

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Sykepleieres arbeidsbetingelser, pasientsikkerhet og kvalitet – sekundæranalyse av tverrsnittsdata

[Ingeborg Strømseng Sjetne](#)

Sykepleier og seniorforsker
Folkehelseinstituttet

[Anners Lerdal](#)

Forskningsjef og professor
Forskningsavdelingen, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap,
Universitetet i Oslo

[Sykepleiere](#)

[Arbeidsbetingelser](#)

[Magnet4Europe](#)

[RN4CAST](#)

[Tverrsnittsundersøkelse](#)

[Sekundæranalyse](#)

Sykepleien Forskning 2024;19(95607):e-95607

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2024.95607](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2024.95607)

Sammendrag

Bakgrunn: Velkvalifisert personell er avgjørende for effektiv drift og pasientsikkerhet på sykehusene. Å sikre tilgang og stabilitet i personellressursene er en vedvarende utfordring. I to ulike europeiske, internasjonale studier er det benyttet tilnærminger som er utviklet i forskning i USA, knyttet til såkalte Magnet-sykehus, for å utvikle kunnskap om forvaltningen av sykepleierressurser.

Hensikt: Målet med artikkelen var å sammenlikne svarene om sykepleieres arbeidshverdag ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i to studier fra 2009 og 2021.

Metode: Datainnsamlingen inkluderte spørreundersøkelser om arbeidsforhold, trivsel, pasientsikkerhet og kvalitet. Vi brukte spørsmål fra etablerte instrumenter som The Nursing Work Index og Maslach Burnout Inventory. Andre spørsmål omfattet pasientsikkerhet og nødvendige, men ugjorte aktiviteter samt individuelle bakgrunnsvariabler. Svarene fra de to undersøkelsene ble sammenliknet med beskrivende statistikk.

Resultat: I 2009 besvarte 168 (64 prosent) av de inkluderte sykepleierne spørreundersøkelsen. 218 sykepleiere (83 prosent) svarte i 2021. Sykepleierne beskrev flere forhold mer positivt i 2021 sammenliknet med 2009, blant annet om nærmeste leder og bemanning. Antallet pasienter per sykepleier var lavere i 2021. Forekomsten av nødvendige, men ugjorte aktiviteter var relativt uforandret. Et unntak her var ugjort smertebehandling, som var høyere i 2021. Resultatene var dårligere i 2021 på spørsmål om sykepleierne ville anbefale sykehuset til familie og venner, på spørsmål om pasientens evne til å klare seg etter utskrivelse og på generelle, «alt i alt-spørsmål» om kvalitet.

Konklusjon: Selv om enkelte arbeidsforhold for sykepleiere ved Lovisenberg Diakonale Sykehus ble beskrevet mer positivt i 2021 enn 2009, viser de generelle vurderingene en svak negativ utvikling. Studien gir innsikt i sykehushverdagen i et sykepleierperspektiv, men har svakheter knyttet til metode og utvalgsstørrelse. Resultatene kan ikke generaliseres til øvrige norske sykehus.

Introduksjon

Velkvalifisert personell er den viktigste innsatsfaktoren på sykehus. Det har vært og vil fortsatt være en utfordring å forvalte personellressursene for å sikre pasientene god og trygg behandling og fellesskapet fornuftig utnytting av ressurser (1). Ideen om Magnet-sykehus oppsto i USA på 1980-tallet i en studie som siktet mot å identifisere fellestrekk ved sykehus som tiltrekker seg og beholder sykepleiere (2).

Siden den gangen er Magnet-sykehus blitt et begrep som er undersøkt i en rekke studier, nesten utelukkende i USA. De identifiserte fellestrekene har vist seg å være gunstige for sykehusenes samlede virksomhet når det gjelder kliniske, økonomiske og organisatoriske resultater. Det siste inkluderer blant annet styrking av rekruttering og stabilitet i sykepleierbemanningen (3).

American Nurses Credentialing Center kan sertifisere enkeltsykehus som Magnet-sykehus hvis de tilfredsstillter kriterier som kan oppsummeres i fem overordnede prinsipper: transformerende ledelse; strukturell *empowerment*; eksemplarisk profesjonell praksis; kunnskapsutvikling, innovasjon og forbedring og empirisk overvåking av kvalitet (4).

Forskning og metodeutvikling har i hovedsak foregått i USA, og det er et aktuelt spørsmål om funn fra studier i USA lar seg replikere i Europa. To internasjonale, EU-finansierte studier har brukt en metode som er utviklet i USA for å studere forvaltning av sykepleiere på sykehus i Europa. Det er samlet inn data om sykepleiernes oppfatning av arbeidsbetingelser og trivsel.

Videre er det samlet inn organisatorisk informasjon om sykehusets pasientresultater, sengetall og antall opphold. Kunnskap som kan underbygge god forvaltning av sykepleierressurser på sykehusene, er verdifull for sykepleiere som gruppe og for samfunnet som helhet, gitt dagens og fremtidens behov for kvalifisert helsepersonell.

Norsk Sykepleierforbund har gitt økonomisk støtte til norsk deltakelse i begge studiene. Lovisenberg Diakonale Sykehus, heretter kalt Lovisenberg, er med i begge studiene.

RN4CAST: Registered Nurse forecasting in Europe (2009–2011)

I tverrsnittsstudien RN4CAST (2009–2011) deltok sykepleiere ved 486 sykehus i tolv europeiske land, inkludert 35 helseforetak og sykehus i Norge. Hovedmålet med RN4CAST var å bidra til bedre planlegging og ledelse av sykepleierressurser i Europa (5). Sammenliknet med de andre landene var de norske, nasjonale resultatene gjennomgående gode (6, 7). Imidlertid var det store forskjeller mellom enkeltsykehus og ulike typer sykehus innad i Norge. Blant de norske sykehusene var resultatene best for de private ideelle sykehusene (8).

Magnet4Europe (2020–2024)

I intervensjonsstudien Magnet4Europe (M4E) deltok over 60 sykehus i seks land (2020–2024). Intervensjonen besto i å innføre endringer i tråd med de overordnede prinsippene for Magnet-sykehus. Hvilke som skulle prioriteres, ble bestemt av det enkelte sykehuset, eventuelt med føringer fra gap-analyser. I løpet av endringsprosessen ble det samlet inn empiriske målinger, blant annet via spørreundersøkelser til ansatte. Det ble gjort en nullpunktsmåling i begynnelsen av 2021, før intervensjonen startet (9).

I M4E var både sykepleiere og leger inkludert i spørreskjemaundersøkelsen blant de ansatte. Lovisenberg er det eneste norske sykehuset som deltar i Magnet4Europe, og en fagartikkel beskriver lokale tiltak som er satt i verk (10).

Fra de to spørreundersøkelsene finnes data der sykepleiere vurderer ulike sider ved arbeidsmiljøet, med tolv års mellomrom. Målet med denne artikkelen er å sammenlikne svarene fra sykepleierne ved Lovisenberg på de spørsmålene som ble stilt i begge undersøkelsene i 2009 og 2021.

Metode

Datainnsamlingen i RN4CAST i 2009 inkluderte en omfattende spørreskjemaundersøkelse om arbeidsbetingelser og trivsel, pasientsikkerhet og kvalitet. Noen av spørsmålene ble gjenbrukt i M4E-studien, der den første av tre spørreskjemaundersøkelser ble gjennomført våren 2021 under covid-19-pandemien. Vi sammenlikner spørsmålene som var like både i 2009 og 2021.

En gruppe på åtte enkeltspørsmål stammer fra The Nursing Work Index (NWI). NWI ble utviklet under de tidlige studiene av Magnet-sykehus i USA. Instrumentet handler om egenskaper, som samarbeid, utviklingsmuligheter og ledelse, som studiene av Magnet-sykehus indikerte var viktige for at arbeidsplassen skulle være et godt sted å arbeide som sykepleier. Svareren tar stilling til (fra 1 = helt uenig til 4 = helt enig) om den aktuelle egenskapen er til stede på sin arbeidsplass (11).

Emosjonell utmattelse ble målt med underskalaen Emotional Exhaustion fra Maslach Burnout Inventory (MBI-EE). Underskalaens ni spørsmål beskriver følelser knyttet til jobben. Svaret gis ved å markere hvor ofte svareren har det slik (fra 0 = aldri til 6 = hver dag). Skåren som blir presentert her, er gjennomsnittet av de ni, gitt at alle er besvart (12, 13).

I både 2009 og 2021 ble det stilt enkeltspørsmål om pasientsikkerhet, forekomsten av nødvendige, men ugjorte aktiviteter (*missed nursing care*), generelle vurderinger og individuelle bakgrunnsvariabler.

Alle sykepleiere med direkte pasientkontakt ble inkludert fra medisinske og kirurgiske enheter som behandler voksne pasienter, inkludert intensivenheter. Sykepleiere med lav stillingsandel var unntatt. I 2009 var nedre grense 20 prosent, i 2021 var den 30 prosent.

Høsten 2009 var det lokale tillitsvalgte i Norsk Sykepleierforbund som delte ut spørreundersøkelsen på papir. De fulgte opp med lokalt initierte tiltak for å øke svarprosenten. Direkte purring til den enkelte lot seg ikke gjøre. Våren 2021 ble undersøkelsen besvart online. De ansatte – også leger var inkludert denne gangen – ble kontaktet via e-post og registrerte seg på en nettbasert plattform der de fikk spørsmålene presentert elektronisk. Sykehuset sendte tre e-poster med påminnelse og takk til alle inkluderte. De gjorde ulike tiltak for å fremme deltakelsen og oppmerksomheten rundt undersøkelsen. Svarene fra sykepleierne i 2009 og 2021 ble sammenliknet med beskrivende statistikk.

Forskjellen i svarernes alder og erfaring samt i resultater på pasientsikkerhetsspørsmålene ble testet med Students t -test for uavhengige utvalg. De øvrige forskjellene ble testet med Pearsons khikvadrattest. Vi foretok analysene med IBM SPSS-programvare, versjon 29. Vi valgte $p \leq 0,05$ som grense for statistisk signifikans.

Personvernrutinene i RN4CAST ble meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk senter for forskningsdata (NSD), nå kalt Sikt – kunnskapssektorens tjenesteleverandør (referansenummeret 22537). I M4E handlet noen av spørsmålene om helse. Undersøkelsen ble vurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst D, referansenummer 166980). Vi fikk relevante data om sengetall og pasientturnover fra Lovisenbergs interne registreringer.

Resultater

Data fra spørreundersøkelsene

I 2009 ble det delt ut 168 papirskjemaer, der 108 (64,3 prosent) ble besvart. I 2021 valgte 218 (82,8 prosent) av 263 sykepleiere å registrere seg og besvare undersøkelsen. Med unntak av stillingsprosent og antall år med erfaring som sykepleier var forskjellen på kjente egenskaper i de to svarergruppene ikke statistisk signifikant. Se sammenlikninger i tabell 1. Da vi så nærmere på dataene, viste det seg at det er de eldste sykepleiernes erfaring som er mye lengre i 2021 enn i 2009 og trekker gjennomsnittet opp.

Tabell 1. Beskrivelse av de to utvalgene

	2009 N = 108		2021 N = 194		p-verdi
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Alder (femårsintervaller)					0,106*
≤ 25 år	23	22 %	43	22 %	
26–30	36	35 %	60	31 %	
31–35	17	17 %	25	13 %	
36–40	13	13 %	17	8 %	
41 ≥	14	14 %	57	26 %	
Avdeling					0,803*
Kirurgisk	28	26 %	57	29 %	
Medisinsk	65	60 %	110	57 %	
Intensiv	15	14 %	27	14 %	
Arbeider heltid					1,000*
Nei	47	44 %	85	44 %	
Stillingsprosent					< 0,001*
≤ 50 %	5	11 %	2	3 %	
51–80 %	41	87 %	53	66 %	
81 ≥ %	1	2 %	25	31 %	
Videre-, spesial- eller AKS-utdannet					0,754*
	20	19 %	33	17 %	
	Gjennomsnitt	Standard-avvik	Gjennomsnitt	Standard-avvik	p-verdi
Arbeidserfaring (antall år)					
som sykepleier	6,2	6,5	9,2	10,2	0,002**
som sykepleier ved Lovisenberg	4,6	4,5	5,4	6,1	0,125**

*Forskjellen er testet med Pearsons khikvadrattest.

**Forskjellen er testet med Students t-test for uavhengige utvalg.

I svarene på de åtte enkeltspørsmålene fra instrumentet NWI er den generelle tendensen at andelen positive svar (helt enig / enig) var størst i 2021 (tabell 2). Den største forskjellen gjelder spørsmålet om nærmeste leder, med en økning på 13 prosentpoeng i andelen positive svar ($p = 0,002$).

Tabell 2. Prosentuert frekvensfordeling av svar på enkeltspørsmål fra The Nursing Work Index (NWI)

Marker i hvilken grad du er enig i at de følgende kjennetegnene er til stede på den jobben du har nå:

	Helt uenig	Ganske uenig	Ganske enig	Helt enig
2009: Sykepleiere er involvert i den interne styringen av foretaket/sykehuset (f.eks. gjennom utvalg som fatter beslutninger på det administrative eller kliniske området, kvalitetsutvalg o.l.)	8 %	45 %	40 %	8 %
2021: Samme utsagn (p -verdi = 0,957)	9 %	34 %	51 %	7 %
2009: Nok bemanning til å få arbeidet gjort	6 %	27 %	62 %	6 %
2021: Samme utsagn (p -verdi = 0,008)	6 %	27 %	48 %	19 %
2009: Muligheter for avansement (f.eks. nye funksjoner eller oppgaver)	6 %	33 %	50 %	11 %
2021: Samme utsagn (p -verdi = 0,127)	4 %	25 %	52 %	20 %
2009: En klar sykepleiefilosofi (visjon, mål eller idealer) som preger hele sykepleietjenesten i foretaket	3 %	24 %	50 %	24 %
2021: Samme utsagn (p -verdi = 0,926)	2 %	26 %	51 %	21 %
2009: Ledelse som lytter til og responderer på sykepleiernes bekymringer	3 %	14 %	58 %	25 %
2021: Samme utsagn (p -verdi = 0,113)	2 %	15 %	45 %	38 %
2009: En avdelingssykepleier/enhetsleder som er en god administrator og leder	7 %	16 %	42 %	36 %
2021: Samme utsagn (p -verdi = 0,002)	1 %	8 %	39 %	52 %
2009: Mye samarbeid mellom sykepleiere og leger	3 %	15 %	56 %	26 %
2021: Samme utsagn (p -verdi = 0,057)	1 %	9 %	50 %	40 %
2009: Legene respekterer sykepleierne som fagpersoner	0 %	3 %	66 %	31 %
2021: Samme utsagn (p -verdi = 0,364)	1 %	7 %	64 %	29 %

RN4CAST i 2009 er øverst i sammenstillingene, Magnet4Europe i 2021 nederst. Forskjellene er testet med Pearsons khikvadrattest. Spørsmålene er stilt i begge undersøkelsene.

Når det gjelder nok bemanning for å få arbeidet gjort, er andelen positive svar ett prosentpoeng høyere i 2021 enn i 2009. Imidlertid er andelen av de positive svarerne som svarer «helt enig» og ikke bare «enig», betydelig større, idet andelen har økt med 13 prosentpoeng ($p = 0,008$). På enkeltspørsmålet om samarbeid mellom sykepleiere og leger er andelen positive svar åtte prosentpoeng høyere i 2021 enn i 2009, men p -verdien er rett under den valgte grensen for statistisk signifikans ($p = 0,057$).

For sykehuset som helhet var antallet pasienter en sykepleier hadde ansvaret for «på [s]in siste vakt», 4,5 i 2009 og 3,6 i 2021 ($p = 0,010$). Gjennomsnittlig antall pasienter per sykepleier i de to undersøkelsene var henholdsvis 4,8 og 3,4 på kirurgiske poster, 5,2 og 4,2 på medisinske poster og på intensivposten 1,5 i begge undersøkelsene. Se [vedlegg 1](#) for detaljer.

Av en felles liste med ni potensielt ugjorte aktiviteter var forekomsten ganske lik i de to undersøkelsene. I 2009 markerte ingen smertebehandling som nødvendig, men ugjort. I 2021 var andelen 7 prosent ($p = 0,003$). Se tabell 3 for en komplett liste med resultater.

Tabell 3. Forekomst av ugjort sykepleie

På din siste vakt, hvilke av de følgende aktivitetene var nødvendige, men forble ugjort [i 2021 tilføyd «helt eller delvis»] fordi du ikke hadde tid?

	2009 N = 108	2021 N = 202	p-verdi*
Støtte til / samtale med pasienter	31 %	32 %	0,896
Utvikle eller oppdatere sykepleieplaner/pasientforløp	27 %	25 %	0,782
Munnstell	21 %	22 %	0,885
Tilstrekkelig observasjon av pasienter	19 %	21 %	0,762
Hudpleie	21 %	18 %	0,538
Undervisning/opplæring til pasient og pårørende	15 %	12 %	0,595
Administrere medikamenter til rett tid	9 %	14 %	0,271
Tilstrekkelig dokumentasjon av sykepleie	8 %	12 %	0,334
Smertebehandling	0 %	7 %	0,003

*Pearsons khikvadrattest

Fem spørsmål om pasientsikkerhet var sammenliknbare (se tabell 4). Tendensen er at gjennomsnittsskårene er uforandret eller noe bedre i 2021. Det var positiv endring med tanke på å diskutere feil for å forebygge at de skjer igjen, med en økning fra 3,7 til 4,0 ($p < 0,001$).

Tabell 4. Sykepleiernes vurdering av pasientsikkerhetstema (svarskala 1–5, der 5 er best)

	2009 N = 108		2021 N = 202		p-verdi*
	Gjennomsnitt	Standard-avvik	Gjennomsnitt	Standard-avvik	
Gi en generell vurdering av pasientsikkerheten på din avdeling	3,6	0,5	3,7	0,6	0,571
Ansatte føler at feil blir brukt mot dem	4,0	0,8	4,1	0,8	0,278
Vi diskuterer hvordan vi kan forebygge at feil skjer på nytt	3,7	0,7	4,0	0,8	< 0,001
Ansatte kan fritt stille spørsmål vedrørende beslutninger og handlinger tatt av personer med mer autoritet	3,7	0,8	3,7	0,9	0,921
Foretaksledelsens (sykehusledelsens) handlinger viser at pasientsikkerheten har topp prioritet	3,5	0,8	3,5	0,8	0,593

*Students t-test for uavhengige utvalg

Nivået på emosjonell utmattelse (MBI-EE) var likt. Gjennomsnitt og standardavvik i 2009 var 1,89 og 0,91. I 2021 var det 1,95 og 1,25 ($p = 0,664$). Omfanget av jobbing ut over avtalt tid var uforandret for Lovisenberg som helhet, med ulikt resultat per avdeling ([vedlegg 2](#)). Det var ikke endring i andelen sykepleiere som hadde planer om å slutte i løpet av det nærmeste året (2009: 17,0 prosent og 2021: 19,0 prosent, $p = 0,395$), og heller ikke i andelen blant dem som ønsket å slutte ved Lovisenberg, som i tillegg ønsket å slutte å arbeide som sykepleier (2009: 8,7 prosent og 2021: 11,4 prosent, $p = 0,190$).

For de fem «alt i alt-spørsmålene» (tabell 5) var det en gjennomgående tendens at skåren var lavere i 2021 enn i 2009. I svarernes generelle vurdering av kvalitet på sykepleien var andelen positive svar sju prosentpoeng lavere i 2021 enn i 2009 ($p = 0,004$), og om de ville anbefalt sykehuset til familie og venner elleve prosentpoeng lavere ($p = 0,005$). På spørsmålet om hvor sikker svareren er på at pasientene greier seg etter utskrivelsen, var andelen positive svar elleve prosentpoeng lavere i 2021 enn i 2009 ($p = 0,008$).

Tabell 5. Frekvensfordeling og testing av forskjell på enkeltspørsmål med generelt innhold

		2009 N = 108		2021 N = 202		p-verdi*
		Gjennomsnitt	Prosent	Gjennomsnitt	Prosent	
Hvor fornøyd er du med din nåværende jobb på dette sykehuset?	Veldig misfornøyd	1	1 %	0	0 %	0,326
	Litt misfornøyd	7	7 %	19	10 %	
	Ganske fornøyd	56	53 %	86	47 %	
	Veldig fornøyd	42	40 %	79	43 %	
Generelt sett, hvordan vil du beskrive kvaliteten på sykepleien som blir gitt til pasientene på din post/enhet?	Lite bra	0	0 %	1	1 %	0,004
	Noenlunde bra	9	8 %	27	14 %	
	Bra	81	76 %	101	55 %	
	Utmerket	17	16 %	56	30 %	
Ville du anbefalt sykehuset ditt til dine venner og familie hvis de trengte behandling på sykehus?	Definitivt nei	0	0 %	4	2 %	0,005
	Sannsynligvis nei	1	1 %	18	9 %	
	Sannsynligvis ja	58	54 %	76	40 %	
	Definitivt ja	49	45 %	86	48 %	
Ville du anbefalt ditt sykehus til en sykepleierkollega som en god arbeidsplass?	Definitivt nei	0	0 %	0	0 %	0,191
	Sannsynligvis nei	1	1 %	9	5 %	
	Sannsynligvis ja	47	44 %	74	40 %	
	Definitivt ja	60	56 %	101	55 %	
Generelt sett, hvor sikker er du på at pasientene (i 2021: og deres omsorgspersoner) klarer seg selv etter utskrivelsen?	Slett ikke sikker	11	10 %	40	22 %	0,008
	Ganske sikker	42	39 %	73	40 %	
	Sikker	44	41 %	46	25 %	
	Svært sikker	10	9 %	25	14 %	

*Pearsons khikvadrattest

Data fra andre kilder

Registreringspraksis er endret i perioden, noe som gjør det vanskelig å sammenlikne tall som beskriver driften i de to årene. Normert antall senger var 158 i 2009 og 153 i 2020 (nærmeste år med komplette tall), begge år inkludert tolv senger ved lindrende enhet. Antallet innlagte på hele sykehuset var 10 208 i 2009 og 10 252 i 2020. I kirurgisk klinikk falt gjennomsnittlig liggetid fra 3,2 i 2009 til 2,0 i 2020, og tilsvarende i fall for medisinsk klinikk var 5,6 og 3,9.

Sykehusets informasjonssystem for personelldata kan ikke gi sammenliknbare opplysninger om sykepleierårsverk i 2009 og 2021 eller nærliggende år.

Diskusjon

I denne sekundæranalysen av data fra spørreundersøkelsen har vi sammenliknet svar fra sykepleiere ved Lovisenberg i 2009 og 2021. Resultatene er blandet og bekrefter verken at alt var bedre før, eller at alt går bedre nå.

Arbeidsbetingelser og arbeidstid

Svar på spørsmålene fra NWI viser at sykepleierne opplevde å ha bedre arbeidsbetingelser i 2021 for konkrete forhold som samarbeid med legene, samarbeid med nærmeste leder og bemanning (tabell 2). Også svarene om antallet pasienter per sykepleier ([vedlegg 1](#)) tyder på at bemanningen er økt. Vi har ikke lyktes med å få administrative tall på dette, men bildet av økt bemanning lokalt stemmer med tendensen nasjonalt om utviklingen i de store yrkesgruppene i spesialisthelsetjenesten, selv om tallene også her er usikre (1, kapittel 4.2.3.).

I 2017 innførte sykehuset et ledertreningsprogram med fire samlinger over ni måneder. Målgruppen er blant annet ledere av de kliniske avdelingene. Dette tiltaket kan muligens forklare at sykepleierne er mer fornøyd med nærmeste leder i 2021 enn i 2009.

Andelen som har jobbet ut over avtalt tid på Lovisenberg som helhet, er uendret. Det er verdt å minne om at 2021-målingen ble gjennomført under covid-19-pandemien, da sykehuset hadde økt beredskap. Det er grunn til å anta at dette har påvirket resultatet, men vi har ikke grunnlag for å anta noe om hvordan. På avdelingsnivå ser det ut til å være noe endring, men forskjellene mellom 2009 og 2021 er ikke statistisk signifikante ([vedlegg 2](#)).

Nødvendige, ugjorte aktiviteter

Når det gjelder konkrete aktiviteter som har vært nødvendige, men ikke er blitt utført (tabell 3), er situasjonen uforandret, med unntak av smertebehandling. Økt forekomst av mangelfull smertebehandling i 2021 kan ha sammenheng med at mulighetene for smertebehandling er mer avanserte og mer ressurskrevende etter 2009, eller at sykepleiernes kunnskaper om og/eller deres forventninger til god smertelindring har økt.

Likheten i rangeringen av de ulike nødvendige, men ugjorte sykepleieaktivitetene er tankevekkende. I begge undersøkelsene er det flest svar om at støtte til eller samtale med pasienter var ugjort (i 2021: helt eller delvis) på siste vakt, mens ugjort smertebehandling er rapportert av færrest svarere. Man kan spørre seg om det handler om mangler som er blitt normalisert i sykehushverdagen. Hvis tiden ikke strekker til, er det da slik at støtte og samtale er det første som blir utelatt, med utvikling av pleieplan/pasientforløp eller munnstell som nummer to og tre?

Den innledende teksten til spørsmålet om ugjorte aktiviteter lød: «På din siste vakt, hvilken av de følgende aktivitetene var nødvendige, men forble ugjort [i 2021 ble det tilføyd i parentes: 'helt eller delvis'] fordi du ikke hadde tid? Marker alle det gjelder». Det er uvisst om tilføyelsen i spørsmålsteksten fra 2021 har påvirket svarene.

Utbrenthet

Nivået for mål på utbrenthet (MBI-EE) blant sykepleiere ved Lovisenberg var uforandret og er lavere enn tidligere rapporterte skår ved bruk av varianten Human Services Survey (13). Nylige internasjonale funn tyder på at utbrenthet blant sykepleiere økte under covid-19-pandemien (14, 15).

Pasientsikkerhet og generelle vurderinger av kvalitet

I pasientsikkerhetskampanjen (2011–2013) og pasientsikkerhetsprogrammet (2014–2018) ble det satt i verk systematiske tiltak for å redusere forekomsten av pasientskader. I undersøkelsene er svarene på spørsmålene om pasientsikkerhet uforandret fra 2009 til 2021, med ett unntak (tabell 4). Forklaringer på denne status quo kan ikke bli annet enn spekulasjoner. For eksempel kan det være at pasientsikkerheten per se er blitt bedre mellom 2009 og 2021. Samtidig er sykepleiernes bevissthet og forventninger til god pasientsikkerhet skjerpet, slik at det skal mer til før de svarer med en positiv vurdering.

Sykepleiernes svar viser at viktige arbeidsbetingelser opplevdes bedre i 2021 enn i 2009. Likevel er svarene på tre av fem «alt i alt-spørsmål» dårligst ved den seneste målingen (tabell 5). Vi har ikke data til å tolke observasjonen, og forklaringene kan være både mange og sammensatte. Vi kan ikke utelukke at resultatene er påvirket av forskjeller i hvordan undersøkelsene ble gjennomført. Det kan også være slik at oppfatningen av hva som er forsvarlig praksis, faktisk er forandret i mellomtiden.

Tilgjengelige ressurser for å levere sykepleietjenester opplevdes bedre på viktige punkter. Om sykepleierne kan vi slå fast at det var en større andel eldre sykepleiere, og følgelig flere med lengre erfaring i yrket ved Lovisenberg i 2021 enn i 2009. Andelen med videreutdanning var den samme. Vi har noe informasjon om oppgavene som sykepleierne løser med de tilgjengelige ressursene.

Formålet med samhandlingsreformen i 2012 var å styrke samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Den kortere liggetiden på sykehus i 2021 innebærer at pasientene ved sengepostene er kommet kortere i behandlingsforløpet og har mer omfattende behov for sykepleie ved utskrivningstidspunktet enn de hadde i 2009. Raskere pasientgjennomstrømning gir hyppigere utskrivelser, og større behov for oppfølging medfører mer organisering av nødvendig sykepleie og behandling etter utskrivelse. Ikke minst skjedde datainnsamlingen våren 2021 etter nærmere ett år med unntakstilstand i hele helsetjenesten i forbindelse med covid-19-pandemien.

Styrker og svakheter ved studien

Det er en styrke ved studien at undersøkelsens innhold fanger sykepleieperspektivet. Mange andre undersøkelser om arbeidsmiljø er gjerne utviklet for ansatte i alminnelighet. Imidlertid vil tilnærmingen her gjøre den innsamlede informasjonen mer relevant for utfordringene sykepleiere står overfor i hverdagen.

I sekundæranalyser brukes data som er samlet inn, til annet formål enn det aktuelle. Det innebærer at dataene sjelden er de mest relevante for den aktuelle problemstillingen. Spørsmålene i RN4CAST/Magnet4Europe har internasjonal opprinnelse. Videre er det tidligere konkludert med at det er behov for å vurdere nærmere hvilken relevans oversatte instrumenter har i en norsk kontekst, som NWI i disse to undersøkelsene (16).

Når data samles ved å bruke oversatte instrumenter, kan det innebære at dataene ikke er optimalt relevante for sykepleiere «på gulvet» i norske sykehus. Analyser basert på slike data kan likevel være av verdi hvis det ikke finnes alternativer som er bedre. Forskningsetisk er det positivt å benytte allerede innsamlede data til å belyse flere problemstillinger, hvis mulig. En viktig innvending mot studien er at det bare er to målepunkter med tolv års mellomrom.

Vi har ikke samlet inn data som kunne gjort det mulig å undersøke representativiteten til svarergruppene. Svarerandelen i undersøkelsen er god eller svært god sammenliknet med undersøkelser med tilsvarende tematikk og målgruppe. En oversiktsartikkel viser til 675 studier av pasientsikkerhetskultur, der forfatterne fant at svarerandelen varierte mellom 4,2 og 100 prosent, med et gjennomsnitt på 66,5 prosent (17).

Undersøkelsene har små utvalg, bare 108 svarere i 2009. For eksempel i spørsmålet om antall pasienter per sykepleier er svarene gitt med utgangspunkt i siste vakt ([vedlegg_1](#)). Bemanningen er ulik på avdelingene samt forskjellig på dag-, kvelds- og nattevakt, og svarene kunne vært gruppert deretter. Imidlertid ville dette gitt så små svarergrupper at resultatene ville blitt for usikre til å ha verdi.

Det kan ikke utelukkes at sykepleierne har svart strategisk for eksempel på spørsmål om sykepleierbemanning. Spørsmålet er stilt på samme måte i begge undersøkelsene, og en eventuell tendens til å svare slik det passer gruppen best, vil trolig være den samme for begge. Det finnes ikke sammenliknbar «objektiv» statistikk for disse to årene, noe som kanskje kunne gitt sikrere og mer detaljert informasjon.

Vi har funnet holdepunkter for at bemanningen og ledelsen er bedre enn før, men samtidig har sykepleierne beskrevet generell kvalitet som dårligere. Forklaringene kan være mange og sammensatte. Vi kan ikke utelukke at resultatene er påvirket av forskjellige datainnsamlingsrutiner i undersøkelsene i 2009 og 2021. Det kan også være slik at normen for akseptabel praksis er endret i tiden som har gått. Høye og økende krav til dokumentasjon av behandling og pleie blir ofte omtalt som en tidstyv som stjeler tid fra pasientnære aktiviteter.

Funnene i studien kan ikke generaliseres til norske sykehus i alminnelighet. Lovisenberg drives på ikke-kommersiell, ideell basis etter avtale med Helse Sør-Øst og med diakonalt verdigrunnlag. All kirurgisk aktivitet er elektiv. Medisinsk klinikk har lokalsykehusansvar for bydeler i indre Oslo og spesialkompetanse på lindrende behandling. Lovisenbergs resultater i RN4CAST var gjennomgående helt i tetsjiktet blant de norske sykehusene.

Så langt vi vet, er dette den eneste studien som kan sammenlikne resultater over tid i Norge, ved bruk av informasjon som beskriver utsnitt av sykepleieres arbeidshverdag på sykehus. Studien i seg selv peker indirekte på en generell mangel på informasjon som kan bidra til gode beslutninger innen personalforvaltning. Med dagens teknologiske løsninger burde det være innen rekkevidde å etablere nasjonalt representative utvalg for å overvåke situasjonen i yrkesgrupper som er uunnværlige i helsetjenesten. Overvåkingen bør baseres på informasjon som er relevant i de respektive gruppernes arbeidshverdag og ikke bare for foretakenes økonomiske bunnlinje.

Det fulle datasettet fra Lovisenberg i 2021 vil bli brukt sammen med de to oppfølgingsundersøkelsene våren 2022 og høsten 2023 i tråd med de overordnede målsettingene i Magnet4Europe (9).

Konklusjon

For å sammenlikne utsnitt av sykepleierhverdagen ved Lovisenberg i 2009 og 2021 har vi brukt data som er samlet inn i to internasjonale studier. Vi fant at beskrivelsen var uforandret for mange forhold i de to undersøkelsene. Enkelte arbeidsbetingelser er beskrevet som bedre i 2021 enn i 2009, men «alt i alt-vurderingene» er noe dårligere i den seneste undersøkelsen der det finnes forskjeller.

Takksigelse

Takk til alle sykepleierne som svarte på undersøkelsene, til sykepleier ph.d. Christine Raaen Tvedt og sykepleier Monica Bukkøy Kjetland for avgjørende innsats i datainnsamlingen i henholdsvis 2009 og 2021. Takk til Per Arne Holman for driftsdata fra Lovisenberg og til fagfellene for verdifulle innspill til manuset.

Finansiering

De internasjonale studiene er finansiert av EU. RN4CAST: Framework Programme 7, Grant Agreement 223468. Magnet4Europe: Horizon 2020, Grant Agreement 848031. Norsk Sykepleierforbund (NSF) har bidratt med økonomisk støtte til RN4CAST og til Magnet4Europe. NSF har ikke hatt noen rolle i utformingen, gjennomføringen eller rapporteringen av studiene.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



LOVISENBERG: Studien sammenlikner resultater over tid i Norge ved å bruke informasjon som beskriver utsnitt av sykepleieres arbeidshverdag på sykehus. *Archive photo:*

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
2. Kramer M, Schmalenberg CE. Best quality patient care: a historical perspective on Magnet hospitals. *Nurs Adm Q.* 2005;29(3):275–87. DOI: [10.1097/00006216-200507000-00013](https://doi.org/10.1097/00006216-200507000-00013)
3. Rodríguez-García MC, Márquez-Hernández VV, Belmonte-García T, Gutiérrez-Puertas L, Granados-Gámez G. Original research: How Magnet hospital status affects nurses, patients, and organizations: a systematic review. *Am J Nurs.* 2020;120(7):28–38. DOI: [10.1097/01.NAJ.0000681648.48249.16](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000681648.48249.16)
4. American Nurses Association. Magnet model – creating a Magnet culture [internett]: American Nurses Association; u.å. [hentet 20. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/magnet-model/>
5. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): rationale, design and methodology. *BMC Nurs.* 2011;10:6. DOI: [10.1186/1472-6955-10-6](https://doi.org/10.1186/1472-6955-10-6)
6. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet.* 2014;383(9931):1824–30. DOI: [10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
7. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):143–53. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009)
8. Sjetne IS. Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus. Resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009 [internett]. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011 [hentet 20. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2011/hverdagsbeskrivelser-fra-norske-sykehus.-resultater-etter-en-landsomfattend>
9. Sermeus W, Aiken LH, Ball J, Bridges J, Bruyneel L, Busse R, et al. A workplace organisational intervention to improve hospital nurses' and physicians' mental health: study protocol for the Magnet4Europe wait list cluster randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2022;12(7):e059159. DOI: [10.1136/bmjopen-2021-059159](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059159)

10. Lerdal A, Kjetland MB, Granheim TI. Magnet-sykehus kan bedre trivsel og psykisk helse hos helsepersonell. Tidsskr Sykepl. 2023;111(92165):e-92165. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2023.92165](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.92165)
11. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. Res Nurs Health. 2002;25(3):176–88. DOI: [10.1002/nur.10032](https://doi.org/10.1002/nur.10032)
12. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981;2(2):99–113. DOI: [10.1002/job.4030020205](https://doi.org/10.1002/job.4030020205)
13. Richardsen AM, Martinussen M. Måling av utbrenthet: Maslach Burnout Inventory. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2006;43(11):1179–81. DOI: [10.1002/job.4030020205](https://doi.org/10.1002/job.4030020205)
14. Aiken LH, Sloane DM, McHugh MD, Pogue CA, Lasater KB. A repeated cross-sectional study of nurses immediately before and during the COVID-19 pandemic: implications for action. Nurs Outlook. 2023;71(1):101903. DOI: [10.1016/j.outlook.2022.11.007](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2022.11.007)
15. Sullivan D, Sullivan V, Weatherspoon D, Frazer C. Comparison of nurse burnout, before and during the COVID-19 pandemic. Nurs Clin North Am. 2022;57(1):79–99. DOI: [10.1016/j.cnur.2021.11.006](https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.11.006)
16. Sjetne IS, Tvedt C, Squires A. Måleinstrumentet «The Nursing Work Index-Revised» – oversettelse og utprøvelse av en norsk versjon. Sykepleien Forsk. 2011; (4):358–65. DOI: [10.4220/sykepleienf.2011.0189](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0189)
17. Ellis LA, Pomare C, Churrua K, Carrigan A, Meulenbroeks I, Saba M, et al. Predictors of response rates of safety culture questionnaires in healthcare: a systematic review and analysis. BMJ Open. 2022;12(9):e065320. DOI: [10.1136/bmjopen-2022-065320](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065320)