



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGÅVE

I trygge hender

Bachelor i sjukepleie

SK152

Avdeling for helsefag

Institutt for sjukepleiarutdanning

2 Juni 2017

Tal ord: 6996

Av Synne Katrin Larsen

Rettleiar: Hanne Marie Heggdal

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Samandrag

Tittel

I trygge hender

Bakgrunn

Å skape ein trygg og god helse- og omsorgsteneste er eit viktig mål. I studietida har eg fått interesse for pasientsikkerheit og pasientsikkerheitskultur. Dette er viktig for tryggleiken til pasientane og kan betre kompetansen til sjukepleiarar om det er noko som vert satsa på. Om ein jobbar saman kan ein oppnå kvalitet og betre pasientsikkerheit. Eg har valt å avgrense til sjukeheim, då eg har flest erfaring derifrå.

Problemstilling

Korleis betre pasientsikkerheitskulturen på sjukeheim?

Metode

Denne oppgåva er ei litteraturstudie. Dette er ei studie som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder, som bøker og forskingsartiklar, som allereie finst om temaet, i tillegg til erfaringsbasert kunnskap.

Oppsummering

For å betre pasientsikkerheitskulturen på sjukeheim er det viktig at sjukepleiarar får auka kompetanse –den kliniske og organisatoriske kompetansen. Pasientsikkerheitskulturen på sjukeheim handlar om at leiarar og tilsette byggjer på felles verdiar og har ei felles haldning som i praksis kjenneteiknast ved at ein heile tida søker å redusere pasientskadar.

For å skape ein betre pasientsikkerheitskultur må ein vere bevisst på å hindre uønskte hendingar. Det krev bevisstheit og ein kultur der ein er på vakt og reagerer. Samt at ein har system for å melde frå og ikkje minst lære av slike hendingar.

Nøkkelord: sjukepleie, pasientsikkerheitskultur, pasientsikkerheit, sjukeheim , uønskte hendingar.

Innholdsfortegnelse

1 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensing av problemstilling	2
1.4 Oppbygging	2
2 Metode	3
2.1 Val av metode	3
2.2 Litteraturstudie	3
2.2.1 Søkeprosessen etter relevant forskning	3
2.2.2 Søkeprosessen etter relevant litteratur	4
2.3 Kjeldekritikk	4
3 Teori	6
3.1 Pasientsikkerheit	6
3.2 Pasientsikkerheitskultur	7
3.3 Sjukepleiaren sin kompetanse	8
4 Resultat/funn	10
4.1 «Healthcare professionals' knowledge, attitudes and skills regarding patient safety: a systematic literature review» (Brasaitte, Kaunonen, & Suominen, 2014).	10
4.2 «Psychometric properties of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture in Norwegian nursing homes» (Cappelen, Aase, Storm, Hetland, & Harris, 2016).	10
4.3 «Learning to ensure patient safety in clinical settings: comparing Finnish and British nursing students' perceptions» (Tella, et al., 2015).	11
4.4 «Comparing the Safety Culture of Nursing Homes and Hospitals» (Castle, Wagner, Perera, Ferguson, & Handler, 2009).	12
5 Drøfting	12
5.1 Auka kompetanse	12
5.2 Ein bevisst pasientsikkerheitskultur	14
6 Konklusjon	18
Bibliografi	19

1 Innleiing

Ein møter omgrepsparet kvalitet og pasientsikkerheit i mange samanhengar i helsetenesta. Det er fleire måtar å forklare pasientsikkerheit på, men det kan skildrast som det «å vere trygg og sikre». Tema eg har valt er pasientsikkerheitskultur. Det er vår jobb som sjukepleiarar å sikre at pasienten får den hjelpa ein treng og kjenner seg trygg. I regjeringa sin politikk står kvalitet og pasientsikkerheit sentralt for å utvikle pasienten sin helseteneste. Helsetenesta skal vidareutviklast slik at pasientar og brukarar i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). A. Alle sjukepleiarar med offentleg autorisasjon ivaretek ei leiarfunksjon i sitt daglege arbeid (Kristoffersen, 2014, s. 283). Difor har sjukepleiaren også eit ansvar for å jobbe for at pasientane skal ha trygge helsetenester, samt sikre at pasientane føler seg trygg.

1.1 Bakgrunn for val av tema

I 2011 starta den treårige pasientsikkerheitskampanjen «I trygge hender» på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet. Hovudmålet med denne kampanjen har vore å redusere pasientskadar, bygge varige strukturar for pasientsikkerheit og forbetre pasientsikkerheitskulturen i helse- og omsorgstenesta. Kampanjen vart gjennomført i spesialisthelsetenesta og i kommunale helse- og omsorgstenester. Kampanjen sitt mål var at skadar som kunne førebyggast, skulle reduserast med 20 prosent. Ifølgje sluttrapporten var alle skadar som kan førebyggast i alle alvorlegheitsgrader, redusert med 38 prosent frå 2010 til 2013 (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014). Dette seier kor viktig det er å fokusere på pasientsikkerheit og å forbetre pasientsikkerheitskulturen.

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeida ein strategi som heiter «Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)». Målet med denne strategien er at tenestene er av god kvalitet. For sosial- og helsetenestene inneber dette at tenestene er verknadsfulle, trygge og sikre, involverer brukarar og gir dei innflytelse. Samt at ein er samordna og prega av kontinuitet, utnyttar ressursane på ein god måte, er tilgjengelege og rettferdig fordelt. For å nå målet om sosial- og helsetenester av god kvalitet, skal ein fokusere på innsatsområde som å styrke brukaren og utøveren, forbetre leiinga og organisasjon, styrke forbetningskunnskapen sin plass i utdanningane og følgje med og evaluere tenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

I Stortingsmeldinga vert det understreka at kvalitet og pasientsikkerheit er viktig for å skape pasienten sin helseteneste (Meld. St. 13, 2016–2017). Å skape ein trygg og god helse- og omsorgsteneste er eit uttrykt mål. Gjennom regjeringa sin plan for omsorgstenestene, vert innsatsen skildra for å styrke kapasitet, kvalitet og kompetanse i tenestene. Regjeringa vil rette innsatsen inn

mot områder som å utvikle pasienten sin helseteneste, utfordre personell, pasientar og leiarar på alle nivå til å nytte resultat som grunnlag for å redusere uønskt variasjon og forbetre tenesta. I tillegg utvikle kvalitetsorientert leiing, og etablere system som bidreg til ein sikkerheitsfokusert og lærande kultur (Meld. St. 13, 2016–2017).

I løpet av studietida har eg sett at pasientsikkerheit er viktig å ha fokus på og kan heile tida betrast. Når eg spurde nokre sjukepleiarar om pasientsikkerheitskampanjen, hadde dei ikkje høyrte om dette. Eg har difor valt å skrive om pasientsikkerheitskultur på sjukeheim då dette er viktig for sikkerheita til pasientane og kan betre kompetansen til helsepersonell om det er noko ein satsar på og har fokus på. Grunnen til at eg har valt sjukeheim er fordi eg trur det er lett å gløyme og ein er lite bevisst om dette temaet, om ikkje alle går saman om å skape ein betre pasientsikkerheitskultur.

1.2 Problemstilling

Korleis betre pasientsikkerheitskulturen på sjukeheim?

1.3 Avgrensing av problemstilling

Eg har valt å avgrense problemstillinga til sjukeheim. Eg vil sjå på korleis sjukepleiarar kan betre pasientsikkerheitskulturen. Som sjukepleiar må ein heile tida sjå etter betring og iverksette tiltak. For at pasientane skal føle seg trygge og sikre er det aktuelt at pasientsikkerheitskulturen på avdelinga er positiv, og sjukepleiarar har god kompetanse, det vil seie tilstrekkeleg kunnskap, haldningar og ferdigheiter. Grunnen til at eg har valt å avgrense til sjukeheim er at eg trur det er lite fokus på pasientsikkerheit på grunn av lite bevisstheit om dette.

1.4 Oppbygging

Oppgåva skal vidare løysast ved å presentere teori og definere omgrep, samt vise til funn frå forskning. Deretter vil eg drøfte korleis ein som sjukepleiar kan betre pasientsikkerheitskulturen på sjukeheim i lys av relevant teori, forskning og erfaringsbasert kunnskap. Avslutningsvis vil eg seie noko om kva eg har fått ut av å skrive denne oppgåva og kva ein eventuelt treng meir kunnskap om.

2 Metode

2.1 Val av metode

I dette kapitlet skal eg skildre val av metode. Metode seier noko om korleis ein bør gå til verks for å skaffe kunnskap eller etterprøve kunnskap. Metode er reiskapen vårt i møte med noko vi vil undersøkje, og metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil seie informasjonen ein treng til undersøkinga (Dalland, 2012, ss. 111-112). Eg har valt å nytte litteraturstudie som metode i oppgåva mi. Ein litteraturstudie er ein studie som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder. Det inneber å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt samanfatte det heile (Thidemann, 2015).

2.2 Litteraturstudie

Litteraturen eg nyttar i oppgåva er forskingsartiklar, stortingsmeldingar, lovverket, pensum og andre relevante bøker. Eg har også nytta webområde som kunnskapssenteret.

2.2.1 Søkeprosessen etter relevant forskning

Eg byrja først å bruke den skandinaviske helsefaglege databasen SveMed+, for å finne engelsk søkeord. SveMed+ er ein database med norsk, svensk og dansk helsefagleg litteratur som eg fann på biblioteket sine sider under databasar. Her skreiv eg inn dei norske omgrepa og fann dei engelske omgrepa (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012). Eg nytta søkeord som: pasientsikkerhet, kvalitet, forbedring, sykehjem, sykepleier, kvalitetsforbetring, og fekk engelskord som patient safety, quality of health care, quality assurance health care, nursing homes, nursing care, quality improvement. Eg nytta engelskorda for å søke etter forskning på Academic Search Elite gjennom å velje databasar som CINAHL(full tekst) og MEDLINE. For å avgrense søka trykte eg på Advanced Search og valte publikasjonsdato frå Januar 2007 til April 2017, og kryssa av på Scholarly (Peer Reviewed) Journals. Dette for å finne nyaste forskning innanfor tema, og at artiklane er lese, vurdert og godkjent. Eg søkte først på eitt engelskord om gangen og fekk opp mange treff. «Patient safety» fekk opp 47 028 treff. Men for å få færre artiklar og mest truleg meir relevante til temaet mitt tok eg orda «patient safety», «quality improvement» og «nursing homes» og søkte desse i lag og fekk 75 treff. Eg las først overskriftene på mange av artiklane og las gjennom abstraktet på dei som kunne ha relevans for oppgåva mi. Etter å ha lese gjennom abstrakt til fleire artiklar bestemte eg meg for kva artiklar eg kunne nytte i oppgåva. Eg sat att med fire forskingsartiklar. For å få ei oversikt over korleis søk som vart gjort, noterte eg søkeord, tal treff, tal aktuelle artiklar og kva artiklar som skulle brukast i oppgåva. Dei fire artiklane eg har nytta er «*Healthcare professionals' knowledge, attitudes and skills regarding patient safety: a systematic literature review*» av (Brasaitte, Kaunonen, & Suominen, 2014), «*Psychometric properties of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture in*

Norwegian nursing homes» av (Cappelen, Aase, Storm, Hetland, & Harris, 2016), «*Learning to ensure patient safety in clinical settings: comparing Finnish and British nursing students' perceptions*» av (Tella, et al., 2015) og «*Comparing the Safety Culture of Nursing Homes and Hospitals*» av (Castle, Wagner, Perera, Ferguson, & Handler, 2009).

2.2.2 Søkeprosessen etter relevant litteratur

For å finne relevant litteratur nytta eg Høgskulen på Vestlandet sin søkemotor «ORIA». Her brukte eg ord som «pasientsikkerhet». På dette søket fekk eg opp 440 treff. Dette er alt frå bøker, artiklar, masteroppgåver, tekstressursar og meir. Men for å få færre treff og truleg meir relevant litteratur søkte eg på «pasientsikkerhet sykehjem» og fekk opp 30 treff. Eg såg igjennom alle, for å sjå om tittelen hadde relevans for oppgåva. Deretter lånte eg nokre bøker på grunnlag av at dei kunne ha relevans for oppgåva mi. Eg fann også litteratur gjennom å sjå på pensumlista til dei ulike emna vi har hatt gjennom studiet. Bøkene som vert mest nytta er *Pasientsikkerhet – teori og praksis* av (Aase, 2015), *Grunnleggende sykepleie bind 1* av (Kristoffersen, 2014) og *Organisatorisk kompetanse* av (Orvik, 2015).

2.3 Kjeldekritikk

Her skal eg seie litt om litteraturen i oppgåva har relevans, og kva styrkar og svakheiter eg ser ved den litteraturen som er nytta. Kjeldekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som er brukt. Hensikta er at lesaren skal få del i dei refleksjonane eg har gjort meg om korleis relevans og gyldigheit litteraturen har når det gjeld å belyse problemstilling (Dalland & Trygstad, 2012, s. 72). Når ein skal vurdere ei bok eller ein artikkel er det ei rekkje spørsmål ein bør stille for å klargjere kva type tekst dette er, og kva relevans det har for problemstillinga i oppgåva (Dalland & Trygstad, 2012, s. 74).

I oppgåva mi har eg brukt ein systematisk oversiktsartikkel, ein tverrsnittsundersøking og to andre studiar som nyttar kvantitativ metode. Styrkar ved artiklane er at dei har relevans for oppgåva, då dei belyser problemstillinga. Men det er både styrkar og svakheiter med å berre nytte kvantitative forskingsartiklar. Det er ikkje slik at det er éin metodisk tilnærming som kan bli sett på som den einaste rette (Thidemann, 2015, s. 79). Ved kvantitativ metode får ein eksakt faktakunnskap gjennom målbare einingar, medan med kvalitativ metode får ein kunnskap om menneskelege eigenskapar som meiningar, opplevingar, erfaring, tankar og haldningar (Thidemann, 2015, ss. 77-78).

Eg nyttar fire artiklar som er skriva på engelsk. Dette kan gjere det litt utfordrande med tanke på tolking av tekstane. Eg har nytta norsk/engelsk ordbøker på internett for å hindre tolkingsfeil, men det kan vere ord og setningar ein kan ha mistolka, og då kan budskapet med teksten endre seg.

Dette er ein svakheit. Artikkelen «*Comparing the Safety Culture of Nursing Homes and Hospitals*» (Castle, Wagner, Perera, Ferguson, & Handler, 2009) tek føre seg pasientsikkerheit på sjukeheim og sjukehus i USA. Det er både styrkar og svakheiter med å nytte forskning frå andre land enn Noreg. Det kan vere interessant å lære frå andre land, men samtidig har ein ulike kulturar og det kan vere at det ikkje er relevant for kulturen i Noreg. Men etter å ha lese denne artikkelen har eg valt å nytte den i oppgåva mi då den har relevans.

Litteraturen som er nytta er bøker av nyaste utgåve og difor oppdaterte i lys av dagens situasjon. Eg har nytta lærebøker og fagbøker. Styrker med lærebøker er at dei er kvalitetssikra, men sjeldan tilstrekkeleg som litteratur til ei større oppgåve. Ein svakheit kan vere at både fagstoff og pensum ofte er sekundærlitteratur. Det vil seie at teksten er omarbeida og presentert av ein annan enn den opphavlege forfattaren. Teksten er mogleg oversett og fortolka før ein lesar den og då kan det opphavlege perspektivet ha endra seg (Dalland & Trygstad, 2012, ss. 68,73).

Eg nyttar sekundærkjelder, både bøker og forskingsartiklar. Sekundærlitteratur er skriva på grunnlag av primærlitteraturen. Sekundærstudiar, som oversiktsartiklar og systematiske oversikter, viser til forskning som nyttar data frå allereie eksisterande primærstudiar, og der data frå desse reanalyserast. Sekundærstudiar er ofte kunnskapsoppssummeringar basert på ein kritisk gjennomgang og vurdering av primærkjelda (Dalland & Trygstad, 2012, s. 79). Svakheiter med å bruke sekundærkjelder er at det kan vere feiltolkingar eller feil. Men sekundærkjelde kan også vere viktige kjelder for å få overblikk over aktuell forskning, då det er skriva av ein ekspert på eit område (Erikson, 2013, s. 35).

3 Teori

3.1 Pasientsikkerheit

Pasientsikkerheit har blitt eit etablert fag- og forskingsfelt dei siste ti åra og det finst ulike definisjonar for omgrepet pasientsikkerheit (Aase, 2015, s. 13). Kunnskapssenteret har definert omgrepet pasientsikkerheit som: «*Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.*» (Kunnskapssenteret, u.d.). Ein kan også med andre ord seie at det handlar om å forhindre at pasienten vert skada. God pasientsikkerheit inneberer å lære av uønskte hendingar og å jobbe mot at det ikkje gjentek seg.

I Helse- og omsorgsdepartementet står betre kvalitet og pasientsikkerheit sentralt for å utvikle pasienten sin helseteneste. Pasientane skal vere sikre på at tenestene verkar, at dei er trygge og at dei heng godt saman når ein er avhengig av helsehjelp frå fleire instansar. Helsetenestene skal vidareutviklast slik at pasientar og brukarar i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp. Kvalitetsmålingar, pasientsikkerheitsmålingar og pasienterfaringar må nyttast aktivt i utforming av tenestetilbodet og i systematisk forbetningsarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). I 2011 starta den treårige pasientsikkerheitskampanjen «I trygge hender» på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet. Hovudmåla for den norske kampanjen har vore å redusere pasientskadar, etablere strukturar for pasientsikkerheit og å betre pasientsikkerheitskulturen i helsetenestene. Aktivitetsnivået har likevel vore høgare i spesialisthelsetenesta enn i dei kommunale tenestene (Aase, 2015, s. 16). I sluttrapporten for pasientsikkerheitskampanjen konkluderast det med at det har vore reduksjon i tal pasientskadar (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014).

Med ønskje om ytterlegare betring av kvaliteten i helsetenestene fremma Regjeringa i 2012 Noreg si første melding til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerheit i helse- og omsorgstenesta (sitert av Aase, 2015, s. 16). Regjeringa sitt overordna mål for kvalitets- og sikkerheitsarbeid er:

- eit meir brukarorientert helse- og omsorgstilbod
 - auka satsing på systematisk kvalitetsforbetring
 - betre pasientsikkerheit og færre uønskte hendingar
- (Meld. St. 10, 2012–2013)

Regjeringa vil satse på ytterlegare forbetring og har høge ambisjonar. Tenestene skal ha god kvalitet, vere tilgjengelege innanfor forsvarleg ventetid og tilbodet skal nå ut til alle uavhengig av sosial bakgrunn og bustad. Infeksjonar og feil bruk av legemidlar er dei to vanlegaste årsakene til pasientskadar. Sett frå pasientar og brukarane sin ståstad er det òg rom for betring. Det gjeld

pasienten sitt syn på helsetenesta, informasjonsflyt og kommunikasjon, og koordinering mellom ulike delar av tenestene. Helsetilsynet melder at manglande kvalitetsstyring og kontroll påverkar pasientsikkerheita. Det er behov for å utvikle system og kulturar for å lære av feil. Det er òg behov for meir kunnskap om kvaliteten i tenestene (Meld. St. 10, 2012–2013).

Det femårige, nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet (2014-2018) skal redusere pasientskadar ved hjelp av målretta tiltak i heile helsetenesta. Programmet er eit oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet, og vidarefører arbeidet som vart starta under pasientsikkerheitskampanjen med same namn (2011-2013). Programmet har tre overordna målsettingar: å redusere pasientskadar, byggje varige strukturar for pasientsikkerheit og betre pasientsikkerheitskulturen. Programmet innfører konkrete betringstiltak på utvalde innsatsområde i alle delar av helsetenestene. Dømer på dette kan vere samstemming av legemiddellister, riktig legemiddelbruk i sjukeheim, førebygging av trykksår, førebygging av urinvegsinfeksjon i forbindelse med kateterbruk, leiging av pasientsikkerheit og tidleg oppdaging av forverra tilstand (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017).

3.2 Pasientsikkerheitskultur

Ein pasientsikkerheitskultur består av haldningar og rutinar som dei tilsette og leiinga har, som igjen påverkar behandlinga pasientane mottok (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016). Ein god pasientsikkerheitskultur forutset eit godt samspel mellom tilsette og leiarar, og ein felles bevisstheit om kva som må på plass for å hindre unødvendig skade. Det handlar om å få på plass eit system, det vil seie rutinar, ressursar og infrastruktur for å redusere risiko for skade og feil. Det handlar òg om at det skal kjennast trygt å melde frå om og lære av uønskte hendingar. Det må rettast merksemd mot omstendigheiter som bidreg til uønskte hendingar, framfor å fokusere på enkeltpersonar (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016).

Ein organisasjon er eit system som er bevisst konstruert for å løyse oppgåver som verksemda har ansvar for. Organisasjonar er sosiale system som er bevisst konstruert for å fungere målretta, og blir deretter kontinuerleg rekonstruert for å tilpasse seg endringar og kunne påverke omgivnadane. Ulike tilnærmingar og verdiar gir ulike kulturar, men òg ulike strukturar i form av mål, organisasjonsformer og leiarmodellar (Orvik, 2015, s. 41). Kjenneteikn ved ein organisasjonskultur er at det finst normer og reglar for samhandling, verdiar og filosofi som ligg bak organisasjonen sin politikk ovanfor brukarar og tilsette, observerbare, åtferdmessige vanar, til dømes språk og måtar å omgåast mellom overordna og underordna. I tillegg til stemning og klima i organisasjonen, som skuldast fysisk utforming og medlemmane sin måte å omgåast brukarar og andre kontaktar på (Kristoffersen, 2014, s. 334).

På kva måte sjukeheimane er organiserte, og korleis personalet fordeler oppgåvene kan variere. Sjukepleiaren sin leiarfunksjon brukast ikkje som omgrep i rammeplan for sjukepleieutdanninga. Det formulerast likevel konkrete mål som skildrar kva det forventast at ein utdanna sjukepleiar skal kunne innanfor område organisasjon og leiing. Sjukepleiarar har ansvar for å organisere og leie sjukepleietenesta på ulike nivå innanfor eiga verksemd og på tvers av ulike tenestetilbod. Studentane skal etter avslutta utdanning ha handlingskompetanse til å leie og administrere sjukepleieøvinga ovanfor enkeltpasientar og deira pårørande, kunne samarbeide på alle nivå i organisasjonen, utvikle vilje til tverrfagleg og tverretatleg samarbeid og utvise ein kritisk analytisk haldning til helsetenesta (Kristoffersen, 2014, s. 283).

Pasientar i sjukeheim og deira pårørande har behov for at tilboda ved helsetenestene er sikre. Sjuke eldre representerer ei sårbar pasientgruppe kor uønskte hendingar som feilmedisinering, infeksjonar, underernæring og fall gir unødige påkjenningar. Fokuset har hittil vore retta mot spesialisthelsetenesta. Men pasientsikkerheit i sjukeheim blir meir og meir fokusert på, og ein legg særleg vekt på tydinga av å skape ein kultur som fremmar sikkerheit (Cappelen, 2015, s. 87).

3.3 Sjukepleiaren sin kompetanse

Omgrepet kompetanse vert ofte brukt om kunnskapar og ferdigheiter hos enkeltpersonar. Ei slik forståing kan vere gyldig, men kompetanse oppstår likevel først og fremst når kunnskap og erfaring delast med kvarandre (Orvik, 2015, s. 22). Kompetanse er altså noko felles eller individuelt som knytt ei klinisk verksemd saman til ei organisatorisk eining. Helsepersonell kan difor vanskeleg utføre arbeidet sitt på ein kompetent måte utan å samarbeide; å arbeide er å samarbeide. Å ta i bruk nyaste kunnskap i behandlinga er ei norm i pasientarbeidet. Det betyr at helsepersonell kontinuerleg må forbetre eiga praksis (Orvik, 2015, s. 23).

Eit anna omgrep er organisatorisk kompetanse. Dette spelar inn i pasientsikkerheitskulturen. Organisatorisk kompetanse vil stadig bli viktigare i framtida. Kompetanse vert skapt gjennom den sosialiseringa som skjer i møte med ein profesjonskultur, ein organisasjon eller ein tradisjon. Ein kan difor hevde at all kompetanse eigentleg er ei form for organisatorisk kompetanse. Samtidig har organisatorisk kompetanse eit spesifikt innhald (Orvik, 2015, s. 24). Å nytte organisatorisk kompetanse til kulturomgrepet betyr å rette merksemd mot verdjar. Uttrykket kjem frå latin *colere*, som betyr å bearbeide, og viser til at kultur er noko organisasjonen er, ikkje noko organisasjonen har (Orvik, 2015, s. 58).

Samfunnet har krav og forventingar til utøving av sjukepleie som er nedfelt i lovverk og forskrifter. Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999) stiller krav til at helsepersonell om forsvarleg

utøving og understrekar den enkelte sjukepleiar sitt ansvar for å vurdere kompetansen sin ut frå arbeidsoppgåvene. Både lov om helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999), som set søkjelyset på fagleg forsvarleg handling, lov om spesialisthelsetenesta (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999) og lov om helseføretak (Helseforetaksloven, 2001), tilseier at kunnskapsbasert praksis er nødvendig (sitert i Kristoffersen, 2014, s. 161).

Omgrepet kunnskap kan forklarast ved hjelp av ord som kjennskap, viten, lærdom og innsikt, fagkunnskap og erfaring (Kristoffersen, 2014, s. 162). Innhaldet i kunnskapsomgrepet ligg nær opp til omgrepet kompetanse, som definerast som skikkheit og dyktigheit, og er knytt til enkeltpersonar sine kvalifikasjonar. Å ha kompetanse eller å vere kompetent inneberer å vere kvalifisert til å ta slutningar og handle innanfor eit bestemt funksjons- eller myndighetsområde (Kristoffersen, 2014, s. 162). Det vil seie at for å vere kompetent sjukepleiar må ein ha tilstrekkeleg kunnskap, ferdigheiter og verdiar (haldningar).

I ein yrkespraksis som heile tida stiller nye krav, må utøvarane vere innstilt på kontinuerleg forandring. Utvikling av kompetanse handlar om omfattande og variert erfaring frå sjukepleiesituasjonar, i tillegg er det vesentleg at sjukepleiarar tileignar seg relevant teoretisk kunnskap, samt at erfarne kollegaer kan fungere som rollemodellar for dei mindre erfarne (Kristoffersen, 2014, s. 192). Utvikling av kompetanse er også avhengig av at den enkelte sjukepleiar har evna og viljen til å reflektere kritisk over si eiga yrkesutøving, og i tillegg mottek tilbakemeldingar på øvinga. Dette vil bidra til utvikling av yrkeskompetanse både for den enkelte og for kollegaer i fellesskap (Kristoffersen, 2014, s. 193).

Yrkesetiske retningslinjer seier noko om at sjukepleiaren har eit fagleg, etisk og personleg ansvar for eigne handlingar og vurderingar i utøvinga av sjukepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2016). I tillegg må ein setje seg inn i det lovverket som regulerer tenesta. Sjukepleie skal byggje på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukarkunnskap. Sjukepleiaren har òg eit personleg ansvar for at eiga praksis er fagleg, etisk og juridisk forsvarleg. Samt at ein må halde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innan eige fagområde, og bidra til at ny kunnskap innvendast i praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

I utøvinga av sjukepleie er fleire ulike kunnskapsformer viktige. Teoretisk- og praktisk kunnskap, klinisk kompetanse, vurderingsevne og fagleg skjønn har betydning for kvaliteten av utøvinga av sjukepleie (Kristoffersen, 2014, s. 161). Som sjukepleiar må ein kunne administrere seg sjølv og arbeide systematisk. Alle sjukepleiarar er faglege leiarar, frå dei heilt nyutdanna til dei med lang erfaring (Kristoffersen, 2014, s. 283).

4 Resultat/funn

4.1 «*Healthcare professionals' knowledge, attitudes and skills regarding patient safety: a systematic literature review*» (Brasaite, Kaunonen, & Suominen, 2014).

Dette er ein systematisk oversiktsartikkel for å dokumentere og kombinere empiriske studiar av helsepersonell sin kunnskap, haldningar og ferdigheiter knytt til pasientsikkerheit i same papir. Alle studiane var kvantitative, unntatt ein som brukte kvantitativ og kvalitativ metode. Til saman 18 studiar oppfylte kriteriane og vart gjennomgått.

Hensikta med denne studia var å fastslå omfanget av eksisterande kunnskap om helsepersonell sin kunnskap, haldningar og ferdigheiter knytt til pasientsikkerheit, samt for å gi fokus på gjennomføring av framtidig forskning. Dei fleste studiane for pasientsikkerheit vart gjennomført i USA, Storbritannia, Nederland og Taiwan. Forsking visar at helsevesenet står ovanfor ein stor utfordring for å sikre trygg omsorg for pasientar og førebygge skadar, og det er difor viktig å identifisere dei svakaste områda til helsepersonell. Ved å gjere dette kan ein skape den beste strategien for å auke kunnskapsnivået og for å oppnå sikrere praksis. Studia viste at helsepersonell ikkje har tilstrekkeleg kunnskap om pasientsikkerheit, men at ein kan betre det ved hjelp av til dømes eit kurs. Vidare ved å sikre kunnskapsdeling, kan ein unngå uønskte hendingar viss ein fremmar fri rapportering av hendingar relatert til pasientskadar. Studiane viser til saman at helsepersonellet sin kunnskap er låg og ein må iverksette tiltak for betring.

Dei fleste studiane har òg fokusert på helsepersonellet sine haldningar. Totalt har helsepersonell ganske positive haldningar til pasientsikkerheit og om å lære meir om dette, samt hendingsrapportering, men nokre er framleis redde for straffande konsekvensar. Relevante kurs kan påverke desse haldningane, fordi funna viser betring i helsepersonellet sine haldningar til pasientsikkerheit etter kurs.

4.2 «*Psychometric properties of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture in Norwegian nursing homes*» (Cappelen, Aase, Storm, Hetland, & Harris, 2016).

Dette er ei tverrsnittundersøking der 12 sjukeheimar i Sør- og Vest-Noreg fekk utdelt spørjeskjema. Undersøkinga handlar om å finne ut korleis pasientsikkerheitskulturen på sjukeheim er. Det er ei utfordring å utvikle ein kultur der tilsette er aktivt klar over korleis ein kan forhindre uønskte

hendingar. Velprøvde metodar og nyttige verktøy for måling av kvaliteten på omsorg og pasientsikkerheit i sjukeheim ser ut til å ha manglar. Bruken av undersøkingsverktøy for å vurdere status av pasientsikkerheitskultur, synest å vere akseptabelt som eit tidleg trinn for å forbetre pasientsikkerheit. Utprøvde metodar og nyttige verktøy for å måle kvaliteten på omsorg og pasientsikkerheit i sjukeheim ser ut til å mangle, og studiar har vist at pasientsikkerheitskultur er dårleg utvikla og pasientane kan vere i fare for skade. Biverknadar viser seg å vere vanleg i sjukeheim, og dette er eit omtalt område innan feltet pasientsikkerheit om korleis ein skal utvikle ein kultur der tilsette er aktivt klar over potensielle biverknadar. Pasientsikkerheitskultur kan betraktast som ein del av organisasjonskultur – det skapar normer og påverkar personalet sine haldningar og åtferd. Organisasjonar med ein positiv pasientsikkerheitskultur er kjenneteikna ved kommunikasjon på grunnlag av gjensidig tillit. Studiar frå både sjukehus og sjukeheim peikar på samanheng mellom pasientsikkerheitskultur og kliniske utfall som trygg omsorg. Undersøkinga kan også sjåast på som ein intervensjon for å auke vissheita om pasientsikkerheit blant tilsette på sjukeheim. Dette kan hjelpe sjukeheimar å identifisere styrkar og kvalitetsutvikling.

4.3 «Learning to ensure patient safety in clinical settings: comparing Finnish and British nursing students' perceptions» (Tella, et al., 2015).

Hensikta med denne studia var å sjå om sisteårs sjukepleiestudentar får tilstrekkeleg læring om pasientsikkerheit. Dette gjorde dei ved å nytte spørjeskjema og samanlikne finske og britiske sjukepleiestudentar sine oppfatningar av deira læring om pasientsikkerheit, samt for å sjå om pasientsikkerheit manglar i sjukepleieutdanninga.

Funna i studia viste at både finske og britiske sjukepleiarstudentar forventar meir læring om pasientsikkerheit i kliniske settingar. Kliniske settingar har ei viktig rolle for å betre framtidige sjukepleiarar til å betre pasientsikkerheit. I denne samanhengen knytt til studentane si læring er ein avhengig av ein rådande organisasjonskultur. Studia viste forskjellar mellom finske og britiske sjukepleiarstudentar si oppfatning av å lære om pasientsikkerheit i praksis. Årsaka til skilnadane var driftskulturen i det kliniske miljøet, støtta, system-baserte tilnærmingar, læring av feil og systematiske måtar å utføre handlingar. Til dømes rapportering av avvik, synes å vere meir sporadisk hjå finske studentar enn britiske. Sjukepleiarstudentar synes å ha fleire læringsmoglegheiter knytt til pasientsikkerheit i forhold til verkelegheita i kliniske settingar. Eit viktig element for læring om sikker praksis er eit støttande miljø. Det har vist seg at sjukepleiarstudentar kjenner seg tryggare ved å lære pasientsikkerheit i den verkelege konteksten.

4.4 «Comparing the Safety Culture of Nursing Homes and Hospitals» (Castle, Wagner, Perera, Ferguson, & Handler, 2009)

Hensikta med denne studia var å samanlikne pasienten sin sikkerheitskultur mellom eit utval av sjukehus og sjukeheimar. Denne undersøkinga var viktig for å utvide forståinga av sikkerheitskultur, forstå skilnadane og likskapen mellom helsetenestene, samt fremme læring av beste praksis. Dette kan ha stor innverknad på kvaliteten på omsorg og livskvalitet for bebuarane.

For sjukehus er pasientar på korttidsbesøk, medan på sjukeheimar er pasientar på langtidsbesøk. På grunn av dette har sjukehus og sjukeheim forskjellig fokus på pasientsikkerheit. Ved å samanlikne sikkerheitskulturen i dei ulike institusjonane, kan dette vere med på å auke læringskurva for å betre pasientsikkerheit. Ein såg at pasientsikkerheita på sjukehus varierer frå sjukeheimar. I fleire tilfelle var desse forskjellane betydelege. Den tidlegare avgrensa forskinga på emnet har indikert at sjukeheimar har dårlege oppfatningar av pasientsikkerheitskultur. Desse resultatane har identifisert at pasientsikkerheit er eit potensielt problem på sjukeheimar i USA. Det viste seg at når ein samanlikna dei same spørjemåla som sjukehus og sjukeheimar fekk, var det sjukeheimar som generelt fekk eit betre resultat. Men det er også viktig å påpeike at uansett kven som var best, kan begge institusjonar betre pasientsikkerheit. Ei endring i pasientsikkerheitskulturen kunne oppretta eit miljø i sjukeheim der openheit er viktig, pasientane er trygge, sjukepleiarane blir sett pris på og familiar er nøgde med den trygge omsorga som vert tilbydd.

Organisasjonar med ein positiv pasientsikkerheitskultur er prega av kommunikasjon. Grunnlagt på gjensidig tillit, med ein felles oppfatning om viktigeita ved pasientsikkerheit, og tillit til effekten av førebyggjande tiltak. Positiv pasientsikkerheit kan vere at ein vert oppfordra om å rapportere om feil, noko som igjen reduserer følelsen av frykt for å rapportere om slike feil og tillét at tilsette lærer av erfaring.

5 Drøfting

Med bakgrunn i forskingsfunn og teori vil eg drøfte korleis sjukepleiarar kan betre pasientsikkerheitskulturen ved auka kompetanse og fremme pasientsikkerheitskulturen ved læring av uønskte hendingar.

5.1 Auka kompetanse

Kompetanse er ein viktig faktor for å kunne betre pasientsikkerheitskulturen. Dette gjeld generelt kunnskap om pasientsikkerheit, men òg kompetanse til å sikre at pasienten får rett pleie og behandling. Det inneberer å ha gode ferdigheiter og haldningar for å betre og auke kvaliteten.

Sjukepleiarar vert møtt av forventingar frå mange hold. Frå pasientar, pårørande, kollegaer, samarbeidspartnarar og arbeidsgivarar. Ikkje minst har sjukepleiarar forventingar til seg sjølv om kva ein skal kunne og meistre. Rolleførentningar til sjukepleiarar omfattar både det å ha ansvar for mange pasientar og det å vere koordinator og arbeidsleiar samtidig (Kristoffersen, 2014, s. 335). På sjukeheim er ein av få sjukepleiarar på vakt samtidig, og ein samarbeider mykje med helsefagarbeidarar, hjelpepleiarar og assistentar. Sjukepleiarar sit med eit enormt ansvar på ei vakt. Ein må heile tida forsikre seg om at alle pasientane på avdelinga får dekkja grunnleggjande behov, riktig pleie og behandling. Ein må òg samarbeide med andre pleiarar, delegere arbeid, dokumentere og rapportere. Når ein arbeidar slik med andre er det særst viktig med god kommunikasjon. Dette understøttar to av artiklane, «Psychometric properties of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture in Norwegian nursing homes» av (Cappelen, Aase, Storm, Hetland, & Harris, 2016) og «Comparing the Safety Culture of Nursing Homes and Hospitals» av (Castle, Wagner, Perera, Ferguson, & Handler, 2009) då dei skriv at ein positiv pasientsikkerheitskultur er kjenneteikna og prega av god kommunikasjon.

Den kliniske kompetansen utgjør kjernen i sjukepleiaren sin kompetanse, men denne type kompetanse er utilstrekkeleg åleine. I tillegg til klinisk kompetanse må sjukepleiaren både kunne forstå og handtere dei rammene som sjukepleie utførast innanfor. Ifølgje Orvik (2004) har sjukepleiarar i den forbindelse behov for to ulike former for organisatorisk kompetanse. Orvik kallar desse høvesvis som organiseringskompetanse og organisasjonskompetanse.

Organiseringskompetanse omfattar evna til å organisere arbeidet omkring pasienten. Det inneberer å sørge for at arbeidet vert fordelt, koordinert og følgt opp. I organisasjonskompetanse ligg forståinga for korleis organisasjonar er bygde opp og fungerer, og forståinga for ens eiga rolle innanfor organisasjonssystemet (sitert i Kristoffersen, 2014, ss. 335-336). Om dette er på plass vil det ha positive følgjer for pasientsikkerheita i sjukeheimen.

Ifølgje studia «Healthcare professionals' knowledge, attitudes and skills regarding patient safety: a systematic literature review» (Brasaitte, Kaunonen, & Suominen, 2014) har ikkje helsepersonell tilstrekkeleg kunnskap om pasientsikkerheit. Men korleis kan ein få auka kunnskap om pasientsikkerheit? Sjukepleie er eit profesjonsfag og utdanninga består av ulike formar for kunnskap: teoretisk kunnskap, ferdigheiter og verdiar (haldningar). Innhaldet i sjukepleieutdanninga har endra seg mykje gjennom tidene. Også i dag er det ulike syn på kva utdanninga må innehalde (Kristoffersen, 2014, s. 164). I artikkelen «Learning to ensure patient safety in clinical settings: comparing Finnish and British nursing students' perceptions» (Tella, et al., 2015) kjem det fram at sjukepleiarstudentar lærer best i den verkelege konteksten, men då er ein avhengig av eit støttande miljø. Artikkelen «Healthcare professionals' knowledge, attitudes and skills regarding patient safety: a systematic

literature review» (Brasaite, Kaunonen, & Suominen, 2014) understøtter dette då ein konkluderte med at helsepersonell hadde for låg kunnskap om pasientsikkerheit og det kunne betrast gjennom kurs.

Fleire pasientar i praksis på sjukeheimen sa: «Her føler eg meg trygg» og «Det er så trygt og godt å vere her». Det er utruleg viktig at pasientane stolar på kompetansen til helsepersonell, kjenner seg ivaretatt og «i trygge hender». Det er dette pasientsikkerheit handlar om. I ein yrkespraksis som heile tida stiller nye krav, må ein som sjukepleiar vere innstilt på kontinuerleg endring. Livslang læring er ein føresetnad for å meistre yrkesrolla som sjukepleiar. Denne læring- og utviklingsprosessen må gå føre seg i praksisfeltet, der kompetansen utøvast i samspel med kollegaer. Ei rekkje faktorar har betydning for utvikling av sjukepleiekompetanse. Omfattande og variert erfaring frå sjukepleiesituasjonar er heilt avgjerande, i tillegg er det vesentleg at sjukepleiarar tileignar seg relevant teoretisk kunnskap, samt at erfarne kollegaer kan fungere som rollemodellar for dei mindre erfarne (Kristoffersen, 2014, s. 192).

5.2 Ein bevisst pasientsikkerheitskultur

Det er ein samanheng mellom pasientsikkerheit og organisasjonskulturen på sjukeheim. Kultur uttrykkast ofte som «slik gjer vi det her hos oss». Sjukepleiarar i sjukeheim vil vere viktige premissleverandørar i arbeidet med å skape eit miljø og ein kultur for sikkerheit. I sjukeheim kan dette til dømes bety å skape vissheit om det å redusere skadar knytt til feilmedisinering, fall og infeksjonar (Cappelen, 2015, s. 90). Leiarar med ansvar for verksemda sine mål og dagleg drift har eit særleg ansvar for at tenestene er sikre og forsvarlege, og at det skjer eit systematisk forbetningsarbeid. Tradisjonar knytt til sterk fagleg autonomi, dårleg samarbeid og mangel på openheit om uønskte hendingar kan bidra til ein «dårleg kultur» (Cappelen, 2015, s. 90).

Pasientsikkerheitskulturen i sjukeheim handlar om at leiarar og tilsette byggjer på felles verdiar og har ein felles haldning ved å heile tida prøve å redusere pasientskadar. Å skape ein god pasientsikkerheitskultur handlar i stor grad om å vere bevisst og forhindre uønskte hendingar (Cappelen, 2015, ss. 91,96). Viktige premissleverandørar i arbeidet med pasientsikkerheit er leiarar på ulike nivå i sjukeheim. Leiinga er ein nøkkelfaktor knytt til det å skape, oppmuntre og utvikle pasientsikkerheitskultur. Læring skjer når leiarar viser villigheit til å lære frå både interne og eksterne kjelder (Cappelen, 2015, ss. 95-96). I tillegg bidrar ein lærande kultur til årvåkenheit i forhold til pasientsikkerheit. Interne kjelder i sjukeheim kan vere tilsette som aktivt melder frå eller kjem med innspel til betring knytt til pasientsikkerheit. Eksterne kjelder kan til dømes vere tilsynsrapportar. Helsetilsynet(Fylkesmannen) utarbeidar eigne rapportar knytt til ulike tilsyn. Desse gir godt utgangspunkt for læring og betringstiltak (Cappelen, 2015, ss. 95-96).

God pasientsikkerheitskultur er viktig for å ivareta pasientsikkerheita på sjukeheim. Pasientar i sjukeheim er ei sårbar pasientgruppe. Uønskte hendingar som til dømes medikamenthandtering, fall, infeksjonar og ernæring, påfører eldre pasientar unødige plagar som har konsekvens for den enkelte sin livskvalitet (Cappelen, 2015, s. 96). Sjukeheimane sine utvida oppgåver og ansvar for å gi tilbod til stadig sjukare pasientar tilseier at det er nødvendig å sette fokus på pasientsikkerheit og sikkerheitskultur i norske sjukeheimar (Cappelen, 2015, s. 90). I følgje Kunnskapsenteret er det nasjonale målet for pasientsikkerheit å redusere pasientskadar med 25% fram mot 2019 (sitert i Cappelen, 2015, s. 90). Det er vidare uttrykt frå helsemyndighetene at det skal byggjast ein kultur der pasientsikkerheit er ein naturleg del av alt som gjerast kvar einaste dag i heile helse- og omsorgstenesta. Det betyr i praksis at det må støttast opp under ein kultur der tilsette på alle nivå har ei aktiv rolle og overvakenheit med tanke på å unngå pasientskadar og uønskte hendingar. (Cappelen, 2015, s. 90)

I praksis hørde eg at helsepersonell ikkje turde å skrive avvik fordi ein var redd for reaksjonar frå leiar. Dette fordi ein hadde fått negative reaksjonar frå leiar tidlegare og hadde difor dårlege erfaringar. Læring av erfaring utgjer grunnlaget for å rapportere uønskte hendingar. Tilsette bør oppfordrast til å melde frå om avvik/uønskte hendingar og risiko og ta initiativ til betring. Avvik handlar ikkje om at organisasjonen er dårleg, men om at ein skal ivareta pasientsikkerheita og forbetre seg. Meldingar om uønskte hendingar i sjukeheim må følgast opp og føre til endringar. Forbetringstiltak bør drøftast, bli gjennomgått og følgast opp. Dette bidreg til læring og set pasientsikkerheitsarbeid på dagsorden, noko som igjen underbyggjer kulturen. Avdelingssjukepleiarar på sjukeheim er viktige pådrivarar og rollemodellar for pasientsikkerheitsarbeid. Dei er avhengige av støtte frå overordna leiding, og av at pasientsikkerheit vert etterspurt (Cappelen, 2015, ss. 96-97). Artikkelen «*Comparing the Safety Culture of Nursing Homes and Hospitals*» skriv at ein positiv pasientsikkerheitskultur kan vere at ein vert oppfordra om å rapportere om feil. Dette reduserer redselen for å rapportere om feil og tillét at tilsette lærer av erfaring (Castle, Wagner, Perera, Ferguson, & Handler, 2009). I praksis har eg òg sett at leiar ynskjer at alle uønskte hendingar vert skrive ned og oppmodar tilsette til å gjere det. Dei ser på uønskte hendingar/avvik som noko ein kan lære av og må betre. Når eg var i praksis og skulle ha eit betringsarbeid var leiar svært positiv til tema eg hadde valt, og sa at ho var positiv til betringsarbeid då ein heile tida kan betre seg i noko. Dette viser at organisasjonen har gode haldningar og fører til auka kompetanse hjå helsepersonell, når organisasjonskulturen heile tida jobbar mot å betre seg og auke kvaliteten.

For at leiinga av helsetenesteorganisasjonen skal kunne ivareta forpliktingane sine, er det nødvendig med god organisering og styring av verksemda. God styring inneberer ikkje berre makt og moglegheit

til å påverke den praktiske aktiviteten som skjer i møtet mellom pasient og helsepersonell. God styring forutset at leiinga også har inngående kjennskap til dei tenestene som ytast, og ikkje minst kva problem som opptrer i det kliniske arbeidet. Dette fordrar at leiinga har etablerte system for å overvake sikkerheita i tenesta og korrigere avvik før uønskte hendingar oppstår (Braut & Holmboe, 2015).

Organisasjonar med ein positiv pasientsikkerheitskultur er kjenneteikna ved kommunikasjon på grunnlag av gjensidig tillit. Studiar frå både sjukehus og sjukeheim peikar på samanheng mellom pasientsikkerheitskultur og kliniske utfall som trygg omsorg. Undersøkinga kan også sjåast på som ein intervensjon for å auke bevisstheita om pasientsikkerheit blant tilsette på sjukeheim. Dette kan hjelpe sjukeheimar å identifisere styrkar og kvalitetsutvikling i følge artikkelen «Psychometric properties of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture in Norwegian nursing homes» (Cappelen, Aase, Storm, Hetland, & Harris, 2016).

Å skape ein god pasientsikkerheitskultur handlar i stor grad om å vere bevisst og hindre uønskte hendingar. Førebygging av uønskte hendingar handlar om å oppdage det på eit tidleg tidspunkt. Dette krev bevisstheit og ein kultur der ein er på vakt og reagerer. Vidare at ein har system for å melde frå og ikkje minst lære av slike hendingar (Cappelen, 2015, s. 92). I Stortingsmeldinga om kvalitet og pasientsikkerheit understrekar det òg at det er eit leiaransvar når det gjeld kultur i organisasjonen der tilsette tør å seie i frå om risiko og uønskte hendingar, og at desse vert fylgt opp og fører til endring. Leiinga er ein nøkkelfaktor knytt til det å skape, oppmuntre og utvikle sikkerheitskultur. Læring skjer når leiarar viser villigheit til å lære frå både interne og eksterne kjelder, og ein lærande kultur bidreg til årvakenheit i forhold til sikkerheit. Interne kjelder kan vere tilsette som aktivt melder ifrå eller kjem med innspel til betring knytt til pasientsikkerheit. Eksterne kjelder kan vere tilsynsrapportar (Cappelen, 2015, ss. 95-96).

Sjukepleiarar og omsorgsarbeidarar i sjukeheim skal sørgje for at pasientar får dekkja grunnleggjande behov, og bidra til livskvalitet til tross for alder og funksjonssvikt. Ein viktig føresetnad er at pasienten føler seg trygg og at det ligg i kulturen at pasientar ikkje skal utsettast for unødige lidingar (Cappelen, 2015, s. 88). Kvalitetsforskrifta skildrar dei grunnleggjande krav som stillast til omsorgstenesta i kommunane, og skal bidra til at kommunane har skriftlege prosedyrar for å sikre at pasientar får tilfredsstilt grunnleggjande behov (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Til dømes skal kommunen etablere eit system av prosedyrar som søker å sikre at tenesteapparatet og tenesteytarane kontinuerleg tilstrebar at den enkelte får dei tenestene vedkommande har behov for til rett tid. For å løyse slike oppgåver skal kommunen sikre at brukarar av pleie- og omsorgstenester

får tilfredsstilt grunnleggjande behov, ved til dømes å oppleve respekt, forutsigbarhet og tryggleik i forhold til tenestetilbodet (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003)..

I dagens helseteneste er tryggleik og sikkerheit eit av dei viktigaste krava pasientar har til helse- og sjukepleietenesta. God kvalitet forutset at sannsynet for feil og uheldige hendingar er redusert til eit minimum, ifølgje Sosial- og helsedirektoratet (sitert i Bjørø & Kirkevold, 2014, s. 349). Ein feil eller ei uheldig hending kan vere ei aktiv handling som gjerast i forbindelse med tenesteutøvinga, til dømes ved at to legemiddel bytast om, slik at pasienten får feil legemiddel. Det dreier seg om å beskytte pasienten mot handlingar som kan påføre skade, liding eller smerter. God sjukepleie handlar om å beskytte pasienten mot risikoforhold ut frå den aktuelle situasjonen. Arbeidet med å styrke pasientsikkerheit og tryggleik rettar seg mot nivået av organisering og system (Bjørø & Kirkevold, 2014, s. 349).

Tenesta utøvast ikkje alltid som forutsett i retningslinjer og prosedyrar. Som sjukepleiar er det viktig å vere forberedt på å måtte handtere uønskete hendingar eller avvik. Gode rutinar for handtering av avvik er ein viktig del av eit kvalitetssystem. Ved å utarbeide gode rutinar og prosedyrar, og ved å iverksette og kontinuerleg oppretthalde eit arbeid med å forbetre system, kan ein unngå mange uhell (Bjørø & Kirkevold, 2014, s. 358). Både artikkelen «*Comparing the Safety Culture of Nursing Homes and Hospitals*» av (Castle, Wagner, Perera, Ferguson, & Handler, 2009) og «*Learning to ensure patient safety in clinical settings: comparing Finnish and British nursing students' perceptions*» av (Tella, et al., 2015) understøttar at det er viktig med eit støttande miljø og openheit for å betre pasientsikkerheitskulturen. Det gjelder til dømes å rapportere om uønskete hendingar/avvik. I ei verksemd med ein syndebruk-kultur vil dei tilsette ofte vere redd for å seie frå viss noko går galt. Dei vil kanskje forsøke å dekke over det som har skjedd eller skjule uheldige forhold. Dei er redde for å seie i frå til næraste overordna og dermed reduserast moglegheitene til å lære av feila (Bjørø & Kirkevold, 2014, s. 359). Dette er negativt for pasientsikkerheita og pasientsikkerheitskulturen.

For at pasientsikkerheitskulturen skal bli betre er det viktig at ein som sjukepleiar ser på kvalitet og pasientsikkerheit i avdeling og tenkjer at det heile tida kan betrast. Ein må vise initiativ og medverke til eit støttande miljø med tillit. I praksis opplever eg at det vert rapportert om fleire uønskete hendingar og avvik, men det vert ikkje iverksett tiltak. For at pasientsikkerheitskulturen skal bli betre må ein redusere risikoen for gjentakning av avvik og uønskete hendingar ved at verksemda går systematisk gjennom avvikshendingar, analyserer dei og sett inn tiltak som kan rette på skadelege forhold (Bjørø & Kirkevold, 2014, s. 359).

6 Konklusjon

I denne oppgåva har eg kome fram til korleis ein som sjukepleiar kan betre pasientsikkerheitskulturen på sjukeheim. Forsking synleggjer kva som må til for å betre pasientsikkerheita og pasientsikkerheitskulturen. Det er viktig å auke kunnskapen og betre haldningane til pasientsikkerheit, gjennom til dømes kurs. Ein positiv pasientsikkerheitskultur med eit støttande miljø er viktig, samt at tilsette vert oppfordra til å melde frå om avvik og risiko, og ta initiativ til forbetring. Skal pasientsikkerheita bli betre må meldingar om uønskte hendingar følgast opp og føre til endringar. Det er eit sjukepleieansvar at pasientane er og føler seg i trygge hender. Det er lite forskning som seier noko konkret om kva for tiltak ein kan iverksette for betre pasientsikkerheitskultur. Det er òg lite kunnskap om pasientsikkerheitskultur i Noreg og dette er noko som bør bli forska meir på. Men sjølv om, kan denne kunnskapen som er komen fram i oppgåva vere nyttig og bidra til å betre sjukepleiepraksis ved at ein får sjukepleiarar meir bevisst om temaet.

Bibliografi

- Aase, K. (2015). Introduksjon. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet - teori og praksis* (2. utg., ss. 13-21). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, K. (Red.). (2015). *Pasientsikkerhet - teori og praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjørø, K., & Kirkevold, M. (2014). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., ss. 343-383). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brasaite, I., Kaunonen, M., & Suominen, T. (2014). Healthcare professionals' knowledge, attitudes and skills regarding patient safety: a systematic literature review. doi:10.1111/scs.12136
- Braut, G. S., & Holmboe, J. (2015). Pasientsikkerhet - dagens struktur. I K. Aase, *Pasientsikkerhet - teori og praksis* (1. utg., ss. 47-61). Oslo: Universitetsforlaget.
- Cappelen, K. (2015). Pasientsikkerhetskultur i sykehjem. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet - teori og praksis* (2. utg., ss. 87-97). Oslo: Universitetsforlaget .
- Cappelen, K., Aase, K., Storm, M., Hetland, J., & Harris, A. (2016). Psychometric properties of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture in Norwegian nursing homes. doi:10.1186/s12913-016-1706-x
- Castle, N., Wagner, L., Perera, S., Ferguson, J., & Handler, S. (2009). Comparing the Safety Culture of Nursing Homes and Hospitals. doi:10.1177/0733464809353603
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., ss. 62-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Erikson, M. G. (2013). *Riktig kildebruk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Henta Mai 2, 2017 frå <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/>
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m.* Henta Mai 9, 2017 frå [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=lov om helseforetak](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=lov%20om%20helseforetak)
- Helsepersonelloven . (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Henta frå [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov om helsepersonell](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell)
- Kristoffersen, N. J. (2014). Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2. utg., ss. 161-206). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2014). Sykepleie i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., ss. 281-341). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kunnskapssenteret. (u.d.). *Pasientsikkerheit - definisjon*. (Folkehelseinstituttet) Henta Mai 2, 2017 frå <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/pasientsikkerhet>
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (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.* Henta Mai 2, 2017 frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Meld. St. 10. (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Henta Mai 9, 2017 frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/sec1>
- Meld. St. 13. (2016–2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*. Henta Mai 30, 2017 frå https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/sec1?q=pasientsikkerhet#match_0
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta Mai 8, 2017 frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* (2. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2014). *Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24-7*. Henta Mai 10, 2017 frå http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/_attachment/2925?_ts=146d75913d2
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2016). *Systematisk arbeid med pasientsikkerhetskultur*. Henta Juni 1, 2017 frå http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/_attachment/3906?_ts=15824e8dfe4
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2017). *I trygge hender 24-7: Pasientsikkerhetsprogrammets arbeidsområder, målsetting, målinger, organisering*. Henta Mai 10, 2017 frå <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). ... *OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Henta Mai 24, 2017 frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Henta Mai 9, 2017 frå [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov om spesialisthelsetjenesten](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov%20om%20spesialisthelsetjenesten)
- Storm, M., & Wiig, S. (2015). Pasientperspektivet og sikkerhet. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet - teori og praksis* (2. utg., ss. 62-73). Oslo: Universitetsforlaget.

Tella, S., Smith, N.-J., Partanen, P., Jamookeeah, D., Lamidi, M.-L., & Turunen, H. (2015). Learning to ensure patient safety in clinical settings: comparing Finnish and British nursing students' perceptions. *Journal of clinical nursing*, ss. 2954–2964. doi:10.1111/jocn.12914

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.