



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 313

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 8122

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 67

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Dirigent for avdelingens samspill

– om sykepleieledelse og pasientsikkerhet

Conductor of a safe ward

– on nursing leadership and patient safety

Kandidatnummer: 313

Sykepleie – heltid, Bergen

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 22.05.20

Abstract

Title: Conductor of a safe ward

Background: Ever since healthcare became systematized, there has been a significant chance of inflicting harm on the patients treated. Many actions have been set in place to prevent such harm throughout the years. The field of patient safety has been given more and more attention the past years and been put on the agenda by health authorities all over the world. Many factors affect the patient safety, but among them nursing leadership is a major factor. On that note it is important to review what has been found in the literature about the influence of nursing leadership on patient safety.

Research question: “What characterizes nursing leadership that promotes patient safety in hospital wards?”

Method: A literature study based on the subject of leadership and patient safety. Systematic literature searches were conducted in CINAHL, Embase, MEDLINE and Cochrane Library. The included studies were published between 2010 and 2018.

Results/findings: Transformational leadership style is related to positive patient outcomes. Creating a trustful relationship between leader and employee is crucial to foster a safety culture in a hospital ward. Blame free cultures are related to better patient outcomes and quality of healthcare. The socializing of new employees can help them become integrated in safety cultures that aspire to achieve high standards in quality of care.

Conclusion: A leader who aspire to reach the organizations mission, values and vision should try to lead with a transformational leadership style. The leader should through transformational leadership aim to create a safety culture among the staff where errors are seen as an opportunity to learn and improve. Furthermore, the leader should pay attention to new nurses and how they socialize in this culture. Trust is found to be a factor that promotes patient safety, and the leader should consider relational aspects such as creating a trustful relationship with all employees.

Keywords: nursing, leadership, patient safety, patient outcomes

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensing og tilnærming.....	2
2	Metode.....	3
2.1	Litteraturstudie som metode.....	3
2.2	Søk og søkehistorikk.....	3
2.3	Analyse og syntese.....	5
2.4	Inkluderte artikler.....	5
2.5	Bruk av oversiktsartikler.....	6
2.6	Metode- og kildekritikk.....	6
2.7	Etiske overveielser.....	7
3	Teori.....	8
3.1	Det norske helsevesenet – organisering og struktur.....	8
3.2	Kvalitet og pasientsikkerhet.....	8
3.3	Ledelse.....	11
3.4	Arbeidsmiljø og organisasjonskultur.....	12
3.5	Samhandling og pasientoverganger.....	13
3.6	New Public Management (NPM).....	14
4	Resultat.....	15
4.1	Transformasjonsledelse som lederstil.....	15
4.2	Tillit mellom leder og ansatte.....	16
4.3	En kultur for pasientsikkerhet, uten skyld.....	16
4.4	Sosialisering som nyansatt.....	17
5	Drøfting.....	18

5.1	Ledelse, relasjoner og tillit.....	18
5.2	New Public Management og effektivitetskrav	21
5.3	Å sosialiseres inn i en kultur	22
5.4	Samhandling og pasientoverganger	23
5.5	Metodediskusjon	24
6	Oppsummering.....	26
	Referanser	27
	Vedlegg I - PICO	
	Vedlegg II - flytskjema.....	
	Vedlegg III - Artikkelmatriser.....	

1 Introduksjon

Det er lang tradisjon for ledelse blant sykepleiere. Tidligere var ledelsen i norske sykehus fagdelt der sykepleietjenestene hadde egen faglig leder på hver avdeling (Norsk sykepleierforbund, 2018). Gradvis utover 90-tallet og fra og med spesialisthelsetjenesteloven og sykehusreformen i 2001 gikk man over til enhetlig ledelse (NOU 1997: 2, 1997), altså en leder for hver organisatoriske enhet, ikke for hver enkelt yrkesgruppe.

Fra høsten 2020 skal sykepleierutdanningen følge ny forskrift og retningslinje (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). Der legges det vekt på sammenhengen mellom ledelse og pasientsikkerhet, og omtaler blant annet at en sykepleier både skal kunne lede og prioritere oppgavene knyttet til sykepleiertjenesten (2019).

Ledelse foregår på en rekke ulike nivåer i helsevesenet. Både det å lede eget arbeid eller å ha ansvarsvakt på en enhet, men særlig det å være avdelingsleder eller seksjonssjef. Alle organisasjoner er avhengige av gode formelle ledere for å fungere. Ledere i helsevesenet vil for eksempel ha oppgaver som innebærer fordeling av ressurser, samarbeid med annet personell, budsjettering, kompetanseheving, endringsprosesser, internkontroll, kvalitetsarbeid og samhandling.

I det norske helsevesenet stilles det strenge krav til faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet. Det finner man igjen blant annet i helsepersonelloven § 4 som slår fast at:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

(Helsepersonelloven, 1999).

Selv om det ikke står skrevet eksplisitt, er krav til pasientsikkerheten også forankret i denne paragrafen. Dette kravet kommer også frem i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4 (2011) og i en lang rekke forskrifter.

Måten helsetjenestene blir ledet på kan påvirke kvaliteten på tjenesten og pasientsikkerheten. Helsedirektoratet har «Ledelse av pasientsikkerhet» som et viktig innsatsområde for å legge til rette for implementering og bruk av innsatsområdene i programmet I trygge hender 24-7 (2019b). Innsatsområdene omhandler eksempelvis forebygging av trykksår, fallforebygging og legemiddelsamstemming. Denne oppmerksomheten mot hvordan lederen kan legge til rette

for de andre innsatsområdene viser at ledelse tillegges stor betydning i pasientsikkerhetsarbeidet i Norge.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av utdanningen og som ansatt i helsevesenet har jeg i stadig større grad fått øynene opp for hvor stor rolle ledelse spiller både for økonomi, trivsel og ikke minst pasientsikkerhet. Jeg har for eksempel stor tro på at gode holdninger og relasjoner, og en motivasjon til å gjøre en god jobb er avgjørende for god pasientsikkerhet. Denne holdningen og motivasjonen tror jeg videre beror mye på hvordan, og av hvem, en avdeling ledes.

1.2 Problemstilling

Temaet i denne oppgaven vil omhandle sammenhengen mellom ledelse og pasientsikkerhet. I særskilt grad vil oppgaven søke å belyse hvilke faktorer ved ledelse av sykepleie som kan være viktige for å fremme pasientsikkerheten. Med andre ord vil oppgaven søke å utdype hva som kjennetegner sykepleiefaglig ledelse som fremmer trygg ivaretagelse av pasientene.

«Hva kjennetegner sykepleieledeelse som fremmer pasientsikkerhet på avdelingsnivå i sykehus?»

1.3 Avgrensing og tilnærming

Temaet «ledelse og pasientsikkerhet» er i utgangspunktet et stort og omfattende tema med rom for mange ulike innfallsvinkler. Denne oppgaven vil belyse ledelse på avdelingsnivå, ikke for hele helseforetak eller på et nasjonalt nivå. Likevel kan den ikke belyse ledelse på et avdelingsnivå uten å sette det i sammenheng med de overordnede regionale og nasjonale føringer. Dette innebærer blant annet politiske føringer og strukturer i det norske helsevesenet. I tillegg er det naturlig å nevne hvordan det norske helsevesenet er organisert på ulike nivåer, med utgangspunkt i ledelsesmodellen New Public Management (NPM) og hvilke fordeler og ulemper dette kan medføre relatert til ressursstyring, arbeidspress og pasientsikkerhet.

Aktuelle arenaer for ledelse og pasientsikkerhet på avdelingsnivå er døgnbaserte tjenester i sykehus. Derfor vil oppgaven ikke gå inn i ledelse av pasientsikkerhet i for eksempel hjemmebaserte tjenester, poliklinikker, kirurgiske enheter og lignende. Forskningslitteraturen på et av disse feltene vil likevel kunne være relevant for enkelte områder i oppgaven.

2 Metode

Her presenteres metoden som er brukt i litteraturstudien, søking og kritisk vurdering.

2.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven benytter litteraturstudie som metode da det ikke har vært anledning til å drive empiriske undersøkelser. En litteraturstudie er i følge Thidemann (2015, s. 79) en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Litteraturstudie innebærer altså systematiske søk i databaser basert på passende søkeord, hvor man deretter kritisk velger ut de resultatene som er relevante for temaet. De studiene man velger å bruke, og deres resultater, inngår så i en syntese, diskusjon og konklusjon som søker å besvare en gitt problemstilling på en kunnskapsbasert måte.

I tillegg til internasjonal forskning gjennom litteratursøket, er litteraturgrunnlaget i denne oppgaven basert på nasjonale utredninger og rapporter, samt artikler som speiler praksis. Utover dette har bøker, blant annet fra pensum, bidratt med store deler av det teoretiske grunnlaget.

2.2 Søk og søkehistorikk

Kunnskaper knyttet til metode og søk har vi blant annet tilegnet oss gjennom emnet *BSS4 – Evidence based nursing and critical thinking* og emnet *BSS9 – Bacheloroppgaven*. Dette er relevant og oppdatert kunnskap som det har vært naturlig å gjøre seg nytte av i denne oppgaven. I tillegg har ulike fagbøker vært nyttige for å kunne gjennomføre et godt søk. Her kan man særlig trekke frem *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* av Thidemann (2015). I startfasen av oppgaven ble KBP app, en app for læring om anvendelse av kunnskapsbasert praksis, benyttet som et verktøy for å komme i gang med oppgaven (HVL - Senter for nye medier, u. å.).

2.2.1 Søk etter faglitteratur

Faglitteratur som har vært benyttet kommer fra ulike kilder. Boken *Organisatorisk kompetanse* av Orvik (2015) er litteratur vi har benyttet på studiet, og har både vært en viktig inspirasjonskilde og gitt en stor del av litteraturgrunnlaget. Videre er det brukt bøker fra søk i bibliotekets databaser, med søkeord som «sykepleie», «ledelse» og «pasientsikkerhet». Dette gjelder særlig Aase (2018), Stubberud (2018) og Ingstad (2019).

2.2.2 Søkeord/algoritme

I søkeprosessen har det blitt tatt utgangspunkt i relevante søkeord hentet fra problemstillingen. For å oversette disse til engelsk har blant annet en MeSH-oversetter (Folkehelseinstituttet m. fl., 2020) vært til god hjelp. Ordene ble identifisert ved hjelp av PICO, et verktøy for å gjøre problemstillingen tydelig og presis (Helsebiblioteket, 2016), se Vedlegg I. Selve litteratursøket ble utført i følgende databaser: Embase, Medline, Cinahl, Cochrane Library. Valg av databaser tar utgangspunkt i Thidemann (2015, s. 85) sin oversikt over sentrale helserelevante forskningsdatabaser.

Følgende søkeord ble brukt: nursing, leadership, management, patient safety. De ble kombinert ved hjelp av AND og OR. I noen databaser fungerte ordene som emneord eller såkalte MeSH-begreper, i andre stod de som «keyword». I tillegg ble det benyttet «limits» i databasene der man kan sortere bort artikler som for eksempel er for gamle, på andre språk enn engelsk og de nordiske, ikke fagfelleverderte og så videre.

2.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjon og eksklusjon har foregått trinnvis, med forhåndsbestemte kriterier.

Inklusjonskriterier:

- artikkel publisert mellom 2010 og 2020
- nordisk og engelskspråklig forskning
- studie eller oversiktsartikkel
- fagfelleverdert tidsskrift
- kvalitativ og kvantitativ forskning

Eksklusjonskriterier:

- artikkel eldre enn 2010 (gjelder ikke artikler brukt i oversikter)
- forskning gjort på et snevert og ikke relevant område

Etter litteratursøket ble studiene vurderte på en systematisk måte. Først ble artikler som ut fra tittelen åpenbart ikke var relevante for denne oppgaven ekskluderte. Deretter ble det foretatt en gjennomgang av sammendragene (abstract) på de resterende artiklene. I den forbindelse ble flere artikler ekskluderte dersom det kom frem at de ikke var relevante for oppgaven. Dette dreide seg for eksempel om at de vurderte effekter av et spesielt verktøy utviklet for måling av pasientsikkerhet. I neste steg ble det lest fulltekst på de gjenværende artiklene. I forbindelse med denne prosessen ble flere artikler ekskluderte, blant annet dersom de hadde

åpenbare svakheter i studien, eksempelvis for lite utvalg eller for små grupper. Flytskjema for denne seleksjonsprosessen kan ses i Vedlegg II. De gjenværende artiklene ble deretter ført inn i en analysematrise, se: 2.3 - Analyse og syntese.

Søk i: Cochrane Library gav 9 treff, der ingen var relevante og møtte inklusjonskriteriene, MEDLINE gav 2 treff, der ingen var aktuelle, CINAHL gav 58 artikler, der 17 potensielt kunne være aktuelle, Embase gav 33 artikler der 18 potensielt kunne være aktuelle.

Selv om utvalget av studier ble begrenset til forskning publisert fra og med 2010, er mye av forskningen som er gjort før dette også inkludert gjennom bruk av oversiktsartikler.

2.3 Analyse og syntese

I arbeidet med analyse av potensielt aktuelle artikler, har bruk av en analysematrise vært spesielt nyttig. Analysematrisen er en oversikt over artikler som kan være aktuelle å inkludere. Den var delt inn i følgende kolonner: forfattere (inkl. årstall og tidsskrift), database og design, målet med studien, metode, resultat og en egen kolonne til kommentarer om hvorfor artikkelen enten inkluderes eller ekskluderes. Denne inndelingen er gjort med inspirasjon fra Cronin, Ryan og Coughlan (2008).

Matrisen ble etter hvert gitt betinget formatering der inkluderte artikler ble markert med grønn bakgrunnsfarge og ekskluderte artikler markert med rødt for å gi god visuell oversikt.

Analysematrisen er ikke lagt ved, men utdrag fra denne kan ses i artikkelmatrisene, Vedlegg III.

For å syntetisere resultatet ble det nødvendig å velge en metode for å dele opp resultatene. Man valgte en tematisk inndeling i denne litteraturstudien for å sikre at resultatene presenteres oversiktlig. I tillegg er tematisk fremstilling den mest brukte inndelingen, men man må være bevisst på at temaene må forbli relevante til litteraturen (Cronin et al., 2008). Temaene utkrystalliserte seg i løpet av litteraturanalysen og fungerer trolig godt til å besvare problemstillingen fra ulike vinkler.

2.4 Inkluderte artikler

To artikler av særlig interesse, men som ikke ble fanget opp av litteratursøket, dukket opp flere ganger i gjennomgangen av litteraturen. Disse ble også førte inn i analysematrisen og vurderte etter de samme kriteriene som de resterende artiklene. De var særdeles relevante for oppgavens tema (Merrill, 2015; Wong, Cummings & Ducharme, 2013).

Basert på de gitte kriteriene for inklusjon og eksklusjon, og etter nøye gjennomgang av kvaliteten på studiene fra litteratursøket, er følgende artikler inkluderte i oppgaven:

- Richardson & Storr (2010)
- Murray, Sundin & Cope (2018)
- Verschueren, Kips og Euwema (2013)
- Wong, Cummings & Ducharme (2013)
- Merrill (2015)

2.5 Bruk av oversiktsartikler

Det er både fordeler og ulemper med å bruke litteraturoversikter som grunnlag i en litteraturstudie som denne. Inklusjonskriteriene begrenser i utgangspunktet inkluderte artikler til artikler publiserte fra og med 2010 (10 år), men enkelte oversiktsartikler hadde inklusjonsgrense helt til 1985.

Samtlige oversiktsartikler fremstår godt gjennomførte på en systematisk og etterprøvbar måte. Bare en artikkel omtales som en systematisk oversiktsartikkel, den mest grundige formen for oversiktsartikler. Det stilles strenge krav til utarbeidelse av oversiktsartikler og de sammenstiller resultater fra mange studier. Dette gir sikrere grunnlag for å trekke konklusjoner (Thidemann, 2015, s. 71). Således er også mye av jobben med å kritisk vurdere studiene allerede gjort og man kan derfor lettere trekke ut relevante resultater.

2.6 Metode- og kildekritikk

For å kunne gi velbegrunnede svar på en problemstilling, er det avgjørende at kildene man benytter er til å stole på. Det stiller blant annet høye krav til kildekritikk i arbeidet med bacheloroppgaven.

Pensumbøkene er utgitt av anerkjente forfattere, publiserte i anerkjente forlag og tatt inn i Høgskulen på Vestlandet sitt bibliotek. Enkelte er også å finne på pensumlistene.

Forskningsartiklene som er brukte, kommer utelukkende fra fagfellelvurderte tidsskrifter. I tillegg er de vurderte ved hjelp av sjekklister fra Critical Appraisal Skills Programme (2020). Der vurderer man ulike aspekter av studiene. Man ser mellom annet på forskernes metode, tydelighet, akademiske valg og fordeler og ulemper ved disse. Utdrag fra den kritiske vurderingen kan man lese i artikkelmatrisene, Vedlegg III.

En litteraturstudie som dette skiller seg fra en systematisk oversikt da man i en litteraturstudie plukker ut en håndfull artikler som man ser for seg kan være med på å besvare en

problemstilling. En litteraturstudie forsøker ikke å være uttømmende slik en systematisk oversiktsartikkel gjerne gjør. Derfor er det mye forskning som kunne vært relevant som blir ekskludert av den som gjennomfører søk og seleksjon.

2.7 Ethiske overveielser

Man har i denne oppgaven tatt utgangspunkt i Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer for forskningsetikk og personvern i forskning (Høgskulen på Vestlandet, 2018). Da oppgaven ikke inneholder empiri og håndtering av personopplysninger, er færre forskningsetiske hensyn relevante. Samtlige artikler er vurderte med tanke på etiske hensyn og dette kommenteres i artikkelmatrisene, se Vedlegg III.

3 Teori

I dette kapitlet vil teori som er med på å danne et grunnlag for å besvare problemstillingen og gi et nødvendig begrepsapparat for resten av oppgaven, bli nærmere presentert.

3.1 Det norske helsevesenet – organisering og struktur

Det norske helsevesenet kan ses på som todelt: spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Sykehus, distriktpsikiatriske senter og rusinstitusjoner er eksempler på tjenester organiserte i spesialisthelsetjenesten. Fastlege, legevakt og sykehjem er eksempler på tjenester organiserte i primærhelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Som følge av helseforetaksloven av 2001, ble blant annet ansvaret for offentlige sykehus, rusomsorg under spesialisthelsetjenesten med mer ført over fra fylkeskommunene til staten, og det ble etablert 5 regionale helseforetak, RHF, med tilhørende helseforetak, HF (Helseforetaksloven, 2001). I tillegg fikk man en enhetlig ledelse, ikke fagspesifikk (oversykepleier/overlege) slik man tidligere hadde (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3.9). Bakgrunnen for dette kan leses i NOU 1997: 2 – Pasienten først! (1997).

Strukturen innad i sykehusene er noe varierende, og dette bestemmes trolig spesielt av helseforetakets størrelse. De pasientrelaterte tilbudene organiseres gjerne i klinikk, seksjon/avdeling og til sist post (Norsk sykepleierforbund, 2018). I denne oppgaven brukes begrepet «avdeling» gjennomgående, men betyr i den sammenheng en enhet som styres av en leder med direkte personalansvar for sykepleiere som har pasientkontakt. Altså det som på mange sykehus omtales som en post. Hvert av nivåene har en eller flere ledere. Sengeposter har gjerne en leder som blant annet har personalansvar for sykepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter på den bestemte posten, i tillegg til budsjettering og ansvar for avdelingens økonomi.

3.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

Oppmerksomhet knyttet til sikkerhet har vært utbredt i industrielle virksomheter lenge før dette ble systematisert i helsevesenet. For å forebygge skade og sikre høy kvalitet på arbeidet som utføres i for eksempel oljeutvinning og luftfart, har arbeid med å identifisere risikofaktorer og å utvikle systemer for å hindre feil, for eksempel sjekklister, stått sentralt i lang tid (NOU 2019: 22, 2019). Denne systematiske tankegangen og oppmerksomheten rettet mot kvalitet og sikkerhet har ikke vært fremtredende i helsevesenet før langt ut på 70-tallet, men har særlig de siste 20-30 årene fått mye oppmerksomhet (Aase, 2018, s. 50-52).

I år 2000 publiserte Institute of Medicine den omfattende rapporten *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Donaldson, Kohn & Corrigan, 2000). Rapporten presenterte nedslående tall knyttet til feil og mangler i helsevesenet. Den blir av mange sett på som et internasjonalt vendepunkt i arbeidet med pasientsikkerhet som virkelig satte temaet på dagsorden (Arntzen, 2014; Mahn-DiNicola, 2004). Aspekter som påvirker pasientsikkerheten er eksempelvis personalmangel, arbeidsbelastning og kommunikasjon med ledere (Orvik, 2015, s. 74).

3.2.1 Begreper og definisjoner

Man ser ofte at begrepene kvalitet og pasientsikkerhet opptrer i lag, og sammenhengen mellom de to begrepene kan forklares på ulike måter. Sikkerhet er gjerne en del av et bredere kvalitetsbegrep (Aase, 2018). Aase poengterer at sikkerhet ikke kan ses isolert fra en bredere sammenheng der andre dimensjoner innen kvalitetsbegrepet har en betydning. I stortingsmeldingen «God kvalitet – trygge tjenester» defineres *kvalitet* ved hjelp av seks aspekter.

Tjenestene skal:

- være virkningsfulle
- være trygge og sikre
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- være samordnede og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelige og rettferdig fordelte

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 11)

Disse dimensjonene sammenfaller i stor grad med internasjonale definisjoner på kvalitetsstrategier, inkludert definisjoner utarbeidet av Verdens helseorganisasjon, OECD og EU.

Ut fra de seks aspektene av kvalitet kan man se at pasientsikkerhet gjenfinnes i punkt nummer to: «... være trygge og sikre». Pasientsikkerhet kan i mange tilfeller ses på som «fravær av skade». Kunnskapssenteret definerer pasientsikkerhet slik: «Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser» (Kunnskapssenteret, 2010).

Andre viktige begreper brukt i forbindelse med pasientsikkerhet er særlig «uønsket hendelse» og «nestenhendelse». I et praktisk eksempel kan dette illustreres slik: en pasient som faller på gulvet er en *uønsket hendelse*. En pasient som er på vei til å gli ut av en stol, men blir hjulpet til rette av en pleier er en *nestenhendelse*: hadde det ikke vært for en handling (eventuelt fravær av en handling), ville en *uønsket hendelse* oppstått.

Når ansatte oppdager slike hendelser, ofte omtalt som avvik, skal de rapporteres. Alle organisasjoner i helse- og omsorgstjenesten plikter å ha systemer for avviksrapportering og -håndtering (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). I forskriften finner vi en av grunntankene i forbedringsarbeid. Den deles nemlig inn i områdene *planlegge, gjennomføre, evaluere/kontrollere og korrigere*. Inndelingen sammenfaller i stor grad med de mest brukte tenkemåtene i forbedringsarbeid (Orvik, 2015, s. 277-280).

3.2.2 Nasjonale føringer og tiltak

Både helsepersonelloven § 4 (1999), helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4.1 og 2 (2011) og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (1999) omtaler forsvarlighet og stiller høye krav til helsetjenestene og helsepersonells yrkesutøvelse. Spesialisthelsetjenesteloven slår fast at:

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

(Spesialisthelsetjenesteloven, 1999)

Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24-7» ble lansert i 2011 som en treårig kampanje for å bidra til å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten (I trygge hender 24-7, 2019a). Denne kampanjen gikk så over til et femårig pasientsikkerhetsprogram som varte til og med 2018. Programmet er nå avsluttet og har gått over i en fast struktur under navnet «I trygge hender 24-7» under Avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet. Man kan hevde at denne kampanjen og programmet har hatt sterk påvirkningskraft når det gjelder bevisstgjøring rundt pasientsikkerhetsarbeid, da ulike tiltak har vært implementerte i en stor del av helsesektoren og særlig i spesialisthelsetjenesten.

I 2012 kom melding til Stortinget «God kvalitet – trygge tjenester» om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen ønsket å satse ytterligere på forbedring i helse- og omsorgstjenestene.

Det er en lang rekke lover og forskrifter som omtaler hvilke rettigheter pasienter har og hvilke plikter tjenesteyter har for kvalitet i helsetjenestene. I 2016 kom Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene, og denne danner et viktig grunnlag for pasientsikkerhetsarbeidet i det norske helsevesenet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). Til forskriften hører Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring der mer konkrete tiltak presenteres for å oppnå «færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (Helsedirektoratet, 2019).

3.3 Ledelse

På alle nivåer i helsevesenet finnes det ledelse, både veldefinert og strukturert, men også mer tilfeldig ledelse. Ledelse handler om ansvar for hvordan man driver en organisasjon og hvilke resultater man oppnår. Det omfatter mange aspekter og kan være på mange organisatoriske nivåer, men kjennetegnes gjerne av det å ta beslutninger, planlegge og administrere ressurser. Orvik sier at ledelse innebærer «en prosess der mennesker gjennom sine handlinger sammen kan finne retning og realisere organisasjonens mål og verdier» (2015, s. 43).

3.3.1 Transaksjonsledelse og transformasjonsledelse

Tradisjonelle ledelsesteorier bygger på et syn på ledelse der det foregår en form for sosial transaksjon mellom lederen og den ansatte, altså at det utveksles verdier (Ingstad, 2019, s. 37). I transaksjonsledelse eksisterer det et hierarkisk system for belønning og straff, for eksempel med lønn, anerkjennelse og reprimander. Videre innebærer transaksjonsledelse sterk kontroll og overvåking av ansatte.

Transformasjonsledelse ble introdusert av J. M. Burns allerede i 1978, og ble videreutviklet av Bass og Avolio (Referert i Gumusluoglu & Ilsev, 2009). De fremhever fire hovedaspekter i transformasjonsledelse: idealisert innflytelse, individuell oppfølging, inspirerende motivasjon og intellektuell stimulering. Idealisert innflytelse handler om at lederen inspirerer de ansatte på en slik måte at det oppstår tillit, respekt og lojalitet, samtidig som man opplever å ha et felles mål. Når en leder følger opp hver enkelt og prøver å dekke den ansattes behov og der de som verdifulle skapes det en tillitsfull relasjon, dette er individuell oppfølging. Inspirerende

motivasjon handler om å skape en visjon av fremtid, og hvordan man kan nå de målene man har satt, samt en oppriktig tro på at de er oppnåelige. Gjennom intellektuell stimulering får lederen de ansatte til å utvide interessene sine og gi muligheter til å se på utfordringer på nye måter (Glasø & Thompson, 2013; Gumusluoglu & Ilsev, 2009).

Ingstad (2019, s. 37) presenterer transformasjonsledelse som en ledelsesform der lederen er en inspirator for de ansatte, og jobber for at de ansatte samarbeider mot felles mål og visjoner. Selve «transformasjonen» handler om organisasjonens evne til å omforme det organisasjonen har som *idé* til realitet gjennom et felles engasjement.

Denne definisjonen sammenfaller med slik Glasø og Thompson (2013, s. 16-17) presenterer sitt syn på transformasjonsledelse der det vektlegges aspekter som at ledere bør rette oppmerksomhet mot å løfte de ansattes motivasjon, tilfredsstillende ansattes ulike behov og viktigheten av at de ansatte blir gitt ansvar og tillit. Videre fremhever de viktigheten av at lederens indre verdier og idealer står sterkt og at lederen innehar integritet.

Orvik (2015, s. 317) presenterer ledelse ved hjelp av Blake & Mouton (1986) sine to dimensjoner av lederstiler: en medarbeiderorientert og en oppgaveorientert, og i forlengelsen av disse dimensjonene har de utformet «ledergitteret» som viser at disse to dimensjonene av stiler kan kombineres i ulik grad. Man kan tolke Ingstad (2019, s. 34-38) slik at begrepet transformasjonsledelse sammenfaller mest med en medarbeiderorientert lederstil og i ledergitteret gjerne med plasseringen «9, 9», altså høy på hensyn til medarbeidere og høy på hensyn til oppgaver og produksjon. I dette gitteret kan man hevde at transaksjonsledelse kan plasseres på «9,1», altså høy på hensyn til oppgaver og produksjon, men lav på medarbeiderorientering.

3.3.2 «Laissez faire»-ledelse

«Laissez faire»-ledelse er også en av Blake og Moutons ulike lederstiler man finner igjen i ledergitteret, plassert på «1,1». Altså lav på medarbeiderorientering og lav på hensyn til oppgaver og produksjon. Denne formen for ledelse oversettes gjerne med *uengasjert ledelse* og kjennetegnes blant annet av at lederen hverken vektlegger oppgaver, resultater eller relasjoner. De er likegyldige, uengasjerte og legger lite innsats i å nå organisasjonens mål (Ingstad, 2019, s. 35).

3.4 Arbeidsmiljø og organisasjonskultur

Det stilles en lang rekke krav til enhver bedrift når det gjelder arbeidsmiljø og arbeidsforhold for de ansatte. Dette er sterkt regulert i arbeidsmiljøloven. Loven har blant annet som formål å

«... sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon...» (Arbeidsmiljøloven, 2005). Mange faktorer påvirker et arbeidsmiljø, men inkluderer blant annet ledelse, HMS og arbeidspress (KS, 2018).

I en organisasjon som søker å utvikle seg og gjøre forbedringer, eksisterer det en lang rekke forutsetninger som bør være på plass for at organisasjonen lettere skal kunne oppnå ønskede resultater. Forbedringsarbeidet i en organisasjon bør samsvare med dens mål og visjoner (Stubberud, 2018).

Et annet premiss for forbedringer er en kultur for læring. Altså et sett normer, verdier og oppfatninger som kommer til uttrykk i de ansattes handlinger og holdninger (Bang, sitert i Stubberud, 2018, s. 147). Med dette menes det at organisasjonen bør ha en kultur for å eksperimentere med prosesser og for å være åpen for nye ideer og informasjonsdeling. En slik organisasjon kan omtales som en *lærende organisasjon*, der både ledere og de ansatte har kompetanse til å utvikle seg og tilegne seg kunnskap (Stubberud, 2018, s. 148).

3.5 Samhandling og pasientoverganger

Pasientsikkerheten utfordres særlig i pasientens overganger mellom ulike avdelinger eller tjenester og er «et sårbart tidspunkt i et pasientforløp» (Aase, 2018, s. 139). Det gjelder for eksempel overføring fra intensiv til annen post, eller fra en post til sykehjem. Disse situasjonene omtales gjerne som pasientoverganger (Orvik, 2015, s. 83). Viktige organisatoriske forhold i pasientoverganger er kontinuitet og samhandling. Begrepet samhandling defineres i Samhandlingsreformen slik:

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13).

Fra den tekniske definisjonen ser vi at det vektlegges både adekvat oppgavefordeling og -gjennomføring.

Pasientoverganger er en kilde til stress for pasienten, blant annet som følge av nye omgivelser og behov for reorientering (Orvik, 2015, s. 85). For å sikre kvalitet på pasientovergangene kreves det at flere dimensjoner tas i betraktning. Aase (2018, s. 137) presenterer Torgersen & Steiro (2009) sine fire dimensjoner som både personell og organisasjoner bør ta i betraktning. Disse dimensjonene omhandler tydelig kommunikasjon, rollebevissthet, rammebetingelser og ledelse.

3.6 New Public Management (NPM)

New Public Management blir på norsk oversatt til *ny offentlig ledelse*. Orvik (2015, s. 32) presenterer med utgangspunkt i Pollitt (1990) NPM som en samlebetegnelse. Orvik mener at NPM kan innebære ulike retninger slik han siterer Pollitt (1990): «... en samlebetegnelse for flere retninger, men at de innebærer en felles tanke om å ta med prinsipper for ledelse og økonomisk styring fra privat sektor inn i offentlig sektor. Man ønsker altså å bruke tankene fra privat sektor til å effektivisere drift og øke tilfredsheten hos «kundene» i det offentlige. I helsevesenet er det pasientene som utgjør kundene.

Man kan på mange måter si at når Helseforetaksloven trådte i kraft, innførte man også NPM som modell for ledelse og styring av det norske helsevesenet (Helseforetaksloven, 2001). Måten de regionale og lokale helseforetakene skulle ledes på lå nærmere slik man ser organisasjoner blir driftet i privat næringsliv.

Innføringen av NPM i helsesektoren har blitt kritisert av mange i både media (Braaten, 2015; Gaulin, 2016) og i litteraturen (Arntzen, 2014; Orvik, 2015). Man mener blant annet at et helsevesen ikke kan drives på samme måte som en bedrift i privat sektor, fordi resultatstyring og rapportering tar ressurser bort fra kjerneoppgavene til de ansatte i helsevesenet. Orvik (2015, s. 38) nevner også at kombinasjonen av at NPM vektlegger desentralisering og delegering, samtidig som man bedriver økt kontroll og rapportering, kan gi en holdning som tilsier at profesjonelle ikke klarer å inkludere ressurshensyn i sin profesjonsutøvelse. Det foreligger gjerne et press om å levere tjenester av høy kvalitet, samtidig som man skal bruke få ressurser.

4 Resultat

Artiklene som er inkluderte, ser på ledelse og pasientsikkerhet fra forskjellige vinkler, men treffer tilsynelatende godt med tanke på å besvare problemstillingen.

Richardson og Storr (2010), Murray et al. (2018), Verschueren et al. (2013) og Wong et al. (2013) er ulike former for oversiktsartikler. Merrill (2015) er en kvantitativ studie med spørreundersøkelse som hovedverktøy i datainnsamlingen.

Flere av artiklene, særlig oversiktsartiklene, tar for seg flere områder som påvirker pasientsikkerheten. Så fremt det ikke er nødvendig for forståelsen av resultatene knyttet til oppgavens tema, presenteres ikke resultater som tar for seg andre områder enn ledelse og pasientsikkerhet. Det er eksempelvis resultater knyttet til pasienttilfredshet og pasientsikkerhetsarbeid i sykehusenes øverste administrasjon. Utfyllende informasjon om artiklene, inkludert utvidede resultater, kan ses i Vedlegg III.

4.1 Transformasjonsledelse som lederstil

Fire av artiklene finner i ulik grad en positiv verdi av transformasjonsledelse i helsevesenet (Merrill, 2015; Murray et al., 2018; Verschueren et al., 2013; Wong et al., 2013). I tillegg poengteres det at motsatser til transformasjonsledelse, for eksempel såkalt «laissez faire»-ledelse (uengasjert ledelse) og andre stiler der lederen er fraværende, har negative effekter på pasientsikkerheten (Merrill, 2015).

Transformasjonsledere bidrar til et positivt sikkerhetsklime og til god sosialisering på arbeidsplassen. Merrill (2015) fant blant annet sterke sammenhenger mellom transformasjonsledelse og underområdet «pharmacist support», altså støtte fra og samarbeid med farmasøyter.

Transformasjonsledelse er positivt relatert til ytelse på avdelingsnivå og Verschueren et al. (2013) slår fast at transformasjonsledelse og liknende konsepter som resonant og «trusted leadership» (tillitsfull ledelse) er mest relatert til positive resultater.

Wong et al. (2013) finner i sin gjennomgang at transformasjonsledelse er positivt relatert til ansatteksperitise og negativt relatert til turnover. Begge aspektene bidrog til redusert pasientmortalitet, nosokomiale infeksjoner, legemiddelfeil og fall.

Enkelte artikler argumenterer for at transaksjonsledelse og transformasjonsledelse ikke er direkte motsetninger, og at det kan tenkes at transaksjonsledelse kan fungere i noen

sammenhenger, for eksempel når avgjørelser må bli tatt fortløpende i et høyt tempo (Murray et al., 2018; Verschueren et al., 2013). Samtidig stiller Murray et al. (2018) seg kritiske til dette da de hevder at sykepleien kan bli oppgaveorientert og ikke helhetlig.

4.2 Tillit mellom leder og ansatte

Fire av de inkluderte artiklene tar i varierende grad for seg verdien av tillit mellom leder og ansatte (Murray et al., 2018; Richardson & Storr, 2010; Verschueren et al., 2013; Wong et al., 2013).

Tillit stimulerer sikkerhetskulturen, og synlige ledere stimulerer tillit. Lederen skaper gjennom tilliten en holdning blant de ansatte om at bekymringer blir tatt på alvor og forsøkt gjort noe med (Murray et al., 2018). Mange sykehus har et rapporteringssystem, men dersom lederne ikke følger opp de innrapporterte hendelsene og er i dialog med de ansatte, kan dette skape mistillit blant sykepleierne (Murray et al., 2018). Richardson og Storr (2010) nevner to studier som poengterer verdien av tillit mellom lederen og de ansatte.

En av artiklene inkludert i både Verschueren et al. (2013) og Wong et al. (2013) så på effekten av kombinasjonen av en sikkerhetskultur og tillit til lederen, samt kombinasjonen av en sikkerhetskultur og såkalte «care pathways», ulike former for definerte pasientforløp, begge var relatert til færre legemiddelfeil. De tok utgangspunkt i at tillitsfull ledelse innebar at lederen behandlet sykepleierne rettferdig og opptrådte med integritet. Interaksjonen mellom sikkerhetsorganisering og tillitsfull ledelse hadde signifikante negative sammenhenger med innrapporterte legemiddelfeil. Dette betyr at de positive effektene av sikkerhetsorganisering ble forsterket når det ble kombinert med stor tillit til lederen eller bruk av definerte pasientforløp.

4.3 En kultur for pasientsikkerhet, uten skyld

Lederstilen kan påvirke hvilken kultur som dannes på en avdeling. Man finner for eksempel sterk negativ sammenheng mellom «laissez faire»-ledere og skyldfrie systemer. Altså er det på avdelinger med slike ledere man oftest finner et system som er ute etter å fordele skyld på de ansatte dersom det har oppstått en feil (Merrill, 2015). Skyld har blitt identifisert som en negativ påvirkningskraft på pasientsikkerhet, blant annet ved at skyldkulturer har blitt knyttet opp til underrapportering av feil (Murray et al., 2018).

I kontrast til en syndebukkmentalitet eksisterer et såkalt «blameless system», skyldfritt system, når man som teammedlem ser på feil som en mulighet for å lære, heller enn bare

mangel på ferdigheter og kompetanse (Merrill, 2015). Det hevdes at «blame culture», altså en syndebukkmentalitet, ødelegger for sikkerhetskulturen.

Verschuieren et al. (2013) finner at positive tillitsfulle relasjoner mellom ledere og sykepleiere danner et nødvendig utgangspunkt for å skape et positivt sikkerhetsklima. Dette krever tilstrekkelig tid.

Transformasjonsledelse ser ut til å kunne fostre en sikkerhetskultur i en organisasjon gjennom å skape tillit, rettferdighet og en «blame-free» kultur (Murray et al., 2018). Åpen kommunikasjon gjennom tillit skaper en skyldfri kultur, og organisasjoner som har klart å skape en slik kultur har bedre pasientutfall eksempelvis i form av reduserte legemiddelfeil. Lederne skaper et miljø der de ansatte blir oppmuntret til å rapportere inn feil og komplikasjoner, nestenhendelser og farlige prosedyrer slik at positive og nødvendige endringer kan oppstå. I tillegg vil det i en slik kultur være lett for ansatte å søke hjelp, uten frykt for hån, men vitende om at de kan melde om behov for hjelp eller opplæring for å unngå skader og feil.

4.4 Sosialisering som nyansatt

Merrill (2015) finner at sosialisering har betydning for pasientsikkerheten. Sosialisering i denne sammenhengen handler om nyansattes integrering i arbeidsmiljøet og avdelingens kultur. Gjennom sosialiseringen tilegner de seg holdninger og atferd fra de andre ansatte. Her vil dårlige holdninger overført fra de andre ansatte kunne bidra til å opprettholde en negativ kultur og dermed skape flere negative pasientsikkerhetsutfall, mens gode holdninger der man er bevisst på kvalitet og pasientsikkerhet vil kunne gi flere positive utfall.

Lederen bør ifølge Merrill (2015) bidra til at sosialiseringen foregår på en måte som skaper en tilknytning til avdelingens og sykehusets mål, visjon og verdier. De hevder at en god transformasjonsleder typisk vil klare dette gjennom å være tydelig på organisasjonens mål, møte nyansatte tidlig og ofte, oppfordre til å rapportere feil og at de skal ses på som muligheter for læring. På den annen side vil en «laissez faire»-leder typisk kunne overlate denne oppgaven til andre og vil ikke være synlig og tilgjengelig for den nyansatte.

5 Drøfting

Samtlige artikler presentert i avsnittene over viser til at det eksisterer en sammenheng mellom type ledelse og ulike pasientresultater, deriblant pasientsikkerhet. Sammenhengen understreker også verdien av å rette oppmerksomhet mot ledelse og organisering i arbeidet med pasientsikkerhet på en avdeling eller i en organisasjon. Slik oppmerksomhet kan være nødvendig både i det daglige arbeidet og i den langsiktige planleggingen for å oppnå ønskede resultater og for å skape en trygg og forutsigbar tjeneste for pasienten.

I denne oppgaven har man undersøkt hva som kjennetegner sykepleieleidelse som fremmer pasientsikkerhet i sykehus. I resultatene fra litteratursøket vektlegges særlig fire områder. Transformasjonsledelse og tilstøtende relasjonelle lederstiler har positive effekter på pasientsikkerheten. Det bør også være en relasjon mellom leder og hver ansatt som er bygget på tillit. Videre er en kultur på avdelingen der man jobber for høy pasientsikkerhet og ikke søker å fordele skyld, og at nyansatte sosialiseres inn i en slik kultur, av verdi.

Drøftingsdelen forsøker å sette resultatene inn konteksten norske sykehusavdelinger.

Forskningsresultatene er internasjonale, men det er Norge som utgjør referanserammen for diskusjonen.

5.1 Ledelse, relasjoner og tillit

5.1.1 *Dirigent i avdelingens samspill*

Transformasjonsledere evner å se den ansatte og har relasjonelle evner som vedkommende bruker aktivt i ledelsen. Transformasjonsledere får til endringer og viser emosjonell intelligens, verdsetter de ansattes meninger og lytter til dem (Murray et al., 2018; Verschueren et al., 2013). Denne typen ledelse vektlegger altså et *samspill* mellom mennesker på tvers av maktlinjer og forutsetter derfor sosiale ferdigheter. Mellom annet Orvik (2015, s. 327) poengterer verdien av å se på ledelse som relasjoner. En relasjonsorientering viser at ledelse er noe som deles av lederen og den som blir ledet. Relasjonen bygges og utvikles kontinuerlig, og har blant annet tillit mellom aktørene som en viktig faktor.

Murray et al. (2018) poengterer at ledere som ikke følger opp innrapporterte pasientsikkerhetshendelser, kan skape mistillit og at det går ut over relasjonen mellom lederen og den ansatte. I Norge kommer kravet til å håndtere avvik tydelig frem i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) der § 9 omtaler *plikten til å korrigere*.

Tillit er en drivkraft for den gode relasjonen mellom leder og ansatt (Verschueren et al., 2013), og tillit er nødvendig for å skape forpliktelse og engasjement (Ingstad, 2019, s. 37). Verschueren et al. (2013) og Wong et al. (2013) presenterer funn der positive effekter av sikkerhetsorganisering blir forsterket når det kombineres med stor tillit til lederen. Det viser at det kan være verdifullt å bruke flere tiltak sammen. Ulike tiltak kan forsterke hverandre og kan således også fremme pasientsikkerheten ytterligere.

Murray et al. (2018) sier videre at mange sykehus er administrasjoner og styrer «lege-tunge», og dette kan skape dårligere kommunikasjon samt mistillit hos sykepleierne fordi de gjerne har andre oppfatninger av hva god pasientsikkerhet er og hva som skaper feil. Agenda Kaupang fant i sin undersøkelse av norske helseforetak i 2018 at 45% av alle toppledere er leger, og bare 21% er sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2018). Det kan hende at innføringen av enhetlig ledelse som følge av sykehusreformen i 2001 kan ha påvirket dette. Orvik (2015, s. 197) kritiserer nemlig enhetlig ledelse og mener at det har svekket de kliniske lederstillingene i sykepleiefaget.

Det er sannsynlig at det å involvere sykepleiere i større grad i administrative bestemmelser har en verdi for pasientsikkerheten. Dersom sykepleiere er med på å skape organisasjonens visjoner og mål, vil man trolig lettere også finne motivasjon og forpliktelse til å følge de som sykepleier i det daglige arbeidet (Murray et al., 2018).

Nordlandsforskning publiserte i 2017 rapporten *Vilkår for ledelse* på oppdrag fra Norsk sykepleierforbund som tok for seg ulike vilkår for ledelse i helse- og omsorgssektoren. I rapporten kommer det frem at hele 60% av de spurte lederne i norsk helsevesen opplever for lite tid til å følge opp de ansatte både faglig og sosialt (Andrews & Høgås, 2017). Det er trolig en forutsetning at det eksisterer rammer for å kunne bruke tid med de ansatte for å stimulere til en sikkerhetskultur og til tillit mellom leder og ansatte. Lederen bør ha en «åpen dør»-politikk der det er lav terskel for de ansatte å oppsøke lederen ved behov. Ved jevne mellomrom bør lederen arrangere personalmøter, og legge til rette for at flest mulig kan delta.

Videre kan man se på effektene av en heltidskultur opp mot en deltidskultur. Når de samme ansatte er på avdelingen til enhver tid, vil det for lederen være færre mennesker vedkommende må skape en relasjon til og således mer tid til hver enkelt. Mange ansatte i store stillinger skaper kontinuitet, særlig i ukene, men fører gjerne til et økt behov for helgeansatte. Når lederen som oftest bare er til stede i ukedagene, kan det føre til at lederen ikke møter de helgeansatte og derfor heller ikke får bygget en relasjon med dem. At lederen

har mange ansatte å forholde seg til og at de bare jobber i ukedagen påpekes å være en utfordring i rapporten fra Nordlandsforskning (Andrews & Høgås, 2017).

5.1.2 Å lede seg selv

Ikke lenge etter fullført opplæring på en avdeling kan det forventes at man som sykepleier har ansvarsvakter og er gruppeleder. Samtidig vil man kunne hevde at alle sykepleiere inntar lederroller sporadisk i løpet av en arbeidsdag. Sykepleieren skal ha kunnskaper om å lede sitt eget og andres arbeid når det er behov for det. Retningslinjene for sykepleierutdanningen omtaler dette i kapittel 5 (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019).

Orvik (2015, s. 297-320) reflekterer over fordeler og ulemper ved såkalt selvledelse, som i praksis innebærer mindre påvirkning fra formelle ledere. På den ene siden kan det tenkes at ansatte heller søker å realisere egne mål eller mister oversikt på grenser mellom jobb og fritid. På den andre siden kan det tenkes at en formyndiggjøring av de ansatte kan bidra til å skape samspill og utvikling, samtidig som sterke juridiske og etiske rammer styrer handlingsrommet til sykepleierne (Orvik, 2015, s. 297). Rammene kan styrke grunnlaget for selvledelse, men selvledelse bør ikke erstatte andre former for ledelse.

5.1.3 Transaksjonsledelse når det brenner?

Transformasjonsledelse egner seg trolig særlig godt i dynamiske arbeidssituasjoner og hvor det er stort behov for kommunikasjonsflyt mellom ansatte, samt evne til kontinuerlig endring og tilpasning, slik en sykehusavdeling gjerne er. På den andre siden kan man hevde at transaksjonsledelse og en stil preget av kommandoer og sterk styring fra ledelsen vil kunne fungere bedre i arbeidssituasjoner med behov for rask omstilling og fortløpende håndtering av nye utfordringer, slik som ved en krise (Murray et al., 2018). Verschueren et al. (2013) argumenterer i sin artikkel for at transformasjonsledelse og transaksjonsledelse ikke er motsetninger og at fremtidig forskning bør studere kombinasjonen av disse. Ingstad (2019, s. 37-38) på den andre siden hevder at transformasjonsledelse og transaksjonsledelse kan ses på som motsetninger. Man kan tolke Ingstads tilnærming som et uttrykk for at stilene er vidt forskjellige, men ikke nødvendigvis på en slik måte at de ikke kan kombineres av en leder.

Covid-19-pandemien som vi nå står midt oppi kan være et eksempel på en krise der mange avdelingsledere kanskje vil oppleve å måtte bruke en mer autoritær og transaksjonsbasert lederstil. Dette som følge av et økt behov for å løse en lang rekke nye utfordringer i en krise med både stort tidspress og risiko for mangel på ressurser. Ansatte kan bli syke eller havne i

karantene og dette reduserer tilgjengelige personalressurser. Antall smittede med behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten kan stige fort (Helsedirektoratet, 2020).

Det hadde vært interessant å se på hvordan endring i lederstil påvirker pasientsikkerheten i sykehusavdelinger. Hvis de ansatte har tillit til lederen, vil lederen ha større gjennomslagskraft ved omstillinger (Ingstad, 2019, s. 37). Dersom en transformasjonsleder har klart å skape en kultur der man evner å omstille seg og samtidig setter pasientsikkerhet høyt, vil man kanskje lettere kunne finne gode løsninger i en periode med behov for en mer autoritær og transaksjonsbasert lederstil.

5.2 New Public Management og effektivitetskrav

New Public Management (NPM) har siden det ble innført i den norske spesialisthelsetjenesten som følge av sykehusreformen i 2001, ført til økt press på både ledere og sykepleiere i helsetjenesten. Dette presset gjelder særlig krav til effektiv ressursutnyttelse, rapportering og andre byråkratiske oppgaver (Orvik, 2015, s. 36-37). Slike krav kan bidra til at man risikerer at oppmerksomheten flyttes bort fra for eksempel oppfølging av ansatte, synlighet i avdelingen, arbeid med pasientsikkerhet og kanskje også personsentrert omsorg, til fordel for de administrative oppgavene.

Som man ser ut fra resultatene i studiene, kreves det av ledere at de setter av tid til å skape relasjoner basert på tillit, en felles visjon for pasientsikkerhetsarbeid og en kultur på avdelingen der man virkelig ønsker å oppnå høy pasientsikkerhet (Murray et al., 2018). Tidsbruken knyttet til NPM kan ta mye ressurser fra dette arbeidet. Slik vil også lederrollen kunne gå i retning fra å være en faglig leder til en byråkratisk leder. Her kan man stille spørsmål om hvilken indirekte effekt innføringen av NPM faktisk kan ha hatt på pasientsikkerheten. På den ene siden kan man hevde at gjennom økte krav til rapportering, kontroll og analyse, vil man i større grad kunne oppdage feil og mangler. På den andre siden kan det tenkes at en presset leder som mangler tid ikke har forutsetninger for å lede sine ansatte på en tilfredsstillende måte.

Orvik (2015, s. 91) legger vekt på at tid er en nøkkilverdi for kvalitetsutvikling, både i et pasient-, produksjons- og profesjonsperspektiv. Da tid også er en knapphetsressurs, vil det kunne oppstå verdikonflikter. Å sikre at lederen i NPM's æra har nok ressurser til å følge opp sine ansatte, kan da bli av betydning for pasientsikkerheten, men også av betydning for andre områder knyttet til for eksempel arbeidsmiljø, arbeidspress, trygghet og turnover blant de ansatte.

Mangelen på sykepleiere i Norge har økt, og vil trolig fortsette å øke fremover (Norsk sykepleierforbund, 2019). Man ser at mangel på sykepleiere i en enhet påvirker arbeidsmiljøet i stor grad. Forskning viser at grad av arbeidspress på sykehus blant annet påvirker 7-dagers overlevelse etter hjerteinfarkt (Brubakk et al., 2019). Det samme gjelder 30-dagers overlevelse etter alminnelig kirurgi (Aiken et al., 2014). Derfor kan man hevde at pasientsikkerheten i stor grad kan påvirkes av arbeidspress. Det er lederens ansvar å bemanne avdelinger slik at det er mulig å løse oppgaver på en tilfredsstillende måte og holde på en forsvarlig pasientsikkerhet. Dette skal likevel ut fra en NPM-tankegang alltid skje innenfor bestemte, og ofte stramme, økonomiske rammer.

En organisasjon som setter pasientsikkerhet høyt i alle administrative nivåer bør, når man ser hvordan arbeidspress påvirker pasientsikkerheten, legge til rette for tilfredsstillende bemanning og kompetanse der pasienter behandles. Det bør være et mål både for sykehusets avdelinger, klinikker, administrasjoner og styrer å sikre adekvat bemanning.

Kristoffersen og Friberg (2016) har sett på transformasjonsledelse som en relevant teori for å håndtere de økte effektivitetskravene som følger med NPM. De argumenterer for at man med de økte kravene, likevel kan klare å oppnå resultater av ledelse dersom lederen klarer å ta i bruk de fire komponentene i transformasjonsledelse. Når sykepleieren har kapasitet, tillit og en følelse av forpliktelse vil de trolig i større grad kunne håndtere arbeidspresset.

5.3 Å sosialiseres inn i en kultur

Uavhengig av hvilken erfaring man har fra helsevesenet når man ansettes på en ny avdeling, vil man måtte sosialiseres inn i kulturen på avdelingen. Sosialisering betyr å ta opp formelle og uformelle normer, praksiser og atferdsmønstre som eksisterer i et miljø (Skirbekk, 2018). Et slikt miljø kan blant annet være en sykehusavdeling. Sosialiseringen skjer i et samspill mellom den nyansatte og dennes kollegaer, inkludert leder. Disse praksisene og atferdsmønstrene kan være relaterte til en lang rekke ulike områder, fra det å purre på MR til å følge en retningslinje tilhørende avdelingen. På en avdeling sosialiseres den nyansatte også inn i en kultur med gitte holdninger til kvalitet og pasientsikkerhet. Merrill (2015) legger særskilt vekt på lederens rolle i denne sosialiseringen fordi lederen kan bidra til at den ansatte sosialiseres på en måte som skaper tilknytning til avdelingens og sykehusets mål, visjon og verdier.

Det er trolig at denne sosialiseringen også innebærer sosialisering inn i en såkalt «blame free», skyldfri, kultur som man ut fra resultatene ser er av betydning. Den nyansatte lærer,

gjennom de andres atferd og holdninger, at man ikke forsøker å fordele skyld og håne den som gjør en feil, men heller ser på det som en mulighet til å lære noe og forbedre praksis. Altså sosialiseres den nyansatte inn i en *lærende organisasjon*.

En annen del av sosialisering i en pasientsikkerhetskultur vil kunne være å ha holdninger til at avvik skal meldes og at det har en verdi. Når systemer for avviksrapportering og -håndtering er et stort ansvar for lederen, bør det være et stort ansattansvar å melde avvik. Viktigheten av å rapportere avvik handler også om forsvarlig utøvelse av helsetjenester, og er således en plikt hjemlet i helsepersonelloven § 4 (Helsepersonelloven, 1999). Å melde fra om kritikkverdige forhold omtales i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011), og man bør som sykepleier kunne føle seg trygg på at man får støtte og møtes med respekt når man melder fra.

Deler av denne sosialiseringen og prosessen med å tilegne seg organisasjonens mål og visjoner bør inngå som en del av opplæringsprogrammet for de ansatte. Ikke bare ansatte, men også ledere, bør gå gjennom prosessen med sosialisering når de ansettes. Således kan lederopplæring også være en viktig innfallsvinkel i arbeidet med å fremme pasientsikkerhet, fordi å tilegne lederen ferdigheter i transformasjonsledelse, avdelingens sikkerhetskultur og organisasjonens mål og visjoner videre kan ha en positiv innflytelse på arbeidskulturen som helhet.

5.4 Samhandling og pasientoverganger

Pasienten er særlig utsatt for svikt i overgangene mellom ulike avdelinger, institusjoner eller tjenestenivåer. Lederen kan spille en avgjørende rolle i slike pasientoverganger ved å legge til rette for at involverte evner å bidra (Aase, 2018, s. 133-137). Tar man utgangspunkt i Torgeirsen og Steiro sin modell (referert i Aase, 2018, s. 137), er tilhørighet, tillit og kultur nøkkelord for god samhandling mellom aktører i helsevesenet. For gode pasientoverganger bør lederen, slik en transformasjonsleder gjerne gjør, legge til rette for at det foreligger en sikkerhetskultur der man ikke søker å fordele skyld og hvor man heller vektlegger å lære av uønskede hendelser. På denne måten synes det som at tillit er en viktig faktor fordi den trolig er av betydning i eksempelvis overganger og derfor indirekte kan være avgjørende for pasientsikkerheten.

En av risikofaktorene knyttet til pasientoverganger er kompetansemangler (Aase, 2018, s. 142). Å sikre tilstrekkelig kompetanse knyttet til pasientoverganger blant de ansatte er både et ansvar hos hver enkelt profesjonsutøver med utgangspunkt i helsepersonelloven § 4, men

også et ansvar for lederen (Arntzen, 2014, s. 158-159). I denne sammenhengen bør lederen legge til rette for opplæring, kunnskapsutveksling og en læringskultur på avdelingen.

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 vektlegger tilrettelegging for å kunne dele kunnskap og erfaringer (Helsedirektoratet, 2019) som et sentralt innsatsområde i pasientsikkerhetsarbeidet. Eksisterende tiltak som presenteres der er opplæringsprogrammer og det å få pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring inn som tema i utdanningene. For sykepleierutdanningen har temaet pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring fått mer oppmerksomhet gjennom den nye retningslinjen for utdanningen som studentene skal følge fra høsten 2020 (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). Blant nye tiltak relatert til kunnskapsheving foreslås det i handlingsplanen videreutvikling av læringsnettverk og å etablere nettverk på tvers av tjenester og tjenestenivåer.

Andre eksempel på konkrete verktøy i pasientovergangene er rutiner og prosedyrer. Rutiner knyttet til inn- og utskrivning forankres i tjenesteavtaler hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §§ 6-1, 6-2). Tjenesteavtalene er samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Avtalene omtaler ansvars- og oppgavefordeling knyttet til pasientoverganger, samt rammer for denne fordelingen. Det er lederens ansvar å se til at rutinene er oppdaterte, tilgjengelige og kjente blant avdelingens ansatte (Arntzen, 2014, s. 109).

5.5 Metodediskusjon

I arbeidet med denne oppgaven har litteratursøk og -gjennomgang blitt benyttet som metode. Oppgaven har gjennomgående forsøkt å benytte seg av systematiske, oversiktlige og etterprøvbare metoder. Samtlige kilder skal være oppgitt fortløpende i teksten, og er samlet til slutt. Artikkelmatisene som er vedlagt gir mulighet til å se hvilke hovedfunn som er trukket ut fra hver enkelt av artiklene på en oversiktlig måte.

Fire av fem inkluderte artikler er ulike former for oversiktsartikler. Det er både fordeler og ulemper med å bruke litteraturoversikter som grunnlag i en litteraturstudie som denne. Inklusjonskriteriene begrenser i utgangspunktet inkluderte artikler til artikler publisert fra og med 2010 (10 år). Ved bruk av oversiktsartikler, f.eks. Wong et al. (2013) som er en oppdatering av en systematisk oversikt fra 2007, kan artikler helt tilbake til 1985 bli inkludert (den eldste inkluderte artikkel var McNeese-Smith (1999)). Dette gir et spenn på 20 år av inkluderte artikler som kan gi økt forståelse, og eventuelt innsikt i utviklingen av fagfeltet. Derfor ble det besluttet å ikke avstå fra oversiktsartikler.

Deler av oppgaven har blitt særlig utfordrende å løse som følge av Covid-19-pandemien. Stengte biblioteker har gitt begrenset tilgang på og mindre mulighet til å utforske relevant teori. Dette har ført til at man har sett seg nødt til å benytte sekundærkilder i større grad, eksempelvis masteroppgaver, nettbaserte kilder og de bøkene man til enhver tid har hatt tilgjengelig hjemme eller digitalt. Dette begrenser trolig bredden i teorien noe.

Denne oppgaven er skrevet alene. Flere ganger gjennom prosessen kunne jeg hatt stor nytte av å skrive sammen med en medstudent. På den måten kunne vi i større grad diskutere planer, metode, formuleringer og resultater. Samtidig kan man hevde at det å skrive alene er positivt med tanke på læringsutbytte siden man da sitter på all kunnskapen selv, ikke bare de delene man har jobbet mest med.

6 Oppsummering

Gjennom oppgaven har det kommet frem at det finnes sammenhenger mellom ledelse og pasientsikkerhet. Transformasjonsledelse og relaterte konsepter synes å påvirke pasientsikkerheten i positiv retning. Lederen bør søke å tilegne seg ferdigheter i transformasjonsledelse og kontinuerlig utvikle disse ferdighetene.

Lederen bør videre legge til rette for at det skapes en kultur for pasientsikkerhet på avdelingen. Den gode pasientsikkerhetskulturen kjennetegnes av at man lærer av det som går bra, men også ser på feil og avvik som muligheter til å lære noe. I en slik kultur oppfordres og verdsettes det å melde fra om feil, og den ansatte skal ikke måtte være redd for å bli utpekt som syndebukk eller bli straffet.

Ledelse handler om relasjoner, og et annet viktig aspekt som kan påvirke pasientsikkerheten på en avdeling er relasjonen mellom lederen og hver enkelt ansatt. Relasjonen bør være preget av tillit for å kunne oppnå bedre pasientsikkerhet. Lederen kan skape tillit gjennom å sette av tid til å snakke med hver enkelt, ha lav terskel for at ansatte kan ta kontakt, skape arenaer for kommunikasjon og at lederen opptrer med integritet knyttet til organisasjonens mål, verdier og visjoner.

Når nyansatte kommer til en avdeling gjennomgår de parallelt med opplæringen en sosialisering inn i miljøet på avdelingen. I denne prosessen tar den ansatte også opp pasientsikkerhetskulturen og integreres i denne. Her bør lederen jobbe aktivt for at den nyansatte sosialiseres inn i en god pasientsikkerhetskultur og at den ansatte får mulighet til å forstå og følge organisasjonens mål, verdier og visjoner.

Studiene påpeker at det er behov for mer forskning knyttet til lederatferd og hvilke pasientresultater man oppnår. I takt med økt press på helsevesenets kapasitet og ressurser, vil det kunne være relevant å se på ledelse som et innsatsområde. Det kan skje gjennom integrering av ledertrening i de helsefaglige utdanningene, lederopplæringsprogrammer og oppfølging fra den overordnede ledelsen i organisasjonen.

Referanser

- Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet: teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Andrews, T. & Høgås, J. (2017). *Vilkår for ledelse*. Hentet fra <http://www.nordlandsforskning.no/publikasjoner/vilkar-for-ledelse-om-okonomi-kompetanse-ansvar-og-myndighet-i-norske-helse-og-omsorgstjenester-article5440-152.html>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v. (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten: arbeidsglede og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Braaten, K. E. (2015). Absurd målstyring. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2015/06/aktuelt-i-foreningen/absurd-malstyring>
- Brubakk, K., Svendsen, M. V., Hofoss, D., Hansen, T. M., Barach, P. & Tjomsland, O. (2019). Associations between work satisfaction, engagement and 7-day patient mortality: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 9(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031704>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2020). CASP Checklists. Hentet fra <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Cronin, P., Ryan, F. & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38-43. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059>
- Donaldson, M. S., Kohn, L. T. & Corrigan, J. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press.
- Folkehelseinstituttet m. fl. (2020). MeSH - UiA. Hentet fra <http://mesh.uia.no>

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Gaulin, G. (2016). Vill i reformkorridorene. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/bKzWe/vill-i-reformkorridorene>
- Glasø, L. & Thompson, G. (2013). *Transformasjonsledelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gumusluoglu, L. & Ilsev, A. (2009). Transformational leadership, creativity, and organizational innovation. *Journal of Business Research*, 62(4), 461-473. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2007.07.032>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet - trygge tjenester* (St. meld. nr. 10 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). Grunnstrukturen i heilstjenesten. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2016). PICO. Hentet 12. mai 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20k>

valitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf

Helsedirektoratet. (2020). Innmelding i register for reservepersonell. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kapasitet-i-helsetjenesten/innmelding-i-register-for-reservepersonell-nasjonalthelsepersonell-no>

Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m.* (LOV-2001-06-15-93). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Høgskulen på Vestlandet. (2018). *Forskingsetikk og personvern i forskning*. Hentet 9. mai 2020 fra <https://www.hvl.no/forsking/forskingsetikk/>

HVL - Senter for nye medier. (u. å.). *EBP app*. Hentet 9. mai 2020 fra <https://ebpsteps.no>

I trygge hender 24-7. (2019a). *Arbeidsområder, målsetting, målinger og organisering av I trygge hender 24 - 7*. Hentet 27. januar 2020 fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>

I trygge hender 24-7. (2019b). *Ledelse av pasientsikkerhet*. Hentet 25. november 2019 fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/ledelse-av-pasientsikkerhet>

Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse: i helsefag og sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, M. & Friberg, F. (2016). *Transformasjonsledelse og økte effektivitetskrav i sykepleien. Nordic journal of nursing research (trykt utg.), 36, 13-19.*

KS. (2018, 2018, 12. november). *Hva arbeidsmiljø handler om*. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/arbeidsmiljo-og-hms/best-sammen---partssamarbeid-om-arbeidsmiljo/arbeidsmiljo/>

Kunnskapssenteret. (2010). *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. Oslo. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet_v2.pdf

- Mahn-DiNicola, V. A. (2004). Changing competencies in health care professions: Will your nurses be ready? *Nurse Leader*, 2(1), 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2003.11.003>
- McNeese-Smith, D. K. (1999). The relationship between managerial motivation, leadership, nurse outcomes and patient satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 20(2), 243-259. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199903\)20:2<243::AID-JOB888>3.0.CO2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(199903)20:2<243::AID-JOB888>3.0.CO2-2)
- Merrill, C. K. (2015). Leadership Style and Patient Safety: Implications for Nurse Managers. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 45(6), 319-324. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000207>
- Murray, M., Sundin, D. & Cope, V. (2018). The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1287-1293. <https://doi.org/10.1111/jocn.13980>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Norsk sykepleierforbund. (2018). *Undersøkelse av organisering og styring av sykepleietjenestene i sykehusene*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/4249122/cache=20192302110959/NSF%20Rapport%20Agenda%20Kaupang%202018.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Stor sykepleiermangel i Norge. Hentet 6. mai 2020 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/4383476/569798/Stor-sykepleiermangel-i-Norge>
- NOU 1997: 2. (1997). *Pasienten først!* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/870fc08fede6426188a9373cdab88380/no/pd/fa/nou199719970002000dddpdfa.pdf>
- NOU 2019: 22. (2019). *Fra statussymbol til allemannseie - norsk luftfart i forandring*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/19a211ff48814d09b9939631924cf48d/no/pd/fs/nou201920190022000dddpdfs.pdf>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

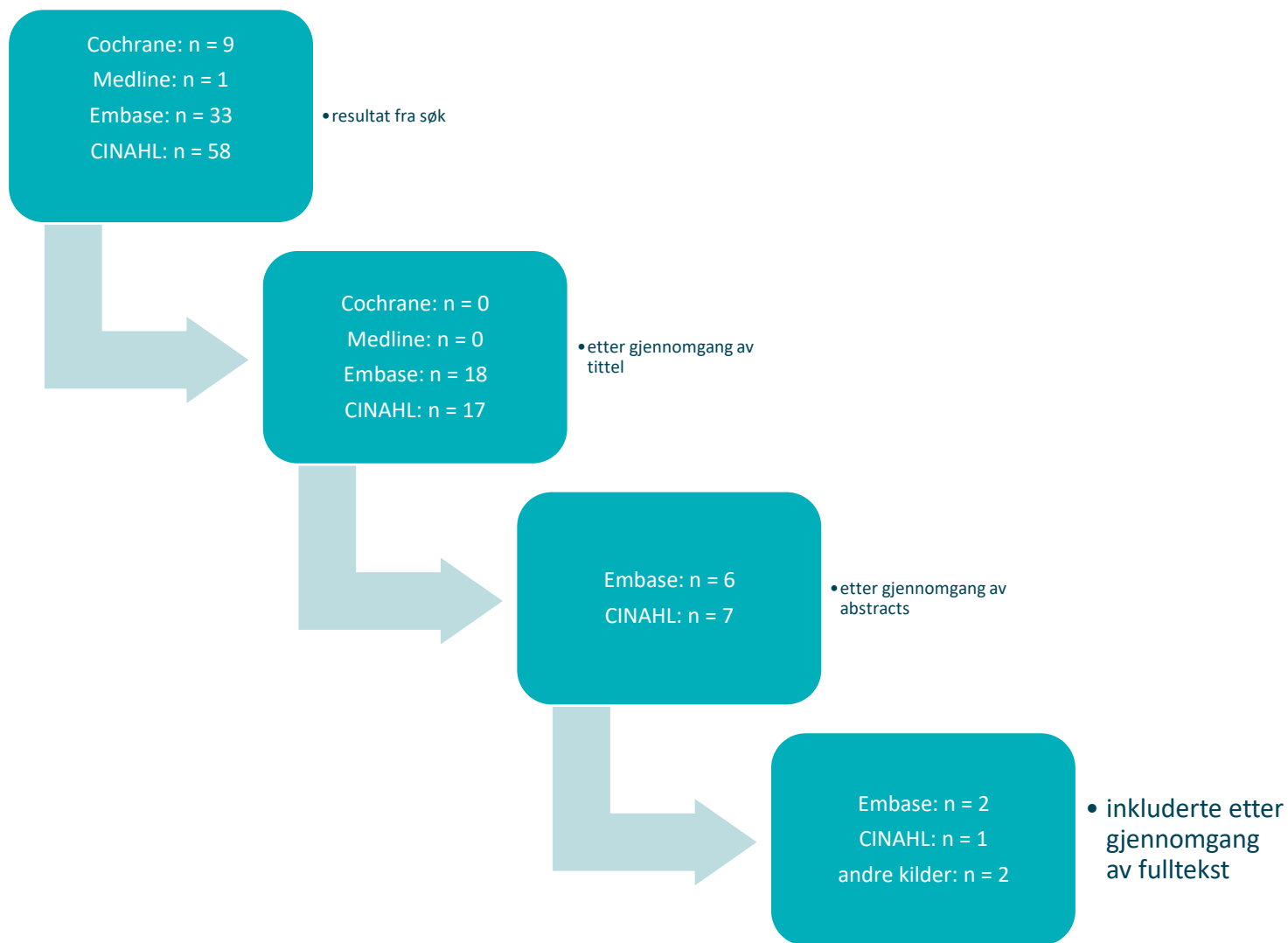
- Richardson, A. & Storr, J. (2010). Patient safety: a literature review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. I (bd. 57, s. 12-21). Oxford, UK.
- Skirbekk, S. (2018). Sosialisering. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/sosialisering>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Verschuere, M., Kips, J. & Euwema, M. (2013). A review on leadership of head nurses and patient safety and quality of care. *Advances in Health Care Management*, 14, 3-34. [https://doi.org/10.1108/S1474-8231\(2013\)0000014006](https://doi.org/10.1108/S1474-8231(2013)0000014006)
- Wong, C. A., Cummings, G. G. & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709-724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>

Vedlegg I - PICO

PICO-skjema

	P	I	C	O
Cochrane Library (07.01.20)		nursing	leadership management	«patient safety»
EMBASE (07.01.20)		nursing	leadership management	«patient safety»
MEDLINE (07.01.20)		nursing	leadership management	«patient safety»
CINAHL (17.01.20)		nursing	MH leadership MH management	MH «patient safety»

Vedlegg II - flytskjema



Vedlegg III - Artikkelmatriser

Artikkelmatrise 1

Forfatter, år	Richardson & Storr (2010)
Tittel	Patient safety: a literature review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration
Tidsskrift	<i>International Nursing Review</i>
Mål	Å se hvordan, og i hvilken grad, sykepleieleidelse, samarbeid og myndiggjøring (empowerment) kan beviselig påvirke pasientsikkerheten.
Metode	<p>Det ble gjort søk i databaser fra årene 1998-2008. 65 fulltekster ble gjennomgått, 11 ble inkluderte etter kritisk vurdering.</p> <p>Et viktig eksklusjonskriterium var studier som i all hovedsak så på sykepleiedekning og arbeidsmengde, det var nemlig ikke det de ønsket å undersøke.</p>
Resultat	<p>Fire av de elleve inkluderte studiene så på lederstiler/-atferder og pasientsikkerhet. Det er resultatene fra disse som vil være mest relevante i denne oppgaven.</p> <p>Resultatene presenteres i kategoriene «Leadership», «Collaboration/teamwork», «General issues» og «Multiple interventions». Resultater presentert under «Leadership» er som følger:</p> <p>Det finnes en signifikant sammenheng mellom positive lederatferder og redusert prevalens av komplikasjoner, samt økt pasienttilfredshet. En systematisk oversikt identifiserte at åpen kommunikasjon, formalisering, deltaking i beslutninger og relasjons-orientert ledelse er nøkkelområder innen ledelse. Likevel er grunnlaget i studiene varierende, og man kan ikke trekke helt faste konklusjoner.</p>

	<p>En annen studie viste at når høye nivåer av sikkerhetsorganisering, altså en sterk pasientsikkerhetskultur, sammen med tillitsfullt lederskap, samt utbredt bruk av «care pathways» sammen med tillitsfullt lederskap, opplever avdelingene færre rapporterte legemiddelfeil.</p> <p>En sentral konklusjon i artikkelen er at det er stort behov for mer god forskning på dette området.</p>
CASP/ kritisk vurdering	<p>Forskningsspørsmålet var klart formulert og spesifikt nok da de ønsket å se på sykepleieledelse, samarbeid og empowerment, og hvilken effekt det har på pasientsikkerheten. De så etter forskningsartikler i anerkjente databaser på en systematisk måte. Trolig ble ikke alle relevante studier inkluderte da det ikke er en systematisk litteraturoversikt. Seleksjonsprosessen er tilsynelatende grundig, og de 11 inkluderte artiklene ble kritisk vurderte.</p> <p>Forfatterne er særlig kritiske til alle brukte metoder i de inkluderte studiene og dette kommer tydelig frem i artikkelen. Resultatene ble presenterte på en oversiktlig måte og temaene de ble delt inn i gav en logisk sammenheng.</p> <p>Det er publisert erratum til artikkelen, den dreide seg bare om at korrekt ord i tittelen skal være «litterature», ikke «literartive». Dette er korrigert, men utdypes ikke videre.</p>

Artikkelmatrise 2

Forfatter, år	Murray, Sundin & Cope (2018)
Tittel	The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care
Tidsskrift	<i>Journal of Clinical Nursing</i>
Mål	Å utforske koblingen mellom «nursing leadership» og forbedret pasientsikkerhet.

Metode	<p>Integrative review. Engelske artikler publisert i fagfelleurdert tidsskrift mellom 2010 og 2016 ble inkluderte. Søkene gav 298 artikler som møtte inklusjonskriteriene. 104 ble gjennomgått. Etter flere ledd satt de igjen med 30 artikler som ble inkluderte.</p>
Resultat	<p>Forholdet mellom lederskap og sikkerhet spiller en unik rolle i det å skape positive pasientsikkerhetsutfall. En trygg kultur pleies av effektiv ledelse.</p> <p>Man deler gjerne ledelse i to hovedtyper: relasjonell og oppgaveorientert. De finner at transaksjonsledelse og transformasjonsledelse opptrer oftest i litteraturen om sykepleieledelse.</p> <p>Transformasjonsledelse er en relasjonell lederstil. Stilen er assosiert med positive pasientutfall, blant annet gjennom en kultur der ansatte ikke forsøker å fordele skyld. En kultur der feil ikke straffes, men er et grunnlag for læring.</p> <p>Transaksjonsledelse <i>kan</i> gi økt ansatt-tilfredshet. Stilen er effektiv når avgjørelser må bli tatt fortløpende og i et høyt tempo, for eksempel i kriser. Likevel kan stilen ha negative effekter på pasientutfall, blant annet fordi sykepleien blir oppgaveorientert og ikke helhetlig.</p> <p>Sykepleiere som er engasjerte har bedre pasient- og organisasjonsresultater, og engasjerende ledere spiller en viktig rolle for å skape dette engasjementet, blant annet gjennom å sette tydelige retningslinjer, opparbeide en felles visjon og «lead by example». Sykepleieledere kan bruke anerkjennelse av god praksis for å motivere og myndiggjøre (empower) sykepleierne.</p> <p>Lederen må opparbeide seg tillit blant de ansatte. Tillit styrker sikkerhetskulturen, og synlige skaper tillit. De ansatte får tillit til at lederne tar bekymringer på alvor og at de blir hørt. Trolig har avdelinger med en «nonblame culture», skyldfri kultur, bedre pasientutfall enn en avdeling med en syndebukkmentalitet.</p>

	<p>Dårlige lederevner, for eksempel «laissez faire»-ledere, har en signifikant negativ effekt på kvalitet og pasientsikkerhetsutfall.</p> <p>Ledere må skape trygge miljøer gjennom å involvere ansatte i avgjørelser, lytte til de, bygge tillit og se på feil som muligheter til å lære og forbedre praksis. For lite tid til å lede de ansatte ses på som en barriere for en god sikkerhetskultur. De peker særlig på at andre administrative oppgaver fører til at lederen ikke er synlig i avdelingen.</p> <p>Ledere og sykepleiere bør ta ansvar for å tilegne seg kunnskaper om ledelse, gjerne også lederutdanninger. De ansatte har også et viktig ansvar for hvordan de opptrer overfor sin leder. Oppmuntring og støtte, i stedet for kritikk og passiv-aggressive kommentarer, kan bidra til bedre ledelse.</p> <p>Mange sykehusstyrer er «lege-tunge», og leger dominerer i høyere lederstillinger. Siden leger og sykepleiere kan ha ulike syn på årsaker til, og prioriteringer innenfor, pasientsikkerhet kan det oppstå konflikter, dårligere kommunikasjon og mistillit.</p>
CASP/ kritisk vurdering	<p>I denne studien var ikke forskningsspørsmålet veldig nøyaktig, det ville nemlig «utforske sammenhenger mellom sykepleieledelse og forbedret pasientsikkerhet». Inklusjonskriteriene var tydelig redegjort for, men da dette er en «integrative review» er ikke alle relevante artikler inkluderte. Resultatene ble presenterte på en oversiktlig måte delt i fire tema. Det står ikke noe om flere forskere har vurdert artiklene uavhengig av hverandre, og det kan svekke tilliten til metoden noe. Resultatene er relevante for praksis.</p>

Artikkelmatrise 3

Forfatter, år Tittel	Verschuere, Kips & Euwema (2013) A review on leadership of head nurses and patient safety and quality of care
-----------------------------	---

<p>Bok (Publisert i bok, ikke tidsskrift)</p>	<p><i>Leading in Health Care Organizations: Improving Safety, Satisfaction and Financial Performance Advances in Health Care Management</i></p>
<p>Mål</p>	<p>Målet med denne studien var å utforske i litteraturen hvilke lederstiler og -atferder som har en positiv innvirkning på utfall av pasientsikkerhet og sykepleiekvalitet.</p>
<p>Metode</p>	<p>Litteraturstudie som tok for seg forskning fra januar 2000 til september 2011. Søk ble gjort i disse databasene: Pubmed, Embase, Cinahl, Psychlit og Econlit.</p>
<p>Resultat</p>	<p>10 studier ble inkludert. 8 av disse viste sammenhenger mellom lederstiler/-atferder og pasientutfall/-sikkerhet.</p> <p>De finner at transformasjonsledelse og relaterte konsepter som «resonant» og tillitsfull ledelse er mest relaterte til positive resultater.</p> <p>Belønninger ved oppnådde mål og å være en del av en transaksjonsledelse var også relatert til noen positive resultat.</p> <p>En artikkel fant sammenheng mellom relasjonsorientert ledelse og redusert prevalens av komplikasjoner ved immobilisering og brudd.</p> <p>En annen artikkel fant sammenhenger mellom støtte fra lederen og lavere dødsrater og forekomst av trykksår.</p> <p>Transformasjonsledelse øker jobbtilfredsheten blant sykepleiere, og negative stiler, som «laissez faire»-ledelse hadde negativ innvirkning <i>både</i> på pasient- og sykepleierutfall.</p> <p>Artikkelen slår fast at det er viktig at lederen bygger opp en forpliktende holdning hos de ansatte. Her fant de blant annet viktigheten av positive relasjoner med de ansatte sykepleierne å være udiskutabel. Videre er tillit et viktig element i et forpliktende sykepleierleder-sykepleier-forhold. Dette bygges på verdier som rettferdighet og integritet. Den slår fast at tillit er en nødvendighet for å bygge «safety climate», en pasientsikkerhetskultur, og at det bør prioriteres.</p>

	<p>Det gjøres et poeng ut av at fremtidig forskning også bør se på transaksjonsledelse, eller en kombinasjon av transformasjonsledelse og transaksjonsledelse.</p> <p>Kravene til sykepleierledere har blitt høyere og gjort det vanskelig å oppnå en balanse. Trange budsjett, effektivitetskrav og administrative oppgaver kan overdøve oppmerksomhet mot det å skape gode relasjoner og en pasientsikkerhetskultur.</p>
CASP/ kritisk vurdering	<p>Målet med studien var klart formulert og det forelå en grundig redegjørelse om bakgrunnen for studien. Valg av databaser og inklusjonskriterier er velbegrunnet og relevante for studiens mål. Det står lite om utvelgelsesprosessen, men til gjengjeld mye om hver enkelt inkluderte artikkels styrker og svakheter. Resultatene presenteres hver for seg pr. artikkel, og diskusjonen foregår pr. tema. Resultatene er relevante for praksis.</p>

Artikkelmatrise 4

Forfatter, år	Wong, Cummings & Ducharme, 2013
Tittel	The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update
Tidsskrift	<i>Journal of Nursing Management</i>
Mål	Å beskrive resultat fra en systematisk gjennomgang av studier som ser på forholdet mellom sykepleielederatferder og pasientutfall.
Metode	Litteraturstudie som inkluderte engelske forskningsartikler som så på lederskap, atferder til sykepleiere i formelle lederstillinger og pasientutfall. Hentet fra 8 databaser. 20 artikler ble inkludert.
Resultat	Wong et al. publiserte i 2007 en systematisk oversikt som tok for seg forskning fra 1985 til 2005, der 7 artikler ble inkluderte. I denne oppdateringen er resultater fra 2005 til 2012 også tatt med, noe som resulterte i 13 flere inkluderte artikler.

	<p>I studiene var lederskap-konseptene: transformasjonsledelse, transaksjonsledelse, relasjonell, deltakende («participative»), oppgave- eller relasjonsorientert, m. fl. nevnt.</p> <p>Resultatene omhandler flere ulike tema, blant annet pasienttilfredshet. Mest relevant for denne oppgaven er pasientsikkerhetsutfallene. Transformasjonsledelse, «manager support» og «trusted leadership» hadde sammenheng med færre legemiddelfeil.</p> <p>Sammenhenger mellom ledelse og fall, trykksår og nosokomiale infeksjoner var tydelig i noen av studiene, ikke i andre. Altså var resultatene på de områdene blandet. Også her var transformasjonsledelse det som oftest hadde en positiv sammenheng med pasientutfallene.</p> <p>Det viser seg at det er signifikante sammenhenger mellom både oppgaveorientert og relasjonell ledelse og pasientutfall, noe som kan indikere at man i helsevesenet trenger elementer fra flere lederstiler for å sikre tilfredse pasienter og gode arbeidsmiljø.</p> <p>Fire av seks studier fant signifikante sammenhenger mellom ledelse og pasientdødelighet, der transformasjonsledelse og resonant ledelse var relatert til lavere pasientdødelighet i tre av studiene.</p> <p>Relasjonell ledelse handler om lederens positive psykologiske egenskaper, ærlighet og «transparency», gode etiske holdninger og såkalt «behavioural integrity». «Resonant» lederskap vektlegges også som noe som bør utforskes mer. Det legger vekt på konseptet om kunnskaper om evner til å forholde seg til den ansatte sine følelser og verdien av atferden lederen har overfor den ansattes emosjoner for dens velbefinnende og prestasjoner.</p> <p>Funnene indikerer sammenhenger mellom det å skape en felles visjon, gi støtte, ansattressurser osv. Lederen bør ha såkalt «emotional intelligence», emosjonell intelligens, som støtter relasjonell ledelse for å kunne effektivt lede sine ansatte.</p>
--	---

	<p>Ledere som er relasjonelt orienterte bidrar med støtte, oppmuntring, positiv og konstruktiv tilbakemelding, åpen og transparent kommunikasjon og omtanke for den enkelte. Lederen må legge til rette for å prioritere samtaler mellom sykepleierne og lederne for å avdekke og finne løsninger på pasientsikkerhetsutfordringer.</p> <p>Når de utvidet tidsintervallet, nesten tredoblet antall inkluderte artikler seg. Dette styrker påstanden om at mer oppmerksomhet er rettet mot temaet og at det foregår mer og mer forskning på temaet.</p>
CASP/ kritisk vurdering	<p>Studien hadde et tydelig definert mål. Dette er en oppdatering av en systematisk oversikt. De samme metodene ble benyttet ved oppdateringen som i originalartikkelen. Metoden brukt i søk, utvalg og kritisk vurdering er grundig redegjort for. Resultatene er presenterte både i tabeller og under tematiske underoverskrifter.</p> <p>I tillegg kan det nevnes at denne artikkelen har blitt referert til i en lang rekke andre anerkjente kilder.</p>

Artikkelmatrise 5

Forfatter, år	Merrill (2015)
Tittel	Leadership Style and Patient Safety: Implications for Nurse Managers
Tidsskrift	<i>Journal of Nursing Administration</i>
Mål	Målet med denne studien var å utforske forholdet mellom sykepleielederen sin lederstil og sikkerhetsklimate/-kultur («safety climate»).
Metode	En beskrivende «correlational» studie ble gjennomført på 41 sykepleieavdelinger på til sammen 9 sykehus. 466 sykepleiere svarte på spørreskjema. To validerte verktøy ble brukt: The Hospital Unit Safety Climate (HUSC) survey og Multifactorial Leadership Questionnaire (MLQ-5XS).

Resultat	<p>Artikkelen tar utgangspunkt i at utøvere av «transformational-transactional» lederskap har tre lederstiler: «transformational», «transactional» og «laissez faire». Ledere tenderer ofte mest mot en av stilene, men har vanligvis innslag av alle tre.</p> <p>I resultatene kommer det frem at det er positive sammenhenger mellom transformasjonsledelse og de fleste «safety climate»-aspekter, mens det mot «laissez faire»-lederskap var negative sammenhenger.</p> <p>Det kommer frem at avdelinger med «laissez faire»-lederskap også har høy forekomst av et system som fordeler skyld (blame) når feil blir begått. De viser til at «laissez faire»-ledere tenderer mot å bruke lettvinde løsninger, være ubestemmelige eller bli fiendtlige når de presses til å adressere sikkerhetsutfordringer. Dette fører til ansatte som ikke er motiverte eller engasjerte i å nå avdelingens mål.</p> <p>Det at nye ansatte blir tatt opp i kulturen på avdelingen har betydning for «safety climate». Her har lederen en viktig rolle.</p> <p>I tverrprofesjonelle team er blant annet apoteket mer hjelpsomme dersom lederen har transformasjonsledelse som lederstil.</p> <p>Studien konkluderer med at sykepleieledere må strebe mot transformasjonsledelse i sin lederatferd. Sosialisering er et viktig innsatsområde. Et annet område er skyld (blame), der lederen bør legge til rette for et miljø der man lærer av feil, ikke straffes for dem.</p> <p>De viser i en tabell hvilke forskjeller man kan forvente å finne mellom transformasjonsledere og «laissez faire»-ledere:</p>						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Transformasjonsledere</th> <th>«Laissez faire»-ledere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Visjon</td> <td>skaper en visjon «articulates» sykehusets mål, visjon og verdier</td> <td>har ingen klar visjon forventningene endrer seg ofte</td> </tr> </tbody> </table>		Transformasjonsledere	«Laissez faire»-ledere	Visjon	skaper en visjon «articulates» sykehusets mål, visjon og verdier
	Transformasjonsledere	«Laissez faire»-ledere					
Visjon	skaper en visjon «articulates» sykehusets mål, visjon og verdier	har ingen klar visjon forventningene endrer seg ofte					

	Synlighet	gjennomfører pasient- og ansattrunder på alle skift	ingen formell rundep plan runder er ofte en av de første oppgavene de dropper
	Sosialisering	møter nyansatte tidlig og ofte ser til at sykepleiere som gir opplæring støtter sykehusets mål, visjon og verdier	lar andre ansatte ta seg av orientering og det å «komme i gang»
	Tverr-profesjonelt samarbeid	møter med de andre profesjonene sette klare forventninger til alle deltakere tverrprofesjonelle pasientrunder er rettet mot pasientutfall åpen kommunikasjon for å løse tverrprofesjonelle utfordringer	sykepleiere og andre vet ikke hva de skal forvente forsøk på tverrprofesjonelle runder er mer rapportering enn integrering av tjenestene de ansatte er stadig skuffet over utfordringer med kommunikasjonen
	Skyld/feil	feil blir sett på som en mulighet for å lære det oppfordres til å også rapportere nestenhendelser/tilløp til feil/skade	feil blir forklart med og skyldt på mangel på kompetanse læring/endring er ikke et resultat av feil

CASP/ kritisk vurdering	<p>Målet med studien er tydelig forklart, og kommer enda tydeligere frem når man ser på hva spørreundersøkelsen har spurt om.</p> <p>Verktøyene som er brukt er anerkjente. Utvalget er noe begrenset med en noe lav svarprosent. Studien ble gjort i 1 stat, og 466 av 1579 sykepleiere besvarte undersøkelsen (29,5%). Resultatene presenteres oversiktlig ved hjelp av både tabeller og tematiske underkapittel. Undersøkelsen er godkjent etisk.</p>
----------------------------	--