

Brynja Ingadóttir, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og skurðlækningasviði Landspítala
Hrund Sch. Thorsteinsson, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og menntadeild Landspítala
Herdís Sveinsdóttir, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og skurðlækningasviði Landspítala
Katrín Blöndal, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og skurðlækningasviði Landspítala

Mat hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði Landspítala á eigin hæfni — Lýsandi þversniðsrannsókn

Útdráttur

Tilgangur. Heilbrigðisstarfsmenn, sem búa yfir tilskilinni hæfni, eru ein af undirstöðum farsællar starfsemi háskólasjúkrahúss enda tengist hæfni öryggi og afdrifum sjúklinga. Markmið rannsóknarinnar var að kanna hvernig hjúkrunarfræðingar á skurðlækningasviði Landspítala meta hæfni sína.

Aðferð. Rannsóknin er þversniðsrannsókn og gögnum var safnað árið 2016 með spurningalista. Hjúkrunarfræðingar á sviðinu voru beðnir að meta hæfni sína með Nurse Competence Scale (NCS) sem inniheldur 73 atriði og skiptist í 7 hæfnipætti (umönnun, kennslu- og leiðbeinendahlutverk, greiningarhlutverk, stjórnun á aðstæðum, hjúkrunarihlutanir, trygging gæða og starfshlutverk). Spurt var um hæfni á kvarðanum 0 (mjög lítil hæfni) til 10 (mjög mikil hæfni) fyrir hvert atriði og hversu oft það væri framkvæmt (1=mjög sjaldan, 2=öðru hverju, 3=mjög oft, 0=á ekki við). Gögn voru greind með lýsandi tölfræði og ályktunartölfræði.

Niðurstöður. Þátttakendur (N=66) mátu hæfni sína að meðaltali 7,2 (sf 1,1), mesta í umönnunarhlutverki en minnsta í að tryggja gæði. Hjúkrunarfræðingar með framhaldsnám/viðbótarmenntun mátu heildarhæfni sína marktækt meiri en aðrir í umönnunarhlutverki, starfshlutverki, kennslu- og leiðbeinendahlutverki og við hjúkrunarihlutanir. Starfsaldur við hjúkrun hafði ekki áhrif á heildarhæfni en aðhvarfsgreining sýndi að starfsaldur á deild og viðbótarnám skýrðu 14% af breytileika í hæfni. Í 22 atriðum af 73 mat yfir helmingur hjúkrunarfræðinga hæfni sína undir miðgildi allra þátttakenda og fólu þau atriði í sér meðal annars fræðslu til skýlstaðinga og samstarfsfólks, nýtingu hjúkrunarrannsókna og virka þátttöku í þróun hjúkrunar.

Ályktanir. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að framhaldsnám/viðbótarnám ásamt starfsaldri á deild hafi áhrif á hæfni

hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingum sé gert kleift að mennta sig frekar. Auka þarf framboð á sérhæfðri þjálfun og fræðslu þar sem niðurstöður varðandi starfsaldur benda til að sérhæfing í hjúkrun hafi aukist. Kanna þarf betur hvort hjúkrunarfræðingar fá nægilega krefjandi tækifæri í starfi og hvort stofnunin nýtir starfskrafta hjúkrunarfræðinga með viðbótarmenntun eins og best verður á kosið.

Lykilorð: Aðgerðasjúklingar, hæfni, hjúkrunarfræðingar, starfsþróun, símenntun, skurðaðgerð.

Inngangur

Á undanförunum árum hefur hæfni hjúkrunarfræðinga og fagleg þróun þeirra í starfi hlotið mikla athygli (Takase, 2013). Hæfni í starfi er nauðsynleg til að tryggja gæði þjónustunnar og örugga og siðlega umönnun (Flinkman o.fl., 2017) og hefur auk þess áhrif á hvort sjúklingar verða fyrir óæskilegum atvikum (West o.fl., 2009). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur bent á mikilvægi þessa málaflokks og lýst hvernig hjúkrunarmenntun geti best uppfyllt kröfur um hæfni og gæði hjúkrunar (World Health Organisation, 2009), en rannsóknir hafa gefið til kynna að aukin menntun hjúkrunarfræðinga hafi áhrif á afdrif sjúklinga (Cho o.fl., 2015). Alþjóðaráð hjúkrunarfræðinga hefur einnig bent á nauðsyn þess að hæfni hjúkrunarfræðinga sé ávallt tryggð almenningi til verndar og höfðað sé til ábyrgðar vinnuveitenda um reglulegt mat á hæfni hjúkrunarfræðinga sem hjá þeim starfa (International Council of Nurses, 2006). Sem aðalsjúkrahús landsins veitir Landspítali

Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?

Nýjungar: Mat hjúkrunarfræðinga á eigin hæfni tengdist frekar starfsreynslu þeirra á deild en starfsreynslu í hjúkrun, því er mikilvægt að hlúa að starfsþróun og halda í starfsfólk innan sérgreina.

Hagnýting: Rannsóknina má nýta við gerð hæfniviðmiða innan hjúkrunar aðgerðasjúklinga enda gefur hún vísbendingar um á hvaða sviðum er brýnast að forgangsraða fræðsluframboði og símenntun í þeim tilgangi að efla hæfni hjúkrunarfræðinga.

Þekking: Rannsóknin bætir við alþjóðlegan þekkingargrunn um hæfni hjúkrunarfræðinga sem sinna hjúkrun aðgerðasjúklinga.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Kanna þarf frekar hvernig stjórnendur nýta starfskrafta hjúkrunarfræðinga sem aflað hafa sér viðbótarmenntunar að loknu grunnnámi í hjúkrunarfræði.

bæði sérhæfða og almenna sjúkráðgjöfnustu. Spítalinn er vettvangur sérmenntunar heilbrigðisgreina og rannsókna í heilbrigðisvísindum og árlega stunda liðlega 1600 nemendur þar starfsnám. Stefna spítalans er að markvisst sé unnið að nýsköpun og þróun nýrrar þekkingar (Landspítali, e.d.). Ljóst er að störf á Landspítala krefjast þess að hjúkrunarfræðingar til- einki sér sífellt nýja þekkingu og vinnubrögð og auki þannig hæfni sína.

Hæfni er flókið fyrirbæri og fræðimenn hafa ekki komið sér saman um ákveðna skilgreiningu á því (Cowan o.fl., 2007). Í þessari rannsókn er stuðst við skilgreiningu Meretoja og félaga (2004a) sem skilgreina hæfni sem getu hjúkrunarfræð- inga til að samþætta þekkingu og færni eigin viðhorfum og gildum og beita henni á fullnægjandi hátt við þær aðstæður sem þeir starfa við hverju sinni. Störf í heilbrigðisþjónustu krefjast þess að hjúkrunarfræðingar þrói stöðugt hæfni sína til að svara þeim kröfum sem gerðar eru. Það er hvorki hægt að ganga að því gefnu að hjúkrunarfræðingar viðhaldi hæfni sem þeir hafa að loknu námi né að hæfni þeirra þróist með þeim hætti sem aðstæður krefjast (Takase, 2013). Því skyldi hæfni- mat vera þungamiðja í gæðauúttektum og í mannauðsstjórnun (Meretoja o.fl., 2004a).

Kröfur um hæfni hjúkrunarfræðinga má finna í lögum um réttindi sjúklinga (Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997) og siðareglum íslenskra hjúkrunarfræðinga (Félag íslenskra hjúkr- unarfræðinga, 2015). Þá segir í lögum um heilbrigðisstarfs- menn (13. grein í kafla III) að þeim beri að þekkja skyldur sínar og siðareglur, viðhalda þekkingu sinni og faglegri færni, tileinka sér nýjungar er varða starfið og kynna sér gildandi lög og reglugerðir sem gilda um heilbrigðisstarfsmenn og heil-

brigðisþjónustu (Lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012). Í stefnu Landspítala er lögð megináhersla á öryggi, þjónustu, mannauð og stöðugar umbætur, og ábyrgð allra starfsmanna stofnunarinnar að framfylgja þeim (Landspítali, e.d.). Mat hjúkrunarfræðinga á eigin hæfni er ein leið til þess að kanna hvernig ofangreindar kröfur eru uppfylltar.

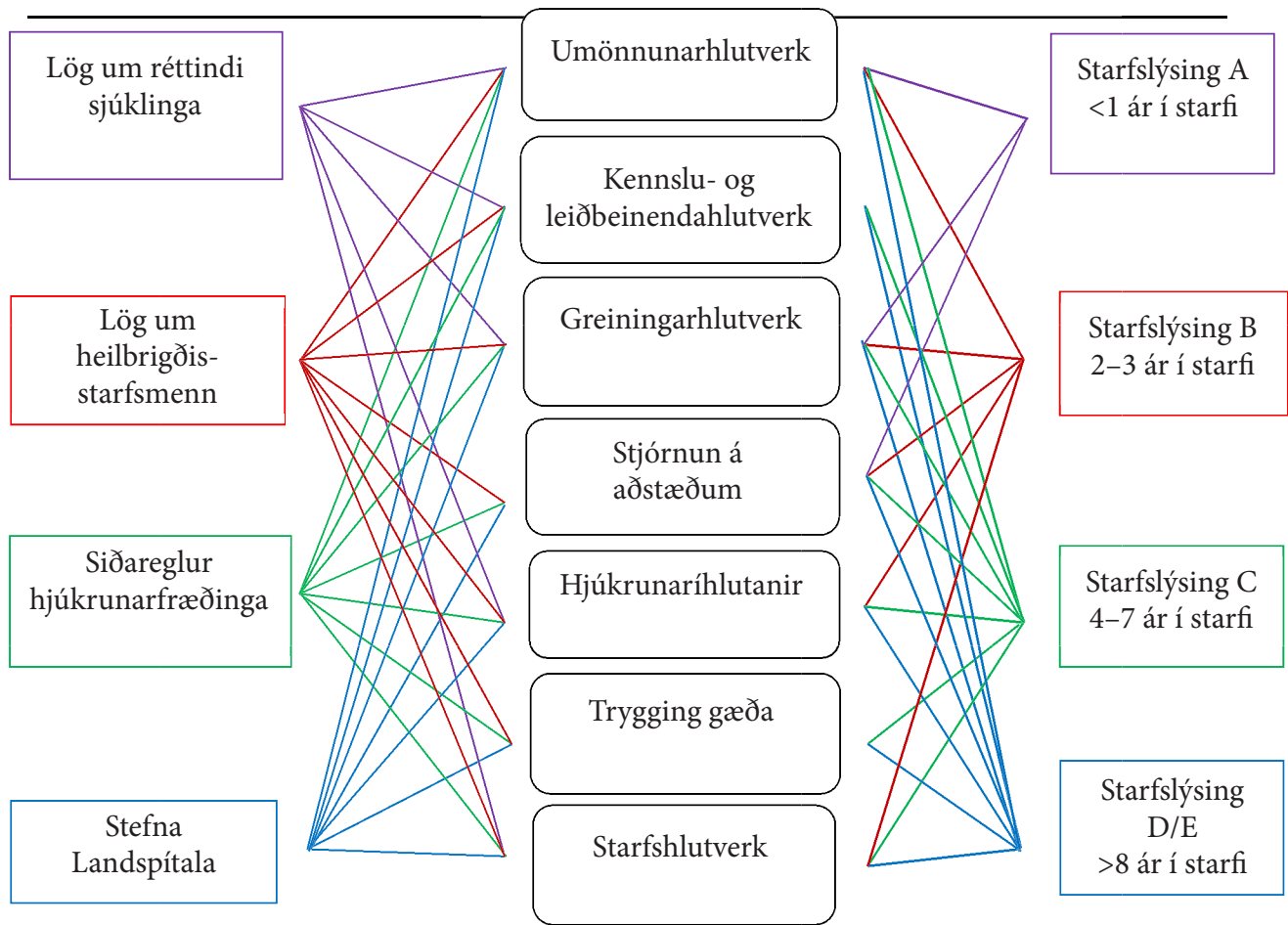
Hæfni hjúkrunarfræðinga hefur verið metin með ýmsum hætti. Nurse Competence Scale (NCS) (Meretoja o.fl., 2004b) er það mælitæki sem einna oftast hefur verið notað í rann- sóknum á hæfni þeirra (Flinkman o.fl., 2017) og er það notað í þessari rannsókn. Við notkun mælitækisins meta hjúkrun- arfræðingarnir sjálfir eigin hæfni. Sjálfsmat er almennt talin heppileg leið til að meta hæfni (Edwards o.fl., 2011) en vís- bendingar eru um að hjúkrunardeildarstjórar meti hæfni hjúkr- unarfræðinga meiri en þeir gera sjálfir (Meretoja og Leino- Kilpi, 2003). Niðurstöður nýlegrar kerfisbundinnar saman- tektar sýna að hjúkrunarfræðingar meta hæfni sína yfirleitt frekar eða mjög góða og oftast eykst hæfnin með hækkandi lífaldri, starfsreynslu, þátttöku í starfsþróun og herra mennt- unarstigi (Flinkman o.fl., 2017). NCS-mælitækið byggist á hugmyndaramma Benner (1981) um þróun hjúkrunarfræð- ings frá því að vera nýgræðingur yfir í sérfræðing og skiptist í sjö hæfnipætti: umönnunarhlutverk, kennslu- og leiðbein- endahlutverk, greiningarhlutverk, stjórnun á aðstæðum, hjúkr- unaríhlutanir, tryggingu gæða og starfshlutverk (Meretoja o.fl., 2004b). Mismörg atriði eru í hverjum þætti mælitækisins (sjá töflu 1).

Af ofangreindu má sjá að margháttaðar kröfur eru gerðar til hæfni, ábyrgðar og hlutverka hjúkrunarfræðinga á ýmsum sviðum og úr mörgum áttum en þær eru þó að mestu sam-

Tafla 1. Mat hjúkrunarfræðinga á hæfni sinni og hversu algengir þeir hæfnipættir eru í starfi þeirra

Hæfnipættir	Lýsing	A-hluti ^a M (sf)*	B-hluti ^b M (sf)*
Umönnunarhlutverk (7 atriði)	Aðstoða sjúklinga við að takast á við aðstæður með einstaklingsmiðaðri hjúkrun byggðri á siðfræðilegum gildum.	7,9 (0,9)	2,7 (0,3)
Greiningarhlutverk (7 atriði)	Koma auga á og greina ástand sjúklinga í tíma.	7,4 (1,4)	2,4 (0,4)
Hjúkrunaríhlutanir (10 atriði)	Taka ákvarðanir og skipuleggja umönnun sjúklinga samkvæmt klínísku ástandi þeirra. Ráðfæra sig við samstarfsfólk.	7,3 (1,4)	2,4 (0,3)
Starfshlutverk (19 atriði)	Koma fram við samstarfsfólk sitt af virðingu. Vera ábyrgur og sjálfstæður í störfum. Bera ábyrgð á eigin faglegri starfsþróun.	7,2 (1,3)	2,4 (0,3)
Stjórnun á aðstæðum (8 atriði)	Koma auga á breytilegt ástand og forgangsraða starfinu á viðeigandi og sveigjanlegan hátt. Stuðla að samfelli í hjúkrun sjúklinga.	7,2 (1,4)	2,3 (0,4)
Kennslu- og leiðbeinendahlutverk (16 atriði)	Koma auga á fræðsluþarfir sjúklinga og fjölskyldna þeirra með það að markmiði að stuðla að sjálfsúönnun. Leiðbeina samstarfsfólki.	7,1 (1,3)	2,3 (0,3)
Trygging gæða (6 atriði)	Meta árangur. Stuðla að frekari úrbótum við umönnun.	6,7 (1,6)	2,2 (0,5)
Heildarhæfni		7,2 (1,1)	2,4 (0,3)

* M=Meðaltal; sf= staðalfrávik. ^aMat á hæfni (valmöguleikar frá 0= mjög lítil hæfni til 10=mjög mikil hæfni). ^bAlgengi hæfnipátta í starfi (valmöguleikar frá 1=mjög sjaldan til 3=mjög oft).



Mynd 1. Helstu hlutverk hjúkrunarfræðinga samkvæmt lögum um réttindi sjúklinga, lögum um heilbrigðisstarfsmenn, siðareglum hjúkrunarfræðinga og stefnu Landspítala borin saman við hæfnipætti Meretoja og félaga (2004b) (sjá nánar í töflu 1) og starfslýsingar hjúkrunarfræðinga (A-E) á Landspítala

hljóma. Mynd 1 sýnir tengsl hlutverka hjúkrunarfræðinga samkvæmt siðareglum íslenskra hjúkrunarfræðinga, lögum um réttindi sjúklinga, lögum um heilbrigðisstarfsmenn og stefnu Landspítala og mismunandi starfslýsingum (A-E) í starfsþróunarkerfi spítalans við hvern hæfnipátt NCS-mælitækisins (Meretoja o.fl., 2004b). Þar má sjá að með lengri starfsaldri tengjast hjúkrunarfræðingar fleiri hæfnipáttum. Starfslýsingar C og D/E hafa einhver tengsl við alla hæfnipættina.

Að loknu námi eiga hjúkrunarfræðingar að hafa menntun sem tryggir grunnhæfni þeirra. Á Landspítala er ekki gert kerfisbundið mat á hæfni þeirra heldur eru það einkum starfslýsingar sem byggjast á hugmyndafræði Benner (1981) sem eiga að gefa vísbendingar um stigvaxandi hæfni hjúkrunarfræðinga í starfi. Fram til þessa hefur þekking á hæfni íslenskra hjúkrunarfræðinga verið takmörkuð hvort heldur sem um er að ræða sjálfsmat eða mat annarra á hæfni þeirra. Einungis nýlega hafa komið fram slíkar rannsóknir og er þar um að ræða mat hjúkrunarfræðinga sem starfa við bráðamótöku sjúklinga á eigin hæfni (Dóra Björnsdóttir, 2015; Íris Kristjánsdóttir og Herdís Sveinsdóttir, 2018). Takmörkuð þekking er á hæfni hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði Landspítala og hvað nákvæmlega felst í starfi þeirra. Niður-

stöður rannsóknar á inntaki starfa hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði Landspítala benda þó til að starfið sé krefjandi og að þungamiðja þess séu samskipti við sjúklinga, aðstandendur og samstarfsfólk, beiting tæknilegrar færni og greining og fyrirbygging hugsanlegra fylgikvilla (Katrín Blöndal o.fl., 2010).

Aðeins þrjár rannsóknir fundust sem lúta að sjálfsmetinni hæfni hjúkrunarfræðinga sem starfa við hjúkrun aðgerðasjúklinga. Rannsókn sem fram fór á sjö sjúkrahúsum í Litháen og laut að hæfni hjúkrunarfræðinga sem önnuðust sjúklinga eftir kviðarholsaðgerð gaf til kynna að hjúkrunarfræðingarnir mátu hæfni sína almennt mikla (Istomina o.fl., 2011). Mesta mátu þeir eigin hæfni í þáttunum stjórnun aðstæðna og starfshlutverk en minnsta í kennslu- og leiðbeinendahlutverki og tryggingu gæða. Tengsl voru á milli sjálfsmetinnar hæfni og ýmissa bakgrunnsbreyta, svo sem menntunar, reynslu, starfsþróunar, sjálfstæðis í starfi og þróunar gæða í hjúkrun. Niðurstöður rannsóknar á sjálfsmetinni hæfni finnskra hjúkrunarfræðinga, sem störfuðu á skurðstofu, dagdeild og göngudeild aðgerðasjúklinga, leiddi í ljós marktæk tengsl á milli hæfni og aldurs, starfsreynslu og þess að vera með fastráðningu (Hamström o.fl., 2012). Rannsókn á sjálfsmetinni hæfni 513 finnskra hjúkrunarfræðinga á ýmsum deildum, svo sem legudeildum

skurð- og lyflækningadeilda, skurðstofu og bráðamóttöku, sýndi að hjúkrunarfræðingar mátu hæfni sína ólíkt eftir því hvar þeir unnu. Til að mynda mátu þeir sem unnu á legudeildum hæfni sína meiri á sviði umönnunar og tryggingar gæða en þeir sem unnu á skurðstofu (Meretoja o.fl., 2004a). Í öllum ofangreindum rannsóknum var NCS-mælitækið notað.

Í siðareglum hjúkrunarfræðinga kemur skýrt fram að hjúkrunarfræðingum beri að viðhalda hæfni sinni meðan á starfsferli þeirra stendur og taka ekki að sér verkefni sem þeir hafi ekki þekkingu eða þjálfun til að sinna (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, 2015). Vinnuveitandi er að jafnaði álitinn ábyrgur fyrir því að skapa umgjörð og tækifæri til faglegrar þróunar í starfi enda kemur fram á heimasíðu Landspítala að starfsþróun starfsfólks taki mið af þörfum sjúklingahópa og fléttist inn í allt starf á sjúkrahúsinu og framtíðarverkefni þess (Landspítali, e.d.). Í stefnu og starfsáætlun Landspítala (Landspítali, e.d.) kemur fram að áhersla er lögð á öryggisviðhorf og stöðugar umbætur. Í ljósi þess og m.t.t. öryggis sjúklinga og starfsmanna er nauðsynlegt að vinnuveitanda sé ljóst hvort hæfni hjúkrunarfræðinga sem hjá þeim starfa sé næg til að sinna þeim verkefnum sem þeim er ætlað. Því er mikilvægt að skoða hvernig hjúkrunarfræðingar skurðlækningasviðs meta hæfni sína og hvar umbóta er þörf. Að auki má ætla að séu hjúkrunarfræðingar aftur og aftur settir í stöðu sem þeir hafa ekki næga hæfni til að takast á við, geti það ekki aðeins valdið streitu og óánægju í starfi heldur einnig ógnað öryggi þeirra sjálfra og skjólstæðinga þeirra.

Ekki liggja fyrir rannsóknir á hæfni hjúkrunarfræðinga sem sinna aðgerðasjúklingum á Íslandi og hvernig þeir sjálfir meta hæfni sína. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna hvernig hjúkrunarfræðingar á skurðlækningasviði Landspítala meta hæfni sína. Tilgangur rannsóknarinnar var að greina hvort og þá hvaða þætti í hæfni hjúkrunarfræðinga þyrfti að styrkja til að fullnægja þeim kröfum sem til þeirra eru gerðar. Eigið mat hjúkrunarfræðinga á hæfni sinni getur veitt mikilvægar upplýsingar til að nota við endurskipulagningu starfsþróunar. Þannig má bæta gæði þjónustunnar og auka öryggi og ánægju sjúklinga og starfsfólks. Eftirfarandi rannsóknarspurningar voru settar fram:

1. Hvernig meta hjúkrunarfræðingar á skurðlækningasviði Landspítala hæfni sína?
2. Hver eru tengsl mats hjúkrunarfræðinga á hverjum hæfnipætti fyrir sig við tíðni þess að þeir framkvæmi atriðin í hæfnipættinum?
3. Hvaða tengsl eru á milli mats hjúkrunarfræðinga á hæfni sinni og bakgrunnsbreyta, svo sem starfsaldurs, starfslýsingar, starfa á dagdeild eða legudeild og hvort þeir hafi farið í framhaldsnám að loknu prófi í hjúkrunarfræði?

Aðferð

Rannsóknarsnið

Um var að ræða lýsandi þversniðsrannsókn. Gögnum var safnað í febrúar árið 2016.

Úrtak og gagnasöfnun

Í úrtaki voru allir hjúkrunarfræðingar á skurðlækningasviði Landspítala sem voru í starfi á legu-, dag- eða göngudeildum þegar gagnasöfnun fór fram ($n = 155$). Útilokaðir voru deildarstjórar, sérfræðingar í hjúkrun og hjúkrunarfræðingar í fæðingarorlofi eða veikindaleyfi. Starfsmaður rannsóknarinnar dreifði spurningalistum, merktum hjúkrunarfræðingunum, á deildir, ásamt svarumslagi sem setja mátti í innanhússpóst Landspítala. Áminningarpóstur var sendur með tölvupósti og starfsmaður rannsóknarinnar gekk reglulega á allar deildir og minnti á rannsóknina í 2 vikur eftir útsendingu spurningalistanna.

Matstæki

Notað var matstækið Hæfni hjúkrunarfræðinga (IS-NCS) sem er íslensk útgáfa Nurse Competence Scale (Meretoja o.fl., 2004b). Um 73 atriða spurningalista er að ræða sem skiptist í 7 hæfnipætti: umönnunarhlutverk (7 atriði), kennslu- og leiðbeinendahlutverk (16 atriði), greiningarhlutverk (7 atriði), stjórnun á aðstæðum (8 atriði), hjúkrunarlutanir (10 atriði), trygging gæða (6 atriði) og starfshlutverk (19 atriði). Hver spurning er tvíþætt. Í fyrri hluta spurningarinnar (A-hluta) meta hjúkrunarfræðingar eigin hæfni á 10 cm löngum sjónmatskvarða sem merktur er á sitt hvorum enda með 0 (= mjög lítil hæfni) og 10 (= mjög mikil hæfni). Í seinni hluta spurningarinnar (B-hluta) svara hjúkrunarfræðingar hins vegar hversu algengt er að þeir framkvæmi hvert atriði með því að merkja við á fjögurra þrepa Likert-kvarða: 1= mjög sjaldan, 2= öðru hverju, 3= mjög oft, 0= á ekki við (Meretoja o.fl., 2004b). Matstækið hefur verið notað í meira en 30 rannsóknum og próffræðilegir eiginleikar þess hafa reynst fullnægjandi (Flinkman o.fl., 2017; Meretoja o.fl., 2004b). Innri áreiðanleiki undirlista IS-NCS hefur áður mælt 0,76-0,92 (Dóra Björnsdóttir, 2015; Íris Kristjánsdóttir og Herdís Sveinsdóttir, 2018). Áreiðanleiki (Cronbachs-alfa) heildarlista og undirlista (hæfnipáttar) í þessari rannsókn var sem hér segir: heildarlisti 0,97, umönnun 0,72, kennslu- og leiðbeinendahlutverk 0,87, greiningarhlutverk 0,83, stjórnun á aðstæðum 0,79, hjúkrunarlutanir 0,78, að tryggja gæði 0,83, starfshlutverk 0,89. Þýðingu matstækisins og notkun þess á Íslandi hefur áður verið lýst (Dóra Björnsdóttir, 2015; Íris Kristjánsdóttir og Herdís Sveinsdóttir, 2018). Í töflu 1 er innihaldi hvers hæfnipáttar lýst.

Þátttakendur voru einnig spurðir um tegund vinnustaðar (legudeild eða dagdeild/göngudeild), starfsaldur í hjúkrun, starfsaldur á núverandi deild, starfslýsingu (A-D/E), starfshlutfall og hvort þeir hefðu lokið framhaldsnámi/viðbótarnámi að loknu hjúkrunarprófi (svarmöguleiki já eða nei og ekki var spurt nánar um hvaða nám væri að ræða vegna fæðar þátttakenda).

Siðfræði

Með spurningalistanum fylgdi kynningarbréf um rannsóknina og var litið á skil á listanum sem samþykki fyrir þátttöku. Rannsóknin hlaut samþykki siðanefndar stjórnsýslurannsóknna á Landspítala (04/2015) og var tilkynnt til Persónuverndar (S67469).

Tölfræðileg úrvinnsla

Lýsandi tölfræði var notuð til að lýsa einkennum úrtaksins. Reiknað var meðaltal, staðalfrávik og spönn fyrir samfelldar breytur og tíðni og hlutföll fyrir flokkabreytur. Til að greina svör þátttakenda um mat á eigin hæfni var mælt með sömu reglustiku hvar þeir merktu á sjónmatskvarðann (á bilinu 0-10 cm) og gildið skráð með einum aukastaf. Útbúnar voru breytur fyrir heildarlista og alla sjö hæfnipætti hans. Reiknað var meðaltal svara fyrir heildarlista og hvern hæfnipátt, bæði í A- og B-hluta. Lágt meðaltal gefur til kynna litla hæfni (A-hluti) eða að atriðið sé sjaldan framkvæmt (B-hluti). Til að kanna nánar hvar úrbóta er þörf var miðað við miðgildi (7,2) heildarlistans og lýst í hvaða einstaka hæfniverkefnum $\geq 50\%$ hjúkrunarfræðinga meta hæfni sína vera undir því gildi. Til að kanna mun á mati hjúkrunarfræðinga á eigin hæfni eftir starfsaldri var þátttakendum skipt í 2 hópa, þá sem höfðu allt að 10 ára starfsreynslu ($n=28$) og svo 10 ára starfsreynslu eða meira ($n=36$). Sú skipting byggist á Takase (2013) um að mestar framfarir í hæfni eigi sér stað fyrstu 10 árin í starfi. Meðaltöl hæfni fyrir hvern hæfnipátt voru borin saman við bakgrunnsbreytur með stikuðum prófum: t-prófi og einhliða dreifigreiningu þar sem gögnin voru normaldreifð. Línuleg fjölbreytuaðhvarfsgreining (enter) var gerð til að finna hvaða breytur höfðu sjálfstæð áhrif á hvernig hjúkrunarfræðingar mátu heildarhæfni sína. Miðað var við marktektarmörk $p<0,05$ og gögnin voru greind með SPSS, útgáfu 24 (IBM SPSS Statistics, útgáfa 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

Niðurstöður

155 hjúkrunarfræðingar uppfylltu skilmerki rannsóknarinnar og var svörun 42% ($N=66$). Rúmlega helmingur þátttakenda hafði meira en 10 ára starfsaldur í hjúkrun (sjá töflu 2). Starfsreynsla á núverandi deild var að meðaltali 7,2 ár (sf 3,4, spönn < 1 til 28). Meirihluti (70%) þátttakenda starfaði á legudeild, og um tveir þriðju voru í 70% starfshlutfalli eða meira. Rúmlega helmingur þátttakenda var í starfslýsingu D eða E og 28% hafði framhaldsnám/viðbótarnám að loknu prófi í hjúkrunarfræði. Þátttakendur endurspegla þýðið hvað ofangreinda þætti varðar en meðalstarfsaldur þeirra sem fengu spurningalistann afhentan var 20 ár, 68% þeirra höfðu yfir 10 ára starfsreynslu, 72% störfuðu á legudeild og 28% höfðu skráð framhaldsnám/viðbótarnám að loknu grunnnámi í hjúkrunarfræði. Skipting þeirra í starfslýsingar var sem hér segir: A: 7%, B: 18%, C: 19% og D/E: 57%.

Mat hjúkrunarfræðinga á eigin hæfni

Þátttakendur mátu heildarhæfni sína að meðaltali 7,2 (sf 1,1), mesta í hæfnipættinum umönnun og minnsta í tryggingu gæða (sjá töflu 1). Miðgildið var líka 7,2. Mynd 2 sýnir 22 atriði IS-NCS þar sem helmingur hjúkrunarfræðinga eða fleiri mat hæfni sína undir miðgildi heildarhæfni. Myndin sýnir að yfir 80% hjúkrunarfræðinga meta hæfni sína undir miðgildi heildarhæfni við atriðið að skipuleggja viðrunarfundi eftir neyðar-

Tafla 2. Bakgrunnur þátttakenda ($N= 66$)

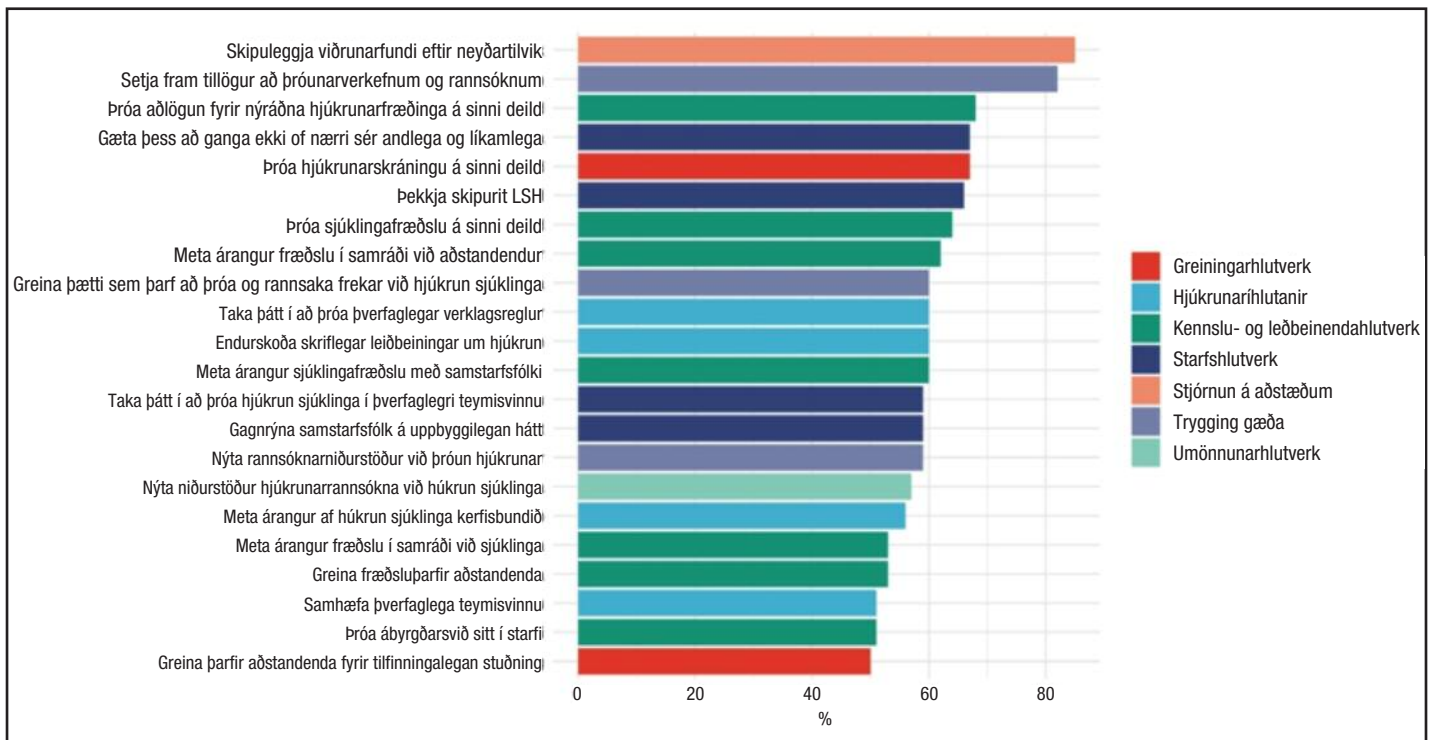
Bakgrunnsbreytur*	M	(sf)	Mg	n	(%)
Starfsaldur á núverandi deild (ár)	7,2	(3,4)	5,5		
≤ 5 ár	31	(49,2)			
5,01–10,0 ár				17	(27,0)
10,01–15,0 ár				9	(14,3)
15,01–20,0 ár				4	(6,3)
> 20 ár				2	(3,2)
Starfsaldur við hjúkrun (ár)	16,5	(12,2)	17,0		
≤ 5 ár				17	(26,6)
5,01–10,0 ár				11	(17,2)
10,01–15,0 ár				2	(3,0)
15,01–20,0 ár				14	(21,9)
> 20 ár				20	(31,3)
Starfshlutfall					
≤ 70%				22	(33,8)
> 70%				43	(66,2)
Starfslýsing					
A				4	(6,5)
B				11	(17,7)
C				12	(19,4)
D/E				35	(56,4)
Tegund deildar					
Legudeild				44	(69,8)
Dag- eða göngudeild				19	(30,2)
Framhaldsnám/viðbótarnám					
að loknu prófi í hjúkrunarfræði?					
Já				19	(30,2)
Nei				44	(69,8)

* Þar sem n nær ekki heildarfjölda vantar svör

tilvik og 50% þeirra meta hæfni sína undir miðgildi hvað varðar atriðið að greina þarfir aðstandenda fyrir tilfinningalegan stuðning. Almennt má segja að atriðin lúti helst að þróun hjúkrunar og mati á árangri hennar, þar með talið fræðslu sjúklinga og aðstandenda.

Tengsl hæfnipátta og hversu algengt er að hjúkrunarfræðingar sinni atriðum hæfnipáttar

Meðaltöl og staðalfrávik fyrir hversu algengir ýmsir hæfnipættir eru í störfum hjúkrunarfræðinga eru sýnd í töflu 1. Fylgni var á milli hæfni hjúkrunarfræðinga innan hvers hæfnipáttar og hversu algengt er að þeir sinni atriðum hæfnipáttarins. Þetta samband var marktækt ($p<0,001$) í öllum hæfnipáttum, sterkast í tryggingu gæða ($r=0,621$), hjúkrunaríhlutunum ($r=0,546$) og umönnun ($r=0,526$), en veikara í starfshlutverki ($r=0,467$), kennslu- og leiðbeinendahlutverki ($r=0,456$) og stjórnun á aðstæðum ($r=0,443$).



Mynd 2. Atriði IS-NCS þar sem helmingur þátttakenda eða fleiri meta hæfni sína undir miðgildi heildarhæfni ($=7,2$), þeir hæfnipættir sem atriðin tilheyra og hlutfall hjúkrunarfræðinga sem meta hæfni sína undir miðgildi í hverju atriði fyrir sig

Mat á eigin hæfni og tengsl við bakgrunn þátttakenda

Hjúkrunarfræðingar með framhaldsnám/viðbótarnám eftir grunnnám í hjúkrunarfræði mátu heildarhæfni sína marktækt meiri en hjúkrunarfræðingar án framhaldsnáms/viðbótar-menntunar ($p < 0,05$) svo og hæfni sína í umönnunarhlutverki ($p < 0,05$), starfshlutverki ($p < 0,05$), kennslu- og leiðbeinendahlutverki ($p < 0,01$) og hjúkrunarhlutunum ($p < 0,01$) en ekki í greiningarhlutverki, tryggingu gæða eða stjórnun á aðstæðum ($p > 0,05$). Fylgni var á milli heildarhæfni og starfsaldurs á núverandi deild ($r=0,289$, $p < 0,05$) en ekki starfsaldurs í hjúkrun ($r=0,074$, $p > 0,05$) (sjá töflu 3). Ekki var marktækur munur á mati hjúkrunarfræðinga sem störfuðu á legudeild og þeirra er störfuðu á dag- og göngudeild. Ekki var marktækur munur á mati hjúkrunarfræðinga í starfslýsingum A, B og C (þar sem miðgildi starfsreynslu þeirra var 1, 3 og 9,5 ár) og hjúkrunarfræðinga í starfslýsingum D/E á hæfni sinni. Sambærileg niðurstaða kom í ljós þegar borið var saman mat hjúkrunarfræðinga með minna en 10 ára starfsreynslu annars vegar og með meiri en 10 ára starfsreynslu hins vegar.

Í línulega aðhvarfsgreiningu voru valdar þær frumbreytur sem höfðu marktækt samband við heildarhæfni, þ.e. starfsaldur á deild og framhaldsnám/viðbótarnám. Gögnin uppfylltu skilyrði um línulega aðhvarfsgreiningu, þ.e. normaldreifingu (Shapiro Wilk-próf, $p > 0,05$), á bak við hverja óháða breytu í líkaninu voru meira en 20 einstaklingar og hvorki var fylgni á milli frumbreyta ($VIF=1$) né voru leifaliðir vandamál (Durbin Watson 1,798). Eins og sést í töflu 4 skýrðu starfsaldur

á deild og framhaldsnám/viðbótar-menntun 14% af breytileika í heildarhæfni ($p < 0,01$).

Umræða

Þessi rannsókn á mati hjúkrunarfræðinga, sem starfa við hjúkrun aðgerðasjúklinga, á eigin hæfni í starfi er sú fyrsta hérlandis. Niðurstöður sýna að hjúkrunarfræðingar meta hæfni sína sambærilega eða ívið meiri en erlendir hjúkrunarfræðingar gera (Flinkman o.fl., 2017) en heldur minni en íslenskir hjúkrunarfræðingar sem starfa á landsbyggðinni og sinna bráðatilvikum (Íris Kristjánsdóttir og Herdís Sveinsdóttir, 2018) eða hjúkrunarfræðingar á bráðamóttöku Landspítala (Dóra Björnsdóttir, 2015). Hjúkrunarfræðingar á skurðlækningsviði meta hæfni sína mesta í umönnun en minnsta í tryggingu gæða og er það sambærilegt við mat hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku (Dóra Björnsdóttir, 2015). Það kemur ekki á óvart enda snýst hæfni á umönnunarþætti (sjá töflu 1) um atriði sem kalla má kjarna hjúkrunar eins og fram kemur í skilgreiningu Henderson (1976) á hlutverki hjúkrunarfræðinga.

Hjúkrunarfræðingar meta hæfni sína minnsta í verkefnum sem lúta að þróun hjúkrunar, mati á árangri eða umbótastarfi annars vegar og leiðbeiningu og fræðslu hins vegar. Túlka má þessar niðurstöður með ýmsum hætti. Í fyrsta lagi að ekki hafi farið fram næg umræða og kennsla hvað varðar mat á árangri og umbótastarfi, eða að hún hafi ekki náð til klínískra hjúkrunarfræðinga spítalans. Mikilvægt er að fylgja betur eftir

Tafla 3. Tengsl hæfni við bakgrunn þátttakenda

Hæfniþættir	Umönnun	Starfs- hlutverk	Kennsla og leiðbeining	Hjúkrunar- íhlutanir	Greining	Trygging gæða	Stjórnun á aðstæðum	Heildarlisti
	M (sf)	M(sf)	M(sf)	M(sf)	M(sf)	M(sf)	M(sf)	M(sf)
Framhaldsnám/ viðbótarnám ¹								
Já (n= 42)	8,3 (0,9)*	7,7 (1,3)*	7,7 (1,2)**	8,0 (1,2)**	7,8 (1,2)	7,3 (1,7)	7,6 (1,4)	7,8 (1,1)*
Nei (n= 18)	7,7 (0,8)	6,9 (1,2)	6,8 (1,2)	6,9 (1,3)	7,1 (1,5)	6,5 (1,6)	6,9 (1,4)	7,0 (1,0)
	r	r	r	r	r	r	r	r
Starfsaldur í hjúkrun ²	0,047	0,067	0,147	-0,019	-0,107	0,074	0,128	0,074
Starfsaldur á deild ²	0,250	0,250	0,301*	0,254*	0,200	0,177	0,191	0,289*

*p< 0,05; **p< 0,01

¹ t-próf

² Pearson-fylgnistuðull

Tafla 4. Áhrif starfsaldurs á deild og framhaldsnáms/viðbótarnáms á mat hjúkrunarfræðinga á eigin hæfni

Breyta	Líkan 1	Líkan 2				
	B	SE B	β	B	SE B	β
Fasti	6,90	0,21		6,48	0,27	
Starfsaldur á deild	0,05	0,02	0,29*	0,05	0,02	0,30*
Framhaldsnám/viðbótarnám			0,29	0,12	0,29*	
R ²		0,068			0,140	
F	5,282*	5,783**				

*p< 0,05; **p< 0,01

umræðunni um umbótastarf og gefa fleiri klínískum hjúkr-
unarfræðingum tækifæri til að taka þátt í slíkum verkefnum.
Í öðru lagi má vera að hjúkrunarfræðingar vanmeti hæfni sína
á þessum sviðum þar sem erfiðara er að meta árangur af fram-
lagi hjúkrunar en til dæmis þegar um umönnun eða meðferð
sjúklinga er að ræða. Auk þess hefur umræða um hjúkrun að
líkindum minnkað á undanförunum árum, meðal annars vegna
skorts á hjúkrunarfræðingum. Í þriðja lagi getur verið að
hjúkrunarfræðingar telji að þau atriði IS-NCS, sem þeir meta
hæfni sína minnsta í, falli ekki að starfsviði þeirra í sama mæli
og umönnun sjúklinga og meðferð þeirra heldur séu fyrst og
fremst á hendi stjórnandans, sérfræðinga í hjúkrun eða gæða-
stjóra.

Ýmsir aðstæðubundnir þættir geta haft áhrif á hvernig
hjúkrunarfræðingar líta á starfsvið sitt (Rasmussen o.fl., 2018)
og ef til vill telja hjúkrunarfræðingar, sem fá ekki tækifæri til
að vinna að úrbótum í hjúkrun á sinni deild eða nýta gagn-
reynda þekkingu í hjúkrun á deildinni, að þessir þættir tilheyri
ekki starfssviðinu. Rannsókn meðal íslenskra hjúkrunarfræð-
inga gaf til kynna skort á innviðum til að styðja við hjúkrunar-
fræðinga og auðvelda þeim að nýta gagnreynda þekkingu
(Thorsteinsson og Sveinsdóttir, 2014). Niðurstöður gætu

þannig bent til að þá innviði, sem um ræðir, skorti enn þá enda
benda rannsóknir á notkun gagnreyndrar þekkingar í starfi til
að slíkt krefjist tíma og stuðnings stofnunar (Fry og Attawet,
2018).

Í stefnu Landspítala er lögð aukin áhersla á að fræða
skjólstæðinga til að styðja við þátttöku þeirra í eigin meðferð
og áréttað mikilvægi leiðsagnar nemenda og nýútskrifaðra
hjúkrunarfræðinga (Landspítali, e.d.) enda sýna rannsóknir
að sjúklingar binda miklar vonir við fræðslu heilbrigðisstarfs-
manna (Ingadottir o.fl., 2015; Valkeapää o.fl., 2014). Í saman-
burði við önnur atriði mátu hjúkrunarfræðingar í þessari
rannsókn hins vegar hæfni sína í fræðslu- og leiðbeinenda-
hlutverki ekki góða. Í erlendum rannsóknum hefur komið í
ljós að hjúkrunarfræðingar hafa jákvæða afstöðu til sjúk-
lingafræðslu og telja hana mikilvæga, líklegt er að afstaða ís-
lenskra hjúkrunarfræðinga sé einnig jákvæð. Hins vegar taldi
aðeins um helmingur norskra og sænskra hjúkrunarfræðinga
á sjúkrahúsum sig færa um að veita sjúklingum fræðslu og
mjög fáir fylgdust með þróun fræðasviðsins (Bergh o.fl., 2014).
Hjúkrunarfræðingar telja sig hafa góða þekkingu á innihaldi
fræðslu en minna vald á fjölbreyttum kennsluaðferðum og
telja aðstæður á sjúkrahúsum ekki styðja nægilega vel við

pennan hluta starfsins (Friberg o.fl., 2012; Klemetti o.fl., 2018; Lipponen o.fl., 2006). Það bendir því margt til þess að þörf sé á fjölbættum úrræðum innan sjúkrahúsa ef veita á notendum heilbrigðisþjónustunnar fullnægjandi fræðslu. Í allnokkur ár hafa hjúkrunarfræðingum Landspítala staðið til boða námskeið annars vegar um að fræða sjúklinga og hins vegar leiðbeinendahlutverkið. Námskeiði um að fræða sjúklinga hefur fyrst og fremst verið beint að hjúkrunarfræðingum á fyrstu árum þeirra í starfi. Í ljósi niðurstaðna þessarar rannsóknar er tilefni til að beita fjölbreyttari kennsluaðferðum, bjóða upp á farnipjálfun til viðbótar við hefðbundna kennsluhætti (Taylor og Marineau, 2016) og miða fræðsluna við hjúkrunarfræðinga með lengri starfsaldur. Breyting í þá veru hefur þegar verið gerð á Landspítala. Hvað varðar hæfni í leiðbeinendahlutverki, þá er hugsanlegt að hjúkrunarfræðingum með stuttan starfsaldur hafi að undanförunni verið falið það hlutverk í auknum mæli án þess að hafa hlotið nægilega reynslu eða undirbúning. Ástæður þess geta meðal annars verið skortur á hjúkrunarfræðingum. Að auki getur verið að skortur á fyrirmyndum vegi þungt hvað þetta atriði varðar. Sú niðurstaða að samband var á milli þess hvernig hjúkrunarfræðingar mátu eigin hæfni til að sinna ákveðnum verkefnum starfsins og hversu oft þau eru framkvæmd bendir til þess að efla mætti hæfni með því að auka þjálfun.

Athygli vekur að ekki reyndist fylgni milli mats á eigin hæfni og starfsaldurs í hjúkrun en hins vegar reyndist marktæk fylgni milli matsins og starfsaldurs á deild, ólíkt niðurstöðum tveggja íslenskra rannsókna á mati hjúkrunarfræðinga sem starfa við bráðþjónustu á eigin hæfni (Dóra Björnsdóttir, 2015; Íris Kristjánsdóttir og Herdís Sveinsdóttir, 2018). Hugsanlegt er að sérhæfing deilda sé orðin það mikil að reynsla og þjálfun innan hverrar deildar vegi þyngra en starfsaldur í heild. Þar sem aðstæður og umhverfi geta verið ólíkar milli deilda getur þurft að hafa meiri þjálfun á heimavelli líkt og Meretoja og félagar (2004a) benda á, auk miðlægrar endur- og símenntunar. Önnur skýring gæti verið að með vaxandi manneklu í hjúkrun séu gerðar æ meiri kröfur til yngri og óreyndari hjúkrunarfræðinga og þeim í raun gert að sinna sömu störfum og þeim sem reyndari eru og meti hæfni sína í samræmi við það. Enn fremur gæti verið að óreyndari hjúkrunarfræðingar ofmeti eigin getu, þeir reyndari hins vegar vanmeti hana eða séu meðvitaðri um takmarkanir sínar.

Ekki kemur á óvart að framhaldsnám/viðbótarnám skili sér í að hjúkrunarfræðingar meti hæfni sína meiri en það er í samræmi við rannsókn Írisar Kristjánsdóttur og Herdísar Sveinsdóttur (2018). Í því samhengi ætti að auka tækifæri hjúkrunarfræðinga Landspítala til að sækja sér viðbótarmenntun, sér í lagi þar sem áhersla er á öryggi sjúklinga og starfsmanna í starfsáætlun Landspítala. Þó er umhugsunarvert að viðbótarmenntun virðist ekki skila sér marktækt í meiri hæfni, að eigin mati, í greiningarhlutverki og tryggingu gæða eins og vænta mætti. Sé það svo að viðbótarmenntun hjúkrunarfræðinga eða reynsla í hjúkrun nýtist ekki að fullu á vettvangi þarf að skoða orsakir þess og hvernig úr má bæta. Þegar um slíkt er að ræða berst mikilvæg þekking ekki til samstarfsfólks og sjúklinga (Gardulf o.fl., 2005) og hafa þarf í huga að

viðurkenning á þekkingu, reynslu og vinnuframlagi og tækifæri til að nota hæfni í starfi eru nokkrir af mikilvægustu þáttunum sem halda hjúkrunarfræðingum í starfi (Gardulf o.fl., 2005). Í rannsókn á inntaki starfa hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði Landspítala kom fram að þeir lögðu áherslu á að geta notað reynslu sína í þágu sjúklingsins (Katrín Blöndal o.fl., 2010). Skortur á tækifærum til að beita hæfni sinni getur valdið því að hún minnkar og því fylgir metnaðarleysi og þverrandi hvöt til að gera vel (Takase, 2013). Hjúkrunarfræðingar á skurðlækningasviði Landspítala hafa áður bent á að verkefni þeirra séu ekki alltaf innan þeirra verksviðs eða í samræmi við hæfni þeirra og þjálfun (Katrín Blöndal o.fl., 2010) og eru þeir sem fá ekki að nýta hæfni sína og þekkingu líklegri til að hverfa frá störfum (Sveinsdóttir og Blöndal, 2014). Í ljósi núverandi erfiðleika í heilbrigðisþjónustu, þ.e. alvarlegs skorts á hjúkrunarfræðingum til starfa og vilja þeirra til að velja sér störf utan heilbrigðisþjónustunnar (Ríkisendurskoðun, 2017), er ef til vill mikilvægara nú en nokkru sinni fyrr að stjórnendur þekki hæfni hvers hjúkrunarfræðings og feli honum störf í samræmi við hana. Auk þess þurfa þeir að styðja við einstaklingshæfða, faglega þróun viðkomandi í starfi. Til þess að svo megi verða þarf Landspítali að auka úrval og aðgengi að fræðslufni og auka önnur tækifæri til starfsþróunar. Jafnframt þarf að huga að vinnuskipulagi hjúkrunarfræðinga og tryggja þeim tíma til að sinna faglegri þróun innan vinnutíma.

Styrkur og takmarkanir

Rannsóknin er sú fyrsta á Íslandi þar sem kannað er mat hjúkrunarfræðinga, er sinna aðgerðasjúklingum, á eigin hæfni og til þess er notað mælitæki sem hefur sannað gildi sitt. Helsti annmarki var dræm þátttaka hjúkrunarfræðinga en á móti kemur að einkenni þátttakenda voru svipuð og einkenni úrtaks. Rannsóknin veitir mikilvægar upplýsingar sem nota má til að gera faglega þróun hjúkrunarfræðinga spítalans markvissari og fjölbreyttari en nú er.

Sá galli sjálfsmatslista að þátttakendur svari spurningum í samræmi við hvað þeir telja æskilegast en ekki út frá raunveruleikanum á við hér eins og í sambærilegum rannsóknum (Polit og Beck, 2012).

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

Niðurstöður rannsóknarinnar gefa vísbendingar um með hvaða hætti megi koma til móts við þarfir hjúkrunarfræðinga fyrir aukna hæfni, eins og þeir meta þær sjálfir. Auka þarf framboð á sérhæfðu fræðslufni, þar sem fjölbreyttum kennsluaðferðum er beitt, og fjölga þarf tækifærum til faglegrar þróunar fyrir reynda hjúkrunarfræðinga, t.d. með því að auka tækifæri til þátttöku í hvers konar umbótaverkefnum. Byggja þarf upp innviði sem styðja við nýtingu gagnreyndrar þekkingar í starfi og veita hjúkrunarfræðingum stuðning og svigrúm til að nota gagnreynda þekkingu og til að þróa hjúkrun. Enn fremur þarf að styðja hjúkrunarfræðinga í hlutverki sínu við að fræða sjúklinga og aðstandendur. Tækifæri hjúkrunarfræðinga til framhaldsmenntunar á skurðlækningasviði Landspítala hafa aukist sem og stuðningur og svigrúm stjórnenda

en það sýnir áhuga og þörf fyrir að styrkja þekkingarlegan grunn þeirra í starfi. Í ljósi niðurstaðna er þarft að auka samvinnu háskóla og Landspítala og samþætta starfsþjálfun og fræðilegt nám þannig að það nýtist sem best við flóknar klínískar aðstæður.

Ályktanir

Þrátt fyrir að hjúkrunarfræðingar á skurðlækningasviði Landspítala meti hæfni sína almennt góða benda niðurstöður rannsóknarinnar til þess að ýmsa þætti þurfi að styrkja og þá einkum hæfni í fræðsluhlutverkinu og notkun gagnreyndrar þekkingar. Þá þarf að tryggja að viðbótarnám og símenntun standi hjúkrunarfræðingum til boða og þeim sé gert kleift að sækja sér slíka menntun.

Meta þarf hvort hjúkrunarfræðingar fái nægilega krefjandi verkefni eða tækifæri í starfi og hvort stofnunin nýtir þekkingu hjúkrunarfræðinga með viðbótarmenntun nægilega vel til hagsbóta fyrir sjúklinga.

Þakkir

Þakkir fá hjúkrunarfræðingarnir sem tóku þátt í rannsókninni, Anna Birna Guðlaugsdóttir fyrir aðstoð við gagnasöfnun og þær Auðna Ágústsdóttir, Dóra Björnsdóttir og Íris Kristjánsdóttir. Rannsóknin hlaut styrki frá Vísindasjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (B-hluta) og Vísindasjóði Landspítala.

Heimildir

- Benner, P. (1981). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Bergh, A. L., Persson, E., Karlsson, J., og Friberg, F. (2014). Registered nurses' perceptions of conditions for patient education: Focusing on aspects of competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 523–536. doi: 10.1111/scs.12077
- Cho, E., Sloane, D. M., Kim, E. Y., Kim, S., Choi, M., Yoo, I. Y. o.fl. (2015). Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 535–542.
- Cowan, D. T., Norman, I., og Coopamah, V. P. (2007). Competence in nursing practice: A controversial concept — A focused review of literature. *Accident and Emergency Nursing*, 15(1), 20–26. doi: 10.1016/j.aeen.2006.11.002
- Dóra Björnsdóttir (2015). *Mat hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku Landspítala á eigin hæfni*. Óbirt meistararitgerð: Háskóli Íslands. Aðgengileg á <https://skemman.is/handle/1946/23290>
- Edwards, D., Hawker, C., Carrier, J., og Rees, C. (2011). The effectiveness of strategies and interventions that aim to assist the transition from student to newly qualified nurse. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 9(53), 2215–2323.
- Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (2015). *Síðareglur hjúkrunarfræðinga*. Sótt á <https://www.hjukurun.is/fagid/sidfraedin/>
- Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Jeon, Y., Kuokkanen, L., og Meretoja, R. (2017). Nurse Competence Scale: A systematic and psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1035–1050. doi: 10.1111/jan.13183
- Friberg, F., Granum, V., og Bergh, A. L. (2012). Nurses' patient-education work: Conditional factors — An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 170–186. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01367.x
- Fry, M., og Attawet, J. (2018). Nursing and midwifery use, perceptions and barriers to evidence-based practice: A cross-sectional survey. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 16(1), 47–54. doi: 10.1097/XEB.0000000000000117
- Gardulf, A., Söderström, I. L., Orton, M. L., Eriksson, L. E., Arnetz, B., og Nordström, G. (2005). Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? *Journal of Nursing Management*, 13(4), 329–337. doi: 10.1111/j.1365-2934.2005.00537.x
- Hamström, N., Kankkunen, P., Suominen, T., og Meretoja, R. (2012). Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *International Journal of Nursing Practice*, 18(5), 501–508. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02055.x
- Henderson, V. (1976). *Hjúkrunarkver: Grundvallarþættir hjúkrunar*. (Ingi-björg R. Magnúsdóttir þýddi.) Akureyri: Prentverk Odds Björnssonar hf. (Upphaflega gefið út 1969.)
- Ingadottir, B., Thylén, I., og Jaarsma, T. (2015). Knowledge expectations, self-care, and health complaints of heart failure patients scheduled for cardiac resynchronization therapy implantation. *Patient Preference and Adherence*, 9, 913–921. doi: 10.2147/PPA.S83069
- International Council of Nurses. (2006). *Continuing competence as a professional responsibility and public right: Position statement*. Sótt á http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B02_Continuing_Competence.pdf
- Istomina, N., Suominen, T., Razbadauskas, A., Martinkėnas, A., Meretoja, R., og Leino-Kilpi, H. (2011). Competence of nurses and factors associated with it. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 47(4), 230–7.
- Íris Kristjánsdóttir og Herdís Sveinsdóttir (2018). Mat hjúkrunarfræðinga sem sjá um bráðatilvik á landsbyggðinni á eigin hæfni: Lýsandi þversniðsrannsókn. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 94(1), 77–85.
- Katrín Blöndal, Bergþóra Eyjólfssdóttir og Herdís Sveinsdóttir (2010). Að vinna margslungin verk af fagmennsku í breytilegu umhverfi: Um störf hjúkrunarfræðinga á skurðlækningadeildum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 86(1), 50–56.
- Klemetti, S., Ingadottir, B., Katajisto, J., Lemonidou, C., Papastavrou, E., Valkeapää, K., Zabalegui, A., og Leino-Kilpi, H. (2018). Skills and practices of European orthopedic nurses in empowering patient education. *Research and Theory for Nursing Practice*, 32(4), 382–398.
- Landspítali (e.d.). *Stefna Landspítala*. Sótt á <http://stefna.landspitali.is/>
- Lipponen, K., Kyngäs, H., og Kääriäinen, M. (2006). Surgical nurses' readiness for patient counselling. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 10(4), 221–227. doi: 10.1016/j.joon.2006.10.013
- Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.
- Lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012.
- Meretoja, R., og Leino-Kilpi, H. (2003). Comparison of competence assessments made by nurse managers and practicing nurses. *Journal of Nursing Management*, 11(6), 404–409
- Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., og Kaira, A. M. (2004a). Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management*, 12(5), 329–336. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00422.x
- Meretoja, R., Isoaho, H., og Leino-Kilpi, H. (2004b). Nurse Competence Scale: Development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 124–133. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x
- Polit, D. F., og Beck, C. T. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins.
- Rasmussen, P., Henderson, A., Andrew, N., og Conroy, T. (2018). Factors influencing registered nurses' perceptions of their professional identity: An integrative literature review. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(5), 225–232. doi: 10.3928/00220124-20180417-08
- Ríkisendurskoðun (2017). *Hjúkrunarfræðingar. Mönnun, menntun og starfsumhverfi*. Skýrsla til Alþingis. Sótt á https://rikisendurskodun.is/wp-content/uploads/2017/10/SU-Hjukrunarfraedingar_Monnun_menntun_og_starfsumhverfi.pdf
- Sveinsdóttir, H., og Blöndal, K. (2014). Surgical nurses' intention to leave a workplace in Iceland: A questionnaire study. *Journal of Nursing Management*, 22(5), 543–552. doi: 10.1111/jonm.12013

- Takase, M. (2013). The relationship between the levels of nurses' competence and the length of their clinical experience: A tentative model for nursing competence development. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9–10), 1400–1410. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04239.x
- Taylor, K., og Marineau, C. (2016). The learning, changing adult brain. *Facilitating learning with the adult brain in mind*. San Franscisco: John Wiley & Sons.
- Thorsteinsson, H.S., og Sveinsdóttir, H. (2014). Readiness for and predictors of evidence-based practice of acute-care nurses: A cross-sectional postal survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 572–581. doi: 10.1111/scs.12083
- Valkeapää, K., Klemetti, S., Cabrera, E., Cano, S., Charalambous, A., Copan-itsanou, P., Ingadottir, B., Istomina, N., Johansson Stark, Å., Katajisto, J., Lemonidou, C., Papastavrou, E., Sigurdardottir, A. K., Sourtzi, P., Unosson, M., Zabalegui, A., og Leino-Kilpi, H. (2014). Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: A European survey. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 597–607. doi: 10.1111/ijn.12189
- West, E., Mays, N., Rafferty, A. M., Rowan, K., og Sanderson, C. (2009). Nursing resources and patient outcomes in intensive care: A systematic review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 993–1011. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.07.011
- World Health Organisation (2009). Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. Sótt á http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf

English Summary

Ingadottir, B., Thorsteinsson, H. S., Sveinsdottir, H., Blondal, K.

Surgical nurses' self-assessment of competence: A descriptive cross-sectional study

Aim. Healthcare professionals who have required competencies are one of the pillars of successful operations of a university hospital, as competence relates to patient safety and outcome. The aim of the study was to explore how nurses in Surgical Services at Landspítali University Hospital assess their competence.

Method. This was a cross-sectional study and data were gathered in 2016 using a questionnaire. Nurses were asked to self-assess their competence using the Nurse Competence Scale (NCS) which comprises 73 items in seven categories (helping role, teaching/coaching role, diagnostic functions, managing situations, therapeutic interventions, ensuring quality and work role). Participants assessed their competence for each item on a scale of 0 (very low competence) to 10 (very high competence), and frequency of use (1= very rare, 2= occasional, 3= very frequent, 0= not applicable). The data were analysed using descriptive statistics and inferential statistics.

Results. The participants (N= 66) assessed their total competence on average at 7.2 (SD 1.1), highest for the helping role, and lowest for ensuring quality. Self-assessed competence was significantly higher for nurses with postgraduate qualifications than for those

without such qualifications, in helping role, work role, teaching/coaching role and therapeutic interventions. No difference was observed in self-assessed competence relating to experience in nursing, but regression analysis revealed that 14% of the variation was attributable to years of experience in a unit and postgraduate qualifications. In 22 items out of 73, $\geq 50\%$ of nurses assessed their competence below the median value of all participants. These items included educating patients and colleagues, applying nursing research into practice and active participation in the development of nursing in the workplace.

Conclusions. The results of this study indicate that postgraduate qualifications and years of work experience within the same unit influence the competence of surgical nurses. It is important to enable nurses in gaining postgraduate qualifications and ensure availability of specialised training and education as the study results indicate that specialisation within nursing has increased.

Keywords: Competence, continuing education, nurses, professional development, surgical patients, surgery.

Correspondent: brynjain@hi.is