanningen.

Castle og Engberg (2006) legger frem i sin studie at lavere bemanningsnivå har sammenheng med høyere forekomst av turnover blant sykepleierne. Videre viser funn at høy forekomst av turnover har sammenheng med lav kvalitet på pleien som blir gitt.

4.2.1.3 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid ved sykehjem førte til positive utfall for beboerne (Ryden et al. 2000, Vu et al. 2007). En studie ble gjennomført for å finne ut om utfall for pasienten kan påvirkes av bruk av geriatrike sykepleiere. Sykehjemmene ble delt i to grupper; én der geriatrike sykepleiere ble benyttet og én der disse sykepleierne ikke ble anvendt. Funnene viste etter 6 måneder en positiv effekt i favør sykehjem med geriatrike sykepleiere. Tre av de fire kliniske pasientutfallene som ble studert viste en forbedring ved sykehjem med geriatrike sykepleiere. Disse tre var inkontinens, aggressiv adferd og trykksår. Den største forbedringen var i forhold til trykksår, der andelen var 3,5 % mot 10,0 % i gruppen der geriatrike sykepleiere ikke ble benyttet. Flere beboere ved sykehjemmene med geriatrike sykepleiere hadde i tillegg større sannsynlighet for å få forbedringer, og mindre sannsynlighet for å ha trykksår som forble på samme grad sammenlignet med sykehjem uten geriatrike sykepleiere (Ryden et al. 2000).

I studien gjennomført av Vu et al. (2007) ble et tverrfaglig sårteam bestående av farmasøyter og sykepleiere benyttet. Sykehjemmene i studien ble delt i to grupper; en intervensjonsgruppe med sårteam og en kontrollgruppe uten. Resultatene viste at flere sår ble leget i løpet av studien i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Tallene her var henholdsvis 61,7 % og 52,5 %. I intervensjonsgruppen leget også sårene raskere enn i

kontrollgruppen. Det resulterte i at beboere i intervensjonsgruppen i gjennomsnitt hadde 19,1 flere sårfrie dager.

4.2.1.4 Ressurser

Mangel på tid viser seg å være en av de største barrierene både for å få utført tiltak og komme i kontakt med ny kunnskap og implementering av forandringer (Buss et al. 2004, Price og Moore 2004). En intervjuet sykepleier fra Buss et al. (2004) sin studie uttalte:

”There is no time for it. You are busy all the time, and to do this in your own time ... At half past three the doors are closed, privacy”
(Buss et al. 2004, 672).

De samme tendensene ble funnet i studien til Price og Moore (2004). Der sa 41 % av sykepleierne at de følte at trykksårforebygging er for tidskrevende. Mangel på tid var også en faktor med tanke på utførelse av risikovurdering av trykksår. 60 % av sykepleierne mente dette var en faktor. I forhold til å få utført trykksårforebygging mente 42 % at mangel på tid utgjorde en vesentlig hindring (Moore og Price 2004).

Sykepleiere nevnte også mangel på bemanning som en faktor som hindrer dem i å utføre forebygging og risikovurdering av trykksår (Moore og Price, 2004).

4.2.2 Ledelse

Lederens egenskaper samt lederens involvering av sykepleiere på arbeidsplassen viser seg å ha en sammenheng med utfall for beboere ved sykehjem (Anderson et al. 2003, Buss et al. 2004).

4.2.2.1 Lederens egenskaper

Lederens egenskaper har betydning for utfall for sykehjemsbeboere ifølge artikkelen til Anderson et al. (2003). Ved å ansette en leder med mer erfaring, bedre relasjonsorientert lederskap og mindre formalisering, vil det føre til lavere prevalens av komplikasjoner

grunnet immobilitet hos beboerne. Videre vil en leder med mer erfaring og med lengre ansettelse forklare mindre bruk av tvang. Bedre åpenhet i kommunikasjonen, som vil si at en kan uttrykke sin mening uten å få reprimande, var også relatert til mindre bruk av tvang hos beboerne. Bedre bruk av relasjonsorientert lederskap, som er definert som å gi konstruktiv feedback, hjelpe de ansatte med å løse konflikter og generere tillit, var relatert til to av fire pasientresultat (forekomst av komplikasjoner grunnet immobilitet og beinbrudd). En erfaren leder kan inneha en større variasjon og dybde i kunnskapen om kliniske og organisasjonsrelaterte saker i forhold til pasientpleie. Samtidig viste resultatet av studien at mer erfaring og lengre ansettelsestid hos lederen er viktige faktorer for å få bedre pasientresultat.

Mønsteret i funn demonstrerer at organisasjoner som støtter opp under konstruktiv, selvstyrt ledelse (ikke topp-ned-ledelse) kan føre til bedre utfall for pasienten. Det viste seg også at effektive organisasjoner er de som støtter opp under selvstyrt ledelse. Samtidig behøvdtes utvikling av alternative ledelsesstrategier – de som øker kontakt og interaksjon mellom folk og øker kognitivt mangfold (Anderson et al. 2003).

4.2.2.2 Lederens involvering av sykepleiere

Ledelsens involvering av sykepleiere i forhold til bestemmelser og utvikling av verktøy ved arbeidsplassen, samt konsekvenser for dette, ble beskrevet i studiene til Anderson et al. (2003) og Buss et al (2004). Sykepleiernes delaktighet i bestemmelser var relatert til lavere forekomst av forstyrrende og aggressiv oppførsel blant beboerne. Mer sykepleierdeltakelse i bestemmelser eller avgjørelser var relaterte til lavere forekomst av atferdsproblemer (Anderson et al. 2003).

Involveringen av sykepleiere ved utviklingen av pleieplaner varierer viser studien til Buss et al. (2004). I ett sykehjem blir pleieplanene utviklet i samarbeid mellom sykepleiere og en annen ansatt. I et annet utvikler de medisinsansvarlige pleieplanene. Når pleieplanen er nesten ferdig, blir teamledere invitert til å godkjenne eller gi kritikk på den. Teamlederne er fornøyd med denne prosedyren og er ikke interessert i større involvering i utviklingsprosessen av pleieplaner. I den samme studien av Buss et al. (2004) la en intervjuet leder frem at sykepleiernes involvering med tanke på arbeidsrelaterte saker ikke var særlig stor. Han uttalte følgende: "Several enrolled nurses show an attitude that is not

in agreement with the attitude that is expected from them” (Buss et al. 2004, 671). Denne lederen mente at flere sykepleiere var konsekvent vanskelig å motivere med hensyn til innovasjoner (Buss et al. 2004).

4.2.2.3 Trivsel på arbeidsplassen

Sykepleiernes trivsel på arbeidsplassen blir nevnt i studien til Isola et al. (2006). I denne studien hvor sykepleiere ved sykehus deltok, kom det frem at 71 % av sykepleierne rapporterte at de var ganske eller veldig fornøyd med deres nåværende arbeidsplass. Men til tross for den generelle tilfredsheten sa 28 % at de kunne tenke seg å begynne i en ny jobb under samme felt. 37,5 % sa de kunne tenkt seg å begynne i en helt annen jobb. En femtedel av sykepleierne hadde søkt på jobb i løpet av de 6 siste månedene. Men på den andre siden var en jobb innen geriatrik pleie vurdert til å gi mye glede og tilfredshet. Flestparten av sykepleierne, ca. 80 %, betegnet jobben sin som verdifull og givende en gang i uka eller oftere. Bare 1 % mente at jobben deres aldri syntes å være givende. 86 % sa de var entusiastiske og glad for å ha jobbet med nærhetlig pleie med en eldre pasient. Bare 7 respondenter fortalte at de aldri følte entusiasme eller glede over å ha jobbet med eldre folk.

5.0 Diskusjon

Diskusjonen består av to deler, metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen beskrives forløpet og konsekvenser av den anvendte metoden. I resultatdiskusjonen diskuteres de 9 inkluderte artiklene i forhold til teoribakgrunn og egne erfaringer.

5.1 Metodediskusjon

Ifølge Dalland (2006) skal man under metodediskusjonen forsøke å gjøre rede for valg av metode. Herunder skal vi drøfte årsakene til de valgene vi tok, samt konsekvensene av dette. Metodediskusjonen skal være en kritisk refleksjon over litteraturstudiets troverdighet og validitet (Malterud 2003).

I startfasen av oppgaven ble det valgt tema og deretter problemstillinger som vi ønsket å fordype oss i. Oppgaven skal bygges opp som en systematisk litteraturstudie da dette var et krav fra høgskolen. Goodmans sju steg ble brukt under arbeidet for å strukturere litteraturstudien, noe som gav en rød tråd gjennom arbeidet (Willman et al. 2006). Hensikten med studien var å belyse hvilke faktorer som påvirker pleiekvaliteten i sykehjem.

Det er en mulighet for at relevante artikler kan ha gått tapt på grunn av utvalgte søkeord, samt sammensetningen av disse. Siden vi ønsket å bruke trykksår for å eksemplifisere i oppgaven, ble dette tatt med i søkingen. Vi ser i ettertid at denne er en svakhet, da det her begrenset søket vår. Som følge av dette har trolig mange interessante og relevante artikler ikke kommet med i denne studien. SweMed+, en svensk database, ble brukt for å finne engelske oversettelser og synonymer til søkeordene vi valgte å bruke. Det ble kun benyttet fritekstord under litteratursøket, uten at det foreligger noen konkret årsak til denne avgjørelsen.

For å kunne besvare problemstillingen på en best mulig måte brukte vi ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det varierte i de to databasene vi brukte hvilke kriterier man kunne velge direkte under søket, så enkelte inklusjons- og eksklusjonskriterier ble gjort manuelt

av forfatterne. Det ble valgt å kun søke på artikler som var tilgjengelige i fulltekstformat. Det er sannsynlig at relevante artikler er blitt tapt som følge av denne avgjørelsen. Vi ser i ettertid at resultatet av studien og dens troverdighet trolig ville vært annerledes om vi hadde prioritert på en annen måte og ikke hatt fulltekst som et av inklusjonskriteriene.

Litteratursøket ble utført i to databaser: British Nursing Index og ProQuest. Da vi har begrensede erfaringer fra tidligere med bruk av databaser og litteratursøk, ble det ved bruk av få databaser en mer oversiktlig prosess for oss. En svakhet med å kun ta i bruk to databaser er at søkeområdet blir mindre, og muligheten for at vi har gått glipp av interessante og relevante artikler er tilstede.

Opprinnelig ønsket vi å finne nordiske, helst norske, artikler til vår studie. Dette fordi vi ønsket å fokusere på norske og nordiske forhold. Det ble gjennomført et pilotsøk i de nordiske databasene Norart og SweMed+. Resultatet av disse søkene viste at dette ikke var gjennomførbart med tanke på å finne nok datamateriale. Vi fant ingen nordiske artikler som tilfredstilte kravene om kvalitet eller som samsvarte med vår problemstilling og hensikt. Unntaket var en artikkel fra Finland. Dette kan tyde på lite forskning omkring dette tema i Norden.

Alle artiklene vi inkluderte til studien var engelskspråklige. Som følge av begrensede språkkunnskaper hos forfatterne kan det forekomme utilsiktede feiltolkninger eller ukorrekte oversettelser av datamaterialet. Sitater fra artiklene ble skrevet på orginalspråket for å minske muligheten for at feiltolkninger skulle skje. Ved engelske begrep som vanskelig lot seg oversette til norsk på en god måte, valgte vi å bruke det engelske begrepet.

Artiklene som ble inkludert i studien kommer fra fem ulike land: USA, Australia, Irland, Nederland og Finland. Den geografiske spredningen kan tyde på at dette er globalt tema av interesse. Artiklene kommer fra vestlige i-land, hvor levestandarden er forholdsvis lik norden. Av denne grunn mener vi at artiklene er relevant for studien. Om innholdet i studiene fra andre land har overføringsverdi til nordiske forhold har vi liten kunnskap om.

Litteratursøket begynte i uke 10 og ble avsluttet i uke 34. Vi måtte sette en sluttdato for datasøk siden vi skulle bearbeide datamaterialet og skrive litteraturstudien innenfor den

gitte tidsrammen. Det er nærliggende å tro at flere aktuelle forskningsartikler omkring temaet kan ha blitt publisert etter at vi satte vår sluttdato.

Datamaterialet består av både kvalitative og kvantitative studier, da begge ble ansett som relevante for studien. Til førsteutvalget hadde vi 20 artikler, etter kvalitetsbedømmingen hadde antallet minsket til 9 artikler. Bedømmingsprotokoll etter Willman et al. (2006) ble brukt for å systematisk kvalitetsbedømme artiklene for å vite at de artiklene vi inkluderte til studien var av høy kvalitet. Under kvalitetsbedømmingen delte vi artiklene mellom hverandre. Dette er en svakhet for oppgaven. For å øke troverdigheten til oppgaven burde vi ha kvalitetsbedømt alle artiklene individuelt av hverandre, for så å diskutert oss frem til en felles avgjørelse med henhold til kvalitet. Under kvalitetsbedømmingen savnet vi erfaringer i forhold til kvalitetsbedømming av forskningslitteratur, og feil kan ha blitt gjort på grunn av dette.

Etter kvalitetsbedømmingen var utført, leste begge forfatterne alle de inkluderte artiklene grundig. Da var det to hovedtema som raskt åpnet seg: Indre faktorer hos sykepleieren som påvirker pleiekvaliteten og rammefaktorer i sykepleierens arbeidsmiljø som påvirker pleiekvaliteten. Deretter ble samtlige artikler analyserte. Hvert tema fikk sin egen fargekode som ble brukt til å markere funn under hver kategori i artiklene. Ut i fra de fargekodene ble resultatdelen utformet.

Å være to studenter som samarbeidet om å skrive denne litteraturstudien ble sett på som en styrke for resultatet av studien. Det gav muligheten til å diskutere ulike problemstillinger underveis i prosessen, samt at vi tilførte oppgaven ulike synspunkter. Med to forfattere er det også mindre sannsynlig at viktige funn går tapt. Dessuten var vi under skriveprosessen en stor motivasjonsfaktor for hverandre.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen kommer vi til å bruke trykksår som et eksempel, da trykksår er en av de mange indikatorene som er brukt i forhold til pleiekvalitet (Ryden et al. 2000).

5.2.1 Kunnskap

Det fremkommer at forebygging av trykksår er en lite prioritert oppgave ved sykehjem, da dette ikke anses for å være et problem. Sykepleierens oppfatning omkring denne problematikken kan ha sammenheng med at de kun vedkjenner trykksår av grad 3-4 som trykksår, noe som antyder lite kunnskap generelt om trykksår i sykepleiergruppen. En ser også en tendens til at problematikken vedrørende trykksår blir overført til andre instanser innenfor eldreomsorgen slik som sykehus eller hjemmesykepleien. Dette kan tolkes som ansvarfraskrivelse fra sykepleierne som jobber ved sykehjemmene (Buss et al. 2004). På en annen side er det sannsynlig å tenke at en del av trykksårene oppstår når pasientene er innlagt ved sykehus, men dette blir kun spekulasjoner fra forfatterens side.

Datamaterialet viser at kunnskap fra utdanningen og praksis er høyt verdsatt, men forskningsbaser eller evidensbasert kunnskap blir lite brukt av sykepleierne. Pleien i sykehjemmene er i stor grad bygget på den tradisjonelle kunnskapen, altså det sykepleierne lærte under grunnutdanningen. De har stor tillit til det som de lærte under sin grunnutdanning, og mener og tror at den kunnskapen er like gjeldende i dag som for over 20 år siden (Buss et al. 2004). Dette er bekymringsverdig med tanke på hvor store forandringer som har skjedd innenfor sykepleier og medisinsk forskning generelt bare de siste årene.

Kursing ved arbeidsplassen virker som en fin måte for sykepleierne å komme i kontakt med nyere og mer oppdatert forskning. I Norge har sykehjemmene en varierende satsning på kompetanseutvikling (Paulsen et al. 2004). Dette har trolig sammenheng med hver enkelt kommunes økonomi og tilgjengelighet av ressurser. Ledelsen spiller også en viktig rolle når man ser på vektlegging av kompetanseutvikling. Lederen har et ansvar for lede tjenesten på en slik måte at tjenestetilbudet holder og opprettholder en høy kvalitet. Gjennom å heve kunnskapsnivå hos sine ansatte kan lederen styre sykehjemmet mot en kvalitetsforbedring (Jakobsen 2005) Det er lederen sitt ansvar å sørge for at ansatte får tilbud om kursing, men det er også sykepleierens ansvar å vise interesse for et slikt tilbud og at behovet for slik kompetanseheving er tilstede. Studien til Isola et al. (2006) viser at i forhold til forebygging av trykksår var det ikke mangelen på kunnskap som utgjorde den største barrieren, de anså mangelen på ressurser som viktigere i denne sammenheng.

Sykepleieren har et selvstendig ansvar og er forpliktet til å holde sine faglige kunnskaper oppdatert. Erfaring og kompetanseheving i forhold til nyere forskning er nødvendig for å være kompetente sykepleiere (NSF 1993). Det kommer frem i studien til Buss et al. (2004) at sykepleierne trenger motivasjon for å endre sine rutiner. Vi mener at kursing av ansatte eller tilbud om etter- og videreutdanning vil være en viktig arena for motivasjon. Det er også en måte for ledelsen og vise at kompetanseheving er noe de tar på alvor, samtidig som det viser at det satser på sine ansatte. Følelsen av å bli satset på er en stor motivasjonsfaktor i seg selv.

Det er bekymringsverdig å se på tallene for fordeling av kompetansenivå i helsesektoren fra Stortingsmelding 25 (2005-2006), som viser at kompetansenivå innen helsesektoren er relativt lavt. Hele 40,4 prosent av bemanningen består av ufaglært arbeidskraft, som ikke har noen utdanning relatert til helsefag. Dette antyder at kunnskapsnivået i sykehjemmene er relativt lavt. Samtidig forteller ikke dette noe om hvilken kunnskap den resterende bemanningen har til tross for at de har en helsefaglig utdanning. Flere studier (Isola et al. 2006, Buss et al. 2004) antyder at selv sykepleiere ikke har kunnskaper som er adekvate i forhold til nyere forskning. Selv om sykepleierne i studien utført av Moore og Prive (2004) i en vurdering av seg selv mener at deres kunnskaper og ferdigheter er mer enn adekvate i forhold til å møte de eldres behov, virker det ikke som deres egenvurdering stemmer helt overens med realitetene ute i sykehjemmene.

5.2.2 Holdninger

Det er åpenbart at det eksisterer en dårlig holdning vedrørende integrering av ny kunnskap blant sykepleierne (Isola et al. 2006, Buss et al. 2004). Ny kunnskap ville latt seg integrere raskere og mer effektivt i praksis hvis sykepleierne selv hadde tatt mer ansvar for å holde sine kunnskaper oppdatert. Sykepleierne viser lite eller ingen evne til endring. Vegringen mot endring eller manglende endringsvilje kan ofte settes i sammenheng med pleiekulturen som er gjeldene ved sykehjemmene (Jakobsen 2005). Det er et kjent fenomen innenfor store sosiale systemer som et sykehjem at endringer er vanskelige å gjennomføre. Endring av praksis er likevel nødvendig. Befolkningens behov, krav og forventinger til helsetjenestene er stadig i endring, det er derfor nødvendig at sykepleierne endrer seg i takt

med dette. Sykepleieren må ha kvalifikasjoner som står i forhold til brukerens behov for sykepleie (NSF 1993).

Denne vegringen som sykepleiere har i mot endring er et område som trenger mer forskning. Men det er nærliggende å tro at en endring i pleiekulturen vil kunne forandre holdningen hos sykepleierne, og dermed skape et miljø som er mer mottakelig for endring. Vi tror dette kan ha en sammenheng da pleiekulturen i sykehjemmene er avgjørende for hvilke verdier og holdninger som blir vektlagt av de ansatte, og dermed er kulturen avgjørende for hvordan arbeidsoppgavene blir prioritert (Orvik 2006). Vi ønsker likevel å understreke at dette er antagelser fra forfatterens side, da vi ikke har funnet noe fra forskning som kan understøtte dette.

5.2.3 Primær- versus gruppepleie

Organiseringen av de ansatte innad i sykehjemmene viser å ha konsekvenser for pleiekvaliteten (Burgio et al. 2004, Isola et al. 2006, Hongsoo et al. 2009, Castle og Engberg 2006). Våre funn i forhold til primær- og gruppesykepleie viste at hvilken av disse som blir benyttet har sammenheng med utfall for både beboere og ansatte (Burgio et al. 2004). Overvekten av funn viser en positiv tendens til bruk av primærsykepleie. Pleiere ved sykehjem med primærsykepleie er mer tilfreds med jobben og beboere får flere positive utfall i forhold til sykehjem som praktiserer gruppesykepleie. I studien til Isola et al. (2006) kommer det også frem at det har vært en utvikling mot primærsykepleie som pleiemodell. Det kan tolkes som at primærsykepleie som pleiemodell er å foretrekke. Men det bør utvises forsiktighet ved å konkludere med dette. Disse funnene trenger ikke nødvendigvis å bety at dette er tilfellet ved enhver sykehus- eller sykehjemsavdeling. Mer forskning trengs for å gi funnene større tyngde.

5.2.4 Tverrfaglig samarbeid

Å benytte seg av tverrfaglig samarbeid viser seg å gi positive utfall hos sykehjems pasienter og dermed hever pleiekvaliteten (Ryden et al. 2000, Vu et al. 2007). Våre funn er et godt eksempel på dette. I studiene resulterte bruk av slikt tverrfaglig samarbeid i betydelig forbedring i forhold til trykksår (Vu et al. 2007). Forekomsten ble lavere og trykksårene leget raskere, noe som førte til flere sårfriske dager. I tillegg viste bruk av geriatriske

sykepleiere et betydelig forbedret utfall på flere områder for pasientene (Ryden et al. 2000). Det er ingen tvil om at trykksår er en belastning for pasienten. Å hindre at trykksår oppstår eller å få flere sårfriske dager når trykksår først har oppstått vil forståelig nok være av stor betydning for pasienten. I grunn kan vi si at all forbedring i utfall vil være positivt for pasientene.

Det kan være vanskelig å være innovativ og tenke kontroversielt i en travel hverdag på jobben. Men kanskje er benyttelse av tverrfaglig samarbeid en tilnæringsmåte i forsøket på å løse trykksårproblematikken. Å ha nok ressurser vil da være avgjørende for at dette skal være mulig å få til. Tverrfaglig samarbeid er både tids- og ressurskrevende (Bondevik og Nygaard 2001).

5.2.5 Resurser og trivsel på arbeidsplassen

Sykepleiere og andre ansatte ved sykehjemmene gav uttrykk for å være stort sett fornøyd med sitt eget arbeidsmiljø. Dette viser både forskningsmateriale og bakgrunns litteraturen (Isola et al. 2006, Paulsen et al. 2004). Men til tross for den generelle tilfredsheten blant sykepleierne meddelte mange at de kunne tenke seg en ny jobb innen samme felt eller en helt annen jobb. Når så mange ønsker å finne seg ny jobb er tydelig at det finnes noen negative faktorer ved arbeidsplassen. Hvis vi går litt tilbake til rapporten til Paulsen et al. (2004), så uttalte de intervjuede her at hvis de skulle trekke frem noe som virket belastende på arbeidsmiljøet, så var det at det tidvis var så lite bemanning at situasjoner utenom det vanlige ikke kunne håndteres. Her er det bemanningsspørsmålet som kommer til syne.

Våre funn viser at bemanningsnivået er av vesentlig betydning for arbeidsmiljøet og dermed trivselen samt pleiekvaliteten (Hongsoo et al. 2009, Castle og Engberg 2006). Når bemanningen er lav vil pleietyngden bli større. Når pleietyngden blir større så er sykepleiere nødt til å prioritere arbeidet sitt. Det kan føre til at pleierne føler at de ikke rekker alle arbeidsoppgavene de på forhånd hadde tenkt å gjøre. En stadig stressende arbeidsdag kan raskt føre til utbrenthet hos pleierne. Artikkelen til Lerdal (2009) forteller at utbrente sykepleiere er mindre oppmerksomme og gjør dårligere kliniske vurderinger. Som vi ser vil den ene ugunstige situasjonen føre til det andre. Utilstrekkelig bemanning kan i verste fall føre til svikt i pleien og gi negative konsekvenser for pasienten.

Flere forskere mener at fremtidens arbeidsplasser i større grad må tilrettelegge for fleksibilitet i forhold til arbeidstid og arbeidsoppgaver (Jakobsen 2005). Det vil naturlig nok føre til en utfordring både for ledelsen og i forhold til organiseringen.

5.2.6 Lederens egenskaper og involvering av sykepleiere

En annen faktor som også har betydning for pleiekvaliteten er egenskaper hos ledelsen eller lederen viser våre funn (Anderson et al. 2003). Lederen har et ansvar i forhold til å lede tjenesten slik at tilbudet som gis holder høy kvalitet (Jakobsen 2005). En erfaren leder innehar viktig kunnskap i forhold til kliniske og organisatoriske saker relatert til pleie. Samtidig viser et relasjonsorientert lederskap å ha sammenheng med bedre utfall for pasientene (Anderson et al. 2003).

Det er vanskelig å si seg uenig i at erfaring hos ledelsen kan ha betydning for utfall hos pasienter og så vel som andre ting som blant annet relasjon til de ansatte i en avdeling. En leder som har liten fartstid har dårligere kjennskap til både beboerne og de ansatte, og det vil ta tid før lederen vil generere tillit og respekt hos de ansatte. Ledelsens eller lederens generelle egenskaper er også av betydning. Det ideelle er å ha egenskaper som balanserer mellom å være den pekende, analyserende, eksperimenterende og spørrende leder (Jakobsen 2005).

For å oppnå økt kvalitet på tjenestene som ytes er det viktig å fremme ansvarsbevissthet hos de ansatte (Jakobsen 2005, Anderson et al. 2003). Det betyr at de må involveres i planene og arbeidsoppgavene som utføres i avdelingene. Funnene vi har gjort viser at det er mye å gå på i forhold til dette. Sykepleiere blir i liten grad involvert med tanke på utvikling av verktøy og pleieplaner (Buss et al. 2004). Om det er sykepleierens fraværende interesse for å bli involvert eller ledernes manglende vilje til å involvere som ligger til grunn for denne tendensen er vanskelig å gi et fasitsvar på. Trolig kan det være begge deler.

6.0 Konklusjon

Pleiekvalitet er et stort begrep, og i denne litteraturstudien har vi belyst noen av faktorene som virker inn på pleiekvaliteten. Vi har kommet frem til at pleiekvaliteten omfatter mer enn sykepleierens vilje og evne til å utøve god sykepleie. Alle pasienter skal betraktes som unike individer, av den grunn er det derfor umulig å generalisere sykepleien. Sykepleie som fag er i stadig endring, en endring som på mange måter kan sammenlignes med de endringer som skjer i samfunnet for øvrig. Behovet for endring kan komme som følge av endrede behov hos pasienter og ansatte, ny teknologi eller ledelse. En forandring i de økonomiske forholdene eller nye lover og verdier i samfunnet kan også kreve endring hos sykepleierne. Av den grunn er tilpasningsevne og fleksibilitet viktige egenskaper hos en sykepleier.

Sykepleierens utøvelse av sitt profesjon er påvirket og begrenset av ulike rammefaktorer, i denne studien har vi valgt å fokusere på ledelse og organisering som i stor grad er med på å forme pleiekvaliteten i sykehjem. Organiseringen av sykehjemmet og ledelse legger føringer og begrensinger for sykepleierens yrkesutførelse.

Innenfor sykepleien kan avstanden mellom idealet og realitetene virke store. Det må tas med i betraktningen at hovedoppgaven til en helseorganisasjon som sykehjem, er å fremme helse og yte pleie og omsorg til syke. Men samtidig er den en økonomisk bedrift som stilles ovenfor strenge krav til effektivitet.

Det er nødvendig med mer forskning omkring temaet pleiekvalitet, samt alle faktorene som er med på å påvirke den. Vi ser på vegringen sykepleiere har mot endring som et spennende område for videre forskning, da spesielt i sammenheng med pleiekulturer innenfor sykehjem. Ledelse og organisering i forhold til pleiekvalitet er også områder som skulle vært belyst mer i forskningsammenheng. Her kommer vi også inn på problematikken i forhold til ressursfordeling, som er et interessant og aktuelt politisk spørsmål. I denne studien har vi kun inkludert studier fra utlandet. Vi synes det hadde vært spennende med forskning omkring hvor overførbart forskning fra andre land er til norske forhold.

Denne litteraturstudien har betydning for praksis på mange måter. For det første viser den behov for at sykepleierne er åpne for endring, og dermed at de har tilpasningsevne og fleksibilitet. For det andre viser det at det er viktig at sykepleierne er beviste sine egne holdninger, og aktivt jobber med disse. Den tredje betydningen for praksis er at denne studien viser viktigheten av at sykepleieren har organisatorisk kompetanse. Altså at sykepleierne har en forståelse av hvordan sykehjemmet som organisasjon fungerer, og hvilke faktorer som er med på å forme deres arbeidsdag. Med større kunnskap om organisatorisk kompetanse, vil sykepleierne i større grad kunne påvirke sine arbeidsvilkår.

Vi håper denne studien vil bidra til å belyse og fremme bevissthet rundt de ulike elementene som har betydning for pleiekvaliteten.

Referanser

Anderson, Ruth A., L. Michele Issel og Reuben R. McDaniel, Jr. 2003. Nursing homes as complex adaptive systems. Relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing research Vol. 52, Nr. 1, 12 –21.*

Bondevik, Margareth og Harald A. Nygaard. 2001. *Tverrfaglig geriatri en innføring.* Bergen: Fagbokforlaget.

Burgio, Louis D. Susan E. Fisher, J. Kaci Fairchild, Kay Scilley og J. Michael Hardin. 2004. Quality of care in the nursing home: effects of staff assignment and work shift. *The Gerontologist, vol. 44, nr. 3, 368-377.*

Buss, Inge C. Ruud Halfens, Huda Huyer Abu-Saad og Gerjo Kok. 2004. Pressure ulcer prevention in nursing homes: views and beliefs of enrolled nurses and other health care workers. *Journal of clinical nursing 13, 668-676.*

Castle, Nicholas G. og John Engberg. 2006. Organizational characteristics associated with staff turnover in nursing homes. *The Gerontologist vol. 46, nr. 1, 62-73.*

Dalland, Olav. 2006. *Metode og oppgaveskriving for studenter.* 3. utgave, 6. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. 2006. *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.* St.meld. nr. 25 (2005-2006) Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement.

Garsjø, Olav. 2003. *Institusjon som hjem og arbeidsplass – et bidrag til institusjonsfaglig kompetanse.* Oslo: Gyldendal Akademiske.

Hamran, Gudrun. 1998. *Innføring i ledelse og administrasjon av sykepleie.* Oslo: Aschehoug.

- Hongsoo, Kim, Charlene Harrington og William H. Greene. 2009. Registered nurse staffing mix and quality of care in nursing homes: a longitudinal analysis. *The Gerontologist*, Vol. 49, Nr. 1, 81-90.
- Isola, Arja, Kaisa Backman, Päivi Voutilainen og Taja Rautsiala. 2006. Quality of institutional care of older people as evaluated by nursing staff. *Journal of clinical nursing* 17, 2480-2489.
- Jakobsen, Rita. 2005. *Klar for fremtiden? – om kvalitet, endring og temasamarbeid i sykepleieledelse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Karoliussen, Mette. 2002. *Sykepleie – tradisjon og forandring. En humanøkologisk tilnærming*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Karoliussen, Mette og Kari Lislerud Smebye. 2000. *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Knutstad, Unni og Birthe Kamp Nielsen. 2006. *Sykepleieboken 2. Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe Forlag.
- Laake, Knut. 2003. *Geriatrici i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lerdal, Anners. 2009. *Bedre behandling når sykepleierne trives*. Oslo: Sykepleien.no, http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=248646 (Lest 13.11.2009)
- Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 2. Utgave Oslo: Universitetsforlaget.
- Moore, Zena og Patricia Price. 2004. Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *Journal of clinical nursing* 13, 942-951.
- NSF. 1993. *Norsk sykepleierforbunds syn på ledelse og organisering i sykepleietjenesten*. Oslo: NSF, avdeling for fagutredning.

NSF, 1989. *Sykepleietjenesten i fremtiden. En innstilling fra NSF*. Oslo: NSF.

Orvik, Arne. 2006. *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag A/S.

Paulsen, Bård, Trond Harsvik, Thomas Halvorsen og Lars Nygård. 2004. *Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem*. Trondheim: Sintef Unimed.

Ryden, Muriel, Mariah Snyder, Cynthia R. Gross, Kay Savik, Valinda Pearson, Kathleen Krichbaum og Christine Mueller. 2000. Value-added outcomes: the use of advanced practice nurses in long-term care facilities. *The Gerontologist*, vol. 40, nr. 6, 654-662.

Vu, Trang, Anthony Harris, Gregg Duncan og Geoff Sussman. 2007. Cost-effectiveness of multidisciplinary wound care in nursing homes: a pseudo-randomized pragmatic cluster trial. *Family Practice*, vol. 24, 372-379.

Willman, Ania., Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 2. utgave. Lund: Studentlitteratur.

Vedlegg

Vedlegg 1: Tabell 4: Oversikt over artikler inkludert i studien.

Vedlegg 2: Bilaga G: Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod.

Vedlegg 3: Bilaga H: Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod.

Vedlegg 1:

Tabell 4: Oversikt over artikler inkludert i studien.

Nr	Artikkel	Hensikt	Metode	Resultat	Kvalitet
1	<p>Tittel: Quality of care in the nursing home: effects of staff assignment and work shift.</p> <p>Forfatter: Louis D. Burgio, Susan E. Fisher, J. Kaci Fairchild, Kay Shilley og J. Michael Hardin.</p> <p>Land: USA.</p> <p>Tidsskrift: The Gerontologist.</p> <p>År: 2004.</p>	<p>Formålet med studien var å undersøke forskjeller i pleiekvaliteten i forhold til hvordan arbeidsoppgavene ble fordelt mellom de ansatte. To ulike modeller for fordeling av arbeidsoppgaver ble vurdert, henholdsvis primærmodellen og rotasjonsmodellen.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>En kvasi-eksperimentell sammenligningsstudie. Totalt 4 sykehjem var med i studien, hvor 2 sykehjem brukte primærmodellen og 2 sykehjem brukte rotasjonsmodellen.</p>	<p>Studien viste at sykehjem som brukte primærmodellen hadde en større kontinuitet i pleien, beboerne hadde oftere de samme pleierne.</p> <p>De som brukte primærmodellen kom også bedre ut i forhold til den personlige hygien hos beboerne.</p> <p>Primærmodellen hadde mer fravær, men de ansatte i disse sykehjemmene uttrykte større trivsel på jobb.</p>	Grad 2
2	<p>Tittel: Quality of institutional care of older people as evaluated by nursing staff.</p> <p>Forfatter: Arja Isola, Kaisa Backman, Päivi Voutilainen og Taja Tautsiala.</p> <p>Land: Finland.</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical nursing.</p> <p>År: 2006.</p>	<p>Hensikten var å se på kvaliteten i institusjonalisert omsorg for eldre mennesker slik den ble evaluert av helsepersonell, samt sammenligne resultater fra 2001 med resultater fra 1998.</p>	<p>Kvantitativ undersøkelse basert på spørreskjema.</p> <p>7 institusjoner med til sammen 53 avdelinger var med i studien.</p> <p>1998: 607 av 772 sykepleiere svarte på spørreskjemaet (78,6 %).</p> <p>2001: 573 av 746 sykepleiere svarte på spørreskjemaet (76,8 %):</p>	<p>De ansatte vurderte seg selv til å være gode på møte de Eldres behov og mente jobben de utførte var viktig</p>	Grad 1
3	<p>Tittel: Value-Added Outcomes: The Use of Advanced Practice Nurses in Long-Term Care Facilities.</p> <p>Forfatter: Muriel B. Ryden, Mariah Snyder, Cynthia R. Gross, Kay Savik, Valinda Pearson, Kathleen Krichbaum og Christine Mueller.</p> <p>Land: USA.</p>	<p>Hensikten var å se på effekten på det kliniske resultatet for nye sykehjemsbeboere når geriatriske sykepleiere jobbet sammen med de ansatte for å implementere forskningsbaserte protokoller for inkontinens, trykksår, depresjon og aggressiv oppførsel.</p>	<p>Kvantitativ, kvasi-eksperimentell studie. Studien ble utført ved 3 sykehjem; to med behandling (bruk av geriatriske sykepleiere) og én som sammenligning (vanlig pleie). Hvilke som skulle være behandlingsgrupper ble avgjort tilfeldig. Til sammen 319 deltakere i studien.</p>	<p>I forhold til trykksår var prevalensen ved begynnelsen av studien 20,1 %, alle inkludert. Ingen betydelig forskjell gruppene imellom. Etter 6 mnd var antall trykksår i behandlingsgruppen betydelig mindre enn i sammenligningsgruppen. (3,5 % vs. 10 %)</p>	Grad 2

	Tidsskrift: The Gerontologist. År: 2000.				
4	Tittel: Pressure ulcer prevention in nursing homes: views and beliefs of enrolled nurses and other health care workers. Forfatter: Inge C. Buss, Ruud Halfens, Huda Huyer Abu-Saad og Gerjo Kok. Land: Nederland. Tidsskrift: Journal of clinical nursing. År: 2004	Hensikten med studien var å belyse helsearbeidernes (spesielt sykepleiernes) overbevisning og syn på forebygging av trykksår og tema relatert til forebygging av trykksår.	Kvalitativ studie. Semi-strukturerte intervju tatt opp på tape ble gjennomført. 18 helsearbeidere fra fem forskjellige sykehjem deltok. I tillegg ble data fra sykehjemmenes trykksårforebyggingsprotokoller innhentet for å sammenligne innholdet i disse med pleiernes uttalelser.	Sykepleiernes kunnskap i forhold til trykksårforebygging er sterkt basert på erfaring og tradisjon, grunnleggende utdanning og informasjon fra kollegaer. Tradisjonell kunnskap ble også funnet i sykehjemmenes protokoller.	Grad 1
5	Tittel: Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. Forfatter: Ruth H. Anderson, L. Michele Issel og Reuben McDaniel, Jr. Land: USA Tidsskrift: Nursing research. År: 2003.	Hensikten med studien var å undersøke sammenhengen mellom ledelse og hvilke konsekvenser den har for pasientene.	Kvalitativ studie. Tverrsnittstudie.	Det kommer frem i studien at ledelsen på flere områder kan påvirke hvilke konsekvenser pleien får for pasienter i sykehjem.	Grad 2
6	Tittel: Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. Forfatter: Zena Moore og Patricia Price. Land: Irland. Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing. År: 2004	Hensikten var å identifisere sykepleiernes holdninger mot trykksårforebygging, deres væremåte relatert til trykksårforebygging og barrierer sykepleierne har mot trykksårforebygging.	Kvalitativ studie. Bruk av tverrsnittstudie. 6 tilfeldig utvalgte sykehus, samt 300 sykepleiere ble valgt til å delta. Spørreskjema ble brukt til datainnhenting, derav 121 fullført og levert inn. En pilotstudie ble gjennomført på forhånd, for testing av spørreskjemaet og spørsmålene.	Sykepleierne i studien viste positiv holdning i forhold til forbygging av trykksår. Mangel på tid og bemanning viste seg å gi negativ effekt på denne forebyggingen. I tillegg til disse nevnte barrierene, var også "pasienten selv" nevnt som barriere for risikovurdering av trykksår (for syk/ ikke samarbeidsvillig).	Grad 1
7	Tittel: Cost-	Hensikten var å	Kvalitativ og	Flere sår ble leget i løpet	Grad 1

	<p>effectiveness of multidisciplinary wound care in nursing homes: a pseudo-randomized pragmatic cluster trial.</p> <p>Forfatter: Trang Vu, Anthony Harris, Gregg Duncan og Geoff Sussman.</p> <p>Land: Australia.</p> <p>Tidsskrift: Family Practice.</p> <p>År: 2007.</p>	<p>evaluere kostnadseffektiviteten ved bruk av et flerfaglig sårbehandlingsteam i sykehjem fra et helsesystemsperspektiv.</p>	<p>kvantitativ studie med effektkostnadsanalyse. 44 sykehjem deltok i studien, ved tilfeldig utvelgelse. Én gruppe med 21 sykehjem ble klassifisert som intervensjonsgruppe (180 sår og 94 beboere) og én gruppe med 23 sykehjem (162 sår og 82 beboere) som kontrollgruppe. Bruk av spørreskjema i forhold til vurdering av livskvalitet.</p>	<p>av studien intervensjonsgruppen (61,7 % vs. 52,5 %). I denne gruppen leget også sårene fortere (82 dager vs. 101,1 dager). I tillegg resulterte standardisert behandling utført av sårteamet i en reduksjon av behandlingskostnader.</p>	
8	<p>Tittel: Organizational characteristics associated with staff turnover in nursing homes.</p> <p>Forfatter: Nicholas G. Castle og John Engberg.</p> <p>Land: USA.</p> <p>Tidsskrift: The Gerontologist.</p> <p>År: 2006.</p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke sammenhengen mellom personell "turnover" og organiseringen av sykehjem.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>Studien viser at organisatoriske faktorer har innvirkning på "turnover" av personell i sykehjemmene.</p>	<p>Grad 2</p>
9	<p>Tittel: Registered nurse staffing mix and quality of care in nursing homes: a longitudinal analysis.</p> <p>Forfatter: Hongsoo Kim, Charlene Harrington og William H. Greene.</p> <p>Land: USA.</p> <p>Tidsskrift: The Gerontologist.</p> <p>År: 2009.</p>	<p>Hensikten med studien er å belyse forholdet mellom sammensetning av personalet (variasjon mellom yrkesgrupper) og pleiekvaliteten i sykehjem.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>Sykepleiere har en viktig rolle for å sikre god kvalitet på pleien i sykehjem. Sammenhengen mellom antall sykepleiere blant personalet og pleiekvalitet er ikke lineær, men avhengig av den totale bemanningen. Flere sykepleiere gir mindre avvik.</p>	<p>Grad 2</p>

Bilaga G

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Beskrivning av studien

Forskningsmetod RCT CCT (ej randomiserad)
 multicenter, antal center

Kontrollgrupp/er

Patientkaraktäristika Antal

Ålder

Man/Kvinna

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner Ja Nej

Intervention

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått

Urvalsförfarandet beskrivet? Ja Nej

Representativt urval? Ja Nej

Randomiseringsförfarande beskrivet? Ja Nej Vet ej

Likvärdiga grupper vid start? Ja Nej Vet ej

Analyserade i den grupp som de randomiserades till? Ja Nej Vet ej

Blindning av patienter? Ja Nej Vet ej

- Blindning av vårdare? Ja Nej Vet ej
 Blindning av forskare? Ja Nej Vet ej

Bortfall

- Bortfallsanalysen beskriven? Ja Nej
 Bortfallsstorleken beskriven? Ja Nej
 Adekvat statistisk metod? Ja Nej
 Etiskt resonemang? Ja Nej
 Hur tillförlitligt är resultatet?
 Är instrumenten valida? Ja Nej
 Är instrumenten reliabla? Ja Nej
 Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

- Bra Medel Dålig

Kommentar

.....

Granskare sign:

Bilaga H

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristika Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

– Relevant? Ja Nej Vet ej

– Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

– analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

– Råder datamättnad? Ja Nej Vet ej

– Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening
beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar

.....
.....

Granskare (sign)