

Danish University Colleges

Magnethospitaler. Arbejds miljø, uddannelse og patientoutcome – et kritisk studie

Bjerregaard, Lene Berit Skov

Publication date:
2005

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (APA):
Bjerregaard, L. B. S. (2005). *Magnethospitaler. Arbejds miljø, uddannelse og patientoutcome – et kritisk studie.*

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Download policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Magnethospitaler

Arbejds miljø, uddannelse og patientoutcome

Et kritisk studie



Udført af

Lene B.L. Bjerregaard

for følgende sygeplejedirektører/chefsygeplejersker:

Vibeke Deding, Aalborg Sygehus

Vibeke Krøll, Skejby Sygehus

Kirsten Bruun, Århus Sygehus

Helen Bernt Andersen, Rigshospitalet

Janne Elsborg, Bispebjerg Hospital

Alice Ratenburg,

Odense Universitetshospital

Århus Universitetshospital



H:S
Hovedstadens Sygehusfællesskab

Odense Universitetshospital **OUH**

Nærværende studie udføres for en gruppe sygeplejedirektører/ chefsygeplejersker i Danmark:

Vibeke Deding, Ålborg Sygehus
Vibeke Krøll, Skejby Sygehus
Kirsten Bruun, Århus Sygehus
Helen Bernt Andersen, Rigshospitalet
Janne Elsborg, Bispebjerg Hospital
Alice Ratenburg, Odense Universitetshospital

Aftalen er kommet i stand medieret af forskningsleder på Universitetshospitalernes Center for Omsorgs- og Sygeplejeforskning (UCSF), Lis Adamsen, der også har rådgivet om dele af studiet.

Studiet er udført i perioden juli – november 2005. Spørgsmål om eller kommentarer til studiet bedes rettet til nedenstående.

Kerteminde, november 2005

Lene B. L. Bjerregaard
Adjunkt, Cand. Scient. Soc. RN, SD

Skyttegade 5
DK-5300 Kerteminde
Tlf.: 6532 1141

E-mail: lela12@mail.dk

Indholdsfortegnelse

Forord	4
1. Baggrund.....	6
1.1 Metode.....	6
2. Magnethospitalsbegrebet	8
2.1 ANCC's magnethospitalcertificering	9
2.2 Procedure for at opnå magnetstatus	10
2.3 Værdi og effekt af magnethospitalcertificering	12
2.4 Hvorfor fokus på sygeplejersken?.....	14
2.5 Sygeplejerskers arbejdsmiljø og patientoutcome	15
2.6 Hvad betyder uddannelse for patientoutcome?.....	17
3. Kritisk vurdering af de amerikanske studier	20
3.1 Linda Aikens rolle	20
3.2 Data	20
3.3 Registerdata	21
3.4 Surveyinstrumenterne	23
3.5 Fokus på sygeplejersker	23
3.6 Patientperspektivet	24
3.7 Hvordan måles kvalitet bedst?	24
3.8 Hvordan kan sociale fænomener som kvalitet af sygepleje måles objektivt og udsættes for matematiske analyser?	25
4. Hvad sker der i Europa?	27
4.1 Øvrige tiltag i Europa indenfor sygeplejepsiksis med fokus på bedre patientoutcome	29
4.2 Akkreditering	29
4.3 Akkreditering i Danmark	30
4.4 Fokus på Human Ressource Management styrker patientoutcome ..	31
5. Opsummering af de europæiske forhold i relation til Magnethospitalkonceptet	34
5.1 Hvad kan resultaterne bruges til?	34
6. Kan de amerikanske studier gentages i Danmark?.....	36
6.1 Inddragelse af patientperspektivet	36
7. Vurdering af Linda Aiken's forskning	38
8. Appendix	39
9. Bilag 1-3.....	40
10. Litteratur	47

Forord

Magnethospital som begreb har gennem de senere år optaget flere og flere sygeplejefaglige ledere i Danmark.

Med en artikel i Sygeplejersken (Bærnholdt 2000) blev begrebet sat på dagsordenen. Artiklen beskrev sammenhæng mellem de resultater, patienterne opnår og sygeplejerskernes arbejdsvilkår og oplevelse af eget arbejde.

Senere fulgte Hvidbogen fra Joint Commission (2002), som Dansk Sygeplejeråd oversatte til dansk i 2003. Indholdet beskrev sammenhæng mellem patienternes resultater og den kvalitative og kvantitative normering i sygepleje.

Magnethospitalerne og indholdet i Hvidbogen er baseret på studier fra en lang række amerikanske forskere og tager sit udgangspunkt i amerikanske forhold.

Senere fulgte en oversigtsartikel (Curting L. 2003) som igen bekræftede sammenhængene. I 2005 publicerede Dansk Selskab for Patientsikkerhed patientsikkerhedsstandarder, hvori det anbefales, at der udvikles en manual for sygeplejerskenormering (p. 54).

Som sygeplejefaglige ledere er det en bekræftelse på en formodning, vi ofte har; at sygeplejens vilkår såvel kvalitativt som kvantitativt har stor betydning for den kvalitet, vi kan tilbyde patienterne. Via de amerikanske studier er denne fornemmelse bekræftet af dokumenteret viden.

Som sygeplejefaglige ledere har vi ikke været optaget af selve konceptet i Magnethospitalerne (se mere herom senere i denne rapport), men vi har særligt været optaget af den forskning, der er udført i forbindelse med det. Men spørgsmålet er, om den viden og de data, forskningen baserer sig på i USA er sammenlignelige med danske forhold?

Seks chefsygeplejersker og sygeplejedirektører gik derfor i 2004 sammen for at drøfte emnet yderligere. Vi vidste lidt om emnet, men havde ikke lavet en grundig litteratursøgning. Så for at få mere vished satte vi os for nærmere at undersøge følgende:

Er der evidens for i litteraturen, at der er sammenhæng mellem vilkår for sygepleje og de resultater, patienterne opnår?

Hvad karakteriserer de sygehuse, der opnår de bedste patientresultater, hvad angår vilkår for sygepleje?

Hvad er den rigtige sygeplejenormering? Rigtig forstået som en personalesammensætning, der giver de bedste resultater for patienterne?

For at få svar på spørgsmålene valgte vi i første omgang at få lavet et grundigt litteraturreview, så vi gennem dette kunne få mere vished for, hvordan vi kunne gå videre med emnet i Danmark.

Nærværende rapport er resultatet af dette review. Vi vil gerne rette en stor tak til adjunkt, sygeplejerske, cand.scient.soc. Lene B. L. Bjerregaard for det gennemførte arbejde og for inspirerende drøftelser undervejs.

På baggrund af reviewet vil vi nu arbejde videre med problemstillingerne og se på mulighederne for at undersøge vilkår for sygepleje på vore hospitaler her i Danmark.

Med venlig hilsen

Vibeke Krøll
Chefsygeplejerske
Skejby Sygehus

Vibeke Deding
Chefsygeplejerske
Aalborg Sygehus

Janne Elsborg
Sygeplejedirektør
Bispebjerg Hospital

Kirsten Bruun
Chefsygeplejerske
Århus Sygehus

Helen Bernt Andersen
Sygeplejedirektør
Rigshospitalet

Alice Ratenburg
Chefsygeplejerske
Odense Universitetshospital

1. Baggrund

Dette studie udspringer af en interesse for det amerikanske begreb "Magnethospital", der ved certificering af sygeplejepraksis på hospitaler kan medvirke til at tiltrække og fastholde sygeplejersker, samt forbedre kvaliteten af den ydede sygepleje og derved også forbedre resultaterne for patienterne (patientoutcome). Der er lavet adskillige amerikanske undersøgelser, hovedsageligt udført af PhD, sygeplejerske Linda Aiken, der søger at verificere effekten af magnethospitalskonceptet.

Ønsket er primært at få lavet en oversigt over relevant litteratur med fokus på amerikanske studier af magnethospitalkonceptet, og sekundært en oversigt over europæiske studier, der har fokus på magnethospitalkonceptet; eller studier der har fokus på klinisk sygepleje og patientoutcome i forbindelse med kvalitetssikring.

Følgende områder ønskes belyst:

1. **Kritisk litteraturstudie af begrebet magnethospitaler** Hvad karakteriserer de sygehuse, der opnår de bedste patientresultater, hvad angår vilkår for sygepleje?
2. **Kritisk vurdering af de anvendte metoder og outcomemålene:** Er der i litteraturen skabt evidens for sammenhæng mellem vilkår for sygepleje og de resultater, patienterne opnår?
3. **Hvad er den rigtige sygeplejenormering, hvilken personalesammensætning giver de bedste resultater for patienterne?**
4. **Hvad er Linda Aikens rolle i forhold til magnethospitalskonceptet og den forskning hun har udført?**
5. **Er magnethospitalsstudierne fulgt op i Europa?**
6. **Er det muligt at gentage de amerikanske studier i Danmark?**

1.1 Metode

Der foretages en primær og en sekundær struktureret litteratursøgning i databaserne Cinahl, Medline, Pubmed, suppleret med kædesøgning og søgning via nøglepersoner, både i litteraturen og ved direkte henvendelse til relevante nøglepersoner i Australien, New Zealand, USA, Irland, Schweiz og Danmark (primær henvendelse til Anette Kennedy i Irland, Mandy Doolittle i USA, Rosemary Bryant i Australien, Hrafn Sigurdsson i Island, Kirsten Stallknecht i DK og Virpi Hankipainen Schweiz).

Ved litteratursøgninger er der søgt efter undersøgelser på området – en primær søgning med fokus på amerikanske undersøgelser om magnetcertificering og en sekundær søgning med fokus på Europæiske undersøgelser og reviews der dels omhandler magnetcertificering, og dels artikler, der omhandler organisering og ledelse af sygeplejepraksis/ kvalitetsudvikling med specifikt fokus på **patientoutcome**.

Søgningerne er foretaget med brug af følgende keywords i forskellige kombinationer:

Magnethospital, hospital restructuring, hospital management, organizational climate, hospital reorganization, human resource management, workplace empowerment, organizational characteristics

Nursing care, nursing outcome, nursing service, burnout, nursing employment, skill-mix, nurse-staffing levels, nurse-patient ratio

Mortality rates, quality of health care, outcome assessment, quality patient outcome

Health service research, health care surveys, medicare

Nærværende studie er baseret på ca. 70 kilder, primært videnskabelige artikler samt evalueringsrapporter, editorials og interviews.

Rapportens første del, den kritiske gennemgang af de amerikanske studier, er analyseret ved hjælp af en matrice konstrueret til formålet, (se bilag 1).

De europæiske forhold præsenteres mere sporadisk og opsummerende, idet antallet af kilder er lille og karakteren af den enkelte undersøgelse/artikel ikke er umiddelbart sammenlignelig.

Afslutningsvis præsenteres en vurderende opsummering af afsnit, ligesom en opsummering af de anbefalinger, litteraturen giver for hvorledes den kliniske sygeplejepraksis kan optimeres med fokus på bedre patientoutcome, præsenteres i appendix.

2. Magnethospitalsbegrebet

Amerikanske hospitaler oplevede i løbet af 1980'erne en stigende mangel på sygeplejersker. På trods af at det var et generelt problem, så det ud til, at visse amerikanske hospitaler alligevel var i stand til at rekruttere og fastholde sygeplejersker af høj faglig standard. Disse hospitaler blev kaldt "magnethospitaler" på grund af deres evne til at tiltrække og fastholde sygeplejersker (Scott et al 1999). McClure et al begyndte i 1982 at udforske "magnet" fænomenet, for at undersøge karakteristiske *systemer*, der enten vanskeliggjorde eller faciliterede udførelse af professionel sygeplejepraksis på hospitalerne (McClure et al 1983, Buchan 1998). Gruppen af mulige magnethospitaler blev identificeret ved en rundspørge blandt medlemmer af the American Academy of Nursing (AAN), heriblandt ledere, forskere, undervisere og sygeplejersker. De blev bedt om at nominere mulige magnethospitaler ud fra flg. kriterier:

- At hospitalet blev opfattet som et godt sted at arbejde af sygeplejersker;
- at hospitalet havde et relativt lav sygeplejerskeflow (turnover); og
- at hospitalet kunne anses at være i en konkurrerende situation i forhold til rekruttering og fastholdelse (at hospitalet ikke var det eneste i området) (McClure et al 1983, Buchan 1998).

En væsentlig kritik, som McClure et al selv fremførte var, at der jf. den noget tilfældige inklusionsmetode ingen sikkerhed var for, at de hospitaler, der derved blev identificeret som magnethospitaler, kunne siges at udgøre alle magnethospitaler i USA.

165 hospitaler blev nomineret, og 155 af disse indvilgede i at lade sig undersøge nærmere via fokusgruppeinterview og spørgeskema. Efter dataanalyser blev 41 hospitaler udpeget til at indgå i den endelige undersøgelse af *systemer, der fremmer eller hæmmer professionel sygeplejepraksis*. McClures forskningsgruppe lavede fokusgruppeinterviews med henholdsvis. chefsygeplejersker og kliniske sygeplejersker fra hvert hospital, om hvilke elementer der gjorde netop deres hospital til et godt sted at arbejde, med henblik på at identificere de karakteristika, der kan siges at fremme den professionelle sygeplejepraksis.

Disse elementer blev inddelt i følgende 3 temaer:

1. administration: Magnethospitalerne havde typisk en organisatorisk flad struktur med en synlig, kvalificeret ledelse, der støttede op om den enkelte sygeplejerske og delegerer ansvar og autoritet til afsnitsledelsen.

2. professionel praksis: Plejeformen var oftest primary nursing og sygeplejerskerne følte autonomi og ansvar for en gruppe patienter, og samtidig havde muligheder for at rådføre sig med specialister og få hjælp fra andre personalegrupper.

3. professionel udvikling: Efter- og videreuddannelse støttes økonomisk, og sygeplejerskerne opfordres til at specialisere sig i et klinisk område, og forfremmet i forhold til deres kliniske kompetence, hvilket var medvirkende til at give sygeplejen et positivt image (McClure et al 1983, Aiken 1994, Bærnholt 2000, Buchan 1998).

Selvom resultaterne - karakteristika - fra denne primære forskning ikke var overraskende, så gav den en vis effekt, fordi den understregede nødvendigheden af at hospitalerne havde en plan for disse karakteristika i en mere organisatorisk strategisk ramme, hvis der skulle gøres noget for at rekruttere kvalificerede sygeplejersker.

Efterfølgende er der lavet komparative studier blandt 939 sygeplejersker på magnethospitaler sammenlignet med 808 sygeplejersker på andre (ikke- magnet) hospitaler, hvor de samme karakteristika indgår (Kramer & Schmalenberg 1988, 1991). Resultaterne herfra støtter resultaterne fra McClure et al's studie fra 1983, og giver en vis statistisk evidens for resultaterne.

I 1990'erne har fokus flyttet sig fra rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker til at fokusere på sammenhængen mellem hospitalskarakteristika og patient dødelighed / komplikationer i forbindelse med indlæggelse (outcome indikatorer).

Kunne sygeplejerskernes arbejdsbetingelser relateres til patienttilfredshed, dødelighed og komplikationsrate (Bærnholt 2000)?

Sygeplejerske, phd Linda Aiken og hendes forskerhold har gennemført de initiale studier af sammenhængen mellem dødelighed som en indikator og magnethospitaler, med det mere overordnede formål at se på, om gode arbejdsvilkår for sygeplejersker – beskrevet som professionel autonomi, kontrol over egen praksis og god interaktion med tværfaglige samarbejdspartnere (læger) kunne forbindes til mortalitets- og komplikationsraten blandt patienterne, altså om disse parametre kunne være indikatorer for kvaliteten af den udførte patientpleje (Aiken et al 1994). Da karakteristika for AAN's magnethospitaler netop beskrev den udførte sygepleje som "excellent" og forholdene for sygeplejerskerne ud fra disse parametre, lavede Aiken et al i 1994 et komparativt studie blandt 39 af de oprindelige 41 magnethospitaler og 195 kontrolhospitaler¹, og kom ved statistiske analyser frem til, at mortalitetsraten var 4,6 % lavere på magnethospitalerne i forhold til kontrolhospitalerne (Aiken et al 1994). Dette studie ledte til yderligere studier af patientoutcome og sygeplejerskers arbejdstilfredshed, bl.a. blandt afdelinger med aids-patienter med blandet medicinske kontrolafdelinger. Ud fra statistiske analyser påvist en tilsvarende signifikant sammenhæng mellem et godt arbejdsmiljø og gode arbejdsbetingelser og patienttilfredshed og positivt patient outcome (Aiken et al 1999).

2.1 ANCC's magnethospitalcertificering

På baggrund af disse forskningsresultater etablerede American Nurses Association (ANA) i 1997 American Nurses Credentialing Center (ANCC), med tilbud om et formaliseret certificeringssystem til et hospitals opnåelse af Magnetstatus for en periode på 4 år.

¹ Der er anvendt flere tilgange til at undersøge dette: dels organisationsstrukturen, både på afsnits- afdelings- og hospitalsniveau ved brug af "The Nursing work index", der også undersøger arbejdsforhold, autonomi, kontrol over egen praksis og det tværfaglige samarbejde. Patientoutcome blev analyseret med registerdata (Medicare – indsamler data for alle pt >65 år) omhandlende død og komplikationer under indlæggelse (Aiken et al 1994, 1999)

Det overordnede mål med *The Magnet Nursing Services Recognition Program* er at

- *Identify excellence in the delivery of nursing services to the patients;*
- *Promote quality in a milieu that supports professional practice; and*
- *Provide a mechanism for the dissemination of "best practice" in nursing services (ANCC 2000: 8))*

Der er aktuelt (nov. 2005) 186 ANCC-certificerede magnethospitaler (heraf 2 udenfor USA). Målet er, ifølge Kammie Monarch, leder af ANCC's magnetprogram, at 5% af de amerikanske hospitaler er akkrediteret som magnethospitaler, hvilket svarer til ca. 250 hospitaler (Monarch i Romano 2002).

I 1999 oprettede ANCC en international afdeling, efter forespørgsler fra andre lande om at benytte centerets services. *International advisory council* består af 12-15 højtstående sygeplejersker fra den vestlige verden og sydøstasien, deriblandt Linda Aiken og den tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd, Kirsten Stallknecht. I 2002 blev det første hospital udenfor USA – Rochdale Healthcare NHS Trust i Lancashire, UK, anerkendt som Magnethospital (www.nursing.world.org/ancc), og i jan 2005 blev Princess Alexandras hospital i Queensland, Australia, certificeret. Ifølge ANCC's hjemmeside er hospitaler i flere lande i gang med forberedelsesprocessen – i New Zealand, Island, Rusland og Armenien (ANCC 2005), ligesom Inselspital Bern er i gang med akkrediteringsprocessen (Hankipainen 2005).

2.2 Procedure for at opnå magnetstatus

ANCC har oprettet en hjemmeside (www.nursingworld.org/ancc), der dels leverer formularer og andre oplysninger, og dels tilbyder publikationer der beskriver godkendelsesprocessen trin for trin og de 14 standarder hospitalet må implementere før godkendelse kan finde sted

Akkrediteringsproceduren er ret omfattende, tidskrævende og kostbar, og beskrives således:

1. Hospitalet (chefsygeplejersken) skal dokumentere, at der forud for ansøgningen er implementeret 14 standarder, som med målbare kriterier er beskrevet i det skriftlige materiale – *Scope and standards for nurse administrators* (ANA 2005) – standarder, der vurderer kvaliteten af den udførte kliniske sygepleje og af organisationen (se bilag 2).
2. 2 uafhængige personer fra ANCC's kommission vurderer ved et scoresystem, i hvor høj grad den indsendte dokumentation opfylder kriterierne
3. Hvis hospitalet opnår en score indenfor området "excellent" besøger de to kommissionsmedlemmer hospitalet. Besøget, der varer minimum 2 dage, indeholder møder og interviews med sygeplejersker, ledere, og patienter på hospitalet.

4. De 2 kommissionsmedlemmer udarbejder herefter en rapport over besøget, der sammen med den indsendte dokumentation vurderes af en komité bestående af 11 personer fra ANCC, der afgør om hospitalet kan opnå magnetstatus.

Certificeringen koster ifølge ANCC minimum \$ 10.000, afhængig af hvilke services man tilvælger (www.nursingworld.org/ancc), men i et fokusgruppeinterview med ledere og koordinatore fra magnethospitaler (Havens og Johnston 2004) fremgår det, at tallet er noget højere, \$20.000 – \$50.000, endog op til \$120.000. Upenieks (2003) har lavet en detaljeret økonomisk analyse af udgiften, hhv. besparelsen på længere sigt, ved at blive Magnetcertificeret. Analysen inkluderer rekrutterings- og oplæringsomkostninger ved ansættelse af nyt personale, overtidsbetaling, sparede lønomkostninger ved lavere turnover osv – og regnestykket ender i favør for det magnetcertificerede hospital. Trods detaljeringsgraden skal man nok være meget kritisk i forhold til at sige, at hospitalet på længere sigt sparer penge ved at være magnetcertificeret, idet mange omkostninger er umulige at relatere til netop denne ændring i organisering af sygeplejen, og kan være et udtryk for case-mix-fellacy.

Der er stor prestige i at blive certificeret som magnethospital og det giver både lokal og national anerkendelse for hele organisationen, og denne publicity kan medvirke til at tiltrække både personale og patienter (Moore and Sharkey 2001, Armstrong 2005). Magnetcertificeringen kan derved have markedsværdi for hospitalet på flere områder. Ikke alene er kvaliteten af den udførte sygepleje blevet vurderet som "excellent" af en ekstern person, det er også positivt for kulturen på hospitalet, idet der opstår en følelse af fælles værdier blandt personalet (Armstrong 2005). Det er dog vigtigt at huske på, at det ikke er etiketten "magnethospital" i sig selv, der er værdifuld, men værdien af begrebets indlejrede elementer: Høj sygepleje standard, effektivt organisering og udnyttelse af personaleresourcer, og høj grad af jobtilfredshed (Buchan 1999), samt udviklingen af en fælles organisationskultur:

"The magnet award and its standards support a culture of excellence that permeates our hospital. As a magnet organization, we have the opportunity to actively participate in shaping the future of nursing to continue to meet patient needs" (Moore and Sharkey 2001)

Magnetdesignationen gives for en periode på 4 år, hvorefter hospitalet skal vurderes på ny. Deri ligger en tilskyndelse til de enkelte hospitaler om fortsat at fokusere på kvaliteten af sygeplejen og at have fokus på de 14 standarder for god praksis for at kunne vedligeholde og genvinde magnetstatus. Aiken og hendes kollegaer rapporterede i 2000 et komparativt studie blandt 7 ANCC-magnethospitaler og 13 oprindelige magnethospitaler (AAN) på visse parametre sammenlignet med registerdata fra hospitaler uden nogen form

for magnetstatus². Resultaterne viste, at sygeplejerskerne på ANCC-hospitalerne havde længere uddannelse, havde højere spl-pt. ratio, følte større autonomi og kontrol over eget arbejde og følte sig mindre udbrændte og generelt vurderede kvaliteten af plejen bedre end de oprindelige AAN- hospitaler. Aiken et al konkluderede, at ANCC's mangnethospitaldesignation er en valid metode til at identificere hospitaler med høj sygepleje standard og dermed bedre patient outcome som i tilfældet med de oprindelige magnethospitaler.

Aiken et al mener, at resultaterne kan bruges til at bevidstgøre sygeplejersker om det potentiale for offentlig bevågenhed på kvaliteten af plejen og omsorgen på hospitalerne, og dermed fokus på en mere forbrugerorienteret tilgang til at vurdere kvaliteten af sygeplejerskers arbejde og behovet for at satse på kvalitet i sygeplejen, snarere end på økonomisk, rationel tænkning (Aiken et al 2000).

Der kan være mange grunde til, at de oprindelige AAN-magnethospitaler scorede dårligere end ANCC-hospitalerne, men organisatoriske ændringer begrundet i politiske og økonomisk ændrede vilkår kan være en forklaring, ligesom sundhedsvæsenet og arbejdsmarkedet har gennemgået en udvikling og ændret sig i de ca. 20 år, der er gået siden de første hospitaler blev designeret. Disse begrundelser bidrager til at forstå og acceptere, at magnet-certificeringen må gentages hver 4. år, for at forebygge en udvanding af certificeringen.

2.3 Værdi og effekt af magnethospitalcertificering

Magnethospitalcertificeringen sker, som det er beskrevet ovenfor, ikke ved en vurdering af outcome data, men på baggrund af en mere differentieret vurderingsprocedure over tid, hvor sygeplejeledelsen blandt andet skal implementere 14 standarder for "den gode" sygepleje. Hvorfor er det så attraktivt at blive magnetcertificeret? Der synes at være en udbredt opfattelse af, at

"the practice environment that is characteristic of Magnet organizations seems to improve outcomes for patients, nurses and workplaces" (Monarch 2001).

Jo flere magnethospitaler med betegnelsen "udøvere af excellent sygepleje" der er, jo større risiko vil ikke – magnethospitaler, og dem der ikke opnår recertificering, risikere at blive betegnet som udøvere af 2. rangs sygepleje, eller direkte stigmatiserede, uden at der

² Survey blandt 2045 sygeplejersker på med/kir. Afdelinger. 15-siders selvadministreret spørgeskema indenfor flg områder:

- job karakteristik, opgaver
- egen opfattelse af job, fremtid, udviklingsmuligheder
- organisatoriske kendetegn (Nursing Work Index)
- job-relaterede følelser (Maslachs burnout inventory)
- Arbejdsmæssig eksponering for blod
- Demografisk/uddannelsesmæssig baggrund

er reelt belæg for at ikke-certificerede hospitaler udøver dårligere sygepleje end magnethospitalerne.

Fra ANCC's hjemmeside er der tegn på, at der er meget stor interesse for at blive magnethospital, uagtet at det er ret kostbart og tidskrævende, og at denne interesse er ved at sprede sig fra USA til den øvrige vestlige verden. Denne proces er hjulpet godt på vej af politisk medvind til programmet, idet Den amerikanske akkrediteringskommission JCAHO (Joint Commission of Accreditation in Health Organisations) i 2002 i rapporten *"Health Care at the crossroads – strategies for addressing the evolving nursing crisis"*³ offentligt anbefalede hospitaler med rekrutteringsbesvær og stort sygeplejerskeflow at gå i gang med forberedelserne til ansøgning om magnetstatus. Præsident Bush skrev på samme tid (2002) under på *"the Nurse Reinvestment Act"*, der blandt andet yder økonomisk støtte til innovative programmer som f.eks ansøgning om magnetcertificering (ANA2002, Romano 2002). ANA opfatter disse politiske markeringer som en offentlig anerkendelse af programmet (Romano 2002).

Havens et al (2004) beskriver fra fokusgruppeinterview med ledere og koordinatore på magnethospitaler, at der også har været interesse i certificering fra den øverste ledelse og administration (byråd/amtsråd) på hospitalet (økonomisk/politisk side), idet *"an organization cannot survive without a strong nursing staff – cannot survive as a good healthcare facility"* (Havens og Johnston 2004, s. 4), mens andre rapporterede om initiale besværligheder med at overbevise ledelse og bestyrelse om, at magnetcertificering ville medføre en afsmittende positiv effekt på patient- og medarbejder outcome, og på økonomien, men at de efterfølgende oplevede stor støtte fra den øverste ledelse i hele processen.

Den største modstand mod magnetcertificering kom fra afdelings- og oversygeplejersker – *hvordan skal vi overkomme det?* (arbejdsbyrden) -, og fra de menige sygeplejersker – *hvad får jeg personligt ud af det?* Havens og Johnston (2004) beskriver nødvendigheden af at konsolidere beslutningen om at søge certificering som en fælles beslutning på tværs af alle afdelinger, som alle loyalt deltager i og derved også føler ejerskab over. Dette søges blandt andet etableret ved, igennem hele processen, at skabe *"feststemning"*, at fejre milepæle og ved at blande festlige og kreative indslag med uddannelses- og temadage, og at disse bestræbelser er medvirkende til at engagere sygeplejerskerne i processen. Netop processen bliver vurderet som værende meget værdifuld, fordi det er her, at hospitalet identificerer sin egen organisationskultur og værdier, igennem en fælles lærings- og udviklingsproces, som er medvirkende til at skabe en følelse af fællesskab og interpersonelt sammenhold. *"Some [hospitals] are becoming good at writing the application – [but] it is the culture that sells it"* (Havens og Johnston 2004, s. 11).

Citatet understreger nødvendigheden af, at hele hospitalets personale er engageret i processen for at det skal lykkes. Processen sammenlignes med at føde et barn.

³ Denne rapport er oversat til dansk og kan downloades via DSR's hjemmeside, www.DSR.dk

2.4 Hvorfor fokus på sygeplejersken?

Sygeplejersker er en gruppe oversete ansatte i sundhedsvæsenet, hvis arbejde har været baseret på erfaring og hvis tilstedeværelse ikke været tillagt den store betydning i forhold til f.eks. forebyggelse af komplikationer (Jackson et al 2002), og sygeplejerskerne har ikke haft tradition for at kræve opmærksomhed.

Sygeplejersker er den eneste gruppe i hospitalsvæsenet, der døgnet igennem er tilgængelig for patienterne, og den tid sygeplejerskerne bruger hos patienter og pårørende i den periode hvor de er udsat for psykologisk belastning, som en indlæggelse repræsenterer, har en stor kvalitativ påvirkning og betydning under og efter indlæggelsen for både patienter og pårørende (Mondino 2005). Derfor er det en vigtig ledelsesopgave at sikre at det kvalificerede plejepersonale har den nødvendige terapeutiske tid hos patienterne, idet processen i sygepleje ikke alene er baseret på de konkrete handlinger, men i lige så høj grad på menneskelig interaktion og deltagelse. Her understreges behovet for at have fokus på sygeplejens relationelle aspekt.

Sygeplejersker har behov for mere anerkendelse i form af større status i sundhedsvæsenet. Aiken et al argumenterer for, at sammenhæng mellem organiseringen af sygeplejen og patientoutcome er påvirkelig af sygeplejerskers status, idet jo større status sygeplejersker har, jo bedre vil de være i stand til at gøre brug af og insistere på - deres uddannelses- og erfaringsbaserede viden, og dette vil være til glæde for patienten og optimerende på kvaliteten af sygeplejen (Aiken et al 1998).

Linda Aiken: *"Nursing is the most underappreciated component in healthcare organizations. A large and growing body of research shows that investments in professional nursing care yield substantial benefits to patients and organizations, and that the costs of such investments are more than offset by lower overall resource utilization in the form of fewer and shorter hospital stays, fewer intensive care unit days, lower ancillary costs, and greater patient satisfaction"* (I White og Hewes 2003:22)

Den rigide og traditionelle opfattelse af sygeplejersker har opkomsten af Magnethospitalbegrebet i hvert fald formået at stille spørgsmålstegn ved.

"Magnet hospitals are all about hospitals trying to provide the greatest possible support to the people closest to the patient" (Aiken, i Romano 2002:2),

og fortsætter at det er på tide at koncentrere sig om *"nurse-focused-care"* frem for det patient-fokuserede plejeparadigme, fordi dette paradigme totalt overser betydningen af sygeplejen og de kvalifikationer, der ligger bag sygeplejere relationen, men som uden videre accepterer den laveste fællesnævner uddannelsesmæssigt, fordi dette også er den billigste løsning (Romano 2002). Ved at sætte sygeplejen - og et mål for kvaliteten af denne tavse kundskab - på dagsordenen både i den politiske verden og hos brugerne og samtidig give sygeplejerskerne et positivt image, og det i sig selv er nok at betragte som meget positiv

for professionen, uagtet at der i kølvandet kan være brug for visse reguleringer. Det forarbejde, der ligger for det enkelte hospital, implementeringen af de 14 standarder, indebærer i sig selv et fokus på sygeplejen indenfor kategorierne autonomi, kontrol over egen praksis, forhold til tværfaglige kollegaer, organisatorisk støtte og organisatoriske forhold, et fokus på den enkelte sygeplejerskes humane ressourcer og disses potentiale, et fokus der ofte er nedprioriteret i en travl hospitalsverden der er præget af rationalitets – og effektivitetsstrategier, ventelister og måltal.

Kritikere af magnetprogrammet (andre faglige sammenslutninger end ANA) mener, at de 14 standarder er for vagt formulerede og en "tandløs udgave" af JCAHO's standardisering, og at magnetcertificeringen ikke opfattes som en langtidsholdbar løsning på de problemer, sygeplejerskerne i USA står overfor, nemlig manglen på sygeplejersker og en politisk vilje til regulering heraf. ANA er ikke aggressiv nok i sin forhandling med det politiske niveau (Romano 2002). Derved kan magnetcertificeringen opfattes som en markedsorienteret strategi og værkstøj til at undgå mangel på sygeplejersker, snarere end en ideologisk strategi til at forbedre sygeplejepsis og kvaliteten af den udførte pleje. Til denne kritik svarer JCAHO (Charlene Hill), at Akrediteringskommissionen ser Magnetcertificeringen som en komplementær akkreditering til HCAHO-akkrediteringen, idet de fokuserer på forskellige elementer af sundhedsorganisationen, men arbejder mod det samme mål.

"We're looking at standards for patient care and quality of care...the magnet program is really focused on creating culture of retention for nurses" (Hill i Romano 2002:5).

Komplementariteten og relationen mellem sygepleje og kvaliteten af den udførte pleje udtrykkes her, men den direkte sammenhæng eller evidensen for sammenhængen er stadig ikke verificeret.

2.5 Sygeplejerskers arbejdsmiljø og patientoutcome

Aiken og hendes kollegaer har i andre studier undersøgt hvilken effekt omstruktureringer på hospitaler - i form af besparelser og øget produktivitet - har på den kliniske pleje og pt. Outcome (dødelighed) (Aiken et al 200)⁴, idet andelen af sygeplejersker på bachelorniveau og ledende sygeplejersker er faldet i perioden 1986 – 1998, og i samme periode er patienternes behov for sygeplejeydelser steget.

⁴ Teoretisk/empirisk. Studiet bygger på adskillige datakilder:

Survey (1996) blandt Chief executive officers (CEO) på 646 hospitaler (N=?uoplyst)

Survey (1998) blandt >2000 sygeplejersker på enten AANmagnethospitaler eller ANCC-designerede hospitaler

Survey (1986) blandt sygeplejersker på 12 magnethospitaler

Endvidere er der anvendt registerdata:

American Hospital Association data vedr. Bemanding, ansættelser, og

Health Care Financing Administration data om dødsfald

Blandt de 12 tidligere undersøgte magnethospitaler (AAN-certificerede) var der sket en signifikant forringelse af sygeplejepraksis, for eksempel målt på om der er tilstrækkelig tid til patienten, om sygeplejersken selv følte at have kontrol over patientforløb, og om hun oplevede støtte og mulighed for udvikling fra lederen.

Resultaterne viste, at patientoutcome var direkte afhængig af sygeplejerskens opfattelse af kontrol over plejeforløbet, og dårligere i afdelinger, hvor sygeplejerskerne klagede over emotionel udmattelse (burnout). Variation i sygeplejerskebemanding er determinerende for variation i patientoutcome. (jo flere sygeplejersker, jo lavere mortalitet). Der er dog ikke evidens for, i hvilken grad eller om patientoutcome direkte påvirkes negativt ved de ændringer, omstruktureringer på sygehusene medfører. Dette søges etableret i et ambitiøst multinationalt studie – *The international Hospital Outcomes Study Consortium* – der inkluderer mere end 700 hospitaler i hhv. USA (Pennsylvania), Canada (Ontario, Alberta, British Columbia), England, Scotland og Tyskland (Aiken et al 2001, Aiken et al 2002)⁵.

Man kan spørge sig selv, om man overhovedet kan sammenligne sygeplejerskers udsagn over grænser som det gøres her, med de forskellige sundhedssystemer der ligger bag? Det fremgår ikke, hvordan en "sygeplejerske" er defineret, og det skaber problemer hvis der er ansat forskellige typer sygeplejersker med forskellige kompetencer, som tilfældet er i USA, i modsætning til f.eks i Danmark, hvor der uddannes én kategori af sygeplejersker, der er autoriserede til en specifik kompetence på bachelor-niveau. Der argumenteres for, at landene er udvalgt som sammenlignelige, men med forskelligt organiserede og finansierede sundhedssystemer, samt at de organisatoriske kendetegn indeholder oplysninger om bemanding i forhold til patienter, hvilket også kan indeholde kategorier af plejepersonalet. Endelig argumenteres der for, at der i surveyen spørges til sygeplejerskens egen opfattelse af kvaliteten af den udførte pleje, oplevelse af støtte fra ledelsen, hvor mange patienter de konkret havde ansvar for under sidste vagt og lign., og her kan der netop være en pointe i at sammenligne over grænser, idet det er interessant om – eller hvordan - sundhedssystemet i sig selv påvirker patientoutcome.

Studiets resultater understreger behovet for at rette opmærksomhed på hospitalets kliniske mission, behov for større ledelsesmæssigt engagement i klinikere generelt, behov for anerkendelse af den vigtige rolle sygeplejersker spiller i forhold til outcome hos de indlagte patienter, samt at arbejdsmiljøets betydning for god patientpleje er undervurderet. Resultaterne af studiet viser, at der – med visse variationer – generelt er samme typer af problemer omkring sygeplejepraksis i de undersøgte lande. Der er ikke klare nationale forskelle i resultaterne.

⁵ Survey blandt 43.329 sygeplejersker, svarprocent 42 – 53%. Selvadministreret spørgeskema omhandlende hospitalets organisatoriske kendetegn, ledelsesstrategi, bemanding og tilgængelighed af ressourcer, job tilfredshed og udbrændthed og sygeplejerskens vurdering af patient outcome. Brug af en modificeret udgave af the Nursing Work Index og Maslachs burnout inventory, brug af forskellige skaleringer. Patient outcome mål som dødelighed, komplikationer blev analyseret som registerudtræk, ligesom informationer om organisationsform og antal beskæftigede blev trukket fra relevante databaser.

Ca. 1/3 af alle besvarelser udtrykker utilfredshed i ansættelsen, har planer om at forlade professionen, viser tegn på udbrændthed og udtrykker manglende støtte fra ledelsen.

Ca. 1/3 mener der er sygeplejersker nok til at udføre pleje af høj kvalitet.

Færre end halvdelen af sygeplejerskerne oplever at ledelsen støtter deres behov og giver mulighed for at deltage i og anerkende sygeplejerskens kompetence til at tage beslutninger omkring patienten.

44 % - 83 % besvarer, at de oplever at der bliver flere patienter pr. sygeplejerske, og at de samtidig har oplevet, at mellemlederlaget er fjernet, medførende flere administrative opgaver for den enkelte sygeplejerske, ved siden af de kliniske, patientrelaterede opgaver(16-58 %).

30-70 % svarede, at de i sidste vagt havde udført opgaver, der ikke var decideret sygeplejeopgaver, og at 10-40 % på grund af manglende tid havde undladt at udføre nødvendige opgaver som mundhygiejne, hudpleje, samtale med eller undervisning af patient eller pårørende.

Sygeplejersker der oplever lille eller ingen støtte fra ledelsen er statistisk set dobbelt så tilbøjelige til at opleve utilfredshed med arbejdet og til at have symptomer på udbrændthed, ligesom de statistisk set er dobbelt så tilbøjelige til at opfattede kvaliteten af sygeplejen som dårlig

Bedre bemanning vurderes positivt i forhold til større kvalitet i plejen. Sygeplejersker der oplever bemanningen på eget hospital som dårlig er statistisk set 1,3 gange så tilbøjelige til at vurdere kvaliteten af plejen som dårlig, i forhold til sygeplejersker på hospitaler, hvor bemanningen opleves tilfredsstillende.

2.6 Hvad betyder uddannelse for patientoutcome?

Der er i de beskrevne studier argumenteret for, at aspekter omkring plejepersonalets arbejdsmiljø og sygeplejerske - patientratio direkte påvirker kvaliteten i plejen og dermed har betydning for patient outcome. Aiken og hendes kollegaer søger at skabe empirisk evidens for sammenhængen mellem sygeplejerskens uddannelsesmæssige status og dødsfald blandt patienter og komplikationer til behandlingen (failure to rescue), og dermed skabe evidens for hvordan sygeplejerskers uddannelsesmæssige niveau (formelle kompetence) påvirker kvaliteten i sygeplejen og dermed patientoutcome (Aiken et al 2003)⁶. Den konventionelle opfattelse er, at sygeplejerskers erfaringsbaserede viden er vigtigere end den (uddannelsesmæssige) formelle teoretiske viden.

Studiet giver empirisk evidens for at større andel af ansatte sygeplejersker med bachelordgrad eller højere kvalificering forbedrer patient outcome i form af bedre overlevelsesmuligheder generelt, og i de tilfælde, hvor der tilstøder komplikationer.

⁶ Empirisk studie: Analyse af outcome data fra 232.342 kirurgiske patientforløb og strukturelle karakteristika fra 168 hospitaler i Pennsylvania, USA i en periode. Disse blev analyseret med administrative data om personalets uddannelsesniveau, bemanning mm. Den behandlende læges kvalifikationer indgik. Hospitalernes størrelse, uddannelsesforpligtelse og teknologi indgik som kontrolvariable. Survey blandt 10184 sygeplejersker(RN) om uddannelsesniveau, erfaring og antal patienter pr. spl. I sidste vagt(workload) Svarprocent 52 %.

Andelen af hospitalssygeplejersker med en bachelorgrad varierede mellem 0 – 77 % mellem de undersøgte hospitaler. Analyserne viste, at 10 % stigning i antal sygeplejersker med bacheloruddannelse reducerer patientens risikoen for død eller komplikationer med 5%.

Lav patient – sygeplejerske ratio har ligeledes en positiv indvirkning på patient outcome. Ved estimatberegning fremlægges der tal for risikoen for mange flere eller færre patienter der vil dø, hvis konditionerne ændres. Se nedenstående figur.

NURSE EDUCATION AND PATIENT MORTALITY

Table 4. Estimated Rates of Mortality and Failure to Rescue per 1000 Patients, by Levels of Nurse Education and Staffing

Education, % With BSN	Staffing (Patients per Nurse)			Overall
	8	6	4	
Mortality				
20	23.8	21.6	19.7	21.1
40	21.7	19.8	18.0	19.2
60	19.8	18.0	16.4	17.5
Overall	22.0	20.0	18.2	19.5
Failure to Rescue				
20	100.2	92.6	85.4	90.4
40	92.2	85.0	78.4	83.1
60	84.7	78.0	71.8	76.2
Overall	93.4	86.2	79.5	84.3

Abbreviation: BSN, bachelor of science in nursing degree.

Kilde: Aiken et al 2003.

Eksempel: Hvis sygeplejerske - patient ratio er 1:4 i stedet for 1:8, og hvis kun 20 % af ansat plejepersonale har en Bachelor-grad (BSN, bachelor of Science in Nursing), stiger patientens risiko for død fra 19,7 % til 23,8 %.

Jack Needleman og hans kollegaer har lavet en lignende undersøgelse i USA, men differentieret outcomemålene til identificering af 25 utilsigtede komplikationer under hospitalsindlæggelse, for eksempel urinvejsinfektion, liggesår, lungebetændelse, sepsis og lign. De er ifølge Needleman et al(2002) alle tilstande hvis forløb er sensitive for og påvirkelige af sygeplejerskernes opmærksomhed under indlæggelse (Needleman et al 2002)⁷. Needleman et al finder at der er statistisk sammenhæng i 8 af disse outcome mål, mellem større andel af sygeplejersker med bacheloruddannelse, flere timers ydet sygepleje pr. patient af sygeplejersker med en Bacheloruddannelse; og lavere andel af uønskede/utilsigtede hændelser eller komplikationer. Der er generelt en statistisk sammenhæng mellem større andel af sygeplejersker fra bacheloruddannede

⁷ Sample udgør data om udskrivelser fra 799 hospitaler i en specifik periode, i alt analyseres >6mio. udskrivelser i f.t utilsigtede outcome, antal timers spl. Dagligt pr. pt, og proportionen af spl ydelser fordelt på uddannelseskategorier

sygeplejersker og bedre kvalitet af den ydede sygepleje, med en reduktion på 3-12 % af komplikationer. Needleman konkluderer at der er stærke, men ikke konklusive tegn på, at sygeplejerskebemandingen har direkte indflydelse på mortaliteten (Needleman 2003). Disse resultater kan rejse en diskussion i forhold til danske forhold, om sammensætningen af plejepersonalet – er andelen af sygeplejersker i forhold til andet plejepersonale passende, set i lyset af udviklingen i patienternes stadigt øgede plejetyngde over de seneste 10-20 år?

Ledere på de amerikanske hospitaler har ønske om at mellem 55 % - 70 % af plejepersonalet er sygeplejersker med en bachelorgrad, men i år 2000 var tallet i gennemsnit kun 43 % (Jackson et al 2002). Flere teoretikere problematiserer i den forbindelse vanskelighederne ved at rekruttere yngre kvinder til at uddanne sig på højt niveau (bachelorgrad eller højere) indenfor sygepleje, og at dette på længere sigt vil få negative konsekvenser for patientplejen og patientoutcome (Aiken 2003, Stanton 2004). Fra 1983 til 1998 faldt antallet af bacheloruddannede sygeplejersker under 30 år med 41 %, mens det tilsvarende tal for hele USA's arbejdsstyrke var 1 %. Sygeplejerske gruppen i USA er således præget af stor erfaring og akkumuleret viden (på grund af høj gennemsnitsalder), som ikke kan reproduceres i tilstrækkelig grad (Jackson et al 2002). Det er ikke kun sygeplejerskegruppen selv, der er opmærksomme på, at der er for få sygeplejersker, og de er utilstrækkeligt uddannede. Lægegruppen har markeret sig i flere medier og udtalt, at i forhold til at sikre et kvalitativt godt hospitalsvæsen og et positivt patientoutcome er sygeplejerskegruppen en vigtig faggruppe at fokusere på (Aiken et al 2001, Havens and Johnston 2004). I et studie blandt læger svarede 64 %, at de fandt sygeplejerskebemandingen utilstrækkelig på de kliniske afdelinger (Commonwealth found Quarterly 2000, i Aiken 2001), ligesom patienter og pårørende også er begyndt at udtrykke utilfredshed med bemandingen, og i stigende grad engagerer deres egen private sygeplejerske under indlæggelsen (Trafford A 2001, i Aiken 2001).

3. Kritisk vurdering af amerikanske studier

3.1 Linda Aikens rolle

Det er relevant at overveje, hvilken rolle Linda Aiken spiller i forhold til magnetprogrammet, der jo er sat i institutionel ramme af den fagpolitiske organisation ANA. Linda Aiken har interesser i ANCC, idet hun er medlem af den internationalt rådgivende bestyrelse, og hun er en nøgleperson i hele internationaliseringsprocessen af Magnet-hospitalsbegrebet. Desuden er Linda Aiken tidligere Præsident for AAN (American Academy of Nursing). I forbindelse med udarbejdelse af JCAHO's rapport "*Health care at the crossroads* (JCAHO 2002) har Linda Aiken dels siddet i den faglige arbejdsgruppe bag rapporten, dels er hendes egne undersøgelser (blandt mange andre) inddraget som belæg for de anbefalinger, der udtrykkes. Spørgsmålet er, om hendes engagement i ANA/ANCC har påvirket tolkningen og resultatet af de udførte studier?

I interviews (Romano 2002, White 2003, Long 2004) vedkender Aiken sig sin interesse for sygeplejens skæbne, og det er jo netop denne interesse der har gjort hende til ildsjæl og afstedkommet de mange studier og det fokus, der er fremkommet på sygeplejerskers arbejdsmiljø og de øvrige problematikker hun har rejst. Der er ikke noget angribeligt i de analyserede studier, der afslører at en tolkning er sket ud fra en speciel interesse, og Aiken forholder sig fagetisk korrekt og nøgtern til den kritik, undersøgelserne har rejst og anerkender behovet for en yderligere evidenssøgning indenfor sygeplejeområdet (White 2003) – men det er sikkert, at ANCC har været glade for de resultater, hun har bidraget med, og at de profileres ivrigt på ANCC's hjemmeside.

De studier, der er involverede i denne gennemgang er, fraset McClures originale identificering af magnethospitaler, generelt af høj faglig og videnskabelig karakter. Der redegøres for inklusions/eksklusionskriterier, rekrutteringsgrundlag – og metode for de udvalgte samples. Størrelsen af samples sikrer i udgangspunktet generaliserbarhed. De anvendte redskaber til dataindsamling er alment anerkendte, men indebærer hvert især usikkerhedsmomenter.

3.2 Data

Studierne er generelt baseret på to typer data – registerudtræk og surveydata, hvor sygeplejerskers holdning og mening om kvaliteten af plejen søges udtrykt. Analysen og fortolkningen sker ud fra en samling af alle disse data. Jo større studier, jo flere resultater der kommer frem til samme konklusion, jo større vægt bør man lægge på resultaternes berettigelse, uden dog at lade sig forføre ukritisk af resultaterne.

De anvendte statistiske metoder og tests er alment anerkendte og analyseres og tolkes efter internationalt anerkendte guidelines, hvad angår f.eks. størrelse af konfidensintervaller, vurdering af p-værdi o.lign.

I forbindelse med klargøring og kodning af data til statistisk bearbejdning er der visse områder, der kan tages under overvejelse, f.eks., som det tidligere er nævnt, om uddannelse ukritisk kan vurderes ens over 5 nationer? Uklarhed herom vil påvirke pålideligheden, idet det ikke i alle tilfælde er klart defineret, hvad "tæller og nævner"

består af. Der tages af forskerholdene nogle valg, som der argumenteres for, men resultaterne vil jo alligevel være påvirket af – og sårbare i forhold til – disse forbehold.

3.3 Registerdata

Når der er tale om registerudtræk, er det væsentligt at overveje hvordan disse indrapporteres – for visse typer data er der tradition for høj grad af omhyggelighed med indrapportering. Det gælder f.eks. indberetning af dødsfald, mens andre data som faldeperioder, urinvejsinfektion, fejlmedicinering og lign. muligvis underrapporteres, vurderes ikke vigtige osv., hvilket medvirker til systematisk bias af data som helhed. Til dette har Stanton(2004) den kommentar, at når der i alle studier fokuseres på utilsigtede, altså negative patientoutcome, så er det af den grund, at de utilsigtede hændelser trods alt sandsynligvis registreres mere korrekt end de positive, korrekte sygeplejehandlinger dokumenteres.

Vallgård har for nylig gjort opmærksom på et lignende problem (Vallgård 2005), i forbindelse med Sundhedsstyrelsens offentliggørelse af infektionsfrekvenserne ved operationer på forskellige sygehuse. Hensigten med at offentliggøre tallene er at yde information til borgerne, der således har mulighed for at vælge sygehus ud fra en eller flere indikatorer, og dels at sygehuse kan bruge opgørelserne til at forbedre egen praksis. Problemet er bare, at tallene ifølge medicinaldirektør Jens Kristian Gøtrik er misvisende – på grund af manglende omhu eller på grund af manipulation med indberetningerne.

Målingerne skal være valide, de skal rent faktisk måle det, de udgiver sig for at måle, og for at gøre det korrekt må man også kontrollere de forhold der påvirker, men ikke nødvendigvis siger noget om kvaliteten i sig selv (Vallgård 2005).

Lilford et al (2004) mener, at outcome – resultater - er påvirkelige af definitioner(hvornår er en infektion så alvorlig, at den registreres?), af data kvaliteten, af kvaliteten af den kliniske pleje, af det man kalder "patient case-mix", og af tilfældigheder, af held og uheld. Et eksempel på patient case-mix i forhold til infektionsindberetning er, at på en afdeling der f.eks. udfører specielle, komplicerede, langvarige operationer vil der oftere opstå infektioner postoperativt, end på afdelinger der udfører banale, kortvarige operationer, og derfor kan tallene – infektionshyppighed i en statistik – ikke sige noget endegyldigt om kvaliteten af plejen eller behandlingen på afdelingen, når sammenligningen sker på de absolutte tal, der mangler en nuancering, idet det ud fra operationernes karakter er forventeligt, at der hyppigere tilstøder komplikationer i det ene tilfælde frem for i det andet.

Imidlertid peger Lilford et al (2004) på det forhold, at når indberetninger offentliggøres og derved er genstand for offentlig bedømmelse, opstår der en risiko for manipulering med de indberettede data – for eksempel at komplikationer bevidst ikke indberettes, eller at de omskrives til en anden tilstand, der ikke er udsat for samme offentliggørelse og vurdering. Lilford beskriver et eksempel fra et hospital i New York, hvor thoraxkirurger systematisk

undlod at tilbyde højrisiko- CABG- patienter operation, for at undgå at indgå i en statistik over afdelinger med kritiske outcome data (denne problematik er hørt i Danmark i 1990'erne i forbindelse med privathospitaler). Derved tages patienterne som gidsler for at opnå god bedømmelse og undgå den straf, en dårlig vurdering i outcomemål kan opfattes som.

Lilford et al siger, at selv om man gør sig anstrengelser for at korrigere for alle disse mulige påvirkninger, er det ikke muligt at rense sin undersøgelse for alle forhold der kan påvirke resultatet – og hvis man tror på at man kan gøre det, er det et udtryk for "case mix fellacy" (Lilford et al 2004). Uanset hvor ihærdigt man anstrenger sig, kan man ikke fuldstændigt garantere at det man sammenligner i virkeligheden er egnet til sammenligning, og at det kan sige noget om kvaliteten. Aiken argumenterer for, at hendes forskergruppe har anstrengt sig mest muligt for at tage påvirkelige faktorer med i betragtning, idet der f.eks. i forbindelse med undersøgelsen af sygeplejerskernes uddannelsesniveaus betydning for patientoutcome (Aiken et al 2003) er inddraget mere end 130 patient- og hospital karakteristika som alder, kroniske lidelser, tilgængelig teknologi på afdelingen, kirurgens kvalifikationer, patient/sygeplejerske ratio osv. (Aiken i Long, 2004). Dette ændrer dog ikke ved det faktum, at ingen kan vide, om alle betydningsfulde faktorer er medtaget, der må altid restere et forbehold for, at noget er overset.

Currie et al (2005) kritiserer Aiken et al's og Needleman et al's vurdering af kvaliteten i sygeplejen ud fra reduktion i outcomedata om utilsigtede hændelser (som dødsfald, urinvejsinfektioner, fald o.lign), da der ikke føres belæg for, at outcome data siger noget om den plejeprocess der er foregået samtidig. Patienten kan i princippet have haft et ukompliceret forløb (positiv outcome) men oplevet dårlig kvalitet i sygeplejen, eller omvendt, have pådraget sig komplikationer (negativ outcome) men have fået ydet excellent sygepleje under indlæggelsen (Currie et al 2005). Denne indvending er vigtig at forholde sig til idet det helt centrale spørgsmål er, om man kan måle kvalitet i sygepleje ud fra de anvendte outcome data, eller om sygepleje slet ikke lader sig måle på den måde – hvordan indfanges sygepleje som proces udtrykt i registerdata? Er det overhovedet muligt?

At der findes statistisk signifikante sammenhænge mellem f.eks. lav sygepleje- patient ratio og flere komplikationer siger heller ikke, om den lave bemanning er hele årsagen eller kun en del – andre variable, f.eks. sygeplejerskens erfaring, eller brug af vikarer på afdelingen kan også have en forklaringskraft (Jackson et al 2002).

Bærnholdt (2000) skriver, at de amerikanske studier, der startede med at undersøge magnethospitaler og senere hospitalsstrukturer og arbejdsbetingelsers betydning for sygepleje – og patientoutcome, er en metode der kan anvendes til at sammenligne hospitalers kvalitet i stedet for kvantitet. Men spørgsmålet er bare, om det reelt er det, der sker – jf. den tidligere analyse af de amerikanske studier kan man stille spørgsmålstejn ved, om det reelt er kvaliteten der måles, og om patientoutcomemålene kan sige noget om

sygeplejepraksis – eller om de i lige så høj grad eller i højere grad siger noget om kvaliteten af andre gruppers arbejde – f.eks. læger, fysioterapeuter eller andre. Ved fortsat brug af centralt registrerede outcome data forslår Needleman, at de aktuelle databaser, der registrerer patient outcome, udvider registreringerne til at omfatte oplysninger om plejepersonalets involvering, uddannelsesniveau o.lign. (Needleman 2001).

3.4 Surveyinstrumenterne

Survey instrumenterne, som Aiken et al anvender, hhv. The nursing work index og Maslachs burnout inventory er velafprøvede og anerkendte instrumenter (Aiken & Patrician 2000, Lake 2002, Wagner 2005, McGillis Hall 2003), der er konstrueret ud fra resultaterne af kvalitative interviews om f.eks. arbejdsmiljø. De fungerer hovedsageligt ved udsagn, som informanten skal tage personlig stilling til, f.eks.:

(om autonomi) *Nursing controls its own practice*, hvortil svaret skal indplaceres i en Likert-skalering med typisk 4 svarmuligheder –

1. *strongly agree*,
2. *somewhat agree*,
3. *somewhat disagree*, and
4. *strongly disagree*.

Denne undersøgelsesform gør ikke svarene særligt nuancerede, men er velegnede, når det drejer sig om en kvantitativ undersøgelse af store grupper om deres holdninger eller viden. Det giver dog ikke sygeplejerskerne mulighed for at forklare sig nærmere eller uddybe besvarelsenerne, idet det er forskerens perspektiv der er bestemmende for, hvad der spørges til og om.

Det er et generelt problem i survey-undersøgelser, således også i disse undersøgelser, at svarprocenten er under eller lige over 50 %, og derved åbner mulighed for spekulationer over, hvorfor så mange sygeplejersker har undladt at svare, og hvad deres svar i given fald ville have været. En væsentlig kritik er, at bortfaldet ikke kommenteres i nogen af studierne, hvilket gør det svært at afgøre om der er tale om systematisk bortfald eller om bortfaldet er jævnt fordelt geografisk og demografisk.

3.5 Fokus på sygeplejersker

En generel kritik af Aiken et al's forskning er, hvorfor der fokuseres alene på sygeplejersker i hendes studier? Ved at involvere andre personalegrupper kunne man måske få nuanceret eller suppleret viden om organisation, ansatte og patientoutcome (Needleman 2002, Lilford et al 2004, Currie et al 2005)? Aiken et al argumenterer for valget af Sygeplejersker som informanter fordi de er den gruppe, der arbejdet tættest på patienten og fordi deres arbejde er direkte påvirket af ledelsesmæssige beslutninger og policies, og at de er i tæt kontakt med andre tværfaglige grupper som fx lægegruppen.

Derudover er sygeplejerskerne i kontakt med mange af hospitalets servicefunktioner i forbindelse med rengøring, måltider, medicinadministration (apotek), depotfunktioner, transport, eksterne instanser som fx primærsektor (Aiken et al 2002), og derved defineres sygeplejerskerne som nøglepersoner i forhold til patienten.

Linda Aiken og hendes forskerhold håber, at resultaterne – uanset kritikken - vil medvirke til at forbedre arbejdsbetingelserne for sygeplejersker, hvilket er nødvendigt for at fastholde sygeplejersker i arbejdsstyrken og også for at rekruttere tilgang til faget(White og Hewes 2003).

3.6 Patientperspektivet

Der resterer et væsentligt spørgsmål, som lyder: Hvorfor er patientperspektivet ikke inddraget i hele denne forskning? Generelt kan man sige, at patientperspektivet er totalt fraværende i hele den hidtidige amerikanske forskning i magnethospitalerne og studierne om arbejdsforhold og uddannelsens betydning. Der er lavet få studier i forbindelse med hhv. organisering af sygeplejen og patientoutcome, udbrændthed blandt sygeplejersker og patienttilfredshed, hvor patienters udsagn blev vurderet ved brug af spørgeskema Aiken et al (1999), Aiken et al 2004).

3.7 Hvordan måles kvalitet bedst?

Vallgård og Lilfords kritiserer brug af outcome data som indikator for kvaliteten af den udførte pleje, fordi når man sammenligner data lægges der ofte en bedømmelse ind, med risiko for udvikling af uhensigtsmæssig adfærd som beskrevet ovenfor – at tallene er gode, men patientbehandlingen er dårlig, og risiko for stigmatisering af afdelinger/ hospitaler med negative outcome data.

“Reward and punishment do not produce knowledge:they produce fear and anxiety often leading to distortion of the data or the process” (Lilford et al 2004,s.1148)

Outcomedata skal betragtes som kvalitetsindikatorer snarere end egentlige mål for plejen i en given afdeling eller på et givent hospital (Needleman 2002, Stanton 2004, Lilford et al 2004). Disse kvalitetsindikatorer kan det enkelte hospital handle på for at forbedre kvaliteten af plejen, enten ved at sammenligne med andre *sammenlignelige* afdelinger, eller sammenligne med egne tidligere præstationer.

Aiken siger i et interview, at eksterne vurderinger af outcomemål (som f.eks. at offentliggøre infektionstal uden at konteksten medtænkes) og iværksættelse af nationale handleplaner ikke bringer nogen væsentlig forbedring af kvaliteten af den udførte pleje – tallene skal bruges og tages ansvar for i den kontekst de er genereret, og at et fokus på kulturen i den enkelte afdeling er nødvendigt for at forbedre kvaliteten af plejen og dermed patientoutcome – og at dette fokus må inkludere en balance mellem de kommercielle interesser og plejepersonalets vilkår(White og Hewes 2003).

Currie et al anbefaler at analysere den proces, sygeplejen udøves i med inddragelse af brugerperspektivet. Patientens opfattelse af og vurdering af kvaliteten kan være et godt kvalitativt supplement til at forstå hvordan kvalitet kan og skal måles. Der er muligvis uoverensstemmelse mellem, hvordan sygeplejersker og patienter opfatter god sygepleje. Currie et al konstaterer netop, at det kan godt være at magnethospitaler er bedre arbejdssteder for sygeplejersker, men at det er uvist om det også er et bedre sted for patienterne at blive behandlet, og at patientperspektivet er totalt manglende i hele magnethospitalforskningen (Currie et al 2005).

3.8 Hvordan kan sociale fænomener som kvalitet af sygepleje måles objektivt og udsættes for matematiske analyser?

Patientperspektivet, som der politisk fokuseres på i Danmark, og som er meget fremtrædende i den danske kvalitetsmodel, er en generel mangel i de hidtidige studier af sygepleje i relation til patientoutcome.

I en britisk/Irsk oversigtartikel omhandlende kvalitet af den udførte sygepleje, patientoutcome og sygeplejerskers arbejdsforhold konkluderes, at hvis sygeplejen skal imødekomme de politiske mål, må forskningen inkludere og sikre, at patienterne høres.

"Patients views are crucial in seeking to make an assessment of quality, since "Satisfying patients' expectations is an important component of high quality care"(Currie et al 2005)

Desuden kan patienten bidrage med information der ikke er tilgængelig andre steder. Der synes at være et gab i vores viden og forståelse af, hvordan patienter erfarer og definerer kvaliteten af sundhedsydelser, og på hvilke konsekvenser denne manglende viden har på resultaterne af sygeplejen (outcome).

Potter et al(USA), har undersøgt patientoutcome mål relateret til sygeplejerskebemanding, både målt i sygeplejersketimer pr. patient og uddannelsesniveau af sygeplejepersonalet. Udover brug af de velkendte registerdata mm, også inkluderet selvrapporterede patientdata som f.eks. smerte, uro, søvn, deltagelse i egen personlig pleje, registreret ved brug af VAS (visuel analog scala). Supplerende hertil er patienttilfredsheden målt ved et spørgeskema samt et telefoninterview 48 timer efter udskrivelse, hvor tilfredshedsmålene blev udtrykt i form af bl.a. kommunikation, respekt, koordination af plejen den konkret udførte sygepleje (Potter et al 2003). Resultaterne af studiet viste, at der var positiv korrelation mellem tilstedeværelse af bacheloruuddannede sygeplejersker og patienttilfredshed (jo bedre uddannet personale, jo større patienttilfredshed) og negativ korrelation mellem tilstedeværelse af sygeplejerske og smerter (jo færre tilsyn/ tilstedeværelse, jo flere smerter følte patienten). Disse resultater støtter Hayes et al (2005)'s resultater, men er banebrydende på den måde, at patientperspektivet er til stede og man derved får mulighed for at kæde den udførte sygepleje direkte til aspekter af patientoutcome, og herved opnås et kvalitativt bedre udgangspunkt for at sige noget om forskellige facetter af sygeplejens påvirkning af

patientoutcome, og derved kan der skabes evidens om sammenhængen mellem sygeplejepraksis og patientoutcome. Dette kunne med fordel inkluderes i kommende studier af sygeplejepraksis og patientoutcome.

Aiken definerer ikke hvad "kvalitet i sygeplejen" er. Currie et al (2005) mener, at opfattelse af kvalitet er et subjektivt begreb, og hvis man ønsker nogens (f.eks. patientens) bedømmelse af kvalitet, er man nødt til også at spørge til, hvordan vedkommende opfatter begrebet, og referer til et studie af Attree (Currie 2005, s. 76), at patienter identificerer forskellige kvalitetsniveauer afhængig af kontekstuelle og intervenserende konditioner i forhold til omgivelser, organisationen, andre patienter og personalet.

I stedet for alene at se på data, bør afdelingen analysere på alle mulige tænkelige aspekter, der kan have påvirket outcome (case-mix) – institutionelle/ strukturelle processer, kliniske processer og hvorledes outcome har udviklet sig over tid. Extern konsulentbistand kan være givtigt i denne proces, ikke som "politi" men som konstruktivt medvirkende i processen. Endelig bør de sundhedspolitiske myndigheder arbejde på at udvikle og udbrede evidensbaserede standarder for "best practice", så afdelingen har et opdateret mål for, hvad "god sygepleje" er og hvad det indebærer (Lilford et al 2004).

4. Hvad sker der i Europa?

Hvorfor er magnetcertificeringen blevet så succesfuld i USA? Det er oplagt fordi det funderes på stærkt lederskab og lederstil, giver sygeplejerskerne autonomi, godt samarbejde mellem læger og sygeplejersker, tilbyder karriereudvikling og videreuddannelse og åbner for forfremmelser (Joyce 2005).

Magnet status er et velkendt Brand i USA, baseret på de aktuelt 186 eksisterende magnethospitaler, og derfor præsenterer denne status et godt arbejdssted og et godt sted at blive behandlet. Men er succesen og denne bevidsthed transferabel til Europa? Lasch og Munroe (2005) skriver at trods af kulturelle forskelle er der også mange ligheder i sygeplejepspraksis over grænser, og problemerne med et vist forbehold kan sammenlignes.

Professor James Buchan (Queen Mary University College, Edingburg) har via komparative case-studies (Buchan 1998) behandlet spørgsmålet, om magnetbegrebet kan overføres til britiske hospitaler, og konkluderede på daværende tidspunkt, at magnetcertificeringen kan gøres brugbar i Europa, blot skal kriterierne tilpasses europæiske standarder. Det er begrebet "god kvalitet i plejen" der er interessant, ikke magnetbegrebet i sig selv. Et overordnet forbehold var, at der var behov for yderligere forskning for at skabe evidens for sammenhængen mellem organisering af sygeplejen og patientoutcome.

Derudover er den overordnede konklusion, at transferabiliteten må vurderes på en række underområder: Lovgivning omkring ansættelse og Arbejds miljø og offentlig regulering af type og antal af sundhedsprofessionelle. De forskellige sundhedssystemer (sundhedsvæsen for alle via skat versus forsikringsbaseret, ofte privat baseret sundhedsvæsen) vurderer Buchan ikke som et problem, da begge systemer grundlæggende er påvirket og drevet af markeds kræfter, i form af krav om økonomisk rentabilitet og kvalitetskrav. Trods mange forskelle er der også mange paralleller i organisering af hospitaler og organisering af arbejdsstyrken, og kerneelementerne i magnethospitalsbegrebet er ifølge Buchan relevant for britiske hospitaler, f.eks. betydningen af den flade ledelsesstruktur, fokus på videre- og efteruddannelse og professionel autonomi, teamwork, fleksibilitet (Buchan 1999).

Lankshear et al (2005) er kritisk overfor at sammenligne over grænser, idet der er mange flere forskelligheder på spil: eksempelvis er der i USA mere vægt på formalia, f.eks. i form af krav om at sygeplejersken foretager en dokumenteret gennemgang af patientens fysiske – psykiske tilstand ved starten af hver vagt, inkluderende stetoskopi af hjerte og lunger. Dette er ikke en rutineret praksis i Storbritannien, ligesom 24-timers tilgængelighed af læger på akutafdelinger er norm i Europa, men dette er ikke tilfældet i USA (Lankshear et al 2005).

Buchan forelår, at kriterierne for opnåelse af magnetstatus tilpasses britiske forhold, men i øvrigt følger den amerikanske models proces og krav i forhold til selve akkrediteringen (Buchan 1999).

I 2002 blev det første hospital udenfor USA akkrediteret som Magnet hospital, Rochdale Infirmary i Skotland. James Buchan et al foretog i den forbindelse en evaluering af hospitalets forberedelse til og opnåelse af magnetstatus (Buchan et al 2003)⁸ Surveyresultaterne viste, at sygeplejerskerne i 2002 rapporterede større jobtilfredshed (68 % mod 53 %), færre overvejede at skifte job (20 % mod 39 %), flere var positive overfor afdelingsledelsen og vurderede større grad af autonomi og kontrol over egen praksis end i 2002. Flere sygeplejersker synes at kvaliteten i plejen var forbedret (40 % mod 23 %) og flere vurderede den udførte sygepleje som "excellent" (45 % mod 40 %)(Buchan et al 2003). Disse resultater skal ses i lyset af, at Rochdale i udgangspunktet havde en større patientratio pr. sygeplejerske (10:1) end de amerikanske studier rapporterer (The Californian Department of Health Services har sat minimumsratio for BA-sygeplejersker til 6:1 døgnet igennem på almene medicinske og kirurgiske afdelinger, faldende til 5:1 i 2008 (Lankshear et al 2005)), og at der i perioden ikke blev etableret en bedre Sygeplejerske:patient ratio, og at sygeplejerskerne faktisk rapportede om øget arbejdsbyrde, inddragede fridage o.lign (Buchan 2003).

Buchan et al konkluderer forsigtigt(på grund af den manglende evidens), at der er en sammenhæng mellem fokus på de humane ressourcer og kvaliteten af plejen (outcome of care). I de kvalitative interviews fremgik det, at det bedre samarbejde mellem ledelse og medarbejdere primært var en følge af, at medarbejderne blev inddraget i beslutningsprocesser og dermed følte et medansvar der gav større engagement i arbejdet. Buchan et al har ikke vurderet på en eventuel økonomisk fordel af magnetakkrediteringen, idet evalueringen er lavet i forberedelsesperioden. Selve forberedelsen til akkrediteringen har været ret kostbar, og selvom fordelene ved akkrediteringen overskygger hvad det koster, skal der etableres nogle klare rationaler for at andre institutioner kaster sig ud i ansøgningen om magnetstatus (Buchan et al 2003). Konklusionen på denne tidlige evaluering blev, at det er muligt at overføre magnetcertificeringen til et britisk hospital.

Samtidig med at Rochdale fik sin magnetstatus, fusionerede hospitalet med flere andre institutioner, hvilket har afstedkommet nogle organisatoriske ændringer. Chefsygeplejersken, som var ildsjælen, der fik magnetansøgningen i gang, er rejst, og Buchan mener det er tvivlsomt, om hospitalet vil søge om reakkreditering i 2006 (Buchan 2004).

I Schweiz er Inselspital Bern er i 2005 gået i gang med forberedelsesfasen til ansøgning om Magnetstatus. Målet er, ved denne akkreditering, at udvikle synergi mellem ledelse, kvalitetsudvikling, uddannelse og forskning, og ved at styrke sygeplejerspraksis og arbejdstilfredshed også at forbedre patientoutcome. Målet er at opnå certificering i 2009.

⁸ Evalueringen er baseret på litteraturstudie, kvalitative interviews med både ledere og ansatte, der havde været involveret i processen, og på surveys (incl. NWI-R og Maslachs Burnout Inventory) i 2000 og 2002, blandt sygeplejersker på de generelle medicinske og kirurgiske afdelinger, N = 237), svarprocent 53% (2000), hhv 50%(2002)

På *The Saint Jean Clinic* i Bruxelles, Belgien, er der i Sygeplejeledelsen (Management of the Nursing Care Department) taget initiativ til et projekt til udvikling og implementering af et sundere arbejdsmiljø, med det mål at øge kvaliteten af den udførte sygepleje og derved opnå bedre patientoutcome. Projektet er inspireret af og tager direkte afsæt i erfaringerne fra magnethospitalskonceptet og er indskrevet på institutionens strategiske, taktiske og operationelle niveau. Organisationsstrukturen er decentraliseret og debureautraseret (strategiske niveau) med henblik på at sygeplejerskerne opnår større autonomi og kontrol over egen praksis og derved udnytter et større spekter af deres professionelle praksis. Fokus på sygeplejersken ses allerede i ansættelsessamtalen, hvor afdelingstype og timetal samt strategi for kompetenceudvikling aftales (taktiske niveau), og disse initiale aftaler, og den grad de følges op, er afgørende for motivationen hos sygeplejepersonalet og for deres mulighed for at yde sygepleje af høj professionel standard. På handlingsplanen er der udviklet et *Care Charter* – et værdigrundlag – der har til formål at etablere og fastholde et professionelt terapeutisk forhold mellem sygeplejerske, patient og pårørende (Det operationelle niveau) (Descheymere 2005). Overvejelserne bag dette projekt fremgår desværre ikke af artiklen, om hvorfor kun dele af magnethospitalstanken benyttes og ikke hele konceptet. Det konkluderes i artiklen, at hospitalet, ved at følge dele af magnettankegangen skaber et arbejdsmiljø der virker positivt på både de ansatte sygeplejersker og på patientplejen

4.1 Øvrige tiltag i Europa indenfor sygeplejepraksis med fokus på bedre patientoutcome

I Tyskland forsøger Müller Staub (2004) i et komparativt studie (N=57) at skabe evidens for, om brug af sygeplejediagnoser kan styrke kvaliteten af den udførte pleje og samtidig øge målbarheden og derved styrke evidensen af sygeplejepraksis. Fokus lægges på 3 dimensioner: interaktionel/personlig dimension, inddragelse af patienter og sygeplejerskens vidensgrundlag. Studiet medtager patientperspektivet og forsøger derved at opnå et mål for patientoutcome. De preliminære resultater af denne (ikke færdige) undersøgelse viser en statistisk signifikant sammenhæng mellem kvaliteten af den dokumenterede sygeplejediagnose og patienttilfredshed, hvor kvaliteten af sygeplejediagnosen var afhængig af kommunikation og sygeplejerskens evne til at kommunikere og fortolke patientens problemer (Müller Staub 2004).

4.2 Akkreditering

Chin og Nichol mener, at kliniske enheder i sundhedsvæsenet er nødt til at forholde sig til de konstante ændringer og den tiltagende kompleksitet i verden, til politiske krav og til brugerne af sundhedsvæsenet, der i tiltagende grad er kritiske og ønsker valgmuligheder. Fordi sygepleje er multidisciplinær og tilgangen er holistisk, er det utilstrækkeligt at måle den lineært og kvantificeret (som f.eks. på antal dødsfald) – man må måle forskellige

aspekter af plejen ved brug af både kvalitative og kvantitative tilgange, og involvere brugeren og dennes opfattelse af den pleje, vedkommende har modtaget.

Ved at lade sig Akkreditere ruster enheden sig bedre til at imødekomme de krav og udfordringer, der stilles til sundhedsvæsenet i det 21. århundrede.

The Practice development Credentialing Program er udviklet ved Centre for Development of Nursing Practice, The University of Leeds, England med fokus på sygeplejepraksis, ud fra en tese om, at "...change must begin with the largest group closest to the point of service. If change can happen here, it is deemed to be able to happen anywhere in the system" (Chin og Nichol 2000:2). akkrediteringen sker ved at en afdelingen vurderes positivt på 14 kriterier, der skal dokumentere skriftligt og i praksis. Kriterierne er udviklet som "best practice"-standarder, og vurderes af et 22-personers ekspertpanel. Kriterierne tager udgangspunkt i empowerment af bruger og ansat, teamorientering, delt ledelse og decentraliseret beslutningskompetence (se bilag 3), altså en generel styrkelse af HR området på afdelingen, som efterfølgende har en signifikant forbedrende positiv effekt på kvaliteten af patientplejen, vurderet klinisk outcome og brugertilfredshed (Chin og Nichol 2000).

Moth et al, der har analyseret akkreditering i Danmark skriver at sundhedsydelse måles ud fra kvantitative standarder, f.eks. ved brug af indikatorer eller vurderes ud fra kvalitative standarder, der relateres til struktur (ressourcer og organisation), proces (Aktiviteter i patientforløbet) eller resultat (effekt vurderet ud fra patientens helbredstilstand) (Moth 2004). Hvis sygepleje, som ovenfor beskrevet, opfattes som multidisciplinær med en holistisk tilgang, må akkreditering være primært baseret på kvalitative standarder

Dette stiller krav til afdelingen om at forstå fundamentale forskningsmetoder og principper vedrørende validitet og reliabilitet i forbindelse med dataindsamling, for at sikre at datas kvalitet er god nok til at udsættes for analyse og kritik.

..."adopting empowered and decentralised approaches to management and leadership within healthcare is not a straight forward matter. It requires collaborative commitment at all levels within an organisation and is a culture that needs time to be understood, to become mature and thus to be lived" (Chin og Nichol 2000: 9).

Denne problematik genfindes i Moth et al's analyse af akkreditering i sundhedsvæsenet (2004), der også stiller spørgsmålstejn ved, om akkrediteringens fokus reelt er på det essentielle – kerneydelser i form af patientbehandlinger - eller om fokus reelt er på struktur og proces.

4.3 Akkreditering i Danmark

I 2002 blev det besluttet at indføre en national dansk kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet, hvori akkreditering skal indgå. Ifølge aftalen skal akkrediteringen på de offentlige, danske sygehuse være påbegyndt ultimo 2006. Det indebærer, at sygehusene skal evalueres ud fra fælles standarder.

H:S opnåede i 2002 akkreditering ved Joint Commission on International Accreditation (JCIA)(Moth et al 2004)

Man må spørge, hvilken betydning akkrediteringen har for kvaliteten af sundhedsydelse? Er der evidens for, at akkreditering har effekt på proces- eller resultatniveau?

Der er analyseret meget lidt på akkrediteringers betydning for kvaliteten af sundhedsydelser (patientoutcome). Der ikke er skabt evidens for at akkreditering har effekt på proces- eller resultatniveau, men det er en indbygget forventning, at der sker en positiv afsmittning på kvaliteten af plejen, men denne sammenhæng er ikke dokumenteret. Moth et al skriver videre, at de ikke har fundet litteratur, der beskriver akkreditering set fra patientens synsvinkel (til trods for at patientens perspektiv er forekommende i de fleste indikatorer i den danske kvalitetsmodel), eller som beskriver at patienter anvender offentliggjorte kvalitetsdata til f.eks. valg af behandlingssted (2004).

Moth et al(2004) konkluderer, at det ikke er entydigt hvorvidt akkreditering kan anvendes som metode til vurdering og udvikling af kvalitet. Der er behov for evalueringsmetoder til at dokumentere en eventuel effekt af akkreditering på struktur- proces og resultatniveau, samt for yderligere forskning i relation til patienter, organisation og det økonomiske perspektiv. Denne kritik kan også rettes mod akkrediteringen der beskrives i Chin og Nichols (2000) artikel.

4.4 Fokus på Human Ressource Management styrker patientoutcome

Ustabiliteten blandt sygeplejerskearbejdsstyrken er et velkendt fænomen i hele den vestlige verden i form af konstant mangel på sygeplejersker på bachelorniveau (Aiken 2001, Roman 2002, Buchan 2002, 2005).

Demografisk kan man se frem til, at en stadigt aldrende sygeplejerske arbejdsstyrke skal varetage plejen af en støt stigende gruppe af ældre borgere, og at der ligger en udfordring i at erstatte de mange sygeplejersker, der i det næste tiår går på pension fra arbejdsmarkedet (Buchan 2002) Manglen på sygeplejersker er starten på en ond cirkel, fordi det resterende personale konstant overarbejdes og udtrættes og bliver med tiden utilfredse med arbejdsbetingelserne, og patientplejen bliver påvirket tilsvarende (Joyce 2005).

En svensk spørgeskemaundersøgelse (N=71, svarprocent ca. 50 %) omhandler sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø. På baggrund af en konstateret høj incidens af jobrelateret stress og udbrændthed søges denne intervenseret i form af systematisk supervision, klinisk sygepleje supervision. Hypotesen er, at ved problemløsningsteknikker, refleksion og analyse opnår sygeplejersken en styrket handlekompetence, med en afsmittende effekt i form af forbedret patient pleje og dermed patient outcome og øget jobtilfredshed (Bégat et al 2005). Undersøgelsen konkluderer at der blandt de undersøgte sygeplejersker var tegn på job-relateret stress og udbrændthedssymptomer, som påvirker deres engagement og motivation. Der konkluderes endvidere, at klinisk sygepleje supervision har en positiv effekt på fysiske

symptomer på stress, og følelsen af at have kontrol over situationen. Der kommenteres ikke specifikt på, om og hvordan sygeplejerskerne opfatter ændringer i kvaliteten af den udførte pleje, og artiklen bidrager således til at konstatere det psykosociale arbejdsmiljøets betydning i en svensk sygeplejefaglig kontekst, men bidrager ikke til øget forståelse af, hvorledes sygeplejerskerne arbejdsmiljø påvirker patientoutcome.

Hayes et al(2005) beskriver i en oversigtsartikel betydningen af hyppige skift i arbejdsstyrken (turnover), at det påvirker kvaliteten af den udøvede sygepleje og dermed patientoutcome negativt, når der er hyppige afgang og tilgang af sygeplejersker på en afdeling. Patienter på afdelinger, hvor sygeplejerskerne fandt deres arbejde meningsfuldt udtrykte større tilfredshed med alle aspekter af deres hospitalsophold, hvorimod patienter på de afdelinger, hvor sygeplejerskerne virkede udmattede eller udtrykte ønske om at sige op, var mindre tilfredse med opholdet og den pleje, de havde modtaget (Leiter et al 1998, i Hayes et al 2005). Et andet studie blandt beboere og sygeplejersker på et plejehjem fandt statistisk signifikant sammenhæng med at hyppighed i infektioner og risiko for hospitalsindlæggelse steg med henholdsvis 30 % og 80 % for hvert proportionalt tab af en sygeplejerske. Hayes konkluderer at patienter lider mere både i fysisk og emotionel forstand i afdelinger med stort flow i sygeplejersker(Hayes et al 2005).

Buchan argumenterer for, at Human Resource Management(HMR) er det ledelsesmæssige svar på, hvordan sundhedsydelser af høj kvalitet kan ydes, til glæde for patienterne i form af bedre patientoutcome. HMR kan beskrives som "*Systems producing profits through people*"(Buchan 2004:3), og følgende karakteristika beskriver disse systemer:

- Sikkerhed i ansættelsen
- Etablering af selvstyrende teams
- Decentral beslutningskompetence
- Nyt personale vælges selektiv
- Nedbryde status distinktioner og -barrierer
- Mulighed for kontinuerlig uddannelse
- Kompensation for opnåelse af resultater (Buchan 2004:3, egen oversættelse)

Da HMR-tanken ofte forbindes med private virksomheder og måles i organisatorisk ydelse i form af profit eller salgstal som citatet antyder, må det, for at anvendes i sundhedsvæsenet, tilpasses dette. Buchans pointe er, at dele af Magnet-hospitalsideen kan tænkes ind i HMR-tankegangen, og at det er nærliggende at anvende den eksisterende viden(indikatorer) fra denne sundhedsspecifikke outcome forskning i en videreudvikling af den etablerede, generelle HMR-tankegang (Buchan 2004). Indikatorerne kan opdeles i

1. aktivitet/procesrelaterede som f.eks. antal senge, klientkontakter, belægningsprocent.

2. Medarbejderrelaterede som f.eks. uheld, fravær, vacancerater, jobtilfredshed, overarbejde, brug af vikarer
3. plejerelaterede (Outcome), som f.eks. indlæggelses varighed, genindlæggelsesrate, dødsfald, urinvejsinfektion, pneumoni, dyb venetrombose, patienttilfredshed, shock, tryksår osv. (Buchan 2004).

Buchan forsøger herved at "hælde ny vin på gamle flasker", idet der ikke er så meget nyt i indholdet, men at det snarere er en anden terminologi der anvendes. Det kan have sin berettigelse, hvis man gerne vil sammenligne organisationer over sektorer, at beskrive organisationen med en terminologi der gør det muligt at hæve sig op til sammenligning på et andet niveau. Dette aspekt kan genkendes i Danmark, hvor kvalitetsforskere i højere grad end tidligere er markedsorienterede i retorikken, ved f.eks. at sammenligne patienten med en kunde, og i hvor høj grad kunden (eller de financierende instanser) kan eller skal acceptere, at der sker fejl i leverancen af de varer(pleje og behandling), de modtager. Hyppighed i fejlmedicinering sammenlignes f.eks. med hvor ofte banker udbetaler penge til en forkert modtager og diskuterer reaktioner og sanktioner herpå (Erik Jørgensen, Ugebrevet Mandag Morgen, kvalitetskonference Odense den 10. november 2005).

Ifølge Aiken (2001) er organisatoriske ændringer nøglen til at stabilisere sygeplejerskearbejdsstyrken i form af rekruttering og fastholdelse af medarbejderne. Hospitalet må modernisere deres ansættelsesprocedurer og tilbyde arbejdsbetingelser der er mere sammenlignelige med andre typer af ansættelser, f.eks. i form af professionel autonomi, kontrol over egen praksis men også i form af frynsegoder, der signalerer at hospitalet er villig til at spendere noget for at opbygge en excellent arbejdsstyrke (Aiken 2001), altså også her ses et fokus på betydningen af de humane ressourcer. Reformen indenfor sundhedsvæsenet i de vestlige lande har i mange år fokuseret på strukturelle ændringer, omkostningsberegninger, introduktion til markedsmekanismer og brugerindflydelse, men har ikke haft særligt fokus på de ressourcer medarbejderne besidder og den betydning det har, om disse udnyttes optimalt eller ej.

5. Opsummering af de europæiske forhold i relation til Magnethospitalkonceptet

Ved strukturerede søgninger som det er beskrevet tidligere fremkom kun få litteraturhenvisninger der siger noget om, hvorvidt magnethospitalcertificeringen følges op i Europa. I den beskrevne engelske akkrediteringsmodel (Chin og Nichols 2000) for sygeplejepraksis- og kvalitetsudvikling er der mange sammenfaldende elementer med den amerikanske magnetmodel, i indholdet af de beskrevne standarder og i selve akkrediteringsprocessen. Spørgsmålet er, om det fokus og den glamour, som det amerikanske magnetkoncept har formået at etablere, er så værdifuldt som "brand", at det alligevel kan etableres i Europa?

James Buchan, der har arbejdet tæt sammen med Linda Aikens forskerhold i USA og i forbindelse med magnetcertificeringen af Rochdale Infirmary lyder i sin rapport om Rochdale Infirmary (Buchan et al 2003) ikke særligt optimistisk i forhold til magnetkonceptets fremtid i Europa, og beskriver i en anden artikel hvordan dele af – og altså ikke magnetkonceptet i sin oprindelige helhed - kan tænkes ind i ledelsesmæssige strategier i sundhedsvæsenet (Buchan 2004).

Descheymere (2005) beskriver, hvorledes Saint Jean Clinic i Bruxelles benytter sig af de positive erfaringer fra Magnethospitalerne, men tilpasser dem til belgiske forhold. En fortolkning heraf er, at magnetcertificeringen ikke vil ses som et fremtidigt "brand" i Europa, som det er blevet det i USA, men snarere dele af konceptet i integreret og tilpasset form.

I Schweiz er Inselspital Bern dog i gang med forberedelsen til magnetcertificering som det eneste sted i Europa, og Linda Aiken udtrykte på DSR' fagdag 2005 optimisme i forhold til magnetkonceptets fremtid udenfor USA, idet ca. 20 lande (heriblandt lande i Europa, New Zealand, Rusland, Armenien, Nordafrika) ifølge Linda Aiken er i gang eller på vej til at starte forberedelserne til at blive magnetcertificerede.

5.1 Hvad kan resultaterne bruges til?

Fokus på sygeplejerskers arbejdsmiljø har en positivt afsmittende effekt på kvaliteten af patientplejen. Større autonomi og større kontrol over egen praksis er indikatorer, der højner moralen blandt sygeplejersker, og som medfører større patientsikkerhed. Når der sker færre fejl i praksis og når komplikationer forebygges eller opdages tidligere, medfører det kortere indlæggelsestid, færre dage på intensive afdelinger, brug af færre laboratorieprøver, kliniske undersøgelser og medikamenter, færre dødsfald (Stanton 2004, Armstrong 2005) – og bidrager derved til en mere rentabel økonomi, og en oplevelse af godt kvalitet i plejen for patienten.

Som leder af sygeplejen på hvilket som helst niveau kan resultaterne om arbejdsmiljøets betydning for kvaliteten i sygeplejen bruges til at overveje, om der er strukturelle faktorer, der hæmmer sygeplejerskerne i at opnå autonomi, kontrol over egen praksis og et godt tværfagligt samarbejde (læge-sygeplejerske primært), de strukturer som resultaterne af studierne fremhæver for vigtige i udførelse af professionel sygepleje af høj kvalitet.

Stanton fremfører, at ledere er nødt til at flytte fokus fra kontrol til koordination, integration og facilitering af sygeplejerskers arbejdsindsats og til at fremme deres lyst og mulighed for udvikling. Dette kan opnås ved at give adgang til information, ressourcer, støtte og udvikling, ved at delegeres ansvarsområder ud til grupper eller enkelte sygeplejersker, oprettelse af mere autonome enheder i f.eks. plejeteams (Stanton 2004). I et dansk studie blandt 79 sygeplejersker, hvor de skulle forholde sig til, hvilke barrierer de oplevede i forhold til at lave udviklings- eller forskningsarbejde, og i forhold til at anvende forskningsresultater i praksis, svarede mellem 33% og 90% at der ikke var penge i afdelingen til udvikling, at der ikke er tid i dagligdagen, hverken til at læse om eller initiere udviklingsprojekter eller implementere nye ideer (Adamsen et al 2003, a og b). Resultaterne viste med statistisk signifikans, at de sygeplejersker, der fik bevilliget et forskningskursus, engagerede sig i langt højere grad end de sygeplejersker, der ikke fik tilbud om lignende udvikling, i tiltag i den kliniske hverdag, også hvad angik områder der ikke havde med deres eget projekt at gøre, og var således medvirkende til at give et boost af energi på sygeplejersken med afsmittende virkning på afdelingen, og var medvirkende til at overkomme de beskrevne barrierer.

At der fokuseres på dels sygeplejen som profession og dels på den enkelte sygeplejerske på afdelingen kan derfor afstedkomme et "energiboost" svarende til det, der blev beskrevet i de danske undersøgelser (Adamsen et al 2003 a og b), og som uvilkårligt (men ikke videnskabeligt beskrevet) vil medvirke til at øge kvaliteten af den udførte sygeplejepraksis.

6. Kan de amerikanske studier gentages i Danmark?

Linda Aiken og hendes forskerhold har i de mange undersøgelser gjort brug af tilgængelige registerdata og har anvendt forskellige dataindsamlingsværktøjer, primært NWI-R og Christine Maslachs Burnout Inventory.

For at vurdere den aktuelle status og de aktuelle betingelser sygeplejen udføres under må flere forhold undersøges, herunder en Identificering af den professionelle sygeplejepraksis, hvorved aspekter af autonomi, ledelsesstruktur og mulighed for indflydelse på egen praksis beskrives. Et værktøj til afdækning af disse områder er NWI-R (Nursing Work Index – Revised), der måler job tilfredshed blandt hospitalssygeplejersker og de organisatoriske kendetegn, der er relevante for den kliniske sygepleje. NWI er oprindelig udviklet af Kramer og Hafner i 1980'erne i forbindelse med de initiale studier af magnethospitaler, og senere videreudviklet til formen NWI-R af Linda Aiken og hendes forskerhold i 1990'erne (Aiken & Patrician 2000, Lake 2002, Wagner 2005).

Til afdækning af det psykosociale arbejdsmiljø kan anvendes "Maslachs burnout Inventory", udviklet af Psykologen Christine Maslach. Begge værktøjer er konstruerede spørgeskemaer med indbyggede kontrolmuligheder og er beskrevet nærmere i den foregående tekst. De er frit tilgængelige og kan anvendes efter ønske, samt udbygges efter behov og ønske.

Ved at benytte disse værktøjer kan Aiken et al's studier af sygeplejepraksis, arbejdsmiljø og patientoutcome gentages med fokus på danske forhold, og derved danne basis for komparative analyser mellem hospitaler i Danmark. Endvidere vil der kunne foretages komparative analyser i forhold til Aiken et al's hidtidige studier i USA, Canada, UK, Tyskland osv, hvilket tilføjer en yderligere dimension til brug af værktøjerne, idet Danmark og danske forhold derved vil kunne få plads i internationale sammenhænge. Det afgørende for, i hvor høj grad de amerikanske studier kan repliceres i Danmark, er om de tilsvarende danske registerdata kan opnås i komparativ form til de amerikanske.

6.1 Inddragelse af patientperspektivet

Currie et al (2005) anbefaler at analysere den plejeprocess, sygeplejen udøves i med inddragelse af brugerperspektivet. Patientens opfattelse af og vurdering af kvaliteten er et centralt, godt og uundværligt kvalitativt supplement til at forstå hvordan kvalitet kan og skal måles – og hvilke indikatorer, der skal måles på. Der er forskel på, hvordan sygeplejersker og patienter opfatter god sygepleje. Dette kan gøres ved deltagerobservationer, hvor hele plejeprocessen kan iagttages og/eller ved interview med de involverede parter.

Potter et al (2003), anbefaler brug af måleinstrumentet VAS skala til patientrapportering af data, når indikatorerne er identificeret. Instrumentet kan udvikles efter behov.

Aiken et al(2004) har anvendt La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS) i forbindelse med måling af patienttilfredshed.

Når patientens perspektiv ønskes belyst skal man overveje metoden nøje. Ved brug af spørgeskema og VAS-målinger som det er beskrevet ovenfor, vil det stadig være forskerens perspektiv, der er bestemmende for, hvad der svares på, og dermed styrende for hvad patienten forholder sig til (Launsø og Rieper 2005). Hvis man ønsker patientens umiddelbare og ufiltrerede mening om eller holdning til forskellige emner, og hvilken betydning de har for patienten, er man nødt til at vælge en mere explorativ og forstående tilgang til dataindsamlingen, således at det er patienten, der bestemmer hvad det vigtigste anliggende er.

7. Vurdering af Linda Aiken's forskning

Linda Aiken har interesseret sig for sygeplejerskers vilkår i hele sin forskningskarriere og har med skiftende forskerhold lavet undersøgelser af høj kvalitet om forskellige perspektiver af sygeplejerskers arbejdsbetingelser og vilkår siden 1980'erne, med det formål på den ene side at bevidstgøre sygeplejersker om kvaliteten af plejen og omsorgen på hospitaler, og på den anden side, overfor politikere og brugere af sundhedsvæsenet, at bevise behovet for at anerkende den vigtige rolle sygeplejersker spiller som front-line person for indlagte patienter, og at satse på kvalitet i sygeplejen frem for på økonomisk, rationel tænkning.

Linda Aiken har sat fokus på behovet for et stærkt ledelsesmæssigt engagement i klinikken og i de kliniske sygeplejerskers arbejdsmiljø og arbejdsforhold, bemanning og de direkte konsekvenser af at ignorere disse områder i form af øget dødelighed blandt patienterne.

Magnethospitalsforskningen har bidraget til at give sygeplejersker et mere positivt image, både i den politiske verden, hos brugerne og blandt sygeplejersker. Linda Aiken har stor status i USA, hvilket aflæses i hendes talrige engagementer i politisk og faglige kredse, f.eks. ANA, ANCC, JCAHO – og at magnetprogrammet blandt andet anbefales af Præsident Bush sker på baggrund af hendes forskning.

Kritikken af magnethospitalskonceptet må man forholde sig til jf. det tidligere afsnit herom – men det faktum, at magnetkonceptet på baggrund af de mange studier der er lavet, kan siges at være evidensbaseret er selvfølgelig en tungtvejende faktor i magnetkonceptets berettigelse og i den øvrige forskning.

Som Linda Aiken kommenterede til DSR's sygeplejefagdag november 2005, er den amerikanske forskningstradition overvejende baseret på kvantitative tilgange. Sygepleje- og omsorgsforskning i Danmark er metodemæssigt stærkt påvirket af kvalitative tilgange, og kvantitative bidrag oftest ses i en metodetriangulering med det formål at nuancere resultaterne (se f.eks. Adamsen et al 2003 a-b), og den objektive kritik er naturligvis påvirket heraf med en efterspørgsel af blandt andet patientperspektivet.

Man skal dog ikke se bort fra, at sygeplejefeltet kan beskrives som et domineret subfelt i et større, dominerende medicinsk felt (Larsen 2000), og at politikere ofte vurderer sygepleje som en del af dette dominerende felt. En strategisk måde at sætte fokus på sygeplejen kunne derfor være at benytte det dominerende felts videnskabelige metoder – som primært er de kvantitative – for at forskningsresultaterne dermed opnår en politisk og medicinsk legitimitet via de anvendte metoder. Muligheden for at lave komparative analyser i forhold til Linda Aikens forskning vil ligeledes bidrage til at øge legitimiteten for parter uden for feltet.

8. Appendix

Anbefalinger fra litteraturen

Her er forsøgt samlet de mest væsentlige anbefalinger/ forbehold/overvejelser at forholde sig til som litteraturen og analysen frembringer. Anbefalingerne er hentet spredt i litteraturen.

Patientoutcome – anbefalinger til fokusområder

- Identificere patientoutcome der er direkte påvirkelige af eller følsomme for sygepleje, f.eks. tryksår, faldepisoder, fejlmedicinering, patienttilfredshed, indlæggelses varighed, og bring disse i fokus for kvalitetssikring
- Tilfredshedsundersøgelse, både brugerside – og sygeplejerskeside(arbejdsmiljø)
- En klart defineret rapporteringssystem til handlinger og resultater, så data indsamles og behandles efter fælles foreskrifter
- Registrering af utilsigtede hændelser og fejl (f.eks. pt. der udvikler shock, hjerterytmeforstyrrelser eller ændrer neurologisk status uden det registreres / registreres for sent) – kan bidrage til at forbedre praksis
- Fokus på mulig synergi mellem initiativer til at sikre patientsikkerhed og resultater, der er påvirkelige/sensitive af sygepleje

Organisering af sygepleje - anbefalinger

- Fokus på sygeplejerske – patient ratio og skill mix
- Bemanding skal tage udgangspunkt i patientens behov, og systemer, der akkurat og troværdigt kan måle sygeplejerskens arbejdsbyrde i forhold til den enkelte patient (plejetyngdemåling) kan anvendes til dokumentation
- Novice sygeplejersken må have adgang til støtte og supervision fra mere erfarne sygeplejersker
- Brug af vikarsygeplejersker må overvejes nøje i forhold til kontinuitet og kvalitet. Fast tilknytning til en afdeling foretrækkes
- Brug af teknologiske hjælpemidler til at lette arbejdsbyrden må overvejes
- Videre- og efteruddannelse skal tilbydes alle sygeplejersker
- Flere deltidsansatte sygeplejersker, kan bruges som buffer i belastede perioder og derved kan afd. undgå at pålægge sygeplejersker overarbejde(praktiseres som eksempel på Odense Universitetshospital, afd. N (Harup 2005)).

Anbefaling: At fremme den sociale kapital hos gruppen af sygeplejersker

En social organisering, der fokuserer på tillid, respekt, netværk, teamwork kan medvirke til at forbedre effektiviteten og kvaliteten af patientplejen og skabe synergi, f.eks. i form af øget autonomi og kontrol over /indflydelse på egen praksis (Rafferty et al 2001).

9. Bilag

Bilag 1 AnalyseMatrice

Studie	hovedfokus	Design, metode	Resultater	konklusion
Aiken et al 1994	Er der reelt lavere dødelighed blandt patienter på magnethospitaler end på andre, sammenlignelige hospitaler, der ikke har speciel fokus på organisering af sygeplejepraksis? Kan fokus på organisering af sygeplejepraksis (autonomi, kontrol over eget arbejde, ligeværdigt tværfagligt samarbejde), påvirke patient outcome positivt (lavere dødelighed)?	39 magnethospitaler indgik i undersøgelsen. Dette er 39 ud af de 41 hospitaler, der oprindeligt (i 1983, igen i 1986 og 1989) blev identificerede som magnethospitaler. 195 kontrolhospitaler indgik i undersøgelsen, 5 ikke-magnet-hospitaler pr. magnethospital.	Magnethospitaler har 4,6% lavere mortalitetsrate end ikke- magnethospitaler.	At magnethospitalerne har ca. 5% lavere mortalitetsrater end ikke-magnethospitaler kan ikke alene forklares ved at sygeplejerskerne på magnethospitalerne har eller benytter flere færdigheder. Forklaringen må findes på hospitalsniveau, i organisering af sygepleje. Studiet viser at ved at fokusere på sygeplejens organisering kan mortaliteten nedbringes.
Sochalski et al 1996	Vurdering af omkostninger og kvaliteten af sygeplejen i forhold patient outcome	Surveyundersøgelse kombineret med registerdata blandt Hospitaler fra 4 nationer – USA, Canada, Skotland, England og Tyskland, N fremgår ikke nøjagtigt	Endnu ikke fremkommet. Pilots tyder på at forskellige hospitaler ikke registrerer data entydigt	Resultater præsenteres i senere artikler
Aiken 2000a	Er de hospitaler, der ansøger om magnet status, lige så succesfulde i at skabe arbejdstilfredshed blandt sygeplejersker og et miljø, hvor "excellent sygepleje" udføres, som de oprindelige	Komparativt studie hvor 7 ny-akkrediterede magnethospitaler sammenlignes med 13 originale magnethospitaler. Selvadministreret spørgeskema. blandt sygeplejersker (N = 3600,	Bedre uddannelsesgrad, større spl - pt. ratio, høj autonomi og følelse af kontrol over egen praksis og færre rapporter om udbrændthed på de ny-akkrediterede magnethospitaler. Kvaliteten af sygeplejen vurderes som excellent på 43% af de nyakkrediterede hosp. Mod 21% på de oprindelige magnethospitaler	Ved brug af ANCC's magnet hospitaldesignation er man i stand til at identificere hospitaler med høj sygepleje standard og dermed bedre patient outcome

	magnethospitaler var?	n=2045, 56% respons)		som i tilfældet med de oprindelige magnethospitaler
Aiken et al 2000b	Hvilken betydning har omstrukturering og rationalisering på kvaliteten af sygeplejen? Der mangler evidens på området	Teroretisk/empirisk, der analyseres på forskellige surveys foretaget blandt ledere og sygeplejersker (på manethospitaler), samt på registerdata både med fokus på pt. hændelser/dødsfald og på ansættelser, afskedigelser og bemanning	Andelen af RN's og ledende spl er faldet i perioden 1986 – 1998, samtidig har pt. behov for flere personaleresourcer. Patientens grad af tilfredshed er direkte afhængig af sygeplejerskens opfattelse af kontrol over plejeforløbet. Patientens grad af tilfredshed er dårligere i afdelinger, hvor sygeplejerskerne klager over emotionel udmattelse (burnout)	Variation i sygeplejerskebemanning er determinerende for variation i patientoutcome. (jo flere sygeplejersker, jo lavere mortalitet). Der er dog ikke evidens for, i hvilken grad eller om patientoutcome direkte skades ved de ændringer, omstruktureringer på sygehusene medfører
Aiken et al 2001	Præliminære resultater af forskning i hospitalspleje i 5 lande (se matrice nr. 3)	Se matrice 3 N= 43.329 sygeplejersker, Svarprocent 42% - 53%	Ca. 40% svarer, at de er utilfredse med aktuelle job, fraset Tyskland (17%) 30-43% viser tegn på udbrændthed (Tyskland 15%) 16-30% har planer om at forlade aktuelle job indenfor det næste år, heraf de under 30-årige 26 – 54% 30-40% mener der er sygeplejersker nok til at udføre pleje af høj kvalitet Færre end halvdelen af sygeplejerskerne oplever at ledelsen støtter deres behov og giver mulighed for at deltage i og anerkende spl. Kompetence til at tage beslutninger omkring patienten. 44% - 83% besvarer, at de oplever at der bliver flere patienter pr. sygeplejerske, og at de samtidig har oplevet, at mellemliderlaget er fjernet, medførende flere administrative	Utilstrækkelig sygeplejerskebemanning på sygehusene vil medføre problemer i arbejdets organisering og ledelse, og vil medvirke til ulige, ustabil kvalitet af sygepleje, medicinske fejl og påvirke patient outcome

			<p>opgaver(16-58%) 30-70% svarede, at de i sidste vagt havde udført opgaver, der ikke var decideret sygeplejeopgaver, og at 10-40% havde undladt at udføre nødvendige opgaver som mundhygiejne, hudpleje, samtale/undervisning af pt. Eller pårørende.</p>	
Aiken et al 2002	<p>Studiet søger at bestemme hvordan potentielt modificerbare kendetegn i hospitalets organisering og bemanning påvirker patient outcome fastholdelse af sygeplejersker; og give et bud på hvordan hospitalerne kan forholde sig til udfordringer uden at påvirke pt. outcome negativt. Det specifikke fokus er leddet mellem organisation og resultater (outcome)</p>	<p>Se matrice 3, 6: Survey blandt sygeplejersker(n = 10.319, svarprocent 42 – 53%) i USA, Canada, England, Skotland, patient data (Udskrivelse) og strukturelle data om hospital karakteristika</p>	<p>Præliminære(ikke komplette)resultater af sygeplejerskedelen af studiet(tendentielle variationer indenfor lande): 11-20% vurderer kvaliteten af plejen som Fair/poor 10 – 30% vurderer kvaliteten af plejen i sidste vagt som fair/poor 32 – 73% mener ikke at pt. Kan klare sig selv efter udskrivelse 21 – 47% mener at kvaliteten af sygeplejen er reduceret de senere år OR: Spl med ringe org. Støtte er dobbelt så tilbøjelige til at opleve utilfredshed med arbejdet og at have symptomer på udbrændthed, ligesom de er dobbelt så tilbøjelige til at opfattede kval. Af plejen som dårlig Bedre bemanning vurderes positivt i forhold til større kvalitet i plejen. Sygepl. I dårligt bemandede hospitaler er 1,3 gange så tilbøjelige til at vurdere kvaliteten af plejen som dårlig</p>	<p>Der er ikke klare nationale forskelle i resultaterne. Studiet understreger behovet for at rette opmærksomhed på hospitalets kliniske mission, større ledelsesmæssigt engagement i klinikere og anerkendelse af den vigtige rolle sygeplejersker spiller i forhold til det outcome hos de indlagte patienter. Arbejds miljøets betydning for god patientpleje er undervurderet</p>
Aiken et al 2003	<p>sygeplejerskers uddannelsesmæssige niveau (formelle kompetence) påvirker kvaliteten i sygeplejen og</p>	<p>Empirisk studie: Analyse af outcome data fra patientforløb og strukturelle karakteristika i sammen periode. n=232.342 kir. Pt.forløb på</p>	<p>Lav patient – sygeplejerske ration og uddannelse som BA eller højere har positiv indvirkning på pt. Outcome, lavere mortalitet Personlig Erfaring påvirker ikke patientoutcome</p>	<p>Studiet giver empirisk evidens for en sammenhæng mellem flere ansatte sygeplejersker med BA</p>

	<p>dermed patientoutcome. Den konventionelle opfattelse er, at sygeplejerskers erfaring er vigtigere end det uddannelsesmæssige niveau. At undersøge og at skabe empirisk evidens for sammenhængen mellem sygeplejerskens uddannelsesmæssige status og dødsfald blandt patienter –</p>	<p>168(80% af alle mulige) general hospitals i Pennsylvania(USA). Survey blandt 10.184 spl, svarprocent 52%</p>		<p>eller højere degrees forbedrer patient outcome</p>
Needleman et al 2002	<p>Er der en sammenhæng mellem lavt bemanning af plejepersonale og større risiko for at patienten får komplikationer eller dør?</p>	<p>På baggrund af tidligere forskning blev 8 utilsigtede hændelser under hospitalsindlæggelse identificeret, f.eks. urinvejsinfektion, liggesår, lungebetændelse, sepsis, alle tilstande der kan påvirkes af plejepersonalets opmærksomhed under indlæggelse Sample udgør 799 hospitalers udskrivelser i en specifik periode, i alt analyseres >6mio. udskrivelser i f.t utilsigtede outcome, antal timers spl. Dagligt pr. pt, og proportionen af spl ydelser fordelt på uddannelseskategorier</p>	<p>Der er statistisk sammenhæng mellem større andel af BA- spl/flere timers ydet spl. Af BA-spl, og lavere andel af uønskede/utilsigtede outcome. Der er sammenhæng mellem større andel af sygeplejedydelser fra BA-spl og bedre kvalitet af den ydede sygepleje</p>	<p>Resultaterne, de fundne sammenhænge, skal ses som kvalitetsindikatorer og ikke som mål på den fulde effekt af sygeplejersker på hospitaler</p>

Bilag 2: De 14 standarder, der må implementeres før ansøgning om magnetcertificering (ANCC 2003: 25-26)

Standards of care:

1. The chief nurse officer develops, maintains, and evaluates patient/resident/client and staff data collection systems and processes to support the practice og nursing and delivery of patient/resident/client care.
2. The chief nurse officer develops, maintains, and evaluates an environment that supports the professional nurse in analysis of assessment data and in decisions to determine relevant diagnosis.
3. The chief nurse officer develops, maintains, and evaluates information processes that promote desired client-centered outcomes.
4. The chief nurse officer develops, maintains, and evaluates organizational systems to facilitate the delivery of nursing care.
5. The chief nurse officer develops, maintains, and evaluates organizational systems that support implementation of nursing's strategic plans.
6. The chief nurse officer develops evaluates the plan and its progress in relation to the attainment of outcomes

Standards of professional performance:

7. The chief nurse officer systematically evaluates the quality and effectiveness of nursing practice and nursing services administration.
8. The chief nurse officer evaluates his/her own performance based on professional practice standards, relevant statutes and regulations, and organizational criteria.
9. The chief nurse officer acquires and maintains current knowledge in administrative practice.
10. The chief nurse officer fosters a professional environment
11. The chief nurse officer's decisions and actions are based on ethical principles.
12. The chief nurse officer collaborates with nursing staff at all levels, interdisciplinary teams, executive officers, and other stakeholders.
13. The chief nurse officer supports research and integrates it into the delivery of nursing care and nursing administration.
14. The chief nurse officer evaluates and administers the resources of organized nursing services

Bilag 3: Criteria for Credentialing

- The Unit embraces a culture of decentralised decision-making, and staff and client empowerment.
- Each member of the team is actively involved in personal and professional development, which is clearly identified in a personal development plan.
- The business plan includes the process for disseminating evaluated practices both within the organisation and externally; reflects development processes within organisational strategies, local and national policies; identifies the resource requirements needed to achieve credentialing in terms of time, expertise and financial support; addresses the issue of succession planning.
- The Unit operates within baseline resources comparable to other clinical care settings within the organisation to enable transferability of developments
- Developments within the Unit are evaluated and reviewed in terms of their impact upon the client, organisation and staff
- A research based approach to practice is developed which incorporates; a spirit of inquiry; the critique and application of research findings; a greater participation in individual and collaborative research
- There is evidence to support close collaboration with tertiary education to formulate theory and develop clinical practice and staff as appropriate
- The multi-disciplinary team and related external agencies are fully involved to ensure that resources are managed efficiently and effectively
- The Unit acts as a change agent within the organisation, the region, nationally and internationally, publicising its success to promote the value of best practice
- The team demonstrate ownership and accountability of the credentialing approach
- The team view this concept of change as a positive experience
- The Unit is identified as a defined area or team, such as a ward, clinic, community team, clinical directorate or primary/public health group
- A Practice Development Unit Leader(s) is identified who will lead the team in the developments, evaluation and dissemination of their work and will have authority for practice within the Unit.
- A steering group which must include a Clinical leader, the Chief Executive/Senior Organisational Board Member, Chief Nurse Executive, a senior member representing partnerships and / or related agencies within the organisation and a representative link from a university. The group must adequately reflect the professional and client group of the Practice Development Unit and include the clients' voluntary / social perspective.

Copyright – Centre for the Development of Nursing Policy and Practice, School of Healthcare Studies, Baines Wing, University of Leeds, Leeds, LS2 9UT U.K. 1996.

10. Litteratur

1. Adamsen L, Larsen K, Bjerregaard L B L, Madsen J K (2003a): Moving forward in a role as a researcher: the effect of a research method course on nurses' research activity. *Journal of clinical nursing* 2003;12: 442 – 450
2. Adamsen L, Larsen K, Bjerregaard L B L, Madsen J K (2003b): Danish research-active clinical nurses overcome barriers in research utilization. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003; 17; pp 57 – 65
3. Aiken L, Smith H L, Lake E T (1994): Lower medical mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical care* vol. 32, number 8, pp 771-787
4. Aiken L; Sochalski J; Anderson G (1996): Downsizing the hospital workforce. *Health Affairs*, vol. 15, nr.4
5. Aiken LH; Sloane DM; Sochalski J(1998): Hospital organisation and outcomes. <http://www.bmjournals.com/cgi/reprintform>
6. Aiken LH, Sloane DM, Lake ET; Sochalski J; Weber AL (1999 b): Organisation and outcomes of inpatient AIDS care. *LDI Issue Brief*. 1999 sep;5(1):1-4
7. Aiken L, Havens D S, Sloane, D M (2000): The magnet nursing services recognition program: A comparison of two groups of magnet hospitals. *American journal of nursing*, vol 100(3). March 2000, pp 26 – 36 Samme artikel: Aiken L H, Havens D S, Sloane D M(2000?): The magnet nursing services recognition program- a comparison of two groups of magnet hospitals. *Continuing education (CE) REF MANGLER* Samme artikel: Aiken L H, Havens D S, Sloane D M (2000d): Magnet nursing services recognition programme. *Nursing Standard* vol. 14, number25, March 2000, pp 41-47
8. Aiken L, Clarke, S P, Sloane D M(2000): Hospital restructuring – does it adversely affect care and outcomes? *JONA*, vol. 30, number 10, October 2000, pp 457-465
9. Aiken L; Patrician PA: Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. *Nursing Research* May/June 2000, vol. 49, nr.3
10. Aiken L H, Clarke S P, Sloane D M, Sochalski L A, Busse R, Clarke H, Giovanetti P, Hunt J, Rafferty A M, Shamian J (2001): Nurses report on hospital care in five countries. *Health Affairs* May/June 2001, pp 43 – 53
11. Aiken L: More nurses, better patient outcome: Why isn't it obvious? *Eff. Clin. Pract.* 2001 sep-oct;4(5):223-5
12. Aiken L H, Clarke S P, Sloane D M (2002): Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook* 2002; 50:187-194
13. Aiken I; Clarke SP; Sloane DM; Sochalski J og Silber JH: Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of the American medical association* 2003, 288, 1987 - 1993
14. Aiken L H, Clarke S P, Cheung R B, Sloane D M, Silber J H (2003): Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of American*

- Medical Association(JAMA) September 24, 2003 – vol. 290, number 12, pp 1617 – 1623
15. American Nurses Association (ANA) policy series (1998): Looking for quality patient outcomes the American nurses credentialing center’s magnet program recognizes excellence – Executive summary. Nursing Trends & Issues, vol. 3, number 4, April 1998, pp 1 – 6
 16. American Nurses Association: New Law, JCAHO report recognize success of magnet concept. The American Nurse September /October 2002
 17. American Nurses Credentialing Center (ANCC): The magnet nursing services recognition program. ANCC 2000
 18. American Nurses Credentialing Center. The Magnet recognition Program 2003 – 2004: Health care organization instructions and application process manual. ANCC 2003
 19. Armstrong, Fiona: Magnet hospital: What’s the attraction? Nursing Journal mar 2005, vol. 12, issue 8
 20. Begat I, Ellefsen B, Severinsson E: Nurses satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses experiences of well-being. a Norwegian study. Journal of Nursing Management, 2005, 13, 221 – 230
 21. Buchan J(1999): Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. Journal of advanced nursing 1999, 30(1), pp 100 – 108
 22. Buchan J(2002): Global nursing shortage(editorial). BMJ 2002; 324:751-752
 23. Buchan J; Ball J; Rafferty AM: A lasting attraction? The “Magnet” Accreditation of Rochdale Infirmary. December 2003
<http://www.lshtm.ac.uk/hsru/staff/PDFs/Rochdale.pdf>
 24. Buchan, J(2004): Evaluating the first non-US magnet hospitals – presentation. www.anf.org.au/apnc/Presentations/Buchan3ppt
 25. Buchan James(2004) What difference does (“good”) HRM make? Human resources for health june 2004
 26. Burke RJ: Correlates of nursing staff survivor responses to hospital restructuring and downsizing. Health Care Manag (Frederick).2005 April-June;24 (2):141-9
 27. Bærnholdt M: Amerikanske magnethospitaler. Sygeplejersken nummer 3, 2000, pp 30 – 37
 28. Chin H; Nichol E: Practice development credentialing in the United Kingdom: A unique framework for providing excellence accountability and quality in nursing and healthcare. Online Journal of Issues in Nursing. May 31, 2000
 29. Cullen L, Greiner J, Bombei C, Comried L: Excellence in evidence-based practice: organizational and unit exemplars. Crit Care Nurs Clin North Am. 2005 June; 17(2):127-42
 30. Currie V, Harvey G, West E, McKenna H, Keeney S: Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: Literature review. Journal of advanced nursing 2005 July; 51(1): 73 – 82

31. Curtin L (2003): An integrated analysis of nurse staffing and related variables: Effects on patient outcomes. Online Journal of Issues in Nursing, www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22_5.htm. September 2003, pp 1 – 14
32. Deschuymere, A: Quality Nursing Care: "Magnet hospitals". Hospital, vol. 7, issue 4/2005, sept/okt, p. 28-30
33. Donaldson N, Brown DS, Aydin CE, Bolton ML, Rutledge DN: Leveraging nurse-related dashboard benchmarks to expedite performance improvement and document excellence. Nurs Adm. 2005 Apr;35(4):163-72
34. Encinosa WE, Bernard DM: Hospital Finances and patient safety outcomes. Inquiry. 2005 Spring; 42(1):60-72
35. Hantikainen, Virpi: University Hospital of Berne on the way to become Magnethospital. Presentation, ICN-congress, Taiwan 2005
36. Harup, Per: Farvel til vikarerne - goddag til fleksibel hverdag. Impuls, Odense Universitetshospital juni 2005
37. Havens DS, Johnston MA: Achieving Magnet Hospital Recognition: Chief nurse executives and magnet coordinators tell their Stories. Journal of Nursing Administration vol. 34(12), December 2004, p 579 – 588
38. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, Spence Laschinger HK, North N, Stone PW: Nurse turnover: A literature review. Int. J Nursin Stud. 2005 May 5
39. Jackson M, Chiarello LA, Gaynes RP, Gerberding JL: Nurse staffing and health care associated infections. JONA vol. 32, nr. 6. June 2002
40. Joint Commission of Accreditation in Health Organizations (2002): Health care at the crossroads – strategies for addressing the evolving nursing crisis. www.dsr.dk
41. Joyce, Joanne: Magnet Hospitals: Are they the answer for our profession? University of Wollongong – opinion. www.media.uov.edu.au/opinions/op3.html
42. Kramer M, Schmalenberg C: Essentials of a magnetic work environment. Nursing2004, volume 34, number 6
43. Kramer M, Schmalenberg C: Revising the essentials of magnetism tool: There is more to adequate staffing than numbers. Journal of nursing administration. 35(4):188-198, April 2005
44. Lake, ET: Development of the practice environment scale of the nursing work index. Research in nursing & health 2002, 25, 176-188
45. Lankshear AJ, Sheldon TA, Maynard A: Nurse staffing and healthcare outcomes: A systematic review of the international research evidence. Adv.Nurs sci. 2005 apr-june;28(2):163-174
46. Larsen Kristian: Praktikuddannelse - kendte og miskendte sider. UCSF 2000
47. Lasch AA, Munrpe DJ: Magnet designation: Acommunique to the profession and the public about nursing excellence. NMed Surg Nurs. 2005 Apr; supp: 7-12:quiz 13. Rewiew

48. Laschinger H K S, Almost J, Tuer-Hodes D(2003): Workplace empowerment and magnet hospital characteristics – making the link. JONA, vol. 33, no. 7/8. July/August 2003, pp 410 – 422
49. Launsø L, Rieper O: Forskning om og med mennesker. 2005
50. Lilfort Richard, Mohammed A Mohammed, Spiegelhalter David, Thomson Richard: Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. The Lancet vol. 363, April 2004-
www.thelancet.com
51. Long, KA: RN education. A matter of degrees. Nursing 2004, volume 34, nr.3
52. Manojlovich M: Promoting nurses selv-efficacy: A leadership strategy to improve practice. Journal of nursing administration 35(5):271-278, may 2005
53. McClure ML; Poulin M; Sovie M; Wandelt MA(1983): Magnet Hospitals: Attraction and retention of professional nurses(the original study), I: McClure ML & Hinshaw AS(ed): Magnet hospitals revisited. American Nurses Association 2002
54. McGillis Hall L: Indicators of Nurse Staffing and Quality nursing work environments: A critical synthesis of the litterature. Executive summary November 2004. University of Toronto, Faculty of nursing
55. Monarch, Kammie: Magnet facilities improve patient outcomes, nurse satisfaction. May/june 2001, The American Nurse, www.NursingWorld.org
56. Mondino K: The road to excellence: Magnet designation, the Beacon Award, and primary nursing. Crit Care Nurs Clin North Am. 2005 Jun;17(2):163-7
57. Moore V, Sharkey K(2001): Magnet hospitals – going for the gold in nursing. Nursing 2001, vol. 31, number 11, pp 82 – 83
58. Moth G, Stabel MH, Kudsk AZ, Hansen L, Rask MT, Mainz J; Akkreditering I medicinsk teknologivurderingsperspektiv. Ugeskrift for læger 166/19, 3. maj 2004
59. Müller Staub M(2004): Pflegediagnostik, Pflegeinterventionen und – Ergebnisse. Laufende forshungsprojekt der krankenflegeschule/ Forschungszentrum/ Fachhochscule Fribourg.
60. Needleman J, Bauerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K: Nurse staffing and patient outcomes in hospitals. Final report. Harvard School of Public Health feb. 28, 2001
61. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Steward M, Zelevinsky K (2002): Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. New England Journal of Medicine, vol. 346, no. 22. May 30, 2002, pp 1715 – 1722
62. Needleman J, Bauerhaus P: Nurse staffing and patient safety:current knowledge and implications for action. Int.J Qual Health Care. 2003 Aug; 15(4):275-7. Editorial
63. Nicklin Wendy; Graves Elan: Nursing and Patient outcomes: It's time for healthcare leadership to Respond. Healthcare Management Forum 2005 18(1):9-13, 40-45
64. Potter P, Barr N, McSweeney M, Sledge J: Identifying Nurse Staffing and patient outcome relationships: A guide for change in care delivery. Nursing Economics July-August 2003/vol 21, nr.4

65. Rafferty AM, Ball J, Aiken L: Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Qual. Health Care* 2001;10;32-37
66. Rambur B, McIntosh B, Val Paumbo M, Reinier K: Education as a determinant of career retention and job satisfaction among registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 37(2):185-192, June 2005
67. Romano, M: A strong attraction: as a hospital seek "magnet" Status to retain nurses and improve care, some see the program as little more than a pricey marketing gimmick. *Modern healthcare* 32(50)28-30
68. Sochalski J, Aiken L H(1999): Accounting for variation in hospital outcomes: A cross-national study. *Health affairs*, vol. 18, number 3, pp 256-259
69. Scott J G, Sochalski J, Aiken L (1999a): Review of magnet hospitals research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of nursing administration*, vol. 29(1) Jan. 1999, pp 9-19
70. Stanton M W: Hospital nurse staffing and quality of care. *Research in Action – Agency for Healthcare Research and Quality issue # 14*, march 2004. www.ahrq.gov, pp. 1 – 12
71. Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed(DSPS): Specifikke patientsikkerhedsstandarder – udvalgte procedurer med forandringspotentiale. SST 2005, www.patientsikkerhed.dk
72. Upenieks, Valda: Recruitment and retention strategies: a magnet hospital prevention model. *Nursing economics*; January 01, 2003
73. VA Health Services and development projekt IIR 01-160-1: Nurse Staffing and Patient Outcomes in VA. Spørgeskema vedhæftet. Resultater ej udkommet
74. Vahey C; Aiken L; Sloane D; Clarke S; Vargas D: Nurse burnout and patient Satisfaction. *Medical Care* Volume 42, Number 2 suppl. Feb. 2004, p 57 - 65
75. Vallgård, Signild: Kan man sammenligne kvaliteten af sygehusafdelingernes arbejde? *Ugeskrift for Læger* 25. april 2005, nr. 17, debat
76. Wagner, Cheryl M: Is your staff ready for magnet hospital status? *Nevada RNinformation* feb. 2005
77. White S; Hewes C J: Linda Aiken on the Healthcare Industry and Workplace issues. *Journal for healthcare quality* vol. 25, no. 3. May/June 2003

