

MASTEROPPGAVE

Er det en sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet?

Utarbeidet av:
Ingrid Dahl

Fag:
Mastergrad i Organisasjon og ledelse

Avdeling:
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag, 2012



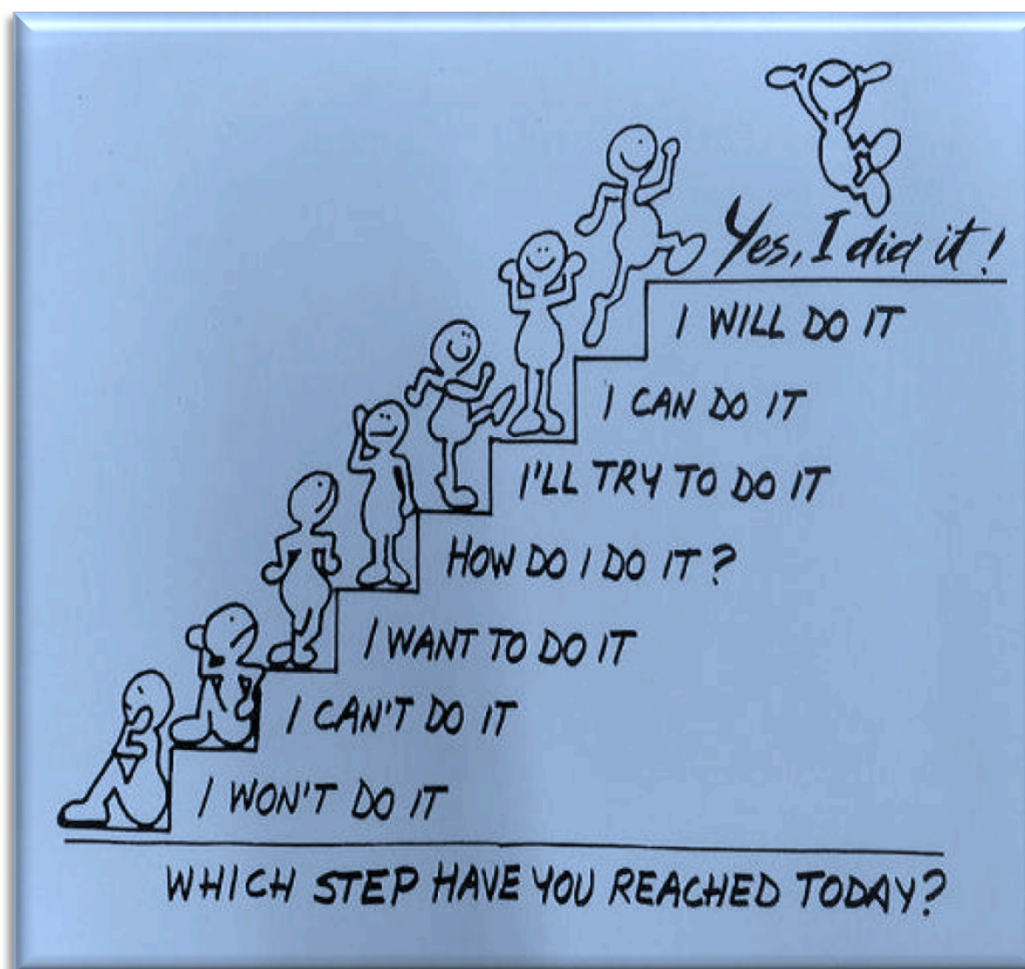
Innhold

| | |
|---|----|
| Forord..... | 3 |
| 1 Innledning | 4 |
| 1.1 Bakgrunn | 4 |
| 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål..... | 5 |
| 1.3 Oppbygging av oppgaven | 6 |
| 1.4 Kontekst for undersøkelsen..... | 7 |
| 2 Teori – i lys av tidligere forskning..... | 14 |
| 2.1 Hvordan påvirker sykehuspersonalets arbeidsmiljø pasientenes tilfredshet med behandling og pleie? | 15 |
| 2.2 Pasienter og personalets oppfatninger av det psykiatriske avdelingsmiljøet..... | 17 |
| 2.3 Personalets arbeidsforhold og pasienters oppfatning av behandlingsmiljø..... | 19 |
| 2.4 Pasienttilfredshet og behandlingsmiljø | 20 |
| 2.5 Sammenhenger mellom behandlingsklima, pasienttilfredshet og resultat..... | 21 |
| 2.6 Rapport om pasientopplevd kvalitet av sykehus..... | 24 |
| 2.7 Rapport om brukererfaringer i psykisk helsevern..... | 25 |
| 2.8 Arbeidsmiljøundersøkelser | 26 |
| 2.9 Rapport om arbeidsmiljø i sykehus..... | 27 |
| 3 Teori – flere teoretiske tilfang..... | 29 |
| 3.1 Arbeidsmiljø..... | 29 |
| 3.2 Krav kontroll støtte modellen | 35 |
| 3.3 Medarbeiderundersøkelser | 36 |
| 3.4 Jobbtildfredshet og jobbutførelse..... | 38 |
| 3.5 Kvalitet..... | 39 |
| 3.6 Helsetjenesteforskning om pasienttilfredshet | 47 |
| 3.7 Teorier om pasienttilfredshet | 49 |
| 3.8 Et ytterligere relasjonelt perspektiv | 52 |
| 4 Metode | 57 |
| 5 Empiri..... | 64 |
| 5.1 Medarbeiderundersøkelsen og pasientstyrt forbedringsarbeid | 65 |
| 5.2 Er det mulig å se sammenhenger mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet på resultatene fra medarbeiderundersøkelsen og pasientstyrt forbedringsarbeid? | 76 |
| 5.3 Presentasjon av intervjuene..... | 78 |

| | |
|--|-----|
| 5.4 Hva er viktig for god behandling? | 79 |
| 5.5 Hvordan oppleves personalets arbeidsmiljø?..... | 89 |
| 5.6 Hvilke faktorer i arbeidsmiljøet påvirker hva pasientene melder som viktig for behandlingsoppholdet?..... | 92 |
| 5.8 Vil et mindre godt arbeidsmiljø føre til redusert opplevelse av god behandling for pasientene? | 94 |
| 6 Avslutning..... | 96 |
| Referanseliste | 99 |
| Figurliste | 104 |
| Vedlegg | 104 |
| Vedlegg 1, s.1..... | 105 |
| Vedlegg 1, s.2..... | 106 |
| Vedlegg 3 | 108 |
| Vedlegg 4 | 109 |
| Vedlegg 5 | 110 |
| Vedlegg 6 | 111 |

Antall ord: 30185

Forord



Med stor takk til min kjære og tålmodige familie Ola, Ina og Thor-Kristian...

1 Innledning

1.2 Bakgrunn

Etter flere års arbeidserfaring i psykisk helsearbeid, de siste årene som 1.linjeleder, har jeg vært opptatt av og interessert i arbeidsmiljøets betydning for arbeidstakere og tjenesteutøvelsen. Min erfaring er at arbeidsmiljøet har vært et relativt hyppig tema hos de ansatte i de aktuelle arbeidsmiljøene. Arbeidsmiljøet har også blitt mer systematisk tematisert i forbindelse med medarbeiderundersøkelser som har vært gjennomført på arbeidsplassene. Tematiseringen og arbeidsmiljøkartleggingene har nok bidratt til at ansatte har blitt seg mer bevisst sitt eget arbeidsmiljø, hvilke faktorer som er viktige og hvordan man kan jobbe for selv å bidra til et godt arbeidsmiljø.

Mine erfaringer om bruk av resultater av arbeidsmiljøkartlegginger er forskjellig siden undersøkelsene har hatt forskjellig maler og omfang. Jeg har imidlertid gjort meg tanker om at et godt arbeidsmiljø er viktig forutsetning for at ansatte skal kunne gjøre en god jobb og oppleve god trivsel på arbeidsplassen. Et godt arbeidsmiljø vil derfor indirekte påvirke jobbutførelsen og derigjennom pasientenes opplevelse av tjenestene som mottas. Min forforståelse er at arbeidsmiljø indirekte påvirker pasienttilfredsheten, som er problemstillingen jeg ønsker å se nærmere på i denne oppgaven. Kollegaer og medstudenter jeg har diskutert problemstillingen med, reagerer umiddelbart med å si at det er klart at arbeidsmiljø påvirker pasienttilfredsheten. Mange har altså en oppfatning av at det er sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet.

På min nåværende arbeidsplass benyttes medarbeiderundersøkelse årlig som en kartlegging av medarbeidernes arbeidsmiljø. Sykehuset hevder, i forbindelse med informasjon i forkant av medarbeiderundersøkelsen, at et godt arbeidsmiljø virker positivt inn på pasienters opplevelse av behandlingen, og at fornøyde medarbeidere er lik fornøyde pasienter. Det vektlegges videre fra arbeidsgivers side at ledere skal prioritere å tilrettelegge for at det jobbes systematisk med tilbakemeldinger fra medarbeiderundersøkelsen. Det er viktig at medarbeidere trekkes med og er hovedaktører i utarbeiding av forbedrings- og bevaringsområder i sitt arbeidsmiljø.

Argumentet i denne forbindelse er nettopp at arbeidsmiljøet påvirker pasientenes opplevelse og erfaringer med behandlingsoppholdet i sykehuset, i tillegg til at et godt arbeidsmiljø er et mål i seg selv. Helsevesenet har i stadig større grad krav på seg til å levere gode tjenester på en effektiv måte. Brukerundersøkelser har i denne forbindelse blitt tatt i bruk mange steder som kvalitetsmål, også i Sykehuset Østfold. Tilbakemeldinger på brukerundersøkelsene skal gi tilbakemeldinger på tjenestene som gis, og skal også brukes til kvalitetsforbedringsarbeid.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Dersom et godt arbeidsmiljø gir god pasienttilfredshet, kan det forstås dit hen at det er en årsak – virkningsforhold. Dette medfører at det vil være viktig å tilstrebe et godt arbeidsmiljø også med henblikk på god pasientbehandling. Denne hypotesen om kausalitet har gitt meg et bakteppe for følgende problemstilling:

Er det en sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet?

For å belyse problemstillingen er det hensiktsmessig å stille følgende forskningsspørsmål:

- Kan man finne sammenhenger mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet ved å sammenligne medarbeiderundersøkelsen og pasientstyrt forbedringsarbeid?
- Hva er viktig for god behandling?
- Hvordan oppleves personalets arbeidsmiljø?
- Hvilke faktorer i arbeidsmiljøet påvirker hva pasientene melder som viktig for behandlingsoppholdet?
- Er et godt arbeidsmiljø en forutsetning for pasientenes opplevelse av god kvalitet på behandling?
- Vil et mindre godt arbeidsmiljø resultere i redusert opplevelse av god behandling for pasientene?

Jeg vil foreta en undersøkelse på min arbeidsplass – en døgnseksjon på et distriktpspsykiatrisk senter (DPS) – hvor jeg jobber som seksjonsleder. Seksjonen er inndelt i tre poster med forskjellige målgrupper, behandling og størrelse. Jeg vil se på disse tre postene som 3 case. På arbeidsplassen har jeg tilgang til data med resultater fra medarbeiderundersøkelser (MAU) og pasientstyrt forbedringsarbeid (PSFA) fra 2010 fra disse postene. Det gir meg anledning til å sammenligne data fra enhetene for å se om det finnes likheter og forskjeller mellom disse. Og videre for å se om jeg gjennom resultatene kan se noen sammenhenger og variasjoner mellom arbeidsmiljøet og pasienttilfredsheten.

I tillegg vil jeg foreta intervjuer med henholdsvis 2 ansatte og 2 pasienter fra de tre postene, i alt 12 personer. Intervjuene vil kunne bidra en bredere innfallsvinkel og utdyping av arbeidsmiljø og pasienttilfredshet, som er hovedtema i oppgaven. Data fra intervjuene vil brukes til videre drøftinger rundt arbeidsmiljø og arbeidsutførelse, behandlingsmiljø, forutsetninger for god behandling og pasienttilfredshet.

1.3 Oppbygging av oppgaven

I dette kapitlet vil jeg videre presentere konteksten for oppgaven. Konteksten danner ramme og bakteppe for oppgaven og undersøkelsen jeg gjennomfører. Det er mange elementer som har betydning, og som kan bidra til å forstå konteksten. Elementer jeg ser nærmere på er velferdsstaten, sykehus, helseforetak og psykisk helsevern spesielt, organisasjonsformer, distriktpspsykiatriske sentra og kvalitetsforbedring.

Jeg presenterer deretter et kapittel med tidligere aktuell forskning som er relevant for oppgaven og problemstillingen min. Ett av studiene jeg presenterer er foretatt på forskjellige somatiske avdelinger ved norske sykehus. De 4 andre studiene er foretatt på psykiatriske avdelinger i norske sykehus. Disse studiene viser funn jeg har benyttet til avgrensning av områder som har vist seg viktige når det gjelder sammenheng mellom arbeidsmiljø, behandlingsmiljø i psykiatriske avdelinger og pasienttilbakemeldinger.

Videre presenterer jeg en artikkel om arbeidsmiljøundersøkelser fra 2010 og en rapport om arbeidsmiljø i sykehus fra 2006 som belyser viktige faktorer å se på i et arbeidsmiljø.

Deretter refererer jeg en rapport om pasientopplevd kvalitet av sykehus fra 2001, og til sist

en rapport om brukererfaringer i psykisk helsevern fra 2004. Rapportene viser til områder som er viktige for pasienttilfredshet.

I tredje kapittel presenterer jeg ytterligere relevant teori for problemstillingen min. Teorien tar for seg områdene arbeidsmiljø, krav- kontroll og støttemodellen, medarbeiderundersøkelser, jobbtildfredshet og jobbutførelse, kvalitet, helsetjenesteforskning om pasienttilfredshet, og teorier om pasienttilfredshet. Jeg bruker teorien til å beskrive funn og sammenhenger jeg kan nyttiggjøre meg for mitt forskningsområde.

Metodekapittelet gir en oversikt og kritikk av metodebruk i denne oppgaven.

Undersøkelsen jeg foretar er delt i to. I første delen ser jeg på resultat og data fra to undersøkelser, henholdsvis medarbeiderundersøkelse og pasientstyrt forbedringsarbeid. I den andre delen gjennomfører jeg kvalitative intervjuer med pasienter og personal på postene. Metoden skal bidra til en mest mulig hensiktsmessig innsamling av relevante data som skal kunne belyse og besvare forskningsspørsmålene og problemstillingen ”Er det en sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet?”.

Kapittelet om empiri inneholder presentasjon av funn og fortolkning av medarbeiderundersøkelsen fra de tre postene ved seksjonen. Tilsvarende presenterer og fortolker jeg resultater fra pasientstyrt forbedringsarbeid fra de tre postene. Jeg ser deretter om det finnes sammenhenger mellom undersøkelsene som kan bidra til å belyse problemstillingen. Videre presenterer jeg funn, resultater og analyse fra intervjuene i rammen av forskningsspørsmålene mine, og en drøfting av disse sett i lys av litteratur fra teorikapitlet og tidligere forskning.

1.4 Kontekst for undersøkelsen

Velferdsstaten og offentlig virksomhet

Jeg foretar en undersøkelse i en døgnsesjon ved et distriktpsikiatrisk senter (DPS). DPS er en del av klinikk psykisk helsevern i sykehuset Østfold, og skal gi psykiske helsetjenester til befolkningen i det lokale opptaksområdet. Psykisk helsevern er i en omstillingsfase hvor sentrale føringer sier at større aktivitet skal skyves over fra de psykiatriske sykehusavdelingene til DPS `ene. DPS `ene skal i mye større grad være veien

inn og ut av sykehuspsykiatrien, og har fått stadig større krav på seg i forhold til effektivitet, produktivitet og resultater tilsvarende som andre offentlige velferdstjenester.

De nordiske velferdstjenestene har de siste 20 årene økt i omfang, typer tjenester og målgrupper. Organiseringen av offentlige tjenester står derfor overfor store utfordringer. Det offentlige er bl.a. underlagt sterke effektivitetskrav som følge av globalisering og konkurranseskjerpning (Røysum, 2005). Sykehusene, som representerer en stor del av offentlige tjenester, får stadig større og skjerpede krav til økonomi, resultater og kvalitet. Åpenhet og offentlig innsyn i resultat og kvalitet ved sykehusdrift medfører større mulighet for innbyggerne å kunne vurdere, og kritisere både kvaliteten og effektiviteten.

I etterkrigstiden var målet å skape et sosialt sikkerhetssystem for alle. Dette medførte oppbyggingen av en velferdsstat (Kluge, gjengitt etter Røysum, 2005). En velferdsstat omfatter i hovedsak det offentliges ansvar for å sikre inntekt, helse og omsorg. Velferdsstat er et positivt ladet politisk begrep og har symbolsk verdi (Kuhnle, gjengitt etter Røysum, 2005). I verdigrunnlaget er det fremdeles viktig – i følge den norske Velferdsmeldingen – ”å utvikle et tryggere og mer rettferdig samfunn til alle og økt livskvalitet for den enkelte” (St.meld. nr 35 (1994-1995), s.11).

I Norge har det fra 1970-årene, skjedd en desentralisering av oppgaver fra sentralt nivå. Dette har vært et reformarbeid bygd på et ønske om at beslutninger skulle fattes nærmere de som ble påvirket av beslutningene. Veksten i kommunesektoren ble stor som et resultat av dette. Når samfunnet og markeder stadig utvikles og endres i raskere takt, krever dette større fleksibilitet og midlertidighet av organisasjonene for å tilpasse seg, hevder Røvik. New Public Management (NPM) ideologien oppsto på bakgrunn av tilbakeslag i Vestens økonomi i 1970 – årene med tilsvarende svakere finansiell basis for flere velferdsstater. Dette la et grunnlag for politisk-ideologisk klimaskifte med nyliberalisme og forsøk på markedsretting av offentlig sektor i de fleste vestlige land (Røvik, 2007).

NPM er en samlebetegnelse på flere organisasjonsformer – og prinsipper, som har vært retningsgivende for organisasjonsendringer i offentlig sektor i mange land siden 1980-tallet med fokus på mål- og resultatstyring, konkurranseutsetting, markedsrettelse, fristilling og effektivitetsorientering. NPM skal sikre hensynet til fleksible og effektive løsninger – hvor brukere og klienter er vektlagt. Mål- og resultat skal vektlegges heller enn regler og prosesser slik at forskjellene mellom privat og offentlig sektor tones ned (Lie, 2006).

Kravene til kostnadseffektivitet gjennomsyrrer etter hvert offentlig virksomhet i alle vestlige land. Dette bidrar til at organisasjonsformer og styrings – og ledelsesidealer, hentes fra privat sektor med mål om kostnadseffektivitet. Stadig nye områder i velferdssektoren moderniseres, markedsutsettes og/eller privatiseres ved å anvende modeller og verdier fra privat produksjon, noe som krever omfattende endringer i ideologiske forutsetninger og politiske rammebetingelser (Ramsdal & Skorstad, 2004).

Byråkrati

Byråkratisering er det som særlig preger sykehusene, med vekt på ansvarlighet, sentralisering og kontroll. Dette gjenspeiles også i selve lovteksten til Lov om helseforetak, som presiserer at overgang til helseforetak er en ansvarsreform (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)).

En byråkratisk organisasjonsform kjennetegnes blant annet med stabilitet over tid. Aktørene må kontrolleres og markedene justeres, særlig der forutsetninger for et fritt marked er lave. Webers idealbyråkrati har som basis tro på kjølig ekspertise og optimale løsninger, men har ikke rom for kunnskapsutvikling og konstruktive tilbakemeldinger (Kjekshus, 2003).

En hovedidé med byråkratisk organisasjonsform er å minske enkeltpersoners tilfeldige eller planlagte handlinger, da byråkratiet skal bære preg av stabilitet og forutsigbarhet og ikke styres av skjønn (Strand, 2001). Dette sees også i byråkratiseringen av helsevesenet. Det blir mindre rom for utøvelse av skjønn og mindre verdsetting av lokale initiativ (Kjekshus, 2003).

Følgene av byråkratisering er en reduksjon av profesjonens selvstyre og en kontrollvirksomhet som innebærer et redusert handlingsrom. Med stadig større bruk av kliniske retningslinjer kan det bli viktigere å oppfylle retningslinjene fra direktoratet enn å utøve klinisk skjønn. Det blir økt kontroll av tidsbruk, og sykehusets ledelse vil kreve en større grad av institusjonslojalitet. Sykehusets ledelse vil sette strengere krav til ledelse og administrativ kompetanse, og at resultater og mål blir oppfylt. Det holder derfor ikke lenger å være lege for å lede (Kjekshus, 2003).

Som leder i sykehuset har jeg erfart at mål- og resultatstyring er viktige styringsprinsipper. Ledelse blir vektlagt og internopplæring for ledere prioriteres, fordi det er en leders ansvar at aktivitet - og resultatmål nås innenfor gitte økonomiske rammer.

Helseforetak

Helseforetakene ble opprettet i 2001 (Ot. prp. nr. 66 (2000-2001)) og den norske stat eier virksomheten. Helt sentralt i sykehusreformen fra 2002 var at staten overtok eierskapet og ansvaret for sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten.

Virksomhetene ble organisert i helseforetak, og de regionale helseforetakene har både eieransvar for underliggende helseforetak og sørge for - ansvar for spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen.

Helseforetaksmodellen bygger ikke på en tradisjonell bestiller - utfører - modell. Sørge- for ansvaret innebærer at regionale helseforetak har en bestillerlignende funksjon som må ivaretas ved å trekke opp retningslinjer for hvilke behov som skal dekkes, og påse at dette blir fulgt opp. Regionale helseforetak er ansvarlig for den statlige utførerfunksjonen. Helse- og omsorgsdepartementet har lagt vekt på at regionale helseforetak må ha en organisering som tydeliggjør skille mellom sørge for - ansvaret og eieransvaret, og ha ryddige avtaler med private aktører (NOU 2010:13).

Som følge av helseforetaksmodellen har sentral styring økt, og det medfører mindre lokalpolitiske prioriteringer og avgjørelser. Sentrale føringer og styring medfører større "likhet" og kontroll overfor helseforetakene. Den somatiske pasientbehandlingen er i stor grad innsatsstyrt. For sykehuset betyr det i praksis at hver pasients diagnose og behandlingstiltak registreres i et system og ut fra dette vurderes og medfører det økonomisk tilskudd. I tillegg til at økonomiske overføringer til sykehuset er basert på innbyggertall, alderssammensetning og lignende (Kjekshus, 2003). Innsatsstyrt finansiering er ennå ikke innført innen det psykiske helsevernet, men signalene tilsier at dette er et tidsspørsmål.

Psykisk helsevern

Sykehusene er organisert som et underliggende foretak og eies av det regionale helseforetaket. De 4 regionale helseforetakene i landet har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i sin definerte region, og løser de pålagte oppgavene enten gjennom eide sykehus eller tilbud via private. Sykehusene har psykiatriske avdelinger med spesialiserte funksjoner som akutt-, utrednings- og sikkerhetsseksjoner. Distriktpsikiatrisk senter (DPS) er en del av spesialisthelsetjenesten som er desentralisert og lokalbasert.

Det overordnede målet i Opptappingsplanen for psykisk helse (St.prp.nr.63 (1997-1998)), er å gi mennesker med psykiske lidelser muligheter til å leve et mest mulig selvstendig liv med deltakelse og evne til å mestre eget liv. Dette var grunnlaget for utviklingen av desentraliserte tjenester som skal være tilgjengelige og sammenhengende med høy faglig kvalitet – og som er tilpasset befolkningens tjenestebehov. Etableringen av DPS var et hovedgrep i utbyggingen av desentralisert spesialisthelsetjeneste (Distriktpsikiatriske sentre, 2006; St.prp.nr.63 (1997-1998)).

DPS skal være en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde. Organisatorisk skal DPS ha poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse (Statens helsetilsyn, 2001).

Distriktpsikiatriske sentre

DPS` ene varierer nasjonalt i både størrelse og innhold. Enkelte DPS har kommet langt i utviklingen av tjenestene og tilbudene sine, andre har fremdeles en vei å gå. Rekrutteringen av helsepersonell og behandlere varierer også mellom DPS` ene. En kjent utfordring for mange DPS er rekruttering av legespesialister og psykologspesialister, som skal være ansvarlige behandlere i de lokale DPS` ene. Min undersøkelse gjennomføres på DPS` et der jeg jobber, og rekrutteringsproblematikken med legespesialister har også vært en del av utfordringen her.

DPS `et som undersøkelsen min foretas ved, ble reetablert i forbindelse med en sammenslåing av to DPS i 2008. Sammenslåingen medførte at to arbeidsmiljø og kulturer

ble slått sammen for så å bli inndelt i nye personalgrupper, ut fra kompetansebehov og personalets ønsker om arbeidsområde. Sammenslåingen av disse to DPS `ene medførte også ny ledelsesstruktur. Personalgruppa har vært stabil over lang tid, og de ansatte har lang arbeidserfaring og kompetanse fra arbeid med mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

Veilederen ” Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen” (2006) la sterkere føringer for DPS `enes oppgaver og ansvar – og et tydeligere krav om kompetanse, behandlingssinnhold og samarbeid. Føringerne har medført at DPS `ene har fått større ansvar og flere oppgaver, og skal ha en større aktivitet – og denne utviklingen er forventet videreført i kommende år. (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

For døgnsesksjonene ved DPS `ene har kravene medført større aktivitet og gjennomstrømning av pasienter, som krever et stadig tettere samarbeid med kommunene som skal overta pasientene som har behov for videre oppfølging etter utskrivelse. DPS tar i mot henvendelser om elektiv behandling og intern overføring fra akuttpsykiatriske avdelinger i sykehuset. Interne overføringer av pasienter representerer den største aktiviteten ved DPS – og pasientoverføringene er viktige for at pasientene skal få rett behandling på rett nivå til rett tid i sykehuset.

Denne oppgavens undersøkelse

DPS døgnsesksjonen som jeg ser på i min oppgave er en del av klinikk psykisk helsevern, og skal gi behandling til mennesker over 18 år. DPS seksjonen gir behandling på frivillig basis, altså seksjonen foretar ikke behandling på tvunget psykisk helsevern. Seksjonen består av tre poster. Post 1 behandler hovedsaklig mennesker med schizofreni og psykoselidelser. Denne posten har 17 senger og har den største personalgruppen. Post 2 gir behandling til mennesker med angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser. Denne posten har 12 sengeplasser og en mindre personalgruppe enn post 1.

Post 3 – som for øvrig er en fylkesdekkende spesialavdeling – behandler mennesker med alvorlig spiseproblematikk. Posten har 6 sengeplasser og har tilsvarende den minste personalgruppen. Behandlingsoppholdets varighet varierer fra post til post – også

individuell, men de fleste pasientene på post 1 og post 2 er der i gjennomsnitt 3 – 5 uker. På post 3 er et gjennomsnittlig opphold omtrent 12 uker.

Medarbeiderundersøkelsen jeg bruker i min undersøkelse er foretatt i september 2010. Resultatene fra det pasientstyrte forbedringsarbeidet er sammenstilt på bakgrunn av intervjuer foretatt i løpet av våren og høsten 2010. Pasienter som tilbys intervjuer til PSFA skal ha vært innlagt i minimum 14 dager.

Intervjuene jeg har foretatt av personal og pasienter i forbindelse med min undersøkelse, ble gjennomført i februar og mars 2012. Det er en vesentlig tidsforskjell på når undersøkelsene (MAU og PSFA) og intervjuene i oppgaven ble gjennomført, og det er viktig å ta det med i betraktningen når sammenligninger og konklusjoner skal trekkes i min undersøkelse.

2 Teori – i lys av tidligere forskning

I dette kapitlet presenterer jeg tidligere forskning, tidligere studier og rapporter, og hva de har funnet på områdene som omfattes i min undersøkelse. Da jeg søkte etter tidligere studier gjort på den sammenhengen jeg ønsket å se nærmere på, fant jeg lite som var i helt i tråd med min problemstilling ”er det en sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet?”. Flere studier kunne imidlertid assosieres til min problemstilling, og bidrar derfor til å belyse områder for arbeidsmiljø og pasienttilfredshet i sykehus – og i psykiatrisk behandling spesielt.

Den eneste studien jeg fant som er helt i tråd med min problemstilling, er Bjørn Guldvogs undersøkelse fra 1997. Undersøkelsen er foretatt i somatiske sykehusavdelinger, og er således foretatt i en annen kontekst enn min undersøkelse, men er høyst relevant å ha i denne oppgaven fordi den undersøkte sammenhengen mellom personalets arbeidsmiljø og hvordan det påvirker behandlingen for pasientene.

De fire andre undersøkelsene jeg presenterer i dette kapitlet er foretatt på psykiatriske sykehusavdelinger i Norge, fortrinnsvis fra avdelinger som behandler psykoseproblematikk. Studiene er meget relevante fordi de omhandler områder som er spesifikt for psykiatrisk behandling, og fordi både pasienter og personalets opplevelse av forskjellige behandlingsaspekter har vært undersøkt.

Videre presenterer jeg en rapport om arbeidsmiljøundersøkelser, som viser til aktuell forskning på dette området, også fra sykehus.

Avslutningsvis presenterer jeg tre rapporter. Rapporten om arbeidsmiljø i norske sykehus viser til arbeidsmiljøutfordringer som er relevante for forskningsspørsmålet om hvordan sammenhengen mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet er. Rapporten om pasientopplevd kvalitet av sykehus viser til en brukerundersøkelse om generell tilfredshet med sykehus. Denne rapporten er relevant for å belyse hva som oppleves som god kvalitet av behandling for pasientene. Rapporten avdekker hvilke aspekter brukerne anser som de viktigste i denne forbindelse. Den siste rapporten – brukererfaringer blant voksne i psykisk

helsevern – er aktuell til å belyse hva pasientene trekker fram som viktige aspekter for opplevelse av god behandling.

2.1 Hvordan påvirker sykehuspersonalets arbeidsmiljø pasientenes tilfredshet med behandling og pleie?

Bjørn Guldvog (1997) gjennomførte en undersøkelse ved to norske sykehus i perioden 01.10.97 til 31.01.98. Til sammen syv indremedisinske poster, syv kirurgiske poster, en gynekologisk post, en nevrologisk post og en rehabiliteringspost er inkludert. Pasientene deres under samme tid omfattes også av undersøkelsen. Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykehusansattes opplevelse av jobbtfredshet og psykososialt arbeidsmiljø samvarierer med pasientenes tilfredshet med behandling og pleie.

Han fant at helsepersonellets jobbtfredshet spiller en stor rolle for hva slags tjenester som blir tilbudt pasientene og pasientens tilfredshet med tjenestene. God ledelse, gjennomtenkt organisering og kontinuitet står helt sentralt.

Opplevelse av byråkrati og dårlig organisering blant helsepersonellet var statistisk signifikant assosiert med pasienttilfredshet i 21 av 42 mulige analyser.

Ansattes opplevelse av lite byråkrati og god organisering var assosiert med pasienters opplevelse av å ha fått korrekt behandling, tillit til sykehuset, god kvalitet på informasjon, god veiledning, god etter oppfølging, alle områder av tilfredshet med pleie – og legevirkosomheten. Eksempelvis opplevde pasientene dårlig etter - oppfølging dersom pleierne brukte mye tid på papirarbeid.

Opplevelse av god kontinuitet blant helsepersonellet var statistisk signifikant assosiert med pasienttilfredshet i 21 av 42 mulige analyser.

Høy kontinuitet blant helsepersonell var assosiert med høy generell tilfredshet blant pasientene, opplevelse av å ha fått korrekt behandling, opplevelse av et godt medisinsk resultat, god informasjon, god etter oppfølging, tilgjengelighet og kompetanse i pleie og omsorg, kontinuitet og kompetanse fra leger.

Opplevelse av god informasjon fra ledelsen blant helsepersonellet var statistisk signifikant assosiert med pasienttilfredshet i 14 av 42 mulige analyser.

Helsepersonellets opplevelse av å få god informasjon fra ledelsen var assosiert med at pasientene følte de fikk god veiledning om hva de selv kunne gjøre for å bli friskere eller hindre forverring, god etter oppfølging, og god kvalitet i pleie.

Opplevelsen av god kunnskap i ledelsen blant helsepersonellet var statistisk signifikant assosiert med pasienttilfredshet i 24 av 42 mulige analyser.

Ansattes opplevelse av god kunnskap hos sykehus- og avdelingsledelsen var sterkt assosiert med nesten samtlige generelle pasienttilfredshetsområder, opplevelse av kompetanse på pleie- og legesiden og kontinuitet på legesiden.

Autonomi blant helsepersonellet var forbundet med negativ pasienttilfredshet. Med autonomi forstås i hvilken grad helsepersonell selv kan ta avgjørelser knyttet til arbeidet sitt, om arbeidsutførelsen, tempo og valg av metoder. Forklaringen til funnet er at for stor autonomi kan være et tegn på dårlig organisering, som gir grunn til å se på konsekvensene av at tjenestene for eksempel ikke utøves tilstrekkelig systematisk.

Psykisk belastning hos helsepersonell var assosiert med bedre pasienttilfredshet vedrørende tillit og informasjon – som forklares med en antagelse om at det å klare å engasjere seg i pasientenes ofte tunge skjebner kan være vanskelig, men det er bra for pasienten. For stor psykisk belastning over tid, kan føre til utbrenthet, et minsket engasjement i pasientene og sykefravær. Sammenhengen mellom psykisk belastning og pasienttilfredshet kan rimelig nok ikke være slik at det større psykisk belastning – det bedre pasienttilfredshet.

Konklusjon

Ansattes arbeidsmiljø og jobbtildfredshet ser ut til å ha stor betydning for hvor tilfredse pasientene blir med sine sykehusopphold. Guldvog rangerer ikke arbeidsmiljøfaktorene, men understreker likevel at opplevelsen av følgende faktorer synes å være meget viktig:

- kompetent ledelse
- lite byråkrati

- god organisering
- stor grad av kontinuitet blant helsepersonellet

Litt mindre fremtredende, men fremdeles av stor betydning var:

- god informasjon og tilbakemelding fra ledelse
- støtte og oppmuntring fra miljøet
- fravær av opplevelse av økonomiske begrensninger
- fravær av for mye autonomi

Guldvog konkluderer med at funnene gir grunn til å fokusere sterkere på evaluering av organisatoriske tiltak og arbeidsmiljøtiltak med tanke på å bedre tjenestene for pasientene. Og at det ser ut til å være viktig at ikke bare profesjonelle hensyn får dominere, men også at ulike tiltak evalueres i lys av pasientenes og helsepersonellens erfaringer.

Resultatene fra undersøkelsen støtter hensikten med bruk av medarbeiderundersøkelse og pasientstyrt forbedringsarbeid som et viktig ledd i kvalitetsarbeidet – som nettopp henholdsvis evaluerer organisatoriske forutsetninger, og kommenterer erfaringene og virkningen av selve tjenesteutøvelsen. Guldvogs studie, og studien presentert i 2.3, er de som også ser på organisatoriske elementer som omhandler personalets arbeidsforhold i avdelingen. De øvrige studiene som presenteres fra psykiatriske avdelinger, har fokuset rettet på avdelingsmiljøet og behandlingsklima.

2.2 Pasienter og personalets oppfatninger av det psykiatriske avdelingsmiljøet. (Patients` and Staff`s Perceptions of the Psychiatric Ward Environment. (Røssberg & Friis, 2004)

Undersøkelsen baserer seg på målinger foretatt i perioden 1990 – 2000 fra 42 avdelinger for psykotiske pasienter; 36 korttidsavdelinger og 6 intermediaæravdelinger. Studiet så nærmere på i hvilken grad pasienter og personalets oppfatninger av det psykiatriske avdelingsmiljøet og personalets arbeidsforhold, påvirket pasient – og personaltilfredshet.

Røssberg og Friis ønsket i denne studien, å etterprøve funn fra tidligere studier – som har vist at personal og pasienter oppfatter behandlingsmiljøet forskjellig. De ønsket videre å undersøke sammenhengen mellom personaltilfredshet og pasienttilfredshet – og i hvilken

grad pasient- og personaltilfredshet var relatert til Ward Atmosphere Scale (WAS) og Ward Environment Scale-10 (WES-10).

WAS måler behandlingsmiljøfaktorer – elementer om hvordan pasienter og personal opplever behandlingsmiljøet i avdelingen. Elementene i behandlingsmiljøet omfatter graden av involvering, støtte, spontanitet, autonomi, praktisk orientering, personlig problemorientert, sinne og aggressiv adferd, orden og organisering, programklarhet, personalkontroll, og personalets holdning til å uttrykke følelser. WES måler arbeidsmiljøfaktorene (for personalet): selvrealisering, arbeidstygde, konflikter og engstelse. Personalet svarte på WAS og WES-10. Pasientene svarte på WAS.

Funn viste at personalet skåret gjennomsnittlig høyere enn pasientene på 9 av de 11 WAS - faktorene. De fant ingen signifikant forskjell mellom pasienter og personalet i skåringen på orden og organiseringselementet, men personalet skåret signifikant lavere enn pasientene på personalkontroll. Personalet oppfatter en lavere grad av personalkontroll i behandlingsmiljøet enn det pasientene opplever, antagelig fordi personalet har en tendens til å oppleve behandlingsmiljøet mer fordelaktig enn pasientene.

Friis og Røssberg (2004) kjenner kun til to tidligere studier, som de refererer til, hvor noen har sett på aspekter i arbeidsforholdene og pasienttilfredsheten. Et av studiene fant positiv sammenheng mellom personalets utbrenthet og pasienttilfredshet (Garman et al., gjengitt etter Røssberg & Friis, 2004), det andre studiet fant sterk sammenheng mellom forskjellige typer teamledelse og brukertilfredshet (Corrigan et al., gjengitt etter Friis & Røssberg, 2004). Funnene fra disse studiene forteller at utbrenthet blant personalet medfører lavere pasienttilfredshet, og at ledelse er viktig for tilretteleggelse av personalets arbeidsforhold – og for personalets forutsetninger for arbeidsutøvelse.

Pasienttilfredshet er ansett for å være en kritisk helsetjeneste indikator. Studien til Garman fant at utbrenthet og fravær blant personal er relatert til lavere pasienttilfredshet. Den potensielle stressfulle opplevelsen av et dårlig arbeidsmiljø er assosiert med redusert jobbtillfredshet, fravær, somatiske klager, utbrenthet og depresjon blant personalet. På bakgrunn av dette forventet Røssberg og Friis at denne undersøkelsen ville avdekke signifikant korrelasjon mellom pasient- og personaltilfredshet.

De forklarer sine avvikende funn i hovedsak med at deres undersøkelse inneholdt primært korttidsavdelinger. Kortere opphold gir pasienter mindre tilgang til forskjellige aspekter av

behandlingsmiljøet, og styrker inntrykket om at pasienter og personal lever i ”forskjellige verdener”. De konkluderer med at pasient- og personalskåringene bør analyseres hver for seg, og ikke sammenslås for å gi et samlet resultat på behandlingsmiljø. Videre at en relativt vanlig oppfatning om at arbeidsforholdene til personalet påvirker pasienttilfredsheten og deres oppfatning av behandlingsmiljøet, må modereres.

Undersøkelsen som det refereres til, av Corrigan og medarbeidere, har funnet en sterk relasjon mellom forskjellige typer team-ledelse og brukertilfredshet. Lederskapet var viktig for å forstå effekten teamet hadde på brukerne. Et slikt resultat støtter Guldvogs funn om at ledelse har stor betydning for personalet og deres arbeidsutøvelse – og det påvirker opplevelsen pasientene har med tjenestene. Jeg tolker det dit hen at ledelse er viktig for tilrettelegging av tjenesteutøvelsen, i form av hensiktsmessig organisering og struktur i arbeidsmiljøet. En god organisering av arbeidsoppgaver bidrar til at ansatte kan jobbe mer effektivt.

Konklusjon

Behandlingsmiljøet i en avdeling ser ut til å være viktigere for pasienttilfredshet enn for personaltilfredshet. Arbeidsmiljøet er sterkt relatert til personaltilfredshet, men ser ikke ut til å være relatert til pasienttilfredshet.

Ut fra dette vil det som påvirker personaltilfredshet indirekte påvirke pasienttilfredsheten. Dette er i tråd med foregående undersøkelse av Guldvog, som konkluderte med at jobbtildfredshetsfaktorer og arbeidsmiljø påvirker hva slags tjenester pasientene tilbys og pasientenes tilfredshet med tjenestene som utøves.

2.3 Personalets arbeidsforhold og pasienters oppfatning av behandlingsmiljø.

(The relationship between staff member's working conditions and patient's perceptions of the treatment environment). (Røssberg, Melle, Opjordsmoen & Friis, 2008).

Undersøkelsen evaluerer resultatene av WAS og WES foretatt 11 ganger i en akuttavdeling mellom 1981 og 2000, som i hovedsak tok i mot pasienter med psykoser.

Denne eksplorative undersøkelsen avdekket at arbeidsmiljø er relatert til både pasienttilfredshet og pasientens opplevelse av behandlingsmiljø. Det var en sterk

sammenheng mellom arbeidsforholdene til personalet og kvaliteten på behandlingen slik den ble opplevd av pasientene. På bakgrunn av disse funn, ser det ut til at et tilfredsstillende arbeidsmiljø for personalet i en psykiatrisk avdeling påvirker kvaliteten av behandlingen for pasientene.

Studiet viser at det var en signifikant korrelasjon mellom pasienttilfredshet og personalets oppfatning av WES - faktoren ”selvrealisering”. Selvrealisering måler i hvilken grad personalet opplever støtte, om de oppnår mer tillit og om de får brukt sin kunnskap og kompetanse i arbeidet på avdelingen. Undersøkelsen viser også at personaltilfredshet og personalets arbeidsforhold er relatert til pasienttilfredshet.

Pasienttilfredsheten samvarierte sterkt med personaltilfredsheten. Undersøkelsen studerte imidlertid ikke retningen av kausalitet. Om fornøyde medarbeidere gir fornøyde pasienter, eller omvendt, kan ikke fastslås i denne studien. Studiet påpeker imidlertid at kliniske erfaringer og tidligere undersøkelser tilsier at det er rimelig å anta at i en viss grad, så vil fornøyd personal gi mer fornøyde pasienter.

Denne undersøkelsen har identifisert en arbeidsmiljøfaktor som korrelerer med pasienttilfredsheten, som er personalets opplevelse av å få brukt sin kompetanse – og opplevelsen av støtte.

På bakgrunn av denne studien anser de som rimelig at for å forbedre pasienttilfredsheten og kvaliteten på behandlingen, så bør man starte med å bedre arbeidsforholdene til personalet. Denne antagelsen støtter konklusjonen i undersøkelsen til Guldvog, som sier at i arbeidet med å bedre tjenestene til pasientene er det viktig å se på og vurdere både organisatoriske og arbeidsmiljørettede tiltak.

2.4 Pasienttilfredshet og behandlingsmiljø

(Patient satisfaction and Treatment Environment – a 20 year follow-up study from an acute psychiatric ward) (Røssberg, Melle, Opjordsmoen & Friis, 2005)

Studien er utført på avdelinger for psykotiske pasienter. Den undersøkte i hvilken grad de forskjellige faktorene i WAS er relatert til pasienttilfredshet. Konklusjonen av studien bekrefter at fire av de seks antatt mest betydningsfulle behandlingsmiljøfaktorer var sterkt relatert til pasienttilfredshet. Endringer i disse faktorene syntes å variere parallelt med

endringer i pasienttilfredsheten i forventet retning. Det vil her si at det større grad av involvering og praktisk orientering, og det lavere grad av sinne og aggressiv adferd og personalkontroll – det bedre pasienttilfredshet. Og om motsatt, vil det føre til lavere grad av pasienttilfredshet.

Behandlingsklima, avdelingsmiljø og avdelingsklima angir det samme – som tilrettelagt miljøterapi og kommunikasjon mellom helsepersonellet og pasienter i en avdeling. Det omfatter arenaer hvor helsepersonell og pasienter samhandler.

Følgende faktorer i behandlingsmiljøet var sterkt samvarierte med pasienttilfredshet:

- Involvering (personalets involvering i pasientenes situasjon)
- Praktisk orientering (i hvilken grad pasienten fikk hjelp til praktiske problemstillinger)
- Sinne og aggressiv adferd (i hvilken grad pasienter i behandlingsmiljøet utviste aggresjon)
- Personalkontroll (i hvilken grad personalet hadde en kontrollerende adferd)

Studien har identifisert faktorer som er viktige for pasienttilfredshet. Jeg antar at disse faktorene er relevante for min undersøkelse når jeg etterspør hva som er viktig for god behandling.

2.5 Sammenhenger mellom behandlingsklima, pasienttilfredshet og resultat. (Associations between ward atmosphere, patient satisfaction and outcome). (Jørgensen, Rømme & Rundmo, 2009)

Denne studien er foretatt på 4 allmenn psykiatriske intermedieæravdelinger. På intermedieæravdelinger har pasienter lengre behandlingsopphold enn i akuttavdelinger, og hensikten med valg av avdelinger var blant annet å kunne foreta en repeterende måling. Forfatterne henviser til at tidligere studier har vist viktig sammenheng mellom behandlingsklima i en avdeling og pasienttilfredsheten. Men at få studier har sett på sammenhengen mellom behandlingsklima og resultat av behandling.

Det kan videre se ut til at sammenheng mellom behandlingsklima og resultat av behandling er av en mer indirekte karakter enn sammenhengen mellom behandlingsklima og

pasienttilfredshet. De mest interessante funn i studien viste at forskjeller i behandlingsklima mellom avdelinger var assosiert med forskjeller i tilfredshet. Studien refererer til, og bekrefter, tidligere forskning som viser at følgende WAS faktorer ser ut til å være positivt relatert til pasienttilfredshet:

- Involvering
- Praktisk orientering
- Støtte
- Orden og organisering

Forskjellige pasientgrupper ser ut til å oppleve avdelingsmiljø rimelig likt, men kan ha forskjellig behov fra miljøet. For eksempel er høy grad av involvering og spontanitet relatert til bedre tilfredshet for pasienter som ikke har psykotiske lidelser. Det trenger ikke være tilfelle for pasienter med schizofreni og psykoselidelser, som tenderer til å tilbakemelde tilfredshet når miljøet i avdelingen har struktur, er støttende og lite konfronterende (Friis, gjengitt etter Jørgensen et al., 2009).

Pasientenes opplevelse av miljøet i avdelingen er korrelert med pasienttilfredshet i større grad enn det personalets opplevelse er. Det kan indikere at pasienttilbakemeldinger er mer relevante når man skal vurdere kvaliteten på behandlingen (Røssberg & Friis, gjengitt etter Jørgensen et al., 2009). Dette er også i tråd med hva Guldvog konkluderer med, at personal- og pasienterfaringer i mye større grad bør vektlegges med tanke på evaluering av tiltak – og ikke bare profesjonelle hensyn.

Forskjellene i tilbakemeldingene fra forskjellige pasientgrupper denne studien referer til, styrker antagelsen om at trekk ved pasienter spiller en rolle for tilfredshet – i tråd med rapporten om pasientopplevd kvalitet (se 2.6), og Frich og Ramleth (2004)(se 3.7). I motsetning til Lians undersøkelse på fastlegeordningen (se 3.7), som finner grunnlag for å støtte strukturorienterte teorier som forklaring til pasienttilfredshet. Hun hevder at trekk ved tjenestetilbudet, for eksempel tjenestens kvalitet, kan forklare variasjoner i pasienttilfredshet.

Oppsummering av studiene

Studiene viser at arbeidsmiljøfaktorer er viktige for personalet fordi det påvirker deres tilfredshet med jobben og derigjennom tjenestene som gis til pasientene. Guldvogs studie viser at ledelse og organisering har stor sammenheng med pasienttilfredsheten. Studien viser til lavere pasienttilfredshet ved stor autonomi hos personalet, og at psykiske belastninger hos personal var forbundet med høyere pasienttilfredshet.

Jeg synes det er rimelig å anta at altfor stor grad av autonomi kan komme av at avdelingens struktur og organisering ikke er hensiktsmessig. En manglende struktur og organisering kan bero på kompetansen og kunnskapen hos ledelsen. Mangel på struktur kan føre til at personal kompenseres med å ta ansvar utover deres mandat for å løse utfordringer i avdelingen etter beste evne.

En vesentlig forskjell å være oppmerksom på, er at somatiske avdelinger som inngikk i Guldvogs studie, har andre målgrupper, kjerne- og arbeidsoppgaver, og er derfor mer preget av en somatisk fokusert tilnærming enn det psykiatriske avdelinger har. Personalet i somatiske avdelinger har spesiell kompetanse for å jobbe med disse somatiske tilstandene.

Personalets arbeidssituasjon i psykisk helsevern er preget av direkte kontakt med pasienter som sliter med å leve livet sitt på en hensiktsmessig måte. Tillit og kommunikasjon er det sentrale utgangspunktet for pasient/hjelper relasjonen. Kvaliteten på relasjonen vil påvirke kvaliteten på samarbeidet mellom pasient og personal.

Pasientenes behov i psykiatriske avdelinger er forskjellig fra somatiske avdelinger. Pasientenes diagnoser og prognoser er forskjellig og ikke minst behandlingsmetodene og personalets kompetanse er forskjellig. Selve arbeidets karakter er vesentlig forskjellig mellom somatiske og psykiatriske avdelinger. I psykiatriske avdelinger kreves det som et utgangspunkt at personalet både er engasjerte, viser støtte og forståelse – og ikke minst har en terapeutisk og pedagogisk tilnærming til pasienten og vedkommendes utfordringer.

Vesensforskjellen mellom somatisk og psykiatrisk behandling må jeg ta høyde for i videre i oppgaven. Fellestrekket mellom somatiske og psykiatriske avdelinger er effekten av den mellommenneskelige relasjonen i tjenesteutøvelsen og tjenestemottaket. Det er viktig for pasienttilfredsheten og opplevelsen av kvalitet, hvordan personalet og pasientene kommuniserer og samarbeider for å løse pasientens problemer.

I studiene gjort i psykiatriske avdelinger, opplever pasientene tjenestene de får som kvalitativt gode hvis personalet er tilfredse og får brukt sin kompetanse. Videre vises det til 4 faktorer i behandlingsmiljøet som er avgjørende for graden av pasienttilfredshet. I en viss grad avhenger betydningen av faktorer til hvilken pasientgruppe det handler om og lengden av behandlingsoppholdet. Dette fordi forskjellige pasientgrupper har forskjellig behov fra miljøet, og lengden av oppholdet gir pasienten tilgang til erfaringer som påvirker pasienttilfredsheten. Blant annet er pasienter med psykoselidelser mer avhengig av orden, struktur og støtte i behandlingsmiljøet enn pasienter uten psykoselidelser. Imidlertid ser det ut til fra disse studiene, at behandlingsmiljøfaktorene involvering, praktisk orientering, sinne og aggressiv adferd, og personalkontroll samvarierer sterkt med pasienttilfredshet.

Uavhengig av pasientgrupper og avdelinger, ønsker pasientene høy grad av involvering og støtte fra personalet. For pasientene er kontinuitet hos personalet viktig. Fravær, utbrenthet og turnover vil dermed påvirke pasienttilfredsheten negativt. God og (ut fra pasientbehovet) riktig organisering og struktur i behandlingsmiljøet, er også av vesentlig betydning for pasienttilfredshet.

2.6 Rapport om pasientopplevd kvalitet av sykehus

Problemstillingen i denne oppgaven omfatter både arbeidsmiljø og pasienttilfredshet. Tidligere i dette kapitlet har jeg sett på undersøkelser om pasienttilfredshet og hvordan det henger sammen med personalet og deres arbeidsmiljø. Rapporten jeg følgende presenterer, har sett på hvordan brukere vurderer kvaliteten av sykehus, og hva som påvirker vurderingen av kvalitet.

Rapporten fra SNF (Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning) er en tverrsnittanalyse som tar for seg pasientopplevd kvalitet i norske sykehus. En brukerundersøkelse om den generelle tilfredsheten med sykehus viser at aspektene ved sykehusopphold som er viktigst, er respektfull behandling og de ansattes faglige dyktighet. Dernest er det fagpersonellens tilgjengelighet og avstand til sykehuset av ganske stor betydning.

Områdene der brukerundersøkelsen skårer lavt (minst fornøyd med) er muligheten for å ha en fast person å forholde seg til, valgmulighet for sykehus og ventetid for behandling.

Det påpekes at mange av de som er med i dette gjennomsnittet ikke har benyttet tilbudet og uttaler seg på bakgrunn av annen kjennskap til sykehus som for eksempel inntrykk via media. Og at dette kan være en forklaring på at områdene respondentene er minst fornøyd med, er områdene som har vært mye omtalt i media.

Datamaterialet brukt i rapporten skiller på brukere og ikke – brukere av sykehus, og har derfor kunnet sammenligne med bakgrunn i dette. Analysen viser at brukere som har benyttet sykehustjenester er signifikant mer fornøyde enn de som ikke har benyttet tjenestene. Disse funn bekrefter at brukeropplevde kvalitetsvurderinger påvirkes av forventninger og erfaringer. Personlige egenskaper ved respondentene (som kjønn, alder, sivilstatus, utdanning, inntekt og partitilhørighet) hadde også signifikant sammenheng med tilfredsheten. Så brukertilfredshet som mål på kvalitet vil derfor være av subjektiv karakter og ikke ensbetydende med objektiv målt kvalitet. (Gabrielsen, 2001)

2.7 Rapport om brukererfaringer i psykisk helsevern

Utredningsrapporten som følger er aktuell for min problemstilling og undersøkelse, med tanke på hvilke områder pasientene med erfaring fra psykiatriske døgnavdelinger anser som viktige. Rapporten sier noe direkte om pasienttilfredshet, men ser ikke på verken personalets arbeidsmiljø – eller sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet.

Nasjonalt senter for helsetjenester og SINTEF lagde utredningsrapporten ”målinger av brukererfaringer blant voksne i det psykiske helsevernet” i 2004. Denne rapporten ser på to delprosjekter, og kommer med forslag til spørsmål og framgangsmåte for måling av pasienterfaringer. Det er benyttet kvantitativ metode i form av utsendte spørreskjema og kvalitative metode som supplement til deler av prosjektet.

Pasienttilbakemeldinger i forhold til døgnbehandling påpeker 3 viktige pasienterfaringsområder. Områdene pasientene anser som viktige er:

- Relasjonen til personalet og behandlere. Pasientene vil behandles med respekt, genuin interesse og engasjement.

- Mulighet for medbestemmelse og påvirkning i behandling. Pasientene vil bli hørt og lyttet til i spørsmål om deres egen behandling.
- Utskrivingsprosessen og tiden etterpå. Pasientene vil delta i planlegging av utskrivelse, få hjelp til praktiske utfordringer og tilrettelegging av økonomi, boligsituasjon og arbeid, og ha noen å henvende seg til hvis de opplever vanskeligheter.

Disse 3 pasienterfaringsområdene ser dermed ut til å være spesielt relevante for min undersøkelse om arbeidsmiljø og pasienttilfredshet i en døgnsesksjon. Områdene som her refereres, bekrefter funn fra psykiatriske døgnavdelinger, tidligere presentert i kapittelet – som viser til at pasienttilfredshet henger positivt sammen med støtte og involvering fra personalet og praktisk orientering.

2.8 Arbeidsmiljøundersøkelser

Personalet og deres tjenesteutøvelse er avgjørende for hvordan pasientarbeidet utføres. Hvordan pasientarbeidet utføres vil påvirke hvordan pasientene opplever og vurderer tjenestene. Det er dermed vesentlig å se på hva som påvirker personalet og deres arbeidsutøvelse. Artikkelen jeg presenterer her, har sett på hvordan jobbtildfredshet påvirker utøvelse av jobben.

Gotvassli og Haugset (2010) har skrevet en artikkel basert på tidligere studier av norske arbeidstakere, som ser på hva som får arbeidstakere til å oppleve jobbtildfredshet – og hvordan dette påvirker jobbyttelse, ledelse og organisering av arbeidet. De viser til at jobbtildfredshet ofte blir satt i sammenheng med elementer i arbeidslivet som motivasjon, effektivitet, fravær, turn - over og jobbdesign. De fleste definisjoner av jobbtildfredshet inneholder en subjektiv vurdering av egne behov, og forventninger opp mot opplevelsen en har i tilknytning til jobben (Conrad, Conrad & Parker, 1986 gjengitt etter Gotvassli & Haugset, 2010).

De henviser videre til tidligere studier av sammenheng mellom jobbtildfredshet og jobbyttelse, og konkluderer med at opplevd jobbtildfredshet er god indikator for jobbyttelse. Drøftinger av sentral faglitteratur på feltet viser at det er en moderat samvariasjon mellom

jobbtilfredshet og jobbyttelse. En arbeidstaker som er tilfreds med jobben sin, er mest sannsynlig en arbeidstaker som yter bra på jobben.

I artikkelen refereres det til en undersøkelse av helsepersonell i Nederland (Taris & Schreurs, gjengitt etter Gotvassli & Haugset, 2010) som fant signifikante sammenhenger mellom helsearbeidernes jobbtilfredshet og hvor fornøyde pasientene var med tjenestene de fikk. De fant også i den samme studien at det var en negativ sammenheng mellom grad av følelsesmessig utmattelse blant personalet og organisasjonens prestasjonsnivå målt som fornøyde klienter, effektivitet og personalkostnader. De påpeker i sin artikkel at dette er tverrsnittstudie, og kan ikke konkludere med retningen på årsakssammenhengen mellom jobbtilfredshet og jobbyttelse.

Artikkelen gir et bakgrunnsbilde på at jobbtilfredshet gir bedre jobbyttelse, og at jobbtilfredshet har en positiv sammenheng med pasientens tilfredshet med tjenestene. Det er grunn til å anta at følelsesmessig utmattelse blant helsearbeidere medfører lavere effektivitet, større personalkostnader og mindre fornøyde pasienter. Dette er i tråd med tidligere studier fra psykiatriske avdelinger nevnt i dette kapitlet, som refererer til lavere pasienttilfredshet ved utbrenthet og sykefravær blant personal. Guldvogs studie derimot viser til at pasienttilfredsheten vedrørende tillit og informasjon, var positivt assosiert med opplevd psykisk belastning hos personal.

2.9 Rapport om arbeidsmiljø i sykehus

Min undersøkelse foretas i psykiatriske sengeposter ved et DPS, som er en del av sykehuset Østfold. Sykehusets uttalte holdning er at personalets arbeidsmiljø er viktig både fordi et godt arbeidsmiljø er et mål i seg selv, men også fordi det er viktig for tjenestene som produseres. Arbeidstilsynets prosjektrapport fra 2006 som følger, presenterer et tilsyn av arbeidsmiljø i norske sykehus fra 2005 (hvor forøvrig sykehuset Østfold var med). Det er relevant å referere fra denne rapporten, fordi den peker på områder i arbeidsmiljø som viser seg være utfordrende i sykehus generelt. Det er rimelig å anta at dette er relevante områder også for min undersøkelse.

Prosjektrapporten ”God vakt!”(Arbeidstilsynet, 2006) er en oppsummering etter tilsyn ved landets sykehus i 2005. Det ble foretatt tilsyn ved 22 av landets helseforetak og 5 private sykehus med fokus på arbeidsmiljø.

Tilsynet avdekket alvorlige brudd på arbeidsmiljølovgivningen ved landets sykehus, og påpekte at sykefraværet var økende. Organisering og tilrettelegging av arbeidet for de ansatte vektlegges i rapporten som et avgjørende og bakenforliggende forhold til arbeidsmiljøutfordringer i denne sammenheng.

Det konkluderes med at deler av sykefraværet har sammenheng med arbeidsforholdene, og viser følgende til at det systematiske HMS arbeidet må prioriteres i mye større grad. Videre vektlegges det at HMS arbeidet må være forankret i overordnet styring og ledelse som et systematisk og forebyggende planarbeid.

Rapporten påpeker at det er en kulturell hovedutfordring i sykehusene som bidrar eller hindrer et godt arbeidsmiljø. I den forbindelse framheves det som viktig å verdsette personalomsorg på lik linje med pasientomsorg – og at personalomsorg er en forutsetning for god pasientomsorg.

Tilbakemeldinger fra personal tilsier at den største (negative) utfordringen er misforholdet mellom arbeidsoppgaver de er satt til å løse og deres arbeidskapasitet. Det positive personalet oppgir, er at arbeidet oppleves som svært meningsfullt og interessant, og at personalet opplever god støtte av sine medarbeidere.

I dette kapitlet har jeg sett nærmere på tidligere studier og rapporter som kan assosieres til problemstillingen i oppgaven, både med tanke på forhold i arbeidsmiljø og hva som påvirker pasienttilfredshet. I neste kapittel vil jeg presentere noen teoretiske perspektiver som kan gi tilfang til områdene arbeidsmiljø, kvalitet og pasienttilfredshet.

3 Teori – flere teoretiske tilfang

Her vil jeg presentere ytterligere teoretiske innfallsvinkler for å belyse min problemstilling.

3.1 Arbeidsmiljø

Når jeg med min problemstilling ”er det en sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet?” skal se på hvilke sammenhenger som finns mellom arbeidsmiljøet og pasienttilfredshet, må jeg se på hvilke – og hvordan – forhold i arbeidsmiljøet kommer til uttrykk i personalgruppa. Arbeidsmiljøet er den uavhengige variabelen i problemstillingen, og pasienttilfredshet den avhengige variabelen. Det er derfor hensiktsmessig å ta utgangspunkt i at forhold i arbeidsmiljøet påvirker personalet og deres arbeidsutførelse.



Figur 1: Hva som påvirker arbeidsmiljøet

(Arbeidstilsynet, 2006)

Figur 1 illustrerer et spekter av hva som påvirker et arbeidsmiljø, slik som ytre forhold, rammebetingelser, organisatoriske og strukturelle forhold – så vel som lokale og interne (mellom)menneskelige forhold.

Arbeidslivet og velferdsordninger er et hyppig offentlig debattert tema, og er også et politisk satsningsområde i landet. I Norge er det mange arbeidstakere som til enhver tid er sykemeldte eller mottar stønad fra staten på grunnlag av redusert arbeidsevne. Erfaringene på fraværarbeid, tilsier også at de som har falt ut av arbeidslivet har vansker med å komme seg inn eller tilbake i arbeidslivet igjen. Fraværet fra deltagelse i arbeidslivet har store omkostninger både for den enkelte arbeidstaker, men også for staten i form av økte utgifter og redusert verdiskapning. Staten har innført forskjellig tiltak som skal bidra til å forebygge at folk faller ut av arbeidslivet, og til å få flere i arbeidsrelatert aktivitet. Det er stort fokus på tidlig intervensjon og forebygging av sykefravær, fordi fraværet har vist seg å kunne være første skritt på vei ut av arbeidslivet.

Lover og regler for arbeidsmiljø reguleres blant annet i Arbeidsmiljøloven.

Arbeidsmiljøloven gir arbeidstakere rettigheter som vern mot unødige skader, vern mot oppsigelser, rett til medvirkning og deltagelse i saker som påvirker egne arbeidsforhold. Loven forplikter også at arbeidsgiver tilrettelegger for disse forholdene. Norske arbeidsplasser i dag er større grad kunnskapsinstitusjoner enn tidligere, og arbeidslivets utfordringer gjenspeiler dette. Tidligere var arbeidsmiljø preget av større fysiske belastninger enn i dag, og det var derfor viktig å tilrettelegge for å unngå fysiske skader.

Arbeidsmiljøer i dag har ikke tilsvarende fysiske utfordringer, men er i større grad preget av psykososiale arbeidsmiljøutfordringer. Det finnes få indikasjoner på at fysiske arbeidsmiljøer har forverret seg de siste årene, men det er flere som opplever arbeidssituasjonen som masete og stressende. Det kan ha medvirket til økning i sykefravær grunnet psykiske lidelser (NOU 2000:17). Forebygging av sykefravær og å få flere i arbeidsrelatert aktivitet, er et nasjonalt satsningsområde. Blant annet har arbeid mot mobbing på arbeidsplassen vært et sentralt satsningsområde de siste årene. Inkluderende arbeidsliv (IA) er et arbeid som er innført i mange offentlige bedrifter, og skal virke både forebyggende og tilretteleggende på arbeidsplassen for å unngå unødvendig sykefravær og at folk faller ut av arbeidslivet.

NOU1999: 34 beskriver endringer i arbeidslivet, og hvordan det påvirker arbeidsmiljøet. Undersøkelser gjennomført av Statistisk sentralbyrå (gjengitt etter NOU1999: 34) tilsier at arbeidspresset på jobben ser ut til å øke, parallelt som arbeidstakere sier at de opplever økt innflytelse og trivsel. Veksten i antall arbeidsplasser innen tjenesteyting og omsorgsykker betyr en økning av arbeidsoppgaver som krever direkte bruker eller kundekontakt. Dette kan virke inspirerende og motiverende for arbeidstakerne og for arbeidsmiljøet, men det vil også medføre, som tidligere nevnt, utfordringer som emosjonell slitenhet. (NOU1999: 34).

Enkelte arbeidstakere i helse- og omsorgsykker kan oppleve det vanskelig å sette grenser for egne følelsesmessige og faglige involvering i pasienters situasjon. Noen ser seg nødt til å prioritere bort pauser for å tilfredsstille pasienter med store behov. Dette kan være en av årsakene til at arbeidsmiljøundersøkelser ved flere sykehus viser at pasienter er fornøyde samtidig som de ansatte opplever stor fysisk og psykisk slitasje. (NOU 1999:34). Bjørn Guldvog viser til slike funn i sin undersøkelse, som nevnt tidligere. Emosjonell slitenhet blant personalet fant Guldvog hadde positiv sammenheng med pasienttilfredsheten i sin undersøkelse, og funnet kan forklares med personalets engasjement og involvering i pasientene og deres situasjon.

I en tale om en kommende stortingsmelding som omhandler arbeidsforhold, arbeidsmiljø og sikkerhet, sier arbeidsministeren at det fortsatt er store utfordringer i norsk arbeidsliv som påvirker verdiskapningen – og de må tas på alvor. Arbeidsministeren – Hanne Bjurstrøm (28.04.11) – sa i en presentasjon om arbeidsmiljø følgende:

Selv om vi har høy beredskap på arbeidsmiljø i Norge må vi ikke hvile på laurbærene, og være blinde for morgendagens utfordringer. Regjeringen legger derfor i løpet av våren frem en stortingsmelding om arbeidsforholdene i norsk arbeidsliv. Det er første gang det legges frem en stortingsmelding om dette i Norge. 9 av 10 sier de er fornøyd med jobben sin. Til grunn for meldingen ligger det faktum at et trygt arbeidsmiljø også er et produktivt arbeidsmiljø. Og et produktivt arbeidsmiljø legger grunnlaget for verdiskaping – og positive arbeidstakere

Arbeidsministeren påpeker her at arbeidstakere blir mer positive og produktive i et trygt arbeidsmiljø. Et trygt arbeidsmiljø omhandler både fysiske, psykiske og sosiale faktorer. Det er grunn til å anta at det her menes at et trygt arbeidsmiljø er grunnleggende for at ansatte skal oppleve et godt psykososialt arbeidsmiljø, og at dette bidrar til økt jobbyttelse.

I kapittel 4 i Arbeidsmiljøloven beskrives tilrettelegging av arbeidet for at arbeidsmiljøet skal gi vern mot ulykker og helseskader, men også legge vekt på velferd og positive verdier (Arbeidsmiljøloven, 2005). Ot.prp. nr.49 foreslo supplerende punkter til Arbeidsmiljøloven 2005 med at arbeidsmiljøet skal være helsefremmende, loven skal sikre likebehandling i arbeidslivet og loven skal bidra til et inkluderende arbeidsliv som ivaretar både arbeidstakernes, virksomhetenes og samfunnets behov (Ot.prp.nr. 49, (2004-2005)).

Loven utvides i den forstand at den vektlegger at arbeidsmiljøet skal være av primærforebyggende karakter – proaktivt – i motsetning til reaktivt slik det var tidligere. Dette utfordrer arbeidsplassene på en annen måte en tidligere når de skal fokusere på forebyggende og helsefremmende elementer i arbeidsmiljøet.

Psykososialt arbeidsmiljø

Det psykososiale arbeidsmiljøet har fått stadig større oppmerksomhet de siste årene, og Norge er å anse som et foregangsland når det gjelder å ha fokus på psykososiale belastninger på arbeidsplassen. Framtidens arbeidsmiljøutfordringer er av mer psykososial karakter – og psykososialt arbeidsmiljø er en viktig forutsetning for trivsel, produktivitet og læring på arbeidsplassen (Einarsen & Skogstad, 2000). Det er imidlertid uenigheter omkring hvilke – av flere og sammensatte – faktorer som skal inkluderes.

På 1960 – tallet ble det satt fokus på demokratisering i norsk arbeidsliv. Einar Thorsrud bidro i stor grad til dette arbeidet som var foranledningen til Arbeidsmiljøloven av 1977. Thorsruds tankegodt innebar at arbeidstakere har behov utover lønn, arbeidstid og sikring mot skader på arbeidsplassen. Tidligere hadde fokuset vært på fysiske forhold, arbeidstid og lønn i industrielle bedrifter. Thorsrud bidro med tanker om de individuelle behov mennesker som arbeidstakere har, som behov for å lære noe, behov for mellommenneskelig støtte og respekt. (Stami, 2008).

Psykologiske og sosiale forhold mennesker opplever på jobben inngår i det som omtales som psykososialt arbeidsmiljø i dag. Psykososialt arbeidsmiljø omhandler forskjellige forhold på arbeidsplassen og i arbeidet. Viktige elementer her er de organisatoriske og tekniske forutsetninger for arbeidet, innholdet og måten arbeidet er tilrettelagt på. Psykososialt arbeidsmiljø omfatter også samspillet mellom ledelse og medarbeidere og samspillet mellom kolleger. (Koren, 2011).

Videre er det arbeidstakernes subjektive opplevelse av psykososiale arbeidsforhold som avgjør hvorvidt dette medfører stressreaksjoner eller helserelevante belastninger for den enkelte. Belastende forhold kan være et daglig høyt arbeidstempo, eller å være utsatt for vold, trusler eller mobbing på jobben (Stami, 2008).

Psykososiale jobbehov

Arbeidsmiljøloven legger føringer for at arbeidsplasser skal være helsefremmende for de ansatte. Det er en god grunn til å fokusere på forhold som kan forebygge stressrelaterte belastninger, og ikke minst på forhold som kan bidra til trivsel for de ansatte i et arbeidsmiljø.

Thorsrud og Emery (gjengitt etter Einarsen & Skogstad, 2005, s. 173) utformet en teori hvor psykososiale jobbehov er en grunnleggende bestanddel. De mente demokrati kunne utvikles ved medbestemmelse – som også vil redusere fremmedgjøring og skape et økt engasjement. Engasjementet kunne økes ved at arbeiderne gjennom jobbutvidelse og selvstyrte arbeidsgrupper, i større grad fikk bestemme over sin arbeidssituasjon og jobbutøvelse.

De kom fram til at man må ta utgangspunkt i den enkeltes konkrete arbeidssituasjon ved å forbedre betingelsene for personlig medvirkning. Thorsrud og Emery formulerte seks sentrale psykologiske jobbkraav, som de mente bedriftene måtte tilstrebe og tilfredsstille. Dette mente de ville føre til bedre arbeidsmiljø og bedre arbeidsorganisering. Disse kravene ble innarbeidet i Arbeidsmiljøloven av 1977. Den gang som den psykososiale paragraf:

- Behov for innhold i form av et rimelig nivå på utfordringer og et minimum av variasjon i jobben
- Behov for å kunne lære noe i jobben og å kunne fortsette denne læringsprosessen
- Behov for et minimum av beslutningsmyndighet og ansvar som individet kan kalle sitt eget
- Behov for et minimumsnivå av sosial støtte og anseelse på arbeidsplassen
- Behov for å kunne relatere det en gjør og produserer på jobben, til ens sosiale liv i videre forstand

- Behov for å kunne se at jobben fører fram til ønskverdige fremtidige tilstander, herunder personlig vekst, utvikling og karriereutvikling

(Einarsen & Skogstad, 2005)

Thorsrud og Emery teori har bakgrunn i forskning i produksjonsbedrifter, hvor de ansatte hadde fysisk utfordrende jobber, for eksempel ved samleband. Det vesentlige ved deres teori, er at de vektlegger viktigheten av medbestemmelse, autonomi og støtte på arbeidsplassen, fordi dette videre påvirker jobbtrivsel og jobbproduktivitet.

Anders Skogstad hevder at et godt psykososialt arbeidsmiljø vil karakteriseres av et miljø som har faktorer som styrker jobbtrivsel, helse og yteevne. Videre at organisasjonskultur, arbeidsoppgaver og arbeidsdeling må støtte opp om dette. Vurderingene av det psykososiale arbeidsmiljøet blir imidlertid individuelle (Skogstad, 2004, s. 17).

Hetland og Hetland (2011) hevder at tre basale psykologiske behov er vesentlige for helse, trivsel og engasjement i jobben. Det er autonomi, kompetanse og tilhørighet. Ulike aspekter i jobben kan true eller møte disse behovene. I denne sammenheng anses relasjoner av stor betydning, som relasjoner til kollegaer, leder og samarbeidspartnere. Faktorer som organisering av arbeidsoppgaver og mengde jobb er også viktige for hvordan vi blir påvirket av jobben (Hetland & Hetland, gjengitt etter Einarsen & Skogstad, 2011). Dette er på linje med Thorsrud og Emerys psykologiske jobbkraav.

Arbeidstakere påvirkes av arbeidsmengden så vel som gode relasjoner til kollegaer. Stor arbeidsmengde kan true behovet for autonomi, mens gode relasjoner til kollegaer møter imøtekommer behovet for tilhørighet. Dette gir grunn til å anta at gode relasjoner virker som ”smøring” i arbeidsmiljøet, og selv om arbeidstakere opplever stor arbeidsmengde så kan de oppleve et godt sosialt miljø med kollegaer.

3.2 Krav kontroll støtte modellen

Psykososialt arbeidsmiljø er som tidligere nevnt, en viktig utfordring å jobbe med i dagens arbeidsliv. Siden dagens arbeidsliv ser ut til å være mer preget av stressopplevelse med sykemeldinger som følge, er det hensiktsmessig å se på hvordan stress og arbeidsmiljøfaktorer kan henge sammen.

En av flere, som har studert helse og arbeidsmiljøfaktorer i arbeidslivet, er Robert Karasek. Han lanserte en modell på 1970 – tallet, som er en todimensjonal modell som viser til sammenhenger mellom ulike arbeidsmiljøfaktorer. Han var kritisk til tidligere undersøkelser om virkning av stress i arbeidslivet – og mente at de enten tok utgangspunkt i psykologiske arbeidskrav eller i arbeidstakers kontroll i arbeidssituasjonen. Karaseks modell tillater et vekselspill mellom arbeidskrav og arbeidstaker, som i hovedsak sier at økt selvbestemmelse øker forutsetningene for å møte de psykologiske arbeidskravene, og bedrer muligheten til å mestre den psykiske belastningen arbeidskravene medfører.

Grunnmodellen ble videreutviklet av Karasek og Theorell (1990) ved å legge til fokus på sosial støtte på arbeidsplassen. Sosial støtte på arbeidsplassen har innvirkning på opplevelsen av krav og kontroll i den forstand at det virker som en buffer mot stress. Sosial samhandling har stor betydning for helse og adferd, og anses å bidra til helsefremmende arbeidsplasser. Karasek og Theorell hevder at opplevelsen av jobbkrav, jobbkontroll og sosial støtte fra kollegaer og overordnede, har innvirkning på menneskers helse og velvære – og dermed også trivselen. (Karasek & Theorell, 1990).

Karasek og Theorells arbeid har hatt stor innflytelse i forskning på sammenhengen mellom arbeid og helse, og på utviklingen av arbeidsmiljøtiltak og jobbdesign. Krav, kontroll og støtte – modellen beskriver viktige aspekter i et arbeidsmiljø. Foruten fysiske tilfredsstillende forhold er organisatoriske og psykososiale faktorer viktige. Ifølge denne modellen bestemmes helse og velvære på arbeidsplassen av de krav som stilles til en person, og av muligheten til å utøve kontroll over sin arbeidssituasjon.

Karasek og Theorell beskriver det psykososiale arbeidsmiljøet som forholdet mellom individ og sosialt arbeidsmiljø – og hvilke individuelle fysiske, psykiske og sosiale

konsekvenser dette har. Modellen sier at krav har en negativ effekt på jobbtilfredshet, mens kontroll, eller autonomi, i arbeidet har en positiv effekt. Dessuten fungerer kontroll som en buffer mot det å ha lave krav, og sosial støtte som en buffer mot de negative følgene av det å ha høye krav og lav kontroll. (Karasek & Theorell, 1990)

Hovedtanken i modellen er at en arbeidssituasjon som stiller høye psykologiske krav, og samtidig gir liten mulighet for egen kontroll i arbeidssituasjonen, slår dårlig ut på ansattes helse (Karasek & Theorell, 1990). Krav i jobben vil si kvalitative og kvantitative krav som stilles i arbeidet. Muligheten for innflytelse til å velge selv i egen arbeidssituasjon, for eksempel hvordan arbeidet utføres, rekkefølge, tid, anledning til å ta pauser også videre refererer til kontroll i arbeidet. Det er ikke bare muligheten til å bestemme i selve arbeidet som er viktig, det er også viktig med en balanse mellom avslappende aktiviteter og arbeid. Dement (gjengitt etter Karasek & Theorell, 1990) hevder at uten balanse mellom avslappende aktiviteter og arbeid, kan effektiviteten reduseres.

Karasek og Theorells modell (1990) har en individuell tilnærming. Det vil si at det er avhengig av individets mestring av kravene de opplever. Modellen har også et miljøperspektiv. Det betyr at det legges vekt på arbeidsgivers tilrettelegging i arbeidsmiljøet slik at ansatte får større kontroll over arbeidsoppgavene. Ifølge modellen er det stor risiko for at jobbpress og relaterte helseproblemer vil forekomme i situasjoner der det er høye krav og lav kontroll. En slik arbeidssituasjon kan karakteriseres som en jobb med høy belastning, og denne arbeidssituasjonen kan være en betydelig helserisiko. Konsekvenser av høy arbeidsbelastning kan være tretthet, angst, depresjon og fysisk sykdom, og slike tilstander kan inntreffe når de psykologiske kravene av jobben er høye og arbeiderens selvbestemmelse er lav. En arbeidssituasjon med høy belastning gir den tydeligste effekten på folks psykiske helse i følge Karasek og Theorell. (Karasek & Theorell, 1990).

3.3 Medarbeiderundersøkelser

Som et ledd i arbeidet med arbeidsmiljøet, har det mange steder blitt innført medarbeiderundersøkelser som skal bidra til å se tilstanden i arbeidsmiljøet. I sykehuset Østfold er medarbeiderundersøkelsen en del av styringsverktøyet, og områder fra

undersøkelsen som personalet mener bør forbedres, legges inn i enhetens handlingsplan. NOU 2010: 13 refererer til at det er viktig at organisasjonen er like opptatt av målene innenfor medarbeiderområdet som innenfor økonomi-, kvalitets- og produksjonsområdet. Videre at dersom området skal få større oppmerksomhet og bli fulgt opp av ledere på høyere administrative nivåer, må resultater angående sykefravær, arbeidsmiljø og medarbeiderutvikling måles og vurderes som ledd i virksomhetsstyringen. Det oppfordres til å finne styringsverktøy som kan gjøre dette mulig (NOU 2010:13).

Mål innenfor medarbeiderområdet, i tråd med total kvalitetsledelsesperspektiv, er en del av virksomhetsstyringen for sykehuset i denne undersøkelsen. Gjennomføring og oppfølging av medarbeiderundersøkelse og HMS - arbeid på enhetsnivå er et område hvor resultatene skal legge føringer for tiltak som nedfelles i handlingsplaner. Handlingsplanene er en del av ledelsens mål- og styringsverktøy.

Tradisjonelt sett har systematisk kartlegging av forhold som er av viktig betydning for jobbtilfredshet, vært et av de mest omfangsrike forskningsfeltene innenfor organisasjonspsykologien. Og jobbtilfredshet har vært et mål i seg selv – ikke bare et instrument for å redusere sykefravær og øke produktiviteten (Kaufmann & Kaufmann, 2005).

På mange arbeidsplasser i dag er det innført målinger i form av medarbeiderundersøkelser hvor ansatte selv skal tilbakemelde hvordan de opplever arbeidsforholdene og arbeidsmiljøet. Hensikten er å kartlegge og avdekke områder som er bra og områder for forbedring. Dette skal også stimulere arbeidstakere til å være deltagende og medansvarlige for eget arbeidsmiljø.

Medarbeiderundersøkelser fungerer som kartlegging av arbeidsforholdene ved arbeidsplassen. En måling av jobbtilfredshet tar ”temperaturen” på tingenes tilstand, og kan gi et bilde på hvordan det psykososiale arbeidsmiljøet ser ut til å være. Jobbtilfredshet er imidlertid en subjektiv og følelsesmessig reaksjon, og kan derfor ha en begrenset validitet i en undersøkelsessammenheng dersom ikke spørreskjema inneholder nyanserte og omfattende spørsmål som omhandler arbeidsmiljøet. Normalt sett vil 85 % være samlet sett fornøyd med jobben sin. (Einarsen & Skogstad, 2005).

Medarbeiderundersøkelsen i sykehuset er omfattende med mange spørsmål innenfor de fleste områder som handler om arbeidet og arbeidsplassen. Hovedområdene er

forbedringer, faglig utvikling, kvalitet, trygghet, respekt, motivasjon, arbeidsglede og tilhørighet, med flere delområder med underspørsmål. Denne undersøkelsen gir et relativt nyansert bilde på hvordan medarbeiderne samlet vurderer delområdene. Deltagelse med mer enn 70 % av personalgruppa anses som et rimelig troverdig resultat. Ut fra samlet skåringer identifiseres hvilke områder som skårer lavt og som har et forbedringspotensial. Det er opp til medarbeiderne å identifisere områder de ønsker å jobbe med og forbedre, og lederen skal medfelle disse inn i en handlingsplan med tilhørende tiltak og mål.

3.4 Jobbtilfredshet og jobbutførelse

I denne oppgaven undersøker jeg hvordan arbeidsmiljøet påvirker pasienttilfredsheten. For å forstå arbeidsmiljøets påvirkningskraft er det behov for å se på effekten forskjellige arbeidsmiljøfaktorer har for personalet og deres arbeidsutførelse. Mange arbeidsplasser er i dag kunnskapsbedrifter, som sykehus, hvor ansattes kunnskap, kompetanse, og bruk av dette er vesentlig for organisasjonen. I slike virksomheter blir menneskene en avgjørende ressurs – og derfor er det viktig at disse ressursene ivaretas og benyttes på en best mulig måte.

Robbins og Judge (gjengitt etter Gotvassli & Haugset, 2010) hevder at tilfredse og motiverte medarbeidere bruker flere av ressursene sine når det gjelder formell kompetanse, ferdigheter og erfaringer, og de har en tendens til å yte mer i arbeidet. Ved å oppnå høy jobbtilfredshet blant medarbeidere vil det kunne bidra til styrking av virksomhetens konkurransevne. Jobbtilfredshet kan også føre til lavere turnover og mer stabil arbeidskraft hevder Steer og Mowday (gjengitt etter Gotvassli & Haugset, 2010).

Det er logisk å anta at jobbtilfredshet fører til mer stabil arbeidskraft. Er man fornøyd med jobben og har et godt arbeidsmiljø, vil det sannsynligvis være andre faktorer som kan medvirke til at man bytter arbeidssted. Jobbtilfredshet er et mål i seg selv, men også fordi det påvirker jobbutførelsen. I en psykiatrisk avdeling er kjernevirksomheten kommunikasjon og dialog mellom pasientene og personalet. Pasienter og personal tilbringer mye tid sammen i behandlingsmiljøet, og det er rimelig å anta at personalets trivsel på jobben – eller mistrivsel – vil påvirke kvaliteten av jobbutførelsen, altså kommunikasjonen med pasientene.

3.5 Kvalitet

Pasienttilfredshet er den avhengige variabelen i oppgavens problemstilling, og i denne forbindelse er det vesentlig å se nærmere på kvalitetsbegrepet. Pasientenes tilfredshet påvirkes av hvordan kvaliteten av tjenesten vurderes, og i hvilken grad tjenestene er i tråd med deres behov, forventninger og effekt. Tjenestekvaliteten bestemmes i stor grad gjennom møtet og relasjonen mellom personal og pasient, da relasjonen er et bærende element i psykiatrisk behandling. En nærmere presentasjon av kvalitetsbegrepet som følger, kan belyse hva og hvordan kvaliteten påvirkes og vurderes.

Kvalitet (av lat. *qualis*) betyr ”hvordan objektet virkelig er”, og henspiller på spesielle egenskaper for en aktuell gjenstand. Begrepet har forskjellig kulturelle assosiasjoner, og kan defineres på forskjellige måter, avhengig av den enkeltes ståsted og subjektive oppfatning. Norsk standard definerer kvalitet som ” i hvilken grad iboende egenskaper oppfyller krav”(Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Definisjon av kvalitet kan brukes om produkter, varer, tjenester, prosesser og kunnskap. Siden behov og egenskaper vil endre seg med tiden, mener Aune at kvalitetsvurderingen av et aktuelt produkt bør refereres til et tidspunkt (Aune, 1993, s.18).

Kvalitetsbegrepet brukes ofte i følgende tre betydninger:

- Produkt – og brukerbasert der hvor kvaliteten henspiller på produktegenskaper, og som tilfredsstiller brukernes behov, krav og forventninger. Det er brukeren eller kunden, som selv vurderer og avgjør kvaliteten. Kvalitet er her en målbar størrelse som kan variere, og som følgende gjør produktet enten bedre eller dårligere.
- Produksjonsbasert der hvor kvalitet er i tråd med spesifikasjonene – fravær av feil. Kvaliteten bedømmes ut fra om det virker slik det er forutsatt.
- Følelsesbasert der hvor kvaliteten representerer noe udefinert, men attraktivt og luksuriøst med høyere kostnad. Og som gjenkjennes når du ser det. En vanlig allmenn oppfatning.

(Aune, 1993, s.17)

Tjenestekvalitet

En helsetjeneste må ut fra ovenstående definisjon være av produkt – og brukerbasert karakter, fordi tjenesten brukes og oppleves av noen – og bestemmes av opplevd nyttefunksjon. Til syvende og sist er det nytten av tjenesten brukeren opplever, som gir den verdi. For at tjenesten skal gis, må det som oftest være et møte mellom tjenesteutøver og mottaker. Mottakeren må i hovedsak være delaktig i overlevering av tjenesten, og tjenesten skal forenklet sagt bidra til å hjelpe en bruker til å nå sitt mål (Aasbrenn, 2010).

Sosial og helsedirektoratet legger til grunn at for å kunne tilby helsetjenester av høy kvalitet må det jobbes kontinuerlig og bevisst med kvalitetsforbedring. Kvaliteten av tjenestene i psykisk helsearbeid bestemmes i stor grad av møtet mellom pasient og fagperson – og at effekten av tjenesten derfor er avhengig at disse møtene fungerer og at gode relasjoner utvikles. Tjenester og behandlingsinnhold må være basert på kunnskap om hvordan tjenester og tiltak virker, og virksomheten har ansvar for jevnlig å vurdere om behandlingstilbudet har god kvalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Vurderinger av kvalitet

Sosial- og helsedirektoratet gir følgende føringer for hvordan sosial- og helsetjenestene skal vurdere kvalitet i tjenestene. Det bygger på samfunnets føringer, hva som oppfyller lovverkets krav og hva som ut fra et faglig perspektiv gir best mulig tjenester til brukerne:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

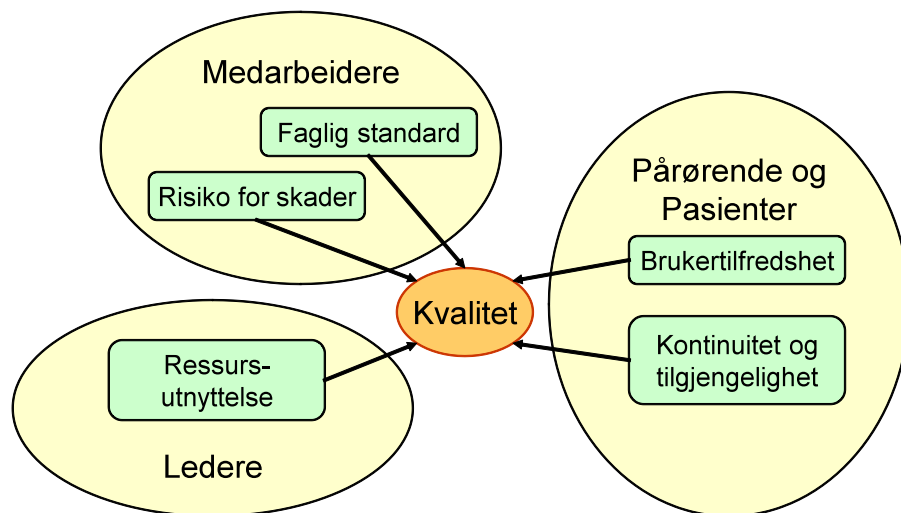
(Sosial- og helsedirektoratet, 2006)

Krav til tjenestene

I prinsippet er det tre typer krav som stilles til helsetjenesten. Det er krav fra myndighetene, fra helsetjenesten selv (som ansatte og profesjonskrav) – eller dens eiere, og fra brukerne. Myndighetskravene er krav stilt i lover, forskrifter, godkjenningsdokumenter

m.m.. Krav fra helsetjenesten selv eller eierne, kan være en forsterkning av myndighetskravene eller andre krav som ledelse eller eiere fastsetter. Statens helsetilsyn illustrerer dette på følgende måte:

Kvalitet i helsetjenestene



Figur 2: Kvalitet i helsetjenestene

(Statens helsetilsyn Utredningsserie 2, 1998)

Å ta hensyn til hvilke erfaringer den enkelte bruker eller pasient har, vil derfor være en sentral del av en kvalitetsprosess. Kvalitet er imidlertid ikke det samme som det maksimalt beste for den enkelte pasient. (Ot. Prp. nr.10 (1998-1999)).

Sosial – og helsedirektoratet påpeker at brukerkravene vil være individuelle og sammensatte, og at det videre ikke ligger i kvalitetsbegrepet at alle brukere må få sine individuelle krav innfridd for at tjenestene skal ha riktig kvalitet. Tjenesteyter må kartlegge de ulike individuelle krav brukerne har, og selv avgjøre administrativt eller politisk hvilke av disse kravene som skal innfris og gis status som brukerkrav. Brukerne bør imidlertid tas med på råd, og så langt det er forsvarlig og økonomisk mulig bør brukernes synspunkter tillegges betydelig vekt. Sosial og helsedirektoratet sier ”det er god faglig kvalitet når beslutninger om behandling, forebygging, pleie og omsorg baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak” (Sosial - og helsedirektoratet, 2006).

En annen definisjon av helsetjenestekvalitet er å forstå som ”i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap” (Rygh et al., 2010). Rygh et al. (2010) hevder at kvalitetsdefinisjonen er gjort uavhengig av de økonomiske rammebetingelser – som er et politisk ansvar. Faglig vurdert kvalitet er ut fra denne påstanden, uavhengig av politiske rammer og betingelser. Utøverne og ledere av helsetjenestene har derfor et økt krav til å synliggjøre og beskrive ovenfor beslutningstakere hva som er god pasientbehandling.

Påstanden om at faglig vurdert kvalitet er uavhengig av økonomiske rammer og betingelser, tolker jeg som teoretisk. Ideologisk sett er det kanskje slik, men praksis og erfaringer tilsier at kvaliteten blir satt på prøve mellom faglige vurderinger og rammebetingelser som ligger til grunn.

Kvalitetsindikatorer

Media har stor påvirkningskraft på publikum. Tabloidpressens presentasjoner av ”førstesideoppslag” om helsetjenestens feilbehandling eller mangel på behandling forekommer relativt ofte, og er lett i øyenfallende. Slike oppslag kan påvirke leserne til å oppfatte slike individuelle enkelthendelser som vanlige hendelser i helsetjenesten når det får stå ukritisert. Framstillinger av slike enkelthendelser inviterer ikke til refleksjon, og bidrar ikke til et balansert syn på helsetjenesten som sådan. Det tilhører sjeldenheten at media på samme nyhetsrelaterte måte, løfter fram historier om god og vellykket behandling. Flere oppslag om god behandling, gode resultater og fornøyde pasienter kan bidra til en mer rettferdig og balansert syn på helsetjenestene for innbyggerne. Men innslag om vellykket behandling, eller mer nyanserte framstillinger, er ikke av like stor interesse verken for media eller publikum. Når innbyggerne skal benytte helsetjenester vil deres syn og forventninger være farget av mediebildet.

Jorunn Kummen (2010) hevder at media er en innflytelsesrik samfunnsindikator for kvalitet i norske sykehus. Politikere og myndigheter blir stadig ansvarliggjort for kvalitetssvikt på tjenester de ikke selv er bevisst i utgangspunktet. Press fra media og befolkningen fører ofte til tiltak av preventiv karakter. Kummen mener at et velfungerende kvalitetsindikatorsystem vil kunne formidle mer representativ informasjon til folket, og

fungere som et demokratisk verktøy. Et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem vil være et politisk pålagt system for å kartlegge sykehusenes kvalitet på tjenester.

Norske myndigheter har forsøkt å implementere et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for spesialisthelsetjenesten siden 1995, uten å lykkes. I forsøk på innføringer av kvalitetsindikatorer har sykehuspersonell opplevd seg fremmedgjort med systemet, og redskapet har vært ansett som forsøk på å effektivisere arbeidsdagen deres ytterligere. Kritikken til kvalitetsindikatorer har hovedsakelig påpekt en oppsplittet oppbygning, og manglende legitimitet for valg av pasientgrupper og kvalitetsvariabler (Kummen, 2010).

Haukelien (2000) påpeker at sykehus er kunnskapsintensive bedrifter, og særtrekk ved slike bedrifter er at kriteriene for å vurdere kvalitet og resultater er svært uklare og flytende. Kriteriene vurderes subjektivt og påvirkes av de sosiale sammenhenger fortolkningsarbeidet foregår i. Målet for all virksomhet ved sykehuset som er helse, er såpass vanskelig å måle at man må gjøre bruk av andre indikatorer for å vurdere kvaliteten av ”produktet”. Indikatorerne som i seg selv er relativt forståelige, som for eksempel ”pasienttilfredshet” og ”medarbeidertilfredshet”, er likevel summen av mange faktorer som ikke kommer fram i slike kodifikasjoner, og som derfor er vanskelige å kontrollere. I tillegg blir resultatene målt i henhold til ”faglig kvalitet”, ”ventelister”, ”sykefravær”, ”budsjett” og ”produksjon” (Haukelien, 2000).

Kvalitetsforbedring

I en artikkel av Mathisen og Nordbø, om kvalitetsindikatorer, framheves viktigheten av risikoanalyser av uønsket resultat i arbeidet med kvalitetsforbedring. I motsetning til Rygh mfl.(2010), refererer forfatterne her til at kvalitet også er avhengig av rammevilkårene. De skriver i sin artikkel at tilsyn fra Riksrevisjonen og Statens helsetilsyn varsler om kontinuerlig oppmerksomhet på kvalitetsforbedring – og at vi i Norge har store utfordringer på dette område (Mathisen & Nordbø, 2001).

Videre sier de at pasienterfaringer viser at man ikke kan ta kvalitet og pasientsikkerhet for gitt. De refererer til nordamerikanske rapporter som peker på at kvalitet ikke bare avhenger av helsearbeideres innsats- og kompetanse, men også rammevilkårene for praksis. Derfor

er systematisk kunnskap og risikoanalyser av uønsket resultat en forutsetning for god virksomhetsstyring.

Med kvalitetsforbedring som mål, er blant annet fokus på pasienttilfredsheten med sykehustjenester viktig fordi tilfredshet også er en vesentlig forutsetning for framtidig bruk av sykehustjenestene. Pasienttilfredshet er imidlertid et subjektivt mål på kvalitet av tjenestene, slik pasienten vurderer dem. Vurderingene vil også påvirkes av individuelle variabler som blant annet kjønn, alder, diagnoser, og dessuten av forskjellige situasjonsbetingelser rundt pasienten (se kap.2).

Total kvalitetsledelse

Sykehuset er preget av en Total kvalitetsledelse - filosofi. Total kvalitetsledelse (TKL) er en styringsfilosofi som ble først brukt i industrien for at lederne skulle sikre kundene spesifikke produkter. Denne forretningsfilosofien utviklet seg med en økende erkjennelse av at en stram gjennomføring av TKL ville øke effektiviteten, redusere kostnader og bedre resultater. Formålet med TKL er å tilfredsstille kundens behov så effektivt og lønnsomt som mulig. For å få til det må innsatsen følge utviklingen, og fokus må kort sagt være ”å gjøre de rette tingene på rett måte, første gang og hver gang” (Munro-Faure, Lesley & Malcolm, 1993).

Fokusområdene i TKL er:

- Kundens behov i fokus (for å holde på og rekruttere nye kunder)
- Kartlegge behov og tilby et produkt som samsvarer med behovet, og produsere dette mest mulig effektivt for lavest mulige kostnader. På denne måten maksimeres fortjenesten.
- Kontinuerlig evaluering av aktiviteter og prosesser for å oppdage og endre u hensiktsmessige aktiviteter.
- Kvaliteten bestemmes av kundene.

(Munro – Faure, Lesley & Malcom, 1994)

Total kvalitets - filosofi er mer prosessorientert enn resultatorientert. Med gode prosesser og kontinuerlig oppmerksomhet rundt kundens behov skal det automatisk oppnås bedre

resultater (Kvalfors, 1998). Et slikt perspektiv henspeler til en tanke om at ”kunden har alltid rett”, siden kvaliteten bestemmes av kundene. I motsetning til i helsetjenesten hvor vurderinger av kvalitet har flere – og like viktige – innfallsvinkler. Og målet med offentlige helsetjenester er likeverdige og rettferdig fordelte tjenester, i motsetning til private bedrifter som har økonomisk fortjeneste som et hovedmål. Kundens behov er her (TKL) i fokus, i likhet med pasientenes behov i den offentlige helsetjenesten. Forskjellen mellom kunde og bruker/pasientstatus ligger i at en helsetjeneste ikke er brukerstyrt, men skal ha en brukermedvirkning. Og videre at tjenestekvalitet ikke kun bestemmes av pasienten, men også av både helsepersonell, ledere og offentlige føringer.

I sykehuset, og seksjonene, er det fortløpende fokus på rapportering, resultat – og målstyring på alle nivåer. Forskjellige tiltak som er opprettet i Sykehuset Østfold er eksempler i tråd med en total kvalitetsledelse - filosofi. Akuttmottaket i sykehuset Østfold ble ISO – sertifisert et par år tilbake. Forskjellige støttefunksjoner som lønn, IT og IKT områder er trukket ut, sentralisert og organisert i egne enheter for helseforetaket. Det er et høyt fokus på at de ansatte skal melde avvik og forbedringsområder i sykehusets synergisystem, med begrunnelse i at slike meldinger er viktige for å lære av uønskede hendelser og feil. En slik ”meldekultur” medfører vektlegging på kontinuerlig forbedring av prosesser og praksis, og mulighet for forebygging av uønskede hendelser. Bruk av slike meldinger vektlegges som et viktig ledd i pasientsikkerhetsarbeidet ved sykehuset, som er et sentralt satsningsområde.

De psykiatriske sengepostene har implementert pasientstyrt forbedringsarbeid som et ledd i kvalitetsforbedring og brukermedvirkning. Ansatte blir også deltagende i kvalitetsarbeidet i posten ved at resultatene fra PSFA presenteres i posten når en PSFA rapport er ferdigstilt, og tiltak ut fra den igangsettes. Hensikten videre er at neste PSFA rapport skal vise om tiltakene har hatt effekt.

Det har blitt opprettet lokale brukerutvalg på hvert enkelt DPS bestående av representanter fra DPS og brukerorganisasjonene som et ledd i brukermedvirkning. Sykehuset har også utarbeidet flere kliniske behandlingslinjer – som i praksis skal vise og benyttes som standard behandlingsforløp med utgangspunkt i en diagnose. Behandlingslinjer er ment som kvalitetssikring av pasientforløpet, utredning, behandling og oppfølging.

I sykehuset er det også fokus på at personalet skal involveres i pågående prosesser og endringsprosesser. Medarbeiderundersøkelser gjennomføres hvert år, med stort fokus på at flest mulig skal delta. Undersøkelsen gir ansatte anledning til å melde om hvordan de opplever arbeidsmiljøet. Videre skal ansatte få tilbakemeldinger om resultatene, og personalgruppen skal komme med forslag til bevaringsområder og endringsområder. De ansatte blir ansvarliggjort for eget arbeidsmiljø og egen arbeidshverdag ved deltagelse i arbeidet med oppfølging og utarbeiding av tiltak. Tiltakene skal nedfelles i handlingsplaner, og er personalgruppens ansvar å gjennomføre disse. Sykehuset har prosedyrer for HMS arbeid, og tilbakemeldinger fra ansatte gjennom årlige vernerunder skal systematiseres, prioriteres og nedfelles i HMS - handlingsplaner. Disse handlingsplanene blir ”offentliggjort” internt i sykehuset, slik at alle kan se hvordan forskjellige avdelinger jobber med HMS områder.

Kvalitetsarbeid i psykisk helsevern

Statens helsetilsyn har ansvar for å være pådriver for kvalitetsarbeid ved å gi råd og veiledning – slik at virksomhetene har effektive og helhetlige kvalitetssystemer. I 2001 kom Statens helsetilsyn med en utredning som omhandlet kvalitetsforbedring i psykisk helsevern – pasientstyrt forbedringsarbeid (PSFA) i psykiatriske sengeposter. Dette skulle være en pådriver og inspirasjon til å utvikle helhetlige kvalitetssystemer. Et fullstendig kvalitetssystem skal sikre god faglig standard på behandlingen og at pasientene er tilfredse med tjenestetilbudet.

Statens helsetilsyn antar at behandlingstilbud anses av god kvalitet når følgende 6 dimensjoner – av uavhengige størrelser – er oppfylt:

- Faglig standard
- Risiko for skader og bivirkninger
- Tilgjengelighet
- Kontinuitet
- Brukertilfredshet
- Ressursutnyttelse

Det betyr at pasientene kan oppleve å bli godt ivaretatt, selv om det samtidig gis en behandling som ikke er i henhold til oppdatert faglig standard. Alle 6 dimensjonene må ligge til grunn for å jobbe med kvalitetsarbeidet i døgnpostene.

I klinikk psykisk helsevern i Sykehuset Østfold har alle psykiatriske sengeposter innført pasientstyrt forbedringsarbeid (PSFA). PSFA er en metode for kvalitetsforbedring på enhetsnivå, og baseres på individuelle intervjuer av egne pasienter. Erfaringene pasientene presenterer, skal være veiledende for valg av forbedringstiltak i enheten. Når tiltak er iverksatt kan nye intervjuer kunne synliggjøre at tiltakene har hatt effekt.

Spørsmålene i PSFA omhandler pasientenes erfaringer og opplevelse, og ikke hvordan de vurderer tjenestene. Ofte har pasienterfaringer blitt registrert ved å stille spørsmål om i hvilken grad de er tilfredse med behandlingstilbudet. Et slik globalt mål av tilfredshet kan gi uforholdsmessig høy pasienttilfredshet. Pasienttilbakemeldinger på hendelser i behandlingsforløpet blir derimot mer nyanserte, konkrete og gir et bedre grunnlag for å jobbe med konkrete endringstiltak. (Statens helsetilsyn, 2001).

I seksjonen jeg undersøker, har dette arbeidet med PSFA pågått siden 2002. Det er et relativt omfattende arbeid da alle innlagte pasienter tilbys et individuelt intervju, med fagutviklingsrådgiver i seksjonen, før utskrivelse. Intervjuet inneholder 8 delområder med inntil 8 spørsmål innen hvert av områdene. Pasienttilbakemeldingene skal bearbeides – anonymt – og legges inn i en elektronisk mal når 15 pasienter har svart. Malen viser resultatene ved hjelp av edderkoppnett, statistikk, og i tillegg kommentarer pasientene gir i tillegg til spørsmålene. Samlede erfaringene skal bidra som tilbakemelding på arbeidet som utøves i sengeposten, og synliggjør med dette, pasienterfaringene og pasientperspektivet på behandlingen.

3.6 Helsetjenesteforskning om pasienttilfredshet

Jeg undersøker mulige sammenhenger mellom medarbeiderundersøkelse (MAU) og pasientstyrt forbedringsarbeid (PSFA) som en del av undersøkelsen i denne oppgaven, i tillegg til intervjuer. Hovedanliggende er å finne ut hva som påvirker pasienttilfredsheten, og om det kan spores til faktorer i arbeidsmiljøet.

Pasienterfaringer dreier seg om det som har skjedd, og opplevd. En evaluering derimot er et direkte uttrykk for pasientens vurdering av kvalitet. I evaluering ligger det en subjektiv fortolkning, en valør. I følge Olaug Lian kan man ikke trekke slutninger fra det ene til det andre (2005, s.141 – 155). Pasientstyrt forbedringsarbeid innhenter erfaringer pasientene har gjort i løpet av behandlingsoppholdet, gir derfor tilbakemeldinger på hva de konkret har opplevd innenfor essensielle definerte områder.

Studier av evalueringer gir gjerne mer positive resultater enn studier med utgangspunkt i erfaringer. I kvantitative u.s. svarer 75 – 80 % positivt når det er spørsmål om tilfredshet med kvalitet på helsetjenestene (Collins & O`Cathain, gjengitt etter Foss & Ellefsen, 2005). Dette hevder Lian er på bakgrunn av det asymmetriske forholdet mellom hjelpetrengende og profesjonell hjelper – pasienter vil ikke, og ”kan ikke” overprøve fagkunnskap (Lian, 2005, s.141 – 155).

Lian hevder videre at det er i studier med komparativt design at kan man se om endringer har skjedd, og da flyttes fokuset fra hva pasientenes svar er uttrykk for. En hovedutfordring blir å tolke variasjoner og forklare hvorfor de har oppstått. Kvantitative studier gir mer positive resultater enn kvalitative studier, flere uttrykker tilfredshet når spørsmålene er vidt formulert, enn snevrere. Og folk tenderer å si seg tilfredse – de vil ikke svare negativt.

Kvantitative undersøkelser fanger nødvendigvis ikke opp alle aspekter rundt erfaringer og indirekte tilfredshet. Metoden bruker svar til å kartlegge hyppighet av forekomst og sammenhenger, ved hjelp av statistiske analyser. Kvalitative metoder har som et mål å fortolke og forstå hvordan verden ser ut fra informantens ståsted. Kvalitative data består av et fåtall tilfeller, men mange variabler, slik at man kan få detaljert dybdekunnskap om det man undersøker. (Lian, 2005, s.141 – 155).

Lian sier videre at økning i tilfredshet ikke har samme forklaring som nedgang i tilfredshet – endringer kan ha helt spesifikke forklaringer. Lians studie av pasienttilfredshet ved fastlegeordningen (2005, s.141 – 155) tolket det dit hen at strukturorienterte teorier om pasienttilfredshet er relevante som forklaring, og derfor kan observerte mønstre i pasientopplevd kvalitet være en indikator på kvaliteten i tjenestetilbudet. Data fra hennes undersøkelse ga støtte til at teori om pasienttilfredshet ikke i utgangspunktet er et uttrykk for trekk ved pasientene, men at de kan avdekke strukturelle variasjoner i grad av tilfredshet. Variasjonene kan forklares i trekk ved tjenestetilbudet, som tjenestens kvalitet.

Selv om det er metodeproblemer ved studier, gir slik konklusjon støtte til teori om at forskning på pasienterfaringer kan si oss noe om kvaliteten på helsetjenestene. I hvert fall slik det ser ut fra pasientenes ståsted.

Tilfredshet har trolig forskjellige forklaringer avhengig av hvilke tjenester det er snakk om og hvilke aspekter ved disse som tas utgangspunkt i. Ulike sider av tjenestene, som tekniske og faglige sider, tilgjengelighet, ventetid og kommunikasjon er assosiert med ulike variabler. (Lian, 2005, s.141 - 155).

At pasienttilfredshet har forskjellige forklaringer hevdes også av Frich og Ramlet (2004). De beskriver at pasienterfaringer er en av flere kvalitetsindikatorer og uttrykker egenskaper ved pasienten, prosesser i møte med helsepersonell og pasient, strukturelle og organisatoriske forhold ved en avdeling og sykehuset som helhet og opplevelse av resultatet av behandlingen.

Videre påpeker de at sammenligninger av pasienttilfredshet mellom avdelinger er vanskelig på tvers av ulike sykdomsgrupper. Kognitiv svikt, sykdommens karakter (alvorlighetsgrad og utsikter til kurativ behandling) lar seg ikke korrigere med alder, kjønn, utdanning eller et generelt mål for helsestatus. Til eksempel kan rammevilkår som bemanning og kapasitet påvirke pasienttilfredsheten og gi dårlig resultat som i utgangspunktet ikke har årsaksfaktorer knyttet til personalets innsats, men som er knyttet til behov for strukturelle endringer (Frich & Ramleth, 2004).

Artikkelen påpeker at både individuelle, relasjonelle og strukturelle forhold kan påvirke pasienttilfredsheten. Det blir derfor viktig å identifisere hvilke faktorer som fører til pasienttilfredshet og hvilke faktorer som fører til redusert pasienttilfredshet, som antagelig i følge Lian, ikke er de samme.

3.7 Teorier om pasienttilfredshet

I min undersøkelse vil jeg finne nærmere ut av forhold som påvirker pasienttilfredsheten. For å forklare påvirkninger, og variasjoner av pasienttilfredshet, vil jeg følgende presentere relevante teorier for pasienttilfredshet.

Aktørorientert teori

Aktørorientert teori forklarer graden av tilfredshet ikke som uttrykk for kvalitet på tjenesten, men uttrykker noe ved pasienten selv som medfører en vurdering av helsetjenesten så strengt eller mildt som vedkommende gjør (Hofoss, gjengitt etter Foss & Ellefsen, 2005). Følgende faktorer i tilknytning til pasienten ansees som betydningsfulle i denne sammenhengen:

- Psykologiske faktorer
- Sosiale faktorer
- Økonomiske faktorer
- Helsemessige faktorer

Internasjonale studier av pasienttilfredshet viser svært ulike resultater både med hensyn til om disse faktorene i det hele tatt er viktige, og på hvilken måte de er assosiert med grad av tilfredshet (Bjørnskau & Stene, gjengitt etter Foss & Ellefsen, 2005)

En annen pasientorientert teori går ut på at tilfredshet i stor grad uttrykker forholdet mellom forventninger og resultater (Thompson & Suñol, gjengitt etter Foss & Ellefsen, 2005). Andre bestrider dette fordi det har liten støtte i empiriske studier, og den bygger på urealistiske forutsetninger som blant annet at pasienter alltid har klart formulerte forventninger til kontakten med helsevesenet – og ettersom forventninger er delvis kulturelt betinget, kan det være en sammenheng mellom pasienters forventninger og deres sosiale kjennetegn.

Oppsummert hevder Lian at er det få eller ingen klare mønstre å spore med hensyn til hvordan trekk ved pasienter påvirker deres tilfredshet, da de fleste faktorer slår ulikt ut i ulike studier (2005, s.141 - 155).

Relasjonelle teorier

Relasjonelle teorier vektlegger faktorer som ligger mellom aktørene – knyttet til samhandling dem imellom. Som eksempel forholdet pasient og profesjonell hjelper. Det antas at pasienttilfredshet uttrykker forhold ved samhandlingen mellom hjelper og pasient, som:

- Tidsbruk
- Kommunikasjon
- Informasjon
- Kontinuitet

Mangel på informasjon og kommunikasjon kan gi misnøye, kontinuitet og tillit kan føre til tilfredshet. Dette er i tråd med resultatet fra Guldvogs studie (se kap.2), hvor pasienttilfredshet samvarierte med blant annet stor grad av kontinuitet blant helsepersonellet. Samhandling vil også påvirkes av de deltagende aktørene – eksempelvis vil trekk ved helsearbeideren som faglig dyktighet, og personlige egenskaper som lydhørhet og omsorgsevne virke inn på denne samhandlingen. I tillegg vil individuelle trekk ved pasienten medvirke i relasjonen og kommunikasjonen, som for eksempel pasientens kognitive forutsetninger. Så individuelle aspekter er ikke fraværende i et relasjonelt teoretisk perspektiv – de er satt inn i en relasjonell forståelse.

Strukturorienterte teorier

Strukturorienterte teorier vektlegger trekk ved:

- Institusjoner
- Formelle systemer
- Strukturer

Pasienttilfredshet betraktes i denne sammenheng som et resultat av forhold ved tjenestetilbudet. Tjenestenes organisering og finansiering antas å ha betydning for pasientenes tilfredshet. Strukturelle forhold vil selvsagt virke sammen med individuelle og relasjonelle forhold, ettersom strukturer legger føringer både på aktørene og på samhandling mellom dem. Her kan for eksempel forhold rundt tjenesteutformingen og rammevilkår være relevante.

Lian henviser til at forskning på pasienttilfredshet gir støtte til både aktørteorier, relasjonelle teorier og strukturorienterte teorier. Men at det samlet sett er lite grunnlag for å si noe generelt om hva som kan forklare variasjoner i pasienttilfredshet. Hun mener svarene avhenger av kontekst som:

- Hvilke type tjenester det handler om
- Hvilket land vi befinner oss i
- Klasse og etnisk bakgrunn større betydning i land med store klasseskiller og store grupper av etniske minoriteter
- Hvor i helsesystemet vi befinner oss
- Hvilket spesialiseringsnivå. Primærhelsetjenesten jobber mer ansikt – til – ansikt – relasjoner, dermed vil egenskaper ved hjelperen her ha større betydning enn i sykehus – settinger.
- Sider ved tjenestene – som tekniske og faglige sider, tilgjengelighet, ventetid, kommunikasjon ser ut til å være assosiert med ulike variabler

Lian mener at det med dagens kunnskap er vanskelig å utvikle gode hypoteser for empiriske studier. Det kan derfor være nødvendig med en mer utforskende design. Valg av data og metoder tar direkte og indirekte stilling til teorier om hva pasienttilfredshet er uttrykk for. Derfor mener Lian at det er viktig å tenke gjennom teoretiske forutsetninger en studie bygger på når man skal arbeide med forskningsdesign. (Lian, 2005, s.141 - 155).

3.8 Et ytterligere relasjonelt perspektiv

Psykisk helsearbeid har relasjonsarbeidet som en bærende kjerneoppgave, og er et fagfelt hvor hjelperen bruker seg selv som verktøy i tilrettelegging av kommunikasjonsarbeid og dialog med pasientene. Relasjonen danner et vesentlig fundament i på bakgrunn av respekt, tillit og forståelse. Kommunikasjonen og dialogen er avhengig av den enkelte hjelpers kompetanse og pasienten som mottaker, i tillegg til at omgivelsene har en tilretteleggende funksjon for relasjonsarbeidet. I døgnsesjonen ved DPS er miljøterapi en hovedbestanddel av behandlingen. Miljøterapi innebærer en systematisk og planlagt tilrettelegging av omgivelsene slik at den skal ha en terapeutisk funksjon.

Aktørorienterte teorier er ikke irrelevante i forklaringer av pasienttilfredshet, men av mer indirekte forklarende karakter i denne sammenhengen slik jeg tolker det. Funn Gabrielsen gjorde (se 2.6) viser at brukeropplevde kvalitetsvurderinger påvirkes av forventninger og erfaringer. Videre viser hun til at personlige egenskaper ved respondentene (som kjønn,

alder, sivilstatus og lignende) hadde signifikant sammenheng med tilfredsheten.

Brukertilfredshet som mål på kvalitet blir dermed av subjektiv karakter og ikke et objektivt mål på kvaliteten.

Artikkelen i tidsskriftet Norsk Lægeforening, påpeker også at individuelle forhold som blant annet diagnose, prognose, kognitive funksjoner påvirker den opplevde pasienttilfredsheten. Hvordan pasienten mottar, reflekterer og fortolker det som skjer, er en viktig forutsetning for hvordan pasienten opplever og vurderer behandlingen. Hvordan vi som mennesker tolker det som skjer avhenger av individuelle forutsetninger som kognisjon, tilstand, forståelse og kunnskap.

Funn og forklaringer gjort av Friis (gjengitt etter Jørgensen et al., 2009) fra psykiatriske avdelinger, fremhever at pasientgrupper har forskjellige behov fra behandlingsmiljøet ut fra sykdommens karakter, altså hvordan sykdommen påvirker individet og dets evne til å kommunisere, forstå, tolke og uttrykke seg. Det eksemplifiseres med at pasienter med psykoselidelser i større grad vil være i behov av støtte, struktur og organisering i et behandlingsmiljø, enn det pasienter med ikke psykotiske lidelser er. Sett i et slikt lys vil jeg anta at trekk ved pasienten eller pasientgruppen, som for eksempel pasientens lidelse og funksjonsnivå, påvirker deres fortolkninger av kommunikasjonen som skjer. Trekk ved pasienten, eller forutsetninger, som psykologiske og helsemessige faktorer, vil således påvirke deres opplevelse og fortolkninger, og derfor deres subjektive vurdering av tilfredshet.

Med bakgrunn i kunnskap og erfaringer om psykiske lidelser og psykologisk fortolkningsarbeid, blir pasientgrupper med forskjellige psykiske lidelser møtt med forskjellige måter å kommunisere på. Og miljøterapeutiske tilnærminger tilrettelegger med bakgrunn i pasientgruppenes behov. Når pasientgrupper møtes på forskjellige måter for eksempel i et miljøterapeutisk perspektiv, er det på bakgrunn av at de har forskjellige behov og nyttiggjør seg forskjellige kommunikasjonsmåter i dette relasjonsarbeidet.

Miljøterapi

Ved døgnseksjonen i DPS (som ved andre psykiatriske døgnavdelinger) er miljøterapi det bærende hovedelementet i behandlingen. Miljøterapi har som intensjon å tilrettelegge psykologisk, sosialt og fysisk miljø for individer og grupper ut fra deres situasjon og

behov. Hensikten med miljøterapi er å tilrettelegge miljøet slik av pasientene har muligheter for å oppnå læring, mestring og personlig ansvar. Andersen (1997, s. 12) beskriver blant annet det relasjonelle perspektivet i miljøterapien:

Miljøterapi innebærer en reflektert, aktiv og kreativ nyttiggjørelse av de til enhver tid tilgjengelige ressurser i en gitt situasjon. Hensikten er å legge til rette for utvikling, vekst og modning, å gi gode og overførbare relasjonserfaringer og derigjennom fremme og tydeliggjøre samhandlingsmønstre.

Samhandling

Samhandling er den sentrale aktiviteten i miljøterapien i behandlingen av psykiske lidelser, og jeg skal følgende presentere hvordan et samfunnsvitenskapelig perspektiv ser på samhandling. Samfunnsforskere betegner følgende tre utgangspunkt som de mest vanlige forklaringer på menneskelige handlinger:

- Alle mennesker er av natur like – og handler derfor likt
- Alle mennesker er unike – og handler derfor på individuelle måter (forskjellig)
- Noen mennesker er mer like enn andre – og de som er like (grupper) handler likt

(Wadel, 1990, s.12)

Samfunnsvitenskapen tar sitt utgangspunkt i forklaringer som handler om at noen mennesker er mer like enn andre, og kategoriserer mennesker i kulturer, grupper eller status-sett. Dette utelukker ikke at mennesker er unike eller at alle mennesker har noe felles, men det er en måte å velge bort ulikhetene til fordel for likhetene, som er viktigere. Samfunnsvitenskapen er videre opptatt av hvordan dette kan forklares, og velger å studere forklaringene i et sosialt eller relasjonelt perspektiv. (Wadel, 1990, s. 14).

Wadel beskriver at samfunnsvitenskapen er opptatt av å finne fram til fordelinger og mønstre i samfunnet, og betegner det som foregår mellom folk som samhandling. Samfunnsforskere søker svar i hvorfor – ikke bare hvordan – sosiale mønstre framtrer, og at samhandling kan sees på i lys av tre samhandlingsformer, som i større eller mindre grad opptrer samtidig:

- Bytte – du gir meg noe og får noe tilsvarende tilbake fra meg
- Makt / avhengighet – hvis du ikke gjør som jeg vil, gjør jeg noe ufordelaktig for deg
- Inkorporasjon – du gjør for meg fordi jeg er den jeg er og du er den du er

(Wadel, 1990, s.75)

I samfunnsvitenskapelig analyse er det vanlig at samfunnsforskeren beskriver samhandling ved pressing av et bestemt perspektiv på et status - sett, eksempelvis bytte. Ved å presse et slikt perspektiv på en samhandlingssituasjon, kan det bidra til å gjøre observasjoner om til data. Dette er en måte å begrepsfeste og teorifeste ting vi ikke umiddelbart ser som relevante. En slik begrepsfesting kan bidra til en mer systematisk måte å diskutere hva samhandling går ut på.

Wadel (1990) henviser til Emerson, som tar utgangspunkt i at makt sjelden er generell og tillagt en person eller gruppe – og at det derfor er viktig å spesifisere hvem som har makt over hvem, og hva makten er basert på. Ved å trekke inn avhengighet i maktperspektivet, synliggjøres at makt ligger til sosiale relasjoner, og at man må besitte bestemte ting for å ha makt. Når man betrakter makt og avhengighet samtidig, blir betydningen satt i et relasjonelt perspektiv. Makt har med andre ord sitt grunnlag i andres avhengighet. Emerson presenterer fire balanse- operasjoner som er i tråd med velkjente sosiale prosesser, og viser med de hvordan et avhengighetsforhold kan opphøre ved å redusere makten. (Wadel, 1990, s. 80)

Maktbegrepet er et negativt ladet begrep som etter hvert har fått stort fokus innen psykisk helsevern, og i tvangsbehandling innen psykisk helsevern spesielt. De siste årene har det blitt avdekket forhold fra psykisk helsevern og andre institusjoner, som vitner om maktmisbruk og overgrep av sårbare grupper. Makt og avhengighet er et viktig og aktuelt tema å være oppmerksom på innen psykisk helsevern, så vel som innen arbeid med andre utsatte grupper.

Pasientene med psykiske lidelser er i sårbare livssituasjoner når de har behov for behandling. For et menneske som kommer til behandling for sin psykiske lidelse, innebærer det avdekking av eget privat fortolknings- og følelsesliv. Psykiske plager og lidelser dreier seg i større eller mindre grad om uhensiktsmessige tanker, følelser og handlinger individet har, og som kommer til uttrykk i samhandlingen (eller mangelfull

samhandling) med andre mennesker. Å skulle hjelpe mennesker i sine mest sårbare faser, og som i større eller mindre grad strever med å målbære egne behov, krever høy etisk bevissthet blant hjelperne – fordi pasientene er sårbare og står i et avhengighetsforhold til sine hjelpere.

4 Metode

Jeg spør meg om det er en sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet. Arbeidsmiljøet sees på som en uavhengig variabel i problemstillingen, og pasienttilfredshet er den avhengige variabelen. Først ser jeg på resultatene fra medarbeiderundersøkelsen og det pasientstyrte forbedringsarbeidet fra 2010. Deretter supplerer og utdyper jeg problemstillingen gjennom intervjuer. Gjennom intervjuene ser jeg nærmere på hvilke faktorer som påvirker personalets arbeidsmiljø og deres jobbutførelse – og hvilke faktorer som påvirker behandlingen og pasienttilfredsheten.

Jeg har valgt å bruke min egen arbeidsplass i denne undersøkelsen, en døgnsesksjon med 3 poster som jeg ser på som 3 case. I empiridelen presenterer jeg resultatene fra medarbeiderundersøkelsen (MAU) og pasientstyrt forbedringsarbeid (PSFA) fra 2010. Intervjuguiden utarbeidet jeg med tidligere forskning og rapporter (i kap.2) 2) som bakgrunnsteppe. De tidligere angitte studiene viser til aktuelle områder for sammenhenger mellom arbeidsmiljø, personaltilfredshet og pasienttilfredshet. På bakgrunn av de tidligere studiene og rapportene, avgrensner jeg områder fra både MAU og PSFA til det jeg oppfatter som mest konkret og relevant for min problemstilling ”er det en sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet?”.

En kvalitativ hermeneutisk metode

En hermeneutisk tilnærming betyr å fortolke og forklare. Jeg søker å fortolke og forklare resultatene fra både MAU, PSFA og intervjuene. Min hensikt er å få en oversikt over aktuelle områder ved å bruke kvantitative data fra medarbeiderundersøkelsen og PSFA. Tidligere forskning (se kap.2) har bidratt til en bredere forståelse av aktuelle sammenhenger som kan være relevante for min oppgave, og belyst områder som er hensiktsmessige å se nærmere på i min problemstilling. Dette har bidratt til identifisering av tema og spørsmål som er aktuelle å benytte i intervjuer med ansatte og pasienter. Til sammen danner dette grunnlaget for empirien i denne oppgaven.

Skåringer og resultater fra MAU og PSFA, er kvantitative sekundærdata. Sekundærdata innebærer at de er innsamlet og analysert av noen andre på et tidligere tidspunkt. Data fra undersøkelsene fremstilles i tallmateriale, og er derfor av kvantitativ karakter. Tolkninger gjør jeg i lys av konteksten for de respektive undersøkelsene, henholdsvis arbeidsmiljøforutsetninger for personalet – og postene og behandlingsforholdene for pasientene. Mennesker blir påvirket av det sosiale miljøet de omgis av på det angitte tidspunktet, og erfaringer som gjøres må sees i lys av disse omgivelsene.

Kvalitativt intervju

Formålet med et kvalitativt forskningsintervju er å få tak i individets opplevelse og perspektiv på et tema, og samtalen er et godt verktøy for å få tak i dette. Intensjonen med å bruke kvalitative forskningsintervjuer, er å kunne tilføre noe annet og forskjellig fra hva bruk av kvantitativ metode kan tilføre. I et individuelt intervju kan jeg få data om hva informantene identifiserer som sentrale faktorer for kvalitet, behandling og arbeidsmiljø. Intervjuformen gir informantene muligheter for å eksemplifisere og utdype temaene nærmere. På bakgrunn av dette kan intervjuene tilføre mitt forskningsområde noe mer enn det som er mulig å hente informasjon om fra medarbeiderundersøkelsen og PSFA, og være et viktig supplement til tidligere studier og rapporter som jeg støtter meg til i denne oppgaven.

Med problemstillingen ”er det en sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet” ser jeg på arbeidsmiljø som en uavhengig variabel og pasienttilfredshet som avhengig variabel. Gjennom personlige intervjuer med pasienter og personal ønsket jeg å få belyst og utdypet viktige faktorer for pasienttilfredshet og arbeidsmiljø. Et kvalitativt intervju er en kvalitativ metode av fenomenologisk karakter. Fenomenologi har til hensikt å avdekke dagliglivets erfaringer og opplevelse – og la fenomenen stå fram på egne premisser (Aadland, 2011).

Jeg benytter kvalitativt intervju for å finne nærmere ut av hva pasienter og personalet mener er god behandling, hva som skal til for å få til god behandling, hva et godt behandlingsmiljø består av, hvordan de opplever at personalet har det på jobb – og hvordan personalets arbeidssituasjon påvirker pasientenes behandlingsopphold. Data fra intervjuene er å betrakte som primærdata.

Intervjuene har en intensiv design som kjennetegnes ved at de går i dybden på et problem, og kan avdekke flere forhold ved noen få tilfeller. Styrken er at det bidrar til å få frem relevante data, informasjonen er knyttet til konteksten, og dataene har stor intern gyldighet. Jeg vil intervjuer henholdsvis 2 pasienter og 2 personal fra hver av de 3 enhetene rundt noen områder som kvalitet, innhold i behandling og arbeidsmiljø.

Det er å anse som en deduktiv tilnærming når jeg ser på teoretiske sammenhenger for å belyse problemstillingen. Når jeg benytter personlige intervjuer er det en induktiv tilnærming som åpner for fortolkninger av data – og om gir mulighet for å se på andre sammenhenger. Denne tilnærmingen vil gi meg muligheten til å gå mer i dybden for å få fram mange nyanser og få en større helhetlig forståelse av sammenhengen mellom intervjuobjektene og omgivelsene de inngår i. Dataene er derimot ikke generaliserbare. (Jacobsen, 2005).

Intervjuene jeg foretar av personal inneholder de samme spørsmålsområdene som pasientene. Jeg ønsker å undersøke hva personalet mener skal til for å få til god behandling, hvordan de opplever behandlingsmiljøet og eget arbeidsmiljø, hvordan det er tilrettelagt for at personalet skal kunne gjøre en god jobb og hvordan de tror arbeidsmiljøet påvirker pasientene. I utgangspunktet skulle jeg intervjuer 2 personal og 2 pasienter fra henholdsvis post 1, post 2 og post 3 – til sammen 12 intervjuer. Det lot seg bare å få intervjuet 1 pasient fra post 3, da det var for altfor få pasienter inneliggende i det aktuelle tidsrommet for intervjuene.

Gjennomføring av intervjuene

Gjennomføring av personlige intervju i denne undersøkelsen er søkt og godkjent NSD i henhold til personvernet, og det er videre meldt og godkjent ved forskningsavdelingen i sykehuset jeg jobber (vedlegg 1 og 2).

For å rekruttere intervjuobjekter hadde jeg utarbeidet et informasjonsskriv (vedlegg 3) som jeg distribuerte samtidig med at jeg informerte muntlig på felles morgenmøter i de respektive postene. Til pasientene formidlet jeg i tillegg samtykkeerklæringer (vedlegg 5), som de leverte meg underskrevet før eller når de kom til intervjuet. Jeg gikk bredt ut med invitasjonen, og oppfordret interesserte til å ta kontakt med meg dersom de var interesserte i å delta.

Jeg foretok intervjuene på mitt kontor. Intervjuguider ble utarbeidet i forkant for min egen del, for henholdsvis pasientene og personalet (vedlegg 4 og 6), med et sett delvis åpne spørsmål. Guiden brukte jeg som mal og påminnelse for min egen del under intervjuet.

Det var viktig for meg å informere kort i oppstarten av det enkelte intervju – både ovenfor pasientene og personalet. Informasjonen besto av at det er forskjell i hvilken rolle jeg har i seksjonen - og hva min rolle var i denne intervjusituasjonen. Videre informerte jeg om at jeg har taushetsplikt, at intervjuet var fortrolig, at ingen opplysninger de kom med skulle bringes tilbake – eller brukes – direkte inn i personalgruppen eller tilsvarende, som en slags tilbakemelding. Videre at pasientenes kjønn, alder, diagnoser og tilsvarende ikke var relevant, og informasjon de kom med ikke skulle kunne identifiseres tilbake til den enkelte.

Både pasienter og personal ble i intervjusituasjonen gitt mulighet til å svare fritt og nyansere der de hadde mye å formidle. Jeg styrte intervjuet ved å stille spørsmål som startet med hva, hvordan og hvilken – og fulgte kun opp med oppfølgingsspørsmål der det var behov for nærmere oppklaringer. Noen hadde mye på hjertet og var innom flere områder uten at jeg hadde stilt spørsmål. Da lot jeg intervjuet gå sin gang, og sjekket for min egen del underveis, og oppsummert, om det var noe jeg ikke hadde fått svar på.

Under intervjuet benyttet jeg digital opptaker, slik at jeg kunne konsentrere meg om intervjusituasjonen. Jeg ga uttrykk for at det var helt uproblematisk for meg å respektere ønsket fra en pasient som ikke ville at jeg benyttet opptaker under intervjuet. Der tok jeg notater i stedet. Etter intervjuene transkriberte jeg, systematiserte opplysningene under spørsmålene i intervjuguiden, og samkjørte svarene fra henholdsvis pasientene og personalet for å få en bedre oversikt over intervjumaterialet.

Data fra MAU og PSFA

Jeg avgrensner områdene fra MAU og PSFA som er mest relevante for problemstillingen. Et av 11 hovedområder jeg har undersøkt nærmere fra MAU er ”arbeidsmiljø og samspill”. Fra PSFA har jeg fokusert på 5 av 8 delområder som følger ”respekt fra personalet”, ”støtte fra personalet”, ”sosialt miljø på avdelingen”, ”medvirkning i egen behandling” og ”opplevd nytte av behandlingen”. Jeg sammenlikner resultatene fra MAU fra de tre postene, ved å se på variasjoner i resultater som likheter og forskjeller, både innad i posten og sammenlignet med de øvrige 2 postene.

Tilsvarende gjør jeg når jeg ser på resultatene fra PSFA fra de 3 postene ved å konsentrere meg om variasjoner internt i posten og se på variasjoner i forhold til de andre postene. Som nevnt er det flere underspørsmål i områdene jeg presenterer fra MAU og PSFA som til sammen danner det sammenlagte skåringsresultatet. Det blir for omfattende å presentere alle spørsmålene i denne oppgaven, men jeg trekker fram og diskuterer de jeg vurderer som mest relevante for hovedårsaken til det samlede skåringsresultatet.

Medarbeiderundersøkelsen er en kvantitativ undersøkelse. Det er mange spørsmål om alle hovedområder i forbindelse med jobben og arbeidsmiljøet. Spørsmålene besvares individuelt ved et elektronisk spørreskjema. Spørsmålene er utformet som påstander, og arbeidstakerne skal svare ut fra i hvilken grad på en skala fra 1 – 5 de sier seg enige. Eksempelvis ”vi oppmuntrer hverandre til å tenke ut måter å gjøre tingene bedre i min enhet” eller ”jeg får utvikle meg faglig gjennom jobben”. Svarene sendes inn og administreres sentralt i sykehuset. Det lages rapporter samlet for hver seksjon, og ned til de enkelte enheter, som lederne får oversendt for gjennomgang sammen med medarbeiderne.

Det pasientstyrte forbedringsarbeidet foretas gjennom personlige og strukturerte intervjuer av fagutviklingsrådgiver i seksjonen. Spørsmålene omhandler personlige erfaringer og kan karakteriseres som en kvalitativ metode med kvantitative data. Det er ca. 50 spørsmål utformet som for eksempel ”ble du tatt i mot på en god måte da du ble innlagt” og ”har personalet vært høflige og interesserte i deg”. Svaralternativer angis i tall 0, 1 eller 2 hvor 0 betyr nei, 1 betyr delvis og 2 betyr ja. Avslutningsvis kan pasientene kommentere hva de var mest og minst fornøyd med. Når 15 pasienter fra en enhet har deltatt på intervju, legges disse 15 tilbakemeldingene inn i en elektronisk mal slik at de danner edderkoppnett og grafer. Kommentarene er av kvalitativ karakter da pasientene kan bruke egne ord og utdype hva de mener, men de øvrige spørsmål skal ”skåres”.

I min undersøkelse er data fra medarbeiderundersøkelsen og PSFA å betrakte som sekundærdata, siden de er innhentet av andre enn meg selv, ut fra en annen problemstilling eller intensjon (Jacobsen, 2005). Ved gjennomføring av personlige intervjuer vil tilbakemeldingene være å betrakte som primærdata.

Case

Case - studier fokuserer på kontekst og samspillet mellom mennesker og kontekst. Denne tilnæringsmåten, som er en induktiv tilnærming, egner seg godt når man ønsker en dypere forståelse av en spesiell hendelse. Den vil ikke teste teorier eller generalisere funn. Studieobjektet er avgrenset i tid og rom, som for eksempel her en seksjon, og er godt egnet når ønsker å beskrive hva som er spesifikt med det spesielle stedet. Det hevdes at case - studie også egner seg til teoriutvikling, da man kan finne ting man ikke var klar over på forhånd, fordi man går i dybden på et enkelt tilfelle. Slike funn kan gi utgangspunkt for hypotesedannelse, som senere kan testes gjennom andre case - studier, eller andre typer studieopplegg. (Jacobsen, 2005).

Jeg ser på 3 poster i en seksjon som 3 case. Enhetene har forskjellige personalgrupper og pasientgrupper. Ved å se på de 3 enhetene som 3 case, kan det bidra til å kunne gå i dybden og sammenligne enhetene for å oppdage likheter og forskjeller både i arbeidsmiljøet og i pasienttilbakemeldinger.

Medarbeiderundersøkelsen og PSFA er av ekstensiv karakter – de inneholder kvantitative data fra mange enheter – og mange personer som har svart. Ekstensive undersøkelser egner seg godt både til å se sammenhenger mellom forskjellige forhold og til å få fram forskjeller og likheter mellom enheter. I undersøkelsene jeg ser på er svaralternativene og spørsmålene gitt før undersøkelsen igangsettes, og er i følge Jacobsen (2005) da en deduktiv tilnærming til en problemstilling.

Kausalitet

Jeg spør meg om det er en kausal (årsak – virkning) sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet. Arbeidsmiljøet er her en uavhengig variabel i problemstillingen, og pasienttilfredshet er den avhengige variabelen. Først ser jeg på hva personalet og pasientene har svart på undersøkelsene i 2010. Så supplerer og utdyper jeg det ved å se nærmere på hvilke henholdsvis bakenforliggende faktorer som påvirker personalets arbeidsmiljø og deres jobbutførelse – og hvilke bakenforliggende faktorer som påvirker pasienttilfredsheten.

Metodekritikk

Metoder som benyttes i undersøkelser kan forme resultatene. Et sentralt spørsmål når det gjelder innsamling av data i en organisasjon, er hvilken effekt kontakten mellom organisasjonen og pasient/personal har for svarene. Flere studier peker på at personlig kontakt i datainnsamling kan påvirke svarene og føre til respons - bias, spesielt i retning av mindre kritiske tilbakemeldinger (Sitzia & Wood,; Crow et al., gjengitt etter SINTEF – rapport, 2005).

Intervju av pasienter til pasientstyrt forbedringsarbeid, har blitt foretatt av en ansatt som representerer seksjonen, og kan derfor påvirke tilbakemeldingene. Dette skaper et reliabilitetsproblem vedrørende resultatene fra disse intervjuene. Pasienter tenderer til å si seg mer fornøyde ved bruk av denne metodetilnærmingen. Jeg benytter disse data som sekundærdata i min undersøkelse.

Jeg representerer organisasjonen, både som ansatt og som leder i seksjonen, hvor både pasientene og personal oppholder seg – og det må jeg ta hensyn til videre i min analyse. Det er grunn til å ta høyde for at dette kan påvirke både pasientene og personalet i intervjusituasjonen – i tillegg til mine egne forutinntatte holdninger til problemstillingen og tilbakemeldinger fra intervjuene.

I utgangspunktet må jeg være oppmerksom på det asymmetriske forholdet denne situasjonen representerer. Pasientene er på mange måter avhengig av organisasjonens tjenester, og tillit til menneskene som representerer denne. Konsekvensen av det asymmetriske forholdet kan være at pasientene svarer mer positivt enn de ville ha gjort hvis en utenforstående hadde spurt. Tilsvarende kan personalet også svare mer positivt eller negativt på bakgrunn av deres rolle i organisasjonen. Enten for å framstå i et fordelaktig lys, eller for å unngå sanksjoner – eller konsekvenser som kan oppstå på bakgrunn av informasjonen som blir gitt.

Slike forhold kan påvirke reliabiliteten i data jeg får, og validiteten med tanke på om jeg måler det jeg skal.

5 Empiri

I dette kapitlet vil jeg først presentere resultater og funn fra medarbeiderundersøkelsen (MAU) i 2010, fra henholdsvis post 1, post 2 og post 3. Jeg velger å avgrense meg til å fokusere på ett av de elleve hovedområdene i MAU som er ”arbeidsmiljø og samspill”. Arbeidsmiljø og samspill er det mest direkte relevante området å se nærmere på i lys av problemstillingen ”er det sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet”. Resultater som skiller seg ut i form av forholdsmessig høy eller lav skåring innad i postene, eller som er annerledes sammenlignet med de andre to postene, er spesielt interessant. Variasjoner i skåringene søker jeg å finne forklaringer på ved å sammenlikne postene som case, og den enkelte post innad. Skåringer som skiller seg ut kan indikere at noe fungerer veldig bra eller dårlig. Jeg skal senere se om dette vises eller kommer til uttrykk gjennom funn fra pasientstyrt forbedringsarbeid.

Videre i kapitlet tar jeg for meg 3 rapporter fra pasientstyrt forbedringsarbeid (PSFA) – fra henholdsvis post1, post 2 og post3 – som er foretatt i løpet av 2010. Som tidligere nevnt i metodekapitlet lages det rapport når 15 pasienter har blitt intervjuet. Dette gjelder imidlertid ikke for post 3, fordi det på bakgrunn av lavt pasientgrunnlag ikke hadde blitt foretatt mer enn 5 intervjuer. Rapporten fra post 3 er dermed basert på de 5 tilbakemeldingene.

Fra PSFA har jeg avgrenset meg med å fokusere på fem av åtte hovedområder som jeg anser som mest relevante til å belyse pasienttilfredshet. Pasienttilfredshet er den avhengige variabelen i min problemstilling, som jeg undersøker i hvilken grad pasienttilfredshet avhenger av arbeidsmiljøet. Også her er det de variasjonene i skåringer innenfor og mellom enhetene som er de mest interessante, og jeg søker å finne forklaringer til dette ved å se de opp mot hverandre, den aktuelle postens målgruppe og behandlingsmetoder.

Hensikten med å presentere disse undersøkelsene er å svare på forskningsspørsmålet ”er det mulig å se en sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet ved å se på resultatene fra medarbeiderundersøkelsen og pasientstyrt forbedringsarbeid opp mot hverandre?” Jeg avslutter dermed denne delen med å forsøke å svare på dette spørsmålet.

Senere i kapitlet presenterer og analyserer jeg resultater og funn fra de 11 intervjuene jeg har foretatt – og diskuterer disse i lys av tidligere forskning og oppgavens teoretiske ramme (i kap.2 og 3) og funn fra MAU og PSFA. Forskningsspørsmålene mine blir benyttet som rammeverk for presentasjonen, for å synliggjøre hvorvidt intervjuene besvarer mine forskningsspørsmål. Når jeg velger denne måten å presentere funn på, vil jeg også kunne se styrker og svakheter ved intervju spørsmålene – og dermed reliabiliteten og validiteten av intervjuene jeg foretok.

Avslutningsvis i kapitlet vurderer jeg i hvilken grad undersøkelsene og intervjuene gir svar på forskningsspørsmålene og problemstillingen.

5.1 Medarbeiderundersøkelsen og pasientstyrt forbedringsarbeid

Medarbeiderundersøkelsen

Som tidligere nevnt er ”arbeidsmiljø og samspill” det mest relevante hovedområde å se på med min problemstilling som bakteppe: ”Er det en sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet?”.

Området ”arbeidsmiljø og samspill” måler faktorer som MAU definerer som belastningsfaktorer og beskyttelsesfaktorer. Beskyttelsesfaktorene skal virke beskyttende mot effekten av belastningsfaktorene. Alle faktorene har fra 2 – 6 underspørsmål. Høyeste positive skår på spørsmålene er 100, så det høyere skår – det mer positivt vurderes faktoren.

Jeg presenterer den samlede skåringen for hver av faktorene innenfor hovedområdet i følgende tabell, fra henholdsvis post 1, post 2 og post 3. Jeg trekker fram enkeltspørsmålene senere i analysen, der det er relevant for å forklare variasjoner i skåren innad i enheten, eller mellom enhetene.

| Arbeidsmiljø og samspill | Post 1 | Post 2 | Post 3 |
|--------------------------|--------|--------|--------|
| Medvirkning | 63 | 66 | 81 |
| Rolleklarhet | 89 | 94 | 99 |
| Sosialt samspill | 85 | 89 | 100 |
| Konflikter | 76 | 85 | 92 |
| Arbeidsbelastning | 82 | 85 | 97 |
| Egenkontroll | 61 | 71 | 80 |
| Rollekonflikt | 81 | 78 | 93 |
| Generell jobbtfredshet | 82 | 83 | 96 |
| Jobbrelatert sykefravær | 96 | 93 | 98 |
| Svarprosent | 87 | 70 | 100 |

Figur 3: Skåringer i hovedområdet Arbeidsmiljø og samspill i MAU 2010

Egendefinert

Oppsummert faktorer innen hovedområdet arbeidsmiljø og samspill.

Hovedområdet arbeidsmiljø og samspill måler belastningsfaktorene i arbeidet: konflikter, arbeidsbelastning og rollekonflikt. Faktorene kan bidra til følelse av negativt stress som kan føre til fravær og jobbskifte. Området måler også de beskyttende faktorene medvirkning, rolleklarhet, sosialt samspill og egenkontroll. Dersom beskyttelsesfaktorene skårer høyt vil de kunne ha en beskyttende effekt på belastningsfaktorene, dersom disse skårer lavt.

Det første jeg legger merke til er at Post 1 skårer generelt lavere på alle 7 faktorene enn post 2. Og post 3 skårer generelt høyere enn post 2 igjen (og dermed post 1) på alle faktorene. Men skåringene på faktorene samvarierer forholdsmessig likt innad i enhetene.

På post 1 er det 2 av faktorene som skiller seg ut med lavere skåring enn de øvrige; medvirkning (63) og egenkontroll (61). Disse faktorene er to av fire faktorer som ansees å ha en beskyttende effekt på de 3 belastningsfaktorene.

På post 2 er også skåringene lavere på medvirkning 66 og egenkontroll 71, enn de øvrige faktorene på posten.

Post 3 skårer også forholdsvis lavest på faktorene medvirkning (81) og egenkontroll (80).

Samlet sett er de to beskyttelsesfaktorene **medvirkning** og **egenkontroll** de faktorene som alle enhetene skårer forholdsvis lavest på. De to øvrige beskyttelsesfaktorene **rolleklarhet** og **sosialt samspill** skårer høyt på alle enhetene (mellom 85 – 100). Faktoren medvirkning innebærer spørsmålene ”oppmuntres til å si ifra når du har en annen mening” og ”oppmuntres til å delta i viktige avgjørelser”. Faktoren egenkontroll innebærer ”å kunne

påvirke mengden arbeid som blir tildelt deg” og ”kan du selv bestemme ditt eget arbeidstempo”. Et høyt resultat på disse fire beskyttelsesfaktorene skal kunne bidra til å takle et lavt resultat på belastningsfaktorene.

Belastningsfaktorene konflikter, arbeidsbelastning og rollekonflikt skårer forholdsmessig høyt (i positiv forstand) på alle tre enhetene (mellom 76 – 97). Post 1 skårer imidlertid lavere enn de to andre enhetene på faktoren konflikter (76). Det er på spørsmålet ”**har du lagt merke til forstyrrende konflikter i din enhet**” at enheten skårer lavest (65) og som trekker ned gjennomsnittskåret. Videre er det spørsmålet ”**er arbeidsmengden din belastende**” (74) under faktoren arbeidsbelastning, som trekker ned gjennomsnittskåret her. I lys av skåringene fra belastnings- og beskyttelsesfaktorene på de tre postene, ser det ut til at personalet vurderer den generelle arbeidsbelastningen som ikke for stor.

Post 2 har tilsvarende spørsmål ”har du lagt merke til forstyrrende konflikter i din enhet” (75) som trekker ned gjennomsnittskåret for faktoren konflikter. Videre er det spørsmålet ”**er arbeidstempoet ditt belastende**” (77) som trekker ned gjennomsnittskåret for faktoren arbeidsbelastning. Rollekonflikt skårer lavest på post 2, og da særlig spørsmålet ”**må du gjøre ting du mener burde vært gjort annerledes**” (64), som trekker ned faktoren rollekonflikt.

Jeg tolker ut fra kjennskap til posten, at en forklaring til den lave skåren på ’ting som burde vært gjort annerledes’ på post 2, kan ligge i personalets uenighet eller manglende forståelse for behandlingsmetoden ovenfor enkeltpasienter. I tillegg kan det også forstås i sammenheng med i personalets uenighet i aktivitetstempoet i inn- og utskrivelsesfasen for pasientene. Posten har blant annet erfaring med at pasientbehandler for enkelte pasienter, har vært behandlere som til daglig jobber i en annen seksjon i sykehuset, men ”følger pasienten” fra det andre behandlingsstedet i sykehuset. Utfordringen ligger da i samarbeid og kommunikasjon mellom behandler og personalet som daglig jobber på to forskjellige steder, og det kan bli vanskelig å gjennomføre en enhetlig tilnærming til pasienten dersom man ikke har en inneforstått felles forståelse av behandlingen. Faglig drøftinger, kunnskap og samarbeid er vesentlig for å kunne møte pasienten med felles tilnærming. Når dette sees i sammenheng med relativ lav egenkontroll og lav medvirkning som ”oppmuntres til å delta i viktige avgjørelser”, er det rimelig å anta at personalet kan oppleve konflikt mellom krav og kontroll. Personalgruppa skårer høyt på støtte og hjelp av kollegaer, og kan det antas at det er en faktor som virker som en buffer i personalmiljøet.

Post 3 skårer høyt på alle faktorene, men forholdsmessig lavere på beskyttelsesfaktorene medvirkning og egenkontroll, slik de andre enhetene også gjør. Under faktorene medvirkning er det spørsmålet ”oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser” som skårer lavest (78). Når det gjelder egenkontroll er det spørsmålet ”kan du påvirke mengden arbeid som blir tildelt deg” som skårer lavest (78). Forklaringer til skårene er i tråd med de andre postene.

De høye skåringene fra post 3 på andre områder derimot, kan forklares med at personalmiljøet er lite og behandlingsmetoden ganske klar. Posten har også fått en del oppmerksomhet, på bakgrunn av at den både er relativt ny, og fylkesdekkende. De ansatte har blitt satset på med felles opplæring i form av videreutdanning innen fagområdet. Ansatte har lav arbeidsbelastning fordi det sjeldent er fullt pasientbelegg, og lav utskiftning av pasienter – behandlingsoppholdet varer rundt 12 uker. Post 3 har ikke den samme pågangen av henviste pasienter, da posten har en mindre, og mer avgrenset målgruppe – og skal ikke ta i mot pasienter som blir overført fra akuttpsykiatrisk behandling.

Videre skårer alle enhetene høyt på de to beskyttelsesfaktorene **rolleklarhet** og **sosialt samspill** (fra 85 – 100). Når det gjelder sosialt samspill ser det ut til at personalet opplever et godt sosialt klima, bra samarbeid og at de tar godt vare på hverandre. Det er særlig spørsmålet om de ”**får støtte og hjelp av kollegaer i arbeidet**” alle postene skårer høyest på i dette området. Høy skår på rolleklarhet og sosialt samspill og lav skår på medvirkning og egenkontroll.

Alle enhetene skårer merkbart lavere på belastningsfaktorene medvirkning og egenkontroll, enn på de øvrige faktorene under arbeidsmiljø og samspill. Lavere skår på spørsmål som ”**oppmuntring til å delta i viktige avgjørelser**”, kan ha en sammenheng med at enhetene i stadig større grad berøres av avgjørelser divisjons – eller sykehusledelsen tar for hele eller deler av sykehuset. Enkelte avgjørelser kan oppleves mindre hensiktsmessige eller meningsfulle for noen enheter, og når da avgjørelser er basert på at det skal være likt for alle seksjoner, kan påvirkningsmuligheten rimelig nok oppleves som lav. Dette kan gjelde økonomiske rammeforhold, organisatoriske forhold og avgjørelser om endringer i driften. Eksempelvis kan bestemmelser vedrørende hvordan sykehusets praksis skal være vedrørende utarbeidelse av turnuser, synes hensiktsmessige for somatiske avdelinger, men ikke nødvendigvis for de psykiatriske avdelingene.

Medvirkning for personalet omhandler blant annet spørsmålet om hvorvidt man oppmuntres til å si ifra om man har en annen mening. For at meningsutveksling skal skje må det være tilrettelagte arenaer for dette. Selv om ansatte oppgir at de ikke opplever å delta i viktige avgjørelser, kan de likevel oppleve å få si sin mening. Det forutsetter imidlertid at det er klima og arenaer som tilrettelegger for dette. Og at enhetene har en kultur – og ”takhøyde” – for slik meningsutveksling.

Seksjonen med de tre enhetene har fra oppstarten fungert mye delt og ”hver for seg” i etableringsfasen som i 2010 hadde vart i 2 år. To arbeidsmiljøer ble slått sammen, og inndelt i nye arbeidsgrupper. Seksjonene hadde på tidspunktet for medarbeiderundersøkelsen, vært uten fast leder i et års tid. Mangel på fast leder har medført begrensninger i kontinuerlig dialog og informasjon både oppover, nedover og innad i seksjonen. Det har manglet helhetlig og planlagt oppfølging av ansatte og deres arbeidsmiljø gjennom systematiske verktøy som medarbeidersamtaler, vernerunder og medarbeiderundersøkelser. Personalet har på bakgrunn av dette, hatt begrensede tilrettelagte arenaer for fokus og deltakelse i arbeid rundt eget arbeidsmiljø og generell drift.

Enhetene skårer også forholdsmessig lavt på beskyttelsesfaktoren **egenkontroll**, som omhandler muligheten til å påvirke arbeidstempo, og arbeidsmengde. Under egenkontroll skårer postene lavest på spørsmålet om muligheten til å **påvirke arbeidsmengden** enn på arbeidstempo. Post 1 og post 2 skårer vesentlig lavere enn post 3 på spørsmålet om **mulighet for selv å bestemme eget arbeidstempo** – hvorav post 1 merkbart lavere enn post 2 igjen.

Både arbeidsmengde og arbeidstempo avhenger i stor grad av pasientmengden og aktiviteten i hver enhet sett opp mot personalressursene. Pasientaktiviteten påvirkes av søknader om behandling, og evt. ventetid for behandlingen. Hvis det er store udekkede behov for behandling, vil aktiviteten måtte øke – slik at avdelingen kan hjelpe flere av de som trenger det aller mest. Turnover på pasienter øker da. I tillegg skal post 1 og post 2 ta imot pasienter fortløpende som overføres fra akuttavdelingen. Post 1 har også et medansvar for 2 sengeplasser, som DPS sitt ambulante akutteam kan benytte som krisesenger for pasienter de er kommer i kontakt med.

Når personalet opplever at de ikke kan påvirke arbeidsmengden og arbeidstempo, kan dette ha sammenheng med at vurdering av innkomne søknader, behandling og aktivitet ligger utenfor deres myndighetsområde. Ved siden av at turnover av pasienter stadig er økende. Det er også rimelig å anta at det vil være et spenningsfelt mellom forventet aktivitetsmål fra ledelsens side, og personalets forventninger til egen arbeidsutførelse/ressurser og vurdering av kvalitet i behandlingen.

Pasientstyrt forbedringsarbeid

Delområdene jeg når ser nærmere på fra PSFA har jeg avgrenset til respekt og støtte fra personalet, sosialt miljø på posten, medvirkning i behandlingen og opplevd nytte av behandlingen. Dette er fem av de åtte delområdene jeg anser som de mest relevante for problemstillingen. Under hvert delområde er det mellom 5 – 10 spørsmål som danner den sammenlede skåren. I figur 4 nedenfor presenterer den sammenlagte skår for delområdene. I tillegg trekker jeg inn enkeltspørsmål og benytter jeg kommentarer fra pasienter, for å forklare den lave eller høye skåren. Høyeste positive skår for hvert av delområdene sammenlagt er 10.

| Delområde: | Post 1 | Post 2 | Post 3 |
|-------------------------------|--------|--------|--------|
| Respekt fra personalet | 8,9 | 9,0 | 9,0 |
| Støtte fra personalet | 8,3 | 8,9 | 8,6 |
| Sosialt miljø på avdelingen | 8,4 | 9,1 | 8,6 |
| Medvirkning i egen behandling | 7,5 | 7,9 | 5,8 |
| Opplevd nytte av behandlingen | 8,6 | 8,6 | 7,7 |

Figur 4: Skåringer på delområder PSFA 2010

Egendefinert

Jeg velger først å se på områdene med de laveste skåringene, som kan indikere områder pasientene er minst fornøyde med.

Post 3 skårer også lavere enn post 1 og post 2 på **opplevd nytte av behandlingen**. En forklaring til såpass lav skår på opplevd nytte, kan være at behandlingen og målgruppa til denne posten er vesentlig annerledes enn de to andre postene. Posten behandler mennesker med alvorlige spiseforstyrrelser, i hovedsak anoreksi. Mottoet her er ”mat er medisin”. En pasient har kommentert dette med ” *at det har vært trygt og godt å være her, gode rammer, men det bør være mer rom for individuell behandling. Det må handle om mer enn*

mat og måltider”. Kommentaren peker på et vesentlig aspekt, og det er at mat er hovedbehandlingen ved posten. Hovedfokuset er at pasienten skal spise mat, komme opp i vekt, ikke kvitte seg med maten, stabilisere vekten og tilpasse næringsinntak og aktivitet. Når ernæringstilstanden blir bedre, vil også pasientenes kognitive forutsetning bedres – og pasienten kan i større grad nyttiggjøre seg kognitiv gruppebehandling ved enheten. Hjernen må tilføres hensiktsmessig ernæring for å fungere optimalt. Målgruppen på post 3 strever med et fordreid tankemønster i forhold til mat og kroppsbygge, og matregulering er deres mestringsstrategi for å oppleve kontroll over livet sitt. Kommentaren om mer individuell behandling kan forklares med at pasienter med spiseforstyrrelser vil være i behov av psykoterapi over lang tid, hvilket ikke tilbys i denne posten. Meningen er at pasientene skal ha tett oppfølging fra psykiatrisk poliklinisk (helst før, under og) etter oppholdet. En viktig oppgave for posten i denne forbindelse er å etablere behandlingskontakt i poliklinikken før pasientens utskrivelse.

Medvirkning skårer lavt på pasientene på alle tre postene, og spesielt på post 3. Metoden som benyttes i behandlingen på post 3, innebærer at pasientene i stor grad blir kontrollert av personalet med hensyn til mat og aktivitet. Og mat er medisin. Pasientens balanse mellom ernæring og aktivitet bestemmes av behandlingsansvarlig lege, og de som har søkt behandling på denne posten må godta dette opplegget ved å underskrive en kontrakt for oppholdet. Behandlende lege bestemmer hva og hvor mye de skal spise, at de skal følges tett opp av personal under og etter måltider for å redusere muligheten for å kvitte seg med maten. De veies fast hver uke for å overvåke hensiktsmessig vektøkning, og for å vurdere behovet for regulering av matinntak og aktivitet. Et slikt stramt behandlingsregime kan forståelig nok oppleves som styrt utenfra og det er lite rom for medvirkning fra pasientene i dette.

Ut fra resultatene, ser jeg at post 3 skårer merkbart lavt på delområdet **medvirkning**, og vesentlig lavere enn post 1 og post 2 – som imidlertid også skårer relativt lavt her. Jeg ser videre av resultatene at post 1 og post 2 også skårer forholdsvis lavere på området, enn på de øvrige områdene. En pasient kommenterer følgende i denne forbindelse ”*det hadde vært greit å få vite når jeg skulle skrives ut, minst tre dager i forveien*”. En annen svarer ”*ja, terapeutene har i stor grad tatt hensyn til mine meninger om behandlingen*”. Under medvirkningsområdet er det fem spørsmål, og det pasienter på begge postene skårer lavest på her er det siste spørsmålet ” **har du fått medvirket så mye som du har ønsket?**”.

Mulighet for medvirkning i praksis handler om flere ting. For det første må det være en felles holdning og kultur blant personalet for pasientmedvirkning i posten. Det må også være tilrettelagt for pasientmedvirkning under behandlingsforløpet. Tilrettelegging kan innebære rutiner for å sikre at personalet samhandler og kommuniserer dette med pasientene, og posten har en tilgjengelig behandlingsansvarlig spesialist. Aktiv deltagelse i egen behandling avhenger igjen av pasientens kognitive tilstand, motivasjon og innsikt/forståelse for egen situasjon. Personalet har ansvar for å tilrettelegge for kommunikasjon, samhandling, og medvirkning på det nivået pasienten befinner seg.

Pasientene på post 2 skårer lavere enn post 1 på spørsmålene om de var med å planlegge sin egen behandling og om det hendte at beslutninger ble tatt over hodet på deg. Post 1 og post 2 har tidvis hatt store utfordringer i forhold til behandlerkapasiteten. I lange perioder har postene vært underbemannet med spesialister – og tidvis benyttet innleide vikarer. Behandling i spesialisthelsetjenesten skal foregå med en spesialist som ansvarlig behandler.

Når behandlerkapasiteten er lav og uforutsigbar, faller mer ansvar på miljøpersonalet. For miljøpersonalet vil lav behandlerkapasitet over tid medføre frustrasjoner og ikke minst treghet og manglende kontinuitet i gjennomføring av behandlingen. Når det er underskudd på spesialister, vil ikke behandlingen bli like effektiv eller av like god faglig kvalitet. Pasienter (og personalet må) tidvis avvente intervensjon fra spesialist for å komme videre i behandlingen. Å jobbe i en slik arbeidshverdag over tid, vil naturlig nok oppleves tyngende og frustrerende for miljøpersonalet, og ikke minst gå ut over kvaliteten og effektiviteten av pasientenes behandling. En slik uforutsigbar og lite kontinuerlig behandlingssituasjon kan være en forklaring til at pasientene erfarer at de ikke har fått medvirke så mye som de ønsket.

Det kan også være slik at pasienter og personal har ulik oppfatning av hva medvirkning betyr i praksis. En forklaring kan være at personal har oppfatning av at pasienten har medvirket når det har vært en dialog med pasienten uten at pasienten verbalt uttrykker seg uenig, eller presenterer sitt behov? Det kan være at noen pasienter tolker medvirkning mer som at de i større grad skal være med å bestemme, for eksempel oppholdets varighet, og derfor ikke opplever medvirkning dersom behandler faglig sett mener pasienten er ferdig behandlet og klar for utskrivelse? Dersom pasientene opplever å bli skrevet ut for tidlig, kan det handle om at de blir stilt ovenfor en utfordring de er usikre på om de vil mestre.

En kjent erfaring fra post 1 og post 2 er at pasientene ikke rent sjeldent ønsker å forlenge oppholdet, selv om ansvarlig behandler ut fra et faglig ståsted vurderer det tilstrekkelig. Det kan være at de ikke føler seg klare for utskrivelse, og er redde for ikke å mestre hjemmesituasjonen. Mange forteller også at de føler seg ensomme hjemme. Ensomhet og angst er kjente symptomer blant mennesker med psykiske problemer. Under en innleggelse i døgnpost vil mange pasienter oppleve det som godt med sosialt samvær og trygt med personal tilgjengelig. Overgang fra behandling til hjemmesituasjon blir da stor, og dersom hjemmeforholdene er uendret – så drar pasienten tilbake til ”det samme” hvor det ble vanskelig før innleggelse.

Post 1 og post 2 opplever også stor pågang av henvisninger til behandling, og har en stadig økende turnover av pasienter. Når etterspørselen er stor, vil pasienter som er i behandling bli utskrevet så snart det ansees som faglig forsvarlig. I perioder med mindre pasientpågang, har man i større grad muligheten til å møte pasientene på sitt ønske om noe forlengelse – for å klargjøre hjemmesituasjonen enda bedre, eller at pasienten kan prøve seg på ytterligere permisjon i trygge forhold. En utskrivelse som pasienten ikke føler seg helt klar til, kan oppleves som å skrives ut for tidlig. Særlig når pasienter ser at enkelte medpasienter får forlenget sitt opphold, som da gjøres på bakgrunn av en individuell faglig vurdering. Pasientene snakker sammen og sammenligner seg med hverandre, og vi har fått tilbakemeldinger fra enkelte pasienter at dette oppleves urettferdig at noen får lengre opphold, og andre ikke.

Alle tre postene skårer relativt høyt på delområdet ”**respekt fra personalet**” samlet sett. Når jeg går bak og ser på enkeltspørsmålene for dette området, er det spørsmålet ”**var personalet tilgjengelig når du trengte det?**” som skåres lavest på post 1 og post 3. Skåringen på dette spørsmålet er derfor det som i størst grad trekker ned samlet skår for delområdet.

2 pasienter fra post 1 kommenterer følgende ”*det gikk 14 dager før noen banket på døra mi*” og ”*jeg hadde ønsket de var mer pågående – det er noen ganger vanskelig å be om hjelp selv*”. Kommentaren illustrerer at noen pasienter er i behov av å bli oppsøkt for kontakt, da det er vanskelig å ta kontakt på eget initiativ. En kommentar fra post 3 er følgende ”*de har vært tilgjengelige, men det kan være vanskelig på onsdager*”. Onsdager er en dag med faste møter på post 3, så personalet er mindre i avdelingsmiljøet på onsdagene. Når pasientene har erfart at personalet ikke oppleves tilgjengelig nok, kan det

forklares med at personalet har mange administrative arbeidsoppgaver og derfor er lite synlig i behandlingsmiljøet. En annen forklaring kan være at pasientene synes det er vanskelig å ta kontakt, og får derfor mindre kontakt enn de ville fått dersom de ba om det. Pasienter som tar kontakt får mer kontakt enn de som ikke ber om det.

Post 1 er den som har størst personalgruppe og flest pasientplasser. Posten tilbyr behandling for mennesker med schizofreni og psykoselidelser. I følge studien til Jørgensen et al. (se kap.2) er denne pasientgruppen mer tilfreds når de opplever struktur, støtte og lite konfrontasjon i behandlingsmiljø. Pasientgruppa er i stort behov av å oppleve forutsigbarhet og trygghet. Mennesker med schizofreni og psykoselidelser er spesielt sårbare med tanke på virkelighetsoppfatning, evne til selvinnsett og det verbale språket. Pasientene kan derfor oppleve misforståelser og problemer med å tolke og forstå hva som blir sagt og gjort, og selv ha problemer med å uttrykke seg på forståelig måte for andre. En konsekvens kan være at de strever med å ta kontakt med andre mennesker, de trenger tid til å opprette en tillitsfull relasjon – og de evner dårlig å målbære egne behov. Det er rimelig å anta at denne pasientgruppen har et stort behov for at personalet er tilgjengelige i form av tilstedeværelse i miljøet, og dersom personalet ikke er det – er det vanskeligere for denne pasientgruppen å be om kontakt. Dersom personalet har mange arbeidsoppgaver, eller er lite tilstedeværende i miljøet, kan pasientene oppleve personalet som lite tilgjengelige.

Avslutningsvis viser tilbakemeldingene at pasientene fra post 1 og post 2 skårer likt på **opplevd nytte av behandlingen**. Skåren er lav med tanke på at pasientenes samlede utbytte etter å ha vært i behandling opptil flere uker. Den lave skåren her kan muligens sees i tråd med den lave skåren på medvirkning i egen behandling. Noen kommentarer fra post 1 til dette er *”egentlig har jeg ikke hatt noen behandling”*, *”det burde være enklere å komme inn og få hjelp når man trenger det”* og *”jeg hadde nytte av behandlingen til å begynne med, men ikke de siste dagene”*. Kommentarer fra post 2 er følgende *”jeg har hatt behov for lengre tid her”* og *”jeg har ikke skjønt behandlingsopplegget, føler det mangler noe”*. Tilbakemeldingene sier noe om effekten av behandlingen, og pasientkommentarene påpeker tilgjengelighet til tjenestene som en viktig faktor. I tillegg ser det ut som informasjon om behandlingsopplegget og oppholdets lengde også har betydning.

Når pasientene har blitt spurt om hva de har vært mest fornøyd med, har flest pasienter på alle postene svart **personalet** og **det sosiale samværet med andre mennesker**, også

medpasienter. Gjennomgående aspekter som vektlegges i denne sammenheng er tillit, respekt, opplevd trygghet, noen å snakke med, bli lyttet til.

Pasientenes tilbakemeldinger om hva de har vært minst fornøyd med, har fellestrekk som handler om personalets **tilgjengelighet, medvirkning** i egen behandling og forståelse om behandlingsopplegget. Det illustreres med følgende kommentarer:

Fra Post 1 er ” hastverk med utskrivning har ført til forverring for meg”, ”personalet er for lite på stua” og ”jeg har følt meg ensom på rommet noen ganger, hadde ønsket personalet kom inn og snakket med meg og muntret meg opp”.

Fra post 2 er ”regler vedrørende sosiale forhold ved posten”, ”TV- og røyketider” og ”manglende bevisstgjøring av behandlingsopplegget – det har vært mer hjelp til selvhjelp for min del” og at ”personalet ikke har vært tilgjengelige hele tiden”.

Post 3 har kommentarer som følger *”personalet ikke så tilgjengelige som de burde har vært”, ”menyen har vært gammeldags” og ”det har vært for mye fokus på vekt”.*

Tilbakemeldingene kan sees i sammenheng med målgruppene og miljøterapien i de tre postene. Post 1 har færre oppsatte aktiviteter i ukeprogrammet på bakgrunn av miljøterapeutisk tilrettelegging for målgruppen psykotiske pasienter. I tråd med tidligere forskning, har psykotiske pasienter andre behov fra miljøet enn pasienter som ikke har psykoselidelser. Psykotiske pasienter har større behov for støtte, struktur, skjerming fra stimuli i behandlingsmiljøet. Det er derfor rimelig at enkelte synes at dagene kan bli lange, og ønsker seg mer aktiviteter eller kontakt med personalet – at personalet er mer tilgjengelig i miljøet for å ha noen å prate med.

Pasientene som er til behandling på post 2, er mennesker som i større grad evner å målbære egne behov, enn de på post 1. Enkelte tilbakemeldinger presentert fra pasientene på post 2, kan forklares med manglende informasjon om behandlingen og miljøterapien – slik at pasientene skal forstå intensjonen med miljøterapien og strukturen i avdelingen. Når pasienter her tilbakemelder misnøye med rammene og reglene, kan det også ha sin forklaring i individuelle forhold ved pasientene. Som forholdet mellom forventninger og resultater, eller som forhold av psykologisk eller helsemessig karakter. Pasientene på post 2 har som regel bedre evne til å målbære egne behov enn de på post 1, og har et generelt høyere funksjonsnivå. Det er rimelig å anta at denne pasientgruppa er mer selvstendige, og

uttrykker et større behov for å bestemme over egen hverdag. Et slikt forklaringsgrunnlag samsvarer med aktørorientert teori. På en annen side kan forklaringen ligge i at det er mangelfull informasjon og kommunikasjon med pasientene om innholdet og hensikten med miljøterapien i avdelingen. En slik forklaring er mer i tråd med relasjonell teorier, som vektlegger forhold mellom aktørene som informasjon og dialog.

For pasienter tilhørende post 3 er ”mat medisin” – og mat er det pasientene er mest opptatt av og har størst vansker med. Det er derfor rimelig at de er minst fornøyd med at det er hovedfokus på mat. En slik forklaring er ut fra personlige egenskaper ved pasienten. Og selve spise – situasjonene foregår i såpass kontrollerende former at makt/avhengighetsperspektivet blir veldig visualisert, slik jeg ser det. Pasientene opplever slike situasjoner flere ganger daglig, og det er disse situasjonene som har størst fokus i behandlingen fordi målet med behandlingen er å regulere vekten. Selv om pasientene inngår kontrakt og avtale for oppholdet som medfører dette fokuset, betyr det ikke at de er fornøyd med det. Her er forventningene i pasientene rimelig avklart i forkant, men pasienttilfredshetene øker ikke av den grunn. Det kan også tolkes som at kvalitativ god medisinsk faglig behandling (som regulering og stabilisering av vekt og ernæringstilstand) ikke automatisk fører til pasienttilfredshet. Selv om pasienten kan være fornøyd med andre aspekter i behandlingen, for eksempel hvordan de blir møtt og sett av personalet.

5.2 Er det mulig å se sammenhenger mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet på resultatene fra medarbeiderundersøkelsen og pasientstyrt forbedringsarbeid?

I følge funn og resultater fra MAU, post 1 og post 2, indikerer det at personalet opplever en relativ stor **arbeidsmengde – og arbeidstempo** – som de har liten mulighet til å påvirke. Pasientene fra post 1 skårer lavest på spørsmålet ”**var personalet er tilgjengelig når du trengte det?**” under området **respekt fra personalet**. Når personalet opplever å ha en stor arbeidsmengde som de ikke har mulighet til å påvirke, vil det kunne sees i sammenheng med pasientenes opplevelse av at personalet er mindre tilgjengelige. Det pasientene oftest kommenterte de var minst fornøyd med, var at personalet ikke var mer tilstedeværende på stua, at de opplevde for få aktiviteter og var ensomme på rommet.

Medarbeiderne på post 1 skåret også lavt (negativt) på konflikter, og da spesielt ”**har du lagt merke til forstyrrende konflikter i din enhet**” og ”**blir konfliktene håndtert på en god måte**”. Konflikter vil ta oppmerksomhet og energi fra personalet, og flytte fokus fra viktige arbeidsoppgaver - som for eksempel å bruke ledig tid til pasientene. I tillegg til at konflikter stjeler tid, går det også utover engasjementet for pasientene og deres situasjon. Forstyrrende konflikter kan fort bli et samtaletema blant de ansatte, hvilket sjeldent løser selve konflikten. Men samtaler og diskusjoner personalet imellom, kan en funksjon å kunne gi utløp for meninger, standpunkt og frustrasjoner – og få støtte fra sine kollegaer på dette. Konflikter kan oppstå på bakgrunn av stor arbeidsmengde og tempo som personalet ikke har kontroll eller rekker over – og som skaper frustrasjon og en lavere terskel for uenigheter som vil tære på et arbeidsmiljø over tid.

Personalet på postene skårer høyt på **sosialt samspill**, og da særlig på at de **får hjelp og støtte fra sine kollegaer i arbeidet** sitt. Det indikerer at de har et godt sosialt klima i arbeidsmiljøet. Et godt sosialt klima og støtte fra kollegaer er et viktig bidrag for trivsel på arbeidsplassen. Ansatte som trives på jobben, vil også kunne yte bedre. Når pasientene tilbakemelder at de opplever seg møtt med respekt, blir sett og har tillit til personalet – kan det sees i sammenheng med personalets trivsel. Det er rimelig å anta at personalet i større grad klarer ha fokus og mentalt overskudd til å engasjere seg i pasienten når de trives på jobben, enn hvis de ikke hadde trives.

Slik jeg ser det er den mest synlige sammenhengen som kan spores gjennom MAU og PSFA, personalets arbeidsmengde og tempo – og pasientenes opplevelse av personalets tilgjengelighet. Det er også rimelig og anta at dette har en sammenheng. Dersom personalet har stor arbeidsmengde og høyt arbeidstempo, er det logisk at pasientene vil merke det ved at personalet har mindre tid og tilgjengelighet for dem. I hvilken grad det påvirker pasienttilfredsheten kan jeg ikke se ut fra disse data.

I neste del vil jeg ta for meg tilbakemeldinger fra intervjuene. Intervjuene kan tilføre bedre beskrivelser og utdyping av tema – som kan bidra til å belyse problemstillingen ytterligere. Tilbakemeldinger i intervjuene handler om hvordan pasientene vurderer de forskjellige områdene, til forskjell fra PSFA – som etterspør pasientenes erfaringer på områdene.

5.3 Presentasjon av intervjuene

Forskningsspørsmålet ”er det mulig å se en sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet ved å se på resultatene fra medarbeiderundersøkelsen og pasientstyrt forbedringsarbeid opp mot hverandre?” forsøkte jeg å besvare i det foregående avsnittet.

I denne delen vil jeg presentere funn og resultater fra intervjuene under rammen av de fem andre forskningsspørsmålene jeg har stilt meg. På denne måten kan det gi en oversikt om materialet jeg har samlet inn fra intervjuene belyser forskningsspørsmålene og problemstillingen min.

Jeg benytter noen underspørsmål fra intervjuguiden som deloverskrifter i framstillingen av intervjuene for ordens skyld. Underspørsmålene er fra intervjuguidene, som var noe forskjellig for pasienter og personal. Ved å presentere resultater i rammen av forskningsspørsmålene, kan det bidra til å synliggjøre hvor relevante spørsmålene og tilbakemeldingene var i forhold til problemstillingen og forskningsspørsmålene mine.

Jeg skiller ikke mellom de tre postene i framstillingen av intervjuene. Mange av personalet og pasienter på postene, vet hvilke personale og pasienter som har deltatt på intervjuene siden de fleste deltakerne har vært åpne på dette. Det er et lite antall personer som har vært intervjuet, og for å ivareta både personalets og pasientenes anonymitet i denne framstillingen, må jeg også avveie hvordan jeg utformer tilbakemeldingene.

Pasientene og personalet fikk presentert en del sammenfallende spørsmål.

Tilbakemeldinger fra personalet samsvarer i såpass stor grad med pasientenes tilbakemeldinger på spørsmålene som omhandler hva som er viktig for god behandling og et godt behandlingsmiljø. Der svarene representerer samsvar, fremstiller jeg kun pasientenes tilbakemeldinger. Jeg tar med underspørsmålene fra intervjuguiden og tilbakemeldingene fra personalet på de spørsmålsområdene der det bidrar til ytterligere belysning av forskningsspørsmålene og problemstillingen – eller for å synliggjøre variasjoner og forskjeller.

Jeg presenterer personalets tilbakemeldinger der de fikk andre spørsmål enn pasientene. Eksempelvis hva personalet mener om sitt eget arbeidsmiljø og hvordan de mener sykehuset og ledelsen kan tilrettelegge for godt arbeidsmiljø og god behandling.

5.4 Hva er viktig for god behandling?

Intensjonen med dette forskningsspørsmålet er å få tilbakemeldinger på hvilke faktorer som er viktige for god behandling. God behandling har et kvalitetsperspektiv i seg – og jeg ønsker å få belyst hvilke forutsetninger som må til for at behandlingen vurderes som god.

Oppsummert tilbakemelder pasientene at det aller viktigste for god behandling er å bli møtt og sett som enkeltindivider, og å bli tatt på alvor. Videre er personalets tilgjengelighet for pasientene viktig. Dette skaper tillit som er utgangspunktet for en god relasjon.

God behandling forutsetter også at personalet har kompetanse på fagfeltet og forståelse for hvordan pasienten har det, slik at de gjenkjenner symptomer på pasientenes plager. Ikke minst er det viktig at pasientene opplever å medvirke i sin egen behandling. Jeg illustrerer dette i følgende fremstilling av intervjuene.

Underspørsmål "hva skal til for å få til god behandling?"

Pasientene og personalets tilbakemeldinger på dette spørsmålet samsvarte i stor grad. Tilbakemeldinger og utsagn om god behandling fra pasientene er *"å få hjelp i tide – da blir oppholdet kortere – og dyktige folk"*. En annen sier *"å bli tatt vare på, tilgjengelighet – de er der for deg ... får trygghetsfølelse når du kommer inn her"*. Her svarte også et par av pasientene at det var viktig *"at fagpersonellet vet hva de snakker om og gjør det – for eksempel å sparke deg i gang"* og *"å bli oppsøkt og spurt hvordan du har det, tilbud om samtale – får tillit når mennesker jobber slik"* og *"dyktige folk tilstede, føler meg ivaretatt med hvordan jeg blir møtt ... viktig å bli møtt med direkte og klar tale, og at det settes krav"*. Og som en pasient poengterer at *"det å bli sett og at de tar seg tid ... kjenner til varselstegnene på sykdommen din"*.

Pasientene påpeker at det viktigste for god behandling er å bli møtt og sett av personalet. Og at det å bli møtt og sett danner utgangspunktet for tillit og en god relasjon, som er en forutsetning for behandlingen. Dette sammenfaller med pasientenes kommentarer fra PSFA, hvor de sa de var minst fornøyd med tilgjengeligheten, og nytte av behandlingen. Det de var mest fornøyd med var hvordan de ble møtt og sett av personalet.

Jeg tenker at det å bli møtt og sett på en god måte avhenger av personalets holdninger og kompetanse i kommunikasjons- og relasjonsarbeid. Informantene sier også at det er viktig at personalet engasjerer seg, som å oppsøke pasientene, og ”sparke de i gang”. Involvering handler om at helsepersonellet møter og ser pasientene, i tillegg til at de har en aktiv rolle i samhandlingen som vises i form av et engasjement i pasientens behandling.

Videre sier pasientene at medvirkning i egen behandling er viktig. Utsagn som *”å bli hørt, delta i egen behandling, rammer og struktur”* og *”å bli tatt med og tatt på alvor, bli hørt – ikke overkjørt”* bekrefter dette. En pasient uttaler at *”struktur ... og at det blir individuelt tilrettelagt, det som virker for meg ... og å bli tatt med på råd”*. Utsagnet fra en annen pasient påpeker en vesentlig faktor *”jeg må gjøre jobben selv, det er meg selv som må bidra”*, hvilket jeg syns får fram at behandling av psykiske lidelser avhenger av pasientens egenaktivitet og motivasjon for å jobbe med det som er vanskelig, som egne følelser, adferd og reaksjonsmønstre.

På bakgrunn av tilbakemeldingene er det grunn til å anta at behandlingseffekten avhenger av individuelle forhold som pasientens helsemessige og kognitive tilstand – som er en viktig forutsetning for egen aktivitet i behandlingen. Psykiske lidelser og plager kan ikke behandles ”på utsiden”, men er avhengig av pasientens mobilisering av ressurser ”innenfra”.

Pasientens medvirkning og motivasjon kan også sees på i sammenheng med personalets fagkompetanse. Personalet har et spesifikt ansvar for å tilrettelegge for en hensiktsmessig kommunikasjon og god sosial samhandling som er virksom for relasjonen med pasienten. Dersom pasienten mangler motivasjon eller forståelse for sin situasjon, er det en viktig oppgave for helsepersonellet å finne ut av om dette stemmer, hva som ligger til grunn og hvordan dette kan forstås. Helsepersonellets oppgave blir da å komme med meningsfulle tilbakemeldinger til pasienten. Tilbakemeldinger og bevisstgjøring på pasientens adferd og kommunikasjon må skje på pasientens premisser, slik at pasienten forstår det – og setter det i en meningsfull sammenheng.

For at pasientene skal være aktiv og jobbe med egne utfordringer under behandlingen, kreves for det første at pasienten medvirker og blir hørt vedrørende egen behandling. For det andre forutsetter det at pasienten har en viss grad av selvinnsett eller forståelse av problemet, og at pasienten får overkommelige utfordringer og god støtte til å jobbe med

det som førte til at dagliglivet hjemme ble vanskelig. Når pasient og helsepersonell skal samarbeide om å jobbe med problematiske forhold for pasienten, er det forutsetning at behandlingen planlegges i samarbeid slik at mål og framdrift for pasienten blir så realistiske og oppnåelige som mulig. Et vesentlig poeng med behandlingen er at pasienten opplever å nå sine mål – og får en opplevelse av å mestre de vanskelige situasjonene på en mer hensiktsmessig måte.

En av føringene fra Sosial- og helsedirektoratet (2006), er at tjenestene skal være virkningsfulle. Som en pasient påpekte er det viktig at behandlingen blir individuelt tilrettelagt og pasienten blir tatt med på råd – at det virker for vedkommende spesielt. Sett i en slik sammenheng tolker jeg det dit hen at god kvalitet på behandling avhenger av hvorvidt pasienten opplever å være delaktig og medvirke i egen behandling. Når behandlingen er individuelt tilpasset opplever pasienten at behandlingen virker, nettopp fordi den er spesifikk for vedkommendes behov. Dette understreker at alle mennesker er unike og har forskjellige behov, fordi måten pasienten møtes og behandles på må være på vedkommendes premisser. Og da oppleves behandlingen virkningsfull.

Tidligere har det vært tradisjon for at helsepersonellet, og legen spesielt, er ekspertene som kan mest om pasientenes problemer – og hvordan disse best kan behandles. I tråd med opptrappingsplanen i psykisk helsevern, skal pasienten verdsettes som eksperten på seg selv, og pasientens kunnskap skal ha en likeverdig plass som fagpersonellets i behandlingsutformingen. Sosial - og helsedirektoratets legger i sin veileder fem føringar til grunn for kvalitet og kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenestene. En av føringene er nettopp at pasientene skal oppleve involvering og innflytelse.

Funn fra intervjuene av både pasientene og personalet på forutsetninger for god behandling, er i tråd med funn fra tidligere studier i psykiatriske avdelinger og brukererfaringer fra psykisk helsevern (se kap.2), som viser at pasienttilfredsheten har en positiv sammenheng med støtte og involvering fra personalet. Resultatene fra mine intervjuer tilsier at pasientene anser relasjonen til helsepersonellet som viktig, og at den må være preget av respekt, tillit og engasjement. I tillegg så må pasientene få påvirke i egen behandling.

God behandling forutsetter en god relasjon, kommunikasjon og tillit mellom pasient og hjelper. Dialogen er verktøyet og felles forståelse er veien til god samhandling. Personalets

respekt for pasientens likeverd som menneske med viktig kunnskap kan sees på i lys av en makt/avhengighetsform. I makt/avhengighetsperspektivet er pasienten her den avhengige. Jeg mener at pasientene på mange måter er prisgitt avdelingen og personalets evne til å tilrettelegge, etablere og vedlikeholde en god relasjon slik at de kan samarbeide og jobbe med å bedre pasientens problemer.

Kunnskap er makt, som tidligere tradisjonelt i stor grad lå til helsepersonellet. Dersom pasientens kunnskap om seg selv anerkjennes av sykehus og helsepersonell som liveverdig kunnskap i behandlingen, vil det bidra til å redusere makten hos personalet. En slik balansering av avhengighetsforholdet krever at personalet erkjenner og myndiggjør pasientens ansvar for seg selv og eget liv. En måte å gjøre det på er å anerkjenne og etterspørre pasientens kunnskap i behandlingen.

Underspørsmål "hva er dårlig behandling?"

Her svarer både personal og pasienter ganske kort og konsist at det må være ikke å bli møtt, sett og respektert. En pasient beskriver dette godt på følgende måte *"ikke å bli hørt, at personalet er arrogante og ser på oss som offer - kan da få følelsen av å være mindre verdt. For det er jo det vi sliter med i hverdagen, at vi ikke har fått til ting, vi føler oss litt som tapere – litt mislykket"*, en annen pasient svarer *"bli overkjørt rett og slett, man er jo ganske sårbar en periode også – men ikke glemme at dem behandler mennesker"*. Data fra spørsmålet er entydige, og handler om at pasientene i utgangspunktet har en mindreverdighetsfølelse. Hvordan pasientene blir møtt av personalet vil enten styrke eller minske deres opplevelse av mindreverd. Pasienter og personalet anser det å bli møtt, sett og hørt som en essensiell forutsetning for tillit – og en god relasjon. Fravær av en respektfull holdning og adferd fra personalets side, vurderer både pasienter og personal som den desidert dårligste behandling.

Underspørsmål "hvordan bruker personalet tid på deg og dine hjelpebehov?"

Her svarer en pasient at *"mine behov blir ivaretatt ... men jeg har ansvar for å formidle egne behov – stort sett hørt, og da er det viktig at det fører til en handling"* og videre at *"hvis jeg har behov for... og ikke tør dette alene, da forventer jeg at de ordner det –*

planlegger når vi kan gjøre det". En annen forteller om å ta kontakt med personalet *"det er en terskel å ta kontakt med personalet, det skal være gode grunner for å banke på kontoret hvis jeg ikke ser de i gangen"* og videre at *"det er lettere hvis personalet sitter på stua, da er det lettere å småprate og ha en uformell samtale"*.

Tilbakemeldingene her handler om tilgjengelighet, og pasientene formidler at det er viktig at personalet er tilgjengelig i form av å være synlig, fordi det oppleves som en terskel å ta kontakt. Pasientene tilbakemelder også deres eget ansvar for å ta kontakt, men også det problematiske i at ansvaret i for stor grad blir overlatt til pasientene. En informant tilbakemelder at vedkommende forventer at ved siden av å bli sett og hørt, skal det føre til en handling. Denne tilbakemeldingen beskriver godt at det å bli sett og hørt er viktig, men det må i tillegg føre til et engasjement – altså en involvering fra personalets side.

Underspørsmål "er det andre ting utenom å bli frisk som er viktig"?

Her vektla samtlige pasienter viktigheten av at det skal fungere når de kommer hjem. Som en uttrykte *"trenger å lære metoder jeg kan bruke når jeg kommer hjem, et verktøy for å mestre problemene"*. En annen vektla å få ordnet praktiske i hjemmet *"viktig at småting blir ordnet med, slik at jeg ikke blir like frustrert når jeg kommer hjem igjen"*. En tredje nevnte både praktiske forhold og nettverk som viktig *"hvordan man lever, bo - situasjonen og nettverket"* og videre *"å gjøre positive ting som får tankene over på noe annet enn vanskelige ting"*. Det pasientene vektlegger her er i tråd med funn fra tidligere studier (kap.2) hvor **praktisk orientering** er en av faktorene som samvarierer positivt med pasienttilfredsheten. Hjemmesituasjonen er konteksten der pasienten lever sitt daglige liv, og det er i hjemmesituasjonen pasienten befinner seg når problemene oppstår. Pasientene er i behov av at det skal fungere bedre i hjemmesituasjonen når de kommer hjem.

Underspørsmål "hvordan er det tilrettelagt for å jobbe effektivt og planlagt?"

Personalets tilbakemeldinger er *"pålegg om å ta imot pasienter fra akuttavdelingen i løpet av en dag – får ikke planlagt ... det er viktig å ha tid til nok til å jobbe med ting, det kan bli for mange pasienter"*, *"uforutsigbart med mottak av pasienter kontinuerlig – krever mye*

mottaksarbeid” og ”når det kommer på uplanlagte innleggelser ryker planene”. Videre ”... mye administrativt arbeid som tar tid – mister tid med pasientene og i miljøet”.

Tilbakemeldingene fra pasientene og personalet på spørsmål om ”hvordan personalet bruker tid til deg og dine hjelpebehov” og hvordan det er tilrettelagt for å jobbe effektivt og planlagt, påpeker pasienter og personalet en vesentlig faktor som gjelder **tid og tilgjengelighet** personalet har til pasientene. Pasientene sier de merker når personalet ikke er tilstede i miljøet og de ønsker at personalet skal være mer i miljøet. Personalet sier at administrativt arbeid og uplanlagte pasientinnleggelser medfører at de må bryte allerede planlagte og avtalte aktiviteter. Administrative og uforutsigbare oppgaver medfører at personalet trekkes mer ut av avdelingsmiljøet. Når personalet stadig må avlyse avtaler de har gjort med pasienter, medfører det at behandlingshverdagen for pasientene blir mer uforutsigbare. Selv om pasientene vet og forstår at personalet har mye å gjøre, medfører det at personalets tilgjengelighet ovenfor pasientene reduseres.

Funn fra intervjuene av pasienter og personal tilsier at god behandling også innebærer personalets tilgjengelighet for kontakt. Avdelingen skal ta i mot pasienter på kort varsel, og det vil medføre utfordringer i planleggingen av arbeidshverdagene og personalets samarbeid med pasienten. Slike forhold kan sies å ha årsaksforklaringer av organisatorisk og strukturell karakter. Hvis pasientene er misfornøyde med at personalet har dårlig tid og er lite tilgjengelige for dem, vil pasienttilfredsheten i et slikt lys forklares i et relasjonelt perspektiv – fordi det er mangel på tid og kommunikasjon som er grunnen til misnøye. I tråd med tidligere studier, er involvering og støtte fra personal to vesentlige faktorer for pasienttilfredshet. Personalets tid og tilgjengelighet ovenfor pasientene vil derfor kunne påvirke pasienttilfredsheten.

Hva forårsaker manglende tid til pasientene i en slik sammenheng? Handler dette om organisatoriske forhold, som for eksempel for mange arbeidsoppgaver og for lite ressurser til å løse disse, eller kan det handle om personalets behov for å snakke sammen, og alternativt skjerme seg fra pasientene? På bakgrunn av personalets tilbakemeldinger på hvordan de kan jobbe effektivt og planlagt, samsvarer det med en forklaring av organisatorisk karakter – eksempelvis hvordan det som skjer i en del av klinikken påvirker og setter i gang en rekke hendelser, som igjen påvirker andre delen av klinikken. En forklaring sett i et slikt lys, kan ligge i organiseringen av pasientflyten – sett i sammenheng

med tilstrekkelige ressurser for å håndtere arbeidsmengden. I tillegg kan det også sees i sammenheng med tilrettelegging av strukturen innad på postnivå.

Underspørsmål "hva kan sykehuset og ledelsen gjøre for å tilrettelegge for god behandling?"

Personalet tilbakemeldinger på hva ledelsen i sykehuset kan gjøre er *"at det er klare prosedyrer, slipper å lete, hva er mine oppgaver i dag?"* som handler om struktur i posten. Og videre *"en annen ting, for mange pasienter – det kan bli ganske mye å gjøre, maks 4 pasienter vi kan ha ansvar for - for å kunne gjøre en god jobb"*, som også handler om struktur i tillegg til god balanse mellom ressurser og arbeidsoppgaver. En annen påpeker dette med *"tid til pasienten, ikke for mange andre administrative oppgaver"*, som henspiller både på personalressurser og mange administrative oppgaver for miljøpersonalet.

Et annet personal påpeker at følgende skal til for ledelsen for å tilrettelegge for god behandling *"å lytte til de som eier problemet, pasientenes ønsker og behov – lytte til personalet som er nærmest pasienten, personalmedvirkning"* videre sier en annen at det er viktig med *"tydelig målsetting"* og *"tid til forberedelse og gjennomføring av for eksempel gruppebehandling"*. En annen bekrefter viktigheten av at *"det er godt nok bemannet, bra informasjon, tydelig leder, kompetanseheving, god turnus så personalet ikke blir utslitt, men får anledning til å hente seg inn"*.

Tilbakemeldingene fra pasientene på dette spørsmålet handlet – i tråd med personalet – om å høre på både personalet og pasientenes tilbakemeldinger. Dette handler om **medvirkning**, både fra personalet og pasientene.

Personalet peker spesielt på organisatoriske og strukturelle faktorer som viktige forutsetninger for å tilrettelegge for god behandling. De vektlegger nok ressurser og god struktur for å utføre arbeidsoppgavene de er satt til å gjøre. Begrunnelsen for å bruke tid på andre oppgaver, sier personalet handler om mye administrativt arbeid som må gjøres rundt pasientene og i avdelingen forøvrig, i tråd med lovverk og føringer som stiller krav til dokumentering og rapportering. En del av tiden må også brukes til samarbeidsmøter med samarbeidspartnere, kontakt med pårørende, administrering av medisiner med mer. Personalet har mange forskjellige arbeidsoppgaver i tillegg til å være sammen med

pasientene, og det krever tilrettelegging – som god struktur, tydelige rutiner, balanse mellom personalressurser og arbeidsmengde, og dessuten et godt samarbeidsklima – slik at personalet skal ha best mulige forutsetninger for å kunne gjøre en god jobb. Og for at personalet skal trives på jobben.

Oppsummert handler det for personalet om gode rutiner og prosedyrer for behandling, god administrering og fordeling av personalressursene, personalets medvirkning i utforming av tjenestetilbudet, god informasjon og god ledelse. Personalet fremhever tid som et viktig element for god behandling. Mye tid går med til indirekte pasientarbeid, som også er viktig for pasientens behandling, men det går utover tiden til det direkte pasientarbeidet. Tiden og tilgjengeligheten er også i tråd med det pasientene vektlegger for god behandling.

På spørsmålet om hva personalet selv kan gjøre for å tilrettelegge for god behandling, tilbakemeldes følgende *”prioritere egne arbeidsoppgaver, hjelpe hverandre, si i fra”* og *”være oppdatert ... planlegge og å ha tid – det skaper forutsigbarhet for pasienter og personal”*. Videre sier et personal *”tid til pasienten ... å lage en plan sammen – tilgjengelighet for pasienten ut fra behov, være sammen med når de er redde”*. Her blir tidsaspektet nok en gang nevnt som et viktig element, og at personalet selv også har ansvar for prioritering av sin tid. Personalets tid og tilgjengelighet for pasientene er med andre ord noe både ledelsen må tilrettelegge for, og noe som personalet også selv må prioritere i sin arbeidshverdag.

Underspørsmål ”hva er viktig for godt behandlingsmiljø i avdelingen”?

Betydningen av det sosiale klimaet i avdelingsmiljøet vektlegges med at medpasienter gir hverandre **støtte** og oppmuntring, og at det er sosialt og hyggelig å ha noen å snakke med i samme situasjon som en selv. Behandlingsmiljøet og klima i avdelingen er en viktig del av behandlingsoppholdet, og miljøterapien skal tilrettelegge for et godt behandlingsmiljø.

Som en pasient tilbakemelder i intervjuet *”pasientene er like viktige som personalet – det blir som et lite samfunn her”*. En annen pasient sier at *”... medpasienter har hjulpet meg veldig mye, treffer likesinnede – føler deg hjemme”* og videre *”å gjøre ting sammen, ha det sosialt og litt moro, godt å koble ut og tenke på noe annet enn problemer – føle likeverd”*.

En annen pasient påpeker hva som er viktig for et godt behandlingsmiljø *”avhenger av kjemien pasientene mellom - du skal være mye sammen med de andre, og du må finne deg i dette – du får ikke gjort noe med det”* og videre at *”det er godt å ha et eget rom å trekke seg tilbake til”*. Som en pasient påpeker *”på dagtid er det en del program, men på kveldstid hender det vi blir overlatt til oss selv”* videre at *”... personalet kan fange opp signaler i miljøet – har også med trygghet å gjøre at personalet er synlige i miljøet, kan avverge bråk som eskalerer”*. En tredje pasient påpeker viktigheten med struktur og rammer *”... bra med kjøreregler i miljøet, skaper bra klima, som ikke å snakke sykdom på stua for eksempel”* og videre at *”personalet har ansvar for å sette grenser for dette”*.

Personalet mener behandlingsmiljøet i avdelingen er *”best når personalet er ute i miljøet, det er på travle dager vi får mest negative tilbakemeldinger – pasientene ser ikke hva vi driver med. Uforutsigbarhet, avbrytelser og administrative oppgaver trekker personalet ut av miljøet”*, *”godt behandlingsklima all den tid personalet har det bra sammen – stråler det ut, mye latter og god tone”*, *”når pasientene matcher hverandre er det en god hjelp for behandlingen – ugunstig hvis negativ og dårlig motivasjon blant pasientene, kan bli vanskelig for de andre de blir dratt med. Viktig hvordan personalet opptrer i miljøet, vi er forbilder”*. Personalet påpeker sin rolle i miljøterapien, og understøtter pasientenes tilbakemeldinger vedrørende behandlingsmiljøet. Behandlingsmiljøet er konteksten for behandlingen, og vesentlig for miljøterapien. Pasientene vektlegger viktigheten av behandlingsmiljøet, som arena for gode situasjoner. Og at personalet har en viktig rolle med sin tilstedeværelse, også for å forebygge mindre gode situasjoner som kan oppstå i miljøet.

Pasientene tilbakemelder videre om behandlingsmiljøet at de setter pris på en avslappet atmosfære preget av en sosial og hyggelig tone for det skaper *”følelse av likeverd”*. En annen sier *”personalet kan godt være litt spontane”*, den tredje framhever *”spontanitet, ikke bare programorientert”*. Pasientene setter pris på at personalet kan utvise **spontanitet** og ikke bare være programorienterte. Ut fra tilbakemeldingene tolker jeg at det er i den mer uformelle sosiale settingen utenom planlagte aktiviteter, at personalet og pasientene møtes uten agenda og hjelper/pasient roller. Her møtes de og er sammen som medmennesker. Når en pasient påpeker at slike situasjoner skaper en følelse av likeverd, tolker jeg at i denne settingen er de sosiale rollene mer underordnet og mer preget av det

felles menneskelige. I slike situasjoner antar jeg at pasientene i større grad opplever seg likeverdige med personalet gjennom dialogen om felles hverdagslige tema.

Sosial samhandling som bidrar til at pasientene opplever likeverd, tolker jeg som situasjoner som tilrettelegger og bidrar til en bedre balansering makt/avhengighetsforholdet som hjelper/hjelpetrengende forholdet representerer. I tråd med samfunnsvitenskapelig syn på samhandlingsformer, som Wadel presenterer (1990, s. 75), vil det i lys av makt/avhengighetsperspektivet bety at personalets makt reduseres i slike situasjoner fordi samhandlingen baseres på felles tema. Samhandling som ikke krever spesialkunnskap og ikke er verken problem- eller programorientert skaper andre forutsetninger for kommunikasjon. Her møtes personal og pasienter mer som i naturlige sosiale settinger, og ikke i status sett som hjelper/hjelpetrengende.

Videre viser tilbakemeldingene fra pasientene at de vektlegger **trygghet** og godt klima i avdelingsmiljøet. Pasientene tilbringer en del tid sammen både i organiserte aktiviteter, men også i uformelle sosiale settinger utenom fastsatt program. Studier fra psykiatriske avdelinger om behandlingsmiljø (se kap.2) viser at pasienttilfredsheten har stor sammenheng med behandlingsklima i avdelingen. Funn derfra viser til at sentrale faktorer i behandlingsmiljøet er sinne og aggressiv adferd, og personalkontroll. Pasientene er i en sårbar fase – og trygghet er viktig under behandlingsoppholdet. Det hender at enkelte pasienter utviser en aggressiv adferd i det sosiale miljøet, og det skaper utrygghet for medpasienter. For å forebygge utrygghet og aggressiv adferd i miljøet, er det viktig at personalet er synlig og tilgjengelige i miljøet. Det bekrefter også pasientene i intervjuet. Personal har ansvar for å tilrettelegge og regulere miljøet, som blant annet å sette grenser for truende adferd. Når personalet er til stede i miljøet, virker det tryggende for pasientene i avdelingen.

Videre påpeker to pasienter følgende at *"personalet ikke må være så firkanta med regler at man ikke får gjort noe hyggelig utenom programmet"* og *"det er viktig med spontanitet, ikke bare programorientert – gjøre noe helt annet, få tankene over på noe annet"*.

Tilbakemeldingen henspeiler på personalkontroll, som for eksempel at personalet begrunner behandlingen med regler og prosedyrer i avdelingen. Pasienter må forholde seg til avdelingens struktur, program og husregler. Struktur, prosedyrer og husregler er til for å legge rammer for samhandlingen i avdelingen. Rammene skal også sette grenser for

uhensiktsmessig adferd, slik at alle pasientene skal oppleve en forutsigbarhet og trygghet i avdelingsmiljøet.

Sett i lys av makt/avhengighetsforhold vil personalet uttalelser som begrunnes i prosedyrer og regler, kunne oppleves som utøvelse av makt fra personalet. Som en pasient eksemplifiserte med *"må være litt fleksible her – ikke så firkanta. Som 'det er obligatorisk å delta, du må følge programmet' – du får en følelse av å være lat omtrent hvis ikke du bli med"*. Det kan tolkes som at personalet bruker regler og prosedyrer for å overtale pasienten til å delta i aktiviteten, isteden for å møte pasienten med en faglig og individuell tilnærming for å forstå hvorfor pasienten ikke vil delta. En bedre forståelse gir et bedre utgangspunkt for å motivere pasienten til deltagelse, på en mer hensiktsmessig og respektfull måte.

5.5 Hvordan oppleves personalets arbeidsmiljø?

Med dette forskningsspørsmålet ønsker jeg å finne ut hvordan arbeidsmiljøet til personalet oppleves og vurderes – både av personalet og pasientene. Hvordan arbeidsmiljøet oppfattes vil kunne synliggjøre vesentlige faktorer i arbeidsmiljøet, og hvordan disse blir vurdert. Jeg starter med pasientenes tilbakemeldinger, for så å fortsette med tilbakemeldinger fra personalet.

Underspørsmål "hvordan opplever du at personalet har det på jobben?"

Samtlige pasienter tilbakemelder at det virker som personalet har det bra sammen. En uttrykker dette med *"mye latter, synes det er positivt, da trives de med jobben sin og da kan de yte maksimalt ut fra de rammene de har"*. En annen sier *"føler de er en fin gjeng"* og videre *"hvis de ikke hadde hatt det bra – tror jeg det hadde gått utover oss ubevisst – det er ikke lett å yte hvis man ikke trives. Vi gjennomskuer folk hvis de syter og klager – vi er jo veldig oppå de ansatte her kontra en annen arbeidsplass"*.

En tredje bemerker hva konsekvensen kan være hvis personalet ikke har det bra på jobb med *"hvis de hadde vært sure, ville jeg blitt usikker på om det hadde noe med meg å gjøre"*. En annen kommentar *"det synes at de trives i jobben sin ... de er tilstedeværende mentalt ... merkes at folk blir stressa hvis de ikke har det bra på jobben"* og videre at

”ønsker de hadde tid til en kaffekopp før eller etter lunsjen, at ikke alt er ’lajna’, de kunne fått et lite avbrekk i den travle hverdagen – det tror jeg hadde vært sunt”.

En pasient påpeker sitt hovedinntrykk av posten med *”effektivitet, aktivt personalet, tilstedeværelse, det er en krevende jobb å jobbe i psykiatrien”* og videre at *”min oppfattelse kan ha noe med min egen psykiske form på tidspunktet å gjøre”*.

Pasienten som sier at egen oppfattelse kan ha noe med sin psykiske form å gjøre, gir støtte til teorier om at pasientens erfaringer og vurderinger av behandling kan forklares ut fra individuelle forhold, som helsemessig og kognitiv tilstand.

Pasienttilbakemeldingene på spørsmålet om personalets arbeidsmiljø, forteller at pasientene merker når personalet har det bra på jobben, og at de tilsvarende vil merke dersom personalet ikke hadde det bra på jobben. Det påpekes også fra pasientene at når personalet har god en god sosial samhandling og trives på jobben, så vil de kunne engasjere seg og yte mer i jobben. Pasientene sier videre at humøret til personalet og hvordan de kommuniserer seg imellom, vil prege behandlingsklimaet i avdelingen, og det vil merkes godt av pasientene nettopp fordi personal og pasienter er mye sammen. Det er rimelig å anta at personalets trivsel på jobben vil prege deres humør, mental tilstedeværelse og engasjement i pasientenes situasjon.

Underspørsmål ”hvordan opplever personalet eget arbeidsmiljø?”

Personalet bekrefter pasientenes observasjoner og tilbakemeldinger på hvordan personalet har det sammen med at *”vi trives godt sammen – høyt under taket”, ”bra organisering og program for pasientene”, ”vet hvor vi har hverandre i forskjellige situasjoner – hvem vi kan støtte oss på”* og *”... gir hverandre positive tilbakemeldinger ... arenaer og takhøyde for diskusjoner – vi gleder oss til å gå på jobben”*. Videre tilbakemelder en at *”stort sett bra, vi har det bra sammen - kan bli stressete innimellom, særlig på starten av uka – det flyter nærmest litt over, og vi girer hverandre opp. Det tror jeg pasientene merker”*.

På oppfølgingsspørsmålet om hva som bidrar til at arbeidsmiljøet er slik *”vi lærer av hverandre, innstilling til samarbeid”, ”vi er trygge på hverandre, og god leder bidrar til sammensveising – og et bra behandlingstilbud som er hyggelig å kunne tilby pasientene, og som avhjelper miljøpersonalet, med tverrfaglig sammensetting”*.

Personalet bekrefter det pasientene oppfatter – at de har det bra sammen, og samarbeider godt. Videre at de har tillit til hverandre, og det er høyde for å diskutere. De påpeker også i denne sammenhengen at organiseringen er bra, men samtidig at det oppleves stressende at arbeidsoppgavene ”hoper seg opp” i begynnelsen av uka – og at pasientene merker dette. Videre sier personalet at de har et godt sosialt arbeidsmiljø, preget av humor, respekt, tillit og trygghet – og at grunnen til det er at de har en god kommunikasjon seg i mellom og med leder, i tillegg til at posten har et godt faglig tilbud til pasientene.

Oppfølgende underspørsmål ”hvordan kan sykehuset og ledelsen bidra til godt arbeidsmiljø?”

Til dette svarer personalet ”å tilrettelegge arenaer hvor vi kan drøfte behandlingen – det styrker samholdet”, ”lytte til personalet og pasienter – ta med personalet i diskusjoner og på råd”, ”informere personalet før man får det tredd over hodet, og en god turnus” og ”god ledelse, tydelige forventninger, klar struktur, dialog, gjensidighet og konstruktive tilbakemeldinger”.

Videre tilbakemelder personalet som følger ”stabil og kontinuerlig legedekning, psykolog, og tverrfaglig samarbeid mellom dem og miljøpersonalet ... slitsomt med hyppig skifte, gjør arbeidshverdagen uforutsigbar”. Videre ”faste arenaer for å ta opp ting, god struktur – da får man gjort en del” og ”tilrettelegge for samarbeid med samarbeidsparter i kommunene – det letter det daglige arbeidet og det er lettere å ta kontakt”.

Tilbakemeldingen her viser at arenaer for faglige diskusjoner er viktig både for behandlingen som gis, og for samholdet i personalgruppa. Personalet påpeker også viktigheten av tilrettelagte arenaer for samarbeid, og arenaer hvor de kan **medvirke** i diskusjoner rundt forhold vedrørende eget arbeidsmiljø og drift. De tilbakemelder videre er det viktig med god ledelse som tilrettelegger for god dialog og informasjon, og god struktur i avdelingen. Det kommer også fram at manglende kontinuitet av spesialistdekning, bidrar til uforutsigbarhet i personalgruppa og for behandlingen.

Personalets beskrivelse av behov for **informasjon** før man får det ”tredd over hodet” – bekrefter at personalet er misfornøyd med at avgjørelser blir tatt uten at de fått deltatt i diskusjonen eller fått god nok informasjon på forhånd. Når det er tilrettelagt for dialog og kommunikasjon vil personalet oppleve å være medvirkende i eget arbeid, og deltakende i

egen arbeidshverdag. Dette sammenfaller med Arbeidsmiljølovens krav til arbeidsmiljø – hvor leders ansvar er å tilrettelegge for medvirkning og deltakelse for arbeidstakere i saker som påvirker deres arbeidsforhold.

5.6 Hvilke faktorer i arbeidsmiljøet påvirker hva pasientene melder som viktig for behandlingsoppholdet?

Underspørsmål ”hvordan tror du personalets arbeidsmiljø påvirker pasientene?”

Personalet svarer her *”pasientene er sensitive, de vil merke om det ikke er bra miljø – vi mennesker påvirker hverandre med hvordan den ene er i humør. Det er en vanlig psykologisk greie, så det er klart det påvirker”, ”en god tone personalet imellom bidrar til god stemning i avdelingen, vi står ofte i vanskelige situasjoner med pasientene, og da er vi mer på tilbudssiden der enn om vi skulle hatt noe uoppgjort oss i mellom” og ”ville ikke klart å gi så mye til pasientene som jeg gjør når jeg har bra inni meg – det er fort gjennomskuelig hvis du ikke har det bra. Det viktigste er samspillet mellom personalet”.*

Videre påpeker et personal at *”hvis det har vært en urolig dag på avdelingen så merker jeg det med en gang jeg kommer på jobb – når vi er stressa og har mange oppgaver så går det i ett og det forplanter seg utover dagen ... jeg ville ikke likt å være pasient et sted hvor personalet hadde gnisninger seg i mellom – du kjenner på en måte at det ligger i lufta”.* Videre at *”hvis ikke personalgruppa er samkjørte og tilfredse ... gjør minimalt på jobb, kun det nødvendige – det blir feil fokus, mer på egne frustrasjoner og pasientene merker det i forhold til å bli sett. Pasientene blir mistenksomme og urolige”.* Personalets tilbakemeldinger er i tråd med hva pasientene har tidligere sa, at de vil merke stemningen i personalgruppa – både om den er bra eller dårlig. Og at det vil påvirke personalets evne til å engasjere seg og gjøre en god jobb.

Ved å ta utgangspunkt i tilbakemeldingene fra opplevelse av personalets arbeidsmiljø, mener pasientene (i likhet med personalet), at de merker at personalet har det bra sammen, og tilsvarende vil merke det dersom personalet ikke har det bra. Et eksempel fra personalet belyser dette med utsagnet *”det er i de mest hektiske periodene vi får mest negativ tilbakemelding”.* I hektiske perioder med stort arbeidspress, har personalet mindre tid til å

være sammen med pasientene. Tilbakemeldingene her viser at pasientene påvirkes indirekte av personalets arbeidsmiljø, siden de merker – og påvirkes direkte av – om personalet har det bra sammen – og hvorvidt personalet har mye å gjøre.

Ut fra dette er det rimelig å si at personalets tilfredshet med jobben påvirker hvordan de framstår sammen med pasienten. Dersom personalet har **stor arbeidsmengde**, er preget av **misnøye** med jobben, har **forstyrrende konflikter** i arbeidsmiljøet, vil pasienten kunne oppleve dårlig stemning og mindre engasjement, og manglende tilgjengelighet hos personalet. Involvering fra personalet er en av de viktigste faktorene som er positivt relatert til pasienttilfredsheten. Det er på bakgrunn av dette rimelig å anta at personalets trivsel i denne sammenhengen vil påvirke pasientene og deres tilfredshet. Funn fra tidligere studier i psykiatriske avdelinger viser til at det er en sammenheng mellom personaltilfredshet og pasienttilfredshet.

5.7 Er et godt arbeidsmiljø en forutsetning for pasientenes opplevelse av god kvalitet på behandlingen?

Her tar jeg utgangspunkt i pasientenes tilbakemeldinger om at god behandling innebærer å bli møtt med respekt, å få medvirke i egen behandling, at personalet er kompetente, i tillegg til at personalet er tilgjengelige. Jeg antar da at pasientenes vurdering av god behandling betyr god kvalitet, sett fra deres ståsted.

Personalet tilbakemelder forskjellige elementer som kan bidra til et godt arbeidsmiljø. Tilbakemeldingene på dette handler om **god organisering og struktur** som; tilrettelegging i arbeidsmiljøet for medvirkning, balanse mellom **arbeidsmengde** og tilgjengelige ressurser, kontinuitet i behandlersituasjonen og det tverrfaglige samarbeidet, i tillegg til et godt **sosialt klima** i personalgruppa.

Når personalets arbeidsmiljø tas med i betraktningen om god kvalitet på behandlingen, tolker jeg fra tilbakemeldingene fra både pasienter og personal, at det sosiale klima har stor betydning for personalets engasjement og dermed **involvering** i pasientens situasjon. Personalet tilbakemelder at de har et godt sosialt arbeidsmiljø, og dette bidrar til at de har fokus på pasientene. Pasientene bekrefter at de merker personalets gode sosiale klima på en

positiv måte, og mener at personalet da yter bedre på jobben. Ut fra dette er det rimelig å anta en sammenheng mellom personalets sosiale arbeidsmiljø og pasientenes opplevelse av at personalet involverer seg. Funn fra tidligere studier viser positiv sammenheng mellom faktorene involvering og støtte – og pasienttilfredshet.

5.8 Vil et mindre godt arbeidsmiljø føre til redusert opplevelse av god behandling for pasientene?

På bakgrunn av data fra intervjuene, medarbeiderundersøkelsen og pasientstyrt forbedringsarbeid kan det se ut som at dersom personalet ikke trives på jobben og har for stor arbeidsmengde/høyt arbeidstempo, vil det kunne påvirke deres tid, tilgjengelighet og involvering i pasientene.

Pasientene sier i intervjuene at de vil merke dersom personalet ikke trives i jobben sin, både på humøret og stemningen i personalgruppa. Både personal og pasienter forklarer dette med at personalet og pasientene er tett på hverandre, og pasientene dermed fort vil merke hvordan stemningen er. Pasientene mener at dårlig sosialt samspill blant personalet vil påvirke dem både med følelsen av dårlig klima og ved at personalet ikke yter en like god jobb.

Pasientenes erfaringer fra PSFA tilsier at de er minst fornøyd med er blant annet opplevelsen av at personalet ikke var tilgjengelige nok. Intervjuene avdekker at tilgjengelighet og medvirkning er viktig for god behandling for pasientene. Personalets tilbakemeldinger fra intervjuene tilsier at deres uforutsigbare arbeidsmengde og stadig flere administrative oppgaver, bidrar til å begrense deres tid og tilgjengelighet for pasientene. Begrensninger i personalets tid og tilgjengelighet påvirker pasienttilfredsheten, og når personalet opplever for stor arbeidsmengde vil det også påvirke personaltilfredsheten negativt. Det kan bli en ”ond sirkel” hvor arbeidsmengden reduserer tilgjengelighet og tiden for personalet, som medfører misnøye både blant personalet og for pasientene.

Oppsummert ser det ut til at et arbeidsmiljø preget av stor og uforutsigbar arbeidsmengde – og forstyrrende konflikter – kan bidra til å trekke personalet ut av avdelingsmiljøet og gi mindre tid og fokus til pasienten. Avhengig av graden, vil jeg anta at dersom personalet har mindre tid og fokus på pasientene, så vil pasientene oppleve at involveringen ikke er like

god - som kunne vært tilfelle dersom personalet hadde et engasjement og bedre tid sammen med pasientene. Men jeg ser også at dersom personalet hadde hatt god tid og tilgjengelighet – så hadde det ikke bidratt til pasienttilfredshet i seg selv, men det kreves at personalet må involvere seg, være støttende og ha fokus på medvirkning.

6 Avslutning

Hovedfunn

Jeg har funnet at pasientene vurderer behandlingen som god dersom de opplever at personalet møter og ser pasienten, involverer seg, pasientene får medvirke – og i tillegg får hjelp med praktiske problemstillinger. Da er det rimelig å anta at dersom dette finner sted, vil pasienttilfredsheten bli god. Tilbakemeldingen her er i samsvar med rapporten om brukererfaringer i psykisk helsevern, og funn fra tidligere studier i psykiatriske avdelinger – som viser at disse elementene varierer positivt med pasienttilfredsheten.

Pasientene har kommentert i PSFA, på bakgrunn av sine erfaringer, at de var mest fornøyd med personalet og måten de ble møtt på, og det sosiale samværet med andre i posten. Minst fornøyde var de med tilgjengeligheten til personalet, medvirkning og forståelse av behandlingsopplegget.

Pasienter og personalet tilbakemelding at dårlig behandling innebærer ikke å bli møtt og sett, og å oppleve seg overkjørt.

Personalet sier de har godt sosial arbeidsmiljø. Pasientene bekrefter dette, og sier videre at det er positivt for de mener at da yter personalet bedre i jobben. Personalet mener også at et godt sosial arbeidsmiljø er positivt for jobbytelsen – fordi de da i større grad klarer å ha fokus på pasientene. Videre sier personalet at det også er viktig med organisatorisk og strukturell tilrettelegging i arbeidsmiljøet, og god balanse mellom arbeidsmengde og personalressurser. For at personalet skal har forutsetninger for å yte god behandling, er det viktig at ledelsen tilrettelegger disse elementene. Personalet vektlegger også i denne sammenhengen, viktigheten av medvirkning og kontinuitet i behandler – situasjonen. Et godt sosialt arbeidsmiljø, samsvarer her med at sosial støtte virker som en buffer mot høye krav og lite kontroll. Ut over dette benyttet jeg ikke Karasek og Theorells modell (1990) i like stor grad jeg antok i utgangspunktet.

Konklusjon

Med bakgrunn i data og funn er det rimelig å hevde at det er en sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet. Sammenhengen jeg har funnet, handler om at personalets mangel på tid og tilgjengelighet ser ut til å kunne ha en negativ påvirkning på pasientenes tilfredshet.

Videre kan det se ut til at et godt sosialt klima i personalgruppa bidrar til bedre jobbytelse, og noe også pasientene merker, og anser som positivt. I hvilken grad dette påvirker pasienttilfredsheten, kan jeg derimot ikke se å ha funnet holdepunkter for å si noe om. Men i den grad et god sosialt klima bidrar til at personalet har fokus på og involverer seg i pasientene, så har det en sammenheng.

Det samme gjelder for organisatoriske forhold, som påvirker personalets tid og tilgjengelighet – og i den grad dette tar tid fra det direkte pasientarbeidet og personalets engasjement og involvering, så vil det også kunne påvirke pasienttilfredsheten. Det holder imidlertid ikke bare å være tilgjengelige og ha tid sammen med pasientene, det skal være kvalitet på samhandlingen også. Involvering er ikke bare avhengig av tid, men også personalets kompetanse og engasjement. Dette understreker også pasienttilbakemeldingen fra intervjuene. Personal kan både vise engasjement og involvere seg, på tross av å ha begrenset tid sammen med pasienten. Så pasientene kan være fornøyde, selv om personalet ikke har vært så tilgjengelige som pasientene har ønsket seg.

Videre er det viktig for pasienten å medvirke i egen behandling. Medvirkning i egen behandling er viktig for pasientens opplevelse av å bli tatt på alvor og respektert. Jeg mener det er grunnlag for å anta at medvirkning også er viktig for behandlingseffekten. Når pasientene erfarer at de ikke har fått medvirke så mye som de ønsket – og i tillegg erfarer at nytten av behandlingen ikke er enda høyere enn de oppgir, er det grunn til å anta at behandlingen ikke har helt ”truffet blink”. En pasient uttrykte dette på en god måte med – *”får det tilrettelagt, det som virker for deg – blir tatt med på råd”*. Uttalelsen understreker at individuell medvirkning og deltagelse medfører at pasienten opplever at det er en selv og egne utfordringer det handler om, at man er unik – ikke bare en i mengden. Dessuten poengterer utsagnet også at pasienten har ansvar for sitt eget liv og egen tilfriskningsprosess – og at pasienten sitter inne med det som skal til for å løse vanskeligheter. Det ansvaret må også helsepersonell anerkjenne og gi pasienten rett til. Det

handler om at personalet må ta ansvar for å tilrettelegge et relasjonsforhold hvor disse ressursene kan synliggjøres og komme til sin rett.

Jeg ser at det er rimelig å anta at både individuelle, relasjonelle og kontekstuelle forklaringer kan være gyldige i denne oppgaven – både som forklaring på en gitt situasjon, og i forskjellige situasjoner. Kontekstuelle forhold vil også påvirke relasjonelle forhold – som eksempel tilrettelegging av arbeidsmiljø og behandling – som er forutsetninger for behandlingen og samhandlingen mellom personalet og pasientene.

Hva det er som får pasientene til å bli misfornøyde kan være flere, eller andre faktorer enn det som bidrar til tilfredshet. Det kan se ut som at flere variabler må virke sammen både for å påvirke pasienttilfredsheten positivt, og påvirke den negativt. Det er imidlertid ikke mulig ut fra mine data og funn å si noe om kausaliteten mellom arbeidsmiljøet og pasienttilfredsheten. Det hadde imidlertid vært interessant å finne nærmere ut av.

Implikasjoner for videre forskning

Det er mange forklaringer til pasienttilfredshet, og mine funn samsvarer i stor grad med tidligere forskning. Tidligere forskning har heller ikke kunnet konkludere med kausaliteten mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredsheten. Jeg tenker at det er viktig å ta innover seg – sett i lys av et stadig større krav til helsetjenestene – at strukturelle forhold også må sees i sammenheng med pasienttilfredshet. Med pasientstyrt forbedringsarbeid som kvalitetsverktøy på enhetsnivå, vil dette kunne bidra med viktige erfaringer fra pasientene til forbedringsarbeidet på enhetsnivå. Men dette kvalitetsarbeidet må ikke bli ”alibi” for at **alt** kvalitetsarbeid kan løses på enhetsnivå. På et tidspunkt må kvalitetsarbeid – og pasienttilfredshet – også sees i sammenheng med organisatoriske, faglige og økonomiske rammeforhold. I hvilken grad kvalitet og pasienttilfredshet har med disse forholdene å gjøre – hadde vært veldig interessant å studere nærmere.

På et eller annet nivå, så vil tid, arbeidsmengde, tempo, aktivitet og ressurser måtte sees i sammenheng med tjenestene som ytes og kvaliteten i pasientbehandlingen. Tiden er ikke en kvalitetsindikator pr. i dag. I psykisk helsearbeid er tiden er viktig variabel og faktor for kvalitet, endring, bedring og medvirkning slik jeg ser det. Det kan være at vi kan klare å få pasientene raskere gjennom behandlingen, spørsmålet i neste omgang er – hvilken kvalitet og hvilket resultat og effekt hadde behandlingen?

Referanseliste

- Andersen, A.J.W. (1997a). *Uten fasit: Perspektiver på miljøterapi*. Fagernes: Cappelen Akademisk Forlag.
- Andersen, Svein. (1997). *Case-studier og generalisering: Forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv..* Oslo: Arbeidsdepartementet. Lovdata.no.
- Arbeidstilsynet. (2005). *God vakt: Arbeidsmiljø i sykehus*. Prosjektrapport. Bodø: Arbeidstilsynet.
- Aune, Asbjørn. (1993). *Kvalitetsstyrt ledelse: Kvalitetsstyrte bedrifter*. Oslo: Ad Notam Gyldendal .
- Aune, Asbjørn. (1996). *Kvalitetsstyrte bedrifter*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Bolman, Lee G. & Deal, Terrence E. (2004). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Gyldendal Norsk Forlag AS .
- Bjurstrøm, Hanne. (28.4.2011). *Sammen for et godt arbeidsmiljø: Stortingsmeldingen om arbeidsforhold, arbeidsmiljø og sikkerhet*. Tale/artikkel. Regjeringen.no
- Bjørngaard, Johan Håkon. (2008). *Patient satisfaction with outpatient mental health services – the influents' of organizational factors*. Doktoravhandling. Det Medisinske Fakultet (forlag).
- Christensen, Tom & Lægreid, Per. (2003). Politisk styring og privatisering: Holdninger i elitene og befolkningen. *Norsk statsvitenskapelig Tidsskrift*, 4. (19).
- Colbjørnsen, Tom. (1999). Krevende kunder, markedsbasert eierskap og fleksible organisasjoner: konsekvenser for partsbasert medvirkning. I Falkum, Eivind, Eldring, Line & Colbjørnsen, Tom. (Red.), *Medbestemmelse og medvirkning: Bedriftsutvikling mot år 2000*. Fafo-rapport, s. 324.
- Ebeltoft, Arne. (1990). *Psykososialt arbeidsmiljø i praksis*. Oslo: TANO A.S.
- Einarsen, Ståle & Skogstad, Anders. (2011). *Det gode arbeidsmiljø: Krav og utfordringer*. (2.utgave). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Einarsen, Ståle & Skogstad, Anders. (2005). *Den dyktige medarbeider*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Foss, Christina & Ellefsen, Bodil. (Red.).(2005). *Helsetjenesteforskning: Perspektiver, metoder og muligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Frich, Jan C. & Ramleth, Øistein. (2004). Pasienttilfredshet som mål for kvalitet i spesialisthelsetjenesten. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 1, s. 88.
- Frønes, Ivar & Kjølørød, Lise. (2010). *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Gabrielsen, Hege. (2001). *Pasientopplevd kvalitet: En tverrsnittanalyse av brukertilfredshet ved norske sykehus*. Bergen: SNF – rapport, 59.
- Gotvassli, Kjell-Åge & Haugset, Anne Sigrid. (2010). Jobbtillfredshet og jobbytelse: Konsekvenser for ledelse. I Stene, Morten (Red.). *Forskning Trøndelag 2010*. Trondheim: Tapir akademisk Forlag.
- Guldvog, Bjørn. (1997). Hvordan påvirker sykehuspersonalets arbeidsmiljø resultatene for pasientene? *Nordisk Medisin*, 112, 246 – 251
- Haukelien, Heidi. (2000). *Kall og Byråkrati: Omsorgsideologier og omsorgspraksiser blant sykepleiere*. Hovedoppgave ved Sosialantropologisk institutt UIO.
- Henriksen, Jan-Olav & Vetlesen, Arne Johan. (2000). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. (2.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn. (1986). *Metodevalg og metodebruk*. Forfatterne og TANO A.S. 1986.
- Jacobsen, Dag Ingvar. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2.utgave). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Judge, Timothy A. & Robbins, Stephen P.. (2000). *Essentials of organizational behavior*. New Jersey: Pearson education, Inc., Prentice Hall.
- Jørgensen, Kjetil N., Rømme, Vidar & Rundmo, Torbjørn. (2009). Associations between ward atmosphere, patient satisfaction and outcome. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16, 113-120.
- Karasek, Robert & Theorell, Töres. (1990). *Healthy Work, stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Kaufmann, Astrid & Kaufmann, Geir. (2005). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. (3.utgave). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kjekshus, Lars Erik.(2003). Når sykehus blir butikk: Effekter på styring, profesjoner og brukere. *Norsk Statsvitenskapelig tidsskrift*, 4, 445-459. www.idunn.no hentet 15.11.11.

- Koren, Peter Chr. (2011). *Hva er psykososialt arbeidsmiljø: Psykososialt arbeidsmiljø et samlebegrep*. <http://www.hmsonline.no/publisher/publisher.asp?id=51&tekstid=303> hentet 01.11.11.
- Kummen, Jorun.(2010). Kvalitetsindikatorsystemer som styringsverktøy. *Stat og Styring*, 4, 5-7. www.idunn.no hentet 29.11.11.
- Kvalfors, Thor. (1998). *Kvalitetsutvikling i bedrifter*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Lian, Olaug S.. (2003). *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Lian, Olaug S.. (2005). Forskningsmessige utfordringer i studier av pasienttilfredshet. I Foss, Christina & Ellefsen, Bodil. (Red.), *Helsetjenesteforskning: Perspektiver, metoder og muligheter*. (s. 141 – 155). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lie, Amund. (2006). Reformen og læring i offentlig sektor. *Stat & Styring*, 1.
- Mathisen, Lars & Nordbø, Øyvind. (2011). Verdt å vite om kvalitetsindikatorer. *Sykepleien 1*, 32-34.
- Meld. St. 16.(2010 – 2011). (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011- 2015). Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8. april 2011, godkjent i statsråd samme dag*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Munro-Faure, Lesley & Munro-Faure, Malcolm. (1993). *Gjennomføring av total kvalitet: Om å gjøre de riktige tingene riktig første gang*. Oslo: Hjemmets bokforlag (oversatt av Einar Bøgseth og Roar Sørensen).
- Nordrik, Bitten. (2010). *Psykososial arbeidsmiljøkartlegging: En trojansk hest?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og SINTEF Helse. (2004). Måling av brukererfaringer blant voksne i det psykiske helsevernet. *Utredningsrapport, 9*
- NOU: 1999: 34. (1999). *Nytt millennium: Nytt arbeidsliv. Trygghet og verdiskaping i et fleksibelt arbeidsliv. Innstilling fra Arbeidslivsutvalget*. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.
- NOU 2000: 27. (2000). *Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv*. Oslo: Arbeidsdepartementet.
- NOU 2010: 1. (2010). *Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet*. Oslo: Arbeidsdepartementet.
- NOU 2010:13. (2010). *Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Ot. Prp. nr.10. (1998-1999). (1999). *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.. Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet 13.november 1998, godkjent i statsråd samme dag.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ot. Prp. nr. 49. (2004-2005). (2005). *Om lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.(arbeidsmiljøloven). Tilråding fra Arbeids- og sosialdepartementet av 25. februar 2005, godkjent i statsråd samme dag.* Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Ot. Prp. Nr. 66. (2000-2001). (2001). *Om lov om helseforetak m.m.. Tilråding fra sosial- og helsedepartementet av 6. april 2001, godkjent i statsråd samme dag.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ramsdal, Helge & Skorstad, Egil J.. (2004). *Privatisering fra innsiden: Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Rygh, Liv H., Helgeland, Jon, Braut, Geir S., Bukholm, Geir, Fredheim, Nanna, Frich, Jan C.,... Tjomsland, Ole. (2010). Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. *Rapport fra Kunnskapscenteret*, 16. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
<http://ask.bibsys.no/ask/action/show?pid=101778694&kid=biblio> hentet 29.11.11.
- Røssberg, Jan I.. (2005). *Evaluations of Inpatient Units with Emphasis on the Ward Atmosphere Scale.* Oslo: Unipub AS.
- Røssberg, Jan I., & Friis, Svein. (2004). Patient's and Staff's Perceptions of the Psychiatric Ward Environment. *Psychiatric Services*, 7 (55), 798 – 803.
- Røssberg, Jan Ivar, Melle, Ingrid, Opjordsmoen, Stein & Friis, Svein. (2008). Patient Satisfaction and Treatment Environment: A 20-year follow up study from an acute psychiatric ward. *Nordic Journal of Psychiatry* (60), 176-180.
- Røssberg, Jan Ivar, Melle, Ingrid, Opjordsmoen, Svein & Friis, Svein. (2008). The relationship between staff members' working conditions and patients' perceptions of the treatment environment. *International Journal of Sosial Psychiatry*, Sep.; 54(5), 437 – 446.
- Røvik, Kjell Arne. (2007). *Trender og translasjoner.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Røysum, Anita. (2005). Om markedsorientering og privatisering i sosialt arbeid. *Nordisk sosialt arbeid*, 04.
- Skogstad, Anders. (2004). Psykososiale faktorer i arbeidet. I Einarsen, Ståle og Skogstad, Anders. *Det gode arbeidsmiljø: Krav og utfordringer.* Bergen: Fagbokforlaget

- Sosial- og helsedirektoratet. (2003). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999- 2006: Sosial og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003- 2006*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Distriktpsikiatriske senter: Med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen.*, 9. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten: ...Og bedre skal det bli!* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2008). *Psykososialt arbeidsmiljø: Delrapport*. Oslo: NOA.
- Statens helsetilsyn. (2001). *Distriktpsikiatriske sentre: Organisering og arbeidsområder, 1*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn. (2001). *Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern: Pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter, Utredningsserie, 6*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Stensaasen, Sten. (1996). *Totalkvalitetsledelse i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- St. meld. nr. 35 (1994-95). (1995). *Velferdsmeldingen*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- St. prp. nr. 63 (1997-1998). (1998). *Om opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Tilråding fra sosial- og helsedepartementet 15. mai 1998, godkjent i statsråd samme dag*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- Strand, Torodd. (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget Bergen.
- Tranøy, Bent Sofus. (2006). *Markedets makt over sinnene*. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Vatne, Solfrid. (1998). *Pasienten først?: Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Wadel, Cato. (1990). *Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten*. (2. utgave). Flekkefjord: Seek A/S.
- Aadland, Einar. (2011). *"Og eg ser på deg...": Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aakvaag, Gunnar C.. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Aasbrenn, Kristian. (2010). *Tjenester som treffer: Betyr brukerorientering og kvalitet noe annet i offentlig sektor?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Aasnæs, Steinar. (2007). *Ny fakta om norsk arbeidsliv*. Statens arbeidsmiljøinstitutt. <http://www.stami.no/ny-fakta-om-norsk-arbeidsliv> hentet 20.11.11.

Figurliste

| | |
|--|----|
| Figur 1: Hva som påvirker arbeidsmiljøet (Arbeidstilsynet, 2006)..... | 29 |
| Figur 2: Kvalitet i helsetjenestene (Statens helsetilsyn Utredningsserie 2, 1998)..... | 41 |
| Figur 3: Skåringer i hovedområdet Arbeidsmiljø og samspill i MAU 2010 Egendefinert | 66 |
| Figur 4: Skåringer på delområder PSFA 2010 Egendefinert | 70 |

Vedlegg

Vedlegg 1: Kvittering på melding om behandling av personopplysninger NSD

Vedlegg 2: Avtale mellom Sykehuset Østfold og HIØ

Vedlegg 3: Invitasjon til deltagelse i et intervju

Vedlegg 4: Intervjuguide pasienter

Vedlegg 5: Samtykkeskjema deltagelse i intervju

Vedlegg 6: Intervjuguide personalet



Tor Claussen
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag
Høgskolen i Østfold
Remmen
1757 HALDEN

Vår dato: 17.11.2011

Vår ref: 28477 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.10.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28477

Sammenheng mellom personalets arbeidsmiljø og pasienttilfredshet - kan man se sammenheng mellom medarbeiderundersøkelsen og pasientstyrt forbedringsarbeid (i samme periode)?

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder
Tor Claussen
Ingrid Dahl

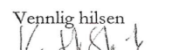
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Knut Kalgraff Skjåk


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Ingrid Dahl, Grevlingstien 21, 1615 FREDRIKSTAD

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-ame.andersen@uit.no

Vedlegg 1, s.1

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 28477

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner skrevet godt utformet, men forutsetter, jf. telefonsamtale med prosjektleder 16.11.2011, at det også opplyses om dato for prosjektslutt, her 15.06.2012. Personvernombudet legger til grunn for sin godkjenning at revidert skriv ettersendes, hvor prosjektslutt er angitt, før det tas kontakt med utvalget.

Innsamlede opplysninger registreres på fysisk isolert pc tilhørende Høgskolen i Østfold.

Personvernombudet legger til grunn at det ikke samles inn og registreres opplysninger om identifiserbare 3. personer (her ment pasienter).

Innsamlede opplysninger anonymiseres og lydbåndopptak makuleres ved prosjektslutt, senest 15.06.2012. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Ved publisering vil ingen enkeltpersoner kunne gjenkjennes.

Avtale mellom Sykehuset Østfold HF og Høgskolen i Østfold
med hensyn til *Ingrid Dahl* sin mastergradsoppgave.

Sykehuset Østfold (SØ) og Høgskolen i Østfold samarbeider om gjennomføring av følgende
prosjekt *mastergradsoppgave*.

Arbeidet blir gjennomført i divisjon *for psykisk helsevern* ved avdeling *HSDPS døgnsesjon* etter avtale med
avdelingsjef *Astrid Rødseth*.

I samsvar med prosjektbeskrivelsen, vil arbeidet innebære å *sammenligne data fra
medarbeiderundersøkelsen ved HSDPS døgnsesjon 2010 og PSFA (pasientstyrt forbedringsarbeid) ved
HSDPS døgnsesjon i 2010 – se om det kan finnes sammenhenger. Skal i tillegg foreta personlige intervjuer
av 6 personal og 6 pasienter, for utdyping av temaer som: kvalitet, god behandling, godt resultat,
psykososialt personalmiljø, tidens betydning, struktur av behandlingsprogram, hva er viktigst for godt
behandlingsopphold og lignende*.

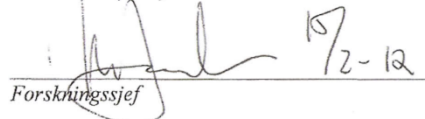
Arbeidet medfører bruk av sykehusets ressurser slik (tid, utstyr, etc): Personal intervju 1 time pr. intervju,
intervju av 6 pasienter 1 time pr. intervju. Lagring av indikrete personidentifiserbare data på sikker sone i
sykehuset. Innlåsing av skriftlige dokumenter som samtykkeerklæringer, navn/nummer og lignende.

Prosjektet er meldt forskningsenheten på fastsatt registreringsskjema. De prosedyrer som gjelder i sykehuset
blir overholdt i prosjektet, slik som taushetsløfte, melderutiner, personvern, journaltilgang, data- og
IT-sikkerhet. Nødvendige godkjenninger fra eksterne instanser foreligger.

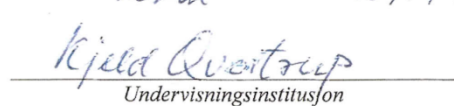
Hvis prosjektet resulterer i et kommersialiserbart produkt, skal sykehusets regler for kommersialisering i hht
prosedyrer følges.

Hvis resultater fra dette arbeidet skal publiseres i fagfelleurdert tidsskrift, skal SØ-ansatt være gjort i stand
til å fylle reglene for medforfatterskap i hht Vancouverkonvensjonen, slik at hans/hennes navn kommer på
forfatterlisten med adresse Sykehuset Østfold HF. Dersom andre i sykehuset oppfyller kriteriene for
medforfatterskap i henhold til Vancouverkonvensjonen, skal disse inkluderes på forfatterlisten.

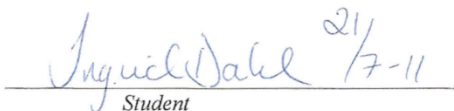
Fredrikstad (dato)


Forskningssjef

Sted: *Harbin* Dato: *27.9.11.*


Undervisningsinstitusjon


Divisjonsdirektør


Student

Invitasjon til å delta i et intervju

Jeg er seksjonsleder ved HSDPS døgn og deltar på masterstudie i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold. I løpet av 2011/2012 skal jeg skrive en masteroppgave. I denne forbindelsen ønsker jeg å gjennomføre en undersøkelse ved HSDPS døgn med tema "er det en sammenheng mellom personalets arbeidsmiljø og pasienttilfredshet". Med personalets arbeidsmiljø mener jeg hvordan personalet har det på jobben – og hvordan de samarbeider. Med pasienttilfredshet mener jeg hvordan pasientene vurderer behandling og oppholdet.

Denne undersøkelsen kan bidra til økt kunnskap om hva som er med og påvirker pasientbehandlingen og resultatet av oppholdet. For å kunne få en bedre forståelse for hva som er viktig for pasientene under behandling og oppholdet, ønsker jeg å intervju 2 pasienter og 2 personal fra hver post. Dette gjør jeg i tillegg til å se på pasientstyrt forbedringsarbeid og medarbeiderundersøkelsen som ble gjort i 2010.

Intervjuene vil foregå individuelt, på mitt kontor og vil ta ca. en halvtime. Spørsmålene vil handle om hva som er viktig for god behandling og hvilken betydning organisering og struktur i avdelingen har hatt for ditt opphold. Se intervjuguiden som ligger ved dette informasjonsskrivet.

Jeg har en liten digital lydopptaker som jeg tar opp intervjuet på. Intervjuet og lydopptaket vil foregå uten personopplysninger.

Du som vil delta på et intervju kan ta kontakt med meg på mail: kgdah@so-hf.no eller tlf. 69865812, eller ta direkte kontakt med meg på kontoret innerst i høyre gang på post 1. Så kan vi avtale tidspunkt for intervju.

Mvh Ingrid Dahl

Vedlegg 3

Intervjuguide pasienter

- Ha du noen ide om hva som skal til for å få til en god behandling?
- Hva er det aller viktigste?
- (Hva skal til for at det skjer?)
- Hva kan sykehuset gjøre for å få til det?
- Hva kan de ansatte gjøre for å få til det?
- Hva inneholder et godt behandlingsmiljø (i en avdeling)?
- (Hva er minst viktig for deg under et behandlingsopphold??)
- Hva tenker du er dårlig behandling?
- Er det andre ting utenom det å bli frisk som har betydning?
- Hva er det viktig å få hjelp/bistand til når du er innlagt?
- Hvordan synes du personal et fungerer sammen og samarbeider?
- Hvordan opplever du personal ets arbeidsmiljø? Tilrettelagt for at det jobbes det effektivt og planlagt, tilgjengelighet for pasientene?
- Hvordan opplever du personal ets bruk av tid til deg og dine hjelpebehov?
- Hvilke hovedinntrykk sitter du igjen med etter å ha vært ved avdelingen?
- Er dette slik du forventet?

Vedlegg 4

Samtykkeskjema for deltakelse i intervju

Jeg har mottatt intervjuguide og informasjonsskriv om prosjektet”er det en sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasienttilfredshet”og er informert om hensikten og målet med intervjuet.

Prosjektet er godkjent av norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og Sykehuset Østfold. Jeg er kjent med at opplysninger jeg gir, vil anonymiseres og vil ikke kunne identifiseres tilbake til meg i oppgaven. Alle data og opplysninger oppbevares beskyttet for innsyn fra uvedkommende under prosjektperioden, og vil arkiveres ved prosjektets slutt 15.06.12.

Dette samtykkeskjema bekrefter skriftlig at jeg vil delta på et intervju.

Haldenklinikken

.....

Vedlegg 5

Intervjuguide personal

- **Hva oppfatter du som god behandling?**
- **Hva tror du pasienten oppfatter som god behandling?**
- **Hvordan kan sykehuset / ledelsen tilrettelegge for at det skal skje?**
- **Hva kan du/dere personalet gjøre?**
- **Hva tror du pasientene opplever som dårlig behandling?**
- **Hva tror du er det viktig for pasientene å få hjelp til når de er her?**
- **Hva tror du har betydning uten om det å bli frisk?**
- **Hvordan har personalgruppa det på jobb (psykososialt arbeidsmiljø og kommunikasjon dere i mellom) - noen generelle synspunkter?**
- **Hvem/hva bidrar til at dette skjer?**
- **Hvordan kan sykehuset og ledelsen tilrettelegge for at dette vedvarer?**
- **Hvordan er det tilrettelagt for at dere kan jobbe effektivt og planlagt (ukeplan, planlegging, forutsigbarhet, kontinuitet)?**
- **Hvordan kan sykehuset og ledelsen tilrettelegge for at dette skal skje?**
- **Hvordan bruker dere tiden på pasientene og deres hjelpebehov?**
- **Hvordan tror du personalets arbeidsmiljø påvirker pasientene?**
- **Hvordan opplever du behandlingsklima i avdelingen?**
- **Hvordan tror du pasientene opplever behandlingsmiljøet i avdelingen?**

Vedlegg 6