



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

Arbetsstillfredsställelse relaterat till vårdkvalitet i en specifik vårdmiljö ur ett sjuksköterskeperspektiv

En kvalitativ studie

Författare

Raili Bolay
Annelie Wahlgren

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp
Uppsatskurs i vårdvetenskap, fortsättningskurs C

Handledare

Marie Kirsebom

Examinator
Marianne Carlsson

Nyckelord

Arbetsstillfredsställelse, arbetets värdegrund, vårdkvalitet, patientsäkerhet, omvårdnadsansvarig sjuksköterska

SAMMANFATTNING

Problem med hög personalomsättning och sjuksköterskebrist har de senaste åren eskalerat både nationellt och internationellt. Enligt tidigare forskning är arbetsstillfredsställelse samt vårdkvalitet kopplat till specifika kännetecken i vårdmiljön. Enligt Coomber & Barriball (2007) finns det ett starkt behov av att analysera arbetsstillfredsställelse hos sjuksköterskor på avdelningsnivå via kvalitativa intervjuer för att få detaljerade insikter i vilka komponenter som är av betydelse.

Föreliggande studie syftar till att undersöka och beskriva upplevelsen av arbetsstillfredsställelse relaterat till vårdkvalitet ur ett sjuksköterskeperspektiv. Denna studie utfördes på en ortopedavdelning med korttidsvård och helhetsansvar för omvårdnad som organisationsmodell.

Nio sjuksköterskor deltog i två fokusgruppsintervjuer. Samtliga hade minst två års erfarenhet av att arbeta med helhetsansvar för omvårdnad. En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats för att få detaljerade insikter i vilka komponenter som hade betydelse för arbetsstillfredsställelsen utfördes. Två teman utkristalliserades. Tema(1): Faktorer i vårdmiljön som påverkar arbetsstillfredsställelse och vårdkvalitet. Detta tema inbegriper stöd respektive hinder från organisationen, samt stöd från aktuell organisationsmodell. Tema (2): Positiv återkoppling från patienterna bidrar till arbetsstillfredsställelse. Detta tema inbegriper hur sjuksköterskorna ser på innebörden i begreppet vårdkvalitet och att ge vård av god kvalitet.

I studien framkom att sjuksköterskornas möjligheter att ge vård av god kvalitet styrs av verksamhetens riktlinjer, vårdmiljöns infrastruktur och hur väl dessa delkomponenter samverkar. Sjuksköterskorna gav uttryck för att de upplevde arbetsstillfredsställelse när de hade inflytande över omvårdnadsprocessen samt även när patienterna gav positiv återkoppling på resultatet av arbetet.

Keywords

Job satisfaction, work values, quality of care, patient safety, primary nursing

ABSTRACT

Problems with high turnover in nursing have escalated during the last years both nationally and internationally. According to previous research job satisfaction and quality of care was connected to specific features of the hospital work environment. It was also recommended by Coomber & Barriball (2007) to analyze job satisfaction at ward level with qualitative interviews to get a deeper and more extended insight in which specific features are of importance.

The aim of this study was to investigate and describe the experience of job satisfaction in relation to quality of care from nurses perspective. This study was carried out at an orthopaedic ward with primary nursing as organizational context of care.

Two focus group interviews were conducted, they comprised nine nurses with at least two years experience of primary nursing. A qualitative content analysis with inductive approach was used in order to develop more detailed insights of potential factors influencing work satisfaction at ward level. Two themes were identified. Theme (1): Factors of importance in the hospital work environment that affect job satisfaction and quality of care. This theme included three subcategories; hindrances and support from the organization, and support from the organizations underlying context of care. Theme (2): Positive feedback from the patients enhances job satisfaction. This theme included how the nurses perceive the concept quality of care and to deliver high quality care.

This study indicated that nurses ability of deliverance of high quality care is regulated by the guidelines of the organization, the organizational context of care and how well different specific features consociate. The nurses expressed that they experienced job satisfaction when they had influence over the process of care delivery and also when the patients gave positive feedback on their job performance.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

ABSTRACT

BAKGRUND

Arbetsstillfredsställelse 1

Vårdkvalitet 2

Helhetsansvar för omvårdnad som organisationsmodell 3

Problemformulering 4

Syfte 4

METOD 4

Design 4

Urval 5

Datainsamling 5

Tillvägagångssätt 5

Bearbetning och analys 6

Etiska överväganden 7

RESULTAT 7

DISKUSSION 14

Resultatdiskussion 14

Metoddiskussion 17

REFERENSER 21

Bilaga 1. Frågeguide 25

Bilaga 2. Informationsbrev 26

Bilaga 3. Ansökan om att genomföra en studie 27

BAKGRUND

Många moderna industrialiserade samhällen har under lång tid erfarit en turbulent arbetskraftsmarknad inom sjuksköterskesektorn med hög personalomsättning samt ständig sjuksköterskebrist både nationellt och internationellt. Ovan nämnda situation väcker frågor om de konsekvenser detta får på organisationens omkostnader, arbetstillfredsställelse hos sjuksköterskor, den vårdkvalitet som ges samt hur dessa faktorer påverkar varandra ömsesidigt (Currie & Hill, 2012). Underliggande orsaker till hög personalomsättning både inom organisationen samt flykt från yrket har undersökts i flertalet studier. Dessa lyfter fram att det är svårt att isolera en eller flera enskilda avgörande orsaker (Aiken et al., 2002; Currie & Hill, 2012; Lu, While & Barriball, 2005; Aiken et al., 2012). Forskning bekräftar att vissa kännetecken hos vårdmiljön (som bättre förhållande mellan vårdtyngd samt antal sjuksköterskor, sjuksköterskornas delaktighet i beslutsprocesser samt goda relationer mellan sjuksköterskor och läkare) kan kopplas till bättre vårdkvalitet samt patienttillfredsställelse. Nämnda faktorer skulle kunna åtgärdas till relativt låga kostnader genom förbättringar i vårdmiljön som ökar patientsäkerhet och vårdkvalitet och därmed ökar patienttillfredsställelsen (Aiken et al., 2012).

Hegney et al.(2006) lyfter fram att det behövs specifika lösningar inom olika sektorer samt specialiteter för att öka arbetstillfredsställelsen inom hälso- och sjukvården. Detta stöds av Coomber och Barriball (2007) vilka undersökt avdelningssjuksköterskors intention att lämna arbetsplatsen eller sluta som sjuksköterskor. Slutsatserna från nämnda studie pekar på ett starkt behov av att analysera arbetstillfredsställelse hos sjuksköterskor på avdelningsnivå via kvalitativa intervjuer för att få detaljerade insikter i vilka komponenter som är av betydelse.

Arbetstillfredsställelse

Arbetstillfredsställelse är ett komplext begrepp där det inte finns en konsensus om en entydig definition men det kan definieras som en individuell attityd till hur väl personliga förväntningar på arbetet överensstämmer med det faktiska utfallet (McKenna, 2000).

Arbetstillfredsställelse handlar om en individs attityd till sitt arbete. Attityden påverkas inte bara av arbetsuppgifter, utan också av sociala interaktioner samt olika organisatoriska aspekter på arbetsplatsen. (Landy & Conte, 2007). Enligt Landy (2004) kan

arbetstillfredsställelse inte förklaras som ett enkelt samband mellan olika aspekter av arbetet som påverkar de anställda på ett visst sätt och på så sätt leder till högre eller lägre arbetstillfredsställelse.

Arbetstillfredsställelse påverkar omvårdnaden eftersom sjuksköterskor vid låg arbetstillfredsställelse ger lågkvalitativ omvårdnad samt skapar en undermålig omvårdnadsmiljö (Norrish & Rundall, 2001). Utöver detta har det även påvisats att sjuksköterskor med låg arbetstillfredsställelse undviker att ta ansvar i arbetet, har hög sjukfrånvaro och söker genvägar beträffande uppfyllandet av sina arbetsuppgifter (Fako, 2000). Effektiva strategier för att öka sjuksköterskors arbetstillfredsställelse kan bara utvecklas om orsakerna till varför sjuksköterskor trivs respektive inte trivs på sin arbetsplats har identifierats (Noone, 2008).

Vårdkvalitet

Inom vårdsektorn definieras vårdkvalitet ”*som den grad till vilken en verksamhet uppfyller ställda krav*” (SOSFS 2005:12). Innebörden i vårdkvalitet beskrivs i tre dimensioner: patientkvalitet (dvs. vad patienten anser sig behöva från vården), professionell kvalitet dvs. hur organisationen möter kraven olika professioner ställer på vården) och organisationskvalitet (dvs. hur organisationen använder resurserna på mest produktiva sätt) (Ovretveit, 1992).

Arbetstillfredsställelse har påverkan på arbetsprestationen, patienttillfredsställelsen och vårdkvaliteten (Seo et al., 2004; Tzeng & Ketefian, 2002). Omvänt gäller även att upplevelsen av att ge god vårdkvalitet predicerar hög arbetstillfredsställelse hos sjuksköterskor (Kvist, Mäntynen & Vehviläinen-Julkyne, 2013). I en studie av Edvardsson et al. (2008) påvisas att där personalen upplever en hög arbetstillfredsställelse trivs också patienterna. Forskning har lyft fram att sjuksköterskor föreslår kvalitetsförbättringar i vården i form av patientnära vård. I denna studie framkom även hinder för att förbättra vårdkvaliteten i form av att patienten betraktas som ett objekt eller ett problem samt sjukhusets organisationskultur (Muntlin, Carlsson & Gunningberg, 2010). Ett annat hinder för att åstadkomma hög vårdkvalitet är hög sjuksköterskeomsättning som inverkar negativt på en organisations möjligheter att möta patienters behov och ge högkvalitativ vård (Johnson & Buelow, 2003).

Sjuksköterskors omvårdnadsinsatser behöver bli mer evidensbaserade och patientnära för att svara mot ökade krav på kunskapsbaserad, trygghet, delaktighet och säkerhet. Med evidensbaserad personcentrerad vård menas att personalen analyserar varje unik situation med ledning av sin kunskap om evidens och i samråd med patienten väljer de åtgärder som med störst sannolikhet gör mest nytta och minst skada (Willman, 2011).

Helhetsansvar för omvårdnad som organisationsmodell

Under de senaste årtiondena har det utvecklats ett antal olika organisationsmodeller inom hälso- och sjukvården, bl. a. primary nursing. Enligt Bjälke och Arman (2006) har primary nursing fokus på en patientnära individanpassad omvårdnad, som möjliggör tillämpningen av omvårdnadsprocessen och kontinuitet i omvårdnad. Sjuksköterskorna har ett personligt ansvar för omvårdnads kvaliteten och utför själv alla omvårdnadsåtgärder. Detta ansvar tillämpas 24 timmar/dygn 7 dagar i veckan, vilket inte innebär att sjuksköterskan måste vara tillgänglig 24 timmar utan att hon har planerings- och samordningsansvaret för ett visst antal patienter.

Den svenska översättningen av primary nursing är OAS (omvårdnadsansvarig sjuksköterska). OAS innebär att sjuksköterskan utför alla omvårdnadsåtgärder utan hjälp av undersköterska (Bjälke & Arman, 2006). Forskning har visat att sjuksköterskor som arbetade med helhetsansvar för omvårdnad var tillfredsställda i arbetet pga. att de hade direkt inflytande på omvårdnadens kvalitet, den patientnära, individanpassade omvårdnadsrelationen samt den personliga utveckling detta ansvar medförde (Laakso & Routasalo, 2001).

Att ha helhetsansvar för omvårdnad är endast en aspekt som behöver ses i relation till övriga, t.ex. organisatoriska/vårdmiljömässiga faktorer för att kunna utvärdera dess betydelse relaterat till sjuksköterskors upplevelse av arbetstillfredsställelse. Omvårdnadens kvalitet påverkas av arbetsbördan samt antalet anställda. I en studie om etisk stress påvisades att sjuksköterskorna upplevde att den låga bemanningen inte räckte till för att uppfylla patienternas omvårdnadsbehov vilket kan leda till etisk stress och arbetstillfredsställelse hos sjuksköterskor (Wadensten, Wenneberg, Silén, Fen Tang & Ahlström, 2008). Etisk stress upplevs när en individ är medveten om vilka etiska principer som spelar in, men där yttre faktorer hindrar individen från att ta ett beslut som skulle reducera den konflikt som uppstår mellan de motstridiga principerna (Corley, 2002).

Problemformulering

Forskning har visat att vissa kännetecken i vårdmiljön (som bättre förhållande mellan vårdtyngd samt antal sjuksköterskor, sjuksköterskornas delaktighet i beslutsprocesser samt goda relationer mellan sjuksköterskor och läkare) kan kopplas till bättre vårdkvalitet (Aiken et al., 2012). Enligt Coomber och Barriball (2007) behövs det mer forskning för att analysera arbetstillfredsställelse på avdelningsnivå. Detta för att kunna underlätta skräddarsydda lösningar anpassade till olika sektorer inom vården som har olika specifika kännetecken i vårdmiljön. På den aktuella ortopedavdelningen med korttidsvård som ska studeras, arbetar sjuksköterskorna med helhetsansvar för omvårdnad, vilket är ett exempel på ett specifikt kännetecken i vårdmiljön. Denna organisationsmodell medför en hög grad av inflytande över hela omvårdnadsprocessen. Det är av intresse att undersöka vad sjuksköterskorna lyfter fram i diskussionen om arbetstillfredsställelse relaterat till den upplevda vårdkvalitet som ges ur sjuksköterskeperspektiv i deras specifika vårdmiljö.

Syfte

Att undersöka och beskriva upplevelsen av arbetstillfredsställelse relaterat till vårdkvalitet ur ett sjuksköterskeperspektiv på en ortopedavdelning med korttidsvård och med helhetsansvar för omvårdnaden som organisationsmodell.

METOD

Design

En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats tillämpades. Två fokusgruppsintervjuer utfördes som datainsamlingsmetod, där öppna frågor ställdes i frågeguiden för att inte föregripa förväntat resultat. Fokus var att studera hur en grupp upplever arbetstillfredsställelse relaterat till vårdkvalitet i en specifik vårdmiljö. En moderator höll i diskussionen med hjälp av en frågeguide och det som sades under fokusgruppsdiskussionen låg sedan till grund för en kvalitativ innehållsanalys (Wibeck, 2000; Graneheim & Lundman, 2009).

Deltagare/ Urval

Deltagarna var sjuksköterskor på en ortopedavdelning med korttidsvård på ett sjukhus i Mellansverige. Inklusionskriterierna var att ha varit yrkesverksam som sjuksköterska i minst fem år samt arbetat på den aktuella ortopedavdelningen med korttidsvård i minst två år. Alla sjuksköterskor på aktuell avdelning tillfrågades. Samtliga sjuksköterskorna tackade ja till att delta i studien men pga. personliga omständigheter kunde två inte delta. Sjuksköterskorna var i åldrarna 39-62 år. Fokusgruppen var baserad på ett naturligt urval dvs. alla på avdelningen tillfrågades och alla uppfyllde kriterierna. Det var en homogen grupp dvs. informanterna hade liknande bakgrund och erfarenheter vilket möjliggör att beskriva denna specifika grupp på djupet om ett ämne som berör dem. Kontexten var det specifika inklusionskriteriet dvs. att den aktuella ortopedavdelningen med korttidsvård hade en specifik vårdmiljö som kännetecknades av att sjuksköterskan arbetade patientnära dvs. med helhetsansvar för omvårdnad vilket är en specifik pedagogisk praxis/organisationsmodell.

Datainsamlingsmetod

Data har samlats in genom två fokusgruppsdiskussioner där fyra deltagare deltog i en fokusgruppsdiskussion samt fem i den andra. Frågeområdena som täcktes av var informanternas tankar, attityder samt upplevelser av arbetstillfredsställelse relaterat till vårdkvalitet på sin arbetsplats samt erfarenheter av arbetstillfredsställelse resp. otillfredsställelse. Frågeguiden innehållande totalt 10 frågor (Bilaga 1) utformades utifrån rekommenderat tillvägagångssätt i Krueger och Casey (2009) samt Wibeck, (2000).

Tillvägagångssätt

Alla sjuksköterskor tillfrågades muntligt av en av uppsatsförfattarna på två arbetsplatsmöten om antal yrkesverksamma år samt hur lång erfarenhet de hade av att arbeta som sjuksköterska på aktuell arbetsplats. De fick även en skriftlig förfrågan om de ville delta. (se Bilaga 2). Efter att ett informerat samtycke inhämtats bokades datum för fokusgruppsintervjuerna så att samtliga tillfrågade hade möjlighet att närvara. En frågeguide sammanställdes med innehåll utifrån studiens syfte samt formellt tillvägagångssätt enligt anvisningar i Krueger och Casey (2009). En pilotstudie för att testa frågeguiden utfördes med fyra sjuksköterskor som inte

ingick i studien. Enhetschefen tillfrågades muntligt och skriftligt om tillstånd för att genomföra fokusgrupper i ett konferensrum på den aktuella vårdavdelningen. Hela fokusgruppsintervjun spelades in med bandspelare samt mobiljudupptagning som backup. Observatören skötte inspelningsutrustning samt förde anteckningar som en back-up ifall tekniska problem skulle uppstå. Moderatören ledde gruppdiskussionen. På en whiteboardtavla skrevs samtliga frågor från frågeguiden upp. Tidsåtgång: 90 min per fokusgrupp avsattes. På slutet av intervjun sammanfattade observatören utifrån sina anteckningar vad som sagts under diskussionen och detta konfirmerades av deltagarna. Observatören och moderatören hade en kort återkoppling direkt efter fokusgruppsdiskussionen angående samspelet samt diskussionen som förts.

Bearbetning och analys

En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats tillämpades (dvs. en förutsättningslös analys av texter som är baserad på människors utsagor om sina upplevelser). Innehållsanalys är ett sätt att bearbeta, att identifiera variationer med avseende på likheter och skillnader i en text. I processen ingår att berättande, kvalitativ information organiseras i enlighet med de kategorier och mönster som uppkommer (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2008).

Analysen genomfördes enligt följande fyra steg:

1. Transkribering/Markering av MBE

Innebar att intervjuerna skrevs ner ordagrant och därefter lästes det transkriberade materialet igenom för att få en överblick över vad den handlar om, samt för att få en övergripande förståelse och en helhetsbild av materialet. Därefter lästes texten igenom mer ingående och meningsbärande enheter (MBE) som svarade mot studiens syfte markerades i texten.

2. Kondensering

Nästa steg i analysprocessen var att lyfta ut meningsenheterna ur texten. Meningsenheter är meningsbärande delar av text, ord, meningar eller stycken som är relaterade till varandra genom innehåll och sammanhang. Meningsenheterna ska dock inte vara så stora att de riskerar rymma flera betydelser, eller för små då de kan medföra att resultatet blir

fragmenterat. Därefter kondenserades meningsenheterna. Kondensering avser en process som gör texten kortare och mer lätthanterlig, samtidigt som det centrala innehållet bevaras.

3. Abstraktion

Därefter abstraherades (dvs. innehållet lyftes till en högre logisk nivå) de kondenserade meningsenheterna och koder skapades. Koderna skapades med hänsyn till meningsenheternas kontext och möjliggjorde nya sätt att reflektera över och se på innehållet.

4. Kategorisering

Därefter skapades kategorier. En kategori utgörs av flera koder som har ett liknande innehåll. Inga data ska falla mellan två kategorier eller passa in i två eller flera kategorier. Inga data ska heller utelämnas på grund av avsaknad av lämplig kategori. Genom att skapa kategorier och underkategorier avspeglas det underliggande innehållet i mer än en kategori och innehållet i flera kategorier sammanbinds. Huvudkategorier bildades för att ge förklaringar till kategorierna som uppstår. Här ställs frågan om kategoriernas egentliga betydelse. Kategorierna ställdes sedan samman i två olika teman (Graneheim & Lundman, 2004). Polit och Beck (2006) definierar ett tema som ”den röda tråden” av mening som återkommer i kategori efter kategori.

Etiska överväganden

Enligt lagen om etikprövning behöver forskning som genomförs inom ramen för utbildning på grundnivå inte granskas av etisk kommitté (SFS 2003:460). Muntligt och skriftligt godkännande gavs av vårdenhetschefen. Sjuksköterskornas deltagande i studien byggde på informerat samtycke. Deltagandet var frivilligt, kunde avbrytas när som helst utan anledning och data har behandlats konfidentiellt.

RESULTAT

Analysen av de två fokusgrupperna genererade två teman som var gemensamma för informanternas upplevelser av arbetstillfredsställelse samt vårdkvalitet.

Dessa var:

1. **Faktorer i vårdmiljön som påverkar arbetstillfredsställelse och vårdkvalitet** samt

2. **Positiv återkoppling från patienterna bidrar till arbetstillfredsställelse.**

Tema 1 berörde flera olika aspekter inom organisationen som spelade stor roll för att känna arbetstillfredsställelse och kunna ge vård av god kvalitet.

Tema 2 berörde hur viktigt det var för sjuksköterskornas arbetstillfredsställelse att få bekräftelse från patienter och anhöriga att de gjorde ett bra jobb samt hur detta bidrog till upplevelsen av att ge vård av god kvalitet.

Dessa teman bildade tillsammans en helhet som gav ökad förståelse för upplevelsen av arbetstillfredsställelse relaterat till vårdkvalitet. Här följer beskrivningen med stödjande citat från informanterna av de teman som framkom ur analysen.

Tabell 1. Exempel på analys.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
<i>Jag tar inte upp andrahandsuppgifter utan det är jag som känner patienten och planerar arbetet utifrån det....</i>	Jag känner patienten, och planerar arbetet utifrån det	Planera, utföra och utvärdera arbetet självständigt	Organisationsmodellens betydelse
<i>Vi har gjort mycket patientenkäter..med otroliga lovord...då får jag det skriftligt till mig att jag gör ett bra jobb och att jag som sjuksköterska utför mina uppgifter som jag..ja det är mitt yrke..jag har valt att göra det här och jag mår bra i det här..och även verbalt får jag som kvitto från patienterna</i>	Patientenkäter med lovord, får skriftligt och verbalt att jag gör ett bra jobb	Uppleva meningsfullhet	Betydelsen av bekräftelse från patienterna för känslan av att ha gjort ett bra jobb

Citat som följer varje kategori är invävt i löpande text för att illustrera innehållet i de olika kategorierna. Varje citat presenteras med kursiv stil samt återges i talspråk.

Tabell 2 Under och huvudkategorier, samt teman.

Underkategorier	Kategorier	Tema 1
Hinder respektive stöd i samband med inflytande över förloppet i vårdkedjan	Organisationens påverkan på sjuksköterskans inflytande över beslutsprocesser inom vissa områden	Faktorer i vårdmiljön som påverkar arbetstillfredsställelse och vårdkvalitet
Hinder respektive stöd i samband med organisationens resursfördelning		
Stöd av organisationsmodellen genom att få tid för patientnära arbete, se helheten och genom att kunna arbeta självständigt med omvårdnadsprocessen	Sjuksköterskans inflytande över hela omvårdnadsprocessen.	
Känsla av meningsfullhet	Betydelsen av bekräftelse från patienterna för att uppleva meningsfullhet	Tema 2
Svårigheter att definiera vårdkvalitet/formulera innebörden i att ge vård av god kvalitet	Upplevelse av att ha kunnat erbjuda vård av god kvalitet ger självrespekt	Positiv återkoppling från patienterna bidrar till arbetstillfredsställelse

Tema 1: **Faktorer i vårdmiljön som påverkar arbetstillfredsställelse och vårdkvalitet** delades in i två kategorier:

Organisationens påverkan på sjuksköterskans inflytande över beslutsprocesser inom vissa områden samt sjuksköterskans inflytande över hela omvårdnadsprocessen.

Dessa kategorier beskrev att organisationen samt organisationsmodellen var de aspekterna i vårdmiljön informanterna lyfte fram som påverkade både arbetstillfredsställelsen och upplevelsen av att ge vård av god kvalitet. Samtliga informanter lyfte fram vikten av inflytande inom båda kategorier.

Ur dessa utkristalliserades 3 underkategorier:

Hinder respektive stöd i samband med inflytande över förloppet i vårdkedjan:

Sjuksköterskorna beskrev att det är svårt att påverka logistiken kring väntetider runt operation samt efterförloppet efter operationen vilket ibland innebar att sjuksköterskorna upplevde en lägre grad av arbetstillfredsställelse. Arbetsplatsmöten veckovis beskrevs som ett viktigt stöd och även möten tillsammans med operationspersonalen var något som uppskattades för att kunna förbättra vårdkedjan kontinuerligt. Det var viktigt för informanterna att patienten upplevde att god vård gavs av hela vårdkedjan. Vårdkedjan omfattade hela förloppet från det att patienten kallades till mottagningsbesök, fick kontakt med vårdkoordinatör, kallades till vårdavdelningen för inläggning inför operation, under hela vårdtiden på avdelningen och eftervården.

Vi har ju liksom helheten o känner oss nöjda när vi vet att patienten går hem och det är ordnat för det... sen har ju inte vi någon längre uppföljning på det...där har ju sjukgymnasten mer återkoppling på ett annat sätt...men vi vill ju liksom känna den tillfredsställelsen att vi vet.. att det är bra när patienten går hem...det vi kan påverka har vi gjort.

Hinder respektive stöd i samband med organisationens resursfördelning:

De beskrev att det påverkade deras arbetstillfredsställelse positivt att arbeta på en mindre enhet där ett gott ledarskap fanns, där de blev sedda och får påverka på ett sätt som gjorde skillnad och blev synligt. Arbetstider togs upp som en positiv aspekt, då man inte arbetade ”röda dagar” och alltid hade en sammanhängande semester på sommaren. Sjuksköterskorna lyfte som hinder att ersättare saknades vid önskad ledighet eller sjukdom och att det medförde en ökad arbetsbörda. Hinder i samband med tillgänglighet, öppettider på helger,

kommunikation med andra yrkeskategorier, samordning med hemtjänst samt anhöriga i vårdförloppet kunde även påverka arbetstillfredsställelsen negativt.

Jo det är ju vi som löser de sociala bitarna där... jag tänker på hemtjänsten, rehab, arbetsterapeuten... sånt där förlitar sig läkarna på att vi gör...

Stöd av organisationsmodellen genom att få tid för patientnära arbete, se helheten och att kunna arbeta självständigt med omvårdnadsprocessen

Att arbeta självständigt med kontroll över planering och utförande samt utvärdering av omvårdnadsåtgärder (både beroende dvs. ordination av läkare samt oberoende åtgärder) upplevdes positivt. Detta upplevdes som stöd från organisationen i att kunna ge vård av god kvalitet samt känna arbetstillfredsställelse.

Inflytande över hela omvårdnadsprocessen samt resultat av omvårdnad handlade om att ha tid för patientnära arbete och se helheten hos patienten. Att hinna med att ge vård av god kvalitet gjorde att de kände arbetstillfredsställelse. Sjuksköterskorna pratade även om att patienterna fick ligga i enkelsalar vilket underlättade kommunikationen med patienten. Sjuksköterskan kunde då koncentrera sig på en patient utan att bli avbruten av någon. Det gav även patienterna en integritet och sekretess vilket i sin tur gav sjuksköterskorna en upplevelse av att ge vård av god kvalitet.

Man behöver inte rapportera över att nu är inte det här och det här gjort utan man har hunnit det som är ålagt på den arbetsturen man gör... och man kan gå hem med en känsla av att nu har jag gjort den här dagen... att det blir klart.

Tidigare erfarenheter från andra arbetsplatser lyftes också, det beskrevs hur otillfredsställda de var med att inte ha tillräckligt med tid för att hinna med patienterna på ett bra sätt. Samtliga sjuksköterskor i fokusgruppsdiskussionerna kom på ett eller annat sätt in på att organisationsmodellen/den pedagogiska praxis som kännetecknade aktuell vårdmiljö hade betydelse för vårdkvaliteten. Jämförelser med tidigare arbetsplatser då man fördelade och delade vissa arbetsuppgifter med undersköterskor togs upp som påfrestande. Den ena gruppen visste inte vad den andra gjorde och en ”vi och dem känsla” infann sig vilket påverkade arbetstillfredsställelsen negativt.

Svårt att gradera en enskild faktor som betyder mer för arbetstillfredsställelsen men jag tror att vårt arbetssätt betyder mycket... vi jobbar med primary nursing med allt vad det innebär...

att vi har ett begränsat antal patienter och att jag har då totalansvaret..jag tar inte upp andrahandsuppgifter utan det är jag som känner patienten och planerar arbetet utifrån det..

Tema 2: Positiv återkoppling från patienterna bidrar till arbetstillfredsställelse
delades in i två kategorier:

Betydelsen av bekräftelse från patienterna för att uppleva meningsfullhet.

Denna kategori beskriver att informanterna ansåg att det var en betydande del av arbetstillfredsställelsen att få positiv återkoppling från patienterna.

Upplevelse av att ha kunnat erbjuda vård av god kvalitet ger självrespekt.

Denna kategori beskrev sjuksköterskornas resonemang kring begreppet vårdkvalitet och att ge vård av god kvalitet. Båda kategorier beskrev att kopplingen mellan arbetstillfredsställelse och att resultat av arbetet blir synligt och kan utvärderas genom olika mått var viktigt för informanterna.

Det här känner vi ju oss inte tillfredsställda med... den här aspekten med väntetid... men det gör ju inte att vi ger sämre vårdkvalitet... det tycker inte jag... det beror på hur man mäter vårdkvalitet.. jag menar en viss frustration hos vissa patienter...visst det är väl inte bra... men jag känner inte att vi levererar sämre vårdkvalitet.....

Ett av måtten på att ha utfört vård av god kvalitet var bekräftelse från patienterna på utfört arbete. Ett annat var att ha uppfyllt verksamhetens mål. Den högsta arbetstillfredsställelsen upplevdes då dessa två sammanföll dvs. upplevelsen av att ge s.k. optimal vårdkvalitet ökade arbetstillfredsställelsen betydligt.

Ur dessa kategorier utkristalliserades två underkategorier:

Känsla av meningsfullhet

Sjuksköterskorna beskrev att det viktigaste för dem var att patienterna var nöjda med vården de hade fått. Det var med stor värme de beskrev hur tacksamma patienterna var och hur professionell de tyckte att vården hade varit samt att de kunde arbeta i linje med sina värderingar och förväntningar vilket gav en stark känsla av meningsfullhet.

Patienttillfredsställelsen får en att känna sig stolt... då växer man som individ... man vet att man gör ett bra jobb...att man är en del i det.. jag tror inte en enda dag...sedan jag började här har jag aldrig tyckt att det var tråkigt att gå till jobbet... det tycker jag säger ganska mycket...

Ja den här tillfredsställelsen upplevs...ja varje dag...patienterna uppskattar....ja det säger de ju också...att de uppskattar...att det är ett trevligt sjukhus...att det är trevlig personal, de blir bra bemötta, jag behöver bara gå tillbaka till det senaste passet, man lägger mycket åt sidan men det är tacksamhet, enorm tacksamhet...sen visar ju patienterna det på olika sätt....en del säger ingenting...men man märker...man vet, vi är olika...en del vill ge stora kramen...det är fantastiskt, det går rakt in i hjärtat, det är en arbetstillfredsställelse som är enorm....

Svårigheter att definiera vårdkvalitet/ formulera innebörden i att ge vård av god kvalitet

Sjuksköterskorna resonerade kring innebörden av begreppet att ge vård av god kvalitet samt provade olika sätt att formulera sig angående både processaspekten samt resultataspekten och pratar i termer av känslan av att ge olika nivåer av vårdkvalitet.

Vårdkvalitet är ju respekt för individen bland annat, omtanke och omsorg om patienterna... de ska inte behöva vänta... gott smärtlindrad...att planeringen flyter redan från början...men om det fallerar...det får ju vi ta...där kan jag känna otillfredsställelse.

Sjuksköterskorna resonerade kring följande tre nivåer av att ge vård av god kvalitet. Låg nivå av att ge vård formulerades som att ”bara göra det allra nödvändigaste”.

Går du för länge på en arbetsplats och vantrivs då ger du till slut inte en god vårdkvalitet då gör man bara det man ska men inte med någon glädje eller med inlevelse utan man gör bara det nödvändigaste.

Medelnivå nämndes inte. Hög nivå på kvaliteten av vården upplevdes som att ha uppfyllt verksamhetens mål t.ex. god hygienrutin vid omläggning, bästa möjliga smärtlindring och lägsta möjliga infektionsfrekvens.

Gott bemötande, professionalitet... att både det medicinska och omvårdnads kvalitén är på en hög nivå, som t.ex. resulterat i väldigt låg frekvens av infektioner postoperativt.

Den högsta nivån som ökade arbetstillfredsställelsen betydligt upplevdes då dessa två sammanföll, dvs. upplevelsen av att uppfylla verksamhetens mål samt utöver detta kunna göra ”det där lilla extra med ett leende” benämndes optimal vårdkvalitet.

Du skulle kanske kunna utföra en grad av vårdkvalitet...en optimal en med lite extra en riktigt proffsig vårdkvalitet med leendet och det där då måste man må bra och då måste man trivas.

Sjuksköterskorna beskrev detta som en pågående process, varken vårdkvalitet eller arbetstillfredsställelse var något de kunde bocka av på sin att göra lista utan var den värderade riktning alla försökte sträva mot. Sjuksköterskor upplevde att det bidrog till att ge vård av hög kvalitet att alla var sjuksköterskor och hade hög kunskapsnivå och därmed befogenheten att göra det mesta som behövdes direkt runt patienten i det patientnära dagliga arbetet på vårdavdelningen. Den rådande kulturen på arbetsplatsen beskrevs som bärande av värdegrunden och att de som kom nya fick anpassa sig. Informanterna beskrev att det även kunde vara så att en negativ kultur på en arbetsplats fortgår pga. att det är informella ledare som varit länge på arbetsplatsen sätter normen och att andra individer följer gruppnormen.

Sjuksköterskorna beskrev att de som är nya anpassar sig till attityden, det etiska klimat som råder på arbetsplatsen. Att individen anpassar sig till gruppen och att detta var tydligt på aktuell arbetsplats. Sjuksköterskorna beskrev att upplevelsen av att vara en grupp som kände gemenskap med varandra stärktes genom att det var låg personalomsättning. De bekräftade att de hade ett gemensamt förhållningssätt och reflekterade över hur detta förhållningssätt uppstått samt vidmakthölls i arbetsgruppen. Sjuksköterskorna beskrev att ett gemensamt synsätt på arbetet i hela vårdkedjan, tydliga mål och samma attityd till arbetet skapade en stark gemenskap och bärande kultur, att ett etiskt klimat som bars upp av cheferna och som stämde med det egna synsättet var viktigt för arbetstillfredsställelsen. Det framkom under fokusgruppsprocessen att det var kulturen som var bärande och att de som kom nya fick anpassa sig och inte att det berodde så mycket på enskilda individer och deras personliga egenskaper.

DISKUSSION

Två teman utkristalliserades: 1: **Faktorer i vårdmiljön som påverkar arbetstillfredsställelse och vårdkvalitet** vilken inbegriper stöd respektive hinder från organisationen samt stöd från aktuell organisationsmodell. 2: **Positiv återkoppling från patienterna bidrar till arbetstillfredsställelse** vilket inbegriper hur sjuksköterskorna ser på innebörden i begreppet vårdkvalitet och att ge vård av god kvalitet.

Resultatdiskussion

Tema 1: **Faktorer i vårdmiljön som påverkar arbetstillfredsställelse och vårdkvalitet**

mynnade ut i vikten av stöd från organisationsmodellen dvs. att arbeta med helhetsansvar för omvårdnaden. Detta bidrog till arbetstillfredsställelse genom att arbetsuppgifterna upplevdes som hanterbara och i linje med förväntningarna på att kunna ge vård av god kvalitet vilket var ett förväntat resultat.

Upplevelsen av att kunna påverka och utvärdera utfallet av den vård som ges samt att få positiv återkoppling från patienterna beskrevs som viktigt för arbetstillfredsställelsen. Stöd för att kunna ge vård av god kvalitet beskrevs som att man är ”bara sjuksköterskor” med 3-7 patienter per sjuksköterska vilket ingår som ett viktigt specifikt kännetecken hos denna vårdmiljö.

Det som sjuksköterskorna beskrev som viktiga ingredienser hos nämnda organisationsmodell var bättre förhållande mellan vårdtyngd, antal sjuksköterskor och sjuksköterskors delaktighet i beslutsprocesser. Dessa sammanfaller med en del av de faktorer som Aiken och medarbetare (2012) sett ökar vårdkvalitet samt patienttillfredsställelse.

Sjuksköterskorna i denna studie beskrev dock att det inte bara var inflytande över beslutsprocesserna som påverkade vården. Även känslan av direkt inflytande över resultatet av arbetet i form av patientnära vård och återkoppling på utfört arbete av patienterna påverkade arbetstillfredsställelsen positivt. Detta stöds i en studie av Judge och Bono (2001) som fann att de individer som upplevde att de hade inflytande och möjligheter att påverka situationer och resultaten av sitt arbete upplevde högre grad av arbetstillfredsställelse.

Tema 2: Positiv återkoppling från patienterna bidrar till arbetstillfredsställelse omfattade hur begreppen arbetstillfredsställelse samt vårdkvalitet knöts ihop i sjuksköterskornas upplevelsevärld. Kopplingen mellan upplevelsen av att arbetet blev synligt och att det kunde utvärderas var viktigt för arbetstillfredsställelsen.

Ett av måtten på att ha utfört vård av god kvalitet var patienternas bekräftelse på utfört arbete. Att informanterna knöt ihop begreppen hade vi förväntat oss men vi hade inte förväntat oss att de delade in upplevelsen i att ge vård av god kvalitet i nivåer som omfattade de dimensioner Ovretveit (1992) skriver om. Sjuksköterskorna problematiserade spontant och vände och vred på begreppet vårdkvalitet och delade in begreppet i olika nivåer.

Ovretveit (1992) nämner följande tre dimensioner i sin definition av vårdkvalitet: patientkvalitet (dvs. vad patienten anser sig behöva av vården) professionell kvalitet (dvs. hur organisationen möter kraven olika professioner ställer på vården) och organisationskvalitet (dvs. hur organisationen använder resurserna på mest produktiva sätt). Under diskussionen framkom att det främst var vad patienten anser sig behöva från vården, som styrde de krav de i sin profession ställde på organisationen och på sig själva.

Den rådande kulturen på avdelningen beskrevs som bärande av värdegrunden och att de som kom nya fick anpassa sig. Sjuksköterskorna beskrev att det även kan vara så att en negativ kultur på en arbetsplats fortgår pga. att det är informella ledare som har varit länge på arbetsplatsen som sätter normen och andra individer följer gruppnormen.

Enligt Coomber och Barriball (2007) finns det behov av att titta på arbetstillfredsställelse på avdelningsnivå via kvalitativa studier för att få detaljerad förståelse och insikter om vilka komponenter som är av betydelse. Vår studie visade att sjuksköterskorna beskrev att organisationsmodellen var en viktig komponent för upplevelsen av arbetstillfredsställelse relaterat till vårdkvalitet på en ortopedavdelning med korttidsvård.

Förslagsvis skulle det kunna vara intressant att undersöka om sjuksköterskor eller andra inom hälso- och sjukvårdssektorn har en miniminivå under vilken det de upplever som vårdkvalitet inte får sjunka utan att arbetstillfredsställelsen blir lidande. Detta skulle kunna ha betydelse för beslut om att avsätta resurser för att vidareutveckla s.k. etiska ronder eller införa kvalitetsronder på alla arbetsplatser inom hälso- och sjukvårdssektorn. Under regelbundet återkommande kvalitetsronder kan det ges tillfälle att resonera kring vilka specifika kännetecken i vårdmiljön som påverkar upplevelsen av att ge vård av god kvalitet.

Det skulle vara av intresse att undersöka en större avdelning med hög personalomsättning och titta närmare på hur arbetstillfredsställelse varierar vid olika typer av vård. På så vis kan man urskilja styrkor och svagheter vid olika typer av vårdmiljö med olika specifika kännetecken. Man skulle kunna studera om relationen mellan arbetstillfredsställelse och vårdkvalitet kanske kan formuleras i termer av att arbetstillfredsställelse i viss bemärkelse är den beroende variabeln (dvs. beroende av positiv återkoppling från patienterna) och att vårdkvalitet i viss bemärkelse är den oberoende variabeln (dvs. inte beroende av positiv återkoppling från patienterna).

Där skulle det kunna ges utrymme att kombinera en kvalitativ metod med att göra en kvantitativ analys med statistisk behandling vilket inte varit syftet för denna studie. Denna bottom-up approach rekommenderas bland forskare som (Aiken et al.2012) och (Hegney et al. 2006) för att hitta specifika lösningar inom olika sektorer för att öka arbetstillfredsställelsen inom hälso- och sjukvården.

Att diskutera upplevelsen av relationen mellan två komplexa begrepp utan entydiga definitioner togs emot positivt av sjuksköterskorna som beskrev att deltagandet i fokusgruppen hade gett dem fördjupad förståelse för begreppen genom att de resonerat kring dem med andra.

En etisk aspekt kan vara att gruppen var liten, totalt nio personer deltog vilket medför att det kan vara lätt att identifiera vem som sagt vad i efterhand och att detta kanske påverkade informanterna så att de uttryckte det som förväntades vara socialt önskvärt. Detta har dock mer med validiteten än med etiken att göra.

Metoddiskussion

Att analysera relationerna mellan två komplexa begrepp, som det inte finns entydiga definitioner av, var en svår utmaning. Framförallt pga. att upplevelserna av begreppen arbetstillfredsställelse och vårdkvalitet beskrevs som tätt sammanflätade i den kliniska vardagen.

För att fördjupa förståelsen för fenomenet ifråga kändes en kvalitativ referensram som den bästa utgångspunkten. Särskilt med tanke på att det inte finns någon vedertagen entydig definition på att ge vård av god kvalitet och att olika professioner förmodligen ser på det ur olika perspektiv. En fokusgruppsdiskussion valde vi för att den öppnar upp nya sätt att se på innebörden i begreppet samt att få reflektera över hur det hänger ihop med den egna arbetstillfredsställelsen med hjälp av andra i samma kliniska vårdmiljö. Diskussion kan även skapa en kreativ plattform för nytänkande och spontana förslag på kvalitetsförbättringar kan komma upp. Vi var intresserade av komponenten helhetsansvar för omvårdnaden och om informanterna skulle lyfte detta spontant när vi diskuterade arbetstillfredsställelse i relation till vårdkvalitet, medvetet ställdes därför ingen fråga angående detta. Om vi hade haft utrymme inom ramen för denna studie hade vi velat inkludera en fokusgruppsdiskussion på

Akademiska sjukhuset på en avdelning med korttidsvård där man inte använder sig av samma organisationsmodell för att kunna fördjupa förståelsen för specifika kännetecken i vårdmiljön relaterat till arbetstillfredsställelse samt vårdkvalitet.

Att kombinera fokusgrupperna med några korta frågor i en enkät angående hur varje enskild sjuksköterska som deltog i fokusgruppen skattar graden av arbetstillfredsställelse på en skala hade också varit intressant för att se om det fanns stora skillnader på individnivå inom denna grupp.

Kvalitativa analyser är inte entydiga och mycket tidskrävande att utföra. Positivt med diskussionsformen var att man inte missade det som uttrycktes runt frågorna som ställdes och som kanske bara kommer upp i en grupp. Sjuksköterskorna som intervjuades hade känt varandra i många år och en del var även vänner privat och detta påpekas av Krueger och Casey (2009) kan var en fördel pga. att öppenheten mellan deltagarna kan bli större. Under fokusgruppsintervjuerna framkom utöver det de förmedlade verbalt även en stark känsla av samhörighet i gruppen som inte hade kunnat fångas med annan metod.

På slutet av intervjun sammanfattade observatören utifrån sina anteckningar vad som sagts under diskussionen och detta konfirmerades av deltagarna. Detta stärkte resultatets validitet. Vi fick bekräftelse på att vi verkligen hade fångat upp vad som sagts under diskussionen samt att detta överensstämde med deltagarnas uppfattning. Observatören och moderatorn hade en kort återkoppling direkt efter fokusgruppsdiskussionen angående samspelet samt diskussionen som förts. Detta fångade upp reflektioner kring grupprocesser och liknande som påverkar resultatet. Nackdelar med fokusgruppsdiskussioner kan vara grupperns tendenser att forma konsensus i åsikter pga. gruppsyck s.k. ”social desirability bias” samt dominans av informella ledare.

Resultatet av studien ska inte färgas eller påverkas av observatörernas förförståelse, förväntningar eller privata intressen (Polit & Beck, 2006). Kvale och Brinkmann (2009) menar att forskarens person, hennes moraliska integritet och praktiska visdom är avgörande för bedömning av kvaliteten hos den framlagda kunskapen. Förförståelse och förväntningar av resultatet diskuterades i ett tidigt skede för att under arbetets gång medvetet försöka åsidosätta den s.k. förförståelsen, de egna förväntningarna och åsikterna. En av uppsatsförfattarna hade en förförståelse om att den specifika organisationsmodell som kännetecknar aktuell avdelning hade betydelse. Förförståelsen hanterades genom att vi först gjorde bearbetning av det transkriberade materialet var för sig, därefter jämfördes resultaten och vi var två personer

genom hela forskningsprocessen som gemensamt reflekterade över varje steg i analysarbetet och diskuterade olika tolkningsmöjligheter och val av kategorier och teman.

Båda författarna har läst båda intervjuerna och genomfört samtliga delar av analysen gemensamt vilket ökar tillförlitligheten. En av uppsatsförfattarna arbetar på aktuell ortopedavdelning vilket minskade tillförlitligheten, men detta hanterade vi genom att den andra av oss var moderator vid fokusgruppsintervjuerna. att vi var två personer genom hela forskningsprocessen som gemensamt reflekterade över varje steg i analysarbetet och diskuterade olika tolkningsmöjligheter och val av kategorier och teman.

Enligt Graneheim och Lundman (2009) handlar trovärdighet också om hur användbart eller överförbart resultatet är. Polit och Beck (2006) lyfter att det inte bara behöver vara detta som avgör överförbarheten utan det kan även vara undersökningsmetoden samt utformningen av studien som avgör överförbarheten till andra avdelningar, vårdmiljöer. Eftersom deltagarna i fokusgruppsintervjun är en liten homogen grupp är resultatet i mycket liten utsträckning överförbart till en annan avdelning. Däremot skulle studien kunna ses som överförbar beträffande studiens utformning och undersökningsmetod.

Avslutande kommentar

Fortlöpande diskussioner på arbetsplatsen angående upplevelsen av arbetstillfredsställelse kopplat till att ge vård av god kvalitet i det kliniska vardagsarbetet upplevdes positivt. Dessa bidrog till ökad medvetenhet om vad som var hinder respektive stöd för möjligheterna att ge vård av god kvalitet. Hur sjuksköterskorna resonerade kring begreppen arbetstillfredsställelse och vårdkvalitet i konkreta beteendetermer och aspekter av vad patienterna kan förvänta sig av vården är sammankopplat med den specifika vårdmiljö denna studie berör. Att trivas på arbetsplatsen omfattade alla ovan nämnda faktorer samt en subjektiv upplevelse av att de förväntningar man hade på arbetet uppfyllts. Sjuksköterskorna beskrev att de upplevde att de hade kunnat erbjuda vård av god kvalitet i överensstämmelse mellan personliga värderingar och vad som var möjligt att uppnå i den aktuella vårdmiljön.

Slutsats:

I denna studie framkom att sjuksköterskornas möjligheter att ge vård av god kvalitet styrs av verksamhetens riktlinjer, vårdmiljöns infrastruktur och hur väl dessa delkomponenter samverkar.

Sjuksköterskorna gav uttryck för att de upplevde arbetstillfredsställelse när de hade inflytande över omvårdnadsprocessen samt även när patienterna gav positiv återkoppling på resultatet av arbetet.

REFERENSER

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. & Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., Mc Kee, M. Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, doi: 10.1136/bmj.e 1714
- Bjälke, S., & Arman, M. (2006). Omvårdnadsansvarig sjuksköterska – en studie vid intensivvårdsavdelningar i Sverige. *Vård i Norden*, 26, 48-51.
- Coomber, B. & Barriball, L.K. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 297-314 doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.02.004
- Corley, C-M. (2002). Nurse Moral Distress: A Proposed Theory and Research Agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650.
- Currie, E. J. & Hill, A.C. (2012). What are the reasons for high turnover in nursing? A discussion of presumed causal factors and remedies. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1180-1189, doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.01.001
- Edvardsson, D. (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Fako, T. (2000). Job satisfaction among nurses in Botswana. *Society in Transition*, 31 (1), 10-21.
- Graneheim, U. H & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24,(2) 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hegney, D., Plank, A. & Parker, V. (2006). Extrinsic and Intrinsic Work Values: Their impact on Job Satisfaction in Nursing. *Journal of Nursing Management*, 14(4), 271-281.

Johnson, J. E. & Buelow, J. R. (2003). Providing staff feedback to nurse managers using internal resources. *Journal of Nursing Administration*, 33(7/8), 391-396.

Judge, T. A. & Bono J. E. (2001). Relationship of Core Self-Evaluations Traits—Self-Esteem, Generalized Self-Efficacy, Locus of Control, and Emotional Stability—With Job Satisfaction and Job Performance: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 1, 80-92. doi: 10.1037//0021-9010.86.1.80

Krueger, R. A. & Casey, M.A. (2009). *Focusgroups: a practical guide for applied research*. (4. [updated] ed.) Thousand Oakes, Calif.: Sages Publications.

Kvist, T., Mäntynen, R. & Vehviläinen-Julkynen, K. (2013). Factors predicting excellent job satisfaction of Finnish nursing staff. *Journal of Nursing Management*.

Kvist, T., Mäntynen, R. & Vehviläinen-Julkynen, K. (2013). Does Finnish hospital staff job satisfaction vary across occupational groups? *British Medical Health Services Research*, 13: 376. doi: 10.1186/1472/6963/13/376

Lakso, S. & Routasalo, P. (2001). Changing to primary nursing in a nursing home in Finland: experiences of residents, their family members and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 475-483.

Landy, F.J. (2004). *Work in the 21st century: an introduction to industrial and organizational psychology*. New York, NY: Mc Graw-Hill.

Landy, F.J. & Conte, J.M. (2nd. 2007). *Work in the 21st century*. Blackwell Publications: Oxford Publications

Lu, H., While, E. A. & Barriball, L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 211-227 doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003

McKenna, E. (2000). *Business Psychology and Organizational Behaviour: A Students Handbook*, Third Ed. Psychology Press, Philadelphia.

- Muntlin, Å., Carlsson, M., & Gunningberg, G. (2010). Barriers to change hindering quality improvement: The reality of emergency care. *Journal of Emergency Nursing*, 36(4) 317-23. doi.10.1016/j.jen.2009.09.003
- Noone, J. (2008). The diversity imperative: strategies to address a diverse nursing workforce. *Nursing Forum*, 43 (3), 133-143.
- Norrish, B. R. & Rundall, T. G. (2001). Hospital restructuring and the work of registered nurses. *The Milbank Quarterly*, 79, 55-79.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2. Uppl.) Stockholm: Liber
- Ovretveit, J. (1992). *Health Service Quality: An introduction to quality methods for health services*. University Press, Cambridge.
- Polit, D. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th edn.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Seo, Y., Ko, J., Price, J.L. (2004). The determinants of job satisfaction among hospital nurses: a model estimation in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 437-446..
- SOSFS (2005:12) *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS (2003:460) *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Tzeng, H. M. & Ketefian, S. (2002). The relationship between nurses job satisfaction and inpatient satisfaction: An exploratory study in a Taiwan teaching hospital. *Journal of Nursing Care Quality*, 16 (2), 39-49.
- Wadensten, B., Wenneberg, S., Silén, M., Fen Tang, P. & Ahlström, G. (2008) A cross-cultural comparison of nurse's ethical concerns. *Nursing Ethics*, 15, 745-760.
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Inledning

Hej allihop och tack för att ni vill ta er tid att delta i den här diskussionen om arbetstillfredsställelse relaterat till vårdkvalitet. Mitt namn är Raili Bolay och jag kommer att hålla i den här diskussionen som förhoppningsvis blir givande för alla. Vi vill inte missa något som sägs så Annelie Wahlgren kommer att spela in samt anteckna det som sägs. Inga namn på vem som säger vad kommer att delges i resultatet. Vi har placerat skyltar med siffror framför er för att vi ska kunna hålla isär vem som säger vad under själva samtalet. Om ni har mobiler var goda och stäng av dessa. Vi vill föra den här diskussionen med er för att se hur arbetstillfredsställelse hänger ihop med upplevelsen av att kunna ge god vårdkvalitet. Därför behöver vi veta så mycket som möjligt om när, hur och varför ni upplever arbetstillfredsställelse. Det finns inga rätt eller fel svar. Vi förväntar oss att ni kommer att ha olika åsikter.

Öppningsfråga

Berätta vad ni heter och hur länge ni har arbetat här?

Introduktionsfråga

Varför sökte ni er till den här arbetsplatsen?

Kan ni berätta lite om innebörden i begreppet arbetstillfredsställelse för er personligen?

Övergångsfråga

Kan ni berätta om när ni kände arbetstillfredsställelse på den här arbetsplatsen senast?

Vad är ni nöjda med respektive mindre nöjda med efter en arbetsdag?

Nyckelfrågor

Vad bidrar till att ni kan känna arbetstillfredsställelse här på vårdavdelningen?

Vilken enskild faktor vill ni lyfta fram som den viktigaste bidragande orsaken till arbetstillfredsställelse på den här avdelningen?

På vilket sätt är arbetstillfredsställelse relaterat till att kunna ge god vårdkvalitet hos er?

Avslutande frågor

Vi behöver er hjälp för att förbättra arbetstillfredsställelsen hos sjuksköterskor som arbetar på vårdavdelningar.

Om ni hade chansen att bidra till att öka arbetstillfredsställelsen hos sjuksköterskorna på andra vårdavdelningar vad skulle ni lyfta fram då?

Är det någon som vill tillägga något?

Bilaga 2



Institutionen för folkhälso - och vårdvetenskap

Informationsbrev inför fokusgruppsintervju.

Vi är två studenter som nu läser kursen Vårdvetenskap C och ska skriva en C-uppsats om sjuksköterskors arbetstillfredsställelse.

Du tillfrågas om deltagande i en gruppintervju, en s.k. fokusgrupp, där ca 5 andra sjuksköterskor som arbetar på samma avdelning som du kommer att delta. Tidsåtgången för intervjun beräknas till maximalt 90 minuter. Det som sägs under intervjuerna spelas in och används endast till denna C-uppsats. Dina svar och resultatet kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Medverkan i studien är frivillig. I gruppintervjun kommer vi att diskutera ämnet arbetstillfredsställelse relaterat till vårdkvalitet ur ett sjuksköterskeperspektiv.

Välkomna att höra av er vid eventuella funderingar eller frågor till nedanstående:

Annelie Wahlgren/sjuksköterska inom ortopedi.

Mobil telefon: 070 9384064

E-post: annelie.wahlgren@hotmail.se

Raili Bolay/specialistsjuksköterska inom psykiatri.

Arbetsmobil: 070-611 24 59

E-post: raili.bolay@akademiska.se

Handledare: Marie Kirsebom

E-post: marie.kirsebom@pubcare.uu.se

BILAGA 6. ANSÖKAN OM ATT GENOMFÖRA EN STUDIE (EJ PV)



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Vårdvetenskap

ANSÖKAN OM TILLSTÅND FÖR ATT GENOMFÖRA EN STUDIE INOM RAMEN
FÖR EXAMENSARBETE

Preliminär titel: *Arbetsstillfredsställelse relaterat till vårdkvalitet ur sjuksköterskans perspektiv*

Studiens design: se bifogad projektplan Tidpunkt för datainsamling:

Namn: *Annelie Wahlgren, Zaili Bolay*

Program / Kurs: *Vårdvetenskap, C* Termin: *2*

Gatuadress:

Postnummer: Ort: Telefon: *070-6112459*

Handledare: *Marie Kirsebom* *mariekirsebom@pubcare.uu.se*

Gatuadress:

Postnummer: Ort: Telefon:

Tillstånd för att genomföra ovanstående studie lämnas härmed och studien bedöms utgöra en del av det kvalitetsutvecklingsarbete som bedrivs inom kliniken och anses därför ej behöva granskas av Medicinska fakultetens forskningsetikkommitté

Tillstånd för att genomföra ovanstående studie lämnas härmed men studien bör granskas av Medicinska fakultetens forskningsetikkommitté

Tillstånd för att genomföra ovanstående studie lämnas ej

Datum: *140114* Ort: *Uppsala*

Namnteckning ansvarig klinikchef/överläkare/vårdcentralschef/verksamhetschef: *Karin Larsson*

Namnförtydligande: **Karin Larsson**
Enhetschef

Klinik (motsv.):

26 Elisabethsjukhuset
Box 209
750 02 Uppsala
018-18 88 00

