



Marit Mørkved Larsen, helsefaglig rådgiver ved Hjerter-, lunge- og karklinikken ved Oslo universitetssykehus



Siri Mørch, daglig leder ved klinikk Bunæs (har vært leder av sykepleieråd ved Rikshospitalet i flere år)

En modell for bedre sykepleie

Er akkrediteringsmodellen Magnet gjennomførbar på Rikshospitalet?

Tidlig på 1980-tallet var det stor sykepleiemangel i USA. Det var vanskelig både å rekruttere og beholde dyktige sykepleiere. Men det viste seg at noen sykehus likevel klarte seg bra. De tiltrakk seg sykepleiere og klarte også å beholde dem.

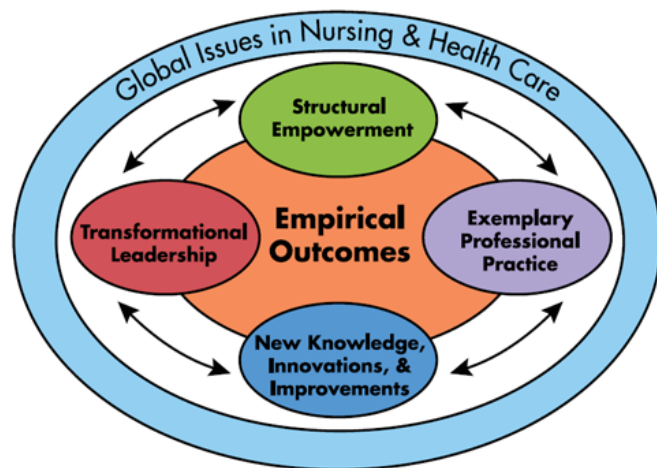
Disse sykehusene hadde lyktes i å skape en organisasjon som virket som en «magnet» på sykepleierne. De tiltrakk seg dyktige sykepleiere og kunne derfor gi pasientene pleie av høy kvalitet.

Undersøkelse

Omfattende forskning har avdekket sammenhengen mellom sykepleiernes arbeidsmiljø og kvalitetsarbeid, pasientsikkerhet og sykepleiernes betydning for et godt økonomisk resultat. Disse elementene danner grunnlaget for magnetmodellen (figur 1).

Mange sykehus i USA drives etter denne modellen. Vi har undersøkt om Rikshospitalet drives i tråd med magnetmodellen. 12 sykepleiere ansatt ved ulike klinikker på Rikshospitalet universitetssykehus ble intervjuet. Her vil vi gjøre rede for resultatene av denne undersøkelsen.

Figur 1. Magnetmodellen



Magnetmodellen

Magnetmodellen er en akkrediteringsmodell som legger stor vekt på sykepleierorganisering. Vi mener det økonomiske aspektet og god ressursutnyttelse er det overordnede motivet. I tillegg viser forskning på bruk av modellen gode resultater, noe som er svært interessant for arbeidsgiver. Modellen kan vise til gode pasientresultater, og er samtidig både lønnsom for

Magnetmodellen påvirker arbeidsmiljøet i positiv retning.

arbeidsgiver og utviklende for sykepleietjenesten ved at man satser på å forbedre arbeidsmiljøet.

I magnetmodellen er transformerende ledelse en forutsetning fordi teorien ivaretar modellens mål om ledelse som ivaretar visjoner, verdier, klinisk kunnskap og fagekspertise.

Magnetmodellen krever strukturell bemyndigelse (empowerment). Dette innebærer strukturer som sikrer innflytelse fra sykepleiere. Magnetmiljøet skal ha strukturer og prosesser som sikrer at sykepleiere på alle nivå i organisasjonen deltar i beslutningsprosesser.

Skaper forskjeller

I eksemplarisk profesjonell praksis vil den autonome sykepleieren vurdere hvordan omsorg skal ytes, basert på unike behov og egenskaper hos pasient og familie. Kunnskapen, ferdighetene og ressursene som er nødvendige blir identifisert av sykepleiere i klinisk praksis og er kontinuerlig tilgjengelig i praksis.

I forhold til ny kunnskap, innovasjon og forbedring viser magnetmodellen til ulike krav og forventninger til sykepleieforskning. Sykepleiere på alle nivåer forventes å evaluere og anvende publiserte forskningsfunn i sin praksis.

Tidligere fokuserte magnetmodellen på struktur og prosess, men nå fokuserer den på resultatene av struktur og prosess, og hvordan disse resultatene vurderes via benchmarking. Med andre ord er ikke fremtidens spørsmål «hva gjør du?», eller

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- » Administrasjon
- » Ledelse
- » Sykepleie
- » Kvalitet



Vi fant at Rikshospitalet hadde en fragmentert ledelsesstruktur.

«hvordan gjør du det?», men: «Hvilken forskjell har du skapt?»

Det er gjennomført mange studier for å finne sammenheng mellom ulike variabler i sykepleien og mortalitet. I sykehus som drives etter magnetmodellen blir sammenhengene mellom sykepleie og pasientdødelighet oppsummert i sju kategorier. I en litteraturstudie utført av A.E. Tourangeau (1) fremkommer sju forhold som viser stor signifikans i forhold til mortalitet:

- › Samarbeidsforhold mellom lege og sykepleier
- › Sykepleiebemanning (pasient-sykepleier-ratio)
- › Legenes grad av medisinsk spesialisering (som igjen viste seg å gi høyere sykepleiebemanning)
- › Profesjonell praksis i et godt arbeidsmiljø (med høy sykepleieautonomi, effektive team, sykepleiekontroll i praksis, sterk ledelseevne og -støtte, aktiv deltakelse av sykepleiere)
- › Sykepleieerfaring
- › Høyere utdanning blant sykepleiere
- › Klinisk støtte til sykepleiere fra kliniske spesialister

Det unike med magnetmodellen er systematiseringen av elementer, og den kontinuerlige oppfølgingen som stimulerer de ansatte til å vise til resultater de har bidratt til å oppnå.

Organisert bort sjefsykepleier

Våre data viste at det var mange elementer fra magnetmodellen i bruk på Rikshospitalet, som fremsto som et sykehus med visjoner om et høyt faglig nivå. Hovedinntrykket fra respondentene var at de anstrenget seg for å utføre arbeidsoppgavene sine på et høyt faglig nivå. De viste at de tok faglig ansvar, tok ofte ledelsen i tverrfaglige sammenhenger, og vi oppfattet at de ønsket å være autonome fagpersoner.

Etableringen av *Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning* viser at Rikshospitalet har satset på utvikling og forskning innen sykepleiefaget. Rikshospitalet har tradisjonelt hatt sykepleieledere med ønske om og vilje til å ta ansvar for å holde et høyt faglig nivå. Imidlertid viste opprettelsen av Sykepleieråd, etter omorganiseringen som fratok sjefsykepleier direkte faglig ansvar for sykepleietjenesten, at sykepleieledere har behov for en felles arena til sykepleiefaglig drøfting og diskusjon. Ledelsen på sykehuset benyttet rådets ekspertise i



IKKE HELT MAGNET: Men Rikshospitalet har mange elementer som er i tråd med modellen. Foto: Stig Weston.

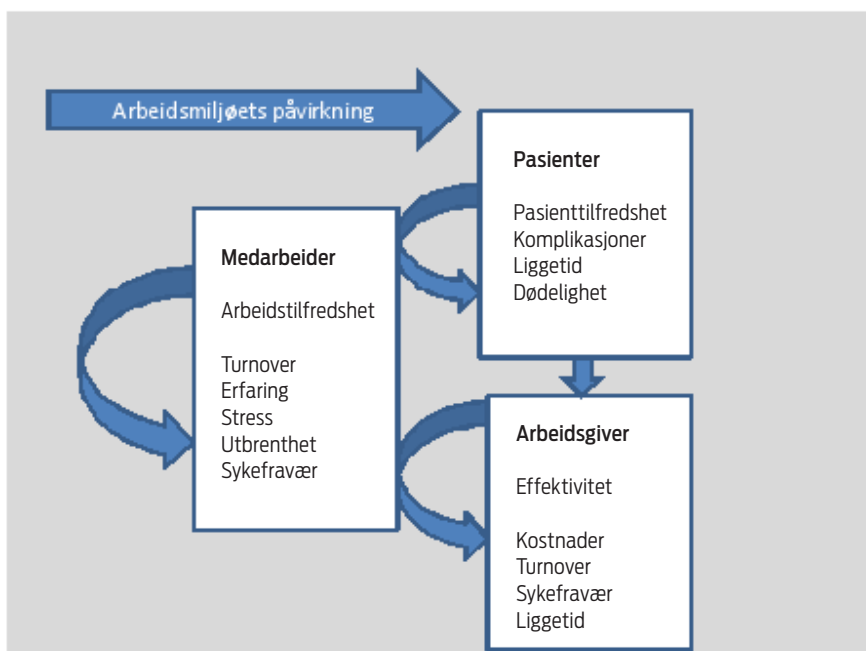
saker som angår sykepleietjenesten.

En positiv utvikling for sykepleietjenesten var vedtaket om at alle klinikker skulle ha en klinikkoversykepleier. Dette ville medføre at sykepleietjenesten igjen kunne delta i beslutningsprosesser på et høyere nivå.

Selv om elementer fra magnetmodellen på mange områder praktiseres på Rikshospitalet, er det på enkelte områder stor forskjell på driften her og sykehus som drives etter magnetmodellen. Forskning på sykehus som drives etter magnetmodellen vektlegger sjefsykepleierfunksjonen som en viktig forutsetning



Figur 2. Arbeidsmiljøets påvirkning S&M2009



for utøvelse av transformerende ledelse, og for å ivareta og utvikle en sykepleiefaglig visjon i organisasjonen. Vi fant at Rikshospitalet hadde en fragmentert ledelsesstruktur. En organisering med klinikkoversykepleier i linje i stedet for i stab ville være mer i samsvar med magnetmodellen.

De eldste mer bekymret

Sykepleiere med lang erfaring reflekterte mer over organisasjonsstruktur og konsekvenser dette hadde for egen arbeidsplass og for utøvelse av sykepleie enn de med kortere erfa-

Høy kvalitet i sykepleien vil indirekte redusere kostnader for sykehuset.

ring. De med lang erfaring uttrykte bekymring for den nye strukturen der sykepleietjenesten ikke lenger har en samlende sykepleiefaglig leder.

Magnetmodellen påvirker arbeidsmiljøet i positiv retning. Vi har laget en modell som illustrerer de ulike aktørers innvirkning på aktuelle indikatorer.

Kvalitetsindikatorer

Et annet viktig element i magnetmodellen er mulighet til sammen-

lingning med andre sykehus. Vår undersøkelse av Rikshospitalet viste at dette var vanskelig å gjennomføre innenfor sykepleiefaget på grunn av store variasjoner i klinikkstruktur og fordi det ikke var utarbeidet sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer.

Utvikling av sykepleiesensitive indikatorer er av stor betydning for å synliggjøre kvalitetssvingninger i sykepleien. I litteraturen vi har lest er hyppige anvendte indikatorer pasienttilfredshet, pasientdødelighet (30-dagers dødelighet), «failure to rescue», komplikasjoner som trykksår, fall, postoperative luftveisinfeksjoner, UVI og smerter. Indikatorer som ble målt på Rikshospitalet, og som var i tråd med magnetmodellen, var sykefravær, turnover og arbeidstilfredshet (MUSIK). For arbeidsgiver vil resultater fra disse indikatorene gi utslag i budsjettet.

Utnytte kompetanse

Fra et lederperspektiv vil det alltid være et spørsmål om sykepleieressursene blir brukt optimalt. Studier viser at sykepleiernes arbeidssituasjon, erfaring og ikke minst utdanning har stor betydning for pasientresultatet (2,3,4,5). Høy kvalitet i sykepleien vil indirekte redusere kostnader for sykehuset. Ifølge flere forskere vil generalisering av sykepleie med ressursutnyttelse på tvers av klinikker være lite hensiktsmessig (5,6,7,8). Det vil medføre at sykepleiere utfører sykepleie til pasientgrupper de ikke er eksperter på i et arbeidsmiljø som ofte er ukjent og uforutsigbart. Sykepleiere som har utviklet spesialkompetanse til en pasientgruppe ønsker å arbeide der de kan få brukt denne kompetansen i et faglig miljø som stimulerer til videreutvikling. Dette krever at sykepleierledere både ser og benytter denne spesialkompetansen optimalt.

Forutsetningen for å implementere magnettankegang ved Rikshospitalet er en grunnleggende aksept for modellens innhold i hele organisasjonen.

Har potensial

Rikshospitalet hadde mange elementer som var i tråd med magnetmodellen. Det er blant annet det ledende sykehuset i Norge innen medisinsk forskning og behandling. De utfordringene helsetjenesten står ovenfor i fremtiden er å videreutvikle gode kvalitative tjenester og opprettholde produktiviteten uten for stor økonomisk økning. Helsetjenesten må se kritisk på hvordan de anvender sin største utgiftspost; de ansatte. Som den største gruppen av ansatte i et sykehus utgjør sykepleietjenesten en stor del av budsjettet. Magnetmodellen viser at sykehuset kan øke kvaliteten og drive økonomisk på samme tid. Våre data viste at det er mulig å gjennomføre en slik modell ved RH.

Magnetmodellen kan benyttes ved ulike helseinstitusjoner. Forutsetningen er forankring hos ledelsen, og at den enkelte medarbeider forstår og har evne til å gjennomføre modellen. ■■■

LITTERATUR

1. Tourangeau AE. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal compilation Journal of Advanced Nursing* 2006; 57(1): 32–44.
2. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*. 2002; 346: 1715–1722.
3. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 2003; 290: 1617–1623.
4. Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Ricker KL, Giovannetti P. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs Res*. 2005; 54: 74–84.
5. Tourangeau AE, et al. Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. *Qual Saf Health Care* 2006; 15: 2–3.
6. Aiken LH. Economics of nursing. *Policy, Polit Nurs Pract* 2008; 9: 73–79.
7. Unruh LY. The Importance and Challenge of Paying for Quality Nurse Care. *Policy, Politics & Nursing Practice*. 2008; 9: 68–72.
8. Upenieks VV, et al. Value-Added Care: A Paradigm Shift in Patient Care Delivery. *Nursing Economic*. 2008; 5: 294–300.