

Ingibjörg Hjaltadóttir, öldrunarsviði, Landspítala; Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands
 Hlíf Guðmundsdóttir, öldrunarsviði, Landspítala
 Sigrún Bjartmarz, öldrunarsviði, Landspítala
 Berglind Magnúsdóttir, Heimþjónustu Reykjavíkur
 Auðna Ágústsdóttir, vísinda-, mennta- og gæðasviði, Landspítala

ÁHRIF BREYTINGA Á SAMSETNINGU MÖNNUNAR Á ÖLDRUNARLÆKNINGAÐEILD FYRIR HEILABILAÐA

Útdráttur

Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða áhrif breytinga á samsetningu mönnunar á gæði hjúkrunar, starfsánægju og upplifun starfsmanna. Rannsóknin fór fram á annarri af tveimur deildum fyrir sjúklinga með heilabilun á öldrunarsviði Landspítalans. Sjúkraliðar með framhaldsnám og hjúkrunarfræðingar á tilraunadeildinni fengu breytt starfssvið. Þátttakendur voru sjúklingar og starfsmenn á rannsóknardeildinni og einnig hjúkrunarfræðingar af báðum deildum. Rannsóknin var unnin samkvæmt hugmyndafræði starfendarannsóknna og fjórar rannsóknaraðferðir notaðar til að fá fram mismunandi sjónarhorn á viðfangsefnið. Gögnum um gæði hjúkrunar var safnað með stöðluðu meginlegu mælitæki (RAI) og innbyggðir gæðavísar skoðaðir. Gögnum um starfsánægju var safnað með skriflegum spurningalista og gögnum um upplifun starfsmanna af breytingunum var safnað með viðtölum við rýnihópa og dagbókarskrifum. Gagnasöfnun fór fram fyrir og við upphaf breytinga og svo aftur þegar breyting var vel á veg komin. Niðurstöður rannsóknarinnar gáfu vísbendingar um að gæði hjúkrunar og starfsánægja hefðu haldist stöðug. Í rýnihópum og dagbókum komu fram þrjú meginþemu: Breytt hlutverk, togstreita og ný tækifæri. Það tók á fyrir alla að skilgreina ný hlutverk og breytt fagleg samskipti. Einnig var áttak að breyta viðteknum vinnuvenjum á deildinni og togstreita kom fram á milli stétta. Sjúkraliðar með framhaldsnám í öldrunarhjúkrun fundu fyrir ákveðinni fyrirstöðu en jafnframt að hjúkrunarfræðingarnir vildu styðja við bakið á þeim og leiðbeina inn í þetta nýja hlutverk sem hafði í för með sér ný tækifæri.

Niðurstöður þessa rannsóknarverkefnis varpa ljósi á hvernig hægt er að nýta betur menntun sjúkraliða með framhaldsnám í öldrunarhjúkrun og um leið þróa nýjar leiðir í starfi hjúkrunarfræðinga. Rannsóknin er því mikilvægt innlegg í umræðu um hvernig starfskraftar sjúkraliða með framhaldsnám verða nýttir í öldrunarþjónustu í framtíðinni.

Lykilorð: Samsetning mönnunar, öldrunarþjónusta, gæði hjúkrunar, starfsánægja, starfendarannsóknir.

INNGANGUR

Mannfjöldaspár á Íslandi næstu áratugi gera ráð fyrir hlutfallslegri fjölgun aldraðra (Hagstofa Íslands, 2008) og margar áætlanir hafa verið gefnar út um hvernig bregðast skuli við aukinni þörf fyrir þjónustu meðal aldraðra (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2007; Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003; Ríkisendurskoðun, 2005). Vegna þessa er mikilvægt að leita leiða til að nýta menntun starfsmanna, auka starfsánægju og bæta vinnuumhverfi þeirra sem vinna við umönnun aldraðra.

ENGLISH SUMMARY

Hjaltadóttir, I., Guðmundsdóttir, H., Bjartmarz, S.,
 Magnúsdóttir, B., and Ágústsdóttir, A.

The Icelandic Journal of Nursing (2009). 85 (4), 44-52

EFFECTS OF CHANGES IN STAFF MIX IN A SPECIALIZED DEMENTIA WARD

The purpose of this study was to examine the effects of changes in staff mix model on quality of care, staff satisfaction, and staff perception of this change. The study was conducted in one of two specialized dementia wards at the Division of Geriatric Medicine at the Landspítali University Hospital. Geriatric-Licensed Practical Nurses (G-LPNs) and registered nurses (RNs) gained different roles on the ward.

Patients and staff from the study ward and RNs from the other specialized dementia ward participated in the study. The theoretical framework of the study was Action Research and four methods were used to obtain different views on the issue. Data on quality of care were collected using a quantitative instrument (RAI) and inherent quality indicators observed. Data on job satisfaction were collected using a questionnaire and data regarding staff experience were obtained by discussions in focus-groups and diaries. Data were gathered before and after changes and finally after changes had been in place for awhile. Findings indicated that the quality of care as well as staff satisfaction remained constant. In focus groups and diaries three main themes emerged: Role change; conflict and new opportunities. It required a great effort for everyone to define new roles and changes of professional interaction. Changing the usual way of working in the ward was stressful as well because of conflicts between professions. The G-LPNs encountered certain barriers but also realized that the RNs were ready to provide support and guidance into their new role. The altered role had also the potential for new opportunities.

The study results illuminate how the G-LPNs' further education can be utilized as well as how new roles for RNs can be developed. The study findings are important for the discussion on the role G-LPNs will have in care of the elderly in the future.

Key words: Staff mix, long term care, dementia, quality of care, staff satisfaction, focus groups, diaries, action research.

Correspondance: ingihj@hi.is

Ritrynd fræðigreina

Á árinu 2002 var boðið upp á eins árs framhaldsnám fyrir sjúkraliða í öldrunarhjúkrun við Fjölbrotaskólann í Ármúla. Markmið námsins var að auka við menntun sjúkraliða og auka þannig möguleika þeirra á aukinni ábyrgð í starfi og starfsþróun. Í framhaldi af því voru gerðar breytingar á samsetningu mönnunar (skill mix) á annarri af tveimur deildum fyrir sjúklinga með heilabilun á öldrunarsviði Landspítalans. Þetta var gert til að bregðast við langvarandi skorti á hjúkrunarfræðingum á báðum deildunum. Þegar veigamiklar breytingar eru gerðar á hefðbundinni samsetningu mönnunar á deildum er mikilvægt að rannsaka áhrif breytinganna.

Umönnun aldraðra krefst mikils mannafla og því er mikilvægt að hann sé vel nýttur til að fá fram gæði og hagkvæmni. Samsetning mannaflans með tilliti til menntunar og reynslu skiptir þar máli (Mueller, 2000). Mönnun á íslenskum öldrunarstofnunum hefur verið svipuð á milli stofnana, samsett af hjúkrunarfræðingum, sjúkraliðum og sérhæfðu aðstoðarfólki. Rannsóknir hafa sýnt að nægileg mönnun hjúkrunarfræðinga er talin vera mikilvæg fyrir gæði umönnunar (Aiken o.fl., 2002). Rannsóknir hafa bent á að aukinn tími hjúkrunarfræðinga með hverjum skjólstæðingi á hjúkrunarheimilum, jafnvel einungis aukning um 15 mínútur, hafi í för með sér aukin gæði þjónustunnar, sérstaklega eftir því sem skjólstæðingahópurinn er veikari (Johnson o.fl., 1996). Jafnframt hefur verið sýnt fram á að mönnun þar sem hjúkrunarfólk var fámennnt tengdist lélegri gæðum og minni lífsgæðum skjólstæðinga á hjúkrunarheimilum. Þó kom í ljós að ýmsir aðrir þættir höfðu einnig áhrif, s.s. stærð hjúkrunarheimila og komu þá minni heimili betur út (Harrington o.fl., 2000).

Margir fræðimenn hafa skrifað um mikilvægi þess að nota aðferðafræði gæðavísa til að skoða gæði heilbrigðisþjónustu (Bokhour o.fl., 2009; Kristensen o.fl., 2009; Mainz o.fl., 2004; Willis o.fl., 2007). Resident Assessment Instrument eða RAI-matstækið eins og það er kallað á Íslandi, gerði fræðimönnum kleift að þróa RAI-gæðavísa sem gefa vísbendingar um gæði umönnunar á hjúkrunarheimilum (Mor, 2004; Sigríður Egilsdóttir, 2006; Zimmerman, 2003; Zimmerman o.fl., 1995). Á Íslandi hefur verið skylt að meta með RAI-mælitækinu heilsufar og hjúkrunarþörf íbúa sem dveljast í hjúkrunarrýmum síðan 1996 (Landlækniseimbættið, 2008; Reglugerð um mat á heilsufari, 2008). Flestir gæðavísarnir eru tiltölulega stöðugir yfir styttri tímabil á sama hjúkrunarheimilinu og það gerir það að verkum að hægt er að nota þá til að meta árangur af umbótastarfi (Karon o.fl., 1999).

Nægileg mönnun hjúkrunarfræðinga og annarra starfsmanna er mikilvæg til að stuðla að starfsánægju og minnka brottfall úr starfi (Vahey o.fl., 2004). Í fjölda rannsókna hefur verið skoðað samspil á milli starfsánægju, brottfalls úr starfi og menntunarstigs starfsfólks. Niðurstöður sýna að um er að ræða flókið samspil margra þátta sem hafa áhrif á gæði þeirrar þjónustu sem er veitt. (Aiken o.fl., 2002; Aiken o.fl., 2001; Robertson o.fl., 1999). Fagleg þekking og þátttaka í innra starfi og ákvarðanatöku er mikilvægur þáttur í að auka starfsánægju og draga úr brottfalli úr starfi (Parsons o.fl., 2003).

Erlendis hafa komið fram nýjar stéttir sem starfa við umönnun aldraðra en áhrif breytinganna hafa lítið verið rannsakaðar. Þróun í samsetningu mönnunar erlendis hefur verið í þá átt að hjúkrunarfræðingar sjái meira um skipulag hjúkrunarinnar, meðferðaráætlanir og stjórnun en að veita sjúklingnum beina hjúkrun (Hall o.fl., 2000). Í rannsókn Hall og féлага (2000) kom fram að hjúkrunafræðingar gegna mikilvægu hlutverki í því að skipuleggja og stýra meðferð skjólstæðinga á hjúkrunarheimilum þó að um óbeina umönnun sé að ræða. Mest af beinni hjúkrun til skjólstæðinga var veitt af þeim starfsmönnum sem minnsta menntun höfðu en jafnframt fannst þeim minnst til starfsins koma. Á hinn bóginn fór meira en helmingur starfstímans hjá hjúkrunarfræðingum í óbeina hjúkrun en þeir mátu hins vegar beina umönnun skjólstæðingsins mest.

Fjölmargar rannsóknir hafa sýnt fram á að umtalsverðar skipulagsbreytingar í starfi hafi áhrif á andlega líðan starfsmanna (Verhaege, o.fl. 2006). Breytingar á starfsfyrirkomulagi krefjast aðlögunar fyrir einstaklinginn og rannsóknir hafa sýnt að slík aðlögun reynist mörgum streituvaldandi og getur því haft neikvæðar og erfiðar afleiðingar, eins og upplifun af því að vera undir miklu álagi, kvíða og óöryggi í starfi (Sarafino, 1990). Rannsókn Ashford og féлага (2005), þar sem könnuð voru áhrif upplifunar hjúkrunarfræðinga á minnkaðri stjórn á aðstæðum sínum á vinnustað, í kjölfar breytinga á vinnufyrirkomulagi, sýndi að afleiðingin var minnkuð starfsánægja og minni skuldbinding til vinnustaðar og ábyrgðar á vinnu sinni. Breytingar á vinnufyrirkomulagi hjúkrunarfræðinga, sem felur í sér meiri stjórnunarábyrgð á kostnað samskipta við skjólstæðinga, hefur samkvæmt niðurstöðum rannsókna Bone (2002) þau áhrif að hjúkrunarfræðingar upplifa togstreitu milli þessara nýju vinnuþátta og grunnþátta starfs síns. Þessi togstreita felur í sér minni starfsánægju samkvæmt niðurstöðu Bone. Enn fremur hafa rannsóknir undirstrikað mikilvægi þess að starfsmenn séu virkir þátttakendur í breytingum á vinnutilhögun og að hlustað sé á sjónarmið þeirra (Garon o.fl., 2009).

Viðamiklar breytingar á starfsemi deilda geta haft áhrif á gæði hjúkrunar og starfsmenn. Tilgangur þessarar rannsóknar var því að skoða áhrif breytinga á samsetningu mönnunar á gæði hjúkrunar, starfsánægju og upplifun starfsmanna.

AÐFERÐ

Rannsóknarsnið

Rannsóknin fór fram á deild A, annarri af tveimur deildum fyrir sjúklinga með heilabilun á öldrunarsviði Landspítala. Enn fremur höfðu hjúkrunarfræðingar á hinni deildinni, deild B, hlutverk í rannsókninni. Rannsóknin tók mið af hugmyndafræði starfendarannsóknna (action research). Markmið starfendarannsóknna er að greina vandamál í starfi, bæta fyrirkomulag á starfsemi, rannsaka og skapa nýja þekkingu (Green o.fl., 2004; Holter o.fl., 1993; Morton-Cooper, 2000). Hugmyndafræði starfendarannsóknna gerir ráð fyrir þátttöku og samvinnu starfsmanna og rannsakenda allt rannsóknarferlið (Green o.fl., 2004; Holter o.fl., 1993). Ákvörðun um hvort farið yrði í breytingar á samsetningu

mönnunar og þessa rannsókn var tekin í samvinnu við starfsmenn sem hlut áttu að máli. Útfærsla á samsetningu mönnunar og ábyrgð var þróuð í samvinnu við stjórnendur í hjúkrun á Öldrunarviði og á Landspítala, starfsmenn sem tóku þátt í rannsókninni og sérfræðinga utan spítalans. Ferli starfendarannsóknna hefur verið líkt við spíral eða gorm þar sem breyting er skipulögð, framkvæmd, skoðuð og metin og í framhaldi af því endurskipulögð í samræmi við skoðun og mat og þannig hefst ferlið aftur (Green o.fl., 2004). Þennan hring fóru starfsmenn og rannsakendur hvað eftir annað, gerðu breytingar, endurskoðuðu þær og mátu hvernig þær samræmdust starfsemi.

Notaðar voru bæði meginlegar og eigindlegar aðferðir við gagnasöfnun og gagnagreiningu. Þannig er náð fram mismunandi sjónarhorni við að afla þekkingar á sama fyrirbærinu og eykur það áreiðanleika niðurstaðna (Morton-Cooper, 2000). Meginlegi hluti rannsóknarinnar var tvíþættur. Annars vegar var skoðuð breyting á RAI-gæðavísunum (Zimmerman, 2003) sem eru byggðir á RAI-mati á innliggjandi sjúklingum á deild A (Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1998; Morris o.fl., 1990). Hins vegar var starfsánægjukönnun (Hildur Friðriksdóttir o.fl., 2002) lögð tvisvar fyrir starfsmenn á deild A. Eigindlegur þáttur rannsóknarinnar var líka tvíþættur, annars vegar rýnihópar og hins vegar dagbóarskrif.

Þáttakendur

Þáttakendur í rannsókninni voru sjúklingar og starfsmenn á deild A og hjúkrunarfræðingar á deild B. Leitað var eftir upplýstu samþykki allra sem voru þáttakendur og ef sjúklingar voru ekki færir um að gefa samþykki var leitað eftir samþykki aðstandenda þeirra. Heildarfjöldi RAI-mata, sem gerð voru á sjúklingum í rannsókninni, voru 44 þ.e. á tímabilinu febrúar – ágúst 2004 (n=13) og tímabilinu september 2004 – mars 2005 (n=31). Starfsfólk á deild A tók þátt í starfsánægjukönnuninni í tvígang, í febrúar 2004 (n=16) og í nóvember 2004 (n=17). Þverfaglegur hópur starfsmanna (n= 17) tók þátt í rýnihópum í október 2004, þ.e. hjúkrunarfræðingar (n=7), sjúkraliðar með framhaldsnám (n=4) og sjúkraliðar og sérhæft aðstoðarfólk (n=6). Valdir starfsmenn og rannsakendur (n=9) héldu dagbók allt rannsóknartímabilið.

Mælitæki

RAI-matstækið (Resident Assessment Instrument) var notað til að meta gæði hjúkrunar (Morris, 1990). Þrjátíu gæðavísar hafa verið þróaðar fyrir fyrir RAI-matstækið (InterRAI, 2009; Zimmerman, 2003; Zimmerman o.fl., 1995). Hver gæðavísir byggist á einni eða fleiri breytingum úr RAI-mati einstaklings en niðurstaðan af þeim útreikningum er annaðhvort „já, gæðavísirinn er til staðar“ hjá einstaklingnum eða „nei, hann er ekki til staðar“. RAI-gæðavísar eru þó misjafnlega góðir til samanburðar á milli stofnana og hafa rannsakendur sýnt fram á að tíu af þrjátíu RAI-gæðavísunum eru áreiðanlegastir að þessu leyti (tafla 1) (Rantz o.fl., 2004). Í þessari rannsókn voru hafðir til viðmiðunar þeir 20 gæðavísar sem eru reiknaðir út fyrir RAI-mat á íslenskum öldrunarstofnunum og sýndir eru á töflu 1 (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti, 2007).

Til að meta starfsánægju var notaður hluti af spurningalista um starfsánægju frá Vinnueftirlitinu (Hildur Friðriksdóttir o.fl., 2002), alls 73 spurningar á 4–5 stiga Likert-skala. Flestar spurningarnar voru með fimm svarmöguleikum (mjög sjaldan eða aldrei, frekar sjaldan, stundum, frekar oft, mjög oft eða alltaf) og var reiknað út meðaltal svara fyrir hverja spurningu.

Viðtöl rýnihópa voru tekin upp á segulband og síðan umrituð á tölvu ásamt þeim texta sem skráður hafði verið í dagbækur. Túlkandi fyrirbærafraði var notuð við greiningu á viðtölum í rýnihópum og dagbóarskrifum. Stuðst var við skrif Max van Manen (1997) í því tilliti.

Tafla 1. Tuttugu gæðavísar sem notaðir eru á íslenskum hjúkrunarheimilum og í rannsókninni.

Algengi bylta*
Algengi hegðunarvandamála gagnvart öðrum
Algengi þunglyndiseinkenna*
Algengi þunglyndiseinkenna án meðferðar*
Notkun 9 eða fleiri lyfja*
Algengi þvag- eða hægðaleka
Algengi þvag- eða hægðaleka án reglubundinna salemisferða
Algengi þvagleggja
Algengi hægðastíflu
Algengi þvagfærasýkinga*
Algengi þyngdartaps*
Algengi sondugjafa
Algengi vöskvorts*
Algengi rúmfastra íbúa*
Notkun sterkra geðlyfja í öðrum tilfellum en mælt er með
Algengi róandi lyfja og svefnlyfja
Stöðug notkun svefnlyfja eða oftast en tvisvar í viku
Algengi daglegra líkamsfjötra/öryggisútbúnaðar
Algengi litillar eða engrar virkni
Algengi þrýstingssára, stig 1–4*

* Áreiðanlegur gæðavísir samkvæmt Rantz (2004).

Siðfræði

Leyfi var fengið hjá siðanefnd LSH (Erindi: 55/2003), Persónuvernd (Tilvísun: S1785/2004), lækningaforstjóra LSH, hjúkrunarforstjóra LSH og sviðsstjóra á Skrifstofu starfsmannamála LSH (Tilvísun: 16) fyrir framkvæmd rannsóknarinnar. Leitað var eftir upplýstu samþykki starfsfólks sem tók þátt í rannsókninni, sjúklinga og aðstandenda sjúklinga sem ekki voru færir um að taka ákvörðun um þátttöku í rannsókn.

Framkvæmd

Til að undirbúa breytingarnar voru haldnar vinnusmiðjur, m.a. til að útbúa verklagsreglur, með hjúkrunarfræðingum á

Ritrynd fræðigreina

báðum deildum og sjúkraliðum með framhaldsnám í öldrunarhjúkrun á deild A haustið 2003. Rannsóknin stóð yfir frá febrúar 2004 til febrúar 2005. Í byrjun árs 2004 voru gerðar breytingar á mönnunarsamsetningu á deild A en hefðbundin mönnunarsamsetning var áfram á deild B. Deild A var mönnum með 5 sjúkraliðum með framhaldsmenntun, sérhæfðu aðstoðarfólki og sjúkraliðum en færri hjúkrunarfræðingum en ella. Á deildinni voru á morgunvöktum 1–2 hjúkrunarfræðingar. Á kvöldvöktum voru 1–2 sjúkraliðar með framhaldsnám með verkstjórn á deildinni en höfðu bakvakt hjúkrunarfræðinga á deild B. Hlutverk sjúkraliða með framhaldsnám var að vinna með hjúkrunarfræðingi sjúklings að gerð hjúkrunaráætlunar hans, framfylgja áætlun um hjúkrunarmeðferð og sjá um útfærslu á framkvæmd, skipuleggja og stjórna vinnu aðstoðarfólks og kalla til hjúkrunarfræðing ef ástand sjúklunga breyttist. Ákveðinn hópur hjúkrunarfræðinga af deild B tók að sér að bera ábyrgð á sjúklingum sem höfðu flutt af deild B yfir á deild A þar sem þeir biðu eftir flutningi á hjúkrunarheimili. Þeir voru því í hlutverki ráðgefandi hjúkrunarfræðinga og hlutverk þeirra fólst í því að fylgjast með og meta þessa sjúklunga á deild A og setja upp hjúkrunarmeðferð fyrir þá í samvinnu við sjúkraliða með framhaldsnám á deildinni. Hver sjúklingur var því skráður með hjúkrunarfræðing sem bar ábyrgð á meðferð hans (sem annaðhvort starfaði á deild A eða B) og sjúkraliða með framhaldsnám auk almenns sjúkraliða eða sérhæfðs aðstoðarmanns.

Í tengslum við þessar breytingar voru gerðar breytingar á vali á sjúklingum inn á báðar deildirnar. Á deild A voru sjúklingar í stöðugu ástandi og flestir að biða eftir hjúkrunarheimili og þurftu því ekki stöðuga viðveru hjúkrunarfræðinga. Á deild B voru hins vegar sjúklingar í óstöðugu ástandi sem þurftu stöðuga viðveru hjúkrunarfræðinga.

Rannsóknarfundir, opnir öllum starfsmönnum, voru haldnir vikulega eða hálfsmánaðarlega á deild A allt tímabilið. Á fundunum gafst tækifæri til að ræða vandamál sem upp komu í rannsókninni. Þar fór fram mikilvægur hluti starfendarannsóknarinnar og tók skipulag á deildinni og verkaskiptingbreytingum að hluta vegna þeirrar umræðu sem þar fór fram. Einnig var bætt við handleiðslu fyrir hjúkrunarfræðinga og sérmenntaða sjúkraliða á rannsóknartímabilinu.

Á deild A var framkvæmt RAI-mat þannig að hægt var að skoða árangur umönnunar með þeim 20 RAI-gæðavísam sem reiknast við gerð RAI-mats. RAI-gæðavísar eru bornir saman úr niðurstöðum frá tveimur tímabilum, þ.e. þegar rannsóknin var að hefjast (febrúar 2004 til ágúst 2004; n=13) og síðan þegar hún var komin vel á veg (september 2004 til mars 2005; n=31). Mögulegt er að fleiri en eitt RAI-mat sé frá sama einstaklingi ef hann var á deildinni bæði tímabilin.

Könnun á starfsánægju var lögð fyrir starfsmenn á deild A í upphafi rannsóknar í febrúar og undir lok rannsóknarinnar í nóvember 2004. Í október 2004 voru tekin viðtöl við þrjá rýnihópa, þ.e. hjúkrunarfræðinga, sjúkraliða með framhaldsnám og sjúkraliða og sérhæfðs aðstoðarfólks. Valdir starfsmenn og rannsakendur héldu dagbók allt rannsóknartímabilið.

Úrvinnsla gagna

Tölfræðileg úrvinnsla fór fram með tölfræðiforritinu SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) útgáfu 11,0 (SPSS, 2001). Notuð var lýsandi tölfræði við útreikninga starfsánægjukönnunarinnar og marktækni reiknuð með t-prófi fyrir óháð úrtök þar sem ekki er vitað hverjir svöruðu listunum og einhver starfsmannavelta var á tímabilinu (Altman, 1990).

Lýsandi tölfræði var notuð við skoðun á þeim 20 RAI-gæðavísam sem reiknaðir eru út fyrir íslensk hjúkrunarheimili (Zimmerman, 2003) og sérstaklega voru skoðaðir gæðavísar sem taldir eru gefa bestar vísbendingar um gæði (Tafla 1) (Rantz o.fl., 2004). Niðurstöður gæðavísa eru tvígildar, þ.e. annaðhvort er gæðavísirinn til staðar (já) hjá einstaklingnum eða ekki (nei). Þar sem fjöldi þátttakenda í megindelegum þætti rannsóknarinnar var lítil er tölfræðilegur styrkur lítil og því litlar líkur á að finna tölfræðilega marktækar niðurstöður. Niðurstöður gefa þó mikilvægur vísbendingar.

Þeir starfsmenn, sem tóku þátt í rýnihópum, höfðu verið í vinnu á deildum A og B allan rannsóknartímann. Tilgangur rýnihópanna var að skoða upplifun þátttakenda af breytingunum. Fenginn var utanaðkomandi aðili sem starfsmenn þekktu en tengdist ekki verkefninu til að stjórna umræðum í rýnihópunum og var það gert til að auka áreiðanleika niðurstaðna. Umræða í rýnihópum var tekin upp á segulband og umrituð. Rannsakendur fengu textann í hendur án persónuauðkenna. Textinn var síðan greindur út frá sjónarhorni túlkandi fyrirbærafraeði (Van Manen, 1997). Rannsakendur lásu textann yfir nokkrum sinnum og greindu þemu hver fyrir sig. Þeir hittust svo og fóru saman yfir textann og samræmdu greininguna. Aðilinn, sem stýrði rýnihópunum, hitti rannsakendur og fór með þeim yfir greininguna. Rannsakendur kynntu síðan túlkun textans fyrir hópunum sem tóku þátt í rýnihópaviðtölunum og gáfu þeir samþykki sitt fyrir túlkuninni.

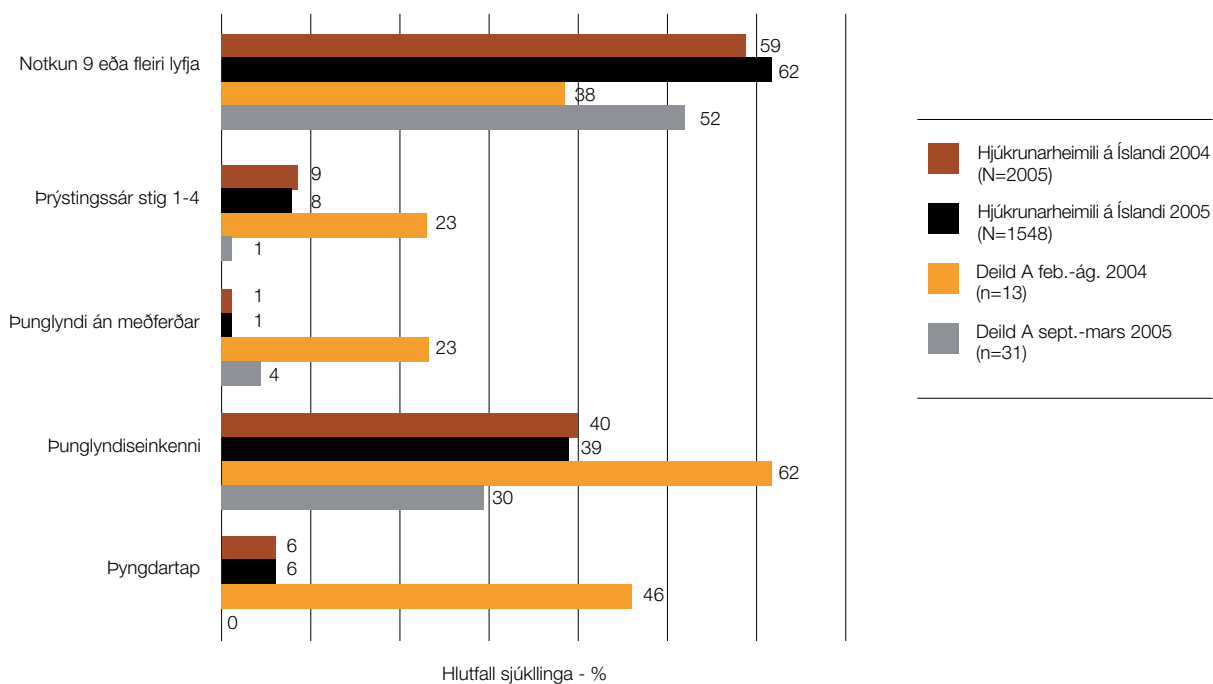
Dagbóarskrif fólust í að starfsmenn úr öllum stéttum á deild A og hjúkrunarfræðingur á deild B, ásamt rannsakendum héldu dagbók allan rannsóknartímann. Hér var tilgangurinn einnig að skoða upplifun þátttakenda af breytingunum. Þátttakendur skrðu hugleiðingar sínar um breytinguna, hvernig hún kæmi út og hvernig þeim liði. Alls skrðu 7 starfsmenn 66 dagbókarfærslur, minnst voru 2 færslur en mest 20 færslur. Fengin var aðstoð utanaðkomandi sérfræðinga í hjúkrun við greiningu á þeim texta.

NIÐURSTÖÐUR

Gæði hjúkrunar

Á fyrrihluta rannsóknartímabils eða febrúar – ágúst 2004 voru gerð færri mót en áætlað hafði verið eða einungis þrettán RAI-mót. Á seinna tímabilinu september 2004 til mars 2005 var hins vegar gert þrjátíu og eitt mat.

Eins og áður hefur komið fram var gerð breyting á þeim sjúklingahópi sem dvaldist á deild A með því að færa til sjúklunga á milli deilda. Þannig áttu að vera sjúklingar í stöðugu ástandi á deild A og flestir að biða eftir hjúkrunarheimili. Vísbendingar um



Mynd 1. Hlutfall gæðavísa hjá sjúklingum á deild A við upphaf og lok rannsóknar borið saman við hjúkrunarheimili á Íslandi.

gæði umönnunar urðu jákvæðari eða héldust þær sömu frá fyrri hluta rannsóknartímabils til seinni hluta rannsóknartímabils á öllum 20 gæðavísnum nema á þeim gæðavísi sem tekur til notkunar 9 eða fleiri lyfja en hlutfall sjúklinga með þann gæðavísi jókst. Mynd 1 sýnir þá fimm gæðavísa sem sýndu mestu breytinguna frá upphafi og til loka rannsóknarinnar og til viðmiðunar eru sýnd hlutföll þessara gæðavísa á íslenskum hjúkrunarheimilum. Mesta lækkun á hlutfalli sjúklinga með gæðavísinn varð á þeim sem sýna einkenni um þunglyndi, þunglyndi án meðferðar, þyngdartap eða hafa einkenni um þrýstingssár stig 1–4. Til samanburðar haldast aftur á móti vísbendingar um gæði umönnunar stöðugar á milli ára á hjúkrunarheimilum á Íslandi árin sem rannsóknin fór fram.

Starfsánægja

Þátttaka starfsmanna í könnuninni var góð, 16 (88%) í þeirri fyrri og 17 (77%) í þeirri seinni. Borin voru saman meðaltöl einkunna í fyrri og síðari könnun og var lægsta gildi 0 og hæsta gildi 5. Niðurstöður úr flestum þáttum í könnuninni voru svipaðar eða eins í bæði skiptin sem hún var gerð og munurinn er ekki marktækur miðað við 95% öryggismörk. Báðar mælingar benda til ánægju starfsmanna í starfi. Í töflu 2 má sjá meðaltöl svara við starfsánægjukönnuninum sem gefa ákveðna vísbendingu um að starfsmenn telji starfsanda á deildinni verða meira hvetjandi og styðjandi og starfsfólk ánægðara í vinnuhópnum en einnig að álag í vinnunni og kröfur á starfsmenn hafi aukist.

Upplifun þátttakenda af breytingunum

Í rýnihópunum þremur fór fram umræða hverrar starfstéttar fyrir sig um upplifun og reynslu af breyttri samsetningu mönnunar. Gögnin úr dagbókum nokkurra starfsmanna innihéldu

hugrenningar þeirra um þennan tíma. Óháð þemagreining þessara gagna gefur samhljóða niðurstöður. Meginþemun voru þrjú: Breytt hlutverk, togstreita, og ný tækifæri.

Breytt hlutverk

Það tók á fyrir alla að skilgreina ný hlutverk og breytt fagleg samskipti. Hlutverk sjúkraliða með framhaldsnám var svo nýtt að starfstíll þeirra var oft á reiki og endurspegladi hversu valt hlutverk þeirra var. Vald sitt þurftu sjúkraliðar með framhaldsnám að sækja til annarra fagstétta, einkum hjúkrunarfræðinga sem ekki voru alltaf sáttir við að gefa frá sér verkefni. Sjúkraliði með framhaldsnám hafði þetta um málið að segja:

Það er alltaf eitthvað smá að koma upp. Við megum ekki gera hjúkrunargreiningar samt lærðum við mikið að nota þær og skilninginn á bak við þær í skólanum. Ég gerði þær fyrir verkefnið, nú er komið STOPP á það, eigum að skrifa með blýanti á blað, svo getur hjúkrunarfræðingur gert greiningu.

Hjúkrunarfræðingarnir skilgreindu fyrir sjálfum sér og öðrum hvert hlutverk þeirra væri í samvinnu við sjúkraliða með framhaldsnám og hvernig samskiptaferlar myndu mótast. Það voru skiptar skoðanir hjá hjúkrunarfræðingunum um hvort sjúkraliðarnir hefðu nægileg samskipti við þá eða hvort samskiptin væru meira að frumkvæði hjúkrunarfræðinganna. „Hjúkrunarfræðingar á deild hafa áhyggjur af því að sérmenntaðir sjúkraliðar gangi fram hjá þeim með ýmis verk jafnvel þó þær séu á deildinni. Finnst þær taka sér of mikla ábyrgð sjálfar. Þetta þarf að ræða.“ (Dagbókarfærsla hjúkrunarfræðings).

Hjúkrunarfræðingar voru ekki alveg sáttir við þessi nýju hlutverk að öllu leyti og höfnuðu þeim sumum. Hjúkrunarfræðingarnir

Ritrynd fræðigrein

Tafla 2. Meðaltal svara í könnun á starfsánægju á deild A í febrúar og nóvember 2004.

Spurningar og svarmöguleikar	Febrúar 2004 Meðaltal n=16	Nóvember 2004 Meðaltal n=17
Svarmöguleiki		
1 (Mjög lítið eða alls ekki) – 5 (Mjög mikið)		
Er starfsandinn á vinnustaðnum hvetjandi og styðjandi?	3,93	4,24
Er starfsandinn á vinnustaðnum afslappaður og þægilegur?	4,13	4,18
Ertu ánægð(ur) með að vera í vinnuhópnum eða teyminu?	4,27	4,6
Er vinnuhópurinn laginn við að leysa vandamál?	3,93	4,4
Svarmöguleiki		
1 (Ekkert) – 5 (Mikið)		
Myndir þú segja að í vinnu þinni sé álagið . . .	3,82	3,98
Svarmöguleiki		
1 (Mjög oft eða alltaf) – 5 (Mjög sjaldan)		
Er vinnuálagið ójafnt þannig að verkefni hlaðist upp?	3,94	3,82
Gera tveir eða fleiri aðilar til þín kröfu sem stangast á?	4,25	4
Svarmöguleiki		
1 (Mjög sjaldan eða aldrei) – 5 (Mjög oft eða alltaf)		
Færðu stuðning og hjálp með verkefni hjá næsta yfirmanni þínum ef á þarf að halda?	4,31	4,06
Metur næsti yfirmaður þinn það við þig ef þú nærð árangri í starfi?	4,13	3,82
Færðu stuðning og hjálp með verkefni hjá samstarfsmönnum þínum ef á þarf að halda?	4,56	4,59
Býður starfið upp á skemmtilega krefjandi verkefni?	2,87	3,29
Nýttist þekking þín og hæfni í núverandi starfi?	4,19	4,59

voru ósáttir við að vera í hlutverki ráðgjafa og að stýra hjúkrunarmeðferð sjúklings sem dvaldist á annarri deild. Þetta var nýtt hlutverk fyrir hjúkrunarfræðingana sem þeir fundu sig ekki í og kærðu sig ekki um, eins og fram kom í orðum hjúkrunarfræðings:

Ög mér finnst þetta hálfgerð sýndarmennskuhjúkrun sem ég er að framkvæma þarna ... ég treysti mér fullkomlega til að koma þarna um helgar og hlaupa inn í ef eitthvað brestur, ef eitthvað þarf að gera og ég get alveg komið þarna á kvöldin og nóttunni þegar eitthvað þarf að gera en ég er einhvern veginn ekki tilbúin í að vera einhver þessi leiðbeinandi hjúkrunarfræðingur og ráðgefandi ... og fara upp og eyða tíma mínum í að búa til eitthvað hjúkrunarferli undir leiðsögn einhvers annars. Mér finnst þetta leiðinleg hjúkrun. Ég vil fá að gera svona áætlanir og mót og annað á skjólstaðingunum út frá því sem ég met sjálf en ekki út frá því sem aðrir segja mér.

Sérhæft aðstoðarfólk og almennir sjúkraliðar upplifðu að verið var að móta ný mörk á milli þeirra og sjúkraliða með framhaldsnám. Breytingarnar, sem urðu á deildinni, voru hraðar og erfiðar. Þeim fannst sem allt í einu hefði fyrirkomulagi á deildinni verið umbylt, sjúklingum fjölgað og nýtt

starfsfólk ráðið til starfa. Aðstoðarfólkið var vant að vinna með hjúkrunarfræðingum og þekktu fyrir hvað þeir stóðu, þeir væru vanir að stjórna og tækju á málum strax. Þeir fundu til öryggis þegar þeir unnu með hjúkrunarfræðingum eins og fram kom í orðum sjúkraliða:

Já, það er náttúrulega öðruvísi, það fer ekki á milli mála. Mér finnst mig vanta svoltið öryggið sem maður hefur þegar maður hefur hjúkrunarfræðing sem að er vanur að stjórna, vanur að taka á ... Af því að hjúkrunarfræðingur tekur náttúrulega afgerandi, þú veist stjórnun.

Togstreita

Sjúkraliðarnir með framhaldsnám upplifðu að það var nokkuð átak að breyta viðteknum vinnuvenjum á deildinni. Þó að þeir fundu fyrir ákveðinni fyrirstöðu af hálfu hjúkrunarfræðinganna fundu þeir einnig fyrir því að hjúkrunarfræðingarnir vildu styðja við bakíð á þeim og leiðbeina inn í þetta nýja hlutverk en sjúkraliði með framhaldsnám sagði svo frá í rýnihóp:

Svo er mjög mismunandi hvernig hjúkrunarfræðingar upplýsa okkur. Sumar eru alveg, maður upplifir þessa velvild, þær eru að ryðja brautina, ýta steinum úr vegi fyrir okkur. ... Sumar eru svona og aðrar eru svona alls ekki ... Bara að þessar

manneskjur sem eru svona gerðar leiða mann áfram. Auðvitað heldur maður rosalega upp á þær, þær eiga trúnað manns mikið frekar heldur en hinar. það er þetta sem ég virði svo mikið. Að vilja veg okkar.

Sjúkraliðarnir voru meðvitaðir um að margir höfðu miklar væntingar til verkefnisins og að þessi ábyrgð hvíldi á þeim. Þeir voru því ákveðnir í að standa sig vel og láta verkefnið ganga. Stundum minnti þetta á Pollyönnuleik eins og sjá má á eftirfarandi dagbókarfærslu þátttakanda: „Starfsfólk verulega óhressst með breytingarnar og vaxandi óánægja sem erfiðlega gengur að hafa stjórn á. Ljúfustu einstaklingar eru famir að slá frá sér. Sérmenntuðu sjúkraliðarnir segja að allt sé í himnalagi – halló!“

Hjúkrunarfræðingarnir upplifðu einnig togstreitu vegna þeirra hlutverkabreytinga sem áttu sér stað en þrátt fyrir það var þetta líka jákvæð upplifun. Þeir veltu fyrir sér mörkum á milli menntunar hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða og hvort sjúkraliðarnir gerðu sér grein fyrir hversu langt menntun þeirra næði. Það komu enn fremur fram áhyggjur af því að mat sjúkraliða væri byggt á annarri þekkingu en mat hjúkrunarfræðinga. Aðrar stéttir, t.d. lækna sem fengju upplýsingar frá sjúkraliðum, þyrftu að gera sér grein fyrir þessu. Hjúkrunarfræðingur skrifaði:

Sjúkraliði sem hefur starfað þarna (á deild A) lengi er að hætta og sagðist hún ekki vera ánægð að vinna undir stjórn sérmenntaðra sjúkraliða. Þeir væru misgóðir en sumir jafnvel óþolandi. Mér finnst þetta miður og hefur farið fram hjá mér þessi óánægja hjá starfsfólkinu.

Ný tækifæri

Sjúkraliðarnir með framhaldsnám upplifðu breytingu á hlutverki sínu með nýrri þekkingu. Þeir öðluðust smám saman meiri heildarsýn yfir viðfangsefnið og urðu meiri þátttakendur í ákvarðanatöku og skipulagningu á deildinni. Þó að þeir öðluðust þessa yfirsýn þá voru þeir enn í mikilli nálægð við sjúklingana sjálfa og þannig trúir uppruna sínum, sem sjúkraliðar. Þeir þyrftu jafnframt að finna sig í því nýja hlutverki að stjórna störfum annarra. Þetta gerðist um leið og þeir uppgötvuðu verkefni sem hvíla á stjórnendum sem þeir höfðu ekki verið meðvitaðar um áður, s.s. útteiling verkefna og eftirfylgd. Þetta kom fram í orðum sjúkraliða með framhaldsnám:

... kemur mér á óvart bæði með sjúkraliða og starfsfólk sem er búíð að vinna við aðhlyningu lengi, hvað maður þarf mikla eftirfylgd, alltaf verið að segja það sama ... þetta finnst mér ný reynsla fyrir mig að vinna með fólki að það þurfi svona mikið eftirlit.

Samskipti þeirra við aðra starfsmenn breyttist, fræðsla til starfsfólks varð mikilvægur þáttur og samskiptaaðilarnir urðu fleiri. Sjúkraliði með framhaldsnám skrifaði um ánægju sína: „Ég er mjög ánægð að hafa fengið tækifæri til að taka þátt í því og hefur það gefið mér mikla reynslu, bæði í sjálfstæðum vinnubrögðum, auknu starfssviði og samskiptum við annað starfsfólk.“ Annar starfsmaður lýsti hins vegar ánægju sinni með nýtt hlutverk á þennan hátt:

„Sjúklingar og starfsmenn höfðu á orði í morgun hvað það væri gott að vinna með okkur [sjúkraliðum með framhaldsnám] og það gladdi mitt litla hjarta.“

Hjúkrunarfræðingarnir sáu að í sjúkraliðum með framhaldsnám höfðu þær öðlast áhugasaverða kollega sem höfðu þekkingu og sjónarhorn sem var nær þeirra eigin eins og fram kom í orðum hjúkrunarfræðings:

... maður geti verið að diskútera einhver hjúkrunarfræðileg málefni við þær og þær eru áhugasamar og maður er að reyna að miðla ... Þegar hægt er að komast yfir þetta að vera með einhverja togstreitu ... það er hægt að vera með svona dialog ... þá getur verið svo gaman, alveg eins og þegar við [hjúkrunarfræðingar] erum að tala saman.

Hjúkrunarfræðingarnir sáu enn fremur að sjúkraliðarnir með framhaldsnám lögðu sig fram um að ná tókum á nýju starfssviði. Þeir voru áhugasamir, höfðu aukna þekkingu á sviði öldrunarhjúkrunar og stóðu sig vel í að fylgjast með ástandi sjúklinganna. Þeir komu með ábendingar um það sem betur mátti fara og það kunnu hjúkrunarfræðingarnir að meta.

Aðstoðarfólkið og sjúkraliðarnir fundu hvernig sjúkraliðarnir með framhaldsnám urðu smám saman öruggari í starfi og fannst gott að vinna með sjúkraliðunum, þeir ofmátu ekki getu sína og kölluðu til aðstoðar hjúkrunarfræðing þegar þyrfti. Þeim fannst einnig að sjúkraliðarnir með framhaldsnám skildu betur en hjúkrunarfræðingarnir hlutverk starfsmannanna.

Sjúkraliðarnir með framhaldsnám upplifðu að með aukinni reynslu og þekkingu opnuðust ný tækifæri. Ekki bara fyrir þá sem einstaklinga heldur einnig fyrir stéttina en til þess þyrftu þeir að sýna að þeir yllu starfinu. Um leið og þeir eru að nýta nýfengna þekkingu er þeim mikilvægt að vinna með reyndu fólki sem tilbúið er að miðla af þekkingu og reynslu. Með aukinni þekkingu var starfið orðið skemmtilegra. Smátt og smátt náðu þeir tókum á nýju starfi og öðluðust yfirsýn. Þeim fannst þetta verkefni vera mikil reynsla en jafnframt ánægjuleg og samtvinnuð framtíðartækifærum fyrir stéttina.

UMRÆÐA

Ýmsar vísbendingar komu fram í niðurstöðum gæðavísa RAI-mats sem bentu til betri umönnunar. Þessar vísbendingar geta þó að hluta til skýrst af breytingum sem urðu á sjúklingahópnum. Niðurstöður um gæðavísa frá hjúkrunarheimilum á Íslandi sýna að gæði umönnunar haldast stöðug á milli ára (Heilbrigðisráðuneytið, 2007). Þessi stöðugleiki í gæðavísu rennir stöðum undir að sú jákvæða breyting, sem kom fram á gæðavísu, hafi einnig tengst rannsóknarverkefninu. Niðurstöður úr RAI-mati gáfu einnig vísbendingar um að sjúklingahópurinn á deildinni varð í mun stöðugra ástandi eftir breytingu. Breytingar á gæðum voru ekki tölfræðilega marktækar en gáfu þó vísbendingar um stöðugleika í gæðum hjúkrunar.

Niðurstöður varðandi starfsánægju bentu til þess að meiri stuðning hefði þurft við breytinguna en jafnframt aukna ánægju með ákveðna þætti í starfinu. Mesti munur á fyrri og seinni könnun kemur fram þar sem starfsmenn telja að vinnuhópurinn hafi aukið hæfni sína til að leysa vandamál, starfið sé skemmtilegra

Ritrynd fræðigreina

og meira krefjandi og að þekking þeirra og hæfni nýtist betur. Því má í heildina segja að breytingin hafi gengið vel.

Núningur og togstreita skapaðist á milli einstaklinga og stétta við breytingarnar eins og fram kemur í rýnivíðtölum og dagbókarskrifum. Aðrar rannsóknir, þar sem verið var að breyta hlutverkum og verkaskiptingu á milli heilbrigðisstarfsfólks, hafa einnig greint frá erfiðleikum í samskiptum, mismunandi skilningi á hlutverkum og forgangsörðun verkefna (Galvin o.fl., 1999; Wade, 1993). Núningur á milli starfsmanna er fyrirsjáanlegur þegar gerðar eru breytingar á 30 ára gömlu skipulagi og til þess að vinna gegn honum var reynt að undirbúa breytinguna sem best með vinnubúðum, samráðsfundum og handleiðslu. Mest athygli beindist að hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum með framhaldsnám og stuðningi við þá en sérhæft aðstoðarfólk og sjúkraliðar fengu minni stuðning. Þann lærdóm má draga af niðurstöðum þessarar rannsóknar að starfsmenn þurfi jafnvel meiri stuðning í svo viðamiklum breytingum sem hér voru framkvæmdar og enn meiri áherslu þurfi að setja á samráð við starfsmenn eins og Garon og félagar hafa bent á (2009).

Breytingin á samsetningu mönnunar felur í sér breytingar á starfsfyrirkomulagi, verklagi og ábyrgð og því líklegt að flestir starfsmenn þessarar rannsóknar hafi upplifað áhrif þeirra, sumir litla og aðrir sem mikla kröfu um aðlögun og um leið álag. Þegar staðið er frammi fyrir streituvaldandi atburðum eins og þessum breytingum metur einstaklingurinn það á tvo ólíka vegu, annars vegar sem áskorun og hins vegar sem ógn. Niðurstöður benda til þess að hjúkrunarfræðingar hafi metið áhrif breytinganna sem ógn á meðan sjúkraliðar með framhaldsnám hafi litið á þau sem áskorun. Vekur það upp spurningar um hvort kynning og undirbúningur verkefnis hefði getað verið með öðrum hætti þar sem kynnt hefði verið betur í upphafi í hverju tækifæri hjúkrunarfræðinga lægju. Í ljósi aðstæðna var vitað að ástæða breytinganna var vegna skorts á hjúkrunarfræðingum og eflaust hefur það haft áhrif. Einnig hefði mátt kynna aðferðarfræði rannsóknarinnar betur fyrir starfsmönnum sem hefði hugsanlega leitt til minni togstreitu og aukinnar samvinnu.

Hjúkrunarfræðingarnir kærðu sig ekki um að vera í hlutverki ráðgefandi hjúkrunarfræðings og bera ábyrgð á hjúkrun og hjúkrunaráætlun sjúklings á annarri deild. Reynt var að styðja við þetta nýja hlutverk hjúkrunarfræðinganna með að setja upp námskeið í líkamsmati fyrir þá í upphafi rannsóknar. Líklega hefur vantað meiri stuðning fyrir hjúkrunarfræðingana í þetta nýja hlutverk. Því var ákveðið eftir að rannsókninni lauk að halda áfram með sömu mönnunarsamsetningu en þó með þeirri breytingu að hjúkrunarfræðingar á deild B sinna einungis bakvöktum en bera ekki ábyrgð á meðferðaráætlun sjúklings á rannsóknardeildinni. Erlendar rannsóknir hafa sýnt að víða eru hjúkrunarfræðingar að færast meira yfir í ráðgefandi hlutverk í öldrunarþjónustu (Hall o.fl., 2000). Það getur hins vegar verið að sú þróun sé fyrst og fremst vegna skorts á hjúkrunarfræðingum í öldrunarþjónustu fremur en að þeir óski eftir slíkri þróun enda hafa rannsóknir sýnt að hjúkrunarfræðingar vilja sinna beinni hjúkrun (Hall o.fl., 2000). Tyler og félagar (2006)

greindu frá því að skortur á samskiptum við sjúklinginn var eitt af því sem hjúkrunarfræðingum þótti verst við starf sitt og nálægð við sjúklinginn veitti þeim mesta starfsánægju. Þessar niðurstöður samræmast niðurstöðum þessarar rannsóknar þar sem hjúkrunarfræðingarnir vildu frekar vinna í nálægð við sjúklinginn en að vera í ráðgefandi hlutverki.

Breytingin þvingaði alla til að stíga nokkur skref út fyrir sín þægindamörk sem í senn var ógnvekjandi og hvetjandi. Allir sáu ákveðin tækifæri í breytingunni, uppgötvuðu nýjar leiðir í samvinnu, nýja kollega og tækifæri til að þróa sig í starfi og nýta þekkingu sína.

Eins og í öllum rannsóknum, sem gerðar eru á vettvangi, og sem líka á við um starfendarannsóknir, urðu breytingar á rannsóknartímabilinu. Reynt var að stýra því hvernig sjúklingar væru á rannsóknardeildinni og átti hópurinn að vera í stöðugu ástandi. Líklega er ekki hægt að velja erfiðari hóp til þessa verkefnis en einstaklinga með heilabilun. Stýringin tókst því ekki alltaf sem skyldi og sjúklingarnir voru á tímabilum veikari en gert hafði verið ráð fyrir.

Stærsti veikleiki rannsóknarinnar er að einn af yfirmönnum sviðsins var í hópi rannsakenda. Slíkt getur ávallt haft áhrif á þátttöku og svör. Reynt var að minnka áhrif þessa þáttar með því að fá utanaðkomandi rannsakendur til að taka viðtöl og lesa dagbækur. Texti, sem rannsakendur fengu í hendur til greiningar, var því ópersónugreinanlegur. Það að hluti rannsakenda tók ekki þátt í viðtölunum og hafði ekki tækifæri til að hlusta á viðtölin er einnig veikleiki er varðar túlkun textans. Utanaðkomandi rannsakandi, sem tók viðtölin, bættist í hóp rannsakenda og tók þátt í túlkun textans til að vega upp á móti þessum veikleika. Samt sem áður er líklegt að það að yfirmaður var í hópi rannsakenda hafi haft einhver áhrif og einnig í þá átt að starfsmenn ættu erfiðara með að kvarta við yfirmann sinn yfir rannsóknarverkefninu í heild sinni. Rannsóknarverkefnið var hins vegar komið til af þörf og aðstæðum á vettvangi og ljóst að þrátt fyrir veikleika gæfu niðurstöður mikilvægar vísbendingar enda er nauðsynlegt þegar lagt er upp í svona viðamiklar breytingar að meta með einhverju móti árangurinn. Í því tilliti skipti mestu máli áhrifin á gæði hjúkrunar, starfsánægju og upplifunin af breytingunum. Mikilvægt er að áframhaldandi rannsóknir verði gerðar á þeirri þróun sem fyrirsjáanleg er á samsetningu mönnunar á öldrunarstofnunum á Íslandi.

LOKAORÐ

Niðurstöður þessa rannsóknarverkefnis varpa ljósi á hvernig hægt er að er að nýta sjúkraliða með framhaldsnám í öldrunarhjúkrun og um leið þróa nýjar leiðir í starfi hjúkrunarfræðinga. Rannsóknin er því mikilvægt innlegg í ákvarðanatöku um hvernig starfskraftar sjúkraliða með framhaldsnám verða nýttir í öldrunarþjónustu í framtíðinni. Sjúkraliðar með framhaldsnám í öldrunarhjúkrun eru vel undir það búinir að takast á aukna ábyrgð, eru mikilvæg viðbót við mannaflann sem sinnir öldruðum og það er akkur fyrir hjúkrunarfræðinga að fá þá sem samstarfsaðila.

Pakkir

Rannsakendur vilja þakka sjúklingum og aðstandendum fyrir þátttöku í rannsókninni. Starfsfólki á deildum A og B þökkum við fyrir þátttöku, samvinnu, þrautseigju og dugnað á meðan á þessu langa ferli stóð. Fjölmargir veittu stuðning og góð ráð bæði samstarfsmenn á Landspítala og aðrir sem ekki verða taldir upp en við kunnum þeim bestu þakkir. Einnig viljum við þakka kærlega fyrir ómetanlegan stuðning á formi styrkja, sem veittir voru til rannsóknarinnar en þeir voru frá vísindasjóði Landspítala-háskólasjúkrahúss, jólagjafasjóði Guðmundar Andrésónar gullsmíðs, rannsóknarsjóði Öldrunarráðs Íslands og vísindasjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Heimildir

- Aiken, L., Clark, S. P., and Sloane, D. (2002). Hospital staffing, organisation, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14 (1), 5–13.
- Aiken, L., Clark, S. P., Sloane, D., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M., and Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20 (3), 43–53.
- Altman, D.G. (1990). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman and Hall.
- Anna Birna Jensdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Hrafn Pálsson, Ingibjörg Hjaltadóttir, Pálmi V. Jónsson og Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir (1998). Gagnasafn um heilsufar og hjúkrunarþarfir aldraðra á elli- og hjúkrunarheimilum : aðferðafræði mælinga á "raunverulegum aðbúnaði íbúa", *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 74 (4), 209–212.
- Ashford, S. J., Lee, C., and Bobko, P. (1989). Content, causes, and consequences of job insecurity: A theory-based measure and substantive test. *Academy of Management Journal*, 32 (4), 803–829.
- Bokhour, B. G., Pugh, M. J., Rao, J. K., Avetisyan, R. o.fl. (2009). Improving methods for measuring quality of care: A patient-centered approach in chronic disease. *Medical Care Research and Review*. 66 (2), 147–166.
- Bone, D. (2002). Dilemmas of emotion work in nursing under market-driven health care. *The International Journal of Public Sector Management*, 15 (2), 140–151.
- Galvin, K., Andrews, C., Jackson, D., Cheesman, S., Fudge, T., Ferris, R., and Graham, I. (1999). Investigating and implementing change within the primary health care nursing team. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (1), 238–247.
- Garon, M., Urden, L., and Stacy, K., M. (2009). Staff nurses' experiences of a change in the care delivery model: a qualitative analysis. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28 (1), 30–8.
- Green, J., and Thorogood, N. (2004). *Qualitative Methods for Health Research*. London: Sage Publications.
- Hagstofa Íslands (2008). *Hagtiðindi: mannfjöldi*. 93. árgangur nr. 71, Reykjavík. Hagstofa Íslands, sótt 6. júlí 2009 á <https://hagstofa.is/islalib/getfile.aspx?itemID=8990>.
- Hall, L. M., and O'Brien-Pallas, L. (2000). Redesigning nursing work in long-term care environments. *Nursing Economics*, 18 (2), 79–87.
- Harrington, C., Zimmerman, D., Karon, S. L., Robinson, J., and Beutel, P. (2000). Nursing home staffing and its relationship to deficiencies. *The Journals of Gerontology*, 55B (5), 278–287.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2007). *Staða og endurskoðun meginmarkmíða heilbrigðisáætlunar til ársins 2010*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Sótt 4. ágúst 2009 á http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/Stada_og_endurskodun_meginmarkmida_heilbrigdisaatlunar_til_arsins_2010.pdf.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2003). *Skýrsla stýrihóps um stefnumótun í málefnum aldraðra til ársins 2015*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Sótt 4. ágúst 2009 á <http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/stefnum-aldradir.pdf>.
- Heilbrigðisráðuneytið (2007). *RAI lokaður gagnagrunnur*, sótt í janúar 2007.
- Hildur Friðriksdóttir, Guðbjörg Linda Rafnsdóttir og Kristinn Tómasson (2002). *Könnun á líðan, vinnuumhverfi og heilsu starfsfólks í útbúum banka og sparisjóða*. Reykjavík: Vinnueftirlitið, Rannsókn- og heilbrigðisdeild.
- Holter, I. M., and Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 18 (2), 298–304.
- InterRAI (2008). *Quality Indicators*. Sótt 24. september 2008 á <http://www.interrai.org/section/view/?node=29>.
- Johnson, J., Cowles, C. M., and Simmens, S. J. (1996). *Quality of care and nursing staff in nursing homes*. Wunderlich, G. S., Sloan, F. A. and Davis, C. K. (ritstj.), Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes. Is it Adequate? 426–452. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Karon, S. L., Sainfort, F., and Zimmerman, D. R. (1999). Stability of nursing home quality indicators over time. *Medical Care*, 37 (6), 570–579.
- Kristensen, S., Mainz, J., and Bartels P. (2009). Selection of indicators for continuous monitoring of patient safety: recommendations of the project 'safety improvement for patients in Europe. *Internal Journal of Quality Health Care*, 21 (3), 169–75.
- Landlæknisembættið (2008). *RAI mat*, sótt 1. mars 2008 á <http://www.landlaeknir.is/pages/339>
- Mainz, J., Krog, B. R., Bjørnshave, B., and Bartels, P. (2004). Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, Suppl. i45–50.
- Mor, V. (2004). A comprehensive clinical assessment tool to inform policy and practice: applications of the minimum data set. *Medical Care*, 42 (4 Suppl.), I1150–59.
- Morris, J. N., Hawes, C., Fries, B. E., Phillips, C. D., Mor, V., Katz, S., Murphy, K., Drugovich, M.I., and Friedlob, A. S. (1990). Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *Gerontologist*, 30 (3), 293–307.
- Morton-Cooper, A. (2000). *Action research in health care*. Oxford: Blackwell Science.
- Mueller, C. (2000). A framework for nurse staffing in long-term care facilities. *Geriatric Nursing*, 21 (5), 262–267.
- Parsons, S. K., Simmons, W. P., Penn, K., and Furlough, M. J. (2003). Determinants of satisfaction and turnover among nursing assistants. The results of a statewide survey. *Gerontological Nursing* 29 (3), 51–8.
- Rantz, M. J., Hicks, L., Petroski, G. F., Madsen, R. W., Mehr, D. R., Conn, V., Zwygart-Staffacher, M., and Maas, M. (2004). Stability and sensitivity of nursing home quality indicators. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59 (1), 79–82.
- Reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði íbúa í hjúkrunarrýmum no. 544/2008: Heilbrigðisráðuneytið. Sótt 4. ágúst 2009 á <http://www.stjornartidindi.is/Advert.aspx?ID=76ce7bae-befb-4cac-8828-3734aedcbaeb>.
- Ríkisendurskoðun (2005). *Þjónusta við aldraða. Stjórnýsluúttekt*. Sótt 4. ágúst 2009 á http://www.rikisend.is/files/skyrslur_2005/aldradir_thjounusta.pdf.
- Robertson, E. M., Higgins, L., Rozmus, C., and Robinson, J. P. (1999). Association between continuing education and job satisfaction of nurses employed in long-term care facilities. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 30 (3), 108–114.
- Sarafino E. P. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley & Sons.
- Sigríður Egilsdóttir (2006). Gagnasafn um heilsufar og hjúkrunarþarfir aldraðra á elli- og hjúkrunarheimilum. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 82 (2), 20–23.
- SPSS (2001). *Statistical Package for the Social Sciences for Windows*, Standard Version 11. Chicago: SPSS Inc.
- Tyler, D. A., Parker, V. A., Engle, R. L., Brandeis, G. H., Hickey, E. C., Rosen, A. M., Wang, F., and Berlowitz, D. R. (2006). An exploration of job design in long-term care facilities and its effect on nursing employee satisfaction. *Health Care Management Review*, 31 (2), 137–144.
- Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P., and Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42 (Suppl. 2), 57–66.
- Van Manen, M. (1997). *Researching lived experience* (2nd edition). Ontario: Althouse.
- Verhaege, R., Vlerick, P., Gemmel, P., Maele, G.V., and Backer, G.D. (2006). Impact of recurrent changes in the work environment on nurses' psychological well-being and sickness absence. *Nursing and Healthcare Management and Policy*, 56 (6), 646–656.
- Wade, B. (1993) The jobsatisfaction of health visitors, district nurses and practice nurses working in areas served by four trusts: year 1. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (6), 992–1004.
- Willis, C. D., Evans, S. M., Stoelwinder, J. U., and Cameron, P. A. (2007). Measuring quality. *Australian Health Review*, 31 (2), 276–81.
- Zimmerman, D. R. (2003). Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (3), 250–257.
- Zimmerman, D. R., Sarita, L., Karon, L., Arling, G., Ryther Clark, B., Collins, T., Ross, R., and Sainfort, S. (1995). Development and testing of nursing home quality indicators. *Health Care Financing Review*, 16 (4), 107–127.