

Helga Bragadóttir, hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og Landspítala
Björk Sigurjónsdóttir, hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og Landspítala
Heiður Brund Jónsdóttir, Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands

ÓFRAMKVÆMD HJÚKRUN Á SJÚKRAHÚSUM Á ÍSLANDI: LÝSANDI RANNSÓKN

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur þessarar rannsóknar er að varpa ljósi á tíðni og orsakir óframkvæmdrar hjúkrunar á legudeildum lyflækninga, skurðlækninga og gjörgæslu á sjúkrahúsum á Íslandi. Þátttakendur voru allir starfsmenn hjúkrunar á 27 legudeildum átta heilbrigðisstofnana á Íslandi. Skriflegur spurningalisti um óframkvæmda húkrun, *MISSCARE Survey-Icelandic*, var sendur 864 einstaklingum og var svörun 69,3%. Spurt var um hve algeng óframkvæmd hjúkrun er á deild þátttakenda og ástæður hennar auk bakgrunnsspurninga. Um lýsandi megindlega þversniðsrannsókn var að ræða. Flestir þátttakendur voru hjúkrunarfræðingar (57,7%) og sjúkraliðar (37,1%), yngri en 55 ára (76,2%), unnu að minnsta kosti 30 stundir á viku (75,1%) á breytilegum vöktum (83,7%). Hjúkrunarathafnir, sem flestir þátttakendur sögðu óframkvæmdar á sinni deild, voru: aðstoð við hreyfingu þrisvar á dag eða samkvæmt fyrirmælum, þverfaglegir fundir alltaf sóttir og sjúklingar fræddir um sjúkdóm, próf og greiningarrannsóknir. Helstu ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar tengdust mannafla og var algengasta ástæðan ófyrirséð fjölgun sjúklinga eða aukin hjúkrunarþyngd á deildinni. Óframkvæmd hjúkrun og ástæður tengdar mannafla, aðföngum og samskiptum voru marktækt algengari á kennslusjúkrahúsum en öðrum sjúkrahúsum (tíðni óframkvæmdrar hjúkrunar $p < 0,001$; ástæður tengdar mannafla $p < 0,05$; ástæður tengdar aðföngum og ástæður tengdar samskiptum $p < 0,001$). Óframkvæmd hjúkrun var marktækt algengari á deildum lyflækninga og skurðlækninga en gjörgæslu og blönduðum deildum ($p < 0,001$). Hjúkrunarfræðingar töldu hjúkrun marktækt oftari óframkvæmda en sjúkraliðar ($p < 0,001$) og að ástæður tengdust mannafla ($p < 0,001$). Tíðni óframkvæmdrar hjúkrunar og ástæður hennar tengdust einnig aldri þátttakenda og hversu góða þeir töldu mönnun á sinni deild almennt vera. Niðurstöður benda til þess að huga verði betur að grunnhjúkrun sjúklinga á legudeildum íslenskra sjúkrahúsa og skoða þarf betur mannaflann, nýtingu hans og skipulag aðfanga. Stjórnendur og klínískir starfsmenn hjúkrunar verða að setja hjúkrun sjúklinga í forgang í vinnu sinni. Frekari rannsókna er þörf á óframkvæmdri hjúkrun á Íslandi.

Lykilorð: Óframkvæmd hjúkrun, rannsókn, sjúkrahús.

INNGANGUR

Öryggi sjúklinga hefur verið í brennidepli um allan heim síðustu misseri, ekki síst eftir að skýrsla *Institute of Medicine (IOM) To err is human: Building a safer health system*, um mannleg mistök í heilbrigðisþjónustu, kom út árið 2000. Þar er áætlað að árlega megi rekja andlát 44.000-98.000 einstaklinga í Bandaríkjunum til óvæntra atvika eða skaða við meðferð á sjúkrahúsum (Kohn o.fl., 2000). Í skýrslunni er bent á að öryggi sjúklinga á heilbrigðisstofnunum sé ógnað og að setja þurfi fram aðferðir til að draga úr óvæntum atvikum og mistökum innan heilbrigðiskerfisins. Fleiri skýrslur frá IOM fylgdu í kjölfarið næstu ár og er óhætt að segja að þær hafi valdið straumhvörfum hvað gæði heilbrigðisþjónustu og öryggi

ENGLISH SUMMARY

Bragadóttir, H., Sigurjónsdóttir, B., and Jónsdóttir, H.H.
The Icelandic Journal of Nursing (2014), 90 (4), 40-49

MISSED NURSING CARE IN HOSPITALS IN ICELAND: A DESCRIPTIVE STUDY

The purpose of this study is to shed light on the frequency and reasons for missed nursing care in medical, surgical and intensive care inpatient units in hospitals in Iceland. Participants were all the nursing staff in 27 inpatient units in eight health care facilities in Iceland. A paper-and-pencil questionnaire, the *MISSCARE Survey-Icelandic*, was distributed to 864 individuals with a 69.3% response rate. The questionnaire asked about background variables, the frequency of missed nursing care in participants' units and its reasons. It was a descriptive, quantitative, cross-sectional study. The majority of participants were registered nurses (57.7%) and practical nurses (37.1%), younger than 55 years old (76.2%), who worked at least 30 hours a week (75.1%) on rotating shifts (83.7%). The nursing care activities most participants identified as missed on their unit were: ambulation three times per day or as ordered; attending interdisciplinary care conferences whenever held; and teaching patients about illness, tests, and diagnostic studies. The main reasons for missed nursing care related to labor resources and the most frequently identified single reason was an unexpected rise in patient volume and/or acuity on the unit. The frequency of missed nursing care and reasons related to labor resources, material resources and communication was significantly higher in teaching hospitals than in other hospitals (frequency of missed nursing care $p < .001$; reasons related to labor resources $p < .05$; reasons related to material resources and communication $p < .001$). Missed nursing care was significantly more frequent in medical and surgical units than in intensive and mixed medical-surgical units ($p < .001$). Registered nurses identified missed nursing care significantly more often than did practical nurses ($p < .001$) and were more likely to report reasons related to labor resources ($p < .001$). The frequency of missed nursing care and its reasons were also significantly related to participants' age and how often they felt the unit staffing was adequate. Study findings indicate a need to improve basic nursing care in inpatient units in hospitals in Iceland as well as labor and material resources and its management. In their work, administrators as well as nurse clinicians have to focus on patients and their nursing care. Further studies are needed on missed nursing care in Iceland.

Key words: Missed nursing care, study, hospitals.

Correspondance: helgabra@hi.is

sjúklinga varðar. Eins og fram kemur í skýrslum IOM (Institute of Medicine, 2001; Page, 2004) skiptir hjúkrun sköpum fyrir velferð og heilsu sjúklinga og að hún sé viðeigandi, tímabær og byggð á bestu þekkingu. Staðfest er að hjúkrun sjúklinga, eða öllu heldur skortur á henni, tengist fjölgun óvæntra atvika (Lucero o.fl., 2010) og getur skilið á milli lífs og dauða (Aiken o.fl., 2008, 2011, 2014; Estabrooks o.fl., 2005). Hjúkrun hefur áhrif á gæði og öryggi í heilbrigðisþjónustu.

Víða um heim er verið að rannsaka óframkvæmda hjúkrun í auknum mæli en um nýtt viðfangsefni innan hjúkrunarfræðinnar er að ræða sem er lítt rannsakað utan Bandaríkjá Norður-Ameríku. Tilgangur þessarar rannsóknar er að varpa ljósi á óframkvæmda hjúkrun og ástæður hennar á legudeildum lyflækninga, skurðlækninga og gjörgæslu á sjúkrahúsum á Íslandi og hefur viðfangsefnið ekki verið skoðað fyrr hér á landi.

BAKGRUNNUR

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (World Health Organization) setur öryggi sjúklinga í forgang (World Health Organization, 2013) og það hafa stjórnvöld og heilbrigðisstofnanir víða um heim einnig gert. Hér á landi eru lög sem tryggja eiga gæði heilbrigðisþjónustu og öryggi sjúklinga (Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007; Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997). Kveðið er á um að allir landsmenn eigi rétt á bestu heilbrigðisþjónustu sem völ er á að veita og jafnframt er heilbrigðisstarfsfólki skylt að veita sjúklingum ákveðna þjónustu, svo sem nauðsynlegar leiðbeiningar við útskrift. Í lögum um landlækni nr. 41/2007 er fjallað um eftirlitshlutverk Embættis landlæknis og að heilbrigðisstofnunum sé skylt að halda skrár yfir óvænt atvik. Skipta má óvæntum atvikum í heilbrigðisþjónustu í tvo flokka, atvik vegna vanrækslu (*e. error of omission*) og atvik vegna verknaðar (*e. error of commission*) (Agency for Healthcare Research and Quality, e.d.). Dæmi um atvik vegna vanrækslu er að sjúklingi er ekki snúið samkvæmt fyrirmælum. Dæmi um atvik vegna verknaðar er að sjúklingi er gefið lyf sem hann átti ekki að fá.

Óframkvæmd hjúkrun (*e. missed nursing care*) er skilgreind sem hjúkrunarmeðferð sem sjúklingur þarfnast en er sleppt eða seinkað að hluta til eða að öllu leyti (Kalisch, 2006; Kalisch o.fl., 2009a, 2009b) og má í raun flokka sem atvik vegna vanrækslu. Átt er við hjúkrun sem er margsinnis sleppt eða seinkað, ekki einstaka tilfelli (Kalisch, 2006; Kalisch o.fl., 2009b). Um dulið og nýlega greint viðfangsefni er að ræða þar sem atvik vegna vanrækslu eru ekki eins auðsjáanleg og atvik vegna verknaðar (Agency for Healthcare Research and Quality, e.d.).

Niðurstöður rannsókna benda til þess að ákveðnum hjúkrunarathöfnum er iðulega sleppt eða seinkað af starfsfólki hjúkrunar við umönnun sjúklinga á bráðasjúkrahúsum (Kalisch, 2006; Kalisch o.fl., 2009b, 2011c). Þegar litið er til þeirra hjúkrunarathafna sem starfsfólk hjúkrunar segir oftast sleppt á sínum deildum má sjá að fyrst og fremst er um að ræða grunnþarfir sjúklinga sem varða hreyfingu, hreinlæti, næringu, fræðslu og stuðning, auk skráningar og að sækja þverfaglega fundi (Ball o.fl., 2013; Gravlin og Bittner, 2010; Kalisch, 2009;

Kalisch o.fl., 2011c, 2012b; Kalisch og Lee, 2012b). Sú hjúkrunarathöfn, sem oftast er sleppt að mati umönnunaraðila, er að hjálpa sjúklingi við hreyfingu og virðist það ekki bundið tegund sjúkrahúsa, deilda eða starfsgrein (Kalisch, 2009; Kalisch og Lee, 2012b). Allt að 88% hjúkrunarfræðinga í bandarískum rannsóknum segja að það að aðstoða sjúkling við hreyfingu þrisvar á dag eða samkvæmt fyrirmælum og að snúa sjúklingi á tveggja tíma fresti sé stundum, oft eða alltaf sleppt á þeirra deildum (Gravlin og Bittner, 2010). Yfir 80% segja að mötun sjúklinga, á meðan matur er heitur, og munnhirðu sé stundum, oft eða alltaf sleppt (Gravlin og Bittner, 2010; Kalisch o.fl., 2012b). Um er að ræða athafnir hjúkrunar sem sjaldan eru skráðar í framvindunótur sjúklinga og því ólíklegt að samstarfsfólk geri athugasemdir þegar þessum þáttum hjúkrunar er sleppt (Kalisch o.fl., 2011c). Að auki eru þessar hjúkrunarathafnir oft tímafrekar og getur það valdið því að þær eru settar aftast í forgangs röðina en slíkt kemur niður á gæðum hjúkrunar.

Jafnvel þó grunnþarfir sjúklinga séu hversdagslegar, eins og að matast, hreyfa sig og sinna munnhirðu, er mikilvægi þessara þarfa óumdeilt. Sýnt hefur verið fram á að hreyfing sjúklinga geti haft afgerandi áhrif á heilsu þeirra og bata (Kalisch o.fl., 2013a), en rannsóknir sýna að legusjúklingar fá yfirleitt mun minni hreyfingu en ráðlagt er. Meirihluti sjúklinga, sem hefur fótaferð eða getur setið í stól, ver tíma sínum liggjandi í rúminu á meðan á sjúkrahúsdvöl stendur (Brown o.fl., 2009; Browning o.fl., 2007).

Ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar eru margvíslegar. Heilbrigðisstarfsfólk greinir helst frá ástæðum tengdum mannafla, svo sem ófyrirséðri fjölgun sjúklinga, aukinni hjúkrunarþyngd á deildinni, versnandi ástandi sjúklinga, að mikið sé um inn- og útskriftir, of fátt starfsfólk og ónógur fjöldi aðstoðarfólks. Aðrar ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar tengjast aðföngum og samskiptum. Starfsmenn hjúkrunar telja skort á aðföngum, svo sem lyfjum og tækjum, og erfið samskipti í starfsmannahópnum algengar ástæður þess að nauðsynlegri hjúkrun sé sleppt (Kalisch, 2009; Kalisch o.fl., 2009a, 2009b; Kalisch og Lee, 2012a). Óframkvæmd hjúkrun hefur neikvæð áhrif á starfsmenn ekki síður en sjúklinga. Niðurstöður bandarískra rannsókna sýna tengsl milli óframkvæmdrar hjúkrunar og aukinnar starfsmannaveltu, minni starfsánægju og fleiri fjarvista (Kalisch o.fl., 2011c; Tschannen o.fl., 2010). Mat þátttakenda á umfangi og ástæðum óframkvæmdrar hjúkrunar getur einnig tengst einkennum þátttakenda, deilda og sjúkrahúsa, auk þess sem munur hefur mælst eftir löndum. Hjúkrunarfræðingar telja óframkvæmda hjúkrun tíðari en sjúkraliðar og aðstoðarfólk gera (Gravlin og Bittner, 2010; Kalisch, 2009; Kalisch o.fl., 2011c) og ástæður hennar frekar tengdar mannafla (Gravlin og Bittner, 2010; Kalisch, 2009) og aðföngum (Kalisch, 2009). Þar sem vinnuumhverfi, mönnun og teymisvinna hafa mælst betri er óframkvæmd hjúkrun fátíðari (Ball o.fl., 2013; Kalisch og Lee, 2010). Einnig hefur óframkvæmd hjúkrun og ástæður tengdar mannafla og samskiptum reynst marktækt fátíðari á segulsjúkrahúsum (*e. magnet hospitals*) en sjúkrahúsum sem ekki höfðu þessa vottun (*magnet certification*) (Kalisch og Lee,

2012b). Sú vottun er ákveðinn gæðastimpill og hefur þessum sjúkrahúsum haldist betur á hjúkrunarfræðingum og starfsfólki og sjúklingum reiðir almennt betur af á segulsjúkrahúsum en á öðrum sjúkrahúsum. Þegar óframkvæmd hjúkrun og ástæður hennar voru bornar saman eftir löndum sýndu rannsóknir að óframkvæmd hjúkrun var tíðari í Bandaríkjunum en í Tyrklandi að mati hjúkrunarfræðinga. Ástæður fyrir að hjúkrun fór ekki fram voru þær sömu í báðum löndum en voru taldar marktækt ríkari í Tyrklandi en Bandaríkjunum (Kalisch o.fl., 2012b).

Kenningarlegur grunnur þessarar rannsóknar byggist á líkani um óframkvæmda hjúkrun (Kalisch o.fl., 2009a; Kalisch og Lee, 2010). Líkanið byggist á viðtækum eigindlegum og megindlegum rannsóknum á óframkvæmdri hjúkrun (Kalisch, 2006; Kalisch o.fl., 2009a, 2009b; Kalisch og Williams, 2009). Í líkaninu er gengið út frá því að óframkvæmd hjúkrun leiði til verri niðurstöðu fyrir sjúklinga þar sem einkenni sjúkrahúsa, deilda og starfsmanna hefur bein eða miðlandi áhrif (Kalisch o.fl., 2011b).

Eftirfarandi rannsóknarspurningar voru settar fram:

1. Hver er tíðni óframkvæmdrar hjúkrunar á legudeildum lyflækninga, skurðlækninga og gjörgæslu á sjúkrahúsum á Íslandi?
2. Hverjar eru algengustu ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar á legudeildum lyflækninga, skurðlækninga og gjörgæslu á sjúkrahúsum á Íslandi?
3. Hver er fylgni óframkvæmdrar hjúkrunar og ástæðna hennar við: a) tegund sjúkrahúsa, b) tegund deilda, c) aldur þátttakenda, d) starfsgrein þátttakenda, e) mönnun að mati þátttakenda, f) fjölda sjúklinga sem þátttakendur önnuðust á síðustu vakt?

AÐFERÐ

Rannsóknarsnið

Rannsóknin er lýsandi megindleg þversniðsrannsókn.

Þátttakendur

Þátttakendur voru allir starfsmenn hjúkrunar á öllum legudeildum lyflækninga, skurðlækninga og gjörgæslu á Íslandi. Samtals voru deildirnar 27 á 8 heilbrigðisstofnunum. Alls fengu 864 starfsmenn spurningalistann *MISSCARE Survey-Icelandic*.

Spurningalisti

MISSCARE Survey-Icelandic, sem er skriflegur fjölvals-spurningalisti um óframkvæmda hjúkrun, var notaður til að afla gagna. Íslensk þýðing spurningalistans er eins uppbyggð og nýjasta bandaríska útgáfa hans (Kalisch, 2009). Bandaríska útgáfa spurningalistans og þýðingar hans í Tyrklandi og Brasilíu hafa reynst áreiðanlegar og réttmætar (Kalisch o.fl., 2012b; Kalisch og Williams, 2009; Siqueira o.fl., 2013). Spurningalistinn skiptist í bakgrunnspýðingar, A-hluta um hjúkrun sem er óframkvæmd og B-hluta um ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar. Spurningalistinn byggist á sjálfsmati þátttakenda. Í bakgrunnsspurningum, sem er 21 auk þátttökunúmers sem vísar í stofnun og deild, er spurt um einkenni þátttakenda, deilda og sjúkrahúsa. Í A-hluta spurningalistans eru 24 atriði

eða hjúkrunarathafnir sem þátttakendur eru beðnir um að merkja við hversu oft sleppt er á þeirra deild. Svörin í A-hluta eru á fimmgildum kvarða: *alltaf sleppt* (5), *oft sleppt* (4), *stundum sleppt* (3), *sjaldan sleppt* (2) og *aldrei sleppt* (1). Í B-hluta spurningalistans eru 17 staðhæfingar um ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar og eru þátttakendur beðnir um að merkja við á fjórgildum kvarða þar sem svarmöguleikarnir eru: *mikil ástæða* (4), *nokkur ástæða* (3), *lítil ástæða* (2) og *engin ástæða* (1) fyrir því að hjúkrun er sleppt á þeirra deild. Staðhæfingarnar í B-hluta skiptast í þrjá þætti: 1) ástæður tengdar mönnun (5 atriði), 2) ástæður tengdar aðföngum (3 atriði) og 3) ástæður tengdar samskiptum (9 atriði). Íslensk þýðing spurningalistans var unnin með aðferðum bakþýðingar sem fól í sér þýðingu úr ensku yfir á íslensku, betrubætur á þýðingunni, bakþýðingu úr íslensku yfir á ensku, samburð á bakþýðingunni við frumútgáfuna og betrubætur á íslensku þýðingunni. Spurningalistinn var forprófaður á starfsfólki hjúkrunar á barna-, kvenlækninga- og öldrunardeildum. Próffræðilega reyndist íslenska útgáfan aðgengileg, áreiðanleg og réttmæt. Endurtektar-réttmæti var prófað með gögnum úr forprófi og var Pearsons-fylgnipróf fyrir A-hluta $r_{0,782}$ ($p < 0,001$) og $r_{0,530}$ ($p < 0,005$) fyrir B-hluta. Innra réttmæti með Cronbachs-prófi fyrir B-hluta í þessari rannsókn var 0,873 fyrir heildarspurningalistann og 0,795-0,825 fyrir undirkvarða. Fyrri rannsóknir sýndu að Cronbachs-próf hentaði ekki fyrir A-hluta (Kalisch og Williams, 2009). Staðfestandi þáttageining sýndi að íslensku gögnin í þessari rannsókn hæfðu vel þriggja þátta líkani B-hluta bandarísku útgáfunnar (Kalisch, 2009) (comparative fit index [CFI] = 0,971; root-mean-square error of approximation [RMSEA] = 0,070; incremental fit index [IFI] = 0,971; standardized root mean square residuals [SRMR] = 0,0756) (Bragadóttir o.fl., 2014).

Gagnasöfnun

Gagnasöfnun fór fram í mars og apríl 2012. Spurningalisti ásamt kynningarbréfi til þátttakenda og svarumslagi var sent tengiliðum á hverri deild sem dreifðu þeim til þátttakenda. Boð um þátttöku var ítrekað í tvígang með tölvupósti sem hjúkrunardeildarstjórar og tengiliðir dreifðu til þátttakenda. Þátttakendur á Landspítala (LSH) gátu sent sín svör með innanhússpósti á rannsakendur í Háskóla Íslands en svör þátttakenda af öðrum stofnunum bárust með almennum pósti.

Siðfræði

Rannsóknin var tilkynnt Persónuvernd (nr. S5388/2011) og skriflegt leyfi fyrir þátttöku fékkst frá öllum átta heilbrigðisstofnunum þar sem gagnasöfnun fór fram. Að svara spurningalistanum jafngilti upplýstu samþykki þátttakenda.

Tölfræðileg úrvinnsla

Niðurstöður byggjast á gögnum frá 566 þátttakendum. Notuð var lýsandi tölfræði með tíðnidreifingu, hlutföllum, meðaltölum og fylgniprófum. Gerður var samburður á sjúkrahúsum og þau flokkuð í kennslusjúkrahús (Landspítali og Sjúkrahúsið á Akureyri) og önnur sjúkrahús. Kíkvaðrat-marktektarpróf var reiknað á tvígildar breytur þar sem gildin *aldrei* og *sjaldan* voru sameinuð annars vegar og gildin *stundum*, *oft* og *alltaf* hins vegar fyrir óframkvæmda hjúkrun (A-hluta). Fyrir ástæður

óframkvæmdir hjúkrunar (B-hluta) voru gildin *engin ástæða* og *lítil ástæða* sameinuð annars vegar og *nokkur ástæða* og *mikil ástæða* hins vegar. Í fylgniprófum með einkennum sjúkráhusa, deilda og þátttakenda voru notuð meðaltöl fyrir óframkvæmda hjúkrun og ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar. Svör við spurningunni um fjölda sjúklinga, sem þátttakendur höfðu annast á núverandi eða síðustu vakt, voru sett í þrjá flokka og var fjöldi takmarkaður við 20 sjúklinga að hámarki (svör þátttakenda, sem sögðust hafa annast fleiri en 20 sjúklinga á vaktinni, voru útilokuð enda er það í samræmi við fyrri rannsóknir (Christopher R. Friese, munnleg heimild, 20. apríl 2012). Gerð voru t-próf óháðra hópa og einhliða dreifigreining með Tukey-eftirprófi. Sett voru 95% öryggismörk. Niðurstöður eru birtar eftir tegundum sjúkráhusa sem eru tvær: 1) kennslusjúkrahús sem eru eitt háskólasjúkrahús og eitt kennslusjúkrahús, 2) önnur sjúkrahús sem eru sex heilbrigðisstofnanir (sjá lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007). Deildir voru flokkaðar í fjórar tegundir: 1) lyflækningadeildir, 2) skurðlækningadeildir, 3) gjörgæsludeildir, 4) blandaðar deildir lyflækninga og skurðlækninga. Einkenni þátttakenda voru: 1) aldur, 2) starfsheiti, 3) hversu fullnægjandi þátttakandi taldi mönnun á sinni deild almennt, 4) fjöldi sjúklinga sem þátttakandi annaðist á núverandi eða síðustu vakt. Úrvinnsla gagna í þessari rannsókn var gerð í IBM SPSS, útgáfa 20.

NIÐURSTÖÐUR

Svarhlutfall var 69,3% (37-100% eftir deildum) og var hlutfall svarenda eftir starfsgreinum sambærilegt hlutfalli þeirra í úrtaki/þýði (61% hjúkrunarfræðingar og hjúkrunarstjórnendur, 39% sjúkraliðar og aðstoðarfólk). Flestir þátttakendur voru kvenkyns (98,5%) hjúkrunarfræðingar (57,7%) og sjúkraliðar (37,1%), af deildum Landspítala (66,9%). Meirihluti þátttakenda var yngri en 55 ára (76,2%), vann að minnsta kosti 30 stundir á viku (75,1%) á breytilegum vöktum (83,7%). Rétt rúmur meirihluti var með meira en 10 ára reynslu í sínu núverandi starfi (55,3%) og meira en fimm ára reynslu á núverandi deild (56,2%). Ekki var tölfræðilega marktækur munur á þátttakendum kennslusjúkrahúsa og annarra sjúkráhusa hvað varðar aldur, starfsreynslu, fjölda vinnustunda á viku og hversu fullnægjandi mönnun var á deildum að mati þeirra. Tölfræðilega marktækur munur reyndist á samsetningu þátttakenda eftir sjúkráhusum þar sem hlutfallslega fleiri hjúkrunarfræðingar voru á kennslusjúkrahúsum (64,1%) en öðrum sjúkráhusum (54,0%), $\chi^2(1, N = 566) = 5,36, p = 0,021$.

Óframkvæmd hjúkrun

Hjúkrunarathafnir, sem flestir þátttakendur sögðu ekki vera framkvæmdar á sinni deild, voru: aðstoð við hreyfingu þrisvar á dag eða samkvæmt fyrirætlunum (48% á kennslusjúkrahúsum og 50% á öðrum sjúkráhusum), þverfaglegir fundir alltaf sóttir (44% á kennslusjúkrahúsum og 37% á öðrum sjúkráhusum) og sjúklingar fræddir um sjúkdóm, próf og greiningarrannsóknir (41% á kennslusjúkrahúsum og 42% á öðrum sjúkráhusum). Aðrar hjúkrunarathafnir, sem að minnsta kosti 30% þátttakenda á kennslusjúkrahúsum eða öðrum sjúkráhusum sögðu óframkvæmdar stundum, oft eða alltaf, voru: eftirlit með inntöku/útskilnaði, ítarleg skráning allra nauðsynlegra gagna,

sjúklingi og/eða fjölskyldu veittur tilfinningalegur stuðningur, munnhírða, útskriftaráætlun sjúklings og fræðsla, verkun lyfja metin. Tafla 1 sýnir einstakar hjúkrunarathafnir og samanburð á sjúkráhusum á tíðni óframkvæmdrar hjúkrunar. Marktækt meira var um óframkvæmda hjúkrun á kennslusjúkrahúsum en öðrum sjúkráhusum hvað átta hjúkrunarathafnir varðar.

Ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar

Algengustu ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar tengdust mannafla. Flestir sögðu ófyrirséða fjölgun sjúklinga eða aukna hjúkrunarþyngd á deildinni (87% á kennslusjúkrahúsum og 75% á öðrum sjúkráhusum) ástæðu óframkvæmdrar hjúkrunar og næstalgengasta ástæðan var of fátt starfsfólk (80% á kennslusjúkrahúsum og 73% á öðrum sjúkráhusum). Næstalgengastar voru ástæður tengdar aðföngum. Algengasta ástæða óframkvæmdrar hjúkrunar tengd aðföngum var að lyf voru ekki aðgengileg þegar á þurfti að halda (37% á kennslusjúkrahúsum og 24% á öðrum sjúkráhusum). Ástæður tengdar samskiptum voru óalgengastar. Ójafnvægi í úthlutun sjúklinga (47% á kennslusjúkrahúsum og 30% á öðrum sjúkráhusum) var algengasta ástæðan tengd samskiptum. Ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar og samanburð á milli sjúkráhusa má sjá í töflu 2. Af einstökum ástæðum voru 10 marktækt algengari á kennslusjúkrahúsum en ein á öðrum sjúkráhusum.

Fylgni við einkenni sjúkráhusa, deilda og þátttakenda

Tafla 3 sýnir einkenni sjúkráhusa, deilda og þátttakenda og fylgni við tíðni óframkvæmdrar hjúkrunar og ástæður hennar. Í töflunni er tíðni óframkvæmdrar hjúkrunar sett fram sem heildarmeðaltal allra hjúkrunarathafna mæld á fimmgildum kvarða. Ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar tengjast mannafla, aðföngum og samskiptum og eru settar fram sem meðaltöl fyrir hvern þessara þátta á fjórgildum kvarða. Heildarmeðaltal fyrir óframkvæmda hjúkrun reyndist marktækt hærra á kennslusjúkrahúsum en öðrum sjúkráhusum ($p < 0,001$) en það bendir til þess að óframkvæmd hjúkrun sé algengari á kennslusjúkrahúsum en öðrum sjúkráhusum. Í öllum tilvikum, þar sem tölfræðilega marktækur munur var á framkvæmd einstakra hjúkrunarathafna, var þeim oftast sleppt á kennslusjúkrahúsum en öðrum sjúkráhusum. Mestur var munurinn eftir sjúkráhusum á eftirfarandi hjúkrunarathöfnum: munnhírða (40% og 19%, $p < 0,001$); sjúklingi snúð á tveggja tíma fresti (28% og 12%, $p < 0,001$); umhírða og mat á æðalegg og stungustað (29% og 13%, $p < 0,001$); sjúklingur mataður á meðan maturinn er enn heitur (22% og 7%, $p < 0,001$); böðun sjúklings/húðhírða (19% og 6%, $p < 0,001$).

Tölfræðilega marktækur munur reyndist á öllum ástæðum þegar heildarmeðaltal ástæðna (ástæður tengdar mannafla $p < 0,05$, aðföngum $p < 0,001$ og samskiptum $p < 0,001$) er borið saman milli kennslusjúkrahúsa og annarra sjúkráhusa. Í öllum tilvikum, þar sem um marktækan mun var að ræða, voru ástæður taldar ríkari á kennslusjúkrahúsum nema einu sem varðar samskipti. Spenna eða erfið samskipti við lækna var talin marktækt meiri ástæða á öðrum sjúkráhusum (21% á kennslusjúkrahúsum og 23% á öðrum sjúkráhusum, $p < 0,05$). Þegar bornar voru saman tegundir deilda kom fram tölfræðilega marktækur munur á óframkvæmdri hjúkrun og ástæðum

Tafla 1. Óframkvæmd hjúkrun.

	Aldrei	Sjaldan	Stundum	Oft	Alltaf	Heildar- fjöldi	Óframkvæmd hjúkrun (stundum + oft + alltaf)
Aðstoð við hreyfingu þrisvar á dag eða samkvæmt fyrirmælum							
Kennslusjúkrahús	10%	42%	31%	17%	1%	462	48%
Önnur sjúkrahús	6%	44%	43%	6%	1%	124	50%
Sjúklingi snúið á tveggja tíma fresti ***							
Kennslusjúkrahús	21%	50%	21%	6%	2%	458	28%
Önnur sjúkrahús	49%	39%	7%	5%	0%	124	12%
Sjúklingur mataður á meðan maturinn er enn heitur ***							
Kennslusjúkrahús	31%	48%	13%	7%	1%	452	22%
Önnur sjúkrahús	52%	41%	3%	2%	2%	124	7%
Matur lagður fyrir sjúklinga sem geta matast sjálfir **							
Kennslusjúkrahús	58%	31%	5%	3%	3%	453	11%
Önnur sjúkrahús	78%	19%	1%	1%	2%	124	3%
Lyf gefin innan við hálf tíma fyrir eða eftir skráðan lyfjagjafartíma *							
Kennslusjúkrahús	17%	58%	16%	8%	1%	440	25%
Önnur sjúkrahús	28%	56%	15%	0%	1%	123	15%
Lífsmörk metin samkvæmt fyrirmælum							
Kennslusjúkrahús	45%	43%	8%	1%	3%	467	12%
Önnur sjúkrahús	39%	48%	10%	2%	1%	124	14%
Eftirlit með inntöku/útskilnaði							
Kennslusjúkrahús	25%	45%	23%	5%	2%	469	30%
Önnur sjúkrahús	18%	51%	30%	1%	1%	124	31%
Ítarleg skráning allra nauðsynlegra gagna							
Kennslusjúkrahús	21%	41%	29%	7%	1%	466	37%
Önnur sjúkrahús	24%	46%	22%	8%	1%	123	31%
Sjúklingar fræddir um sjúkdóm, próf og greiningarrannsóknir							
Kennslusjúkrahús	15%	44%	27%	13%	1%	440	41%
Önnur sjúkrahús	20%	38%	31%	10%	1%	121	42%
Sjúklingi og/eða fjölskyldu veittur tilfinningalegur stuðningur							
Kennslusjúkrahús	20%	43%	27%	9%	1%	455	37%
Önnur sjúkrahús	30%	36%	25%	8%	1%	124	34%
Böðun sjúklings/húðhirða ***							
Kennslusjúkrahús	31%	50%	16%	1%	2%	470	19%
Önnur sjúkrahús	45%	49%	6%	0%	1%	125	6%
Munnhirða ***							
Kennslusjúkrahús	20%	40%	30%	8%	1%	469	40%
Önnur sjúkrahús	21%	60%	16%	2%	1%	125	19%
Handþvottur							
Kennslusjúkrahús	44%	42%	9%	3%	2%	470	14%
Önnur sjúkrahús	45%	45%	9%	1%	1%	125	10%
Útskriftaráætlun sjúklings og fræðsla							
Kennslusjúkrahús	27%	45%	18%	9%	1%	433	28%
Önnur sjúkrahús	33%	34%	24%	8%	1%	124	33%
Eftirlit með blóðsykri sjúklings samkvæmt fyrirmælum							
Kennslusjúkrahús	48%	46%	4%	0%	2%	471	6%
Önnur sjúkrahús	58%	40%	2%	0%	0%	124	2%

Tafla 1. framhald

	Aldrei	Sjaldan	Stundum	Oft	Alltaf	Heildar- fjöldi	Óframkvæmd hjúkrun (stundum + oft + alltaf)
Mat á sjúklingi framkvæmt á hverri vakt							
Kennslusjúkrahús	39%	41%	15%	4%	1%	462	19%
Önnur sjúkrahús	44%	35%	18%	3%	1%	124	22%
Markvisst endurmat í samræmi við ástand sjúklings							
Kennslusjúkrahús	31%	47%	19%	3%	1%	449	22%
Önnur sjúkrahús	35%	45%	16%	2%	2%	123	20%
Umhirða og mat á æðalegg og stungustað ***							
Kennslusjúkrahús	24%	47%	22%	6%	1%	442	29%
Önnur sjúkrahús	39%	47%	11%	2%	1%	119	13%
Bjöllum svarað innan 5 mínútna							
Kennslusjúkrahús	58%	32%	7%	2%	2%	465	11%
Önnur sjúkrahús	63%	29%	6%	0%	2%	125	8%
Óskum um PN-lyfjagjöf sinnt innan 15 mínútna							
Kennslusjúkrahús	37%	49%	10%	3%	1%	443	14%
Önnur sjúkrahús	48%	43%	7%	0%	2%	121	9%
Verkun lyfja metin *							
Kennslusjúkrahús	24%	40%	28%	8%	1%	448	36%
Önnur sjúkrahús	25%	51%	20%	3%	1%	122	25%
Pverfaglegir fundir alltaf sóttir							
Kennslusjúkrahús	15%	40%	31%	12%	2%	423	44%
Önnur sjúkrahús	25%	38%	24%	8%	5%	117	37%
Salernisaðstoð veitt innan 5 mínútna frá beiðni							
Kennslusjúkrahús	35%	51%	10%	2%	1%	459	14%
Önnur sjúkrahús	47%	43%	9%	0%	1%	125	10%
Húðmeðferð/sárameðferð *							
Kennslusjúkrahús	31%	54%	12%	1%	1%	462	15%
Önnur sjúkrahús	48%	44%	6%	0%	1%	124	7%

Kíkvaðrat-marktæktarpróf var reiknað á tvígildar breytur þar sem gildin aldrei og sjaldan voru sameinuð annars vegar og gildin stundum, oft og alltaf hins vegar.

Marktækur munur er á hópum; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

hennar. Algengara var að hjúkrun væri ekki framkvæmd á deildum lyflækninga og skurðlækninga en á gjörgæsludeildum og blönduðum deildum ($p < 0,001$). Ástæður tengdar mannafla voru marktækt algengari á lyflækningadeildum en blönduðum deildum ($p < 0,01$), en ástæður tengdar aðföngum og samskiptum voru marktækt algengari á lyflækninga- og skurðlækningadeildum en á gjörgæsludeildum og blönduðum deildum ($p < 0,001$).

Hvað aldur þátttakenda varðar mældist tölfræðilega marktækur munur en þátttakendur 34 ára og yngri kváðu hjúkrun oftast óframkvæmda en þeir í eldri aldurshópnum ($p < 0,001$). Marktækt fleiri í aldurshópnum 34 ára og yngri en þeir í aldurshópnum 45-54 ára sögðu ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar tengjast mannafla ($p < 0,05$). Hjúkrunarfræðingar sögðu hjúkrun marktækt oftast óframkvæmda en sjúkraliðar ($p < 0,001$) og að ástæður hennar væru tengdar mannafla ($p < 0,001$).

Marktæk tengsl mældust milli þess hvernig þátttakendur mátu mönnun á deildum sínum og óframkvæmdri hjúkrun. Þeir sem töldu mönnun á deildinni fullnægjandi 25% tímans ($p < 0,01$) eða minna töldu hjúkrun marktækt oftast óframkvæmda en þeir sem sögðu mönnun alltaf fullnægjandi ($p < 0,001$). Þeir sem töldu mönnun á deildinni fullnægjandi 75% tímans eða meira kváðu ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar síður tengjast mannafla en þeir sem töldu mönnun á deildinni aldrei fullnægjandi eða fullnægjandi 25% tímans. Þeim sem fannst mönnun á deildinni fullnægjandi 50% tímans eða meira sögðu ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar síður tengjast samskiptum en þeir sem töldu mönnun lakari ($p < 0,05$). Marktækur munur reyndist á tíðni óframkvæmdrar hjúkrunar eftir því hve marga sjúklinga þátttakendur önnuðust á síðustu vakt. Þeir sem önnuðust 5-7 sjúklinga sögðu hjúkrun marktækt oftast óframkvæmda en þeir sem önnuðust 4 eða færri sjúklinga ($p < 0,05$).

Tafla 2. Ástæður þess að hjúkrun er ekki framkvæmd.

	Engin ástæða	Lítill ástæða	Nokkur ástæða	Mikil ástæða	Heildarfjöldi	Nokkur og mikil ástæða óframkæmdir hjúkrunar
Ástæður tengdar mannafla						
Ónógur fjöldi aðstoðarfólks						
Kennslusjúkrahús	5%	19%	50%	26%	453	76%
Önnur sjúkrahús	11%	22%	41%	27%	120	68%
Ófyrirséð fjölgun sjúklunga/aukin hjúkrunarþyngd á deildinni **						
Kennslusjúkrahús	3%	10%	46%	41%	460	87%
Önnur sjúkrahús	10%	15%	36%	40%	121	75%
Of fátt starfsfólk						
Kennslusjúkrahús	6%	14%	42%	37%	461	80%
Önnur sjúkrahús	10%	17%	41%	32%	123	73%
Mikið um inn- og útskriftir sjúklunga						
Kennslusjúkrahús	11%	28%	45%	16%	445	61%
Önnur sjúkrahús	14%	25%	47%	13%	119	61%
Bráðaástand sjúklings (ástand sjúklings versnar)						
Kennslusjúkrahús	15%	16%	39%	29%	446	68%
Önnur sjúkrahús	23%	18%	38%	21%	117	59%
Ástæður tengdar aðföngum						
Birgðir/tæki voru ekki aðgengileg þegar á þurfti að halda **						
Kennslusjúkrahús	16%	51%	28%	5%	439	32%
Önnur sjúkrahús	27%	53%	18%	2%	118	19%
Birgðir/tæki virkuðu ekki þegar á þurfti að halda *						
Kennslusjúkrahús	22%	54%	20%	4%	443	24%
Önnur sjúkrahús	34%	50%	14%	3%	118	16%
Lyf voru ekki aðgengileg þegar á þurfti að halda **						
Kennslusjúkrahús	20%	43%	30%	8%	435	37%
Önnur sjúkrahús	28%	48%	24%	0%	116	24%
Ástæður tengdar samskiptum						
Spenna eða erfið samskipti innan hjúkrunarteymisins *						
Kennslusjúkrahús	43%	45%	10%	3%	449	12%
Önnur sjúkrahús	56%	36%	5%	3%	119	8%
Ófullnægjandi upplýsingagjöf (rapport) milli vakta eða deilda						
Kennslusjúkrahús	19%	54%	23%	5%	450	28%
Önnur sjúkrahús	28%	51%	19%	2%	117	21%
Skortur á að samstarfsfólk í teyminu standi hvað við bakið á öðru *						
Kennslusjúkrahús	27%	53%	16%	4%	448	20%
Önnur sjúkrahús	41%	42%	16%	2%	118	18%
Spenna eða erfið samskipti við aðrar stoðdeildir ***						
Kennslusjúkrahús	35%	49%	13%	3%	448	17%
Önnur sjúkrahús	53%	42%	4%	1%	119	5%
Aðrar deildir veittu ekki þá umönnun sem þurfti **						
Kennslusjúkrahús	23%	57%	17%	2%	435	20%
Önnur sjúkrahús	38%	50%	12%	0%	119	12%
Sjúkraliði sagði ekki frá því að hjúkrun hefði verið sleppt *						
Kennslusjúkrahús	33%	49%	16%	2%	443	19%
Önnur sjúkrahús	41%	50%	6%	3%	119	8%
Ójafnvægi í úthlutun sjúklunga ***						
Kennslusjúkrahús	11%	42%	41%	6%	453	47%
Önnur sjúkrahús	24%	46%	24%	7%	119	30%
Spenna eða erfið samskipti við lækna *						
Kennslusjúkrahús	29%	50%	17%	4%	442	21%
Önnur sjúkrahús	41%	36%	15%	8%	118	23%
Umönnunaraðili var utan deildar eða ótíltækur						
Kennslusjúkrahús	37%	50%	10%	3%	439	13%
Önnur sjúkrahús	48%	41%	8%	3%	118	11%

Marktækur munur er á hópum; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Tafla 3. Einkenni sjúkrahúsa, deilda og þátttakenda og fylgni við tíðni óframkvæmdrar hjúkrunar og ástæður hennar.

	Óframkvæmd hjúkrun Meðaltal (n)	Ástæða tengd mannaflo Meðaltal (n)	Ástæða tengd aðföngum Meðaltal (n)	Ástæða tengd samskiptum Meðaltal (n)
Heild	1,99 (559)	2,93 (587)	2,12 (562)	1,93 (581)
Sjúkrahús	***	*	***	***
Kennslusjúkrahús	2,03 (441)	2,96 (464)	2,17 (444)	1,98 (461)
Önnur sjúkrahús	1,84 (118)	2,80 (123)	1,92 (118)	1,76 (120)
Deild	***	**	***	***
Lyflækningadeild	2,14 (199)	3,05 (208)	2,22 (199)	2,00 (206)
Skurðlækningadeild	2,04 (171)	2,90 (180)	2,23 (173)	2,01 (178)
Gjörgæsludeild	1,75 (88)	2,86 (96)	1,87 (91)	1,81 (96)
Blönduð deild	1,82 (101)	2,79 (103)	1,94 (99)	1,79 (101)
Aldur	***	*		
34 ára og yngri	2,12 (157)	3,04 (158)	2,09 (158)	1,93 (158)
35 til 44 ára	2,01 (140)	2,99 (146)	2,12 (143)	1,93 (146)
45 til 54 ára	1,93 (161)	2,83 (169)	2,15 (158)	1,93 (167)
55 ára og eldri	1,85 (96)	2,86 (108)	2,12 (98)	1,96 (105)
Staða	***	***		
Hjúkrunarfræðingur	2,09 (330)	3,02 (339)	2,18 (330)	1,96 (158)
Sjúkraliði	1,83 (197)	2,79 (216)	2,03 (201)	1,90 (211)
Hjúkrunardeildarstjóri	1,99 (19)	2,99 (20)	1,98 (19)	1,86 (19)
Annað	2,10 (10)	2,58 (9)	2,07 (9)	1,98 (9)
Hversu oft fullnægjandi mönnun á deildinni?	**	***		***
Alltaf/100% tímans	1,80 (37)	2,26 (42)	2,02 (39)	1,75 (41)
75% tímans	1,96 (355)	2,88 (368)	2,09 (357)	1,89 (364)
50% tímans	2,11 (121)	3,14 (129)	2,14 (121)	2,02 (128)
25% tímans eða minna	2,17 (37)	3,42 (39)	2,38 (36)	2,19 (39)
Fjöldi sjúklinga sem annast var á síðustu vakt	**			
4 sjúklingar eða færri	1,85 (119)	2,95 (122)	2,11 (118)	1,88 (122)
5-7 sjúklingar	2,07 (252)	2,97 (268)	2,16 (257)	1,98 (265)
8-20 sjúklingar	2,01 (146)	2,92 (149)	2,07 (142)	1,89 (147)

Marktækur munur er á hópum; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

UMRÆÐA

Niðurstöður benda til þess að ákveðnum hjúkrunarathöfnum sé sleppt í nokkrum mæli á íslenskum sjúkrahúsum og þá í meira mæli á kennslusjúkrahúsum en öðrum sjúkrahúsum. Af þeim 24 hjúkrunarathöfnum, sem spurt var um, sögðu að minnsta kosti 30% þátttakenda að sex þeirra væri sleppt stundum, oft eða alltaf. Í öllum tilvikum er um grunnhjúkrun sjúklinga að ræða sem varða hreyfingu, næringu, hreinlæti, andlega líðan og fræðslu, og að sleppa henni vegur að öryggi sjúklinga. Þegar niðurstöður eru bornar saman við niðurstöður erlendra rannsókna sést sambærilegt munstur hvað tíðni óframkvæmdra hjúkrunarathafna varðar (Gravlin og Bittner, 2010; Kalisch o.fl., 2012b). Tíðnitölur og meðaltöl benda þó til þess að óframkvæmd hjúkrun sé algengari í Bandaríkjunum en á Íslandi, en aftur algengari á Íslandi en í Tyrklandi (Kalisch o.fl., 2012b).

Grunn-hjúkrunarathafnir, svo sem hreyfing og munnhirða, eru mikilvægar fyrir öryggi og afdrif sjúklinga en bent hefur verið á að sjaldan er framkvæmd þeirra skráð í framvinduótur

sjúklinga og því er ólíklegt að samstarfsfólk geri athugasemdir þegar þessum athöfnum hjúkrunar er sleppt (Kalisch o.fl., 2011c). Afleiðingar hreyfingarleysis sjúklinga geta verið alvarlegar, til að mynda er talið að sjúklingar, sem hreyfa sig lítið, séu berskjaldari fyrir kvillum eins og lungnabólgu, hægðatregðu og þvagfærasýkingum (Kurabe o.fl., 2010). Það getur verið tímafremt að aðstoða sjúklinga við hreyfingu og starfsmönnunum er ókleift að sinna öðrum verkefnum á meðan. Einnig getur það haft nokkuð að segja að afleiðingar of lítillar hreyfingar sjást yfirleitt ekki strax heldur getur þó nokkur tími liðið þar til hreyfingarleysið fer að ógna öryggi sjúklingsins. Þetta getur valdið því að starfsfólk sleppi eða seinki hjúkrunarathöfninni frekar þar sem því gæti fundist að það að sjúklingurinn hreyfi sig ekki samkvæmt fyrirmælum hafi engar augljósar afleiðingar. Kerfisbundin samantekt á áhrifum hreyfingar á vellíðan og bata sjúklinga bendir til þess að það ætti að vera forgagnsatriði í hjúkrun að sjúklingar hreyfi sig í sjúkrahúslegu (Kalisch o.fl., 2013b). Snemmbúin og regluleg hreyfing hefur margvísleg jákvæð áhrif á bata sjúklinga og er þar af leiðandi að öllu leyti hagkvæm.

Algengast var að þátttakendur segðu ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar tengjast mönnun, því næst aðföngum og síst samskiptatengdum. Þessar niðurstöður eru í samræmi við erlendar rannsóknir á óframkvæmdri hjúkrun (Kalisch, 2009; Kalisch o.fl., 2009b, 2012b). Algengasta undirástæðan fyrir óframkvæmdri hjúkrun var ófyrirséð fjölgun sjúklinga eða aukin hjúkrunarþyngd á deildinni sem var þó marktækt algengari á kennslusjúkrahúsum en öðrum sjúkrahúsum. Þetta er einnig algeng ástæða fyrir óframkvæmdri hjúkrun erlendis (Kalisch o.fl., 2009b, 2011c, 2012b). Hjúkrun á bráðadeildum er kvik og flókin starfsemi og hafa rannsóknir sýnt að starfsfólk hjúkrunar þarf stöðugt að vera vakandi fyrir skyndilegum breytingum hjá einstökum sjúklingum jafnt sem hópum sjúklinga og þar með deildinni allri (Tucker og Spear, 2006). Vera má að mönnun á bráðalegudeildum kennslusjúkrahúsa á Íslandi taki ekki nægilegt tillit til þeirra sveiflna sem eiga sér stað þar vegna breytinga á fjölda sjúklinga og hjúkrunarþyngdar. Álag vegna annarra þátta en umönnunar sjúklinga getur einnig haft áhrif eins og nýlegar rannsóknir á viðbótarvinnuálagi og áreitum í starfsumhverfi hjúkrunar sýna (Sigrún Gunnarsdóttir og Helga Bragadóttir, 2012; Sveinfríður Sigurpálsdóttir o.fl., 2012).

Þegar skoðuð voru tengsl óframkvæmdrar hjúkrunar við einkenni sjúkrahúsa, deilda og þátttakenda benda niðurstöður til marktækra tengsla við allar breyturnar á einhvern hátt. Meiri hjúkrun var óframkvæmd og frekar af ástæðum tengdum mannafla á kennslusjúkrahúsum og á legudeildum lyflækninga og skurðlækninga að mati yngri þátttakenda, hjúkrunarfræðinga og þeirra sem töldu mönnun síður fullnægjandi. Ástæður tengdar aðföngum og samskiptum voru marktækt algengari á kennslusjúkrahúsum og legudeildum lyflækninga og skurðlækninga og ástæður tengdar samskiptum voru marktækt algengari hjá þeim sem töldu mönnun síður fullnægjandi. Þessar niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna sem sýna að tíðni og ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar tengjast einkennum sjúkrahúsa, deilda og þátttakenda (Kalisch, 2009; Kalisch o.fl., 2009b, 2011b, 2011c). Samsetning mannaflans, gæði teymisvinnunnar og forystan á deildinni auk stærðar deildar geta líka tengst óframkvæmdri hjúkrun (Kalisch o.fl., 2011b, 2012a; Kalisch og Lee, 2010) og haft áhrif á heill sjúklinga (Ball o.fl., 2013; Lucero o.fl., 2010) og starfsmanna (Tschannen o.fl., 2010; Kalisch o.fl., 2011a).

Ályktanir

Niðurstöður þessarar rannsóknar eiga erindi við alla þá er sinna heilbrigðisþjónustu á Íslandi, hvort sem um er að ræða klíniska starfsmenn, stjórnendur og ráðamenn eða þá sem sjá um kennslu og rannsóknir í heilbrigðisþjónustu. Niðurstöðurnar benda til þess að þær hjúkrunarathafnir, sem helst er sleppt eða seinkað, snúi að grunnþörfum einstaklinga en það hlýtur að teljast alvarlegt. Niðurstöðunum svipar til þess sem kemur fram í erlendum rannsóknum á viðfangsefninu og það bendir til þess að um alþjóðlegt viðfangsefni sé að ræða. Algengustu ástæður óframkvæmdrar hjúkrunar tengjast mannafla, næst aðföngum, en síst samstarfi. Það er þó margt sem getur haft áhrif á óframkvæmda hjúkrun og ástæður hennar og í þessari rannsókn var hvorutveggja tengt einkennum sjúkrahúsa, deilda

og þátttakenda. Því er um flókið viðfangsefni að ræða sem krefst rýni frá öllum hliðum þar sem rót vandans er kirfilega skoðuð og greind. Áberandi er hve marktækt meiri óframkvæmd hjúkrun er á kennslusjúkrahúsum, sem jafnframt eru aðalbráðasjúkrahús landsins, en það gefur tilefni til frekari rannsókna á því viðfangsefni. Vissulega er um ólíka starfsemi að ræða að nokkru leyti á kennslusjúkrahúsum og öðrum sjúkrahúsum þar sem bráðleiki og velta sjúklinga er að öllum líkindum ekki sambærileg né samsetning mönnunar, auk álags vegna kennslu stúdenta.

Í hnotskurn benda niðurstöður rannsóknarinnar á að

- huga verður betur að grunnhjúkrun sjúklinga á legudeildum íslenskra sjúkrahúsa,
- stjórnendur og klínískir starfsmenn hjúkrunar verða að forgangsraða hjúkrun sjúklinga í vinnu sinni,
- skoða þarf betur samsetningu mönnunar í hjúkrun, nýtingu mannaflans og skipulag aðfanga,
- frekari rannsókn er þörf á óframkvæmdri hjúkrun á Íslandi.

Takmarkanir rannsókna

Helsu takmarkanir rannsóknarinnar eru að notuð var ný þýðing spurningalista og skoðað er viðfangsefni sem ekki hefur áður verið rannsakað á Íslandi. Um huglægt mat þátttakenda er að ræða. Vandað var til þýðingar og prófunar spurningalistans sem reyndist prófrræðilega áreiðanlegur og réttmætur. Við úrvinnslu gagna og þegar rýnt var í niðurstöður vöknðu spurningar um það hvort atriðið um að sækja þverfaglega fundi í A-hluta, næði upprunalegu inntaki staðhæfingarinnar. Íslenska þýðingin kveður ekki á um að um fundi tengda umönnun sé að ræða eins og sú bandaríska en það gefur tilefni til endurskoðunar. Helsti styrkur rannsóknarinnar er að nær 70% þátttaka er úr öllu þýði rannsókna.

Gildi rannsókna

Rannsóknin er mikilvægur liður í að gera íslenskt heilbrigðisstarfsfólk meðvitað um óframkvæmda hjúkrun þannig að það liti í eigin barm og hugleiði hvernig hjúkrun það sjálft veitir og hvort því finnst sú hjúkrun, sem veitt er á eigin deild, vera fullnægjandi. Rannsóknin á erindi við hjúkrunarstjórnendur til að kanna hver staða óframkvæmdrar hjúkrunar er á þeirra deildum og stofnunum og finna leiðir til að bregðast við henni. Hugsanlegt er að viðbrögðin þurfi að vera sértæk fyrir hverja deild eða stofnun. Í kennslu þarf að leggja áherslu á mikilvægi grunnhjúkrunar og að hún varðar heill og velferð sjúklinga og starfsmanna. Allir hlutaðeigandi þurfa að gera sér grein fyrir því að óframkvæmd hjúkrun er atvik sem ógnar öryggi í heilbrigðisþjónustu.

Þakkið

Sérstakar þakkið fá dr. Beatrice Kalisch fyrir þátttöku í undirbúningi rannsóknarinnar, Sigríður Bríet Smáradóttur fyrir vinnu við forpröfun og gagnasöfnun og þeir fjölmörgu sem tóku þátt í þýðingu spurningalistans.

Rannsóknin var styrkt af vísindasjóði Landspítala, B-hluta vísindasjóðs Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, rannsókna- og vísindasjóði hjúkrunarfræðinga og rannsóknasjóði Háskóla Íslands.

Heimildir

- Agency for Healthcare Research and Quality (e.d.). HRQ PSNet patient safety network: Glossary. Sótt 28. nóvember 2013 á <http://www.psnet.ahrq.gov/glossary.aspx>.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloan, D.M., Lake, E.T., and Cheny, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38 (5), 223-229.
- Aiken, L.H., Cimiotti, J.P., Sloan, D.M., Smith, H.L., Flynn, L., and Neff, D.F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49 (12), 1047-1053.
- Aiken, L.H., Sloan, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., o.fl. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet*, S0140-6736 (13), 62631-8. Doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8. [Biður birtingar.]
- Ball, J.E., Murrells, T., Rafferty, A.M., Morrow, E., and Griffiths, P. (2013). 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality and Safety*. Doi: 10.1136/bmjqs-2012-001767. [Biður birtingar.]
- Bragadóttir, H., Kalisch, B.J., Smáradóttir, S.B., and Jónsdóttir, H.H. (2014). Translation and psychometric testing of the Icelandic version of the MISSCARE Survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Doi: 10.1111/scs.12150. [Biður birtingar.]
- Brown, C.J., Redden, D.T., Flood, K.L., and Allman, R.M. (2009). The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. *Journal of the American Geriatric Society*, 57 (9), 1660-1665.
- Browning, L., Denehy, L., and Scholes, R.L. (2007). The quantity of early upright mobilisation performed following upper abdominal surgery is low: An observational study. *Australian Journal of Physiotherapy*, 53 (1), 47-52.
- Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Cummings, G.G., Ricker, K.L., and Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54 (2), 74-84.
- Gravlin, G., and Bittner, N.P. (2010). Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. *Journal of Nursing Administration*, 40 (7-8), 329-335.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington: The National Academies of Science.
- Kalisch, B.J. (2006). Missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21 (4), 306-313.
- Kalisch, B.J. (2009). Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care: What does it tell us about teamwork? *Journal of Nursing Administration*, 39 (11), 485-493.
- Kalisch, B.J., Dabney, B.W., and Lee, S. (2013a). Safety of mobilizing hospitalized adults: Review of the literature. *Journal of Nursing Care Quality*, 28 (2), 162-168.
- Kalisch, B.J., Gosselin, K., and Choi, S.H. (2012a). A comparison of patient care units with high versus low levels of missed nursing care. *Health Care Management Review*, 37 (4), 320-328.
- Kalisch, B.J., Landstrom, G.L., and Hinshaw, A.S. (2009a). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (7), 1509-1517.
- Kalisch, B.J., Landstrom, G., and Williams, R.A. (2009b). Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook*, 57 (1), 3-9.
- Kalisch, B.J., and Lee, K.H. (2010). The impact of teamwork on missed nursing care. *Nursing Outlook*, 58 (5), 233-241.
- Kalisch, B.J., and Lee, K.H. (2012a). Congruence of perceptions among nursing leaders and staff regarding missed nursing care and teamwork. *Journal of Nursing Administration*, 42 (10), 473-477.
- Kalisch, B.J., and Lee, K.H. (2012b). Missed nursing care: Magnet versus non-magnet hospitals. *Nursing Outlook*, 60, E32-E39.
- Kalisch, B.J., Lee, S., and Dabney, B.W. (2013b). Outcomes of inpatient mobilization: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*. Doi: 10.1111/jocn.12315. [Biður birtingar.]
- Kalisch, B.J., Terzioglu, F., and Duygulu, S. (2012b). The MISSCARE Survey-Turkish: Psychometric properties and findings. *Nursing Economic\$, 30 (1)*, 29-37.
- Kalisch, B., Tschannen, D., and Lee, H. (2011a). Does missed nursing care predict job satisfaction? *Journal of Healthcare Management*, 56 (2), 117-131.
- Kalisch, B.J., Tschannen, D., and Lee, K.H. (2011b). Do staffing levels predict missed nursing care? *International Journal for Quality in Health Care*, 23 (3), 302-328.
- Kalisch, B.J., Tschannen, D., Lee, H., and Friese, C.R. (2011c). Hospital variation in missed nursing care. *American Journal of Medical Quality*, 26 (4), 291-299.
- Kalisch, B.J., and Williams, R.A. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *Journal of Nursing Administration*, 39 (5), 211-219.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., and Doran, D.M. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington: The National Academies Press.
- Kurabe, S., Ozawa, T., Watanabe, T., and Aiba, T. (2010). Efficacy and safety of postoperative early mobilization for chronic subdural hematoma in elderly patients. *Acta Neurochirurgica*, 152 (7), 1171-1174.
- Lucero, R.J., Lake, E.T., and Aiken, L.H. (2010). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (15-16), 2185-2195.
- Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007.
- Lög um landlækni nr. 41/2007.
- Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.
- Page, A. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington: The National Academies Press.
- Sigrún Gunnarsdóttir og Helga Bragadóttir (2012). Þættir sem hafa áhrif á vinnu hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða á bráðalegudeildum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 88 (1), 46-56.
- Siqueira, L.D., Caliri, M.H., Kalisch, B., and Dantas, R.A. (2013). Cultural adaptation and internal consistency analysis of the MISSCARE Survey for use in Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 (2), 610-617.
- Sveinfríður Sigurpáldóttir, Ragnar F. Ólafsson og Helga Bragadóttir (2012). Viðbótarvinnuálag á hjúkrunarfræðinga í bráðþjónustu: Lýsandi rannsókn. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 88 (5), 50-56.
- Tschannen, D., Kalisch, B.J., and Lee, K.H. (2010). Missed nursing care: The impact on intention to leave and turnover. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42 (4), 22-39.
- Tucker, A.L., and Spear, S.J. (2006). Operational failures and interruptions in hospital nursing. *Health Service Research*, 41 (3), 643-662.
- World Health Organization (2013). *Patient safety*. Sótt 3. desember 2013 á <http://www.who.int/patientsafety/en/>.