

Pasientsikkerhet i norske sykehjem

**– en kvantitativ forskningsstudie om bemanning, teamarbeid,
forventninger til leder og tilbakemelding og kommunikasjon
knyttet til uønskede hendelser**



Det teknisk naturvitenskapelige fakultet

Master i Samfunnssikkerhet

Masteroppgave i Samfunnssikkerhet

Student: Hilde Berge Monsen

Veileder: Postdoktor, Eline Ree

21.10.2019

FORORD

Denne masteroppgaven markerer slutten på en toårig master i samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger. De to årene med masterstudier har vært spennende og lærerike. I denne sammenheng er det flere som fortjener en takk:

- Takk til min fantastiske veileder Eline for gode, konstruktive tilbakemeldinger, og støttende ord når alt virket vanskelig.
- Tusen takk til min mor for masse barnepass og støttende ord underveis, uten deg hadde jeg aldri kunnet fullføre oppgaven!
- Takk til Liv Helen for god hjelp med struktur og som samtalepartner for å ordne litt på tankene mine.
- Takk til Silje for språkvask og gode innspill.
- Takk til min søster Marit for barnepass, og støttende ord når jeg opplevde mye frustrasjon, og min bror Erling for gode samtaler om skriveprosessen og for at du forklarte kvantitativ metode på en forståelig måte.
- Tusen takk til min kjære samboer Brent for all støtte og forståelse denne perioden, du har vært en klippe!

Denne oppgaven har tatt mye tid og krefter, og jeg vil beklage til min kjære sønn for at en del av permisjonstiden har gått til oppgaven. Nå skal vi bare kose oss den siste delen av permisjonen, jeg gleder meg!

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag.....	5
Abstract.....	6
1.0 INNLEDNING.....	7
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Formål.....	9
1.3 Forskningsspørsmål.....	9
1.4 Begrepsavklaring.....	10
2.0 TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING.....	13
1.5 Pasientsikkerhet og kvalitet i sykehjem.....	13
1.5.1 Kvalitet i helsetjenesten.....	13
1.5.2 Profesjonens ansvar for pasientsikkerhet og kvalitet.....	16
1.5.3 Uønskede hendelser og pasientsikkerhet.....	17
1.6 Pasientsikkerhetskultur.....	22
1.6.1 Bemanning.....	26
1.6.2 Teamarbeid.....	27
1.6.3 Tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser.....	29
1.6.4 Forventninger til nærmeste leder.....	30
3.0 METODE.....	33
3.1 Design.....	33
3.2 Utvalg.....	34
3.3 Datainnsamling.....	34
3.4 Instrument.....	34
3.4.1 Kontrollvariabler.....	36
3.5 Etikk.....	36
3.6 Forutsetninger ved regresjonsanalyse.....	37
4.0 STATISTISKE ANALYSER.....	39

4.1 Korrelasjonsanalyser.....	39
4.2 Reliabilitet.....	39
4.3 Multippel lineær regresjon.....	40
5.0 RESULTATER.....	42
5.1 Deskriptiv statistikk.....	42
5.1.1 Korrelasjonsanalyse.....	42
5.2 Resultater hierarkisk multippel regresjonsanalyse.....	48
5.3 Resultater multippel regresjonsanalyse.....	50
6.0 DISKUSJON.....	52
6.1 Generell oppsummering av resultater.....	52
6.2 Diskusjon av resultatene.....	53
6.2.1 Pasientsikkerhetskultur i norske sykehjem.....	53
6.2.2 Prediktorer for pasientsikkerhet.....	54
6.2.3 Prediktorer for tilbakemelding og kommunikasjon.....	61
6.3 Metodiske betraktninger.....	63
6.3.1 Metode og design.....	63
7.0 KONKLUSJON.....	66
8.0 IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING.....	67
9.0 KILDEHENVISNING.....	68

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Bemanning, teamarbeid, rapporteringskultur og forventninger til leder er alle viktige faktorer for å oppnå og opprettholde god pasientsikkerhetskultur i helsesektoren. Det er likevel ikke utført nok forskning på dette feltet i norske sykehjem. Det er interessant å undersøke hvordan rapporteringskulturen påvirker pasientsikkerhetskulturen, da det ikke foreligger lovpålagt krav til rapporteringskultur i sykehjem på samme måte som i sykehus.

Formål

Formålet er å undersøke hvordan bemanning, teamarbeid, forventninger til leder og rapporteringskultur kan forklare pasientsikkerhetskultur, og hvordan bemanning, teamarbeid og forventninger kan forklare rapporteringskultur.

Metode

En tverrsnittstudie der 165 ansatte ved sykehjem på Sør-Vestlandet svarte på undersøkelsen ble benyttet i en hierarkisk multippel regresjonsanalyse for å se om bemanning, teamarbeid, forventninger til leder og rapporteringskultur kunne forklare pasientsikkerhet. Samme studien ble benyttet i en multippel regresjonsanalyse for å undersøke om bemanning, teamarbeid og forventninger til leder kunne forklare rapporteringskultur.

Resultat

Alle prediktorene hadde signifikant sammenheng med pasientsikkerhet. Rapporteringskultur var den sterkeste prediktoren. Bemanning, teamarbeid og forventninger til nærmeste leder forklarer 37 % av rapporteringskulturen.

Konklusjon

Alle prediktorvariablene har positiv signifikant sammenheng med, og rapporteringskulturen forklarer mest av pasientsikkerhetskulturen i norske sykehjem. Ansatte ved norske sykehjem opplever at det ikke er tilstrekkelig bemanning for å håndtere arbeidsmengden i sykehjemmene.

ABSTRACT

Background

Staffing, teamwork, supervisor expectations and actions promoting patient safety and feedback and communication about incidents are all important factors to gain and maintain a good patient safety culture (PSC) in nursinghomes, but there is not enough research on this subject. It is especially interesting to investigate how feedback and communication effects the PSC, because the Norwegian law does not demand the same kind of reporting culture in nursing homes, as it does in hospitals.

Objective

To investigate how staffing, teamwork, supervisor expectations and actions promoting patient safety and feedback and communication about incidents can effect PSC, and how staffing, teamwork and supervisor expectations and promoting patient safety can explain the culture for feedback and communication.

Method

A cross-sectional study where 165 employees attended a survey was used to conduct a hierarchical multiple regression analysis to see if staffing, teamwork, supervisor expectations and actions promoting patient safety and feedback and communication about incidents could explain patient safety. The same cross-sectional study was used in a multiple regression analysis, to examine whether staffing, teamwork and expectations and actions promoting patient safety could explain feedback and communication about incidents.

Results

All of the predictors were significant to patient safety. Feedback and communication about incidents was the strongest predictor. Staffing, teamwork and supervisor expectations and actions promoting patient safety explain 37 % of the culture for feedback and communication.

Conclusion

All of the predictor values has a positive impact with patient safety, and feedback and communication about incidents explain more of the variance in PSC in Norwegian nursinghomes. Employees in the nursing homes find the staffing lacking, and that more employees are necessary to handle the workload.

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Norge er et av verdens beste land å bo i, helsesystemet er blant annet en viktig faktor for at mennesker skal ha det bra. De siste årene har den norske regjeringen rettet stor oppmerksomhet mot kvalitet og pasientsikkerhet i helsesektoren. Dette kommer både frem i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og i St.Meld. 6 (2017-2018) som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet. Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er formålet «å bidra til faglig forsvarlig helse og helse- og omsorgstjenester (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016, § 1).

Ifølge Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023) har nivået for pasientskader vært stabilt siden 2012. Handlingsplanen stadfester at det på dette grunnlag er nødvendig å gjøre endringer, slik at pasientsikkerheten forbedres. Pasientskader anses som et samfunnsproblem og i handlingsplanen vises det til viktigheten av å jobbe for å øke pasientsikkerheten.

Sikkerheten til pasientene er en avgjørende del av arbeidet som utføres i helsesektoren. I sykehjem kan pasientsikkerheten være særlig utfordrende da pasientene ofte har et sykdomsbilde som er sammensatt av flere diagnoser, og dessuten anslås det at over 80 % av de eldre i sykehjemmene har en demensdiagnose (Aase, 2018). Demens er en sykdom som gjør pasientene ekstra sårbare fordi de trenger tilsyn hele døgnet og kommunikasjonsproblemer kan gjøre at uønskede hendelser inntreffer oftere.

De siste årene har den norske regjeringen rettet større oppmerksomheten mot kvalitet og pasientsikkerhet i helsesektoren, noe som kommer frem av blant annet forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og i Meld. St. 6 (2017-2018). Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er formålet med forskriften «å bidra til faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet». Forskriften presiserer at det som menes med pasient- og brukersikkerhet er «vern mot unødig skade», noe som også fremkommer av helsedirektoratets veileder til forskriften (Helsedirektoratet, 2018). Ordlyden indikerer at «unødig skade» er skade som kunne vært unngått, ved at gode sikringstiltak hadde blitt opprettet i sykehjemmene.

For å undersøke hva som påvirker pasientsikkerhetskulturen i sykehjem på Sør-Vestlandet, valgte jeg å se på fire ulike faktorer som gjennom tidligere forskning har vist seg å ha

sammenheng med pasientsikkerhet. Disse fire faktorene er bemanning, teamarbeid, tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser (også omtalt som rapporteringskultur flere steder i oppgaven) og forventninger til nærmeste leder.

En studie utført på sykehus i Oman viste at bemanning var en av faktorene som fikk lavest positiv score, og forskerne fant at bemanning var en av faktorene som trengte forbedring for å øke pasientsikkerheten på sykehusene (Ammouri, A.A., Tailakh, A.K., Muliira, J.K., Geethakrishnan, R. & Kindi, S.N., 2015). I en undersøkelse gjort i norske sykehjem viste samme resultat når det kom til bemanning (Cappelen, K., Harris, A. & Aase, K., 2018). Undersøkelsen utført av Cappelen et al. (2018) viste at de ansatte var mest negative til prediktoren bemanning både i første og andre runde av studien, som ble utført på to tidspunkter med 20 måneders mellomrom. Likevel valgte Cappelen et al. (2018) å ha med prediktoren fordi den er av stor betydning for pasientsikkerheten og påvirker de ansattes syn på pasientsikkerhetskulturen i sykehjemmene. På dette grunnlaget valgte også jeg å bruke variabelen i denne oppgaven. Videre viser andre studier at sykepleiere i sykehus har vært spesielt negative til bemanning med hensyn til pasientsikkerheten i sykehusene (Glette, M.K., Aase, K. & Wiig, S., 2017). Studien viste videre hvordan lav bemanning har direkte innvirkning på uønskede hendelser.

Studier i Oman viste at de sykepleierne som opplevde godt teamarbeid og høyere grad av tilbakemelding og kommunikasjon på arbeidsplassen, også oppfattet at pasientsikkerhetskulturen på arbeidsplassen var god. Videre viste studiene fra Oman at sykepleiere som gav høyere score på teamarbeid innen avdelingen og høy grad av tilbakemelding på feil, også rapporterte flere av de uønskede hendelsene som oppstod på arbeidsplassen (Ammouri, et al, 2015). Altså var det en positiv sammenheng mellom teamarbeid og rapporteringskultur. Studien viste at bra teamarbeid innen avdelingen og fokus på tilbakemelding, (god rapporteringskultur), var viktige faktorer for at de uønskede hendelsene som oppstod ble rapportert.

Tidligere forskning viser at teamarbeid og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser er viktige faktorer innen arbeidet med pasientsikkerhet i helsesektoren. Undersøkelser fra sykehus i Norge viser at sykepleiere opplever effektiv kommunikasjon og teamarbeid som viktige faktorer for å opprettholde en åpen kultur med rom for å rapportere feil. Forskningen viste at de ansattes forståelse var at en slik åpenhet i kulturen er nødvendig for å sikre en trygghet for pasientene, og at en slik åpenhet er avhengig av at de ansatte har et trygt

miljø rundt seg (Ballangrud et al., 2012). Andre studier fra norske sykehjem viser at de ansatte opplever at teamarbeidet på arbeidsplassen fungerer bra og at et godt fungerende teamarbeid er signifikant for pasientsikkerheten (Bondevik et al., 2017). Studier utført av Ballangrud et al. (2012) og Ammouri et al. (2015) viser at ansatte fra norsk og utenlandsk helsesektor vurderer teamarbeidet som en viktig del av den overordnede pasientsikkerhetskulturen.

Pasientsikkerhet har økt innen helsesektoren de siste årene. Derimot kommer det klart frem at store deler av studiene har foregått på sykehus, (Gartshore, E., Waring, J. & Timmons, S., 2017). På dette grunnlag har jeg valgt å fokusere på pasientsikkerhet og noen av de faktorene som kan tenkes å påvirke pasientsikkerheten, med spesielt fokus på pasientsikkerhet i norske sykehjem. Rapportering er svært tidkrevende og det kan tenkes at rapportering oppfattes som lite nyttig i en travel hverdag (Waring, 2005), eller at det ikke er nok kunnskap til eller fokus på rapportering. Dette gir grunnlag for å tro at rapporteringskultur kan være av stor betydning for hvordan de ansatte opplever pasientsikkerhetskulturen. Jeg har derfor valgt å bruke de samme prediktorvariablene for å undersøke hvordan de påvirker rapporteringskulturen i sykehjemmene.

1.2 Formål

I denne oppgaven er formålet å undersøke i hvilken grad de ansatte i sykehjem oppfatter bemanning, teamarbeid, forventninger til nærmeste leder og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser som påvirkende faktorer på pasientsikkerhetskulturen i sykehjemmet. Studien vil kunne gi et inntrykk av hvordan pasientsikkerheten i sykehjemmene er i dag, og gi implikasjoner og veiledning for praksis og videre studier.

1.3 Forskningsspørsmål

«I hvilken grad kan bemanning, teamarbeid og forventninger til nærmeste leder forklare generell oppfatning av pasientsikkerhet og kultur for tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser i sykehjem?»

Forskningsspørsmålet vil utforskes gjennom følgende hypoteser:

1. Det er positiv sammenheng mellom generell oppfatning av pasientsikkerhet, bemanning, teamarbeid, forventninger til nærmeste leder og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser.
2. Høyere score på bemanning vil gi bedre pasientsikkerhet og bedre kultur for tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser.

3. Høyere score på teamarbeid vil gi bedre pasientsikkerhet og bedre kultur for tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser.

4. Tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser har større påvirkningskraft for generell oppfattelse av pasientsikkerhet enn bemanning, forventninger til nærmeste leder og teamarbeid.

5. Forventninger til nærmeste leder, bemanning og teamarbeid gir bedre kultur for tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser.

1.4 Begrepsavklaring

Kvalitet

Kvalitet kan defineres som «the proportion of potential health gain actually delivered by healthcare organization for its set of patients» (Vincent, C., 2010, s. 34). Videre forklares definisjonen med at man kan se på avstanden mellom den helsehjelpen som er mulig å oppnå og den helsehjelpen som faktisk gjennomføres. Dersom avstanden er stor mellom hvilken helsehjelp som er mulig å gi og den som blir gitt, er kvaliteten på helsehjelpen dårlig (Vincent, C., 2010).

Kvalitetsarbeid

Kvalitet er et begrep som benyttes ofte i sammenheng med helsetjenester. «Kvalitetsarbeid er en kontinuerlig prosess for utvikling og forbedring av helse- og omsorgstjenestene, der målet er å bidra til pasientsikkerhet», (Stubberud, 2018).

Klinisk behandling

Med klinisk behandling menes «alle aspekter ved helsetjenester inkludert diagnose, behandling, pleie, systemer og utstyr som brukes for å levere tjenestene». (Aase, 2018, s. 16).

Nestehendelse

Nestehendelser beskrives som «en hendelse som har potensial til å lede til en uønsket hendelse, men som ikke gjør det på grunn av tilfeldigheter eller fordi den blir forhindret fra å utvikle seg» (Aase, 2018, s. 17).

Pasientsikkerhet

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023) definerer pasientsikkerhet som: “vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Dette innbefatter også begrepet brukersikkerhet som benyttes særlig i kommunal helse- og omsorgstjeneste”.

Pasientsikkerhetskultur

The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) definerer sikkerhetskultur som: «The safety culture of an organization is the product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies, and patterns of behavior that determine the commitment to, and the style and proficiency of, an organization’s health and safety management» (Cappelen et al., 2016, s. 2). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023) definerer pasientsikkerhetskultur som et samarbeid mellom ledelse og ansatte, om å redusere risiko for uønskede hendelser.

Risiko

«Risiko er produktet av sannsynlighet og konsekvens» (Aven, O.A. et al. 2016). Sannsynligheten av at en hendelse oppstår i sammenheng med hvilke konsekvenser handlingen har. Videre vil det alltid ligge en usikkerhet bak risikobegrepet, fordi man aldri kan være 100 prosent sikker på de sannsynlighetene man regner seg frem til. Risikovurderinger vil alltid være preget av subjektive verdier og holdninger, som påvirkes av menneskene som foretar disse vurderingene (Aven, O.A. et al., 2016).

Teamarbeid

Teamarbeid kan beskrives som arbeid som består av to eller flere individer, der hvert individ har en spesifikk rolle, der individene er avhengige av hverandre og jobber mot et felles mål (Salas, E., Dickinson, T.L. and Converse, S.A., 1992).

Uønsket hendelse

Uønsket hendelse kan forklares som «en skade som er relatert til klinisk behandling og ikke til komplikasjoner ved et sykdomsforløp. Med klinisk behandling menes alle aspekter av helsetjenester inkludert diagnose, behandling, pleie, systemer og utstyr som brukes for å levere

tjenestene. Uønskede hendelser kan være mulige å forebygge eller ikke». (WHO 2005, oversatt av Aase, s. 14).

2.0 TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING

I dette kapittelet vil jeg belyse tidligere forskning og teori som er relatert til pasientsikkerhet i sykehjem. Målet med denne oppgaven er å vurdere hvordan de ansatte oppfatter bemanning, samarbeid, forventninger til nærmeste leder og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser som påvirkende faktorer for bedring av pasientsikkerhetskulturen.

2.1 Pasientsikkerhet og kvalitet i sykehjem

2.1.1 Kvalitet i helsetjenesten

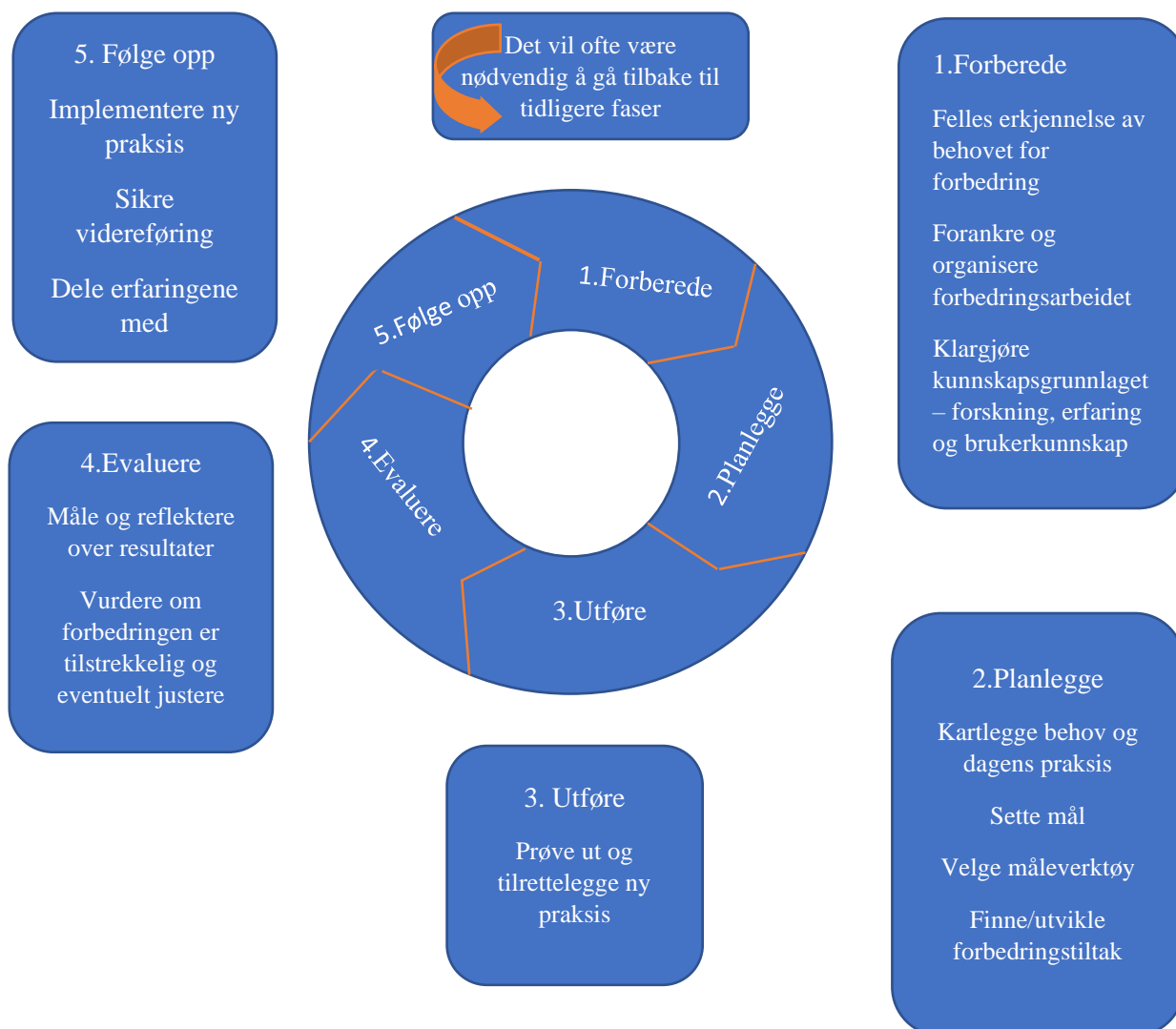
Pasientsikkerhet kan defineres som «The avoidance, prevention and amelioration of adverse outcomes or injuries stemming from the process of healthcare», (Vincent, C. 2010 s. 31). Dette er derimot ikke en fullgod definisjon. Ifølge The US National Patient Safety Foundation må pasientsikkerhet ses i sammenheng med kvalitet (Vincent, C. 2010 s. 32). De ansatte i sykehjem skal påse at pasientenes grunnleggende behov dekkes og at pasientene opplever og har god livskvalitet. I dette ligger det blant annet at pasientene opplever trygghet og at unødvendige uønskede hendelser ikke forekommer. Ifølge forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene vises det til et formål om at «personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel» (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 1).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2017) i helse- og omsorgstjenesten § 1 har som mål «å bidra til faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukervirksomhet». I veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (10/2018) defineres kvalitet slik: «Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt». «Faglig forsvarlig helse- og omsorgstjeneste» i lovens forstand må derfor forstås som at helsetjenestene av god kvalitet skal være «virkningsfulle, trygge og sikre». Ut fra ordlyden i veilederen kan virkningsfulle forstås som at helsetjenestene skal ha en tilsiktet og best mulig effekt for pasientene. Dessuten stiller veilederen krav til sikkerhet og trygghet for pasientene, jf. «tjenester av god kvalitet er ... trygge og sikre».

Helsetjenester har alltid være en enterprise som inneholder stor risiko, der håpet om tilhelning inneholder en risiko for skade. Det kan være alt fra infeksjoner på sykehus, til fall og

feilmedisinering. Den medisinske historien viser tilbake til medisinske kurer som har vist seg å gjøre større skade på pasientene enn selve sykdommen. Det vil aldri være mulig å oppnå en helt risikofri helsetjeneste, men pasientsikkerheten som ses i sammenheng med ulike risikofaktorer gjennom undersøkelser og analyser, kan søke den løsningen som ivaretar pasientsikkerheten best mulig. På denne måten blir pasientsikkerhet et mål som kan støtte seg på analyser og systematisk forskning (Vincent, C., 2010).

Arbeidet for å bedre kvaliteten er en kontinuerlig prosess der målet er pasientsikkerhet. For å oppnå målet er det nødvendig å stadig sikre og bedre helse- og omsorgstjenestene, (Stubberud, 2018).



Figur 1. Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring.

Modellen er en videreutvikling av Demnings sirkel for kvalitetsforbedring (Stubberud, D., s. 45, 2018). Hensikten med denne modellen er at den skal kunne brukes til mindre og større prosesser som trenger forbedring. Modellen kan muligens også overføres til forbedring av pasientsikkerhet, som en del av kvalitetsforbedringsprosessen. Sirkelen kan for eksempel brukes direkte på pasientsikkerhet ved å bruke den på faktorer som påvirker pasientsikkerhetskulturen. Et eksempel kan være teamarbeid. Først må sykehjemmene se på behovet for forbedring, for deretter å kartlegge behov for endring gjennom å se på dagens praksis – gjennom personalets erfaring og brukerkunnskap. Deretter settes mål etter en kartlegging av dagens praksis og utvikling av forbedringstiltak. I del 1 og 2 i forbedringsprosessen er det nødvendig med godt teamarbeid i sykehjemmet. De nye tiltakene

settes i gang i sykehjemmet, og etterpå samles personalet igjen for å evaluere hvordan tiltakene har ført til forbedring eller behov for forbedring gjennom for eksempel nedgang/økning i oppfattelsen av hvordan teamarbeidet i sykehjemmet fungerer. Til slutt må tiltakene følges opp og implementeres i praksis.

2.1.2 Profesjonens ansvar for pasientsikkerhet og kvalitet

Det tok lang tid før noe krav til sikkerhet ble lovfestet og selv om prinsippet om ikke skade lenge har vært en slags sikkerhetsventil, er dette ikke et lovfestet krav, men et prinsipp som stammer fra tidlig profesjonsetikk (Aase, 2018, s. 51). I helsepersonelloven av 1999 ble forsvarlighetskravet lovfestet, der loven stadfester at helsepersonellet skal utføre sitt arbeid “faglig forsvarlig”. Ifølge ordlyden innebærer “faglig forsvarlig” at helsepersonell skal “innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand ... der dette er nødvendig og mulig”. Videre fastslår loven at “yrkesutøvelsen skal skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell” når pasientens tilstand tilsier at dette er nødvendig. At helsehjelpen skal skje med “bistand” og “ved samarbeid og samhandling”, tyder på at bemanning og teamarbeid er viktige elementer i forsvarlighetskravet, noe som gjør det interessant å se på hvordan de ansatte anser disse faktorene i sammenheng med pasientsikkerhet.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) gir kommunen ansvar for primærhelsetjenesten. Dette ansvaret innebærer at kommunen skal utøve behandlende, helsefremmende og forebyggende oppgaver, jf. lovens formålsparagraf som sier at lovens formål er å «forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne».

Videre gir lovgiver flere krav som skal være med å sikre pasientsikkerheten i helsetjenesten. Et av kravene er krav om forsvarlig ytelse av helsetjenester. Dette regnes som et av de mest sentrale kravene til pasientsikkerhet. Lovgiver retter kravet om forsvarlighet mot de tjenesteytende virksomhetene sykehjemmene, men nevner også et spesifikt lederansvar. Dette kommer frem av blant annet rundskriv I-59/2000 som blant annet nevner at: «Eier og ledere må blant annet sørge for at utstyr er i orden, at personalet har tilstrekkelig kompetanse, at ansvarsforhold er avklart, at forsvarlige vaktordninger er etablert m.v.» (Aase, 2018, s. 53). Det at det stilles krav til tilstrekkelig kompetanse og forsvarlige vaktordninger kan ses som krav til at bemanningen er tilstrekkelig til å opprettholde et sikkert miljø for pasientene, noe som igjen

indikerer at forventninger til ledelsen og bemanning er mulige samvirkende faktorer i henhold til pasientsikkerhetskultur.

Forsvarlighetskravet kommer videre frem av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 slik: «Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige». Kravet ses som en rettslig standard og gir et krav om at helsehjelpen kan beskrives som «god praksis», jf. Prop. 91L (2010-2011) s. 264. I kravet ligger det betraktninger av faglig, etiske og politisk karakter. Lovteksten lister opp ulike krav for å sikre at helsehjelpen ytes forsvarlig, deriblant at kommunen skal tilrettelegge slik at virksomhetene og personell skal kunne «overholde sine plikter» og dessuten skal kommunen sørge for at «tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene».

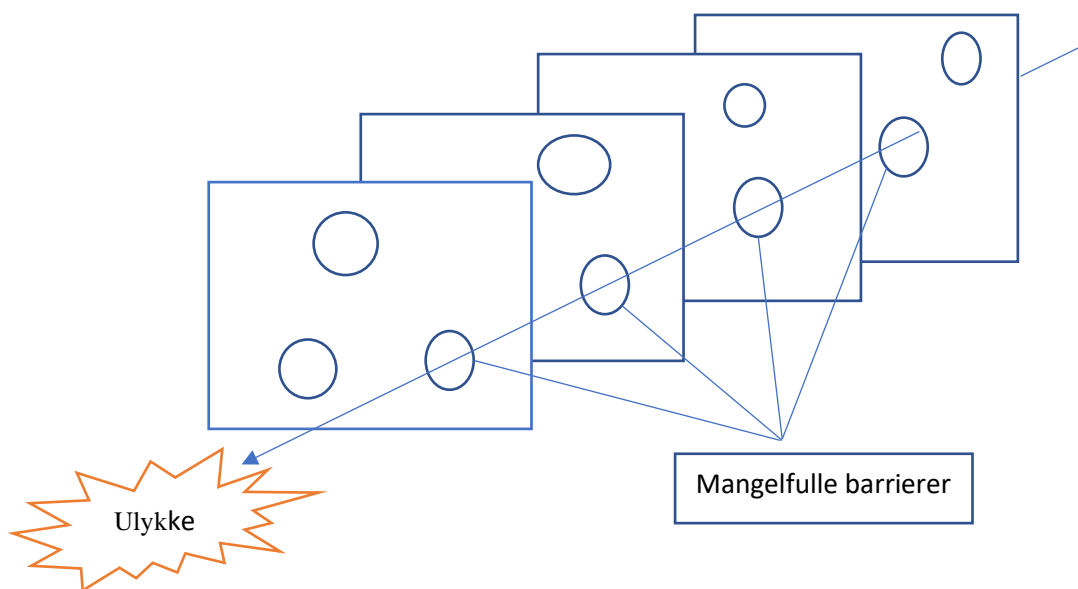
Lovens krav til kommunen om at virksomheten og personell skal ha mulighet til «overholde sine plikter» og kravet til at «tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene» tilsier at bemanning er av betydning for pasientsikkerheten på sykehjem, spørsmålet er hvordan de ansatte oppfatter bemanning som påvirkende faktor til pasientsikkerhetskulturen i sykehjemmene.

2.1.3 Uønskede hendelser og pasientsikkerhet

Uønskede hendelser oppstår på bakgrunn av feil og mangler i et system. Fordi mennesker er involvert i alle typer helsetjenester er det naturlig å si at alle organisatoriske ulykker og feil har menneskelig påvirkning (Reason, J., 1997). Mennesker som opererer i det Reason (1997) kaller “sharp end” eksempelvis en sykepleier som skal forflytte pasient ved bruk av heis eller annet hjelpemiddel, kan komme til å gjøre en feil, noe som fører til at en uønsket hendelse oppstår. Dette er et eksempel på en aktiv feil, (Reason, 1997, s. 10). Til forskjell fra aktive feil er latente feil, mangler som ligger latent i systemet og som ikke blir rettet på før en eventuell uønsket hendelse oppstår. Reason (1997) gir eksempler på latente feil som mangel på øvelse eller utstyr som ikke er oppdatert. Eksempler på dette overført i sykehjem kan være dårlig teamarbeid over tid eller at bemanningen ikke har god nok kompetanse til å utføre arbeidsoppgavene på best mulig måte. Hvis et sykehjem har lav bemanning, og/eller bemanning som ikke har god nok kompetanse, på grunn av sykdom kan dette gjerne påvirke teamarbeidet i sykehjemmet på en kveldsvakt, som igjen kan føre til at en uønsket hendelse oppstår og påfører skade på en av pasientene på sykehjemmet. Feilene trenger ikke å påvirke pasientsikkerheten de første gangene

slike situasjoner oppstår, men vil ha potensial til å føre til at en uønsket hendelse oppstår etter noen vakter med lite personal.

I Swiss cheese modellen kan dette ses som flere feil som kombinert trenger gjennom lagene av forsvar mot uønskede hendelser, slik at en pasientskade oppstår. Modellen er hovedsakelig brukt for å beskrive organisatoriske ulykker som atomkraftulykker, flyulykker med videre, men i denne oppgaven brukes figuren som en måte å forklare hvordan uønskede hendelser kan oppstå i sykehjem, gjennom påvirkning av flere faktorer som kan tenkes å ha innvirkning for pasientsikkerheten.

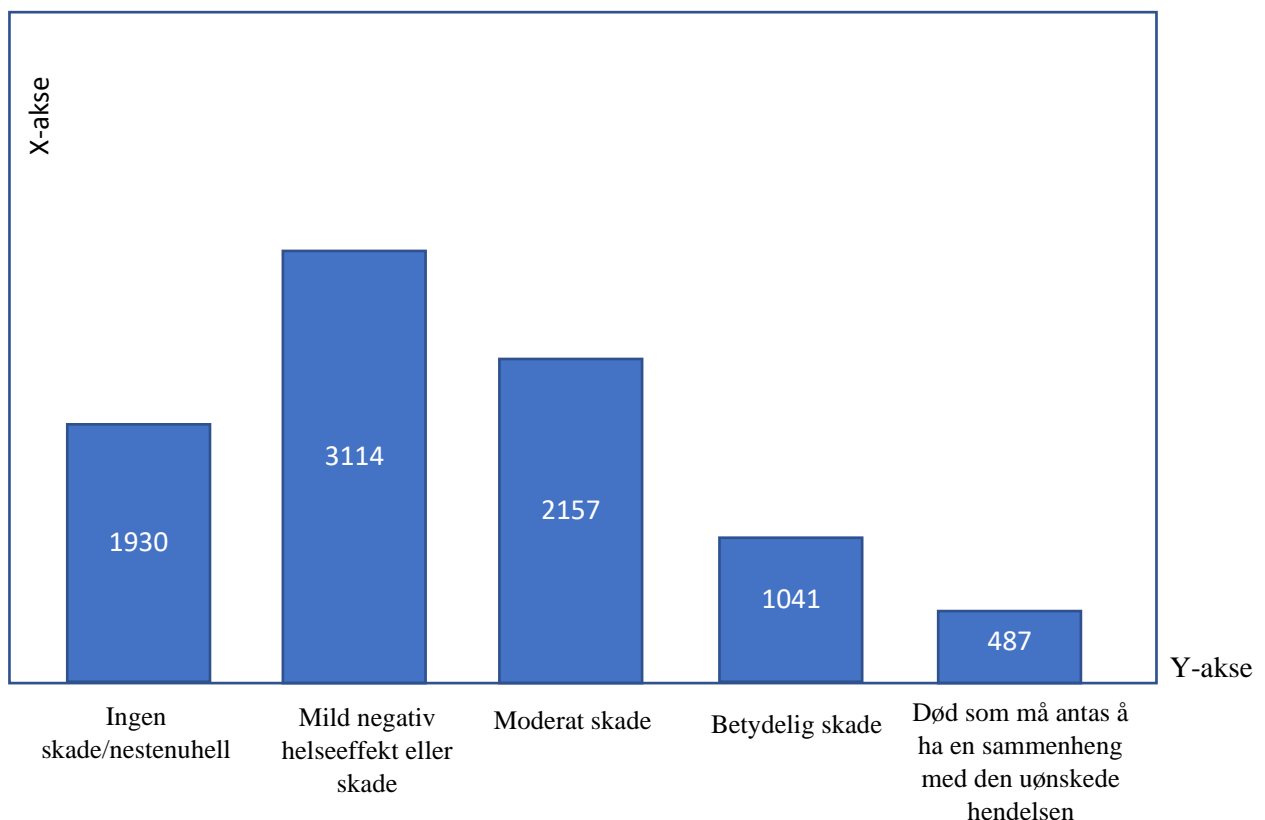


Figur 2. Swiss cheese model

Leders og helsepersonellens fokus på rapporteringskultur for uønskede hendelser, kan tenkes som en slik barriere, da deling av kunnskap om tidligere uønskede hendelser, kan hindre at de samme feilene skjer flere ganger. Pasienter fortsetter å ta skade av feil som kunne vært unngått ifølge “WHO guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems” (heretter kalt WHO-rapporten). Videre uttaler WHO-rapporten at rapportering av uønskede hendelser kan være en løsning for unngå at uønskede hendelser gjentar seg, ved at rapportering kan identifisere farer og risikoer, og gi informasjon – noe som indikerer at en god kultur for tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser vil være en viktig påvirkende faktor for pasientsikkerhetskulturen i sykehjem, (WHO, 2005, s.9). På dette grunnlag vil det være interessant å undersøke de ansattes persepsjon av pasientsikkerhet og om pasientsikkerheten i sykehjemmet har sammenheng med rapporteringskultur.

Ifølge nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023), (heretter kalt nasjonal handlingsplan), er pasientskader et stort problem som strekker seg både globalt og nasjonalt. Et problem i den norske helsesektoren er at man ikke har et godt bilde av omfanget av pasientskader og uønskede hendelser. Nasjonal handlingsplan påpeker at et av problemene innen kommunal sektor er mangelfull informasjon om uønskede hendelser og pasientskader. Et annet grunnlag for at det i denne oppgaven vil være interessant å undersøke om de ansatte i sykehjem opplever en reell sammenheng mellom pasientsikkerhet og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser. Til sammenligning har informasjon om pasientskader og uønskede hendelser blitt kartlagt årlig innen spesialisthelsetjenesten siden 2010, (Nasjonal handlingsplan 2019-2023).

I spesialisthelsetjenesten ble 9681 skader registrert og analysert i meldeordningen for uønskede hendelser 2017, der 11 prosent av disse hadde ført til en betydelig skade. Videre kunne 5 prosent av de registrerte skadene vise til hendelser av så alvorlig grad at de kunne kobles til pasientens dødsfall.



Figur 3. Klassifisering av hendelsenes alvorlighetsgrad fra Meldeordningen. X-aksen viser antall hendelser, mens Y-aksen viser alvorlighetsgrad, (nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023).

Nasjonal handlingsplan (2019-2023) viser videre til en jevn økning av varsler i spesialisthelsetjenesten, der varslene også omfatter alvorlige hendelser, siden varslingsordningen startet i 2010. En slik økning indikerer at det også ville være nyttig å undersøke forholdene rundt alvorlige hendelser også i kommunehelsetjenesten. Den nasjonale handlingsplanen fastslår også at pasientskader skaper tap av materielle verdier ved at slike uønskede hendelser (skader), er utrolig kostbare for samfunnet. Det er relativt lite tidligere forskning på uønskede hendelser i norske sykehjem (Bondevik et al., 2017). Ifølge Bondevik et al. (2017) er det et behov for videre forskning på sammenhengen mellom pasientsikkerhetskultur og uønskede hendelser.

Verdens helseorganisasjon (WHO) kom allerede i 2005 med en uttalelse i WHO-rapporten om at rapportering og læring av uønskede hendelser kan være med på å forbedre pasientsikkerheten. WHO rapporten slår fast at rapportering av uønskede hendelser kan forhindre at lignende uønskede hendelser skjer flere ganger: “We know that health-care errors are provoked by weak systems and often have common root causes which can be generalized and corrected. Although each event is unique, there are likely to be similarities and patterns in sources of risk which may otherwise go unnoticed if incidents are not reported and analysed” (WHO, 2005, s. 5).

Melding til Stortinget 10 (2012-2013) uttrykker at det er behov for et bedre system for rapporteringskultur og oppfølging av uønskede hendelser. Etter at nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten overtok ansvaret for den lovpålagte meldeplikten i spesialisthelsetjenesten, endret meldeplikten karakter og gikk bort fra sanksjoner, og over til at læring og forbedring skulle være målet med meldingene om uønskede hendelser. Kommunehelsetjenesten er derimot ikke en del av ordningen enda, men Helse- og omsorgsdepartementet undersøker mulighetene for å inkludere kommunehelsetjenesten (Aase, 2018, s. 102).

Det finnes ulike rutiner for rapporteringskultur i de fleste kommuner i Norge. Etter innføringen av elektroniske systemer for rapportering av uønskede hendelser, viser kartlegging at rutinene for rapportering har blitt bedre. Likevel har de ulike helseforetakene problemer med analyseringen, og de fleste rapporteringene i liten grad analysert, da foretakene ikke har de analyseringsverktøyene/kompetansen som trengs for å foreta hendelsesanalyser (Krogstad & Saunes, 2009). I henhold til myndighetene er det helseforetakene selv som er ansvarlige for å analysere rapporteringen, og deretter lære av hendelsene som blir rapportert og forbedre forholdene, selv om det foreligger få retningslinjer på hvordan dette skal gjøres (Aase, 2018).

Dette er et godt eksempel på hvordan modellen for kvalitetsforbedring kan brukes for å styrke pasientsikkerhetskulturen i sykehjem (se figur 1).

Noe forskning har også vist at rapportering av uønskede hendelser ikke er samvirker med pasientsikkerhetskultur. En norsk undersøkelse utført i prehospitalt miljø viste at rapporteringskulturen var en av de faktorene som hadde liten grad av sammenheng med og lav forklaringsverdi på pasientsikkerhetskultur (Sørskår et al., 2018).

I helsepersonelloven § 17 stiller lovgiver krav til helsepersonell om å gi opplysninger dersom det foreligger «fare» for pasientsikkerheten: «Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet» (helsepersonelloven, 1999, § 17). Loven presiserer det i kravet ligger en mulighet for «fare» for pasienters sikkerhet og uttaler ikke noe om kravet til faglig forsvarlighet. Videre kommer det frem av lovteksten at det er «forhold som kan medføre», noe som tilsier at lovgiver har ment at også nestenhendelser anses som uønskede hendelser dersom det foreligger «fare for pasienters sikkerhet».

Ifølge loven skal helsepersonellet rapportere om uønskede hendelser til tilsynsmyndighetene, noe som i praksis betyr Fylkesmannen. Ofte er det derimot mer hensiktsmessig å forsøke å løse problemene internt, ved ledelsen, før saken eventuelt går videre til Fylkesmannen. Noe som kan tyde på at det kan være sammenheng mellom rapporteringskultur og hvordan ledelsen opptrer i forhold til pasientsikkerhet. Dersom de ansatte opplever at ledelsen jobber aktivt for å sikre god pasientsikkerhetskultur, kan dette være med å påvirke deres ansvarsfølelse rundt rapporteringskulturen. For at pasientsikkerheten skal være best mulig på den enkelte institusjon, må sikkerhetsarbeidet foregå på institusjonsnivå. På denne måten kan ledelsen gjøre nytte av informasjonen de får av sine ansatte. Helsepersonelloven § 17 gjelder alle institusjoner som yter helsetjenester, (Aase, 2018, s. 56).

Den største utfordringen med rapporteringskulturen er å bruke informasjon på lokalt nivå til å forbedre forholdene. Rapporteringskulturen er en viktig del av arbeidet med å forbedre pasientsikkerheten, men informasjonen må også komme til og brukes på rett beslutningsnivå og brukes aktivt i arbeidet med å forebygge at flere uønskede hendelser skjer (Aase, 2018). Norske myndigheter har vært tidlige med å etablere rapporteringssystemer for uønskede hendelser i sykehus, men det er enda ikke opprettet tilsvarende systemer for rapportering av alvorlige hendelser i den kommunale helsetjenesten, (Aase, 2018, s. 57).

Ifølge nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023) er det viktig at helsesektoren får utviklet bedre rapporteringskultur for å styrke systemet for rapportering av uønskede hendelser, da systemet og oversikten av pasientsikkerhet og uønskede hendelser ikke er gode nok. Handlingsplanen går videre med å si at dette gjelder særskilt for kommunal helsesektor, da arbeidet med pasientsikkerhet ikke har kommet like langt i kommunal sektor som i spesialisthelsetjenesten. Derfor er det interessant å se hvordan de ansatte i sykehjemmene oppfatter ledernes påvirkning på rapporteringskultur, for å se om eventuelle negative holdninger til kulturen kan påvirkes av lederne, slik at de kan opprette tiltak for å forbedre kulturen for rapportering.

2.2 Pasientsikkerhetskultur

Som følge av den nye Samhandlingsreformen som ble innført i Norge i 2012, var det et mål at pasienter skulle skrives ut tidligere fra sykehusene enn det som hadde vært tilfelle tidligere. Med samhandlingsreformen kom forskrift om utskrivningsklare pasienter som la større press på den kommunale helsetjenesten om å ta imot pasienter tidligere enn før. Dersom den kommunale helsetjenesten ikke har mulighet til å ta imot pasienter som defineres som utskrivningsklare, blir de ilagt bøter. Dette har ført til en økning av pasienter som klassifiseres som utskrivningsklare på 260% fra 2011 til 2014 (Cappelen et al., 2018). Endringen i lovverket har ført til at det er flere av pasientene i sykehjem som har større behov for mer hjelp og mer omfattende hjelp enn tidligere, noe som legger større press for en god pasientsikkerhetskultur, og dermed gir et enda større behov for studier av pasientsikkerhet i kommunal helsetjeneste.

Ifølge Ulrich og Kear (2014) er det sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og rapporteringskultur. Artikkelen er basert på forskning utført i sykehus, der det viste seg at god pasientsikkerhet førte til færre antall uønskede hendelser, lavere dødelighet og pasientene var mer fornøyde med behandlingen. Likevel har andre undersøkelser vist at de ansatte hadde dårlig oppfattelse av rapporteringskulturen på arbeidsplassen og på responsen til uønskede hendelser (Bodur, S. & Filiz, E., 2009).

Videre viser tidligere forskning at sykehus der det er frykt og skyld knyttet til rapportering av uønskede hendelser, er det også høyere risiko for at slike uønskede hendelser skal inntreffe. Dette kommer frem av studier utført av Singer et al. (2009), som viser høy grad av pasientsikkerhetskultur har sammenheng med lav risiko for uønskede hendelser når pasientsikkerhetskulturen kartlegges blant personell som jobber nær pasientene. Dette er

derimot ikke tilfelle når pasientsikkerhetskulturen kartlegges blant ledelsen (Aase, 2018, s. 91). skal sette i gang nye pasientsikkerhetstiltak, kan dette være nyttig informasjon.

Det er gjennomgående for flere undersøkelser at teamarbeid og generell oppfattelse av pasientsikkerhet er de faktorene de ansatte har best oppfattelse av når det kommer til pasientsikkerhetskultur innen helsetjenesten. Dette kommer frem av undersøkelser utført i Norge og i utlandet (Bodur, S. & Filiz, E., 2009; Bondevik et al. 2017).

Internasjonalt har det vært et stort fokus på pasientsikkerhetskultur i sykehjem. I Norge har forskningen i forhold til pasientsikkerhet i sykehjem økt, men det er ifølge Aase (2018) og Cappelen et al. (2017) fortsatt mindre forskning på kommunal helsetjeneste enn innen spesialisthelsetjenesten. Sykehjemmene mottar nå sykere pasienter fra sykehusene etter at forskrift om utskrivningsklare pasienter ble innført i 2011, enn det som var tilfelle tidligere, noe som kan tilsi at behovet for en bedre oversikt av pasientsikkerhetskulturen er enda viktigere enn tidligere i kommunehelsetjenesten. Ifølge forskning fra USA er det nødvendig å kartlegge pasientsikkerhetskulturen for å kunne måle pasientsikkerheten (Gartshore et al., 2017). Sykehjem i Norge er enda i en slik kartleggingsfase av pasientsikkerhetskulturen. Selv om det har vært større oppmerksomhet rundt pasientsikkerhet gjennom pasientsikkerhetsprogrammet de siste årene, er forbedringspotensialet i forhold til sikkerhetskultur i norske sykehjem enda stort (Aase, 2018).

Myndighetene har som mål at det i helse- og sosialtjenesten skal bygges en kultur der pasientsikkerhet er en naturlig del av hverdagen (Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, 2019). Ansatte på alle nivåer må dermed være aktive deler av arbeidet med å oppnå en sikkerhetskultur der det er fokus på å unngå uønskede hendelser. For å øke forbedringspotensialet kan det være nyttig å undersøke de ansattes persepsjon av pasientsikkerhetskultur slik som i denne oppgaven.

Pasientsikkerhet er kommet mer og mer i fokus de siste årene. I 2014 ble det skrevet et pasientsikkerhetsprogram (heretter kalt programmet) for pasientsikkerhet som skal omfatte både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ifølge programmet er det fokus på “kartlegging av pasientskader og undersøkelse av pasientsikkerhetskultur”. Videre konstaterer programmet at det skal jobbes for åpenhet og “for at kunnskap om pasientskader og uønskede hendelser i alle ledd av helsetjenesten systematisk brukes til forbedring av pasientsikkerhet” (helse-og omsorgsdepartementet, 2017, s. 4).

Selv om pasientsikkerhet er et tema som er kommet frem i lyset de siste årene, er det likevel stor mangel på forskning, og da særlig i kommunal helsetjeneste. Det meste av den forskningen som har blitt gjort på området er i USA, mens det har vært relativt lite forskning i Europa (Gartshore et al., 2017).

Hovedgrunnen til at utviklingen pasientsikkerhet og herunder uønskede hendelser er så langsom, er at helsepersonell har problemer med å takle menneskeskapte feil og mangler (Leap, L. 1994). Ifølge Leap (1994) er det en kultur på sykehusene som gjør det vanskelig å rapportere uønskede hendelser, da kulturen blant personellet tilsier at feil ikke er akseptabelt. Eventuelle feil blir personifisert, og helsepersonell føler seg gjerne skyldige når uønskede hendelser oppstår. En slik tankegang vil kunne virke ødeleggende for en god rapporteringskultur og læring av feil. Dette er et moment som gjør det interessant å undersøke hvordan de ansatte i sykehjem opplever rapporteringskulturen, og om det er en positiv eller negativ sammenheng mellom rapporteringskultur og forventninger til nærmeste leder.

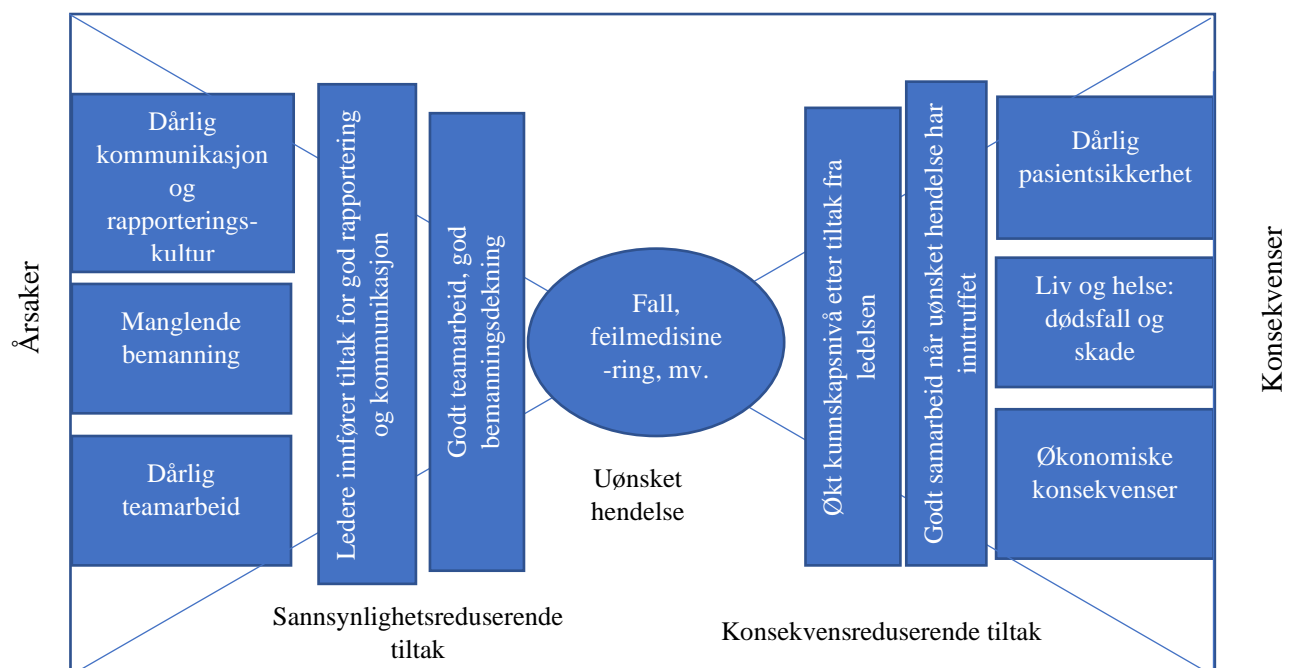
Det har de senere årene vært større fokus på pasientsikkerhet i Norge. Likevel viser tidligere forskning at det har vært større oppmerksomhet rundt pasientsikkerhet på sykehus enn i kommunale helsetjenester (Cappelen et al. 2018 & Olsen & Bjerkan, 2017). I 2011- 2013 startet en nasjonal sikkerhetskampanje der flere av innsatsområdene ble rettet direkte mot helse -og omsorgstjenesten i kommunene. Noen av disse innsatsområdene var legemiddelbruk i sykehjem og forebygging av fall og urinveisinfeksjoner, som er typiske uønskede hendelser i sykehjem. I 2013 hadde 38 prosent av kommunene innført iallfall et innsatsområde i den kommunale helsetjenesten. Sikkerhetskampanjen gikk i 2014-2018 over i pasientsikkerhetsprogrammet, og de kommunale innsatsområdene innen helse- og omsorgstjenester ble videreført i kommunene. Selv om programmet er frivillig hadde 62 prosent av kommunene valgt å jobbe med ett eller flere av innsatsområdene i 2016 (Aase, 2018, s. 90-91). Likevel skriver Cappelen et al. (2017) at det fortsatt er mangel på kunnskap om pasientskader innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Norge. Her kan ulike meldeordninger ifølge Aase (2018) være med på å styrke innblikket i pasientskader, noe som igjen kan tenkes å være med på å styrke pasientsikkerhetskulturen i kommunale helsetjenester.

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023) stadfester at antallet pasientskader i norsk helsesektor er for høyt. Det er ifølge handlingsplanen en utfordring å få oversikt over uønskede hendelser i helsesektoren, og handlingsplanen

spesifiserer at manglende informasjon om pasientskader og uønskede hendelser er spesielt fremtredende i kommunal helsesektor.

En studie fra norske sykehjem viste at persepsjonene av pasientsikkerhetskulturen var svakere i sykehjem, enn i andre helserettede institusjoner (Bondevik et al., 2017). Behovet for videre utvikling av pasientsikkerhetskulturen er enda tilstede i norske sykehjem. Dette kom frem i en undersøkelse gjort av Cappelen et al. (2018), der studien viste at det bare var de ansatte på et av 6 sykehjemmene som hadde oppfattelsen av at den totale pasientsikkerhetskulturen hadde forbedret seg etter en periode på 20 måneder.

Pasientsikkerhet forbindes ofte med feil og eller mangler, og det vil være et konstant arbeid med å redusere slike feil. Det er ikke alle feil som fører til skade, likevel er det viktig at vi også kan lære noe av “nestenhendelser”. Det er menneskelig å gjøre feil og det er derfor naturlig at det forekommer feil og mangler i et yrke der mennesker utfører de fleste av arbeidsoppgavene, (Reason, 1997). Ved å fokusere på tiltak som kan forhindre at slike hendelser skjer eller at slike hendelser fører til pasientskader, kan mye være gjort for å forbedre pasientsikkerheten. I denne oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i noen av faktorene som kan tenkes å påvirke pasientsikkerheten og kvaliteten i sykehjem. Disse kan vises på en oversiktlig måte i et sløyfediagram:



Figur 4. Sløyfediagram – pasientsikkerhet.

Figuren viser sammenheng mellom mulig årsaker som kan føre til pasientskade, hvilke konsekvenser dårlig pasientsikkerhetskultur kan medføre, og hvilke tiltak som kan forhindre at dårlig pasientsikkerhetskultur utvikler seg til gjentakende uønskede hendelser (dette er bare forslag til tiltak). Figuren viser et eksempel på hvordan de ulike predikatorvariablene kan tenkes brukt for å påvirke pasientsikkerhetskulturen i sykehjem. For eksempel viser tidligere studier at bra teamarbeid og god kultur for kommunikasjon og rapportering kan virke sannsynlighetsreducerende for at en uønsket hendelse skal kunne inntreffe (Cappelen et al., 2018). Sløyfediagrammet virker som et instrument for å få bedre oversikt over hvilke faktorer som kan ha sammenheng med at uønskede hendelser oppstår (Engen, O.A., Kruke, B., Lindøe, P., Olsen, K., Olsen, O. & Pettersen K., 2017).

Tidligere forskning har for eksempel vist at hvordan lederne jobber med pasientsikkerhet er viktig for de ansattes oppfattelse av pasientsikkerhetskulturen i sykehjemmene, (Cappelen et al., 2018). Videre har sikkerhet sammenheng med uønskede hendelser (Reason, 1997). Sløyfediagrammet kan i denne sammenheng være en fin måte å få oversikt over hvordan disse faktorene henger sammen. Deretter kan man jobbe videre med tiltak som kan redusere sannsynligheten for at slike hendelser oppstår, og konsekvensene etter at en uønsket hendelse har inntruffet, slik at slike hendelser ikke skjer om igjen.

2.2.1 Bemanning

Arbeidsdagen på sykehjem er ofte preget av tungt fysisk arbeid, spesielt i form av stell av pasienter. Pasientene har dessuten et sykdomsbilde som er preget av flere diagnoser og ulike typer problemstillinger i forhold til behovet for helsehjelp (Aase, 2018). Behovet for godt teamarbeid og bemanning kan derfor tenkes å være viktig i forhold til pasientsikkerhet. Behovet for bemanning kan være problematisk fordi behovet kan endre seg over kort tid. I sykehjem har pasientene ofte komplekse diagnoser, noe som kan påvirke pasientsikkerheten og øke risikoen for at uønskede hendelser inntreffer (Bondevik et al., 2017).

En studie utført på sykehus i Oman kan tyde på at helsepersonells oppfatning av bemanning er den samme som ved norske sykehus. I undersøkelsen oppfattet sykepleierne bemanning som en av de faktorene som hadde minst positiv sammenheng med god pasientsikkerhet. Blant annet uttrykte 46 prosent av sykepleierne at sykehuset ikke hadde mange nok ansatte til å håndtere

arbeidsmengden, og hele 69.8 prosent mente at de ansatte jobbet for mye og at det kunne gå ut over pasientsikkerheten på sykehuset (Ammouri et al., 2014).

Flere studier har undersøkt hvordan de ansatte anser bemanning som en påvirkende faktor til pasientsikkerheten på arbeidsplassen. Ifølge Cappelen et al. (2017) var bemanning et av punktene de ansatte anså hadde lavest positiv sammenheng med pasientsikkerhet. Videre viser en studie fra 2018 at de ansatte oppfattet bemanning som en av de faktorene som hadde minst sammenheng med pasientsikkerhet både i første og annen undersøkelse runde, noe som kan være grunn til bekymring (Cappelen et al., 2018). Studien viste at det kun var et av ni sykehjem der de ansatte hadde et positivt bilde av bemanning med tanke på pasientsikkerhet både i undersøkelsen foretatt i 2013 og i undersøkelsen utført i 2015.

I motsetning til de overnevnte studiene, fant Ballangrund et al. (2012) at hele 62.2% av de ansatte på intensivavdelinger på fire norske sykehus var fornøyd med bemanningen på avdelingen. Dette er derimot et unntak fra andre studier, som viser at de ansattes persepsjon av bemanning generelt sett er negativ på både sykehus og sykehjem (Glette et al., 2017; Cappelen et al. 2017).

Bemanning er kjent som en av de faktorene som har stor betydning for pasientsikkerhet, men også en faktor som har vist seg å være problematisk i forhold til hvordan de ansatte oppfatter bemanningssituasjonen på arbeidsplassen. Bemanning var en av de faktorene som de ansatte anså som minst samvirkende med pasientsikkerhet i studier utført på sykehus i Sverige, (Marita Danielsson, Per Nilsen, Hans Rutberg & Kristofer Årestedt, 2017).

Norske og utenlandske studier viser altså at bemanning er et punkt inne pasientsikkerhet som har utfordringer (Ammouri et al., 2014, Cappelen et al., 2017 & Cappelen et al., 2018). Det vil derfor være svært interessant å se hvordan de ansatte på de utvalgte sykehjemmene på Sør-Vest landet oppfatter bemanning som en medvirkende faktor til pasientsikkerhet i sykehjemmet.

2.2.2 Teamarbeid

Teamarbeid er et viktig redskap i helsetjenesten da flere av arbeidsoppgavene krever samarbeid for å gjennomføres. Teamarbeid kan forstås som «to eller flere profesjonsutøvere som i en behandlingssituasjon komplementerer hverandre og er innstilt på å realisere felles mål og resultater» (Stubberud, D., 2018). Å jobbe i team kan trolig gjøre arbeidet mer effektivt og skape bedre trygghet for pasientene og de ansatte, dersom det fungerer.

For at teamarbeidet skal fungere bra er det viktig at de ansatte har en god samhandling. Hensikten med arbeidet må derfor være avklart og de ansatte må jobbe mot et felles mål. God samhandling krever god kommunikasjon mellom de ansatte. Tidligere forskning har vist at når kommunikasjonen mellom de ansatte er god, kan kommunikasjonen føre til bedre pasientsikkerhet (Stubberud, D., 2018). Cappelen et al. (2016) forklarer teamarbeid som et komplisert fenomen som er delt inn i ulike undergrupper, og et av flere momenter som utgjør rammeverket rundt sikkerhetskultur.

Arbeid i team gjør at ansatte arbeider bedre, enn arbeid individuelt. Grunnen til at teamarbeid kan ha påvirkning på pasientsikkerhet, er at noen arbeidssituasjoner krever ulike kvalifikasjoner for å kunne overveie ulike scenarioer og ta best mulige beslutninger (Vincent, C., 2010). Kvaliteten på helsearbeidet vil være bedre når det utøves i sammenheng med godt teamarbeid ifølge Vincent (2010). Noen av grunnene til det er at ingen enkeltindivider har kvalifikasjoner som dekker alt, god kommunikasjon gjør arbeidet mer effektivt, godt teamarbeid resulterer i trygghet og til slutt vil et godt teamarbeid resultere i at de ansatte opplever bedre selvfølelse og mer åpenhet på arbeidsplassen.

Vincent (2010) går videre med å forklare hva teamarbeid er, og legger blant annet vekt på at ingen enkeltindivider alene er ansvarlig for feil. Utenlandsk forskning har vist at sykehus der de ansatte opplever en slik ansvarliggjøring ved uønskede hendelser, har sammenheng med rapporteringskulturen på arbeidsplassen. Når sykepleiere har et inntrykk av at de vil bebreides for feil, er det mindre sannsynlig at de vil rapportere de uønskede hendelsene som oppstår, (Ammouri et al., 2015). Det vil derfor være interessant å undersøke om de ansatte også opplever sammenheng mellom teamarbeid og rapportering av uønskede hendelser i sykehjem i Stavanger kommune.

Flere studier har brukt teamarbeid som en indikator for hvordan pasientsikkerhetskulturen oppleves på ulike helseinstitusjoner (Bodur, S. & Filiz, E., 2009), (Cappelen et al. 2016) og (Olsen, R.M. & Bjerkan, J. 2017). Felles for alle studiene som er utført er at mange av de ansatte opplever teamarbeidet på arbeidsplassen påvirker pasientsikkerhetskulturen positivt.

Det er menneskelig å gjøre feil, og det vil derfor aldri være mulig å unngå uønskede hendelser helt. Likevel kan tiltak som rapportering og god kommunikasjon, der de ansatte lærer av feilene, føre til færre uønskede hendelser. Tidligere studier har også vist at trening i team økte de ansattes oppfattelse av sikkerhetskulturen på sykehuset (Weaver, S.J. et al., 2013). Weaver et al. (2013) fant at de ansattes oppfattelse av teamarbeid og pasientsikkerhetskultur generelt ble

bedre etter at sykehuset hadde innført ulike tiltak for å bedre teamarbeidet, som redskaper for å bedre kommunikasjon og fokus på trening i teamarbeid. Ved videre forskning av pasientsikkerhetskultur i sykehjem ville det være interessant å se om slike tiltak også ville forbedre de ansattes persepsjon av pasientsikkerhetskultur i kommunal helsetjeneste.

Generelt kan tidligere studier i Norge og i utenlandske studier tyde på at helsepersonell på sykehus og i sykehjem opplever teamarbeid som en av de faktorene som har mest positiv effekt på pasientsikkerhetskulturen. Videre har også helsepersonell som jobber i prehospitaltjenester (som f.eks. AMK) gitt uttrykk for at de opplever at teamarbeidet på arbeidsplassen har positiv innvirkning på pasientsikkerheten (Sørskår, L.F., Abrahamsen, E., Olsen, E., Sollid, S. & Abrahamsen, H. 2018).

Videre viser utenlandske studier at sykepleiere som opplever at avdelingen de jobber på har et godt teamarbeid og åpen kommunikasjon, også oppfatter pasientsikkerheten som mer helhetlig enn de sykepleierne som ikke opplever at avdelingen har åpen kommunikasjon og godt teamarbeid (Ammouri et al., 2014). Studien viste også at sykepleiere som har en persepsjon av at teamarbeidet fungerer bra, også rapporterer flere av de uønskede hendelsene som oppstår, noe som indikerer at et godt teamarbeid fører til en bedre rapporteringskultur. Det vil derfor være interessant å se om helsearbeidere har samme oppfattelsen av sammenheng mellom teamarbeid og rapporteringskultur i norske sykehjem.

2.2.3 Tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser

For å unngå at flere like uønskede hendelser skal oppstå er det viktig at helseforetakene lærer av tidligere hendelser. Denne læringen av tidligere erfaringer er med på å danne grunnlaget for rapportering av uønskede hendelser (Aase, 2018). En mulig tilnærming til læring av uønskede hendelser ses i figur 1. For å lære av uønskede hendelser er det viktig å se på årsakene til hendelsene først. Uønskede hendelser, men også nestenhendelser vil kunne inneholde nyttig informasjon som kan være med på å definere risikomomenter i sykehjemmene, og hvordan arbeidsforhold og rutiner kan endres for å redusere risikoen for at uønskede hendelser skal oppstå (Aase, 2018, s. 102).

God tilbakemeldings- og kommunikasjonskultur er viktig for å øke pasientsikkerheten, og flere studier viser at tilbakemeldings- og kommunikasjonskultur har signifikant sammenheng med pasientsikkerhetskultur (Westrum, 2004; Ballangrud et al. 2012). Ballangrud et al. (2012) fant

at rapportering og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser trengte forbedring.

Forskning som omhandler uønskede hendelser eller nestenhendelser handler om at det er menneskelig å gjøre feil, og at uønskede hendelser dermed må forventes. Derimot kan disse hendelsene reduseres ved å konsentrere seg om underliggende faktorer på teamnivå eller organisasjonsnivå, som feil i prosedyrer eller opplæring, i stedet for å se på feil fra enkeltindivider (Aase, 2018). Informasjonen man får fra rapportering om uønskede hendelser og nestenhendelser vil derfor være viktig for arbeidet med å forbedre pasientsikkerheten og for endringer i gjennomføringen av konkrete arbeidsoppgaver.

Det kan være vanskelig å bedømme om en uønsket hendelse som har oppstått har bakgrunn i sykdomsforløpet til pasienten, eller om helsetjenesten har forårsaket hendelsen. I helsetjenesten kan en uønsket hendelse bero på utilfredsstillende medisinsk behandling, men en uønsket hendelse kan også skje dersom behandlingsalternativene gjør det umulig å unngå (Aase, 2018, s. 17).

Tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser var en av faktorene de ansatte hadde en mer negativ oppfattelse av, noe som ses også i andre norske studier ved sykehus (Haugen et al., 2010). Studien viste at det er en signifikant sammenheng mellom de ansattes persepsjon av tilbakemelding og kommunikasjon og de ansattes generelle oppfattelse av pasientsikkerhet (Ballangrund et al. 2012).

Meld. St. (2018-2019) viser til at det er problematisk å måle kvaliteten innen kommunale helse- og omsorgstjenester, da det ofte foreligger mangel på tilstrekkelig data og resultatene kan vanskelig måles. Grunner til dette kan være flere, dårlig rapporteringskultur – der tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser kan være en av disse faktorene. Derfor vil jeg i denne oppgaven bruke analysene til å undersøke om det foreligger mulig årsakssammenheng mellom rapporteringskultur gjennom tilbakemelding og kommunikasjon, og pasientsikkerhetskultur.

2.2.4 Forventninger til nærmeste leder

Ifølge ordlyden til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) er det ledelsen som har ansvaret for «at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i

virksomheten medvirker til dette», jf. § 3. Forskriften går videre med å forklare hva «systematisk styring» innebærer; «hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen», jf. § 4. Dette kan ses i sammenheng modell for kvalitetsforbedring (se figur I).

Ifølge Meld. St. 10 (2012-2013) var manglende ledelse av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet en viktig årsak til uønskede hendelser og feil. Videre fant helsetilsynet at ledelsen ikke hadde god nok kontroll over hvilke risikoer pasienter og brukere utsettes for, og heller ikke etterspør informasjon om risiko for uønskede hendelser i stor nok grad (Meld. St. 10 kap. 6, 2012-2013). Det er en viktig forutsetning for god kvalitet og pasientsikkerhetskultur at lederne er med på å integrere kvalitets- og sikkerhetsarbeid som en daglig del av driften, og ikke se på dette arbeidet som en utenforstående del fra de daglige oppgavene (Stubberud, 2018).

Stubberud (2018) nevner noen faktorer som kan fremme kvalitetsarbeidet gjennom ledelseskompetanse;

- Dokumentering og rapportering av resultater.
- Involvere ansatte i forbedringsarbeidet.
- Styrke sikkerheten i tjenestene.
- Vedlikeholde forbedringer.

I prehospitalt miljø fant forskere at de ansatte var mest positive til forventninger til nærmeste leder og hvordan lederne promoterer pasientsikkerhet (Sørskår et al., 2018), noe som til sammenligning motstrider med oppfattelsen helsetilsynet hadde til ledernes rolle i å fremme pasientsikkerhet i helsesektoren Meld. St. 10 (2012-2013). Her kan det tenkes at det er skjedd endringer siden Meld. St. 10 (2012-2013), og videre kan det tenkes at de ansatte i prehospitalt miljø har bedre opplevelse av ledelsen i forhold til pasientsikkerhet, enn i sykehjem. Eller at forventninger til ledernes arbeid med pasientsikkerhet oppfattes bedre av ansatte enn av helsetilsynet.

Lederegenskaper og hvordan lederne forplikter seg til pasientsikkerhet er svært viktig for pasientsikkerhetskulturen. Nærmeste leder kan gjennom god ledelse være med å motivere de ansatte til å jobbe sammen for å forbedre pasientsikkerheten i sykehjemmene, noe som igjen

kan gi de ansatte en følelse av deltagelse og også ansvar for å sikre best mulig pasientsikkerhet på arbeidsplassen (Cappelen et al., 2018).

Pasientsikkerhet er et viktig tema innen både spesialisthelsetjenesten og kommunal helsetjeneste. Et av målene for pasientsikkerhetsprogrammet – I trygge hender 24/7 (heretter kalt programmet), (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014) er at det skal bidra til større åpenhet og trygghet i rapporteringskulturen, slik at de ansatte sier ifra om forhold som truer pasientsikkerheten. Et annet mål er å øke personalets kjennskap til uønskede hendelser/nestehendelser slik at kunnskapen kan brukes for å forhindre at slik hendelser oppstår. Pasientsikkerhet må ifølge programmet forankres i ledelsen, som videre har et ansvar om at de ansatte får kunnskap og engasjerer seg for å styrke pasientsikkerheten i sykehjemmene. At ledelsen har et ansvar for å skape trygghet og åpenhet i rapporteringskulturen, kan tyde på at hypotesen om at forventninger til leder vil ha positiv sammenheng med tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser vil støttes i regresjonsanalysen.

3.0 METODE

I dette kapitlet vil jeg beskrive metoden som er benyttet i denne oppgaven. Jeg beskriver studiens design, utvalg, datainnsamling og instrumenter brukt i studien først. Deretter redegjør jeg for de statistiske analysene som er benyttet. Jeg undersøkte om utfallsvariabelen og prediktorvariablene samvarierer gjennom bruk av korrelasjonsanalyse, for deretter videreføre utfallsvariabelen og predikatorene til en multippel regresjonsanalyse, for å kunne besvare oppgavens forskningsspørsmål.

3.1 Design

Grunnlaget for datamaterialet brukt i studien er tverrsnittstudier i sykehjem på Vestlandet, utført av forskere i SAFE-LEAD prosjektet.

Valget av metode ble gjort på bakgrunn av hva som var mest formålstjenlig for å besvare oppgavens problemstilling og hypoteser. For å forklare sosiale fenomener vil det være naturlig å bruke kvantitativ metode, «da den er spesielt egnet til å kartlegge, se på sammenhenger, belyse årsak - virkning og måle effekt av tiltak» (Drageset & Ellingsen, 2009, s.100). I undersøkelser av årsakene til sosiale fenomener er målet å forstå hvorfor mennesker handler som de gjør og hvilke samfunnsmessige forhold som ligger bak. Her er det likevel viktig å være klar over at ytre kausale forhold kan virke inn, og påvirke resultatene og at mennesker handler med intensjoner og egne oppfatninger av meningsinnhold (Skog, 2004).

Studiet er designet som en tverrsnittsstudie hvor deltakerne har besvart spørreskjema ved kun ett tidspunkt. Hensikten med tverrsnittsdata er å se på korrelasjoner og korrelasjonsmønstre, dermed er det vanlig å benytte flere egenskaper ved observasjonseenhetene som utgangspunkt for studien. Jeg vil undersøke om de ansatte opplever at den generelle pasientsikkerhetskulturen påvirkes av teamarbeid, bemanning og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser. Det er noen ulemper ved å bruke tverrsnittstudier, som begrensninger i materialet ved at alt samles inn på et tidspunkt. Dette kan hindre innblikk i eventuelle endringer som skjer over tid (Skog, 2004). Jeg kommer tilbake til fordeler og ulemper ved datamaterialet i diskusjonsdelen. Grunnlaget for datamaterialet brukt i studien er spørreskjemaundersøkelse ved sykehjem på Sør-Vestlandet, utført av forskere i SAFE-LEAD prosjektet.

3.2 Utvalg

Utvalg av respondenter er ansatte med ulike utdannelses og bakgrunn fra fire ulike sykehjem på Sør-Vestlandet. Utvalget ble basert på at det skulle være variasjon av by og kommune, samt at enhetene skulle variere i størrelse. Inklusjonss- og eksklusjonskriteriene for å delta var følgende:

- Respondentene måtte arbeide innen en av de inkluderte enhetene.
- Respondentene måtte ha en stillingsprosent på 30 % eller høyere.
- Respondentene måtte beherske norsk godt nok til å kunne besvare spørreskjema.

Det var 165 ansatte ved sykehjem på Sør-Vestlandet som besvarte undersøkelsen, hvorav 152 (92.1%) var kvinner og 13 (7.9%) var menn. Av respondentene var det 95 % som hadde helsefaglig utdanning (se tabell 1). Videre hadde 90 % av respondentene direkte pasientkontakt og 47.7 % hadde jobbet i sykehjemmet i mer enn 10 år.

3.3 Datainnsamling

For rekruttering av respondenter har forskerne i SAFE-LEAD prosjektet hatt bistand av medforskere fra Rogaland utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Medforskerne har bistått ved å kontakte avdelingsledere ved sykehjemmene som har deltatt i studien. Dataene som er samlet inn er primærdata, noe som vil si at det er data som er brukt for første gang i studieøyemed. Spørreskjema ble sendt ut i 2018 via lenke i e-post til alle ansatte ved fire sykehjem på Sør-vestlandet som tilfredsstilte inklusjonskriteriene for å delta i studien. Programmet SurveyXact ble benyttet for å ved administrering av spørreskjemaet. Spørreskjema ble sendt til totalt 289 mulige respondenter. Total svarprosent var 65 % (N=165).

3.4 Instrument

Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur. I denne studien har jeg benyttet Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSOPSC) for å måle pasientsikkerhetskultur og generell oppfattelse av pasientsikkerhet i sykehjem. Instrumentet ble først utviklet for bruk i sykehjem i 2008 (Sorra, J. and Frankling, M., 2008), og var da basert på sykehusversjonen Safety Attitude Questionnaire and Hospital Survey of Patient Safety Culture (HSOPSC), (Cappelen, K., Aase, K., Storm, M., Hetland, J. og Harris, A., 2016). HSOPSC ble utformet av The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), for å få et bedre bilde av pasientsikkerhetskultur i sykehus (Cappelen et al., 2016, s. 2). NHSOPSC er tilpasset og validert til bruk i norske

sykehjem av Cappelen et al. (2016), fra en 12-faktor-modell til en 10-faktor-modell, som er ansett å passe bedre til norske sykehjem enn den originale versjonen. NHSOPSC er brukt som en del av spørreundersøkelsen i forskningsprosjektet «SAFE-LEAD: Ledelse av kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten», som jeg har brukt som utgangspunkt for min oppgave.

Spørreskjemaet som ble brukt i undersøkelsen består av 42 spørsmål, hvor svaralternativene er rangert fra 1 «helt uenig» eller «aldri» til 5 «helt enig» eller «alltid». Noen av spørsmålene er reversed coded, det vil si «motsatt skala» der 1 er «best». Videre stiller skjemaet to overordnede spørsmål for å kartlegge respondentenes overordnede perspektiv på pasientsikkerhet – hvorav det ene er brukt som utfallsvariabel i denne oppgaven, og lyder «Alt i alt, hvordan vurderer du pasientenes sikkerhet i dette sykehjemmet?» Spørsmålet rangeres fra 1 «svært dårlig» til 5 «svært god». De ti faktorene som inngår i NHSOPSC er teamarbeid, bemanning, følge prosedyrer, opplæring og ferdigheter, ikke straffende tilbakemelding på feil, overganger, tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser, kommunikasjon og åpenhet, forventninger til «nærmeste leder» og ledelse (ledelsesstøtte) og organisatorisk læring. Under beskriver jeg de tre faktorene benyttet i oppgaven:

Bemanning. For å måle variabelen bemanning, ble fire spørsmål benyttet:

- *«Vi er tilstrekkelig personell til å håndtere arbeidsmengden,*
- *Ansatte må skynde seg fordi de har for mye å gjøre,*
- *Pasientenes behov blir også ivaretatt i forbindelse med vaktskifte,*
- *Det er vanskelig å ivareta pasientenes sikkerhet fordi så mange slutter i jobben».*

Spørsmålene «ansatte må skynde seg fordi de har for mye å gjøre» og «det er vanskelig å ivareta pasientenes sikkerhet fordi så mange slutter i jobben» er reversert slik at høyere score indikerer større misnøye.

Teamarbeid. Ble målt ut fra de fire spørsmålene:

- *«I vårt sykehjem behandler vi hverandre med respekt,*
- *I vårt sykehjem støtter vi hverandre,*
- *Ansatte opplever at de er en del av et team,*
- *Når noen har det virkelig travelt ved dette sykehjemmet hjelper andre ansatte til».*

Alle spørsmålene ble vurdert ut fra en skala fra 1 «helt uenig» til 5 «helt enig».

Tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser. Variabelen ble målt ut fra fire spørsmål:

- *«Når ansatte rapporterer om noe som kan skade en pasient blir dette fulgt opp,*
- *Ved dette sykehjemmet diskuterer vi hvordan vi kan forhindre at uønskede hendelser kan skje igjen,*
- *Ansatte sier fra dersom de oppdager noe som kan skade en pasient (fysisk eller psykisk),*
- *Ved dette sykehjemmet diskuterer vi ulike måter å sikre at pasienter ikke kommer til skade (fysisk eller psykisk)».*

Alle spørsmålene er vurdert på en skala fra 1 til 5, der 1 er «helt uenig» og 5 er «helt enig».

Forventninger til nærmeste leder. Variabelen ble målt ut fra tre spørsmål:

- *«Min nærmeste leder lytter til de ansattes ideer og forslag vedrørende pasienters sikkerhet,*
- *Min nærmeste leder uttrykker seg positivt når han/hun ser at arbeidet blir utført i overensstemmelse med våre prosedyrer,*
- *Min nærmeste leder er opptatt av pasientsikkerhet ved sykehjemmet».*

Spørsmålene er vurdert på en skala fra 1 til 5, der 1 er «helt uenig» og 5 er «helt enig».

3.4.1 Kontrollvariabler

I oppgaven har jeg brukt alder og antall år de ansatte har jobbet ved sykehjemmene som kontrollvariabler da disse kan tenkes å ha betydning for ansattes responser på studiens variabler. Tidligere forskning har vist at alder kan påvirke hvordan de ansatte i sykehjem opplever teamarbeid og sikkerhetskulturen som helhet (Bondevik et al. 2017). Studien til Bondevik et al. (2017) viste at både høyere alder og ansattes stilling hadde sammenheng med flere av pasientsikkerhetsfaktorene, blant annet teamarbeid, i sykehjemmet.

3.5 Etikk

Før oppstarten av prosjektet i 2016 foretok forskere fra SAFE-LEAD forskningsetiske overveielser. Retningslinjene i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2000) er fulgt. Det første som ble gjort var å søke om fremleggingsvurdering hos Regionale komiteer

for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK fant at forskningsprosjektet ikke gikk under deres mandat. Videre ble prosjektet godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD, ID 54855).

I spørreskjema som ble sendt ut til sykehjemmene er formålet med prosjektet forklart, de metodene som skulle brukes og hvordan deltagelsen kan ha betydning for deltakerne. Deltakerne er også informert om hvilke opplysninger som skulle samles inn og at ved å besvare spørreskjema gav deltakerne sitt samtykke til at opplysningene ble brukt i forskningsprosjektet. Deltakerne ble informert om at det når som helst i studien kan trekke tilbake sitt samtykke, og dette uten noen form for begrunnelse. Videre ble all informasjon gitt på en forståelig og enkel måte, uten tekniske og forvirrende faguttrykk. I studien er det ikke individbasert fokus, men gruppebasert, og det er ikke mulig å identifisere enkeltpersoners besvarelser, da alle spørreskjemaene er besvart konfidensielt.

3.6 Forutsetninger ved regresjonsanalyse

Før jeg begynte analysene foretok jeg noen preliminære analyser for å sjekke at det finnes en lineær sammenheng mellom de ulike variablene som er benyttet i undersøkelsen. Ifølge Pallant (2016), bør de uavhengige variablene korrelere med den avhengige variabelen med minimum .3, for at den uavhengige variabelen skal ha noe å si for studien. I denne studien korrelerer de fire uavhengige variablene med generell oppfattelse av pasientsikkerhet med en større verdi enn .3 (se tabell II). I analyse nummer II korrelerer alle de tre prediktorvariablene med høyere verdi enn .3.

Videre er det viktig at analysen ikke inneholder multikollinearitet. Dersom de uavhengige variablene korrelerer med en verdi over .7, kan det indikere multikollinearitet, noe som betyr at de uavhengige variablene påvirker hverandre i for stor grad. Teamarbeid og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser hadde en relativt høy korrelasjon (.6), noe som kan tyde på multikollinearitet, men da korrelasjonen ligger under terskelverdien .7, valgte jeg å beholde begge variablene (se tabell II). En annen måte å sjekke multikollinearitet er gjennom verdiene tolerance og VIF. Tolerance verdien bør ikke være for lav (verdier lavere enn .10 indikerer multikollinearitet), og VIF verdier over 10 gir også grunn til bekymring (Pallant, 2016). I denne analysen er det ingen av variablene som har tolerance under .10 eller VIF verdi over 10, dermed tyder det på at variablene i analysen ikke er påvirket av multikollinearitet. I p-plot-testen for denne hierarkiske regresjonsanalysen ligger «prikkene» i en relativt rett linje, noe som tyder på at dataene i analysen er tilnærmet normalfordelt.

Cronbach's alpha er en av de vanligste målene innen forskning for å måle analysens reliabilitet. Koeffisienten forklarer om skalaen som brukes i analysene har en god intern konsistens. Cronbach's alpha koeffisienten bør ha en verdi > 0.7 (Pallant, 2016). I denne oppgaven har bemanning en lav Cronbach's alpha verdi, .58, men jeg har valgt å beholde prediktoren likevel. Etter å ha sett på tidligere forskning, kan bemanningsfaktoren påvirke persepsjonen av pasientsikkerhet blant ansatte i sykehjemmene, dessuten er faktoren brukt mye i tidligere forskning og gir derfor mulighet for sammenligning av resultater fra andre studier. Videre kan den lave Cronbach's alpha verdien skyldes at faktoren kun inneholder fire spørsmål.

4.0 STATISTISKE ANALYSER

Alle dataanalyser i oppgaven er utført ved hjelp av SPSS 25.0. For å beskrive utvalget benyttet jeg frekvensfordeling og deskriptiv statistikk.

4.1 Korrelasjonsanalyse

I denne oppgaven har jeg valgt å undersøke sammenhengen mellom studiens variabler ved bruk av Pearson's korrelasjonsanalyse. Likevel vil korrelasjon mellom utfallsvariabelen og predikatorvariablene ikke være ensbetydende med at det finnes en direkte årsakssammenheng mellom variablene, da det korrelasjonsanalysen ikke gir svar på om det er Y (utfallsvariabel) som påvirker X uavhengig variabel, eller X som påvirker Y. Samvariasjonen mellom variablene kan derfor være utløst på bakgrunn av andre mellomliggende eller bakenforliggende variabler, som ikke er tatt med i korrelasjonsanalysen.

4.2 Reliabilitet

Resultatet i testingen av NHSOPSC i norske sykehjem viste at åtte av de ti faktorene i den redigerte undersøkelsen fikk en akseptabel score i forhold til «internal consistency with Cronbach's alpha», altså verdier >0.60 (Cappelen et al. 2016). Korrelasjonsanalysen utført av i samme studie viste moderat til sterk korrelasjon mellom de ti ulike faktorene i den reviderte modellen.

Bemanning var en av verdiene som viste lave Cronbach's alpha verdier (0.55). Argumentene for likevel å inkludere disse faktorene er at de er viktige i forhold til å undersøke oppfattelsen av pasientsikkerhetskultur i sykehjem, samtidig som de er viktige for å kunne sammenligne fremtidige undersøkelser som bruker NHSOPSC, med studier fra andre land som bruker samme instrument (Cappelen et al, 2016).

Cronbach's alpha for bemanningsvariabelen i denne studien var 0.58, noe som er noe lavt, derfor valgte jeg å se på mean inter-item korrelasjonsverdien for enhetene i denne studien. Anbefalt verdi er mellom .2 og .4 for skalaer med få enheter (under 10), slik som er tilfelle her (4 enheter), i denne studien er verdien .26. I denne undersøkelsen har faktorene teamarbeid og tilbakemelding og kommunikasjon god reliabilitet med Cronbach's alpha koeffisienter på henholdsvis .83 og .80. Lederkultur har Cronbach's alpha verdi på .91.

4.3 Multippel lineær regresjon

Korrelasjonsanalysen gir svar på om det er samvariasjon mellom variablene i undersøkelsen, men er et symmetrisk mål og vil dermed ikke skille mellom utfallsvariabelen og de uavhengige variablene (Skog, 2014). Derfor har jeg videre valgt å utføre en multippel regresjonsanalyse for å få en bedre oversikt over hvordan de uavhengige variablene forklarer generell oppfattelse av pasientsikkerhet i sykehjemmene. I denne oppgaven vil jeg undersøke hvilken forklaringskraft bemanning, samarbeid og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser har på de ansattes persepsjon av pasientsikkerheten i sykehjemmet.

Ved å benytte en slik analysemetode var det også mulig å se hvilken av predikatorene som er viktigst for å forklare de ansattes persepsjon av pasientsikkerhet i sykehjemmene. En forutsetning for å kunne bruke analysen er at alle variablene har et signifikansnivå (p) < 0.05 . Signifikansnivået (p) < 0.05 viser at det foreligger mindre enn 5% sannsynlighet for at resultatene fra analysene skyldes tilfeldigheter (Løvås, G., 2012).

Grunnen til valget av hierarkisk regresjonsanalyse er at denne blant annet kan gi svar på:

1. Hvilken retning og styrke det er mellom utfallsvariabelen og predikatorene
2. Modellen kvantifiserer sammenhengen, altså gir et svar på hvor mye Y (avhengig variabel) øker eller avtar når X (uavhengige variabler) endres. I denne studien viser analysen hvor mye oppfattelsen av pasientsikkerhet øker når eller avtar basert på ansattes forståelse av tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser, samarbeid, og bemanning
3. Viser hvilken betydning de ulike uavhengige variablene har på utfallsvariabelen, altså hvilken av de uavhengige variablene som har størst betydning for ansattes generelle oppfattelse av pasientsikkerhet.. Analysen gir også svar på om de enkelte prediktorene enda kan forklare den avhengige variabelen etter at det er kontrollert for andre predikatorvariabler
4. Brukes til å kontrollere for andre årsaksforklarende variabler, enten mellomforliggende eller bakenforliggende, for på denne måten å unngå spuriøsitet i studien

(Skog, 2014, s. 214).

I hierarkisk multippel regresjonsanalyse er det også mulig å sjekke for andre faktorer med mulig årsakssammenheng i forhold til utfallsvariabelen. Disse, henholdsvis alder og år arbeidet i

sykehjemmet i denne studien, ble lagt i blokk 1 av analysen. I blokk 2 la jeg inn de uavhengige variablene bemanning og teamarbeid, og til slutt tilbakemelding og kommunikasjon og forventninger til leder i blokk 3, da jeg ville sjekke om tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser har større påvirkningskraft på den generelle persepsjonen av pasientsikkerhet enn bemanning og teamarbeid.

I den andre hierarkisk multiple regresjonsanalysen ville jeg undersøke om prediksjonsvariablene bemanning, teamarbeid og forventninger til nærmeste leder predikerte utfallsvariabelen tilbakemelding og kommunikasjon knyttet uønskede hendelser. I denne analysen la jeg igjen kontrollvariablene alder og år arbeidet i sykehjemmet i blokk 1 av analysen. I blokk 2 la jeg bemanning og teamarbeid, og i blokk 3 forventninger til nærmeste leder, da jeg hadde en hypotese om at forventninger til leder predikerte utfallsvariabelen med høyere verdi enn de to andre uavhengige variablene.

5.0 RESULTATER

I dette kapittelet vil jeg først presentere den deskriptive statistikken for å gi en beskrivelse av utvalget i oppgaven, etterfulgt av resultatene fra korrelasjonsanalysen. Til slutt presenteres resultatene fra den hierarkiske multiple regresjonsanalysen som viser hvorvidt hypotesene i oppgaven støttes.

5.1 Deskriptiv statistikk

I tabell I vises en oversikt over de ansatte i de fire sykehjemmene som har svart på undersøkelsen. Jeg har valgt å bruke variablene kjønn, alder, enhet, stilling/utdanningsbakgrunn og hvor lenge har de arbeidet ved dette sykehjemmet for å få et inntrykk av utvalget av respondenter i oppgaven. Hele 92.1 prosent av respondentene var kvinner, over 30 prosent av de ansatte var mellom 30 og 39 år, de fleste av de ansatte hadde utdanningsbakgrunn fra videregående eller 3-årig videreutdanning og opp mot 25 prosent hadde jobbet i sykehjemmet mellom 1 og 5 år.

Av de ansatte som har deltatt i undersøkelsen er det kun 29% som er «enig» eller «helt enig» i at de er nok ansatte til å håndtere arbeidsmengden. I forhold til teamarbeid svarte 69.7 % av de ansatte i sykehjemmene at de var «enig» eller «helt enig» i at de ansatte behandler hverandre med respekt på arbeidsplassen, mens 58% var «enig» eller «helt enig» i at de ansatte hjelper hverandre dersom noen har det virkelig travelt. Videre var det hele 74% som var positive, (svarte at de var «enig» eller «helt enig»), til at den generelle pasientsikkerheten i sykehjemmet er god (se tabell II).

5.1.1 Korrelasjonsanalyse

Tabell II viser at de ulike variablene brukt i analysen korrelerer positivt med hverandre. Tabellen viser at alle de fire variablene bemanning, teamarbeid, forventninger til leder og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser korrelerer positivt med pasientsikkerhet. Retningen på korrelasjonen viser at det er en positiv sammenheng mellom de ansattes oppfattelse av generell pasientsikkerhet og hver av de fire uavhengige variablene. Videre er det ingen av de uavhengige variablene som korrelerer med hverandre med en verdi $>.7$. Det kan likevel tenkes at multikollinearitet har virket forstyrrende på resultatene, da korrelasjonen mellom teamarbeid og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser er sterk (.6). Jeg har likevel valgt å bruke begge variablene i analysen, da korrelasjonsverdien ikke går over den anbefalte terskelverdien på .7, (Pallant, 2016).

Korrelasjonsanalysen støtter altså den første hypotesen om at det er en positiv sammenheng mellom generell oppfatning av pasientsikkerhet, bemanning, teamarbeid og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser pasientsikkerhet.

Tabell I. Prosentandel og antall respondenter i ulike grupper av deskriptive kategorier. (N =165).

Deskriptive kategorier	%	N
Kjønn		
Kvinne	92.1	152
Mann	7.9	13
Alder		
20-29 år	12.1	20
30-39 år	23.6	39
40-49 år	15.8	26
50-59 år	30.3	50
60 + år	18.2	30
Stilling		
Lederstilling med personalansvar	6.7	11
Helsepersonell med minimum treårig utdanning	40.6	67
Helsepersonell med utdanning fra videregående	47.9	79
Pleieassistent (ufaglært)	1.8	3
Administrativt personell	1.2	2
Annet	1.8	3
Antall år		
Mindre enn 1 år	12.1	20
1-5 år	24.8	41
6-10 år	16.4	27
11-15 år	14.5	24
16-20 år	12.1	20
21 år eller lenger	20.0	33

Tabell II. Frekvens av svar på faktorer benyttet i analysen. (N = antall respondenter som har svart «enig» eller «helt enig» på spørsmålene i analysen).

	N	«Enig»/«Helt enig» %
Bemanning		
Tilstrekkelig personell til å håndtere arbeidsmengden	48	29
Ansatte må skynde seg fordi de har for mye å gjøre (reversert)	71	43
Pasientenes behov blir ivaretatt v/vaktskifte	108	65.5
Vanskelig å ivareta pasientsikkerhet fordi mange ansatte slutter (reversert)	12	7.3
Teamarbeid		
I vårt sykehjem behandler vi hverandre med respekt	115	69.7
I vårt sykehjem støtter vi hverandre	116	70.3
Ansatte opplever at de er del av et team	117	70.9
Når noen har det virkelig travelt hjelper andre ansatte til	95	57.6
Tilbakemelding og kommunikasjon		
Rapporter om skade blir fulgt opp	122	74
Diskuterer hvordan vi kan forhindre at uønskede hendelser kan skje igjen	131	79.4
Ansatte sier fra om forhold som kan skade pasient	150	90.9
Diskusjon sikre mot skade	133	80.6

Forventninger til nærmeste leder

Lytter til ansattes ideer og forslag vedrørende sikkerhet	128	77.6
Uttrykker seg positivt når arbeidet er utført i overensstemmelse med prosedyrer	124	75.2
Er opptatt av pasientsikkerhet ved sykehjemmet	139	84.2

Variabler	M	SD	N	1	2	3	4	5	6	7
1.Oppfattelse av pasientsikkerhet	4.06	0.83	165	1						
2.Alder	1.08	0.27	165	-.04	1					
3.År arbeidet i sykehjem	3.50	1.71	165	0.40	0.55**	1				
4.Teamarbeid	3.83	0.73	165	0.50**	0.00	-.00	1			
5.Bemanning	3.31	0.61	165	0.45**	0.10	0.13	0.40**	1		
6.Tilbakemelding/kommunikasjon	4.04	0.62	165	0.55**	0.18*	0.09	0.60**	0.45**	1	
7.Forventninger til nærmeste leder	4.08	0.81	165	0.48**	0.02	0.02	0.32**	0.54**	0.54**	1

Tabell III. Gjennomsnitt, standardavvik, antall respondenter og korrelasjoner for uavhengige og avhengige variabler.

*p = < 0.05 ** p = < 0.01

Tabell IV: Hierarkisk regresjonsanalyse av generell oppfatning av pasientsikkerhetskultur (N=165).

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Variabel	β	β	β
Alder	-.09	-.10	-.15*
År arbeidet	.09	.05	.06
Teamarbeid		.38***	.14***
Bemanning		.30***	.21*
Tilbakemelding og kommunikasjon			.31***
Forventninger nærmeste leder			.17*
R2	.01	.33***	.40***
R2 Change	.01	.32***	.07***

* $p < 0.5$. *** $p < .0001$

5.2 Resultater hierarkisk multippel regresjonsanalyse

En hierarkisk multippel regresjonsanalyse ble utført for å avdekke forklaringsverdien av de ulike predikatorene brukt i oppgaven, altså hvordan de ansatte oppfatter innvirkningen av bemanning, teamarbeid og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser har på den generelle oppfattelsen av pasientsikkerheten i sykehjemmet. Analysen viser at den totale modellen forklarer 40% av variansen i den generelle oppfattelsen av pasientsikkerhet i sykehjemmene.

Den totale modellen i den hierarkiske multiple regresjonsanalysen viser at hver gang prediktorvariabelen bemanning øker med en enhet, øker utfallsvariabelen, (generell oppfattelse av pasientsikkerhet), med 0.21 poeng ($\beta = .21$, $p < .05$). Dette gir støtte til hypotesen om at høyere score på bemanning vil gi bedre generell oppfattelse av pasientsikkerhet blant de ansatte i sykehjemmet.

I regresjonsanalysen forklarer variablene alder og «hvor lenge har du arbeidet ved dette sykehjemmet?» kun 1% av variansen i generell oppfatning av pasientsikkerhet i sykehjemmet, og gir ikke et signifikant bidrag. Etter innføring av variablene bemanning og teamarbeid forklarer modellen hele 33% av variansen i generell oppfatning av pasientsikkerhet ved sykehjemmene i undersøkelsen, noe som bekrefter hypotesen om at høyere score på teamarbeid vil gi bedre generell oppfattelse av pasientsikkerhet. Videre viser analysen at for hver gang teamarbeid øker med en enhet vil generell oppfattelse av pasientsikkerhet øke med .14 poeng ($\beta = .14$ $p < .0001$).

Den totale modellen i den hierarkiske multiple regresjonsanalysen viser at utfallsvariabelen øker med .31 poeng, for hver enhet prediktorvariabelen tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser øker ($\beta = .31$, $p < .0001$). Denne økningen støtter hypotesen om at tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser gir en mer positiv generell oppfattelse av pasientsikkerhet. Regresjonsanalysen viser at tilbakemelding og kommunikasjon tilfører 7 % forklart varians utover det de andre variablene allerede har forklart, men her kan det tenkes at det er noe delt varians mellom variablene (se korrelasjon mellom teamarbeid og tilbakemelding og kommunikasjon). Den totale modellen med de tre predikatorene forklarer 40% av den generelle oppfattelsen av pasientsikkerhet i sykehjemmene.

Alle de tre prediktorvariabelene bemanning, teamarbeid og forventninger til nærmeste leder hadde positiv signifikant sammenheng med generell oppfatning av pasientsikkerhet, bemanning med $p < .05$ og teamarbeid og forventninger til nærmeste leder med $p < .0001$. P-plot testen viser at alle dataene følger en stigende lineær kurve, noe som vil si at samtlige data er normalfordelt. Videre bekrefter ANOVA tabellen at analysen er signifikant i sin helhet ($F=21.50$, $p < .0001$).

Tabell IV: Regresjonsanalyse av tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser (N=165).

	Modell 1	Modell 2
Variabel	β	β
Alder	.19*	.18*
År arbeidet	-.01	-.04
Teamarbeid		.38***
Bemanning		.20**
Forventninger leder		.26**
R2	.03	.49***
R2 Change	.03	.46***

*p < .05 **p < .001 ***p < .0001

5.3 Resultater multippel regresjonsanalyse

En multippel regresjonsanalyse ble utført for å avdekke forklaringsverdien av de ulike prediktorene brukt i oppgaven, altså i hvilken grad bemanning, teamarbeid og forventninger til nærmeste leder, påvirker tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser i sykehjem. Analysen viser at den totale modellen forklarer hele 49 % av variansen i den generelle oppfattelsen av tilbakemelding og kommunikasjon av uønskede hendelser.

Den totale modellen i den multiple regresjonsanalysen viser at hypotesen om at bemanning, teamarbeid og forventninger til leder gir bedre kultur for tilbakemelding og kommunikasjon for uønskede hendelser, støttes i den multiple regresjonsanalysen. Alle de tre prediktorvariabelen påvirker utfallsvariabelen positivt og signifikant, men prediktorvariabelen teamarbeid predikerer utfallsvariabelen i størst grad ($\beta = .38$ $p < .0001$). Hver gang prediktorvariabelen teamarbeid øker med en enhet, øker utfallsvariabelen, (tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser), med 38 poeng.

6.0 DISKUSJON

6.1 Generell oppsummering av resultater

Totalt forklarer den hierarkiske regresjonsanalysen av generell oppfattelse av pasientsikkerhet 40 % av variansen i den generelle oppfattelsen av pasientsikkerhetskultur, når alle variablene var lagt til. Prediktorvariabelene bemanning, teamarbeid og forventninger til nærmeste leder hadde positiv signifikant sammenheng med generell oppfatning av pasientsikkerhet, men kan ifølge den første hierarkiske regresjonsanalysen ikke forklare like stor grad av pasientsikkerheten i sykehjemmene som tilbakemelding og kommunikasjon av uønskede hendelser.

Spørsmålet er om prediktorene bemanning, teamarbeid og forventninger til nærmeste leder har en mulig medierende effekt, slik at disse prediktorene påvirker tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser, som igjen påvirker opplevelsen av pasientsikkerhet. Oppgaven tyder på en slik effekt da regresjonsanalysen der tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser er brukt som utfallsvariabel, viser at alle de tre uavhengige variablene påvirker utfallsvariabelen signifikant, samt har de til sammen stor påvirkningskraft, da disse uavhengige variablene alene forklarer 46 prosent av utfallsvariabelen.

Teamarbeidet i sykehjemmene påvirker pasientsikkerhetskulturen signifikant. Dette støttes av funnene i oppgaven der den multiple hierarkiske regresjonsanalysen viser at for hver enhet prediktorvariabelen teamarbeid øker, øker også den generelle oppfattelsen av pasientsikkerhet.

Til sammenligning med tidligere studier viste også denne oppgaven at teamarbeid og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser predikerer sterkt i forhold til pasientsikkerhet (Bodur & Filiz, 2009; Cappelen et al., 2017). Noe som tyder på at teamarbeid er viktig for rapporteringskulturen i sykehjemmene.

Oppgaven viser at kun 29 % av de ansatte er «enig» eller «helt enig» i at de er tilstrekkelig personell til å håndtere arbeidsmengden. De økonomiske hensynene kan være en av grunnene til at denne oppgaven og tidligere studier har vist at bemanning er en av faktorene de ansatte i sykehjem er mest misfornøyd med. Dette kommer jeg tilbake til senere i diskusjonsdelen.

6.2 Diskusjon av resultatene

6.2.1 Pasientsikkerhetskultur i norske sykehjem

Av de ansatte som har svart på undersøkelsen var hele 74,5 % «enig» eller «helt enig» i at den generelle pasientsikkerheten i sykehjemmet er god. Dette samsvarer med noe tidligere litteratur som også har vist at ansatte har positiv oppfattelse av pasientsikkerhet, men her finnes det en del sprik i forskningen. Denne oppgaven støttes av Castle et al., (2011) og Cappelen et al., (2017), mens andre studier har vist at de ansatte ikke opplever at pasientsikkerhetskulturen i sykehjem er utviklet godt nok (Bondevik et al., 2017; Bonner et al., 2008).

Videre viser studien utført av Cappelen et al. (2017), at tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser og forventninger til nærmeste leder var de to uavhengige variablene som de ansatte responderte mest positivt til. I sammen med funnene i denne oppgaven tyder dette på at ansatte i sykehjem i Norge anser pasientsikkerheten som god, og opplever at leder fungerer som en viktig faktor i arbeidet for å sikre pasientsikkerheten. De ansatte opplever at lederne lytter til og inkluderer de ansatte i arbeidet med å skape en god pasientsikkerhetskultur.

Studien utført av Cappelen et al. (2017), viste at seks av de ti faktorene i instrumentet NHSOPSC, hadde en positiv svarprosent over 70 %, hvorav tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser var en av de faktorene som hadde høyest positiv svarprosent fra de ansatte (87%), noe som samsvarer med funn fra undersøkelsen brukt i denne oppgaven, der over 90% av de ansatte svarte at de ansatte sier fra om forhold som kan skade pasientene, og rundt 80 % av de ansatte i undersøkelsen svarte at de var «enig» eller «helt enig» i at de diskuterer hvordan de kan forhindre uønskede hendelser og ulike måter å sikre at pasienter ikke kommer til skade. Dette kan ha sammenheng med hvorfor prediktorvariabelen teamarbeid har stor positiv påvirkningskraft på tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser – da positivt inntrykk av diskusjonsforum på arbeidsplassen muligens kan påvirke om de ansatte opplever at de er en del av et team.

Andre studier viser at selv om pasientsikkerhet får mye oppmerksomhet for tiden, er fremstegene for bedre pasientsikkerhet små. Flere faktorer hindrer fremgangen av pasientsikkerhet. Et av hindrene er at pasientsikkerhet ikke er et produkt, men heller en egenskap som er avhengig av samspill i et system eller

organisasjonskultur/pasientsikkerhetskultur (Ödegård, 2013). Ifølge Reason (1997) har alle systemer latente feil som er innebygget i systemet, og i tillegg kommer menneskeskapte feil. Disse menneskelige feilene er umulig å unngå, dermed vil uønskede hendelser oppstå. The swiss cheese model viser at selv om man legger inn barrierer, vil latente feil, gjerne i sammenheng med menneskelige feil vil nestenhendelser og uønskede hendelser inntreffe (se figur 3). Sykehjem er et eksempel på et slikt system der flere faktorer må virke sammen for å unngå uønskede hendelser, og dermed opprettholde god pasientsikkerhet.

Handler et al. (2006) fant i sin studie av pasientsikkerhetskultur i sykehjem, at flere sykepleiere opplevde at de hadde nok bemanning til å håndtere arbeidsmengden enn det som var tilfelle blant leger, mens teamarbeid og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser var to av de faktorene som hadde lavest score på de ansatte i sykehjemmene. Dette er resultater som er helt motsatt fra de som kommer frem i denne oppgaven, noe som kan komme av at kulturelle forskjeller, men som også kan ha utslag i at studien ble foretatt i 2006 og at forholdene innen pasientsikkerhet kan ha endret seg siden den gang. Undersøkelsen viste også at pasientsikkerhetskultur i sykehjem ble ansett å være dårligere enn i sykehus (Handler et al. 2006).

Ifølge Cappelen et al., (2018) oppfattet de ansatte pasientsikkerhetskulturen som lite tilfredsstillende. Dette var en studie der det ble utført to målinger på to forskjellige tidspunkt, men studien viste at kun et av sykehjemmene i deres undersøkelse som hadde forbedret seg etter undersøkelse nummer to var gjennomført. Her kan det tenkes at ledelsen i sykehjemmene som deltok i studien, ikke innførte gode nok tiltak for å endre de ansattes oppfattelse av pasientsikkerhetskulturen.

I tråd med tidligere forskning viser oppgavens analyser at bemanning, teamarbeid, forventninger til nærmeste leder og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser har sammenheng med generell oppfattelse av pasientsikkerhet (Olsen & Bjerkan, 2017; Ammouri et al., 2014; Cappelen et al., 2017).

6.2.2 Prediktorer for pasientsikkerhet

Bemanning

Hypotesen i oppgaven forespeilet at høyere score på bemanning ville gi bedre pasientsikkerhet, noe resultatene støtter. Dette er i tråd med tidligere forskning som viser at bemanning er et av

de punktene som er viktige for ansattes persepsjon av pasientsikkerhetskultur ved sykehus (El-Jardali F., Dimassi H., Jamal, D., Jaafar M. & Hemadeh, N. 2011; Cappelen et al., 2016). Tidligere studier i sykehjem har også vist at bemanning har påvirkning på pasientsikkerhetskulturen og den generelle pasientsikkerheten (Schnelle, J.F., Simmons, S.F., Harrington, C., Cadogan, M., Garcia, E. and Bates-Jensen, B.M., 2004).

Bemanning er en av de faktorene som generelt sett har kommet dårligst ut i undersøkelser som omfatter pasientsikkerhetskultur i Norge (Glette et al., 2017; Cappelen et al., 2017). Det kan være flere grunner til dette, blant annet kan samhandlingsreformen (St. Meld. Nr. 47, 2008-2009) være en innvirkende faktor. Samhandlingsreformen handler i korte trekk om at pasienter skal skrives ut tidligere fra spesialisthelsetjenesten enn tidligere, og sykehjemmene får bøter dersom de ikke klarer å møte kravene for å ta imot disse pasientene. Dette fører til større press på de ansatte i form av antall ansatte og kompetanse blant de ansatte, (Aase, 2018).

Videre kan det være en påvirkende faktor at de ansatte ikke selv har innvirkning på hvor mange ansatte som er på jobb til enhver tid, noe som kan påvirke oppfattelsen av bemanningsfaktoren.

Frekvensanalysen viser at de ansatte i sykehjemmene er minst positive til bemanning. Kun 29% av de ansatte som deltok i undersøkelsen denne oppgaven er basert på, var «enig» eller «helt enig» i at det er tilstrekkelig personell til å håndtere arbeidsmengden. Dette synet støttes derimot ikke av regjeringen. St. Meld. 11 s. 6 (2018-2019) viser til at: «Det er bred enighet om at det verken er bærekraftig eller mulig å løse utfordringene gjennom økte ressurser og flere ansatte». Og nevner videre at det må finnes andre måter å sikre pasientsikkerhetskulturen gjennom samhandling og andre arbeidsmetoder. En mulighet er kanskje å øke fokus på teamarbeid og kommunikasjon. Gjennom å styrke disse faktorene i sykehjemmene, vil effektiviteten muligens bli bedre, noe som igjen ville kunne ta bort noe av behovet for mer bemanning.

Selv om det kun var 29 % av de ansatte i undersøkelsen benyttet i denne oppgaven som var positive til at det er tilstrekkelig personell til å håndtere arbeidsoppgavene i sykehjemmene, er det et problem med denne målingen at hele 48,5 % av de ansatte har svart både/og på dette spørsmålet. Når ansatte svarer både/og i en slik undersøkelse kan det tyde på en usikkerhet og det kan være vanskelig å tolke hva som kan trekkes ut fra slike svar.

Denne kvantitative studien viste at de ansatte på sykehjem på Sør-Vestlandet oppfatter bemanning som en positiv påvirkende faktor på pasientsikkerhetskulturen i sykehjemmene, ut fra de spørsmålene som ble stilt. For eksempel var de ansatte langt mer positive til hvordan pasientsikkerheten bevares under vaktskiftene, noe som betyr at antallet personal ikke nødvendigvis har betydning for hvordan pasientsikkerheten oppleves i alle situasjoner.

Tidligere forskning har vist at lav bemanning har direkte sammenheng med pasientsikkerhet i form av høyere dødelighet og alvorlige forhold som infeksjoner og trykksår (Glette, M., Aase, K., Wiig, S., 2017). Undersøkelsen bygget på en litteraturstudie, og fant at hele 23 av 33 studier konkluderte med direkte sammenheng mellom pasientsikkerhet og bemanning.

For senere studier vil det være interessant å se om utdanningsnivåi bemanningen er en påvirkende faktor for persepsjonen av pasientsikkerhet, da sykehjem har et langt høyere antall ufaglærte assistenter og personal med kun videregående utdanning, enn det som er tilfelle i spesialisthelsetjenesten (Bonner A., Castle, N.G., Perera, S. and Handler, S.M, 2008). En studie fra norske sykehjem viste at bemanning var en av de lavest rangerte variablene i forhold til pasientsikkerhet (Cappelen et al. 2018). Noe som kan ha sammenheng med undersøkelser som viser at sykepleiere i norske sykehjem oppfatter mangel på både ressurser og kompetanse etter at samhandlingsplanen ble gjennomført i 2012 (Samhandlingsstatistikk 2013-2014. Helsedirektoratet, 2015). Samhandlingsstatistikk 2013-2014 viser til en rapport fra NOVA, der kun tre av ti sykepleiere oppfattet at bemanningen var god nok til å håndtere pasienter fra sykehus, dette i forhold til både ressurser og kompetanse (Gautun, H. og Syse, A., NOVA rapport 8/2013). For videre forskning kan det derfor være interessant å se på hvordan den generelle oppfattelsen av pasientsikkerhet i sykehjem er i forhold til utdanning.

Teamarbeid

Analysene i denne studien viser at teamarbeid har en positiv og signifikant sammenheng med de ansattes generelle oppfattelse av pasientsikkerhet i sykehjemmene. Disse resultatene samsvarer med resultat av tidligere forskning (Cappelen et al., 2017; Ammouri et al., 2015). Teamarbeid er essensielt for å sikre reliabilitet og da særlig i helseinstitusjoner, herunder også sykehjem (Baker, D., Day, R. and Salas E., 2006). Dermed kan godt teamarbeid ses som et sannsynlighetsreducerende tiltak for å hindre at uønskede hendelser oppstår i sykehjem, som vist i sløyfedigrammet tidligere i oppgaven (figur 4).

Kvalitet er et omfattende begrep. Hva som skal til for at en organisasjon eller kultur har god kvalitet er vanskelig å si nøyaktig, men uten sikkerhet kan organisasjonen umulig være bygget på kvalitet. Derfor er pasientsikkerhet og en god kultur for pasientsikkerhet svært viktig når det kommer til alle institusjoner i helsesektoren, også sykehjem. Som jeg startet med å si i innledningen er de eldre gjerne en gruppe pasienter som er ekstra utsatt. Eldre har gjerne flere diagnoser og problemstillinger, og i tillegg kan flere eldre ha problemer med å uttrykke hvilke behov de har. Helsehjelpen til denne brukergruppen er sammensatt, og krever mye av helsepersonell (Stubberrud, 2018).

En viktig faktor for å sikre god kvalitet og god pasientsikkerhet er teamarbeid, noe som støttes av resultatene i oppgaven og også tidligere forskning (Ammouri et al, 2014). Et godt teamarbeid krever samhandling og koordinering, som kan gi pasientene et helhetlig behandlingstilbud. Ved å bruke modellen for kvalitetsforbedring (se figur 1) involveres ledere og ulike grupper ansatte for å forbedre, planlegge, utføre, evaluere og opprettholde en behandling som har fokus på kvalitet og pasientsikkerhet. Behovet for velfungerende tilbakemelding og kommunikasjon i en slik prosess er tydelig, og den andre analysen i oppgaven viser at det er en sammenheng mellom teamarbeid og tilbakemelding og kommunikasjon.

Respondentene i undersøkelsen gir uttrykk for at de er fornøyd med teamarbeidet på arbeidsplassen. Dette kommer frem av frekvensanalysen som viser at 69 % av respondentene svarte at de ansatte behandler hverandre med respekt. Dette samsvarer med tidligere studier innen primærhelsetjenesten, der teamarbeid har vært rangert som den måleenheten på pasientsikkerhetskultur som fikk høyest score (Bodur and Filiz, 2009). Likevel kommer det frem i samme analysen at kun 57 % av de ansatte hjelper hverandre når de har det virkelig travelt.

Tidligere forskning tyder på at trening i team er en effektiv metode for å redusere uønskede hendelser og dermed også øke pasientsikkerhet (Baker, D.P., Gustafson, S., Beaubien, J.M., Salas, E. and Barach, P., 2003). Slik kan teamarbeid ses som en barriere for å sikre god pasientsikkerhetskultur på sykehjemmet (se figur 3).

Studier viser at forhold på arbeidsplassen som samarbeid og arbeidsmiljø økte persepsjonen av pasientsikkerhet, noe som gir indikasjoner for at godt teamarbeid påvirker pasientsikkerhetskulturen positivt (Braithwaite et al., 2017).

Videre viser frekvensen av ansattes svar i spørreundersøkelsen at ansatte i stor grad er fornøyd med hvordan teamarbeidet fungerer i sykehjemmene. Rundt 70 % av de ansatte er «enig» eller

«helt enig» i tre av fire spørsmål knyttet til teamarbeid på arbeidsplassen, noe som støttes av tidligere studier (Cappelen et al., 2018). Likevel viser oppgaven at de ansatte ikke har like god opplevelse av hvordan pasientsikkerhetskulturen er når det gjelder å hjelpe hverandre når det virkelig er travelt. Grunner til dette kan jo være flere, blant annet kan det ha sammenheng opplevelsen av at bemanningen ikke strekker til med tanke på å håndtere arbeidsmengden.

Forskning har tidligere vist at de ansatte opplever at åpenhet og godt teamarbeid i pasientsikkerhetskulturen er nødvendig for å sikre en trygghet for pasientene, og at en slik åpenhet er avhengig av at de ansatte har et trygt miljø rundt seg (Ballangrud et al., 2012). Dette kan tenkes å være en av grunnene for at forventninger til nærmeste leder og teamarbeid korrelerer signifikant i korrelasjonsanalysen i oppgaven.

Forventninger til nærmeste leder

Ifølge hypotesen i denne oppgaven predikerer forventninger til nærmeste leder pasientsikkerhet i sykehjemmene, noe som støttes av analysene og tidligere forskning (Ammouri et al., 2014; Bondevik et al. 2017). I denne oppgaven viser frekvensanalysen at hele 84 prosent av de ansatte opplever at nærmeste leder er opptatt av pasientsikkerhet.

Kommunikasjon mellom ledelse og ansatte har i noen studier vist seg å være manglende (Bondevik et al., 2017). Videre viser andre studier at forventninger til lederne og hvordan de følger opp pasientsikkerhet hatt svært god respons i andre studier, (Cappelen et al., 2017). Begge studiene er utført på sykehjem i Norge rundt samme tid, noe som tyder på at forventninger til leder kan variere veldig. Dette er relativt naturlig med tanke på at ledere har ulike forutsetninger og ulike måter å håndtere pasientsikkerhet, og det kan tenkes at leders syn på pasientsikkerhet kan påvirke de ansattes syn på pasientsikkerhet. Likevel viser begge studiene at forventninger til leder har innflytelse på hvordan de ansatte oppfatter pasientsikkerheten. Dermed kan ulikhetene brukes til å sammenligne lederstil og hvilke endring som kan iverksettes for å skape en mer positiv oppfatning av kommunikasjon mellom ansatte som jobber nær pasientene og ledelsen.

Tilbakemelding og kommunikasjon forklarer mer av variansen enn de andre prediktorvariablene

Hypotesen om at tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser har større påvirkningskraft på pasientsikkerhet enn de andre prediktorvariablene støttes av resultatene.

Tidligere forskning har også vist at tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser er en av de prediktorene som har sterkest påvirkning på pasientsikkerhetskultur og forklarer en stor del av hvordan de ansatte opplever pasientsikkerhet (Ammouri et al., 2014; Cappelen et al., 2018). Den første analysen utført i oppgaven og tidligere forskning gav dermed grunnlaget for å undersøke hvordan tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser påvirkes av prediktorvariablene bemanning, teamarbeid og forventninger til nærmeste leder.

Korrelasjonsanalysen viser at prediktorvariablene tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser og teamarbeid har høy korrelasjonsverdi (se tabell III). Dette kan ha sammenheng med at god kommunikasjon er en nødvendig del av et godt teamarbeid (Sanders and Cook, 2007). Ifølge Sanders & Cook (2007) er kommunikasjon en essensiell del av teamarbeid. De nevner at dette særlig er tilfelle på arbeidsplasser der de ansatte er under stress og har høy arbeidsbelastning, noe som er tilfelle i sykehjem, spesielt etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft (Glette et al. 2017). I denne oppgaven ser vi at et stort flertall av de ansatte i sykehjemmene er svært fornøyd med måten teamarbeidet og kommunikasjonen fungerer i sykehjemmene. I den multiple hierarkiske regresjonsanalysen vises dette ved at den totale modellen forklarer hele 40 % av den generelle oppfattelsen av pasientsikkerhet i sykehjemmene, ($p < .0001$).

Det at tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser kun forklarer 7 % utover det variablene bemanning og teamarbeid forklarer, kan tyde på at det muligens er noe delt varians mellom variablene. Det kunne derfor vært nyttig i fremtidige analyser å undersøke nærmere hvordan spesielt variablene teamarbeid og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser samvirker.

Tidligere studier viser at personal på sykehjem har opplevd tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser som en av de faktorene med størst svakhet i forhold til pasientsikkerhetskultur (Bonner et al., 2008). Bonner et al. (2008) fant at ansatte i sykehjem rapporterte lavere score for flere av faktorene knyttet til pasientsikkerhetskultur, heriblant tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser. I studien fant forskerne sammenheng mellom lav score på hvordan de ansatte opplevde straffende tilbakemelding på feil og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser, noe som viser at lederens rolle i forhold til rapporteringskultur er viktig for de ansattes oppfattelse av pasientsikkerheten.

Forskning i norske sykehjem har vist at det er muligheter for forbedring innen kommunikasjon i sykehjem, da særlig mellom de ansatte som jobber med pasientene og ledelsen (Bondevik et al., 2017), noe som ikke samsvarer med resultatene i denne oppgaven. I denne oppgaven har de ansatte vist relativt høy grad av tilfredshet med både rapporteringskulturen og forventninger til ledelsen. Dette kan tyde på at det kan være problematisk å sammenligne med tidligere studier, da oppfattelsen av rapporteringskultur og forventninger til ledelsen kan være svært sprikende fra sykehjem til sykehjem.

Meld. St. 6 (2017-2018), legger frem informasjonsflyt og kommunikasjon som et av områdene som krever innsats på grunn av utfordringer. I denne oppgaven kommer det frem at dette er områder de ansatte er fornøyde med, og samsvarer ikke med det som kommer frem av St. Meld. 6 (2017-2018). Det kan være flere grunner til dette, men her kan det tenkes at ledelsens påvirkning har effekt på resultatene.

I sykehjem har man tidligere sett at det er færre rapporteringer av uønskede hendelser enn i sykehus (Aase, 2018), men dette betyr ikke nødvendigvis at behovet for rapportering har vært lavere. Dette kan tenkes å være et resultat av en manglende rapporteringskultur, der man ikke rapporterer alle hendelser og nestenhendelser. I denne oppgaven viser resultatene at de ansatte er fornøyd med rapporteringskulturen i sykehjemmene, noe som kan tyde på at de ansatte opplever at de rapporterer tilstrekkelig i de sykehjemmene som deltok i undersøkelsen.

Videre kan man lære masse av å rapportere uønskede hendelser, da dette er en god måte å gå igjennom de uønskede hendelsene, for deretter å lære noe av dem og implementere denne nye kunnskapen inn i arbeidet mot en bedre pasientsikkerhetskultur, (se figur I – kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring). Modellen kan være et fint utgangspunkt for å innføre en bedre oppfattelse av hvordan rapportering kan brukes for å oppnå en bedre pasientsikkerhetskultur i sykehjemmene.

Det kan tenkes at måten spørsmålene ble stilt i denne studien og de ansattes oppfattelse av spørsmålene har virket inn på svarene. Det kan være nødvendig å bruke mer longitudinelle studier, for å undersøke hvordan de ansattes holdninger vil endre seg over tid.

Slike rapporteringer er også viktige i forhold til lederenes rolle i sykehjemmene.

Rapporteringen kan gi lederne innblikk i hvilke områder det er behov for endring og forbedring, og hvilke områder i pasientsikkerhetskulturen i sykehjemmet som fungerer bra.

6.2.3 Prediktorer for tilbakemelding og kommunikasjon

Hypotesen om at forventninger til nærmeste leder, bemanning og teamarbeid gir bedre kultur for tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser, støttes av resultatene. Resultatene fra frekvensanalysen viser at ansatte på sykehjem på Sør-Vestlandet har god oppfattelse av ledernes deltagelse vedrørende pasientsikkerheten ved sykehjemmet, noe som også støttes av tidligere forskning i norske sykehjem (Cappelen et al., 2017).

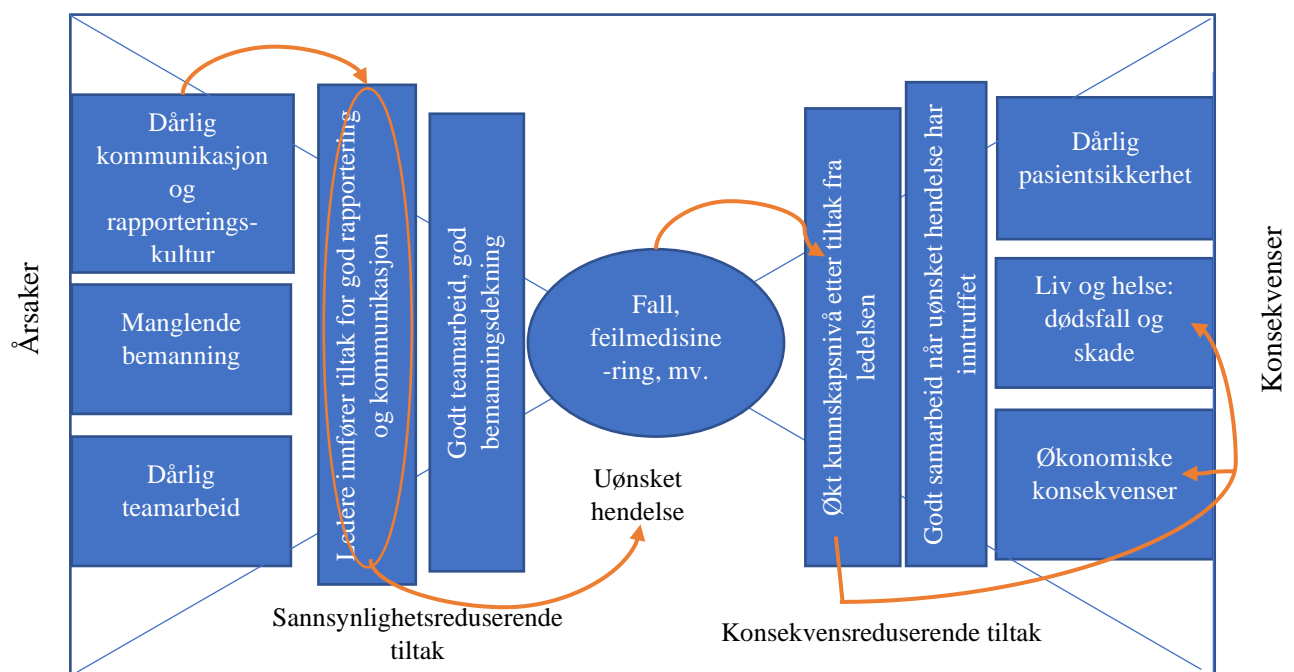
Ifølge Prop. 150 L (2016-2017) Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten (helsetilsynsloven) uttrykte et flertall av høringsinstansene et behov for at meldeordningen også blir pålagt kommunal helsesektor. Argumentene var blant annet at endring kunne bidra til større åpenhet og synlighet av uønskede hendelser, og at flere hendelser ville bli fulgt opp i virksomhetene. Det følger videre av prop. 150 L at kommunalhelsetjenesten, herunder sykehjemmene, i dag har et avvikssystem, men dette systemet er i stor grad avhengig av ledere som følger opp de rapporterte hendelsene. Denne oppgaven viser at de ansatte opplever en slik oppfølging av nærmeste leder. Frekvensanalysen viser at hele 74 prosent av de ansatte opplever at det blir fulgt opp når de rapporterer om skade.

I 2012 fant helsetilsynet at rapporteringskulturen i kommunehelsetjenesten ikke var god nok (St.Meld.10, 2012-2013). I Meld.St.11 (2018-2019), er det enda fokus på rapporteringskultur og meldingen nevner at informasjonsflyt og kommunikasjon er punkter som er utfordrende, men et viktig fokuspunkt i forhold til kvalitet og pasientsikkerhet. Det faktum at regjeringen enda ser behov for endring og forbedring innen rapporteringskulturen i kommunal helsetjeneste, kan tyde på at det enda er en jobb å gjøre med tanke på rapporteringskultur i sykehjemmene.

Videre tyder denne oppgaven på at de ansatte i sykehjem opplever at det er behov for mer bemanning, noe som får støtte i tidligere studier (Glette et al., 2017; Cappelen et al., 2018). Resultatene i oppgaven viser også at tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser har sammenheng og påvirkes positivt av prediktorvariabelen bemanning. En mulig forklaring er at de ansatte opplever at mer tid og ressurser ville gjort det lettere å bruke tid på kommunikasjon og rapportering av uønskede hendelser. Samtidig kan det tenkes at behovet for rapportering av uønskede hendelser gjerne hadde gått ned, dersom bemanningen i sykehjemmene hadde økt – noe som kunne hatt positiv effekt på pasientsikkerhetskultur i sykehjemmene. Tidligere forskning tyder på at det finnes et behov for økt bemanning, og bedre rapporteringskultur. I denne oppgaven viser derimot frekvensanalysen at de ansatte i

sykehjemmene opplever at rapporteringskulturen er relativt bra, (hele 84% svarer at leder er opptatt av pasientsikkerhet), men at det ikke er nok bemanning til å håndtere arbeidsmengden. Dette kan tyde på at det ikke vil være nok at leder engasjerer og motiverer til å opprettholde god rapporteringskultur, men at det også trengs flere ansatte for å sikre en god pasientsikkerhetskultur i sykehjemmene, noe som støttes av studier utført av Glette et al. (2017).

Som beskrevet i teorikapittelet kan sløyfediagrammet brukes til å få et mer oversiktlig bilde av pasientsikkerheten i en organisasjon. I denne versjonen av diagrammet viser pilene hvordan diagrammet kan brukes for å forbedre rapporteringskulturen i sykehjem, gjennom læring av uønskede hendelser og nestenhendelser, slik at risikoen for at de samme hendelser skjer igjen forminskes og pasientsikkerheten styrkes.



Figur 5. Sløyfediagram – pasientsikkerhet.

Et konkret eksempel på hvordan diagrammet kan brukes på pasientsikkerhet; et sykehjem opplever dårlig kommunikasjon og tilbakemelding knyttet til uønskede hendelser. Ledelsen engasjerer og motiverer ansatte til å ha fokus på god pasientsikkerhet og rapporteringskultur, og de tiltakene ledelsen setter i gang er med på å øke de ansattes opplevelse av ansvar for å forbedre rapporteringskulturen i sykehjemmet. Selv om disse tiltakene kan redusere sannsynligheten for uønskede hendelser, er det slik at det alltid være hull i barrierene (swiss

cheese model figur 2). Gode rapporteringer fra tidligere hendelser kan skape kunnskap og føre til læring blant de ansatte, dermed blir den neste lignende uønskede hendelsen fanget opp tidligere, og konsekvensene av den uønskede hendelsen kan reduseres til en mindre pasientskade – pasienten trenger for eksempel ikke å dra til sykehus for å få behandling, men kan behandles med mindre inngripende behandlingstiltak i sykehjemmet.

6.3 Metodiske betraktninger

Her vil jeg se på metodiske utfordringer – hvilke fordeler og ulemper som kan knyttes til metoden i oppgaven, samt forklaring for valg av den aktuelle metoden brukt i denne oppgaven.

6.3.1 Metode og design

Det at hver enkelt kommune er ansvarlig for egen praksis kan være problematisk når det kommer til å sammenligne studier fra ulike kommuner, (helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1). Ved måling av nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester er tilstrekkelig datakvalitet ofte en utfordring, og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Dårlig datakvalitet kan skyldes flere faktorer. Mangelfull eller manglende registrering fra flere kommuner er en svakhet som resulterer i mangelfulle data som igjen kan gi feil i datagrunnlaget. Andre faktorer kan være ulik tolkning av regelverk, forskjellig registreringspraksis, eller at kommunene benytter ulike systemer for rapportering. I tillegg vil små tall (mange små kommuner med få mottakere av aktuell tjeneste) gjøre at den tilfeldige variasjonen kan være stor. I denne oppgaven er dette relevant da dataene som er samlet inn er samlet inn fra sykehjem i ulike kommuner, der ulik praksis kan være tilfelle.

Pasientsikkerhet er et svært omfattende forskningsfelt, og det ville derfor vært mulig å belyse forskningsfeltet på en annen måte, gjennom andre analyser og hypoteser enn de som er brukt i denne studien. Studien som er brukt i oppgaven er utført med bakgrunn i et tverrsnittsdesign. Hensikten med oppgaven var å undersøke hvilke faktorer som påvirker de ansattes generelle oppfattelse av pasientsikkerhet i sykehjem. Samtidig ville jeg se hvilken sammenheng og variasjon som fantes mellom den avhengige variabelen og prediktorvariablene, noe som gjør at tverrsnittstudier var en velegnet metode. Bruk av tverrsnittstudier er imidlertid problematisk av ulike grunner, blant annet vil datamaterialet være begrenset ved at dataene er innhentet på et gitt tidspunkt, og man kan dermed ikke si noe om hvordan prosesser og forhold endrer resultatene over tid (Skog, 2004). En viktig faktor å ta hensyn til ved tverrsnittstudier er altså

at respondentene kan ha endret mening kort tid etter at studien er fullført. Longitudinelle studier eller alternativt flere tverrsnittstudier ville vært bedre egnet til å kartlegge endringer over tid, hvis det hadde vært hensikten med studien.

Videre kan ikke tverrsnittstudier avdekke årsak-virkning når alle variablene er målt på samme tidspunkt. Forskning fra begynnelsen av 2000-tallet viste at sykehjemansatte generelt var negative til pasientsikkerhet, men i nyere tid har forskningen endret seg noe, og man kan se at større fokus på pasientsikkerhetskultur i helsetjenesten generelt har hatt en positiv effekt på de ansattes oppfattelse av generell pasientsikkerhet (Bondevik et al., 2017; Cappelen et al. 2017).

Resultatenes gyldighet er avhengig av måleinstrumentenes validitet. I denne studien vil det være store muligheter for systematiske feil, ved at respondentene har misforstått ett eller flere av spørsmålene. Det må derfor også tas hensyn til at resultatene kan være påvirket av at slike misforståelser har korrelert med andre variabler, og dermed kan resultatene være misvisende. Spørreskjema er imidlertid validert og benyttet i flere andre studier.

Videre kan det være et spørsmål om intern validitet. Det vil si om det foreligger bakenforliggende faktorer og kausalitet, der kausalitet viser til hvordan en eller flere årsaker frembringer en virkning. I denne studien ble det kontrollert for alder og hvor lenge de ansatte hadde jobbet på sykehjemmet i alle regresjonsanalysene. Det kan imidlertid tenkes at det er andre bakenforliggende eller mellomliggende variabler som påvirker sammenhengen som det er undersøkt for i denne oppgaven, som ikke er kontrollert for, men man kan vanskelig kontrollere for alle kontrollvariabler, så da valgte jeg to variabler som tidligere har vist seg å ha gitt signifikant bidrag i forhold til pasientsikkerhet (Bondevik et al., 2017). Den multiple hierarkiske regresjonsanalysen viste at disse kontrollvariablene ikke var signifikante for analysen, likevel har jeg valgt å beholde begge kontrollvariablene da det kan tenkes at variablene har påvirket andre faktorer i analysen. Alder korrelerte signifikant med prediktorvariabelen tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser, noe som tyder på at kontrollvariabelen likevel kan ha hatt innvirkning på resultatene av analysen. Et annet spørsmål er om oppgaven har ekstern validitet. På grunnlag av et lite utvalg av respondenter vil det være vanskelig å generalisere oppgavens resultater.

I kvantitativ forskningsmetode er det vanlig å bruke spørreskjema som allerede er validert av andre forskere (Drageset og Ellingsen, 2009). For å utvikle spørreskjema har SAFE-LEAD brukt det validerte instrumentet NHSOPSC, som er validert av Cappelen et al. (2016). Jeg har deretter brukt SAFE-LEADs datasett for å besvare mine hypoteser angående pasientsikkerhet.

SAFE-LEAD foretok et strategisk utvalg av respondenter som angav inkluderingskriterier, som beskrevet i metodekapittelet. Fordi utvalget i undersøkelsen er forholdsvis lite, kan det være vanskelig å bruke resultatene fra studien som grunnlag for generalisering til andre sykehjem.

Utfallsvariabelen i denne studien er basert på kun et spørsmål «Alt i alt, hvordan vurderer du pasientenes sikkerhet i dette sykehjemmet?». På dette grunnlag er det rom for feilkilder, særskilt fordi det er stort rom for subjektive tolkninger av generell pasientsikkerhet. Subjektive tolkninger vil ikke nødvendigvis samsvare med den reelle pasientsikkerheten i sykehjemmene. Likevel regnes NHSOPSC som et validert og veletablert mål av pasientsikkerhet i sykehjem, og instrumentet er brukt i flere studier verden over, og vil derfor kunne gi rom for sammenligning av ansattes persepsjon av pasientsikkerhet.

7.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke i hvilken grad bemanning, teamarbeid, forventninger til nærmeste leder og tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser kunne forklare den generelle oppfatningen av pasientsikkerhet blant de ansatte i fire sykehjem på Sør-Vestlandet. Analysene viser at alle de fire predikatorene påvirker pasientsikkerhetskulturen i sykehjemmene positivt. Videre støttes hypotesen om at tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser er den predikatoren som har størst påvirkningskraft på den generelle oppfattelsen av pasientsikkerhet i sykehjemmene. Resultatene indikerer at sykehjemmene ikke har tilstrekkelig bemanning til å ivareta pasientsikkerheten på best mulig måte.

8.0 IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING

I oppgaven har jeg fokusert mye på pasientsikkerhet knyttet til rapporteringskultur og har med dette også sett et behov for videre forskning med tanke på rapportering av uønskede hendelser. Viktigheten av videre forskning når det kommer til rapportering av uønskede hendelser nevnes også i tidligere studier, (Bondevik et al., 2017). Grunnen til dette er at uønskede hendelser henger sammen med pasientsikkerhet på en slik måte at ved å hindre at uønskede hendelser oppstår, legger man også grunnlag for en bedre pasientsikkerhet og en bedre pasientsikkerhetskultur. Sløyfediagrammet i figur 4 og oppgavens resultater indikerer at en god rapporteringskultur ha en sannsynlighetsreducerende effekt på uønskede hendelser, og bør derfor undersøkes videre – herunder også antallet rapporteringer i sykehjem og når/hvorfor de ansatte rapporterer hendelser og når/hvorfor ikke de rapporterer hendelser?

Ifølge Olsen & Bjerkan (2017), er det bare sykehus som er pålagt å rapportere uønskede hendelser, dermed finnes det heller ikke noe sikkert tall for uønskede hendelser innen primærhelsetjenesten, herunder blant annet sykehjem. Dette er noe uforståelig, da primærhelsetjenesten har mange pasienter med svært komplekse sykdomsbilder. Dette er nok en av grunnene til at det allerede er en del forskning som omhandler rapportering av uønskede hendelser i sykehus i Norge, mens det enda er et sterkt behov for videre forskning om rapporteringskultur i sykehjem (Bondevik et al. 2017).

Det kan tenkes å være interessant å forske videre på bemanning og hvordan dette problemet kan løses, da flere blir eldre i Norge (St.Meld.11, 2018-2019), og det vil være behov for å finne en god løsning på hvordan denne utfordringen kan løses på best mulig måte.

Et av problemene i denne undersøkelsen er at det ikke finnes noen god måte å undersøke hvordan rapporteringskulturen er objektivt sett. De spørsmålene i surveyen som omfatter rapportering av uønskede hendelser, sier lite om hvordan rapporteringskulturen faktisk er. Selv om variabelen tilbakemelding og kommunikasjon gir et innblikk i deler av rapporteringskulturen i sykehjemmene, kan det tenkes at det også er behov for mer utdypende forskning. Kvalitativ forskning kunne vært brukt for å prøve å utdype funnene i oppgaven, og gi en bedre forståelse for hva som ligger bak svarene i undersøkelsen. Det kunne tenkes at det ville være interessant for pasientsikkerhetskulturen i sykehjemmene å undersøke nærmere hvordan rapportering av uønskede hendelser er med å påvirke pasientsikkerheten. Behovet for flere gode undersøkelser omkring rapportering av uønskede hendelser får også støtte i tidligere studier (Bondevik et al., 2017).

9.0 KILDER

Bøker

- Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet – teori og praksis*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Enge, O., Kruke, B., Lindøe, P., Olsen, K., Olsen, O. & Pettersen K. (2017). *Perspektiver på samfunnssikkerhet*. 1. utg. Oslo: Cappelen damm.
- Løvås, G. (2004). *Statistikk for universitet og høyskoler*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Pallant, J. (2016). *SPSS – Survival manual*. Berkshire: Open University Press.
- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot: Ashgate.
- Vincent, C. (2010). *Patientsafety*. 2.utg. West Sussex, UK: Blackwell publishing.
- Sandars, J. and Cook, G. (2007). *ABC og Patient Safety*. Massachusetts, USA: Blackwell Publishing Ltd.
- Skog, O. (2004). *Å forklare sosiale fenomener*. 2.utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Stubberrud, D. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ödegård, S. (2013). *Patientsäkerhet – teori och praktik*. 1.utg. Stockholm: Författarna och Liber AB.

Artikler

- Ammouri, A.A., Tailakh, A.K., Muliira, J.K., Geethakrishnan, R. & Kindi, S.N. (2015). Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review* 62, 102-110.
- Ballangrud, R., Hedelin, B. & Hall-Lord, M.L. (2012). Nurses' perception of patient safety climate in intensive care units: a cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing* 28(6):344-54. <https://doi:10.1016/j.iccn.2012.01.001>
- Baker, D., Day, R. and Salas E. (2006). Teamwork as an Essential Component of High-Reliability Organizations. *HSR: Health Services Research* 41:4, part II. <https://doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00566.x>
- Bondevik, G., Hofoss, D., Husebø, B. & Deilkås, E. (2017). Patient safety culture in Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research* 17:424. <https://doi10.1186/s12913-017-2387-9>

- Bonner A., Castle, N.G., Perera, S. and Handler, S.M. (2008). Patient Safety Culture: A Review of the Nursing Home Literature and Recommendations for Practice. *Ann Longterm Care* 16(3):18-22.
- Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Testa, L. and Lamprell, G. (2017). Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open*. <https://doi:10.1136/bmjopen-2017-017708>
- Cappelen, K., Aase, K., Storm, M., Hetland, J. og Harris, A. (2016). Psychometric properties of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture in Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research* 16:446. <https://doi10.1186/s12913-016-1706-x>
- Castle, N.G, Wagner, L.M., Perera, S., Ferguson, J.C. & Handler, S.M. (2011). Comparing the Safety Culture of Nursing Homes and Hospitals. *Journal of Applied Gerontology*, 30, 22-43. <https://doi.org/10.1177/0733464809353603>
- Danielsson, M., Nilsen, P., Rutberg, H., Årestedt, K., (2017), A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden., *Journal of patient safety*. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000369>
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr. 2, 5 årgang*. <file:///C:/Users/hilde/Downloads/244-Article%20Text-934-1-10-20100209.pdf>
- Gartshore, Emily, Waring, Justin, & Timmons, Stephen. (2017). Patient safety culture in care homes for older people: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-11.
- Glette, M. K., Aase, K. and Wiig, S. (2017). The Relationship between Understaffing of Nurses and Patient Safety in Hospitals – A Literature Review with Thematic Analysis. *Open Journal of Nursing*, 7, 1387-1429. <https://doi.org/10.4236/ojn.2017.712100>
- Handler, S.M., Castle, N.G., Studentski, S.A., Perera, S., Fridsma, D.B., Nace, D.A. and Hanlon, J.T., (2006). Patient safety culture assessment in the nursing home. *Qual Saf Health Care* 2006; 15:400-404. <https://doi10.1136/qshc.2006.018408>
- Olsen E. Workers' perception of safety culture at a hospital. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2007;127:2656—60.

Salas, E., Dickinson, T.L. and Converse, S.A. (1992). «Toward an Understanding of Team Performance and Training». In *Teams: Their Training and Performance*, edited by Swezey, R.W. and Salas E., pp. 3-29- Norwood, NJ: Ablex.

Schnelle, J.F., Simmons, S.F., Harrington, C., Cadogan, M., Garcia, E. and Bates-Jensen, B.M. (2004). Relationship of Nursing Home Staffing to Quality of Care. *HSR: Health Services Research* 39:2.

Thomas, Kali S., Hyer, Kathryn, Castle, Nicholas G., Branch, Laurence G., Andel, Ross, & Weech-Maldonado, Robert. (2012). Patient Safety Culture and the Association with Safe Resident Care in Nursing Homes. *Gerontologist*, 52(6), 802-811.

Ulrich, B. og Kear, T. (2014). Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery. *Nephrologi Nursing Journal*, 41(5), 447-456, 505.

Vlayen A, Hellings J, Claes N, et al. A nationwide hospital survey on patient safety culture in Belgian hospitals: setting priorities at the launch of a 5-year patient safety plan. *BMJ Qual Saf.* 2012;21:760–767.

Weaver, S., Lumbomksi, L., Wilson, R., Pfoh, E., Martinez, K. & Dy, S. (2013). Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. *Annals of Internal Medicine* 158:369-374.

Waring, J. (2005). Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. *Social science and Medicine*. Volume 60, issue 9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.055>

Internett

Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Slik jobber du med pasientsikkerhetskulturen. Hentet 29.08.19 fra:

<https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/målinger/pasientsikkerhetskultur/slikjobber-du-med-pasientsikkerhetskulturen>

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. (2008-2009). Samhandlingsreformen. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet. (2018, 29. oktober). Ledelse og kvalitetsforbedring.

Hentet fra: [https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring/seksjon?Tittel=formal-og-virkeomrade-11130#form%C3%A5let-med-forskriften-\(%C2%A7-1\)](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring/seksjon?Tittel=formal-og-virkeomrade-11130#form%C3%A5let-med-forskriften-(%C2%A7-1))

Lov/forskrift

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra:

<https://min.rettsdata.no/#/Dokument/gF20161028NR1250?dq=forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten&searchmode=docs>

Kvalitetsforskriften. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792). Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, (helse- og omsorgstjenesteloven). (2011). (L24.06.2011 nr. 30). Hentet fra: <https://min.rettsdata.no/#/Dokument/gL20110624z2D30>

Notat

Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G. mfl. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Rapporter

Baker, D.P., Gustafson, S., Beaubien, J.M., Salas, E. and Barach, P., (2003). *Medical Teamwork and Patient Safety: The Evidence-Based Relation*. Washington, DC: American Institutes for Research.

Gautun, Heidi og Astri Syse (2013). *Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene*. NOVA rapport 8/2013.

Krogstad, U. & Saunes, I. (2009). *Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus*. Rapport Nr. 28. Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_0928_pasientsikkerhetsarbeid-i-norske-sykehus.pdf

Rundskriv

Helsedirektoratet. (2018). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (IS-2620). Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Ledelse%20og%20kvalitetsforbedring.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Meld. St. 10 (2012-2013). God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>