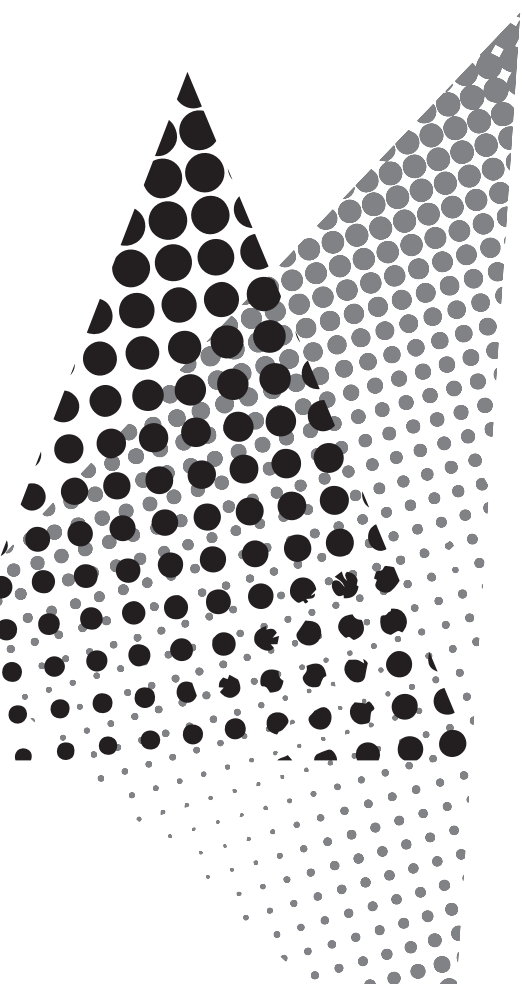


Ledelse, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp i sykehjem



Rose Mari Olsen, Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik,
Terje Emil Fredwall, Oddvar Førland, Jill-Marit Moholt

**Ledelse,
pasientsikkerhetskultur og
utelatt helse- og omsorgshjelp
i sykehjem**



Rose Mari Olsen (prosjektleder), Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik,
Terje Emil Fredwall, Oddvar Førland, Jill-Marit Moholt

Ledelse, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp i sykehjem

Senter for omsorgsforskning

2024



Senter for
omsorgsforskning



Høgskulen
på Vestlandet



UiT Norges
arktiske universitet



NORD
universitet



Universitetet
i Sørøst-Norge



Universitetet
i Agder

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: Bilde generert ved hjelp av Adobe Photoshop fra ledeteksten

impresjonistiske gjengivelsen av lederskap i helsevesenet.

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 01/2024

Tittel: Ledelse, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp i sykehjem

Forfattere: Rose Mari Olsen (prosjektleder), Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik, Terje Emil Fredwall, Oddvar Førland, Jill-Marit Moholt

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-140-0

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:

www.ntnu.no/omsorgsforskning/rapportserie



FORORD

Dette er en rapport om ledelse, pasientsikkerhet og utelatt helsehjelp i norske sykehjem. Den er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet, og den er gjennomført av en forskergruppe ved de fem sentrene for omsorgsforskning (SOF). Professor Rose Mari Olsen (SOF, midt) har ledet prosjektarbeidet, som har pågått i perioden juni til desember 2023. Sammen med henne har førsteamanuensis Nina Beate Andfossen (SOF, øst), førsteamanuensis Siri Andreassen Devik (SOF, midt), professor Terje Emil Fredwall (SOF, sør), professor Oddvar Førland (SOF, vest) og førsteamanuensis Jill-Marit Moholt (SOF, nord) deltatt i forskergruppen.

Denne studien er en videreføring av prosjektene *Kapasitet- og kvalitetsutfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene* (Andfossen et al. 2021) og *Utelatt helse- og omsorgshjelp* (Olsen et al., 2023). Også disse prosjektene ble utført på oppdrag fra Helsedirektoratet, og som den gang har vi opplevd en tett, interessert og hyggelig kontakt med direktoratets ansatte. Vi vil her rette en særlig takk til Ingrid Mydland, Sigrun Kongsrud, Espen Ottesen Vattekar og Christin Marsh Ormhaug for deres nyttige innspill og konstruktive kommentarer i løpet av prosjektperioden.

Vi vil videre takke alle som bidro i tilretteleggingen av datainnsamlingen, som svarte på spørreundersøkelsen vinteren 2021/2022, som delte erfaringer og refleksjoner i intervjuene vi gjennomførte våren og sommeren 2022, og som i 2023 ga oss supplerende opplysninger om lederspenn i sykehjem. Det er vårt håp at funn og diskusjoner vil bli lest av og komme til nytte for dere som jobber i kommuneledelse og sykehjem.

Takk også til Thomas Volden Åse fra KS for tilrettelegging av data fra PAI-registeret og til statistiker Karl Ove Hufthammer ved SOF for viktig bistand til og hjelp med de kvantitative analysene.

Senter for omsorgsforskning, februar 2024

Rose Mari Olsen (prosjektleder), Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik, Terje Emil Fredwall, Oddvar Førland og Jill-Marit Moholt



SAMMENDRAG

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet og omhandler ledelse, pasientsikkerhet og utelatt helsehjelp i sykehjem. Rapporten er basert på et forskningsprosjekt som er gjennomført av Senter for omsorgsforskning (SOF) i perioden juni til desember 2023.

BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLINGER

Forskning viser at utelatt helse- og omsorgshjelp er vanlig i sykehjem, og at dette kan ha sammenheng med karakteristika ved sykehjemmene, de ansatte og pasientene. Mellomledere uttrykker både evne og vilje til å gjøre noe med utfordringene, men vi mangler kunnskap om hvilket reelt handlingsrom lederne innehar. Videre savnes mer kunnskap om sammenhenger mellom lederspenn, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp i sykehjem.

Følgende problemstillinger har vært styrende for arbeidet med denne rapporten:

1. Hvor høy er ledertettheten i norske sykehjem sammenlignet med barnehager, grunnskole, hjemmehjelp, og hjemmesykepleie?
2. Hvor stort er lederspennet blant førstelinjeledere i vårt utvalg av 40 norske sykehjem?
3. Hvilke sammenhenger kan identifiseres mellom karakteristika ved ansatte i sykehjem og deres opplevelser av pasientsikkerhetskultur?
4. Hvilke sammenhenger kan identifiseres mellom utelatt helse- og omsorgshjelp, lederspenn og pasientsikkerhetskultur i sykehjem?
5. Hvilke forhold erfarer mellomledere fremmer og hemmer deres muligheter for å bygge en kultur for åpenhet og læring i sykehjem?

METODE

For å svare på disse spørsmålene har vi brukt både kvantitativ (problemstilling 1–4) og kvalitativ metode (problemstilling 5). I den kvantitative delen av prosjektet har vi anvendt aggregerte

registerdata fra KS' PAI-register. I tillegg er den kvantitative delen basert på en tidligere spørreundersøkelse gjennomført blant pleiefaglig helsepersonell (N=657) i 40 sykehjem fra november 2021 til februar 2022, samt tall på lederspenn (for samme periode) innhentet fra sykehjemmene sommeren 2023. I spørreundersøkelsen anvendte vi subskalaene teamarbeids- og sikkerhetsklimateamwork- og safety attitudes (*Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*) for å kartlegge ansattes opplevelser av pasientsikkerhetskultur. Vi anvendte *Basel Extent of Rationing of Nursing Care for nursing homes (BERNCA-NH)* for å måle utelatt helse- og omsorgshjelp. Den kvalitative delen er basert på 13 individuelle intervjuer og fire fokusgruppeintervju med totalt 15 ledere, som ble gjennomført våren og sommeren 2022. Analysene for alle de fem problemstillingene ble hovedsakelig gjort høsten 2023.

RESULTATER

Nasjonale tall fra PAI-registeret viser at ledertettheten er betydelig lavere i sykehjem enn i barnehage og grunnskole. I sykehjem er det i gjennomsnitt 24 medarbeidere pr. leder når alle lederkategorier inkluderes, mens tallene for grunnskole og barnehage er henholdsvis 14 og 2. Grunnskole og barnehage har flere fagledere enn sykehjem, men også når denne lederkategorien holdes utenfor finner vi at det er flere medarbeidere pr. leder i sykehjem (27 i sykehjem, 22 i grunnskole og 10 i barnehage).

Kartleggingen av lederspenn i vårt utvalg av 40 sykehjem viste at førstelinjelederne hadde personalansvar for i gjennomsnitt 39 ansatte. Variasjonsbredden var stor (fra 12 til 146 ansatte pr. leder), men de fleste lederne (63 av 67) hadde ansvar for færre enn 50 ansatte.

Resultater fra spørreundersøkelsen viser at pleiefaglig ansatte i sykehjemmene rapporterer varierende opplevelser av pasientsikkerhetskultur. Gjennomsnittskår på teamarbeids- og sikkerhetsklimateamwork- og safety attitudes var på henholdsvis 70,4 og 65,9 målt på en skala fra 1-100, hvor høy skår indikerer positiv holdning. Andelen positive svar, det vil si andelen av ansatte som skåret 75 eller høyere, var forholdsvis lav (43, 3% på teamarbeidsklimateamwork- og safety attitudes (41,3 % på sikkerhetsklimateamwork- og safety attitudes)). Videre fant vi at de yngste ansatte, samt de med 3-5 års erfaring fra helsetjenesten og nåværende arbeidsplass, skåret i gjennomsnitt lavere på både teamarbeids- og sikkerhetsklimateamwork- og safety attitudes sammenliknet med ansatte i de øvrige aldersgruppene og de med kortere og lengre erfaring.

Vi fant ingen sammenheng mellom lederspenn og hvor ofte ansatte rapporterer utelatte oppgaver. Det var derimot tydelige sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og ansattes opplevelser av pasientsikkerhetskultur, der lavere skår på sikkerhetsklimateamwork- og safety attitudes var relatert til høyere skår på samtlige områder av utelatte oppgaver. I tillegg var lavere skår på teamarbeidsklimateamwork- og safety attitudes relatert til høyere skår på utelatte oppgaver som omhandlet pleie ved behov og psykososial omsorg. Vi identifiserte også noen signifikante sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og karakteristika ved ansatte, slik som kjønn, yrkesgruppe og erfaring fra helsetjenesten.

De kvalitative intervjuene med femten mellomledere i sykehjem viste at det var et felles ideal for lederne å bygge en kultur for åpenhet og læring i egen institusjon. Vi identifiserte to hovedstrategier for å få til en slik kulturbygging. Den ene strategien innebar å være tett på ansatte og avdelingshverdagen ved å delta aktivt, støtte, veilede og være tilgjengelig. Den andre strategien var å etablere fellesrom for refleksjon og læring gjennom jevnlig møter og muligheter for etter- og videreutdanning. Ansattes oppgaveprioritering og bevisstgjøring på risiko og avvik ble oppgitt som viktige tema. Forhold som lederne oppfattet som fremmede, var egen tilgjengelighet og kompetanse, tilgang på ressurspersoner (spisskompetanse), stabilitet i personalgruppen og at personalgruppen var variert sammensatt med hensyn til kjønn og alder. Hemmende forhold ble særlig satt i sammenheng med rammebetingelser som oppgavebelastning, økonomi og tilgang på kompetanse. Avdelingskulturen og den enkeltes lederstil kunne virke både fremmede og hemmende i dette arbeidet.

KONKLUSJONER OG AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

I Norge er det lav ledertetthet i sykehjem sammenlignet med andre kommunale sektorer. Sykehjemsektoren yter tjenester «24/7» med tilhørende døgnbasert bemanning, til forskjell fra barnehage- og grunnskolesektoren som yter dagtjenester. Det gjør at sykehjemmene må ha korps av ansatte også på kveld, helg og høytider; altså mange ansatte til sammen. Dette er like fullt ikke en plausibel forklaring på den lave ledertettheten i sykehjem. Sektorens kjente utfordringer knyttet til blant annet turnuslogistikk, rekruttering og kompetanse, mange assistenter og deltidsansatte, høyt sykefravær og vikarbruk utgjør faktorer som fordrer omfattende lederoppfølging. Dette skulle etter vår vurdering tilsi relativt høy og ikke lav ledertetthet i sykehjemsektoren. Den relativt lave ledertettheten kan være et uttrykk for at sykehjemmene ikke har nådd fram eller blitt prioritert når det gjelder faglige og administrative lederfunksjoner. Det er trolig særlig lederfunksjoner på det faglige området som bør endres og styrkes dersom sykehjemsektoren skal nærme seg ledertettheten i oppvekstsektoren.

I utvalget av 40 sykehjem skåret ansatte betydelig lavere på teamarbeids- og sikkerhetsklime sammenlignet med andre norske studier som har brukt det samme spørreskjemaet ved sykehjem, hjemmetjenester, legevakt og legekontor. Den lave andelen positive svar knyttet til pasientsikkerhet indikerer at ansatte i sykehjemmene kan erfare at det er vanskelig å snakke om risiko og uønskede hendelser, og at de kan oppleve å få liten støtte fra sine team. Både lavt sikkerhetsklime og lavt teamarbeidsklime var relatert til høyere nivå av rapporterte utelatte oppgaver blant personalet. Dette indikerer at dess lavere grad av rapportert pasientsikkerhetskulturr blant de ansatte, jo flere helse- og omsorgsoppgaver blir rapportert utelatt. Dette kan være grunnet i at pasientsikkerhet og kvalitet på pasientomsorgen avhenger av de samme mekanismene – som kompetanse, bemanning og en tydelig faglig ledelse.

Intervjudata fra mellomledere viste en tydelig ambisjon om å være tett på egne medarbeidere og å etablere fellesrom for refleksjon og læring, men oppgavebelastning, økonomi, tilgang på kompetanse og avdelingskulturen var utfordrende for å realisere ambisjonene. Lav ledertetthet i sykehjem, med påfølgende stort ansvarsområde, vanskeliggjør sykehjemledernes mulighetsrom for nærledelse og kulturbygging, med påfølgende potensielt negative konsekvenser for sykehjemspasientene. I tillegg vektla lederne betydningen av kontinuitet og stabilitet i personalgruppen. Det å bygge en god pasientsikkerhetskulturr for sikker og trygg pasientbehandling i sykehjem fordrer kontinuitet blant personalet og tilstrekkelig antall ledere som muliggjør nærledelse både på det administrative og faglige området.

LISTE OVER TABELLER

Tabell 1. Karakteristika ved ansatte i sykehjem i Norge	5
Tabell 2. Inndeling av det nasjonale utvalget etter innbyggertall i kommunene	6
Tabell 3. Næringskode og næringsbenevnelse for de kommunale sektorene	7
Tabell 4. Gruppe, stillingskoder, benevnelser og hovednivåer av ledere	7
Tabell 5. Beskrivelse av respondenter	10
Tabell 6. Oversikt over informanter i intervjustudien	12
Tabell 7. Ansatte og årsverk medarbeidere pr. øverste virksomhetsleder	16
Tabell 8. Forholdstallet mellom medarbeidere og ledere	16
Tabell 9. Forholdstallet mellom medarbeidere og virksomhetsledere/ mellomledere	17
Tabell 10. Sektorvis ledertetthet (medarbeidere pr. alle ledere) etter kommunestørrelse	17
Tabell 11. Gjennomsnittskår og andel positive svar på enkeltvariabler i SAQ	19
Tabell 12. Gjennomsnittskår for sikkerhetsklima, etter karakteristika ansatte	21
Tabell 13. Gjennomsnittskår for teamarbeidsklima, etter karakteristika ansatte	22
Tabell 14. Sammenhenger mellom ufullstendig helse- og omsorgshjelp, lederspenn og pasientsikkerhetskultur basert på regresjonsanalyser	24

LISTE OVER FIGURER

Figur 1. Fordeling lederspenn blant førstelinjeledere	18
Figur 2. Sammenhenger mellom BERNCA subskalaer og SAQ subskalaer	25

OM BRUK AV REGISTERDATA

Publikasjonen har benyttet data fra Register for lønns- og personalopplysninger om ansatte i kommunal sektor (PAI) fra KS. KS som dataeier, har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte data. De mottatte dataene er bearbeidet og analysert for vårt formål. Forfatterne er dermed eneansvarlig for tolkning og presentasjon av utleverte data.



INNHOOLD

FORORD	IV
SAMMENDRAG	V
LISTE OVER TABELLER	VIII
LISTE OVER FIGURER	VIII
1. INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for prosjektet	1
1.1.1 Lederspenn og ledertetthet	2
1.1.2 Pasientsikkerhetskultur	2
1.2 Overordnede problemstillinger	3
2. KORT OM SYKEHJEM OG BEMANNING I SYKEHJEM	4
3. METODE	6
3.1 Registerdata	6
3.2 Spørreskjemadata	8
3.2.1 Utvalg	8
3.2.2 Variabler i spørreskjema	8
3.2.3 Gjennomføring av spørreundersøkelsen	9
3.2.4 Karakteristika ved respondentene i spørreskjemaundersøkelsen	9
3.2.5 Supplerende data om lederspenn	11

3.3 Intervjudata	11
3.3.1 Rekruttering, utvalg og kontekst	11
3.3.2 Gjennomføring av intervju	12
3.4 Analyser	13
3.4.1 Kvantitative analyser	13
3.4.2 Kvalitative analyser	13
3.5 Forskningsetiske vurderinger og hensyn	14
4. RESULTATER	15
4.1 Nasjonale tall over ledertetthet i kommunale sektorer	15
4.2 Lederspenn blant førstelinjeledere	17
4.3 Pasientsikkerhetskultur	18
4.3.1 Sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og karakteristika ansatte	20
4.4 Sammenhenger lederspenn, pasientsikkerhet og utelatt helse- og omsorgshjelp	23
4.5 Bygge kulturer for åpenhet og læring - resultater fra intervjustudien	26
4.5.1 Mellomledernes arbeid med å bygge en kultur for åpenhet og læring	26
4.5.2 Forhold som fremmer mellomledernes arbeid med å bygge en kultur for åpenhet og læring	28
4.5.3 Forhold som hemmer mellomledernes arbeid med å bygge en kultur for åpenhet og læring	29
4.6 Sammendrag resultater	30
5. DISKUSJON	33
5.1 Ledertettheten i sykehjemsektoren sammenlignet med andre kommunale sektorer	33
5.2 Lederspenn, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp	36
5.3 Mellomledernes handlingsrom for å bygge en kultur for åpenhet og læring	37
5.4 Metodologiske overveielser	39
5.4.1 Kvalitet på registerdata, spørreskjemadata og supplerende data om lederspenn	39
5.4.2 Vurdering av studiens kvalitative forskningsdesign	41
6. AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER	42
REFERANSER	43
VEDLEGG 1: VARIABLER I BERNCA-NH	48



1. INNLEDNING

Denne rapporten presenterer resultater fra forskningsprosjektet Lederspenn, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp i sykehjem. Prosjektet startet opp juni og ble avsluttet desember 2023. Det er gjennomført av Senter for omsorgsforskning (SOF) på oppdrag fra Helsedirektoratet.

1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Forskningsprosjektet er en videreføring av prosjektene *Kapasitet- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester* (Andfossen et al., 2021) og *Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem* (Olsen et al., 2023), begge utført på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Resultatene fra det første prosjektet viste at det var vanlig å utelate helse- og omsorgshjelp i sykehjem og at misforhold mellom bemanning og hjelpebehov/pleietyngde, samt kompetanseutfordringer i tjenestene, kunne være medvirkende forhold til utelatt helse- og omsorgshjelp (Andfossen et al., 2021). I perioden september 2021 til desember 2022 gjennomførte SOF et forskningsprosjekt om utelatt helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i norske sykehjem. Resultatene viste at det å utelate eller sette oppgaver på vent var vanlig blant ansatte, og at utelatt helse- og omsorgshjelp kunne ha sammenheng med karakteristika ved sykehjemmene, de ansatte og pasientene (Olsen et al., 2023). Mellomlederne uttrykte både evne og vilje til å gjøre noe med utfordringene, og det å bygge kultur for åpenhet og læring ble sett på som viktig i lederrollen. Imidlertid opplevde flere at stort ansvarsområde hindret slik nærledelse (Olsen et al., 2023). Ett av utgangspunktene for dette prosjektet var et behov for mer kunnskap om lederperspektivet på utelatt helse- og omsorgshjelp. I denne studien ser vi derfor nærmere på lederfunksjonene i sykehjem og hvilket reelt handlingsrom som ligger hos mellomlederne. Vi vil særlig vektlegge hva som fremmer og hemmer mellomlederens mulighetsrom, herunder mulige sammenhenger mellom lederspenn, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp i sykehjem.

1.1.1 LEDERSPENN OG LEDERTETTHET

I internasjonal litteratur benyttes en rekke benevnelser for begrepet lederspen, slik som “span of control”, “span of supervision”, “span of management”, “span of authority”, “span of responsibility” og “management ratio” (Zoller & Muldoon, 2020). Likeledes er det ulike definisjoner av begrepet (se Holte et al., 2019; Lull, 2019; Zoller & Muldoon, 2020). I denne rapporten har vi valgt å følge Holte et al. (2019, s. 10) og forstå lederspen som det antall ansatte en leder har personalansvaret for. I en nasjonal kartlegging av lederspen i kommunal sektor fant Holte et al. (2019) store variasjoner i størrelse på lederspen, fra 3 til 315 ansatte pr. leder. Utvalget inkluderte grunnskole, barnehage, boliger for personer med utviklingshemming, skolefritidsordning (SFO), sykehjem og hjemmetjeneste. Størst var lederspennet i sykehjem, hvor median var på 93 ansatte pr. leder. Kartleggingen til Holte et al. skiller ikke mellom ulike ledernivå når det gjelder lederspen, og den gir derfor ikke kunnskap om lederspen blant mellomledere spesielt. Lederspen ved helseforetakene i Norge er betydelig lavere, fra 17 til 34 ansatte pr. leder og et gjennomsnitt på 26 (Kjekshus, 2022; NOU 2023: 8). Også en kartlegging fra Sveriges statistiske sentralbyrå (SCB) som inkluderte samtlige offentlige og private bransjer i det svenske arbeidsmarkedet (Regnö, 2016), viser at lederspen er størst innen helse og omsorg og sosiale tjenester, med et gjennomsnitt på 30 ansatte pr. leder.

Internasjonal helsetjenesteforskning viser at stort lederspen kan knyttes til ønskede forhold som større mangfold, større prosjektgjennomføring og høyere prestasjonsevne, men også uønskede forhold som rollekonflikter og større misnøye blant lederne (Lull, 2019). Her i Norge fant Thompson et al. (2019) at stort lederspen medfører avstand mellom ledere og ansatte og begrenser lederens muligheter til involvering, noe som resulterer i dårligere ytelse blant ansatte. I studien til Holte et al. (2019) ble det rapportert at lederspen har en signifikant positiv sammenheng med fravær og med sannsynlighet både for å slutte i organisasjonen og å forlate kommunal sektor, mens antall mellomledere har en negativ sammenheng på de samme utfallsmålene. De poengterer samtidig at sammenhengene er svake og ikke kan hevdes å være kausale. Tidligere forskning har generelt avdekket problemer som oppstår når lederspen er for stort. En dansk studie nyanserer imidlertid dette bildet: Jacobsen et al. (2022) fant i sin studie blant sykepleiere og sykepleiere i sykehus at både lite og stort lederspen er assosiert med mindre medarbeideroppfattet lederatferd og lavere jobbtillfredshet hos medarbeiderne sammenlignet med middels lederspen.

I denne rapporten anvender vi også uttrykket «ledertetthet». Ledertetthet er et mål på forholdstallet mellom antall medarbeidere som ikke er leder (telleren) delt på antall personer som har en lederbetegnelse (nevneren). Ledertetthet slik forstått er i liten grad undersøkt tidligere, verken for sykehjem eller for andre kommunale sektorer. Ressurssenteret for omstilling i kommunene (2004) gjorde imidlertid tidlig på 2000-tallet en undersøkelse på grunnlag av data fra PAI-registeret som viste at det i gjennomsnitt var 31 årsverk av medarbeidere pr. leder i omsorgstjenesten, mens ledertettheten var fire ganger høyere i skoleverket, se også St.meld. 25 (2005–2006). I en mindre spørreundersøkelse blant helse- og omsorgsledere i 44 kommuner i 2015 vurderte 40 % av lederne at ledertettheten i deres sektor er for lav og et flertall mente at ledertettheten er lavere i helse- og omsorgssektoren enn i skolesektoren (Dale et al., 2015).

1.1.2 PASIENTSIKKERHETSKULTUR

Pasientsikkerhetskultur kan defineres som «hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helsetjenesten, og gjenspeiler de delene av organisasjonskulturen

som har betydning for risiko i pasientbehandling» (Helsedirektoratet, 2019, s. 31). En sterk pasientsikkerhetskultur er assosiert med færre uønskede hendelser (Hessels & Larsen, 2016), slik som færre fall og mindre bruk av tvang i sykehjem (Thomas et al., 2012). I sykehus er det også funnet at høy skår på pasientsikkerhetskultur er assosiert med mindre utelatt helse- og omsorgshjelp (Hessels et al., 2019).

En sterk pasientsikkerhetskultur innebærer videre høy grad av psykologisk trygghet. Psykologisk trygghet defineres som “the belief that the work environment is safe for interpersonal risk taking” (Edmondson, 2019, s. 8) og beskrives som en av flere viktige faktorer for godt teamarbeid (Ballangrud & Husebø, 2021). Internasjonale studier har funnet positive sammenhenger mellom psykologisk trygghet og jobbtilfredshet, rapportering av behandlingsfeil, økt mellommenneskelig kommunikasjon, større kunnskapsdeling og læring, økt arbeidsengasjement og bedre resultater for organisasjonen (Newman et al., 2017).

1.2 OVERORDNEDE PROBLEMSTILLINGER

Følgende problemstillinger har vært styrende for prosjektarbeidet:

1. Hvor høy er ledertettheten i norske sykehjem sammenlignet med barnehager, grunnskole, hjemmehjelp, og hjemmesykepleie?
2. Hvor stort er lederspennet blant førstelinjeledere i vårt utvalg av 40 norske sykehjem?
3. Hvilke sammenhenger kan identifiseres mellom karakteristika ved ansatte i sykehjem og deres opplevelser av pasientsikkerhetskultur i sykehjem?
4. Hvilke sammenhenger kan identifiseres mellom utelatt helse- og omsorgshjelp, lederspenn og pasientsikkerhetskultur i sykehjem?
5. Hvilke forhold erfarer mellomledere fremmer og hemmer deres muligheter for å bygge en kultur for åpenhet og læring i sykehjem?

I rapporten bruker vi både begrepet «pasient» og «beboer» om personer som mottar helse- og omsorgshjelp i sykehjem. Uttrykket «utelatt helse- og omsorgshjelp» er ment å beskrive situasjonen når nødvendige oppgaver og aktiviteter knyttet til helse- og omsorgshjelp blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt (jf. «missed care», Kalisch et al., 2009; Zúñiga et al., 2016).



2. KORT OM SYKEHJEM OG BEMANNING I SYKEHJEM

Ifølge Statistisk sentralbyrå var det i 2022 til sammen 922 sykehjem eller sykehjemlignende institusjoner i Norge. Dette er en nedgang på 75 institusjoner i løpet av en tiårsperiode. Også antall sykehjemsplasser har gått noe tilbake, fra 41 732 i 2012 til 39 288 i 2022 (Statistisk sentralbyrå, 2023). Om lag $\frac{3}{4}$ deler av plassene er beregnet for langtidsopphold og $\frac{1}{4}$ del for korttidsopphold.

Ifølge tall fra PAI-registeret referert i Olsen et al. (2023, s. 6) var det i 2021 til sammen 37 000 årsverk i sykehjem. Helsefagarbeidere/hjelpepleiere med utdanning fra videregående skole og fagbrev utgjør den klart største yrkesgruppen med 51 prosent av de ansatte. Dernest følger sykepleiere (28 prosent) og assistenter/pleiemedhjelpere (19 prosent), mens vernepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter utgjør kun 2 prosent av de ansatte og legene 0,5 prosent. Den reelle bemanningen kan avvike noe fra den denne fordelingen på grunn av fravær fra den avtalte bemanningen og vikarbruk. Til forskjell fra barnehage- og grunnskolesektoren har statlige myndigheter ikke innført bemanningsnormer i sykehjemsektoren.

Olsen et al. (2023, s. 6) viste videre at gjennomsnittlig stillingsprosent i sykehjem var på 67 prosent og at kun 22 prosent av alle stillingene var heltidsstillinger. Gjennomsnittsalderen for de ansatte var i 2021 43 år og 90 prosent av dem som arbeider på sykehjem er kvinner. Vi gjengir her tabellen¹ over karakteristika ved ansatte i sykehjem hentet fra Olsen et al. (2023, s. 6):

¹ Kilde for alle tall i tabellen er KS sitt PAI-register for 2021. Utvalget i tabellen er alle enheter i landet som er registrert i PAI-registeret med næringskode 87.102 Somatiske sykehjem. Dette utgjør i alt 878 enheter i PAI-registeret pr. 1.12.2021. Enhetene er identifisert ved organisasjons/bedriftsnummer i Brønnøysundregisteret

Tabell 1. Karakteristika ved ansatte i sykehjem i Norge i 2021: stillingstyper, årsverk, andel i heltid, gjennomsnittlig stillingsprosent, andel kvinner og gjennomsnittsalder (N=55445-59164)

Stillingstyper	Årsverk (%) ²	Andel i heltidsstilling	Gj.snitt stillingsprosent	Andel kvinner	Gj.snitt alder
Assistent el. pleiemedhjelper	6 945 (18,6 %)	6 %	44 %	86 %	37
Fagarbeider el. hjelpepleier	18 997 (51,0 %)	22 %	73 %	91 %	46
Sykepleier el. spesialsykepl.	10 379 (27,9 %)	42 %	83 %	94 %	43
Vernepleier	509 (1,4 %)	46 %	83 %	90 %	39
Ergoterapeut	108 (0,3 %)	52 %	82 %	90 %	36
Fysioterapeut	123 (0,3 %)	61 %	85 %	77 %	38
Lege	187 (0,5 %)	26 %	58 %	60 %	47
Alle stillinger, alle sykehjem i Norge	37 249 (100 %)	22 %	67 %	90 %	43

Det er sparsomt med kvantitative data om ledelsesforhold og lederkompetanse i sykehjem. En generell undersøkelse av lederkompetansen innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester i 2020, referert Kompetanseløft 2025, viste at rundt halvparten av lederne ikke hadde en formell lederutdanning over 30 studiepoeng (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

I Kompetanseløft 2025 trekkes det fram at det generelt er lav ledertetthet i kommunale helse- og omsorgstjenester og lav lederkompetanse hos mange av lederne i sektoren. Det pekes videre på at høy deltidsbruk er en ledelsesutfordring ettersom lederne har mange ansatte å følge opp. Holte et al. (2019) har for årene 2012–2018 undersøkt lederspennet (forstått som tallet på ansatte en leder har personalansvaret for) i ulike kommunale sektorer og beregnet at det er aller størst i sykehjem.

² Rundet av til hele årsverk. Totalsummen kan derfor avvike litt fra summen av tallene i enkeltradene.



3. METODE

Datagrunnlaget for denne rapporten er registerdata, spørreskjemadata, data om lederspenn, samt intervjudata. I det følgende vil vi gi en nærmere beskrivelse av datamaterialet, og gjøre rede for hvordan dette er samlet inn og analysert. Avslutningsvis vil vi vise hvilke forskningsetiske vurderinger vi har gjort gjennom prosjektet.

3.1 REGISTERDATA

I denne registerdatadelen av rapporten viser vi tabeller bygget på mottatte aggregerte data fra KS' PAI-register (Personaladministrativt informasjonssystem). Dette er innrapporterte lønns- og personaldata om ansatte i kommuner og virksomheter som er del av KS' forhandlingsområde. Vi har mottatt data for årene 2021 og 2022. Talletidspunktet er 1. desember hvert år. I denne rapporten viser vi data fra 2022 som siste tilgjengelige år. Alle norske kommuner på dette tidspunktet er representert i utvalget, det vil si 356 kommuner. I tabell 2 er disse kommunene delt inn i tre hovedkategorier etter innbyggertall.

Tabell 2. Inndeling av det nasjonale utvalget etter innbyggertall i kommunene

Betegnelse	Definisjon	Antall
Små kommuner	Kommuner med under 5000 innbyggere	175
Mellomstore kommuner	Kommuner med 5000-29999 innbyggere	146
Store kommuner	Kommuner med minst 30000 innbyggere	35
<i>Total</i>	<i>Alle kommuner</i>	<i>356</i>

I tabell 3 vises kode og benevnelse for de fire kommunale sektorene vi skal sammenligne: barnehager, grunnskoleundervisning, hjemmesykepleie, hjemmehjelp og somatiske sykehjem.

Tabell 3. Næringskode og næringsbenevnelse for de kommunale sektorene

Næringskode	Næring	Antall enheter
88.911	Barnehager	2594
85.201	Grunnskoleundervisning	2450
86.901	Hjemmesykepleie	545
88.101	Hjemmehjelp	467
87.102	Somatiske sykehjem	884

PAI-registeret opererer med fire ledernivåer med stillingskoder og hovedbenevnelser (se tabell 4 under). Nivå 1 er kommunens øverste sektorleder for delvirksomheten, for eksempel leder for hele sykehjemmet og rektor for en skole. Nivå 2 omtaler vi som mellomleder og kan for eksempel være avdelingsleder på et sykehjem eller på en skole. Nivå 3 og 4 slår vi her sammen og omtaler som fagleder og arbeidsleder. Det kan diskuteres om faglederne og arbeidsledere (som ofte ikke har personalansvar) er del av lederhierarkiet. Etersom de kan ha delegert faglige og arbeidsrettete funksjoner, og derfor avlaster ledere på nivå 1 og 2 for viktige oppgaver, finner vi det rett å inkludere dem i det totale tallet av ledere i noen av våre analyser. En fagleder kan for eksempel være en fagansvarlig eller fagutviklingssykepleier ved en sykehjemsavdeling og en pedagogisk leder i en barnehage. Tabellen under viser ledernivåene i dataene på PAI-registeret.

Tabell 4. Gruppe, stillingskoder, benevnelser og hovednivåer av ledere

Gruppe	Stillingskode	Hovedbenevnelse	Nivåer av ledere
1	9451	Leder/virksomhetsleder	Virksomhetsleder
1	9456	Leder/virksomhetsleder	
1	9951	Rektor/virksomhetsleder	
2	9454	Leder	Mellomleder
2	9455	Leder	
2	9954	Ass. rektor/avd. leder	
2	7451	Leder kap. 4	
2	7458	Leder kap. 4 m/særalder	
2	7951	Rektor/leder	
3	7453	Fagleder	Fagleder og arbeidsleder
3	7459	Fagleder m/særalder	
3	7637	Pedagogisk leder	
3	7954	Avd.led/u.insp/fagleder	
4	7003	Arbeidsleder	
4	7004	Arbeidsleder m/særalder	
5	-	<i>Alle andre medarbeidere</i>	

Uttrykket «ledertetthet» er et mer presist uttrykk for PAI-registerdataene som vi presenterer enn «lederspenn». Vi viser sektorvise tall på antall medarbeidere som ikke er leder og dette tallet deler vi på antall personer som har en lederbetegnelse. Med andre ord har vi beregnet forholdstallet mellom medarbeidere og ledere i sektorene. Med ledere mener vi alle som har stillingsbetegnelser med leder i navnet eller som på andre måter signaliserer lederfunksjoner.

3.2 SPØRRESKJEMADATA

Data om utelatt helse- og omsorgshjelp, pasientsikkerhetskultur og personalkarakteristika har prosjektgruppen tidligere hentet inn gjennom en elektronisk spørreundersøkelse blant pleiefaglig ansatte i sykehjem i perioden november 2021 til februar 2022 (Olsen et al., 2023). I tillegg innhentet prosjektgruppen sommeren 2023 supplerende data om lederspenn ved sykehjemmene for perioden spørreundersøkelsen ble gjennomført.

3.2.1 UTVALG

Utvalget består av helsepersonell som utøver den daglige pleien og omsorgen til pasientene i sykehjem (sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere og assistenter). Deltakerne ble rekruttert fra kommuner som inngår i SOFs panel av omsorgsforskningkommuner (OFK-kommuner) som skal være representative for norske kommuner med hensyn til geografi og befolkningsstørrelse. For nærmere opplysninger om rekrutteringsprosessen – se Olsen et al. (2023). I alt deltok 46 sykehjem fra 24 kommuner i spørreundersøkelsen. I denne studien har vi inkludert 40 av sykehjemmene (21 av kommunene) fra det opprinnelige utvalget. Begrunnelsen for dette er lav svarprosent (6,7 %) i en av kommunene, og at vi ikke fikk tilgang til data om lederspenn fra ledere i to kommuner tross gjentatte henvendelser.

3.2.2 VARIABLER I SPØRRESKJEMA

Spørreskjemaet bestod av 44 spørsmål som omfattet bakgrunnsopplysninger, hvordan ansatte erfarer forekomst av ufullstendig helse- og omsorgshjelp på sin arbeidsplass og deres opplevelser av pasientsikkerhetskultur.

INSTRUMENTET BERNCA-NH

Vi kartla utelatt helse- og omsorgshjelp ved hjelp av den norske versjonen av *Basel Extent of Rationing of Nursing Care for nursing homes* (BERNCA-NH) (Norman & Sjetne, 2019; Zúñiga et al., 2016). BERNCA-NH inkluderer en oversikt over grunnleggende omsorgsaktiviteter, og helsepersonell angir hvor ofte i løpet av siste syv vakter hver aktivitet ble stående ugjort på grunn av tidsnød. I tillegg til svarkategoriene «Aldri», «Sjelden», «Noen ganger» og «Ofte» (skala 1–4), har respondentene også anledning til å svare «Tiltaket var ikke nødvendig» eller «Hører ikke til mine arbeidsoppgaver». Svar på de to sistnevnte kategoriene tas ikke med som valide svar eller inngår i variabelenes gjennomsnittskår (de kodes som «missing»).

I den norske versjonen av BERNCA-NH inngår 20 enkeltvariabler (Norman & Sjetne, 2019). Fire av disse variablene er gjennom testing funnet å ikke være relevante for alle typer helsepersonell (jf. beskrivelse av «missing» og valide svar ovenfor) og anbefales derfor ikke inkludert i instrumentets subskalaer (Norman & Sjetne, 2019). De resterende 16 enkeltvariablene inkluderes i følgende fire subskalaer av utelatt helse- og omsorgshjelp: rutinemessig pleie (5 enkeltvariabler, for eksempel å utføre kroppsvask og munnhygiene), pleie ved behov (5 enkeltvariabler, for eksempel å følge pasienten til toalettet), psykososial omsorg (4 enkeltvariabler, for eksempel å samtale med pasienten) og dokumentasjon (2 variabler, for eksempel å dokumentere pleien som er gitt). For en fullstendig oversikt over de 20 enkeltvariablene, se Vedlegg 1 (BERNCA-NH). Reliabilitet til de fire subskalaene i vår undersøkelse ble vurdert gjennom analyser av intern konsistens, Cronbachs alfa, hvor verdier mellom 0,70 og 0,95 ble ansett som akseptabelt (Tavakol & Dennick, 2011). Analysen indikerer at alle subskalaene har god intern konsistens: 0,81 (rutinemessig pleie), 0,83 (pleie ved behov), 0,84 (psykososial omsorg) og 0,72 (dokumentasjon).

INSTRUMENTET SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ)

For å måle ansattes opplevelser av pasientsikkerhetskultur brukte vi *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (Bondevik et al., 2019; Deikas & Hofoss, 2008). Av de 36 spørsmålene i instrumentet har vi inkludert spørsmålene som inngikk i subskalaene teamarbeidsklima (seks spørsmål) og sikkerhetsklima (syv spørsmål) (se tabell 11, s. 32). Begrunnelsen for dette, var å redusere omfanget av spørreundersøkelsen, slik at flest mulig skulle fullføre. Teamarbeidsklima og sikkerhetsklima anses dessuten som de viktigste subskalaene når en måler pasientsikkerhetskultur (Sexton et al., 2006). Spørsmålene i SAQ er formulert som påstander, og respondentene angir på en 5-punkts Likert skala i hvor stor grad de er enige i påstandene (1=Svært uenig, 2=Litt uenig, 3=Nøytral, 4=Litt enig, 5=Svært enig). I tillegg er «Spørsmålet passer ikke» et svaralternativ, men svar her tas ikke med som valide svar og inngår ikke i variabelenes gjennomsnittskår (kodes som «missing»). SAQ-skårene (fra 1–5) ble omregnet til en skala fra 0–100, hvor høy skår (skår ≥ 75) indikerer god pasientsikkerhetskultur (Sexton et al., 2006). Negativt formulerte påstander (variabel 5 på sikkerhetsklima og variabel 2 på teamarbeidsklima) ble reversert slik at det mest positive svaret om pasientsikkerhetskultur alltid ga høyest poengsum. Våre analyser av reliabilitet indikerer at begge subskalaene har god intern konsistens målt med Cronbachs alfa: 0,83 (teamarbeidsklima) og 0,81 (sikkerhetsklima).

BAKGRUNNSVARIABLER

I spørreskjemaet etterspurte vi opplysninger om ansattes kjønn, alder, yrkesgruppetilhørighet, videreutdanning, stillingsstørrelse, arbeidstid (dag/kveld/helg), om de har midlertidig eller fast ansettelse, antall år ved arbeidsstedet, antall år i helsetjenesten, samt type avdeling i sykehjemmet. For nærmere beskrivelse av disse variablene, se avsnitt 3.4.1 om analyse.

3.2.3 GJENNOMFØRING AV SPØRREUNDERSØKELSEN

Spørreundersøkelsen ble gjennomført elektronisk gjennom den nettbaserte tjenesten nettskjema.no (UiO) i perioden november 2021 til februar 2022. For nærmere beskrivelse av datainnsamlingen – se Olsen et al. (2023). Totalt 715 deltok i spørreundersøkelsen (svarprosent 22,9 %). I denne studien er data fra 58 deltakere ved seks sykehjem ekskludert (se avsnitt 3.2.1), og utvalget består av i alt 657 respondenter.

3.2.4 KARAKTERISTIKA VED RESPONDENTENE I SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSEN

Som vist i tabell 5 var de fleste respondentene kvinner (92 %), og utvalget fordelte seg relativt jevnt i aldersgruppene. Færrest deltakere var i aldersgruppen 60 år og eldre (9 %). Nesten halvparten av respondentene var helsefagarbeidere/hjelpepleiere (47 %), mens knapt en tredjedel var sykepleiere (32 %). Den tredje største yrkesgruppen var assistenter (16 %), mens det var færrest vernepleiere i utvalget (1 %). Blant de som hadde oppgitt «Annet» (4 %) på yrkesgruppe, spesifiserte de fleste at de jobbet som sykepleierstudenter eller lærlinger. Mer enn halvparten (61 %) oppga at de ikke hadde noen videreutdanning. Når det gjelder arbeidserfaring, hadde godt over halvparten (62 %) jobbet ti år eller mer i helsetjenesten, mens en tredjedel (34 %) hadde jobbet ti år eller mer på nåværende arbeidsplass. Mange (69 %) rapporterte at de jobbet tilsvarende 75 % stilling eller mer (inkludert evt. ekstravakter), og over en tredjedel oppga at de jobbet heltid (37 %). De aller fleste (89 %) hadde en fast ansettelse ved sykehjemmet, og flerparten (71 %) jobbet på langtidsavdeling.

Tabell 5. Beskrivelse av respondenter (N=657)

Karakteristika	Antall	Prosent ^a
Alder (år)		
≤ 29	140	21
30-39	139	21
40-49	145	22
50-59	171	26
≥ 60	62	9
Kjønn ^b		
Mann	53	8
Kvinne	602	92
Yrkesgruppe		
Sykepleier	210	32
Vernepleier	8	1
Helsefagarbeider/hjelpepleier	308	47
Assistent	104	16
Annet ^c	27	4
Videreutdanning		
Ja, tilsvarende ett år eller mer	204	31
Ja, tilsvarende et semester	53	8
Nei	400	61
Erfaring nåværende arbeidsplass (år)		
< 1	77	12
1-2	94	14
3-5	159	24
6-9	104	16
≥ 10	223	34
Erfaring i helsetjenesten (år)		
< 1	29	4
1-2	41	6
3-5	94	14
6-9	87	13
≥ 10	406	62
Stillingsstørrelse (%) ^d		
100	245	37
75 - 99	211	32
50 - 74	107	16
25 - 49	39	6
≤ 24	55	8
Ansettelsesforhold		
Fast stilling	586	89
Midlertidig stilling	71	11
Type avdeling en har flest vakter ^e		
Langtidsavdeling	458	71
Korttidsavdeling	104	16
Både kort- og langtidsavdeling	88	14

^a På grunn av avrunding vil summert prosent på noen karakteristika ikke bli nøyaktig 100

^b To respondenter svarte ikke på spørsmålet om kjønn (N=655)

^c De fleste som spesifiserte «Annet» oppga at de jobbet som sykepleierstudenter eller lærlinger

^d Spørsmålet etterspurte ikke formell stillingsprosent, men hvor stor stillingsprosent en vanligvis jobber (inkludert fast stilling/vikariat og evt. ekstravakter)

^e Syv respondenter svarte «Annet» og er ikke inkludert (N=650)

3.2.5 SUPPLERENDE DATA OM LEDERSPENN

Prosjektgruppen innhentet sommeren 2023 supplerende data om lederspenn ved sykehjemmene for perioden spørreundersøkelsen ble gjennomført. Lederspenn ble her definert som det antall ansatte mellomleder/førstelinjeleder har personalansvaret for. Prosjektleder henvendte seg til kontaktpersoner (fortrinnsvis enhetsledere/virksomhetsledere) i 23 av de 24 kommunene som deltok i spørreundersøkelsen (Olsen et al., 2023). Begrunnelsen for å utelate en av kommunene fra det opprinnelige utvalget, var svært lav svarprosent (6,7 %) på spørreundersøkelsen blant de ansatte. Vi mottok data på lederspenn fra totalt 21 kommuner, og disse representerte 40 sykehjem. Én mellomleder kunne ha personalansvar for ansatte ved flere avdelinger. Data på lederspenn gjelder for totalt 67 ledere.

3.3 INTERVJUDATA

3.3.1 REKRUTTERING, UTVALG OG KONTEKST

Til grunn for analysene brukte vi data som allerede var samlet inn av samme prosjektgruppe til studien “Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem” (Olsen et al, 2023), også det på oppdrag fra Helsedirektoratet. Det ble da gjennomført kvalitative intervju (individuelle og fokusgruppe) med 16 ledere fra kommuner hvor vi hadde gjennomført spørreundersøkelsen. Av de 16 lederne som samtykket til deltakelse, jobbet fem i store kommuner (over 30 000 innbyggere), sju i mellomstore (5 000–29 999 innbyggere) og fire i små kommuner (mindre enn 5 000 innbyggere). Elleve av informantene var på intervjutidspunktet avdelingsledere/avdelings-sykepleiere på sykehjem, fire var enhetsledere, mens én var kommunalsjef. I denne studien har vi betraktet det å være kommunalsjef som å inneha en topplederstilling. Ettersom analyseenheten i forskningsspørsmålet er mellomledere, har vi derfor valgt å ekskludere intervjuet med kommunalsjefen fra datagrunnlaget som er analysert.

Analysene i intervjustudien er dermed basert på intervjuer med 15 mellomledere. 13 av disse var mellomledere plassert på laveste ledernivå i organisasjonen (nærmest medarbeiderne), mens to var mellomledere på høyere nivå (plassert mellom toppleder og mellomledernivået). Både kort- og langtidssavdelinger var representert, inkludert avdelinger for somatikk, øyeblikkelig hjelp, rehabilitering, lindring og demensomsorg. Samtlige ledere som ble intervjuet, hadde bachelorutdanning i sykepleie. Fire av lederne hadde fullført formell lederutdanning, fire var i lederutdanningsløp, mens tre hadde gjennomført lederkurs av kortere varighet. To av lederne hadde masterutdanning (eldreomsorg og folkehelsevitenskap), mens ni hadde videreutdanning, hvorav fem i geriatri, én i psykisk helsearbeid og tre innen veiledning/pedagogikk. De fleste informantene var kvinner (n=14) og gjennomsnittsalderen var 48 år (variasjon 26–59 år). Antall års erfaring i nåværende stilling varierte fra ½ år til 15 år (gjennomsnitt 5 år). Oversikt over informantene gis i tabell 6.

Tabell 6. Oversikt over informanter i intervjustudien

Nr.	Alder	Kjønn	Lederutdanning	Type stilling	År i nåværende stilling	Sykehjemsplasser
1	40	K	Pågående	Mellomleder	2 år	12
2	26	K	Pågående	Mellomleder	½ år	16
3	52	K	Nei	Mellomleder	15 år	32
4	49	M	Nei	Mellomleder	1 år	17
5	57	K	Ja	Mellomleder 2 ^a	4 år	14
6	35	K	Nei	Mellomleder	5 år	23
7	51	K	Pågående	Mellomleder	7 år	27
8	47	K	Nei	Mellomleder	3 år	24
9	55	K	Nei	Mellomleder	14 år	28
10	50	K	Nei	Mellomleder	3 år	56
11	49	K	Pågående	Mellomleder 2 ^a	½ år	98
12	50	K	Nei	Mellomleder	3 år	30
13	52	K	Ja	Mellomleder	5 år	13
14	59	K	Ja	Mellomleder	6 år	30
15	50	K	Nei	Mellomleder	6 år	28

^a Mellomleder 2: Leder som har ledere både over og under seg i organisasjonen

3.3.2 GJENNOMFØRING AV INTERVJU

Det ble i alt gjennomført 17 semistrukturerte intervjuer. Fire av disse var fokusgruppeintervju (med tre til fem deltakere i hver gruppe), mens 13 var individuelle intervju. Som beskrevet i Olsen et al. (2023), deltok de fleste av lederne både i individuelle og fokusgruppeintervju, fortrinnsvis i individuelle intervju først. I de individuelle intervjuene ble lederne bedt om å beskrive egen arbeidssituasjon. De ble også spurt om hvordan de oppfattet og arbeidet med kompetanse og ressurs situasjonen i avdelingen og hvilke erfaringer de hadde med utelatt helse- og omsorgshjelp. Fokusgruppeintervjuene la til rette for samtaler om hva som ifølge lederne skulle til for å sikre at ansatte ga god helse- og omsorgshjelp til beboere i sykehjem, avdelingskulturens betydning for det å utelate helse- og omsorgshjelp, og kompetanse-, og bemannings- og prioriterings spørsmål (intervjuguidene er gjengitt i sin helhet i Olsen et al., 2023). Intervjuene ble gjennomført digitalt i perioden mai til juni 2022. Alle i prosjektgruppa var med i datainnsamlingen. I tillegg deltok førstelektor Per Gunnar Disch under fire av intervjuene og ph.d.-stipendiat Silje Tollefsen under ett. Intervjuene varte mellom 60 og 90 minutter, og de ble gjennomført på de digitale videomøteplattformene Zoom eller Teams. Samtalene ble tatt opp digitalt og deretter transkribert.

3.4 ANALYSER

I det følgende vil vi beskrive de kvantitative og kvalitative analysene vi har gjort av datamaterialet.

3.4.1 KVANTITATIVE ANALYSER

For å beskrive lederspenn, pasientsikkerhetskultur så vel som karakteristika ved ansatte, brukte vi beskrivende statistikk (prosentandeler, gjennomsnitt og standardavvik). Subskalaene i BERNCA-NH og SAQ ble brukt som kontinuerlige variabler med variasjonsbredde på henholdsvis 1–4 og 0–100.

For å identifisere mulige sammenhenger mellom pasientsikkerhetskultur (SAQ) og bakgrunnsvariabler brukte vi t-test (for uavhengige utvalg) og ANOVA. Vi brukte t-test for å undersøke forskjeller i gjennomsnittskår på subskalaene teamarbeidsklima og sikkerhetsklima for ansattes kjønn (mann; kvinne), videreutdanning (ja; nei) og ansettelsesforhold (fast; midlertidig). Vi brukte ANOVA for å undersøke forskjeller i gjennomsnittskår på SAQ for ansattes alder (≤ 29 år; 30–39 år; 40–49 år; 50–59 år; ≥ 60 år), yrkesgrupper (sykepleier/vernepleier; helsefagarbeider/hjelpepleier; assistent), erfaring fra nåværende arbeidsplass (< 1 år; 1–2 år; 3–5 år; 6–9 år; ≥ 10 år), erfaring fra helsetjenesten (< 1 år; 1–2 år; 3–5 år; 6–9 år; ≥ 10 år), stillingsstørrelse (100 %; 75–99 %; 50–74 %; 25–49 %; ≤ 24 %) og type avdeling ansatte jobbet ved (langtidsavdeling; korttidsavdeling; både kort- og langtidsavdeling).

Enkelte variabler ble omkodet slik at de fikk færre grupper og dermed ble mer hensiktsmessig å bruke i analysene. På variabelen «Yrkesgrupper» ble «Sykepleier» og «Vernepleier» slått sammen og «Annet» ble kodet som «missing» – noe som resulterte i tre grupper i stedet for fem. På variabelen «Videreutdanning» ble «Ja, tilsvarende ett år eller mer» og «Ja, tilsvarende et semester» slått sammen til «Ja», slik at vi fikk to grupper i stedet for tre.

Vi undersøkte sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp, lederspenn og pasientsikkerhetskultur i sykehjem ved hjelp av regresjonsmodeller – lineære blandet effektmodeller. Som mål på utelatt helse- og omsorgshjelp brukte vi som utfallsvariabler skårer for de fire subskalaene i BERNCHA-NH: rutinemessig pleie, pleie ved behov, psykososial omsorg og dokumentasjon. Hoved-forklaringsvariablene var ansatte pr. leder (mål for lederspenn) og de to subskalaene sikkerhetsklima og teamarbeidsklima i SAQ (mål for pasientsikkerhetskultur). I tillegg inkluderte vi karakteristika ved ansatte (kjønn, alder, yrkesgruppe, videreutdanning, erfaring fra helsetjenesten og stillingsprosent). Sykehjem og avdeling ble inkludert som stokastiske skjæringspunkt (random intercepts) for å ta hensyn til eventuelle resterende forskjeller (variasjon) i BERNCHA-NH-skårer mellom de ulike sykehjemmene/avdelingene.

I figurer som viser sammenhengen mellom en gitt forklaringsvariabel og en utfallsvariabel er de andre forklaringsvariablene satt til sine gjennomsnittsverdier (for kontinuerlige verdier) eller til den meste hyppige verdien brukt (for kategoriske variabler). P-verdier $\leq 0,05$ er definert som statistisk signifikante. Deskriptive og bivariate analyser er gjennomført ved hjelp av IBM SPSS statistikk for Windows (versjon 29). Regresjonsmodellene er tilpasset ved hjelp statistikkprogrammet R versjon 4.3.0 og R-pakken lme4.

3.4.2 KVALITATIVE ANALYSER

For intervjustudien benyttet vi Braun og Clarke's (2006; 2016) modell for tematisk analyse. To av forfatterne (Devik og Fredwall) foretok innledende analyser, der transkripsjonene fra intervjuene

ble gjennomlest og gjennomgått for identifisering av meningsenheter som kunne svare på forskningsspørsmålet. Meningsenheter ble så kodet, sortert og diskutert, før et førsteutkast til resultatkapittel ble skrevet. De endelige funnene blir presentert som tema og er et resultat av diskusjoner og oppnådd enighet blant alle medlemmene i forskergruppa.

3.5 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER OG HENSYN

Norsk senter for forskningsdata (NSD³, referansenummer 703746) har vurdert at behandlingen av personopplysninger i prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Forskningsetiske vurderinger knyttet til rekruttering og gjennomføring av spørreundersøkelsen (november 2021–februar 2022) og intervjustudien (sommeren 2022) er nærmere beskrevet i Olsen et al. (2023). Supplerende data om lederspenn på avdelings- og sykehjemsnivå ble innhentet via e-post fra prosjektleder til ledere ved de aktuelle sykehjemmene sommeren 2023. Dette er ikke-sensitive opplysninger om antall ansatte som mellomledere hadde personalansvar for i perioden spørreundersøkelsen ble gjennomført. Vi har benyttet data fra KS' register for lønns- og personalopplysninger om ansatte i kommunal sektor (PAI). Dette er anonymiserte aggregerte data som ikke inneholder opplysninger om enkeltpersoner og derfor ikke krever særskilte personvernstiltak.

³ NSD har i ettertid skiftet navn til SIKT. På det tidspunktet søknaden ble vurdert, het organisasjonen fremdeles NSD, og det er av den grunn vi fortsatt bruker dette navnet her.



4. RESULTATER

Kapitlet innledes med resultater basert på registerdata fra PAI-registret om ledertetthet (4.1). Videre presenterer vi resultater om lederspenn, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp (4.2, 4.3 og 4.4), basert på spørreundersøkelsen og supplerende data om lederspenn. Kapitlet avsluttes med resultater fra intervjustudien om kultur for åpenhet og læring (4.5).

4.1 NASJONALE TALL OVER LEDERTETTHET I KOMMUNALE SEKTORER

Barnehager, grunnskole, hjemmehjelp, hjemmesykepleie og sykehjem utgjør de største kommunale sektorene både når det gjelder antall ansatte og årsverk. Vi har sammenlignet disse sektorene med hensyn på ledertetthet på to måter:

- 1) Hvor mange medarbeidere og årsverk av medarbeidere har øverste virksomhetsleder under seg, det vil si medarbeidere under øverste virksomhetsleder (tabell 7).
- 2) Hva er forholdstallet mellom medarbeidere og ulike type ledere i de kommunale sektorene (tabell 8 og 9).

Derneft skal vi sammenligne forholdstallet mellom medarbeidere og ledere i små, mellomstore og store kommuner (tabell 10).

MEDARBEIDERE UNDER ØVERSTE VIRKSOMHETSLEDER

Tabell 7 tar utgangspunkt i forholdstallet mellom medarbeidere (teller i brøken) og øverste virksomhetsleder (nevner) i den enkelte virksomhet (pr. «bedriftsnummer»), for eksempel en skole, en barnehage eller et sykehjem. Deretter er det beregnet gjennomsnitt og median av disse forholdstallene for virksomhetene samlet, det vil si som sektor (nasjonale tall). Gruppene som vises til, er det gitt nærmere informasjon om i tabell 4 i metoddelen.

Tabell 7. Ansatte og årsverk medarbeidere (gruppe 5) pr. øverste virksomhetsleder (gruppe 1). Antall, gjennomsnitt, median og standardavvik. 2022.

Kommunesektor	Gjennomsnitt		Median		Standardavvik	
	Ansatte	Årsverk	Ansatte	Årsverk	Ansatte	Årsverk
Barnehager	12,0	11,3	11,0	9,5	7,0	10,0
Grunnskole	35,0	29,4	33,0	27,5	20,5	18,0
Hjemmehjelp	37,3	27,8	30,0	22,5	31,1	22,7
Hjemmesykepleie	50,7	38,4	35,0	26,2	56,7	39,9
Sykehjem	62,3	45,5	48,0	35,8	45,3	33,3

Tabellen viser at det er stor variasjon i hvor mange ansatte og årsverk av medarbeidere som øverste leder i de fem kommunale sektorene har overordnet ansvar for. Virksomhetslederne i sykehjem har i gjennomsnitt 62 personer og 46 årsverk under seg. Det er nesten dobbelt så mange som virksomhetsleder i grunnskole (dvs. rektor) har og fem ganger så mange som barnehagestyrer har. Også virksomhetsleder for kommunens hjemmesykepleie har mange medarbeidere under seg sammenlignet med de andre sektorene. Medianen for sykehjem er 48 personer.

SAMLET LEDERTETTHET (MEDARBEIDERE PR. LEDERE)

I tabell 8 tar vi utgangspunkt i alle medarbeidere som ikke er ledere (teller i brøken) og deler på antall ledere på alle ledernivåene (nevner) som PAI-registeret får innrapportert fra kommunene (se ledernivåene i tabell 4). Høye tall angir at det er mange medarbeidere pr. leder og dermed lav ledertetthet. Lave tall angir her høy ledertetthet med få medarbeidere pr. leder.

Tabell 8. Ansatte og årsverk medarbeidere (gruppe 5) delt på alle typer ledere (gruppe 1-4). Gjennomsnittstall, mediantall og standard-avvik. 2022.

Kommunesektor	Gjennomsnitt		Median		Standardavvik	
	Ansatte	Årsverk	Ansatte	Årsverk	Ansatte	Årsverk
Barnehager	2,3	2,0	1,8	1,6	2,3	2,2
Grunnskole	14,0	12,1	13,0	11,1	6,7	6,5
Hjemmehjelp	20,8	15,6	17,7	13,6	13,9	10,5
Hjemmesykepleie	22,5	17,1	18,4	13,9	15,4	13,5
Sykehjem	23,6	16,8	20,5	14,8	14,5	10,2

Det er klart høyest ledertetthet i barnehage, der det i gjennomsnitt er vel to ansatte pr. leder. Mange av disse er pedagogiske ledere. Det vil med andre ord si at det i en gruppe på tre medarbeidere er en leder. I grunnskole er det i gjennomsnitt 14 medarbeidere pr. leder. Den totale ledertettheten er betydelig lavere i omsorgssektoren og aller lavest i sykehjem. I sykehjem er det i gjennomsnitt 23,6 medarbeidere pr. leder.

Det kan som nevnt i metoddelen diskuteres om fagledere og arbeidsledere (som ofte ikke har personalansvar) er del av lederhierarkiet. Vi vil derfor også vise ledertetthet forstått som forholdstallet mellom medarbeidere som ikke er ledere (gruppe 5) delt på virksomhetsledere/mellomledere (gruppe 1 og 2, se metodedel). Her har vi med andre ord ikke inkludert faglederne og arbeidsledere.

Tabell 9. Ansatte og årsverk medarbeidere (gruppe 5) delt på virksomhetsledere/mellomledere (gruppe 1 og 2) i de kommunale sektorene. Gjennomsnittstall, mediantall og standardavvik. 2022.

Kommunesektor	Gjennomsnitt		Median		Standardavvik	
	Ansatte	Årsverk	Ansatte	Årsverk	Ansatte	Årsverk
Barnehager	10,1	9,2	9,0	8,3	5,5	6,1
Grunnskole	22,2	18,7	17,0	14,3	15,6	13,2
Hjemmehjelp	23,0	17,1	19,9	14,7	14,9	11,6
Hjemmesykepleie	23,9	17,7	20,3	15,4	15,5	10,7
Sykehjem	27,1	19,6	23,9	16,7	16,5	15,4

Ledertettheten er naturlignok litt lavere når vi i tabell 9 har ekskludert fagledere og arbeidsledere. Vi finner imidlertid det samme mønsteret som vi så i tabell 5: at ledertettheten er lavest på sykehjem. Der er det i gjennomsnitt 27 medarbeidere pr. virksomhetsleder/mellomleder.

Vi skal til slutt se på *ledertetthet i forhold til kommunistørrelse* forstått som innbyggertall. Vi tar utgangspunkt i alle medarbeidere som ikke er ledere (teller i brøken) og deler på antall ledere på alle de fire ledernivåene (nevner).

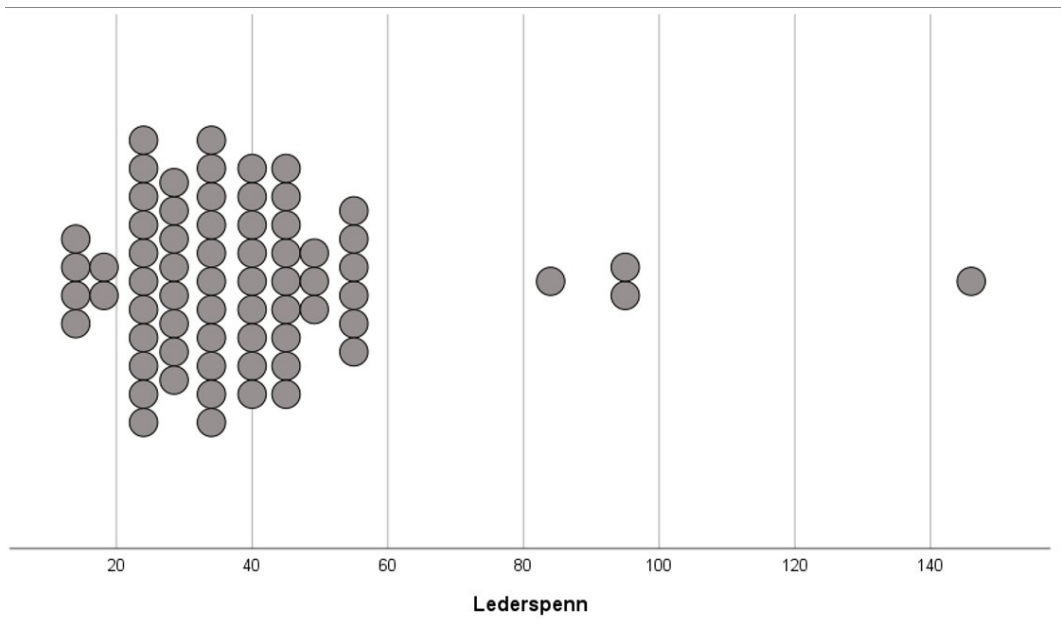
Tabell 10. Sektorvis ledertetthet (medarbeidere pr. alle ledere) etter kommunistørrelse. Gjennomsnittstall. 2022.

	Små kommuner	Mellomstore kommuner	Store kommuner
Barnehager	2,4	2,2	2,2
Grunnskole	13,3	14,2	14,1
Hjemmehjelp	17,5	22,0	22,7
Hjemmesykepleie	15,0	19,8	28,0
Sykehjem	20,6	23,7	25,5

Fra tabellen ser vi at det i omsorgssektoren er en tendens til flere medarbeidere pr. leder (det vil si lavere ledertetthet) i de største kommunene, mens kommunistørrelse ikke har betydning for ledertettheten i barnehager og grunnskole.

4.2 LEDERSPENN BLANT FØRSTELINJELEDERE

Figur 1 viser hvordan lederspenn (forstått som det antallet ansatte som leder har personalansvar for) fordeler seg blant de 67 førstelinjelederne i utvalget av 40 sykehjem. Lederspenn varierte her fra 12 til 146 og med et gjennomsnitt på 39 ansatte pr leder (median 35).



Figur 1. Fordeling lederspenn blant førstelinjeledere (N=67)

4.3 PASIENTSIKKERHETSKULTUR

Tabell 11 viser svar på de 13 påstandene i SAQ. Den *enkeltvariabelen* med høyest gjennomsnittsskår var knyttet til teamarbeidsklima: «Her er det lett for ansatte å spørre når det er noe de ikke forstår» (82,3). Dette var også den variabelen hvor det var høyest andel positive svar (80,1 %). Enkeltvariabelen med lavest gjennomsnittsskår fant vi i subskalaen sikkerhetsklima: «Det er vanskelig å diskutere feil her» (55,8), og det var også denne variabelen hvor det var den laveste andelen positive svar (44,5 %).

Ser en på gjennomsnittsskår på *subskalaene* i SAQ, var denne 70,4 på teamarbeidsklima (standardavvik 21,9) og 65,9 på sikkerhetsklima (standardavvik 20,5). Andelen positive svar på de to subskalaene var nokså lik, med 43,3 % på teamarbeidsklima og 41,3 % på sikkerhetsklima.

Tabell 11. Gjennomsnittsskår og andel positive svar på enkeltvariabler i SAQ (N=657)

Variabler i SAQ ^a	Valide svar ^b	Gjennomsnitt ^c	SA ^d	Positive svar, % ^e
<i>Sikkerhetsklima</i>				
<i>Total</i>				
1. Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	651	65,9	20,5	41,3
2. Her blir medisinske feil håndtert riktig	605	69,2	31,8	63,5
3. Jeg vet hvilke kanaler jeg skal bruke for å stille spørsmål om pasientsikkerhet her	641	75,1	28,8	67,4
4. Jeg får passende tilbakemelding om arbeidet mitt	653	70,6	29,0	62,9
5. Det er vanskelig å diskutere feil her	650	63,0	32,5	55,4
6. Kolleger oppmuntrer meg til å si fra om enhver sikkerhetsbekymring som jeg måtte ha	640	55,8	31,2	44,5
7. Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil	643	68,6	28,0	62,0
<i>Teamarbeidsklima</i>				
<i>Total</i>				
1. Mine innspill blir godt mottatt her	638	70,4	21,9	43,3
2. Her er det vanskelig å si fra om jeg oppdager et problem i pasientbehandlingen	648	68,4	28,9	61,3
3. Her blir uenighet håndtert riktig	647	62,0	33,8	54,2
4. Jeg får den støtte jeg trenger fra andre ansatte for å ta meg av pasientene	649	65,3	30,6	54,7
5. Her er det lett for ansatte å spørre når det er noe de ikke forstår	653	78,4	28,0	74,8
6. De ansatte her samarbeider som et velkoordinert team	652	82,3	25,5	80,1
		66,0	32,5	60,9

^a Safety Attitudes Questionnaire^b Responskategorien «Spørsmålet passer ikke» ble kodet som missing i analysen^c Skår: 0=Svært uenig, 25= Litt uenig, 50= Nøytral, 75= Litt enig, 100= Svært enig;^d Standardavvik^e Skår ≥ 75 defineres som positivt svar

4.3.1 SAMMENHENG MELLOM PASIENTSIKKERHETSKULTUR OG KARAKTERISTIKA ANSATTE

Tabell 12 og 13 viser gjennomsnittsskår på sikkerhets- og teamarbeidsklima – etter alder, kjønn, yrkesgruppe, videreutdanning, erfaring fra nåværende arbeidssted, erfaring fra helsetjenesten, stillingsstørrelse, ansettelsesforhold og hvilken type avdeling den ansatte har flest vakter. På begge subskalaer fant vi signifikante forskjeller i gjennomsnittsskårer knyttet til alder og erfaring fra nåværende arbeidsplass og helsetjenesten. Ansatte i den *yngeste aldersgruppen* (≤ 29 år) hadde lavere gjennomsnittsskår enn ansatte i øvrige aldersgrupper. De med *3–5 års erfaring fra nåværende arbeidsplass* hadde lavere gjennomsnittsskår enn de med kortere og lengre erfaring. Tilsvarende, fant vi at de med *3–5 års erfaring fra helsetjenesten* hadde lavere gjennomsnittsskår enn de med kortere og lengre erfaring.

Tabell 12. Gjennomsnittskår for sikkerhetsklima, etter karakteristika ansatte (N = 657)

Karakteristika	Valide svar ^b		Gjennomsnitt ^c		SA ^d	p-verdi
	Total	575	65,9	20,5		
Alder (år)						0,002
≤ 29		107	60,9	21,0		
30-39		127	62,8	21,2		
40-49		126	67,0	20,6		
50-59		159	69,9	19,0		
≥ 60		56	68,6	19,2		
Kjønn						0,419
Mann		47	68,1	20,6		
Kvinne		526	65,6	29,4		
Yrkesgruppe						0,239
Sykepleier/Vernepleier ^e		208	66,3	20,6		
Helsefagarbeider/hjelpepleier		284	66,9	19,5		
Assistent		67	62,3	23,4		
Videreutdanning						0,711
Ja		230	65,5	20,9		
Nei		345	66,2	20,2		
Erfaring nåværende arbeidsplass (år)						0,002
< 1		54	65,4	21,3		
1-2		83	66,0	19,8		
3-5		140	60,1	20,8		
6-9		96	69,9	19,0		
≥10		202	68,1	20,3		
Erfaring i helsetjenesten (år)						0,004
< 1		15	69,5	21,9		
1-2		27	67,9	19,8		
3-5		78	59,6	21,6		
6-9		78	61,5	22,4		
≥10		377	67,8	19,5		
Stillingsstørrelse (%)						0,556
100		222	67,1	20,5		
75 - 99		195	65,7	20,4		
50 - 74		94	64,5	20,8		
25 - 49		32	67,3	21,6		
≤ 24		32	61,3	19,2		
Ansettelsesforhold						0,535
Fast stilling		523	65,7	20,3		
Midlertidig stilling		52	67,6	22,4		
Type avdeling en har flest vakter						0,093
Langtidsavdeling		401	66,0	19,7		
Korttidsavdeling		92	68,9	22,4		
Både kort- og langtidsavdeling		78	62,0	20,1		

^a Subskala i Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)

^b Responskategorien «Spørsmålet passer ikke» ble kodet som missing i analysen

^c Skår: 0=Svært uenig, 25= Litt uenig, 50= Nøytral, 75= Litt enig, 100= Svært enig

^d Standardavvik

^e 8 vernepleiere

Tabell 13. Gjennomsnittsskår for teamarbeidsklima, etter karakteristika ansatte (N = 657)

Karakteristika	Valide svar ^b		Gjennomsnitt ^c		SA ^d	p-verdi
	Total	618	70,4	21,9		
Alder (år)						0,005
≤ 29		134	64,5	23,9		
30-39		133	70,1	20,8		
40-49		132	71,6	21,3		
50-59		160	73,5	21,2		
≥ 60		59	73,5	20,4		
Kjønn						
Mann		47	68,2	20,6	0,419	
Kvinne		526	65,6	20,4		
Yrkesgruppe						0,143
Sykepleier/Vernepleier ^e		210	71,5	21,4		
Helsefagarbeider/hjelpepleier		289	71,1	21,5		
Assistent		95	66,5	23,3		
Videreutdanning						0,711
Ja		230	65,5	20,9		
Nei		345	66,2	20,2		
Erfaring nåværende arbeidsplass (år)						0,015
< 1		73	72,4	22,5		
1-2		86	70,2	21,8		
3-5		154	65,5	23,0		
6-9		99	70,7	20,8		
≥10		206	73,4	20,8		
Erfaring i helsetjenesten (år)						0,008
< 1		25	74,0	20,8		
1-2		40	72,8	24,1		
3-5		89	65,0	23,8		
6-9		83	65,4	23,0		
≥10		381	72,3	20,7		
Stillingsstørrelse (%)						0,689
100		236	71,2	22,0		
75 - 99		197	70,8	20,7		
50 - 74		100	68,3	22,9		
25 - 49		38	72,3	23,4		
≤ 24		47	67,7	23,1		
Ansettelsesforhold						0,535
Fast stilling		523	65,7	20,3		
Midlertidig stilling		52	67,6	22,4		
Type avdeling en har flest vakter						0,118
Langtidsavdeling		431	70,4	21,5		
Korttidsavdeling		102	73,3	22,2		
Både kort- og langtidsavdeling		80	66,6	23,3		

^a Subskala i Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)

^b Responskategorien «Spørsmålet passer ikke» ble kodet som missing i analysen

^c Skår: 0=Svært uenig, 25= Litt uenig, 50= Nøytral, 75= Litt enig, 100= Svært enig

^d Standardavvik

^e 8 vernepleiere

4.4 SAMMENHENGER LEDERSPENN, PASIENTSIKKERHET OG UTELATT HELSE- OG OMSORGSHJELP

Resultatene av regresjonsanalysene der vi undersøkte sammenheng mellom utelatt helse- og omsorgshjelp, lederspenn og pasientsikkerhetskultur er vist i tabell 14. Vi fant ingen sammenheng mellom lederspenn i sykehjem og de fire subskalaene av utelatt helse- og omsorgshjelp.

Resultatene viste klare sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og pasientsikkerhetskultur (se Figur 2). Lavere skår på sikkerhetsklimatekst var knyttet til høyere skår på utelatte oppgaver (dvs. mer utelatte oppgaver) innen rutinemessig pleie, pleie ved behov, psykososial omsorg og dokumentasjon. Videre fant vi at lavere skår på teamarbeidsklimatekst var knyttet til høyere skår på utelatte oppgaver innen pleie ved behov og psykososial omsorg (men ikke innen rutinemessig pleie eller dokumentasjon).

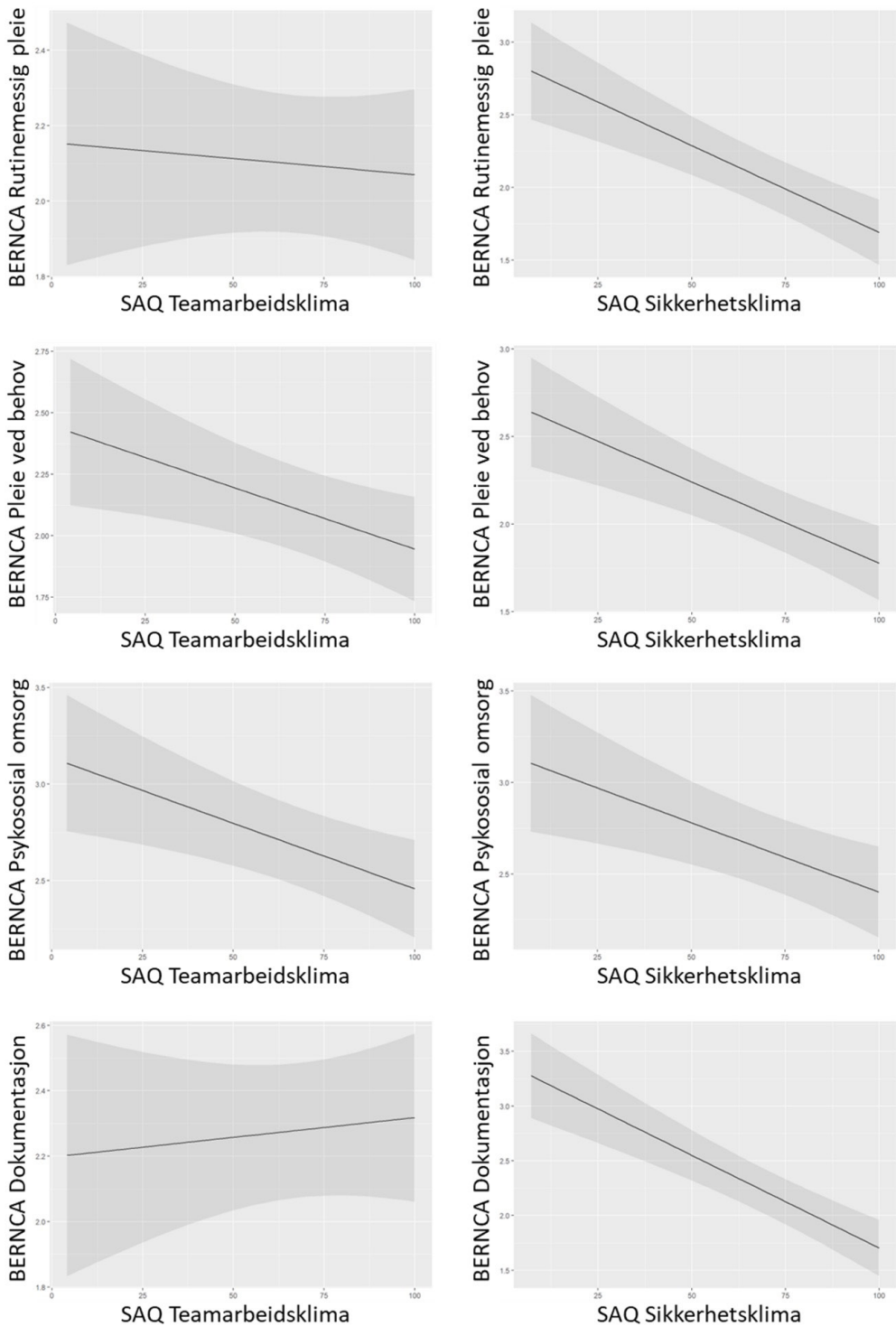
Vi fant flere signifikante sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og karakteristika ved ansatte. Sammenlignet med menn, rapporterte kvinner oftere utelatte oppgaver knyttet til rutinemessig pleie og pleie ved behov. Sammenlignet med sykepleiere/vernepleiere, rapporterte helsefagarbeidere/hjelpepleiere sjeldnere utelatte oppgaver knyttet til psykososial omsorg og dokumentasjon. Videre fant vi signifikante sammenhenger mellom antall års erfaring i helsetjenesten og utelatt helse- og omsorgshjelp. Vi ser en tendens til at ansatte som har arbeidet lenger i tjenesten rapporterer oftere utelatte oppgaver knyttet til rutinemessig pleie, pleie ved behov og psykososial omsorg sammenliknet med de med kortest erfaring (< 1 år). De største forskjellene finner vi for psykososial omsorg.

Det er få statistisk signifikante sammenhenger mellom stillingsstørrelse og utelatte oppgaver. Alder og videreutdanning var ikke signifikant relatert til utelatt helse- og omsorgshjelp (etter justering for år ansatt i helsetjenesten).

Tabell 14. Sammenhenger mellom utfullstendig helse- og omsorgshjelp, lederspenning og pasientsikkerhetskultur basert på regresjonsanalyser (N = 657)

	Rutinemessig pleie (n=515)		Pleie ved behov (n=489)		Psykososial omsorg (n=463)		Dokumentasjon (n=531)	
	Beta (95% KI) ^a	p-verdi	Beta (95% KI) ^a	p-verdi	Beta (95% KI) ^a	p-verdi	Beta (95% KI) ^a	p-verdi
Lederspenning								
Ansatte pr. leder	0.0 (0.0,0.0)	0.84	0.0 (0.0,0.0)	0.63	0.0 (0.0, 0.0)	0.81	0.0 (0.0, 0.01)	0.22
Pasientsikkerhetskultur								
Teamarbeidsklima	0.0 (-0.01, 0.0)	0.69	0.0 (-0.01, 0.0)	0.01	-0.01 (-0.01, 0.00)	0.003	0.0 (0.0, 0.01)	0.62
Sikkerhetsklima	-0.01 (-0.02, -0.01)	<0.001	-0.01 (-0.01, -0.01)	<0.001	-0.01 (-0.01, 0.0)	0.003	-0.02 (-0.02, -0.01)	<0.001
Karakteristika ansatte								
Kjønn		0.009		0.01		0.17		0.23
Mann	Referanse		Referanse		Referanse		Referanse	
Kvinne	0.3 (0.07, 0.52)	0.009	0.24 (0.05, 0.44)	0.01	0.17 (-0.07, 0.41)	0.17	0.15 (-0.09, 0.39)	0.23
Alder		0.84		0.30		0.95		0.72
≤ 29 år	Referanse		Referanse		Referanse		Referanse	
30-39 år	0.1 (-0.11, 0.3)	0.35	-0.06 (-0.25, 0.12)	0.5	0.04 (-0.18, 0.27)	0.7	0.1 (-0.14, 0.34)	0.39
40-49 år	0.05 (-0.17, 0.27)	0.65	-0.19 (-0.39, 0.1)	0.07	0.01 (-0.23, 0.25)	0.92	0.19 (-0.07, 0.44)	0.15
50-59 år	0.01 (-0.21, 0.23)	0.91	-0.1 (-0.3, 0.1)	0.34	0.06 (-0.18, 0.3)	0.65	0.12 (-0.14, 0.38)	0.37
≥ 60 år	0.01 (-0.25, 0.28)	0.92	-0.2 (-0.45, 0.04)	0.1	-0.03 (-0.32, 0.26)	0.84	0.13 (-0.18, 0.44)	0.42
Yrkesgruppe		0.18		0.27		0.005		0.001
Sykepleiere/vernepleiere ^b	Referanse		Referanse		Referanse		Referanse	
Helsefagarbeidere/hjelpepleiere	-0.11 (-0.25, 0.02)	0.11	-0.1 (-0.22, 0.02)	0.11	-0.24 (-0.39, -0.09)	0.002	-0.28 (-0.44, -0.13)	<0.001
Assistentter	-0.18 (-0.42, 0.06)	0.13	-0.09 (-0.31, 0.12)	0.38	-0.09 (-0.34, 0.17)	0.5	-0.14 (-0.4, 0.13)	0.3
Videreutdanning		0.06		0.96		0.64		0.83
Nei	Referanse		Referanse		Referanse		Referanse	
Ja	-0.12 (-0.24, 0.0)	0.06	0.0 (-0.11, 0.12)	0.96	-0.03 (-0.17, 0.1)	0.64	0.02 (-0.13, 0.16)	0.83
Erfaring i helsetjenesten		0.05		0.03		<0.001		0.08
< 1 år	Referanse		Referanse		Referanse		Referanse	
1-2 år	0.42 (-0.07, 0.9)	0.09	0.59 (0.15, 1.0)	0.009	0.92 (0.41, 1.4)	<0.001	0.78 (0.18, 1.4)	0.01
3-5 år	0.5 (0.08, 0.92)	0.02	0.60 (0.21, 1.0)	0.003	0.95 (0.49, 1.4)	<0.001	0.64 (0.12, 1.2)	0.02
6-9 år	0.24 (-0.19, 0.66)	0.27	0.59 (0.19, 0.99)	0.004	1.0 (0.56, 1.5)	<0.001	0.64 (0.11, 1.2)	0.02
≥ 10 år	0.39 (-0.04, 0.82)	0.07	0.67 (0.27, 1.1)	0.001	1.1 (0.66, 1.6)	<0.001	0.74 (0.22, 1.3)	0.006
Stillingsstørrelse (%)		0.94		0.73		0.75		0.16
100%	Referanse		Referanse		Referanse		Referanse	
75-99%	0.03 (-0.11, 0.18)	0.66	0.04 (-0.09, 0.17)	0.56	0.03 (-0.13, 0.2)	0.68	-0.13 (-0.29, 0.04)	0.14
50-74%	0.02 (-0.16, 0.21)	0.8	0.01 (-0.16, 0.18)	0.91	-0.05 (-0.26, 0.15)	0.61	-0.26 (-0.46, -0.05)	0.01
25-49%	-0.08 (-0.37, 0.2)	0.57	-0.09 (-0.35, 0.16)	0.46	-0.16 (-0.48, 0.15)	0.3	-0.15 (-0.48, 0.17)	0.35
≤ 24%	0.02 (-0.3, 0.35)	0.89	0.13 (-0.16, 0.43)	0.37	0.0 (-0.34, 0.33)	0.99	-0.24 (-0.62, 0.14)	0.22

Regresjonsanalyser er basert på lineære blandet effekt modeller. ^a Beta: standardisert beta koeffisient, KI: konfidensintervall; ^b 8 vernepleiere i utvalget



Figur 2. Sammenhenger mellom BERNCA subskalaer og SAQ subskalaer

4.5 BYGGE KULTURER FOR ÅPENHET OG LÆRING - RESULTATER FRA INTERVJUSTUDIEN

Vi fant tre hovedtema som beskriver hvordan mellomlederne erfarte forhold som henholdsvis fremmer og hemmer deres muligheter til å bygge en kultur for åpenhet og læring i sykehjem. Det første temaet viser hvordan lederne sa at de arbeidet for å fremme en slik kultur, hvilke strategier de anvendte og begrunnelsene for disse. De to påfølgende temaene viser hva de henholdsvis oppfattet som fremmende og hemmende for dette arbeidet. Denne inndelingen i tre hovedtemaer utgjør også delkapitlets hovedstruktur.

4.5.1 MELLOMLEDERNES ARBEID MED Å BYGGE EN KULTUR FOR ÅPENHET OG LÆRING

Det å være tett på ansatte og avdelingshverdagen i sykehjemmet, var en strategi som gikk igjen i alle intervjuene våre med de femten lederne. Dette innebar å være i miljøet, samtale med de ansatte, støtte og veilede dem, delta på rapporteringer, lese tiltaksplaner for å kunne følge med på hva som skjedde, være tilgjengelig for de ansatte, og delta i diskusjoner som gjaldt pasienter og gjøremål. Vi har analytisk gruppert dette i tre undertemaer som oppsummerer ledernes beskrivelser av hvorfor de så på dette som viktig: 1) det setter dem i stand til å være tilstrekkelig informert om hendelser og praksis; 2) det setter dem i stand til å ha tilstrekkelig kunnskap om avdelingskulturen; og 3) det setter dem i stand til å kunne gi individuell støtte og veiledning. Til hver av disse undertemaene finner vi ønsker om å sikre pasientsikkerheten, styrke det faglige kvalitets- og omsorgsarbeidet i avdelingen, fremme arbeidsmiljøet, samt ivareta egen motivasjon og ansvar som ledere.

En av hovedgrunnene til å være tett på de ansatte og avdelingshverdagen var ifølge mellomlederne vi intervjuet, at det satte dem i stand til *å være tilstrekkelig informert om hendelser og praksis*. Gjennom å være tett på ansatte og avdelingshverdagen fikk lederne kunnskap om hva de ansatte var opptatt av og om hva som skjedde i avdelingen. Dette ble relatert til forhold som pasientsikkerheten, det faglige kvalitetsarbeidet i avdelingen og profesjonsrollen og ansvaret de opplever å ha som ledere. En av lederne beskrev det slik:

Som leder kjenner jeg pasientene. Jeg er i avdelingen, jeg ser hva som skjer. Hver dag er jeg på i forhold til det å lese meg opp på hva som har skjedd i løpet av dagen eller uka. Følger med på tiltaksplanene, er inne i driften. ... Det handler om kvaliteten. Det er jeg som står ansvarlig, og da må jeg vite hva det er som skjer. (Informant nr. 13)

Den andre hovedgrunnen vi fant, var at det hjalp lederne til *å ha tilstrekkelig med kunnskap om avdelingskulturen*. Også dette skjedde gjennom at lederne brukte tid sammen med de ansatte for å bli bedre kjent med dem, oppdage styrker og svakheter og skaffe seg inntrykk av samspeillet medarbeiderne imellom. «Jeg er såpass tett på dem selv at jeg ser», fortalte en av lederne. «Jeg sitter jo i hjertet av avdelingen her, og jeg får med meg og ser hva som foregår. (Informant nr. 1).

Å kunne gi adekvat individuell veiledning og støtte til de ansatte, her og nå i den konkrete praksishverdagen, var den tredje hovedgrunnen som kom frem i intervjuene. Samtlige ledere som vi intervjuet, uttrykte her at de var opptatt av egen funksjon som veileder, både i faglig og personlig betydning, og dette ble igjen satt i nær sammenheng med å være tilstrekkelig informert og ha tilstrekkelig kunnskap om avdelingskulturen.

Den personlige og individuelle veiledningen ble knyttet til praksiser der de opplevde at de ansatte behøvde støtte og hjelp i sin profesjonelle praksis. Dette kunne skje gjennom at de opptrådte som samtalepartnere, tilretteleggere og/eller rådgivere. En leder eksemplifiserte dette med situasjoner der ansatte kunne føle seg utrygge:

Vi har en åpen dialog. De som har utfordringer, de kommer til meg. ... Det er ikke slik at jeg tvinger folk inn i situasjoner der de føler seg utrygge. Det hjelper ikke pasientene, det hjelper ikke de ansatte, og det hjelper ikke arbeidsmiljøet. Da jobber vi med det, og sammen prøver vi å skape den rette veien. Kanskje noen bare trenger å observere når de andre jobber og se hvordan det er, sant? (Informant nr. 13)

En annen leder eksemplifiserte det med å fange opp og hjelpe til i situasjoner som oppleves som vanskelig og krevende av de ansatte. Dette ble sett på som ønskelig for å forhindre at problemer fikk vokse seg for store:

Etter vaktskiftet får jeg beskjed om at: «Det har vært 'sånn'.» Allerede neste vekten så retter vi opp dette. Den brannslukningssituasjonen hos oss er ikke noe som skal vare over dager. Det holder ikke. Det kan være en vakt hvor ting endrer seg. At det oppstår en situasjon. Da sørger vi for at den neste vekten ikke opplever det samme. (Informant nr. 8)

Det å prioritere veiledende og/eller støttende samtaler med sine ansatte, var noe lederne erfarte som viktig – både for de ansattes trygghet, for arbeidsmiljø i avdelingen, for omsorgskvaliteten i sykehjemmet og for deres egen motivasjon som leder:

Vi skal ha fokus på faget og det å gjøre en god jobb. Det å ha pasienten i sentrum, det gjør seg ikke selv. Får personalet fokuset sitt på negative ting, mister de fokuset i jobben sin. Og for at jobben skal bli spennende (som leder), må du ha tid til personalet. (Informant nr. 5)

Den faglige, individuelle veiledningen ble utført på ulike måter. Noen av lederne fortalte at de så på seg selv som rollemodeller gjennom å motivere og oppmuntre ansatte til god praksis, eller til det å vise vei gjennom egen opptreden. Andre fortalte at de inntok en mer oppdragende og instruerende posisjon overfor ansatte, der de verbalt uttrykte hvordan noe skulle gjøres eller burde være. Et eksempel på en slik oppdragende, faglig veiledningstilnærming var å hjelpe ansatte med prioriteringer i de daglige oppgavene. Denne veiledningen kunne ifølge noen av lederne vi intervjuet, skje ved at de kom med konkrete råd og tilbakemeldinger til ansatte. En av lederne beskrev dette slik:

Jeg har prøvd i 15 år å oppdra dem (de ansatte) til å ... altså, hvis pasienten er svært urolig, for eksempel, så prioriter å ta en halvtime med en-til-en inne på rommet, fremfor å ha sterk uro, noe som uroer resten av de andre seks beboerne resten av vekten. (Informant nr. 11)

Det å jobbe målrettet med å systematisere og strukturere oppgavene i avdelingen, var videre viktig i den faglige veiledningen for å sikre at utførelsen av helsehjelpen ikke ble personavhengig, tilfeldig eller usikkert utført. Noen av lederne fortalte her at de forsøkte å holde tak i kontinuerlig forbedringsarbeid og automatisere kartleggingsrutiner, dokumentasjon, evaluering og samarbeid ved behov for justering av praksis. Oppmerksomheten på å avdekke svikt og risiko var stor. Innsatsen ble i hovedsak rettet mot motivering og påminning om å melde og skrive avvik. Det å gjennomføre ulike sårbarhets- og risikoanalyser (ROS-analyser) var også et tiltak som ble nevnt av flere. Noen fortalte om ROS-analyser som hadde avdekket sårbarhet med hensyn til

legemiddelutdeling. Formidlingen av slike resultat ble oppfattet som konstruktivt fordi svikt ble synlig for ansatte samt enklere å lære av og gjøre tiltak i forhold til. Andre ledere la mer vekt på instruerende strategier for å klargjøre forståelsen av hva som for eksempel menes med helsehjelp, eller hvilke rettigheter pasienter og pårørende og har i henhold til lover og styringsdokumenter.

Det å skape rom for refleksjon, diskusjon og læring var en strategi som ble begrunnet med to forhold. Den ble dels forklart som viktig for å skape *individuelle rom* for refleksjon, diskusjon og læring, slik det skjedde gjennom å være så tett som praktisk mulig på de ansatte og deres arbeids hverdag. Og den ble dels satt i sammenheng med behovet for å skape fellesrom for refleksjon, diskusjon og læring.

Strategien med å skape fellesrom for refleksjon, diskusjon og læring inneholdt både interne og eksterne tiltak og innsatser. Internt, i avdelingen på det enkelte sykehjem, fortalte lederne at de forsøkte å få til jevnlig faglige *samlingspunkt*, slik som personalmøter, husmøter, refleksjonsmøter eller utvidede rapporteringer. Alle disse møtepunktene kunne benyttes til faglig refleksjon, og de fleste så behovet for å formalisere og planlegge slike møter. Hvis ikke, ble det påpekt, kunne møtene lett bli nedprioritert. Flere ledere sa at de selv prioriterte å delta på slike refleksjons- og diskusjonsmøter. De fortalte at de så på dem som viktige fora for å bringe frem ulike synspunkt og erfaringer, skape bevissthet hos ansatte om viktigheten av å melde avvik, og for å dele kunnskap. En av lederne understreket betydningen av diskusjon når det gjaldt læring, på denne måten:

Vi ser på hvordan vi kan bruke hverandre til å lære. Det har jo vist seg begrenset hva eksterne kurs gir av verdi. ... For du kan jo ikke sende alle. Så omsetningsverdien til hele personalgruppen er noen ganger litt begrenset. (Informant nr. 6)

Når lederne eksemplifiserte innholdet i slike møter, handlet det gjerne om prioriteringer av oppgaver eller implementeringsprosesser med rutiner for god ernæring, legemiddelsikkerhet eller dokumentasjon. Noen fortalte også om at de hadde brukt møtene til å øke kompetansen på etikk og relevant lovgivning, både blant de fast ansatte og de som var innleid fra vikarbyrå. Dette ble gjort gjennom å hente inn ressurspersoner utenfra (slik som ansatte i academia).

Noen av de vi intervjuet, fortalte dessuten om ansatte som hadde deltatt på eksterne kurs, etter- og videreutdanningsemner eller nettverkssamlinger utenfor sykehjemmet – i regi av fagforeninger, KS (slik som Tørn-prosjektet) eller universitet og høyskoler (slik som videreutdanning innenfor demensomsorg, videreutdanning i geriatri og masterutdanning i avansert klinisk sykepleie).

4.5.2 FORHOLD SOM FREMMER MELLOMLEDERNES ARBEID MED Å BYGGE EN KULTUR FOR ÅPENHET OG LÆRING

Det å være tett på ansatte og arbeidshverdagen forutsatte at lederne kunne bruke tid og hadde kontorsted som gjorde det mulig å være til stede i miljøet i avdelingen. *Tid* som ressurs ble omtalt i alle intervjuene. Nettopp fordi tid oftest ble sett på som en marginal ressurs, var det viktig å *prioritere tiden riktig*. Noen ledere var tydelig på at de bevisst prioriterte å bruke tid sammen med ansatte og i avdelingen. Dette var enklere der lederne hadde støttefunksjoner, for eksempel sekretærer som kunne ta seg av fraværsmeldinger og innleie, eller der lederne delegerte ansvar for turnusplanlegging til tillitsvalgte. *Lederens kontor* ble også av noen beskrevet som *hjertet i avdelingen*, som på grunn av sentral plassering kunne være et åpent mottak hvis ansatte trengte det eller som gjorde det lettere for lederen å ta pulsen på miljøet og være raskt på situasjoner som behøvde en diskusjon eller løsning. Dette handlet både om å være tilgjengelig og om å gjøre seg

tilgjengelig. Noen ledere var svært tydelige på at egen motivasjon og vilje til å være påkoblet og inngi trygghet, betydde mye for ansatte. Det kunne gi følelse av overskudd i avdelingen, «og da strekker ansatte seg mye lenger», som en av dem sa. De oppfattet videre at trygge ansatte oftere våget å si ifra om uheldig praksis og melde avvik

Samarbeidet og innsatsen som krevdes for å gi gode tjenester, ble ellers framholdt som helt avhengig av arbeidsmiljøet og de sosiale relasjonene mellom ansatte. En av lederne sa:

De (ansatte) kan få beskjed om at nå kommer det en ny pasient, om fire timer ... De klarer å svinge seg rundt. De er løsningsorienterte. De kjenner hverandres styrker og svakheter. De støtter hverandre. Det er mye humor på jobb. Forstår du? Så det er imponerende hva dette med stabilitet, kompetanse, god arbeidskultur og ikke minst det sosiale, kan bety for dette med oppfølging av pasientenes behov. (Informant nr. 8)

Som sitatet eksemplifiserer, oppgav lederne visse faktorer som klart fremmende for et godt arbeidsmiljø og deres egen jobb med å lede en kultur for åpenhet og læring. Dette var en *stabil personalgruppe* med *faste ansatte* som var mye på jobb, gjerne med lang erfaring på samme arbeidssted, og med tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgavene. Et annet forhold som også virket gunstig, var *personalets sammensetning*. Selv som erfaring ved arbeidsstedet kunne være en fordel, var noen ledere opptatt av at *ynge medarbeidere* kunne tilføre miljøet nye impulser som var viktig for et lærende miljø. Andre ledere så at flere *menn* inn i det ellers så kvinnedominerte miljøet var en fordel. Dette ble blant annet forklart med at menn, etter deres erfaring, gjerne hadde noe å lære bort når det kom til oppgaveprioriteringer.

Og det er så sunt i det miljøet her, der alle skal være så snille piker. Det har noe med at du må av og til utsette ting, slik at du ikke sliter deg ut ... Det må ikke være så ryddig på skyllerommet alltid. Det klarer disse karene veldig fint. (Informant nr. 9)

Stabilitet og variasjon i personalgruppa var gunstige faktorer for lederens arbeid med kulturen, på ulike måter. Stabilitet sørget for kontinuitet og eierskap, og gjorde det enklere for lederne å bli kjent med ansatte og kulturen, mens variasjon gjorde det lettere å påvirke arbeidet med forbedringer og å endre uheldige praksiser.

Arbeidet med å tilrettelegge for refleksjon og læring var ellers en gjennomgående strategi som krevde mye av lederne. Mange sa at *verktøy de hadde fått gjennom lederutdanning* eller pågående lederkurs i stor grad fremmet arbeidet. Dette kunne være verktøy som direkte støttet lederens «coaching», eller det kunne være modeller som stimulerte til refleksjon og samskaping, slik som KS' verktøy IGP (Individuell, gruppe, plenum). Det å ha ansatte i *fagutviklingsstillinger* eller *ansatte med spesiell kompetanse* innenfor tema som velferdsteknologi eller palliasjon, var også sett på som uvurderlig i dette arbeidet.

4.5.3 FORHOLD SOM HEMMER MELLOMLEDERNES ARBEID MED Å BYGGE EN KULTUR FOR ÅPENHET OG LÆRING

Mangel på tid, som ble forklart med *for mange lederoppgaver*, var den mest omtalte barrieren for arbeidet med å bygge en kultur for åpenhet og læring. En av lederne sa:

Flere og flere oppgaver legges til oss. Det å være leder i helse- og omsorgstjenesten er ekstremt krevende, så jeg tror man må være klok i hva man gir av oppgaver til oss som er satt til å lede personell. Slik at vi faktisk har kapasitet til å lede og følge opp det ansvaret det faktisk er. (Informant nr. 6)

Effektivisering og stadige *signaler om nedskjæringer og omorganiseringer* ble av flere trukket frem som forhold som kunne virke demotiverende på ansatte. Hvis ansatte fikk inntrykk av at stillinger stod i fare eller opplevde forventninger om å skulle utføre flere oppgaver med færre ressurser, kunne dette ta bort oppmerksomheten og engasjementet for arbeidet med å bedre kvaliteten.

Ekstraordinære eller ekstreme situasjoner, slik som pandemien var et eksempel på, kunne også føre til at forbedringsarbeid kom ut av rytmen. Mange snakket om etterdønningene etter pandemien som de fortsatt kjempet for å komme ut av. Arbeidet med å implementere eller holde på rutiner pågikk kontinuerlig, mens det som ble oppnådd var ferskvare og kunne lett mistes. En leder sa:

Før pandemien hadde vi et veldig aktivt miljø i forhold til kompetanseheving. Vi hadde mye internundervisning, månedlig på ulike tema. Vi sendte folk på kurs også, eksternt. Da Norge stengte ned, så stoppet jo all aktivitet. Vi fikk ikke ha personalmøter en gang. Vi ser konsekvensene av at man ikke har fått jobbet med fag og utvikling på jobb, men også at ansatte kan bære preg av å ha hatt en ensformig eller begrenset privat hverdag. (Informant nr. 6)

Personalets travelhet, samt *vikarbruk, sykemeldinger/fravær og turnusordninger* ble videre vektlagt som forhold som virket hemmende for arbeidet med å få til en kultur for åpenhet og læring. Dette kunne dels handle om mangel på konkrete møteplasser (inkludert problemer med å sette av tid) og dels om manglende nærhet til personale som var mindre stabilt til stede. Det er vanskelig å veilede og gi råd til personer som du nesten ikke ser, fortalte flere ledere. «De som jobber på kveld og helg», sa en av de vi intervjuet, «de treffer jeg jo aldri omtrent» (Informant nr. 15). Og når lederne sjelden traff ansatte eller ble godt kjent med dem, ble det også vanskeligere å gi råd og støtte, veilede eller forstå hva som foregikk i avdelingen utenfor egen arbeidstid. De registrerte også at vikarer var mer ukjente med avdelingens rutiner og at kontinuitet, både relatert til pasientoppfølging og arbeid med kvalitetsforbedring, kunne bli skadelidende. Vikarbruk ble satt i sammenheng med sykefravær, som for de fleste lederne var en betydelig utfordring. I tillegg hadde de økende utfordringer med å få rekruttert personell med riktig kompetanse. Dette gjaldt både sykepleie- og helsefagarbeiderstillinger.

Vikarer som enten var svært unge og hadde liten arbeidserfaring, eller var ukjente med norsk kultur og språk, krevde også ekstra oppmerksomhet og veiledning fra lederne. Noen ledere erfarte at ansattes kulturelle bakgrunn tilsa ulike meninger om hvilke oppgaver som skulle prioriteres. Lederne hadde generelt stor oppmerksomhet på at *ansatte hadde ulike preferanser, kompetanser og motivasjoner* som ikke nødvendigvis ble oppgitt som hemmende, men som likefullt krevde betydelig involvering fra lederens side. Innsatsen de gjorde for å samle laget, kunne medføre motstand: «Det er liksom de samme som engasjerer seg og har lyst til å lære, og noen som bare sniker seg unna» (Informant nr. 7).

4.6 SAMMENDRAG RESULTATER

Det er betydelig forskjell på ledertettheten (forstått som medarbeidere pr. ledere) i sykehjem sammenlignet med barnehage og grunnskole. I sykehjem er det i gjennomsnitt 24 medarbeidere pr. leder når alle lederkategorier er medregnet, mens tallene for grunnskole og barnehage er henholdsvis 14 og 2,3. Grunnskole og barnehage har flere fagledere enn sykehjem, men også når denne lederkategorien holdes utenfor finner vi at det er flere medarbeidere pr. leder i sykehjem (27 i sykehjem, 22 i grunnskole og 10 i barnehage).

Vi så videre at lederspennet (forstått som antallet ansatte som leder har personalansvar for) i de 40 sykehjemmene som deltok i spørreundersøkelsen var på 39 ansatte pr. førstelinjelederne, med en variasjon fra 12 til 146.

Resultater fra spørreundersøkelsen viser at pleiefaglig ansatte i sykehjemmene rapporterer varierende opplevelser av pasientsikkerhetskultur. Høyest andel positive svar⁴ var relatert til teamarbeidsklima og spørsmålet om det er lett for ansatte å spørre når det er noe de ikke forstår. Lavest andel positive svar var relatert til sikkerhetsklima og spørsmålet om det er vanskelig å diskutere håndtering av feil. Vi identifiserte noen signifikante forskjeller i opplevelser av pasientsikkerhetskultur når vi sammenlikner grupper ut fra karakteristika ved ansatte. Størst forskjell fant vi mellom aldersgrupper, der den yngste aldersgruppen hadde lavere skår på både team- og sikkerhetsklima sammenliknet med ansatte i de øvrige aldersgruppene. Videre fant vi at ansatte med 3–5 års erfaring fra helsetjenesten og nåværende arbeidsplass hadde lavere gjennomsnittsskår på begge subskalaene sammenliknet med de med kortere og lengre erfaring.

Vi fant ingen sammenheng mellom lederspenn og hvor ofte ansatte rapporterer utelatte oppgaver. Det var derimot tydelige sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og pasientsikkerhetskultur, der lavere skår på sikkerhetsklima var relatert til høyere skår på samtlige områder av utelatte oppgaver. Lavere skår på teamarbeidsklima var relatert til høyere skår på utelatte oppgaver som omhandlet pleie ved behov og psykososial omsorg. Vi identifiserte også noen signifikante sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og karakteristika ved ansatte. Sammenliknet med menn rapporterte kvinner oftere utelatte oppgaver i henhold til rutinemessig pleie og pleie ved behov. Helsefagarbeidere/hjelpepleiere rapporterte sjeldnere utelatte oppgaver knyttet til psykososial omsorg og dokumentasjon sammenliknet med sykepleiere/vernepleiere. Ansatte med lengre erfaring fra helsetjenesten rapporterte eksempelvis oftere utelatte oppgaver knyttet til pleie ved behov, psykososial omsorg og dokumentasjon sammenliknet med de med kortest erfaring fra tjenesten (< 1 år).

De kvalitative intervjuene med femten mellomledere i sykehjem viste at alle lederne kommuniserte et ideal om å bygge en kultur for åpenhet og læring i sine institusjoner. Vi identifiserte her to hovedstrategier som lederne ifølge disse intervjuene brukte for å bygge en slik kultur. Den ene strategien var å være tett på ansatte og avdelingshverdagen i sykehjemmet. Dette skjedde gjennom å være i miljøet, samtale med de ansatte, støtte og veilede dem, delta på rapporteringer, lese tiltaksplaner for å kunne følge med på hva som skjedde, være tilgjengelig for de ansatte, og delta i diskusjoner som gjaldt pasienter og gjøremål. Ifølge lederne satte dette dem i stand til å være tilstrekkelig informert om hendelser og praksis, til å ha tilstrekkelig kunnskap om avdelingskulturen, og til å kunne gi individuell støtte og veiledning. Den andre strategien var å skape fellesrom for refleksjon, diskusjon og læring. Denne strategien inneholdt både interne og eksterne tiltak og innsatser, der de interne tiltakene og innsatsene ble mest vektlagt og beskrevet. Internt forsøkte lederne å få til jevnlig samtalepunkt gjennom personalmøter, husmøter, refleksjonsmøter eller utvidede rapporteringer. Eksternt forsøkte de å legge til rette for at ansatte kunne delta på kurs, etter- og videreutdanningsemner eller nettverkssamlinger. Dette bidro ifølge lederne til å styrke den faglige refleksjonen blant ansatte, bringe fram ulike synspunkt og erfaringer, skape arenaer for å dele av hverandres kunnskap, minne om viktigheten av å melde avvik, bevisstgjøre omkring prioriteringer og øke kompetansen på relevante områder, slik som etikk og lovgivning. Evner til å prioritere tiden riktig, bevissthet om å gjøre seg tilgjengelig for de ansatte, personalets sammenheng samt det å ha en stabil personalgruppe med fast ansatte, ble vektlagt som betydningsfullt

⁴ Skår ≥ 75 i hver subskala i SAQ indikerer positive holdninger til pasientsikkerhet.

for å kunne lykkes med disse strategiene. Motsatt ble mangel på tid, for mye ansvar, signal om nedskjæringer og omorganiseringer, ekstraordinære situasjoner, personalets travelhet, vikarbruk og turnusordninger trukket frem som forhold som vanskeliggjorde slike strategier for å skape en kultur for åpenhet og læring.

I intervjuene ble det kommunisert frustrasjon og oppgitthet over hvordan utfordrende rammebetingelser knyttet til oppgaver (mengde og/eller type), økonomi, travelhet, stabilitet og tilgang på kompetanse i personalgruppa, vanskeliggjorde strategiene de la om å være tett på ansatte og avdelingshverdagen og å skape fellesrom for refleksjon, diskusjon og læring. Rammebetingelsene fremstår slik som svært viktige for at mellomlederne skulle kunne lykkes i dette arbeidet med å fremme åpenhet og læring. Det samme gjør avdelingskulturen (slik som hvordan kulturen påvirker ansattes oppgaveprioriteringer og motivasjon til læring) og den enkeltes lederstil.



5. DISKUSJON

I denne delen vil vi diskutere resultatene fra våre undersøkelser i lys av tidligere forskning, tjenestetekvalitet, lederrollen og personell- og kompetansesituasjonen i sykehjemsektoren sammenlignet med andre sektorer.

5.1 LEDERTETTHETEN I SYKEHJEMSEKTOREN SAMMENLIGNET MED ANDRE KOMMUNALE SEKTORER

I prosjektets første problemstilling stilte vi spørsmålet: Hvor høy er ledertettheten i sykehjem sammenlignet med barnehager, grunnskole, hjemmehjelp, og hjemmesykepleie? Vi deler diskusjonen på dette punktet opp i to deler: 1) Øverste virksomhetsleders ansvar, og 2) Ledertetthet.

ØVERSTE VIRKSOMHETSLEDERS ANSVAR

De nasjonale dataene referert i resultatkapittelet viser at det i gjennomsnitt er 62 medarbeidere pr. øverste virksomhetsleder i sykehjem og at dette er betydelig flere enn i de andre kommunale sektorene (se tabell 7). Hva kan forklare disse sektorforskjellene? Forholdstallet mellom medarbeidere og virksomhetsleder er et uttrykk for at sykehjemmene i gjennomsnitt er større enheter enn barnehagene, skolene, hjemmesykepleie-enhetene og hjemmehjelps-enhetene når det gjelder antall ansatte og årsverk, og dermed også når det gjelder budsjettstørrelse. Tallene illustrerer at virksomhetslederne i sykehjem overordnet sett har lederansvar for svært mange medarbeidere sett i en kommunal målestokk. Det er fem ganger så mange medarbeidere under øverste virksomhetsleder i sykehjemmene som under øverste leder i barnehagene (barnehagestyrer) og nesten dobbelt så mange som under øverste leder i grunnskolene (rektor). Barnehagene og skolene er i gjennomsnitt mindre enheter enn sykehjemmene. Det forstår vi når ser hvor mange slike enheter som finnes i kommune-Norge. Mens det i 2022 var i alt 5 420 barnehager⁵

⁵ Kilde: SSB: <https://www.ssb.no/utdanning/barnehager/statistikk/barnehager>

og 2 740 grunnskoler⁶, så var det kun 922 sykehjem/omsorgsinstitusjoner⁷. Sykehjemsenhetene utgjør i gjennomsnitt de største enkelt-virksomhetene i kommunene.

Vi kan konkludere med at virksomhetslederne i sykehjem har et stort overordnet ansvar når det gjelder antall medarbeidere, større enn virksomhetslederne i de andre kommunale sektorene. Det kan være rimelig å stille spørsmål om hvorvidt det store overordnede ansvaret som virksomhetslederne i sykehjem har gjenspeiler seg i de ledelsesmessige rammebetingelsene som kommunene gir dem.

Når vi sammenligner de kommunale sektorene, så synes det for oss å ha vært en tydeligere myndighetsstyrt øverste ledersatsning i barnehage- og grunnskolesektoren enn i sykehjem. To eksempler på målrettede satsninger i oppvekstsektoren er 'rektorskolen' og 'styrerutdanningen'. Rektorskolen (nå vanligvis omtalt som 'skolelederutdanningen') er et videreutdanningstilbud til skoleledere der lederutdanningen kan kombineres med full jobb. Den har siden 2009 vært gitt av universiteter og høyskoler som del av en nasjonal satsning på lederopplæring for skoleledere i regi av Utdanningsdirektoratet. Utdanningen har vært evaluert i flere omganger (Hybertsen et al., 2014; Aamodt et. al, 2019). Også barnehagesektoren har i flere år nå hatt ledelse som satsningsområde gjennom styrerutdanningen, samt flere andre etter- og videreutdanningsmoduler med fokus på ledelse og organisering. Lov og læreplan/rammeplan har tydeliggjort leders ansvar for kvalitet og dette er fulgt opp gjennom omfattende satsninger for å styrke den formelle lederutdanningen i sektorene. Helsedirektoratet har på sin side ledelse som et strategisk satsningsområde gjennom Kompetanseløft 2025, med finansiering av nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten rettet mot mellomledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Vi finner imidlertid ingen tilsvarende målrettet 'skole' for øverste ledere i sykehjemmene til tross for at de har lederansvar for betydelig flere ansatte enn lederne i oppvekstsektoren. Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Kompetanseløft 2025) refererer selv til at halvparten av lederne i den kommunale helse- og omsorgstjeneste ikke har formell lederutdanning over 30 studiepoeng (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

LEDERTETTHET

De nasjonale dataene fra resultatkapittelet viser i tillegg at også den samlede ledertettheten, forstått som antall medarbeidere delt på antall ledere av alle lederkategorier, er mindre i sykehjem enn i de andre sektorene. I sykehjem er det i gjennomsnitt 23,6 medarbeidere pr. leder, i hjemme-sykepleie 22,5, i grunnskole 14 og i barnehage 2,3 (tabell 8). Når vi ekskluderte fagledere og arbeidsledere og kun så på antall medarbeidere pr. virksomhets- og mellomledere fant vi det samme mønsteret: ledertettheten er størst i barnehager og skoler og minst i sykehjem (tabell 9).

Studien til Holte et al. (2019) er blitt mye sitert i offentlige dokumenter, blant annet av Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023: 4). Holte et al. bruker uttrykket «lederspenn» og mener med det antall ansatte som leder har under seg. De beregnet at leder på sykehjem var leder for 93 ansatte (mediantallet), mens det tilsvarende tallet for hjemmetjenester var 59, grunnskole 46 og

⁶ Kilde: SSB: <https://www.ssb.no/utdanning/faktaside/barne-og-ungdomsskoler>

⁷ Kilde: SSB: <https://www.ssb.no/statbank/table/09929>. Disse 922 omsorgsinstitusjonene kan ha ulike navn og betegnelser i de ulike kommunene. De aller fleste av dem kan imidlertid klassifiseres som sykehjem eller sykehjemlignende institusjoner. Næringskode 87.102 'Somatiske sykehjem' i PAI-dataene som denne rapportens analyse baserer seg på utgjør 884 sykehjem.

barnehage 12 (Holte et al., 2019, s. 28). Våre tall er ulike Holte sine av flere årsaker. For det første har Holte benyttet tjenestestedskoder for å dele inn i ulike tjenestesektorer, og ikke næringskodene fra enhets/bedriftsregisteret slik vi har gjort. Deres utvalg er videre avgrenset annerledes ettersom de i sine analyser kun inkluderte enheter der bedriftsnummeret var de samme i fem påfølgende år fra 2012–2018 og kun der det var mulig å identifisere én leder for bedriftsnummeret. Slike avgrensninger er ikke gjort i vårt utvalg. Dessuten har Holte et al. (2019) i sin analyse av lederspenn tatt ut enheter som har flere enn én leder, siden det ikke er mulig fra PAI-dataene å se om enhetene er delt inn i underavdelinger. Vår tabell 7 viser hvor mange medarbeidere (ikke-ledere) som formelt sett er under øverste virksomhetsleder, mens de øvrige tabellene setter søkelys på *ledertetthet* forstått som antall ikke-ledere delt på totalt antall ledere. En siste forskjell er at Holte sine tall er fra perioden 2012–2018 mens våre er fra 2022. Hovedmønsteret er imidlertid det samme både hos Holte et al. (2019) og hos oss: omsorgssektoren og særlig sykehjemmene har høyt lederspenn/lav ledertetthet sammenlignet med grunnskole og særlig barnehagene. Også FAFO-rapporten *Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene* har vist til høyere lederspenn i de kommunale omsorgstjenestene enn ellers i arbeidslivet (Nielsen & Moland, 2023). Dette er ingen ny ulikhet. Allerede tidlig på 2000-tallet ble det vist at ledertettheten var betydelig lavere i omsorgstjenesten enn i skoleverket (Ressurssenteret for omstilling i kommunene, 2004). Statlige myndigheter har i en årrekke hatt som mål å øke ledertettheten i omsorgssektoren, for eksempel gjennom regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 35). Våre analyser kan tyde på at man i liten grad har lyktes og at sektoren fortsatt har store utfordringer knyttet til lav ledertetthet.

En konsekvens av lav ledertetthet er at hver leder må forholde seg til flere medarbeidere. Ønsket om å være tett på ansatte og avdelingshverdagen ved å delta aktivt, støtte, veilede og være tilgjengelig (nærledelse), slik vi så i dataene fra lederintervjuene, kan da bli mer utfordrende. Sykehjemsektoren preges til dels av rekrutteringsutfordringer, lav formell kompetanse, behov for kompetanseheving, mange assistenter, kulturutfordringer, mange deltidsansatte, høyt sykefravær og omfattende vikarbruk. Den høye vikarbruken trekker flere personer inn i virksomhetene og gjør at det reelle lederspennet er enda større. I tillegg er dette en sektor med et komplekst turnussystem, med tjenester som til forskjell fra barnehage- og skolesektoren skal være operative hele døgnet. Dette er faktorer som etter vår vurdering skulle tilsi høy og ikke lav ledertetthet i sykehjemsektoren.

Vi tolker den lave ledertettheten i sykehjem som uttrykk for at sykehjem er en sektor som ikke har nådd fram eller blitt prioritert når det gjelder faglige og administrative lederfunksjoner. Skole- og særlig barnehagesektoren har vektlagt og fått gehør for en betydelig større tetthet av faglige lederfunksjoner. For eksempel viser tall fra Utdanningsdirektoratet⁸ at det i 2021 var 4 705 styrere og 29 179 pedagogiske ledere i landets 5 525 barnehager. I vårt utvalg fra PAI-registeret var det i barnehagene til sammen 11 500 fag- og arbeidsledere (gruppe 3 og 4), i skole 4 123 og i sykehjem 411 (se nærmere informasjon om gruppe 3 og 4 i metodedel).

Når vi sammenligner ledertettheten mellom sektorer, bør vi ta i betraktning at ikke alle med lederbetegnelser har personalansvar. I barnehager vil for eksempel en ansatt kunne ha stillingstittelen «pedagogisk leder» selv om vedkommende ikke har personalansvar. Tilsvarende har avdelingsledere (tidligere inspektører) i skolesektoren ofte ikke personalansvar. I sykehjem finnes det lignende type faglige ledere, som for eksempel fagutviklingssykepleiere, uten at stillingstittelen/stillingskode indikerer lederposisjon. Slik sett kan tallene våre vise en «falsk» lav

⁸ Kilde: Utdanningsdirektoratet: <https://www.ssb.no/utdanning/barnehager/statistikk/barnehager>

ledertetthet i sykehjem sammenlignet med barnehager. Like fullt, når vi i tabell 9 holdt dem med fagledertitler (gruppe 3) og arbeidsledertitler (gruppe 4) utenfor, fant vi fortsatt at barnehagene har høyest ledertetthet og sykehjemmene lavest.

Staten innførte i 2017 både en grunnbemanningsnorm og en pedagogisk leder-norm for barnehagene. Pedagogisk leder-normen krever at barnehagene skal ha minst én pedagogisk leder pr. syv barn under tre år og én pedagogisk leder pr. 14 barn over tre år (Forskrift om pedagogisk bemanning og dispensasjon i barnehager, 2017). Utdanningsdirektoratet har laget en bemanningskalkulator for barnehagene der man kan sjekke om den enkelte barnehage oppfyller minimumskravene til pedagogisk leder-normen (Utdanningsdirektoratet, 2023). Det er trolig særlig lederfunksjoner på det faglige området som bør endres og styrkes dersom sykehjemsektoren skal nærme seg ledertettheten i oppvekstsektoren.

5.2 LEDERSPENN, PASIENTSIKKERHETSKULTUR OG UTELATT HELSE- OG OMSORGSHJELP

Vi fant at førstelinjelederne ved de 40 sykehjemmene hadde personalansvar for i gjennomsnitt 39 ansatte. I en kartlegging av lederspenn blant sykepleieledere (N= 2136) organisert i Norsk Sykepleierforbund, rapporterte den høyeste andelen (41 %) av førstelinjelederne i kommunale helse- og omsorgstjenester at de hadde personalansvar for mellom 30 og 49 ansatte (Aagestad & Brochmann, 2021, s. 16). Om lag en fjerdedel oppga at de hadde personalansvar for henholdsvis 15–29 eller 50–99 ansatte. Også i vårt utvalg så vi stor variasjon i lederspenn (12 til 146 ansatte pr. leder), men de fleste lederne (63 av 67) hadde ansvar for færre enn 50 ansatte. I rapporten til Aagestad og Brochmann (2021) skilles det ikke mellom tjenesteområder, så tallene er ikke direkte sammenlignbare.

Det at vi definerte lederspenn ut fra antall ansatte lederen har personalansvar for, kan ha hatt betydning for at vi ikke fant sammenhenger mellom lederspenn, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp. Ville vi fått samme resultat dersom vi definerte lederspenn ut fra antall ansatte uavhengig av om leder har personalansvar eller ikke? Det er nærliggende å anta at ansatte med fagfunksjoner (for eksempel fagutviklingssykepleiere) på ulike måter avlaster lederen med personalansvar, både når det gjelder daglig drift, fagutvikling og pasientsikkerhetsarbeid.

Som det kom frem i vår intervjustudie, kan mellomledere i sykehjem oppleve en ubalanse mellom høye jobbkrav og utilstrekkelige ressurser. Denne ubalansen kan være påvirket av et for stort lederspenn, ettersom ledere med færre underordnede har rapportert mindre stress og mer støtte i organisasjonen (Hagerman et al., 2016). Kjønnsfordelingen i eldreomsorgen kan også forsterke disse utfordringene, ettersom ledere i kvinnedominerte tjenester tenderer til å ha færre ressurser, redusert støtte og større lederspenn enn i mannsdominerte tjenester (Björk & Härenstam, 2016).

Når det gjelder *pasientsikkerhetskultur*, ser vi at ansatte i vår studie har lavere gjennomsnittsskår både på sikkerhetsklima og teamarbeidsklima sammenlignet med andre norske studier som har brukt SAQ ved sykehjem (Bondevik et al., 2017; Deilkås et al., 2019), hjemmetjenester (Olsen & Bjerkan, 2017) og legekantor og legevakt (Bondevik et al., 2014).

Andelen positive svar på de to subskalaene i SAQ var nokså lik, med 43,3 % på teamarbeidsklima og 41,3 % på sikkerhetsklima. Andre studier som har brukt SAQ i norske sykehjem (Bondevik

et al., 2017; Deilkås et al., 2019) har oppgitt andel positive svar på enhetsnivå, og er dermed ikke sammenlignbare med våre tall på individnivå. Derimot viser en studie gjort i hjemmetjenester i Midt-Norge (Olsen & Bjerkan, 2017) en langt høyere andel positive svar både på sikkerhetsklima (52,9 %) og teamarbeidsklima (73,3 %). Den store forskjellen, særlig på teamarbeidsklima, kan muligens forklares ut fra kontekstuelle forhold. En annen forklaring kan muligens ligge i tidspunktet studiene ble gjennomført, hvor vår studie ble gjennomført samme år som Covid-19 pandemien brøt ut. Uansett kan den lave andelen positive svar i vår studie indikere at ansatte i sykehjemmene erfarer at det er vanskelig å snakke om risiko og uønskede hendelser, og at de opplever å få liten støtte fra sine team.

Når det gjelder sammenhenger mellom pasientsikkerhetskultur og karakteristika ved ansatte, fant vi at ansatte i den yngste aldersgruppen (≤ 29 år) hadde lavere gjennomsnittskår på både sikkerhetsklima og teamarbeidsklima enn ansatte i øvrige aldersgrupper. Dette er sammenfallende med hva Bondevik et al. (2017) fant ved fem sykehjem i Tønsberg. Fra deres studie ble det også rapportert forskjeller i gjennomsnittskår knyttet til stillingsstørrelse, noe vi ikke fant i vårt materiale. Bondevik et al. (2017) fant også at jo større stillingsprosent ansatte hadde, jo høyere var også gjennomsnittskår på både teamarbeidsklima og sikkerhetsklima. Vi fant ingen tilsvarende forskjell i vår studie. Derimot fant vi at antall års erfaring synes å ha en betydning, hvor de med 3–5 års erfaring fra nåværende arbeidsplass og fra helsetjenesten hadde lavere gjennomsnittskår enn de med kortere og lengre erfaring. Vi er usikre på hvordan vi skal tolke dette funnet, og vi finner heller ingen tilsvarende funn fra andre studier. Også Olsen og Bjerkan (2017) fant at erfaring fra nåværende arbeidssted i hjemmetjenesten hadde betydning, men i deres studie var det ansatte med den lengste erfaringen som skåret høyest på begge subskalaer.

Våre analyser viste klare sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og pasientsikkerhetskultur, hvor lavere skår på sikkerhetsklima og teamarbeidsklima var knyttet til høyere skår på utelatte oppgaver. Dette indikerer at jo mer positiv opplevelse de ansatte har av pasientsikkerhetskulturen, jo færre helse- og omsorgsoppgaver blir utelatt. Tilsvarende funn er rapportert fra sykehus (f.eks. Hessels et al., 2019), men det savnes sammenlignbare studier fra norske kommunale helse- og omsorgstjenester. Zúñiga et al. (2015) sin studie fra sveitsiske sykehjem viste også sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp. Imidlertid viste deres studie at positiv oppfatning av pasientsikkerheten også kunne kobles til flere utelatte oppgaver, og da knyttet til sosiale aktiviteter. Zúñiga et al. har benyttet de samme måleinstrumentene som vi har gjort (SAQ og BERNCA-NH). Likevel er ikke deres funn helt sammenlignbare, da de har slått sammen de to SAQ subskalaene teamarbeidsklima og sikkerhetsklima til en subskala.

Sammenhengen mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og pasientsikkerhetskultur vist i vår studie, poengterer viktigheten av at ledere prioriterer pasientsikkerhetsarbeid.

5.3 MELLOMLEDERNES HANDLINGSROM FOR Å BYGGE EN KULTUR FOR ÅPENHET OG LÆRING

De femten mellomlederne som ble intervjuet, vektla – slik vi har vist – betydningen av å være tett på ansatte og arbeidshverdagen og å tilrettelegge og skape fellesrom for refleksjon, diskusjon og læring. Dette, som vi har identifisert som de to hovedstrategiene i disse ledernes arbeid for å

skape en kultur for åpenhet og læring i sykehjem, handler i vår tolkning i stor grad om å bygge en god pasientsikkerhetskultur. Ifølge lederne satte disse strategiene dem dels i stand til å være tilstrekkelig informert om hendelser og praksis, ha tilstrekkelig kunnskap om avdelingskulturen og gi individuell støtte og veiledning, og dels til å styrke den faglige refleksjonen blant ansatte, bringe fram ulike synspunkt og erfaringer, skape arenaer for å dele av hverandres kunnskap, minne om viktigheten av å melde avvik, bevisstgjøre omkring prioriteringer og øke kompetansen på relevante områder (slik som etikk og lovgivning om pasientrettigheter). Dette er forhold som også kan relateres til arbeidet for å få til en sikker og trygg pasientbehandling.

Pasientsikkerhetskultur utgjør den delen av organisasjonskulturen som nettopp reflekterer virksomhetens støtte til trygg pasientbehandling. Det handler om de verdier og holdninger, oppfatninger, kompetanser og adferdsmønstre hos individer og grupper som har betydning for hvordan sikkerhet prioriteres og gjennomføres i pasientbehandlingen, og hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helsetjenesten (Guldenmund, 2000; Helsedirektoratet, 2019). Organisasjoner med en positiv pasientsikkerhetskultur kjennetegnes av kommunikasjon basert på gjensidig tillit, felles oppfatninger av viktigheten av sikkerhet og tiltro til at forebyggende tiltak er effektive (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations, 1993).

Hva slags type ledelse er det så som kommer til uttrykk i de beskrivelsene vi har analysert? I våre intervjuer med mellomlederne om handlingsrommet for å bygge en kultur for åpenhet og læring, var det den relasjonelle – også kalt transformative – lederstilen (Avolio et al., 1999) som ble tydeligst beskrevet. Den uttalte drivkraften var her å skape indre motivasjon blant ansatte, bevisstgjøre ansvar og oppgaver, og etablere en felles forståelse for viktigheten av å forbedre kvaliteten på arbeidet. Ifølge Bass og Riggio (2006) kjennetegnes relasjonsledelse av fire komponenter: idealisert innflytelse, inspirerende motivasjon, intellektuell stimulering og individualisert omsorg. Dette er en lederstil som er vist å ha gunstig effekt på pasientsikkerhetskulturen i sykehjem (Seljemo et al., 2020).

Relasjonsledelse legger altså til rette for ikke bare å arbeide strukturelt, men også kulturelt i organisasjonen. I intervjuene fortalte lederne om strategier som ikke bare var rettet mot ansatte enkeltvis, men også mot personalgruppen som helhet. Et eksempel på dette var ledere som tematiserte prioriteringen av oppgaver i det daglige. I slike situasjoner anså lederne at både kjønn og kulturell bakgrunn hadde betydning for hvordan ansatte prioriterte. Et annet eksempel gjaldt forbedringsarbeid, der noen av de vi intervjuet, mente at yngre medarbeidere var mer åpne for å endre praksis enn eldre medarbeidere. Lederne ga her uttrykk for at personalgruppens sammensetning gav betingelser for kulturen – for «hvordan vi gjør det her hos oss» (informant nr. 12) – og at de indre forholdene i en kultur kan være vanskelige og krevende å styre. Om det i det hele tatt er mulig å styre en kultur, er for øvrig et åpent spørsmål (Bang, 2011). Til tross for utfordringer ved å styre en bestemt institusjonskultur, ga lederne vi intervjuet likevel vekt på nærhet til ansatte for å bli kjent med dem og for å kunne lese samspillet mellom dem bedre. Vikarbruk, ustabil personalressurs, turnusordninger og egen oppgavebelastning virket imidlertid hemmende på denne måten å lede på.

Samtidig som den relasjonelle lederstilen fremstod som et ideal, fant vi også at lederne fortalte at de både overvåket, korrigerende og instruerte ansatte når de fant det nødvendig. Vi fikk inntrykk av at lederne vekslet mellom å være relasjonelt motiverende og strukturelt oppdragende i møtet med ansatte. Dette så dels ut til å være situasjonsbetinget, dels til å være relatert til personlige lederegenskaper, og dels til å handle om at mange ledere hadde ansvaret for personale som var

mindre stabilt til stede. Utfordringen handlet om at personalet bestod av *mange ulike* ansatte, og da særlig vikarer som kom og gikk og som verken var kjent nok med rutiner, kolleger eller ifølge lederne hadde eierskap til oppgavene. En lite stabil personalgruppe ble opplevd som hemmende for ledernes kulturbygging, noe som trolig også hadde innvirkning på ansattes mulighet til å utvikle fellesskap og samarbeid. Opplevelse av samarbeid synes å ha stor betydning både for pasientsikkerhetskulturen og for om helsehjelp utelates eller ikke i sykehjem (Andfossen et al., 2021). Dette bekreftes også i de kvantitative resultatene i denne rapporten, som viste at lavere skår på samarbeidsklima gav høyere skår på utelatte oppgaver (pleie ved behov og psykososial omsorg).

Lav stabilitet i personalgruppen var en av flere rammebetingelser som utgjorde barrierer for ledernes arbeid med pasientsikkerhetskulturen. I likhet med oppgavebelastning, trange budsjett og travle perioder, var sykefravær og rekrutteringsutfordringer forhold som mellomlederne tilsynelatende hadde liten innvirkning på og som skapte frustrasjon og det vi kan tolke som maktesløshet. Betingelser for å oppnå idealet om å være tett på ansatte og utøve relasjonell ledelse, var dermed ofte ikke til stede.

Resultatene fra intervjustudien viser at mellomlederne oppgir gode intensjoner, tydelige strategier og at de besitter verktøy for å bygge kulturer for åpenhet og læring i sine avdelinger. Samtidig har arbeidskonteksten forhold ved seg som ligger utenfor ledernes kontroll, og som i hovedsak angår rammefaktorer som kan være påvirkelige på høyere systemnivå. Resultatene impliserer at innsats bør rettes mot tiltak som kan sikre mer stabilitet blant personalet som arbeider i sykehjem. Dette kan være faste ansettelse, mer heltid og økt grunnbemanning som kan skape buffer ved sykefravær. Resultatene impliserer også at det er grunn til å gjennomgå oppgaveansvaret hos mellomlederne og oppgavedeling med annet ressurs- og støttepersonell.

5.4 METODOLOGISKE OVERVEIELSER

Vi vil avslutningsvis presentere noen metodologiske overveielser relatert til kvalitet på registerdata, spørreundersøkelsen, supplerende data om lederspenn, samt intervjustudien.

5.4.1 KVALITET PÅ REGISTERDATA, SPØRRESKJEMADATA OG SUPPLERENDE DATA OM LEDERSPENN

Vi har innhentet aggregerte registerdata fra KS sitt PAI-register om antall ledere og ansatte i sykehjem og andre kommunale sektorer. Dette er et personaladministrativt informasjonssystem som bygger på innrapporterte lønns- og personaldata om ansatte i kommuner på individnivå. Alle som er ansatt og får lønn pr. i. desember skal være med i PAI-registeret. At opplysningene vi presenterer er aggregert/sammenslått gjør at det ikke er mulig å identifisere enkeltindivider eller spesifikke arbeidssteder/tjenester/institusjoner i kommunene.

I spørreundersøkelsen innhentet vi data fra pleiefaglig ansatte ved sykehjem lokalisert i kommuner i alle landets fire helseregioner. Foruten spredt geografisk lokalisasjon, representerte kommune demografisk variasjon i henhold til størrelse, befolkningstetthet og sentralitet. I tillegg varierte sykehjemmene i størrelse og organisatorisk struktur, noe som styrker representativiteten. Når vi sammenlikner karakteristika ved våre respondenter (kjønn og stillingstyper) med nasjonale data om ansatte i sykehjemsektoren, er tallene omtrent like. Vi har dermed grunnlag for å anta at respondentene i vår studie er representative når det kommer til disse karakteristikkene. På

den andre siden hadde spørreundersøkelsen lav svarprosent på 22,9 %. Dette øker risikoen for utvalgsskjevhet, som igjen kan bidra til at resultatene ikke blir valide (Polit & Beck, 2017). Vi har ingen opplysninger om ansatte som ikke svarte på undersøkelsen, og har derfor ikke utført analyser som sammenlikner respondentene med de som ikke deltok. For mer utfyllende opplysninger og diskusjon rundt utvalg og svarprosent, se Olsen et al. (2023).

En styrke med studien er at vi har brukt validerte instrumenter (SAQ og BERNCA-NH) for å undersøke ansattes holdninger til pasientsikkerhet samt sammenhenger mellom pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp. Instrumentene er tidligere oversatt, tilpasset norske forhold og testet i større utvalg, og de måletekniske egenskapene er funnet tilfredsstillende (Bondevik et al., 2019; Deilkås & Hofoss, 2008; Norman & Sjetne, 2019). I tillegg har vi brukt regresjonsanalyser for å undersøke sammenhenger mellom lederspenn, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp. En fordel med analysemetoden er at vi har kontrollert for variabler som kan påvirke både utfalls- og forklaringsvariabler, noe som styrker resultatene. På den andre siden hadde subskalaene i både SAQ og BERNCA-NH en del manglende data (missing) fordi noen svaralternativer ikke ga valide svar (se kapittel 3.2.2 for nærmere beskrivelse). Utvalgene i de fire regresjonsanalysene ble derfor noe redusert, siden bare deltakere med komplette data kunne inngå i analysene.

For å kunne besvare problemstilling 2 om *lederspenn blant førstelinjeledere i sykehjem*, innhentet vi supplerende data via e-post fra ledere ved 40 norske sykehjem. Det kan være ulike oppfatninger av hva som menes med «lederspenn», og følgelig var det en mulighet for at lederne ved sykehjemmene ville gi oss data som i realiteten ikke var sammenlignbare – og dermed svekke validiteten. For å unngå dette, presiserte vi i eposten at det var «*antall ansatte som avdelingsleder⁹ hadde personalansvar for*» vi var ute etter. I noen sykehjem kunne flere mellomledere ha ansvar for de samme medarbeiderne, ved at noen hadde faglig ansvar og noen hadde personalansvar. Vi valgte å avgrense til ledere med personalansvar fordi vi i dette prosjektet ønsket å bygge videre på funn fra intervjustudien i forrige prosjekt, hvor samtlige mellomledere hadde personalansvar for sine ansatte (Olsen et al., 2023).

Siden dataene om lederspenn skulle benyttes i analyser sammen med data fra spørreundersøkelsen, var det viktig at begge deler gjaldt for samme tidsperiode. Det ble derfor presisert i henvendelsen at det var lederspenn i perioden november–desember 2021 vi var ute etter. Siden spørreundersøkelsen på grunn av lav svarprosent ble holdt åpen til februar 2022, var det en mulighet for at lederspennet i noen sykehjem kunne være endret i siste del av perioden – for eksempel ved omorganisering etter årsskiftet. Men ut fra opplysninger vi har fått fra kommunene, har det ikke vært slike endringer i utvalget av sykehjem på det tidspunktet.

Siden det var lederne ved de ulike sykehjemmene som hentet ut tall på lederspenn, har vi begrenset kontroll med reliabiliteten på dataene. Gjennom epostutvekslingen vet vi at de har brukt ulike fremgangsmåter for å finne eksakte tall, og eksempelvis oppga flere at de benyttet turnus- eller lønssystem. Det at vi ønsket data ca. 1 ½ år tilbake i tid kunne også gi noen utfordringer – for eksempel dersom slike systemer var byttet ut i mellomtiden. Et par av lederne oppga at de da brukte tidligere rapporter som back-up.

⁹ Ved noen sykehjem ble det benyttet andre benevelser på det laveste ledernivået med personalansvar, for eksempel «avdelingssykepleier» og «enhetsleder». En leder kunne ha ansvar for flere avdelinger, og ved de minste sykehjemmene kunne også laveste ledernivå ha ansvar for hele sykehjemmet.

5.4.2 VURDERING AV STUDIENS KVALITATIVE FORSKNINGSDESIGN

Hensikten med intervjustudien var å utforske hvilke forhold mellomledere erfarer fremmer og hemmer deres muligheter for å bygge en kultur for åpenhet og læring i sykehjem. I all hovedsak ble mellomlederne først intervjuet enkeltvis, før de deretter deltok i fokusgrupper. Av ulike praktiske grunner deltok noen av informantene først i fokusgruppeintervjuet, for så å bli intervjuet individuelt i etterkant. En slik variasjon i intervjurekkefølge kan ha virket inn på intervjuene. Innhold og erfaringsdeling i fokusgruppeintervjuene kan ha påvirket både hva lederne delte individuelt i etterkant og hvilke oppfølgingsspørsmål intervjuerne stilte i de semistrukturerte intervjuene. Samtidig er dette også én av det kvalitative forskningsintervjuets styrker: åpenheten for at det kan blir gjort forandringer i selve intervjusituasjonen, både i spørsmålsform og spørsmålsrekkefølge (Kvale, 2007).

Som vi også kommenterte i Olsen et al. (2023), var det et felles inntrykk blant oss som gjennomførte intervjuene, at de individuelle intervjusamtalene ga lederne rik anledning til å dele egne og lokale erfaringer. I fokusgruppene fikk de dessuten mulighet til å speile og kommentere, inspirere og diskutere hverandres refleksjoner og beskrivelser. I dette ligger samtidig også én av utfordringene ved å gjennomføre fokusgruppeintervjuer, nemlig at gruppedynamikken kan føre til konformitet, utelatelse av informasjon og/eller polarisering (Bergen & Labonté, 2020; Bryman, 2008). Der individuelle samtaler inviterer til åpenhet og systemkritisk refleksjon, kan dette være vanskeligere å få frem i ei gruppe med informanter fra et arbeidsfellesskap eller en kollegial kontekst. Vårt inntrykk var likevel at det gjennomgående var samsvar mellom hva som ble beskrevet og reflektert over i de individuelle intervjuene og i fokusgruppeintervjuene.

Også valget om å gjennomføre intervjuene digitalt, ikke gjennom personlig, fysisk tilstedeværelse, har med stor sannsynlighet hatt innvirkning på datainnsamlingen. For noen vil det kjennes enklere å dele erfaringer i digitale rom framfor fysisk tilstedeværelse. Andre kan ha en motsatt opplevelse. Vårt inntrykk fra intervjuene var her at lederne snakket åpent om de utfordringene og mulighetene de erfarte. Den digitale formen var dessuten fleksibel og lite ressurskrevende, og det sikret at lederne kunne delta innenfor sin arbeidstid, uten å måtte bruke mye tid på å reise. Selv om det var ønskelig å få god representasjon av ulike kommunestørrelser, hadde utvalget et flertall av kvinnelige ledere fra store og mellomstore kommuner. Noen av lederne hadde imidlertid tidligere erfaring fra lederstillinger i andre og mindre kommuner, noe de også reflekterte over og trakk veksler på i intervjuene.

Studiens pålitelighet og troverdighet er forsøkt sikret gjennom hele prosessen, fra design og innhenting av data, til tolkning og rapportering (Morse et al., 2002; se også: Olsen et al., 2023). Informasjonsstyrken (Malterud et al., 2016) vurderes som høy i studien. Rekrutteringen av deltakere var formålstjenlig, og utvalget av ledere reflekterte variasjon, men også konsentrert erfaring med fenomenet. Studiens hensikt var avgrenset, spørsmålene i intervjuguidene var basert på foreliggende kunnskap, og kvaliteten på dialogen i intervjuene ble vurdert som god. I analysestrategien søkte vi dessuten etter individuelle erfaringer, ikke sammenligninger. Selv om resultatene ikke er generaliserbare, er overførbarheten etter vårt syn sikret med opplysninger om deltakerne, konteksten og en transparent framstilling av den gjennomførte forskningsmetoden.



6. AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

I Norge er det lav ledertetthet i sykehjem sammenlignet med andre kommunale sektorer. Dette kan være et uttrykk for at sykehjemmene ikke har nådd fram eller blitt prioritert når det gjelder faglige og administrative lederfunksjoner. Det er trolig særlig lederfunksjoner på det faglige området som bør endres og styrkes dersom skjevheten mot oppvekstsektoren skal rettes opp.

I utvalget av 40 sykehjem skåret ansatte betydelig lavere på teamarbeids- og sikkerhetsklime sammenlignet med andre norske studier som har brukt det samme spørreskjemaet ved sykehjem, hjemmetjenester, legevakt og legekontor. Den lave andelen positive svar knyttet til pasientsikkerhet indikerer at ansatte i sykehjemmene kan erfare at det er vanskelig å snakke om risiko og uønskede hendelser, og at de kan oppleve å få liten støtte fra sine team. Både lavt sikkerhetsklime og lavt teamarbeidsklime var relatert til høyere nivå av rapporterte utelatte oppgaver blant personalet. Dette indikerer at dess lavere grad av rapportert pasientsikkerhetskulturr blant de ansatte, jo flere helse- og omsorgsoppgaver blir rapportert utelatt. Dette kan være grunnet i at pasientsikkerhet og kvalitet på pasientomsorgen avhenger av de samme mekanismene – som kompetanse, bemanning og en tydelig faglig ledelse.

Intervjudata fra mellomledere viste en tydelig ambisjon om å være tett på egne medarbeidere og å etablere fellesrom for refleksjon og læring, men oppgavebelastning, økonomi, tilgang på kompetanse og avdelingskulturen var utfordrende for å realisere ambisjonene. Lav ledertetthet i sykehjem, med påfølgende stort ansvarsområde, vanskeliggjør sykehjemledernes mulighetsrom for nærledelse og kulturbygging, med påfølgende potensielt negative konsekvenser for sykehjemspasientene. I tillegg vektla lederne betydningen av kontinuitet og stabilitet i personalgruppen. Det å bygge en god pasientsikkerhetskulturr for sikker og trygg pasientbehandling i sykehjem fordrer kontinuitet blant personalet og tilstrekkelig antall ledere som muliggjør nærledelse både på det administrative og faglige området.

REFERANSER

- Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (1993). *Organising for safety: Human factors study group: Third report*. HMSO.
- Andfossen, N. B., Devik, S. A., Obstfelder, A. & Olsen, R. M. (2021). *Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: Oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt: En hurtigoversikt av forskningslitteratur*. Senter for omsorgsforskning. Oppsummering nr. 26. <https://hdl.handle.net/11250/2827806>
- Avolio, B. J., Bass, B. M. & Jung, D. I. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(4), 441–462. <https://doi.org/10.1348/096317999166789>
- Ballangrud, R. & Husebø, S. E. (2021). Teoretiske modeller om teamarbeid og teamtrening. I S. E. Husebø og Ballangrud, R. (Red.), *Teamarbeid i helsetjenesten: Fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv* (s. 60–125). Universitetsforlaget
- Bang, H. (2011). *Organisasjonskultur* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Bass, B., M. & Riggio, R. E. (2006). Transformational leadership. Lawrence Erlbaum Associates
- Bergen, N. & Labonté, R. (2020). “Everything is perfect, and we have no problems”: Detecting and limiting social desirability bias in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 30(5), 783–792. <https://doi.org/10.1177/1049732319889354>
- Bondevik, G. T., Hofoss, D., Hansen, E. H. & Deilkås, E. C. (2014). Patient safety culture in Norwegian primary care: a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 32(3), 132–138. <https://doi.org/10.3109/02813432.2014.962791>
- Bondevik, G. T., Hofoss, D., Husebø, B. S. & Deilkås, E. C. T. (2017). Patient safety culture in Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research*, 17(1), 424. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2387-9>
- Bondevik, G. T., Hofoss, D., Husebø, B. S. & Deilkås, E. C. T. (2019). The safety attitudes questionnaire - ambulatory version: Psychometric properties of the Norwegian version for nursing homes. *BMC Health Services Research*, 19(1), 423. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4244-5>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qpo630a>
- Braun, V. & Clarke, V. (2016). (Mis)conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts’ (2015) sample-size tool for thematic analysis. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(6), 739–743. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1195588>

- Bryman, A. (2008). *Social research methods* (3. utg.). Oxford: Oxford university press.
- Björk, L. & Härenstam, A. (2016). Differences in organizational preconditions for managers in genderized municipal services. *Scandinavian Journal of Management*, 32(4), 209–219. <https://doi.org/10.1016/j.scaman.2016.09.002>
- Dale, B., Folkestad, B., Førland, O., Hellesø, R., Moe, A. & Sogstad, M. (2015). *Er tjenestene fortsatt «på strekk»? Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015*. Senter for omsorgsforskning rapportserie nr. 12/2015. <http://hdl.handle.net/11250/2375414>
- Deilkås, E. T. & Hofoss, D. (2008). Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). *BMC Health Services Research*, 8, 191. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-191>
- Deilkås, E. C. T., Hofoss, D., Husebø, B. S. & Bondevik, G. T. (2019). Opportunities for improvement in nursing homes: Variance of six patient safety climate factor scores across nursing homes and wards—Assessed by the Safety Attitudes Questionnaire. *PLoS One*, 14(6), e0218244. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218244>
- Edmondson, A. C. (2019). *The fearless organization – Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth*. John Wiley & Sons.
- Forskrift om pedagogisk bemanning og dispensasjon i barnehager, (2017). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-06-22-1049/%C2%A71#%C2%A71>
- Guldenmund, F. W. (2000). The nature of safety culture: A review of theory and research. *Safety Science*, 34(1-3), 215–57. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0925-7535\(00\)00014-X](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0925-7535(00)00014-X)
- Hagerman, H., Skytt, B., Wadensten, B., Högberg, H. & Engström, M. (2016). A longitudinal study of working life among first-line managers in the care of older adults. *Applied Nursing Research*, 32, 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.03.003>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020*. Oslo: Regjeringen. https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fb9cb7/omsorg_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Kompetanseløft 2025. Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021–2025*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/kompetanseloft-2025-2.pdf>
- Hessels, A. J. & Larson, E. L. (2016). Relationship between patient safety climate and standard precaution adherence: A systematic review of the literature. *The Journal of Hospital Infection*, 92(4), 349–362. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2015.08.023>
- Hessels, A. J., Paliwal, M., Weaver, S. H., Siddiqui, D. & Wurmser, T. A. (2019). Impact of

- Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(4), 287–294. <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000378>
- Hybertsen, I. D., Stensaker, B., Solem, A., Federici, R. A., Aamodt, P. O. & Olsen, M. S. (2014). *Ledet til endring: Nasjonal rektorutdanning i grunn- og videregående skole, endringer på skolene, måloppnåelse og anbefalinger. Sluttrapport fra Evalueringen av den nasjonale rektorutdanningen*. <http://hdl.handle.net/11250/273589>
- Holte, K. A., Holmås, T. H., Monstad, K. & Øygarden, O. (2019). *Leiarspenn og organisering: Samanhengar med sjukefråvær og turnover*. Rapport 33–2019, NORCE Samfunn. <https://hdl.handle.net/11250/2755572>
- Jacobsen, C. B., Hansen, A.-K. L. & Pedersen, L. D. (2022). “Not too narrow, not too broad: linking span of control, leadership behavior, and employee job satisfaction in public organizations.” *Public Administration Review*, 1–18. <https://doi.org/10.1111/puar.13566>
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L. & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Kjekshus, L. E. (2022). *Kartlegging av lederstillinger og ledernivå i Helseforetakene*. Notat til Sykehusutvalget. <https://www.regjeringen.no/contentassets/dcoo95cf349748bf94d49189b6b2f/no/sved/kartlegging.pdf>
- Kvale, S. (2007). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk
- Lull, D. S. (2019). *How span of control is defined and measured: A systematic literature review to inform healthcare leaders*. Doktoravhandling, Central Michigan University, Michigan.
- Malterud, K., Siersma, V.D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K. & Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13–22. <https://doi.org/10.1177/160940690200100202>
- Newman, A., Donohue, R. & Eva, N. (2017). Psychological safety: A systematic review of the literature. *Human Resource Management Review*, 27(3), 521–535. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2017.01.001>
- Nielsen, R. A., & Moland, L. E. (2023). *Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene*. FAFO-rapport 2023:30. <https://fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/mobilitet-i-helse-og-omsorgstjenestene>
- Norman, R. M. & Sjetne, I. S. (2019). Adaptation, modification, and psychometric assessment of a Norwegian version of the Basel extent of rationing of nursing care for nursing homes instrument (BERNCA-NH). *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4817-3>

- NOU 2023: 8. (2023). *Fellesskapets sykehus: Styring, finansiering, samhandling og ledelse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Olsen, R. M., Andfossen, N. B., Devik, S. A., Fredwall, T. E., Førland, O. & Moholt, J.-M. (2023). *Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem*. Senter for omsorgsforskning rapportserie nr. 1/2023. <https://hdl.handle.net/11250/3049970>
- Olsen, R. M. & Bjerkan, J. (2017). Sikkert nok? – En kvantitativ studie av holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmesykepleien. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(01), 6–17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-01-03>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.
- Regnö, K. (2016). *Chefer i välfärdens tjänst: En forskningsrapport om hur personalgruppens storlek påverkar kvalitet och hälsa*. Rapport. Göteborgs universitet. <http://mb.cision.com/Public/1167/2077806/ab3463e98a841ceo.pdf>
- Ressurssenteret for omstilling i kommunene (2004). *Ledertetthet i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste sammenlignet med skolesektoren*. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet.
- Seljemo, C., Viksveen, P. & Ree, E. (2020). The role of transformational leadership, job demands and job resources for patient safety culture in Norwegian nursing homes: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 799. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05671-y>
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. R. & Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, 44. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
- Statistisk sentralbyrå. (2022). Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). (2006) *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/sec1>
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Thomas, K. S., Hyer, K., Castle, N. G., Branch, L. G., Andel, R. & Weech-Maldonado, R. (2012). Patient safety culture and the association with safe resident care in nursing homes. *The Gerontologist*, 52(6), 802–811. <https://doi.org/10.1093/geront/gns007>

- Thompson, G., Buch, R. & Glasø, L. (2019). Servant leadership, span of control, and outcomes in a municipality context. *Journal of General Management*, 44(2), 87–95. <https://doi.org/10.1177/0306307018810584>
- Utdanningsdirektoratet. (2023). *Bemanningskalkulator – barnehage*. <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-barnehage/bemanningskalkulator-barnehage/>
- Zoller, Y. J. & Muldoon, J. (2020). Journey of a concept: Span of control – the rise, the decline, and what is next? *Journal of Management History*, 26(4), 515–533. <https://doi.org/10.1108/JMH-04-2020-0027>
- Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P., Engberg, S., Simon, M. & Schwendimann, R. (2015). The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1463–1474 <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.005>
- Zúñiga, F., Schubert, M., Hamers, J. P., Simon, M., Schwendimann, R., Engberg, S. & Ausserhofer, D. (2016). Evidence on the validity and reliability of the German, French and Italian nursing home version of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), 1948–1963. <https://doi.org/10.1111/jan.12975>
- Aamodt, P. O., Hybertsen, I. D., Røsdal, T., Stensaker, B., Caspersen, J. & Federici, R. A. (2019). *Evaluering av den nasjonale rektorutdanningen*. <http://hdl.handle.net/11250/2635151>



VEDLEGG

VEDLEGG I: VARIABLER I BERNCA-NH

VEDLEGG I: VARIABLER I BERNCA-NH

Referanse: Norman, R. M. (2019). Measuring nursing practice in *Norwegian nursing homes: identification, modifications and evaluation of instruments*. Doktoravhandling, UiO.

Basel Extent of Rationing of Nursing Care for nursing homes (BERNCA-NH)

Spørsmålene nedenfor handler om nødvendige og vanlige pleietiltak. På grunn av MANGEL PÅ TID eller FOR MYE Å GJØRE, kan det hende at slike tiltak ikke blir utført, eller at de ikke blir utført riktig. Hvor ofte i løpet av de siste 7 vaktene dine har det skjedd at ...

[Svaralternativ] aldri – sjelden – noen ganger – ofte – tiltaket var ikke nødvendig – hører ikke til mine arbeidsoppgaver

1. ... du ikke kunne utføre full eller delvis kroppsvask eller hudpleie for pasient (-er)?
2. ... du ikke kunne utføre munn- eller tannstell for pasient(-er)?
3. ... du ikke kunne gi passende hjelp til pasient(-er) som ikke kan spise eller drikke selv?
4. ... du ikke kunne mobilisere eller sørge for endring i ligge/sittestilling til pasient(-er) som ikke klarer det selv?
5. ... du måtte la pasient(-er) ligge/sitte i sin urin/avføring i mer enn 30 minutter?
6. ... du ikke kunne tilby emosjonell støtte til pasient(-er) f.eks. ved usikkerhet og angst, følelse av avhengighet?
7. ... du ikke kunne ha en samtale med pasient(-er) eller dennes pårørende?
8. ... du ikke kunne følge pasient(-er) på toalettet ved behov, slik at hun/han måtte late vannet i bleie?
9. ... du gjorde ting for pasient(-er) som hun/han egentlig kunne klare selv (f.eks. gåtøying, kle på seg eller vaske seg selv)?
10. ... du ikke kunne observere pasient(-er) så ofte som du mener er nødvendig (f.eks. vandrer omkring, eller ligger for døden)?
11. ... du ikke kunne ha nok tilsyn med forvirrete eller kognitivt svekkete pasient(-er) og at det derfor ble satt inn tvangstiltak eller gitt beroligende medikamenter?
12. ... du måtte la pasient(-er) vente mer enn fem minutter etter at hun/han har ringt etter hjelp?
13. ... du ikke hadde nok tid til å lese tiltaksplan(-er) for å oppdatere deg om pasientenes situasjon i begynnelsen av vekten?
14. ... du ikke kunne oppdatere eller utarbeide tiltaksplan(-er)?
15. ... du ikke kunne dokumentere tilstrekkelig den pleien som pasient(-er) har fått?
16. ... du ikke kunne gjennomføre en aktivitet med pasient(-er) som hun/han selv ønsker (f.eks. spasertur, følge til butikken)?

17. ... du ikke kunne bidra til at pasient(-er) opplever fellesskap og mening i hverdagen?
18. ... du ikke kunne sørge for at pasient(-er) får mat når de er sultne utenom faste måltider?
19. ... du ikke kunne gi et foreskrevet medikament til riktig tidspunkt?
20. ... du ikke kunne gjennomføre nødvendig sårstell for pasient(-er)?



Senter for
omsorgsforskning

www.omsorgsforskning.no