

Sikkert nok? En kvantitativ studie av helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

Vitenskapelig artikkel

**Tittel:** Sikkert nok? En kvantitativ studie av holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmesykepleien

**Forfattere:** Rose Mari Olsen, førsteamanuensis, Senter for omsorgsforskning, midt, Nord universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Postboks 474, 7801 Namsos. [rose.m.olsen@nord.no](mailto:rose.m.olsen@nord.no)

Jorunn Bjerkan, førsteamanuensis, Nord universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap. [jorunn.bjerkan@nord.no](mailto:jorunn.bjerkan@nord.no)

## **Sikkert nok? En kvantitativ studie av holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmesykepleien**

### **Sammendrag**

Bakgrunn: Betydningen av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring av helsetjenester er viet stor oppmerksomhet både innen forskning og innen helseforvaltningen. Hensikten med studien var å undersøke holdninger til pasientsikkerhet blant helsepersonell i hjemmesykepleien.

Metode: En kortversjon av Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) ble i 2015–2016 besvart av 160 ansatte i hjemmesykepleien (28 %) i 6 kommuner (totalt 16 enheter) i Midt-Norge. Data ble analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk, t-test og ANOVA i SPSS.

Resultat: Andel enheter med modent sikkerhetsklime (modent= 60 % av medarbeiderne gir skår  $\geq 75$ ) var 31,3 %, mens 68,8 % hadde et modent teamarbeidsklime. Gjennomsnittskår (på en skala fra 1–100) på sikkerhetsklime var 72,3, på teamarbeidsklime 79,1 og på oppfatning av ledelsens fokus på pasientsikkerhet 62,0. Gruppen med lengst erfaring fra arbeidsplassen skåret signifikant høyere på både sikkerhetsklime og teamarbeidsklime enn de med kortere ansettelsesforhold. På oppfatning av ledelsens fokus på pasientsikkerhet skåret gruppen med lav utdanning høyere enn den med høy utdanning, og gruppen med lengst erfaring fra arbeidsplassen skåret høyere enn den med kortere erfaring.

Konklusjon: Studien indikerer at en betydelig andel av hjemmesykepleien kan ha en forhøyet risiko for uønskede hendelser grunnet «umodent» sikkerhets- og/eller teamarbeidsklime. Det er behov for mer forskning på pasientsikkerhetskulturr og holdninger til pasientsikkerhet blant helsepersonell i hjemmesykepleien.

Nøkkelord: Hjemmesykepleie, sikkerhetsklime, teamarbeidsklime, pasientsikkerhetskulturr, Safety Attitudes Questionnaire

## Summary

**Title:** Safe enough? A quantitative study of health care providers' attitudes towards patient safety in home health care.

**Background:** The importance of patient safety and quality improvements in health care is given considerable attention in both research and policy. The aim of his study was to investigate patient safety attitudes amongst health care providers in home health care.

**Method:** 160 home health care providers (28 %) from six municipalities (16 units in total) in Mid-Norway answered during 2015-2016 a short-form of Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Data was analysed by descriptive statistics, t-test, and ANOVA, by using SPSS.

**Results:** Proportions of units reporting mature Safety climate (i.e. at least 60 % of the respondents in the unit scored  $\geq 75$ ) was 31.3%, while the proportions reporting mature Teamwork climate was 68.8%. Mean scale scores (on a scale from 1 to 100) for respondents was 72.3 on Safety climate, 79.1 on Teamwork climate, and 79.1 on Perceptions of management. Providers with the longest experience at the work place scored significantly higher both on Safety climate and Teamwork climate, than providers with shorter experience. On Perception of management, the providers with lower education scored significantly higher than providers with higher education, and providers with longest experience at the work place scored significantly higher than providers with shorter experience.

**Conclusion:** The study indicates that a considerable proportion of home health care may have a high risk for adverse events caused by immature Safety- and/or Teamwork climate. There is a need for more research on patient safety culture, and patient safety attitudes amongst health care providers in in home health care.

**Keywords:** Home Health Care Nursing, Safety climate, Teamwork climate, Patient safety culture, Safety Attitudes Questionnaire

## Introduksjon

Denne studien handler om holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

Pasientsikkerhet defineres av Verdens helseorganisasjon som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (WHO, 2009). Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring av helsetjenester er viet stor oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt de siste årene. I Norge gjenspeiles dette gjennom både Pasientsikkerhetskampanjen (2011–2013) og det påfølgende Pasientsikkerhetsprogrammet (2014–2018). Aktiviteten har vært størst i spesialisthelsetjenesten (Skjellanger et al., 2014), og internasjonalt finner vi også mest forskning på pasientsikkerhet i sykehus (Cresswell et al., 2013; Lorincz et al., 2011). Publiserte studier av pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten er fåtallige, og de omhandler i hovedsak sykehjem og omsorgsinstitusjoner (Aase, 2015).

Oversikt over forekomst av uønskede hendelser i norsk helsevesen begrenser seg til tall fra meldeordningen for spesialisthelsetjenesten. Meldeordningen mottok 9 707 meldinger i 2015, og av disse omhandlet 14,6 % betydelig skade, og 4,6 % gjaldt dødsfall (Helsedirektoratet, 2016b). Ettersom det ikke er innført varslings- og meldeplikt i kommunene, finnes det ingen tilsvarende oversikt for den kommunale omsorgstjenesten her til lands (NOU 2015:11, 2011). Noe kunnskap har vi imidlertid: Av de 5 742 sakene Norsk Pasientskadeerstatning (NPE, 2016) mottok i 2015, omhandlet 853 primærhelsetjenesten. Samme år mottok Pasient- og brukerombudene 14 677 saker, og rundt 40 % av disse omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerombudene, 2016).

En systematisk kunnskapsoppsummering anslår at det oppstår en uønsket hendelse i to til tre av 100 pasientmøter i primærhelsetjenesten (Panesar et al., 2016). Danske kommuner har hatt meldeplikt siden 2010, og tall fra deres meldeordning viste at det i 2015 ble meldt 183 445 utilsiktede hendelser til Dansk Patientsikkerheds Database, hvorav 115 850 hendelser kom fra kommunene (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2016). En avviksundersøkelse blant 2 814 sykepleiere i Norge fant at åtte av ti sykepleiere hadde meldt ett eller flere avvik i løpet av 2014 (Flatgård, 2015). Over halvparten ga uttrykk for at de ikke kjenner til et godt eksempel fra sin arbeidsplass på at det nytter å melde avvik. Hver tredje av de som førte avviksmeldinger, oppga at meldingene ikke medførte videre oppfølging. Kommunerevisjoner viser også en underrapportering av avvik i helse- og omsorgstjenesten, og at meldte avvik ikke alltid følges opp (Juul & Bratteng, 2015; Stende & Kramer, 2014). Internasjonal

Sikkert nok? En kvantitativ studie av helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

forskningslitteratur viser at helsepersonell også i andre land opplever manglende respons når de rapporterer avvik (Aase & Wiig, 2015). Både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten er underlagt samme krav om plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Kravet er utdypet i ny Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016) som trådte i kraft 1. januar 2017. Forskriften konkretiserer oppgaver, og den tydeliggjør lederansvar for virksomhetens arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

*Pasientsikkerhetskultur* kan defineres som «Et integrert mønster av individuell og organisatorisk adferd, basert på felles oppfatninger og verdier, som hele tiden søker å minimalisere pasientskade som kan være et resultat av prosessene for å levere helsetjenester» (EUNetPaS, 2010, s. 23 – vår oversettelse). Det er en vanlig oppfatning at en sterk pasientsikkerhetskultur har en positiv effekt på trygghet i pasientbehandlingen (Hessels & Larson, 2016). Internasjonale studier har påvist sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og uønskede hendelser (Colla, Bracken, Kinney, & Weeks, 2005). Eksempelvis fører positiv sikkerhetskultur til redusert forekomst av urinveisinfeksjoner og medikamentfeil i sykehusavdelinger (Hofmann & Mark, 2006) og færre fall og mindre bruk av tvang i sykehjem (Thomas et al., 2012). Gallego, Westbrook, Dunn og Bratithwaite (2012) gjennomførte en kartlegging blant 14 054 helsepersonell på tvers av ulike nivåer av det australske helsevesenet. De fant at helsepersonell i hjemmetjenesten og ved lokalsykehus tenderte til å ha mer positive holdninger til pasientsikkerhet enn helsepersonell ved større universitetssykehus, psykiatriske institusjoner og ambulansetjenesten.

Å måle pasientsikkerhetskulturen er et viktig verktøy i pasientsikkerhetsarbeid (Hofoss & Deilkas, 2008) og bør studeres på lavest mulig nivå – det vil si nærmest pasienten (Deilkås & Hofoss, 2010). Dette kan gi ledelsen verdifull informasjon om sikkerhetstiltak (Singer et al., 2009). Uønskede hendelser i sykehus forekommer sjeldnere når ledelsen er involvert i sikkerhetsarbeidet (Vaughn et al., 2006; Frankel et al., 2008). En styrking av ledelsens kunnskap og ferdigheter i sikkerhetsarbeid fører til både en mer positiv holdning hos den enkelte ansatte og en sterkere sikkerhetskultur i enhetene (Kristensen et al., 2016). Betydningen av lederansvar for pasientsikkerhetskultur er fremhevet både i Norge og internasjonalt (Meld. St. 10 (2012–2013), 2012; NPSF, 2015; NOU 2015:11).

Sikkert nok? En kvantitativ studie av helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

Vi har pekt på at sentrale føringer gjelder for pasientsikkerhetsarbeid i hele helsesektoren, men at meldeplikt for uønskede hendelser ikke omfatter primærhelsetjenesten. Vi har derfor lite kunnskap om hvordan helsesektorens forpliktelser ivaretas i denne store delen av norsk helsevesen. Vi finner også at forskning på pasientsikkerhet til nå har hatt hovedfokus på spesialisthelsetjenesten.

Over 140 000 pasienter i året mottar hjemmesykepleie (SSB, 2016). Pasientsikkerhetskulturen i hjemmesykepleien er ikke tidligere undersøkt. Kunnskap om helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet kan gi grunnlag for intervensjoner for å bedre sikkerheten for hjemmeboende pasienter. Dette vil kunne gi færre sykehusinnleggelser eller overføringer til høyere omsorgsnivå innad i kommunen, og færre lidelser for den enkelte pasient. En av anbefalingene fra Arianson-utvalget (NOU 2015:11, 2015) er at meldeplikt for uønskede hendelser også bør omfatte den kommunale delen av helsetjenesten. Meldingen legger også vekt på behov for følgeforskning i forbindelse med pasientsikkerhetsarbeidet.

Hensikten med denne studien var å undersøke holdninger til pasientsikkerhet blant helsepersonell ansatt i hjemmesykepleien i norske kommuner. Vi stilte oss følgende spørsmål: Hvordan svarer helsepersonell på holdningsspørsmål om pasientsikkerhet, og varierer svarene med respondentenes alder, utdanning og arbeidserfaring? Hvor stor andel av hjemmesykepleieenheter har en positiv pasientsikkerhetskultur?

## **Metode**

Studien har et tverrsnittdesign, og den ble gjennomført i perioden desember 2015 til februar 2016.

### **Utvalg og datainnsamling**

Forespørsel om gjennomføring av studien ble sendt til ledelsen for helse- og omsorgstjenesten i 11 kommuner i Midt-Norge. Disse kommunene er del av et større nasjonalt utvalg av omsorgsforskningkommuner, som ut fra størrelse og beliggenhet er valgt ut for å representere norske kommuner. Utvalget er etablert av Senter for omsorgsforskning. I alt åtte av de inviterte kommunene svarte ja til deltakelse. I tråd med anbefalinger om at pasientsikkerhetskultur bør studeres på lavest mulig nivå i organisasjonen (Deilkås & Hofoss,

Sikkert nok? En kvantitativ studie av helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

2010), har vi valgt å definere enheter ut fra laveste ledernivå i kommunenes hjemmetjenester (tilsvarende soner/distrikter). Spørreskjema ble distribuert via e-post til 670 ansatte ved hjelp av programmet Enalyzer ([www.enalyzer.com/no](http://www.enalyzer.com/no)). Deltakerne svarte anonymt. Påminnelser ble sendt til de som ikke hadde svart innen gitte tidspunkt via Enalyzer.

Pasientsikkerhetskultur er et komplekst fenomen som vanligvis vurderes gjennom kvantitative spørreskjema basert på operasjonaliserte dimensjoner (Halligan & Zecevic, 2011). Blant disse er Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) et av de mest brukte verktøyene (Kristensen & Bartels, 2011). Den originale SAQ ble utviklet for intensivavdelinger og inkluderer 60 spørsmål fordelt på seks faktorer: teamarbeidsklima, sikkerhetsklima, jobbtilfredshet, opplevelse av ledelsen, arbeidsmiljø og stress (Sexton et al., 2006).

To varianter av SAQ er oversatt og validert for norske forhold: SAQ, Generic version, Short Form 2006 (Deilkås & Hofoss, 2008), og Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version SAQ-AV (Bondevik, Hofoss, Hansen, & Tveter, 2014a). Førstnevnte er anvendt i undersøkelser av pasientsikkerhetskultur ved norske sykehus (Deilkås & Hofoss, 2010; Helsedirektoratet, 2016a), mens sistnevnte er benyttet ved fastlegekontor og legevakt i primærhelsetjenesten (Bondevik, Hofoss, Hansen, & Tveter, 2014b).

For å måle holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien anvendte vi SAQ, Generic version, Short Form 2006 (Deilkås & Hofoss, 2008). Av de 36 spørsmålene denne kortversjonen inneholder, var det spørsmålene som inngikk i faktorene teamarbeidsklima (seks spørsmål) og sikkerhetsklima (syv spørsmål), samt tre spørsmål om oppfatning av ledelsens fokus på pasientsikkerhet, som ble valgt ut (se Tabell 1). Samme utvalg av spørsmål er tidligere anvendt i pasientsikkerhetskulturundersøkelsen i helseforetakene 2012 og 2014 (Helsedirektoratet, 2016a). I spørreskjemaet inkluderte vi også bakgrunnsspørsmål om alder, kjønn, utdanningsnivå og arbeidserfaring.

Ettersom SAQ, Generic version, Short Form 2006 er utarbeidet for bruk i institusjon, har vi i vår studie gjort noen endringer for å tilpasse det til en hjemmesykepleiekontekst. Dette gjaldt følgende tre spørsmål: *Jeg får den støtte jeg trenger fra andre sykehusansatte for å ta meg av pasientene* – her ble «sykehusansatte» erstattet med «ansatte»; *Legene og de andre ansatte her samarbeider som et velkoordinert team* – her ble «legene og de andre ansatte» erstattet med «de ansatte»; *Sykehusledelsen gjør aldri noe som de vet kan gå ut over*

Sikkert nok? En kvantitativ studie av helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

*pasientsikkerheten* – her ble «sykehusledelsen» erstattet med «ledelsen i helse- og omsorgstjenesten».

### **Bearbeiding og analyse av data**

Svardeltakelsen fra to av kommunene var svært lav, og disse ble derfor ekskludert fra studien. Av de 580 potensielle deltakerne i de resterende seks kommunene, ble data fra 160 ansatte inkludert i analysen.

Alle svar som var negativt formulert, ble reversert slik at det mest positive svaret om pasientsikkerhetskultur alltid ga høyest poengsum. Dette gjaldt spørsmålene: «Det er vanskelig å diskutere feil her», og «Her er det vanskelig å si fra om jeg oppdager et problem i pasientbehandlingen».

Svarene ble gitt på en 5-punkts Likert skala (1=Svært uenig, 2= Litt uenig, 3= Nøytral, 4= Litt enig, 5= Svært enig). I tillegg var «Spørsmålet passer ikke» et svaralternativ. SAQ-skårene ble omregnet (fra 1–5) til en skala fra 0–100, hvor 1=0, 2=25, 3=50, 4=75 og 5=100. Svaralternativet «Spørsmålet passer ikke» ble kodet som «missing». Skår er bare regnet ut for respondenter som svarte på alle spørsmålene som inngår i hver enkelt faktor. I tråd med anbefalinger (Sexton et al., 2006) ble individuell faktorskår på 75 eller høyere ansett som en positiv skår. Når minst 60 % av medarbeiderne har gitt høy skår ( $\geq 75$ ) på klima i sin enhet, defineres dette som et modent klima (Helsedirektoratet, 2016a).

For å måle oppfatninger av ledelsens fokus på pasientsikkerhet, ble følgende variabler fra SAQ slått sammen til én skalavariabel: «Mine forslag om sikkerhet ville bli behandlet om jeg la dem fram for ledelsen», «Ledelsen her i enheten gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten», og «Ledelsen for helse- og omsorgstjenesten i kommunen gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten». Intern konsistens (reliabilitet) ble beregnet, og tilfredsstillende Cronbach's alfa indikerer at alle tre spørsmål måler samme egenskap ( $\alpha=0,78$ ).

De tre skalavariablene ble brukt som kontinuerlige variabler, fra 0 til 100. Faktorskår på sikkerhetsklima indikerer på en skala fra 0 til 100 hvor lett respondentene erfarer at det er å snakke om risiko og uønskede hendelser ved sitt arbeidssted. Faktorskår på teamarbeidsklima indikerer på en skala fra 0 til 100 hvor mye støtte respondenten opplever å få fra sitt team.



Sikkert nok? En kvantitativ studie av helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

Faktorskår på ledelsens fokus på pasientsikkerhet indikerer på en skala fra 0 til 100 hvor stor tillit ansatte har til ledelsen i denne sammenheng.

Data er oppgitt med frekvenser, prosent, gjennomsnitt, median og standardavvik.

Cronbach's alfa er brukt for å beregne intern konsistens for skalavariablene sikkerhetsklime, teamarbeidsklime samt oppfatning av ledelsens fokus på pasientsikkerhet. Individuell skår på skalavariablene er rapportert som gjennomsnitt, og andel respondenter og enheter med positiv skår er rapportert som prosent.

T-test for uavhengige utvalg ble brukt for å analysere forskjeller i gjennomsnittskår mellom gruppene utdanningsnivå (høy og lav) og arbeidserfaring fra nåværende arbeidssted (< 4 år og  $\geq$  4 år), samt variansanalyse (ANOVA) for å undersøke forskjeller mellom aldersgruppene ( $\leq$  29 år, 30–39 år, 40–49 år, 50–59 år og  $\geq$  60). Nivå for statistisk signifikans ble satt til  $p < 0,05$ . Analysene ble gjort ved hjelp av SPSS versjon 23 for Windows.

### **Etiske overveielser**

Studien ble gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen (WMA, 1964/2013). Informasjon om studien ble gitt til deltakerne sammen med forespørselen. Prosjektet ble meldt Personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (prosjektnummer 44114).

### **Resultater**

Totalt 160 (28 %) av 580 ansatte fra 6 kommuner fordelt på 16 enheter svarte på undersøkelsen. Av de som ikke deltok, var det 36 som svarte på forespørselen og takket nei til deltakelse, mens 384 unnlot å svare. Svarprosent per enhet (N=16) varierte fra 20 til 66 %. Utvalget inkluderte 156 kvinner og 4 menn. Halvparten hadde helsefaglig bachelorutdanning (77 sykepleiere og 3 vernepleiere), og andre halvparten hadde lavere utdanning (77 helsefagarbeidere<sup>1</sup>, 2 sykepleierstudenter og 1 assistent). 63 % var 40 år eller eldre, og gjennomsnittlig antall års jobberfaring i helsetjenesten var 17 år (median 16, variasjonsbredde 0–45 år). 72 % hadde mer enn 4 års erfaring fra nåværende arbeidssted.

#### *Gjennomsnittskår og andel positive svar på de 16 enkeltvariablene i SAQ*

Svar på de 16 påstandene i SAQ er vist i Tabell 1. Høyest gjennomsnittsskår på én enkeltvariabel var knyttet til teamarbeidsklime: «Her er det lett for ansatte å spørre når det er

Sikkert nok? En kvantitativ studie av helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

noe de ikke forstår» (87,0), mens lavest gjennomsnittsskår fikk en av variablene knyttet til ledelsens fokus på pasientsikkerhet: «Ledelsen for helse- og omsorgstjenesten i kommunen gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten» (52,8). Det var også på disse to variablene det ble funnet henholdsvis den høyeste (88,7 %) og laveste (35,7 %) andelen positive svar (det vil si, faktorskår  $\geq 75$ ) blant respondentene.

(Sett inn Tabell 1, med følgende tittel: Tabell 1. Svar på de 16 påstandene i faktorene Sikkerhetsklima, Teamarbeidsklima og Oppfatning av ledelsens fokus på pasientsikkerhet – på individnivå (N=160))

*Skår og andel positive svar på faktorene teamarbeidsklima, sikkerhetsklima og oppfatning av ledelsens fokus på pasientsikkerhet – på individnivå*

Ser en på gjennomsnittsskår på de tre faktorene (Tabell 1), var denne 72,3 på sikkerhetsklima (standardavvik 17,8), 79,1 på teamarbeidsklima (standardavvik 17,4) og 62,0 (standardavvik 24,1) på oppfatning av ledelsens fokus på pasientsikkerhet. Maksimumskår var 100 på alle tre faktorer, mens minimumsskår var 17 på teamarbeidsklima, 25 på sikkerhetsklima og 0 på ledelsens fokus på pasientsikkerhet. Andelen positive svar var 52,9 % på sikkerhetsklima, 73,3 % på teamarbeidsklima og 42,1 % på ledelsens fokus på pasientsikkerhet. Intern konsistens for de tre faktorene var tilfredsstillende:  $\alpha=0,78$  for sikkerhetsklima,  $\alpha=0,72$  for teamarbeidsklima og ( $\alpha=0,78$ ) for ledelsens fokus på pasientsikkerhet.

*Andel positive svar på faktorene sikkerhetsklima og teamarbeidsklima – etter enhet*

Figur 1 og 2 viser andel positive svar (faktorskår  $\geq 75$ ) på henholdsvis sikkerhetsklima og teamarbeidsklima – etter enhet. 31,3 % av enhetene (5 av 16) hadde et *modent* sikkerhetsklima, det vil si enheter hvor minimum 60 % av de ansatte har skåret  $\geq 75$  på faktoren i SAQ. Tilsvarende andel for teamarbeidsklima var 68,8 % (11 av 16).

Gjennomsnittlig andel positive svar for enhetene var 45,3 % på sikkerhetsklima og 65,0 % på teamarbeidsklima.

(Sett inn figur 1 og 2, med følgende titler: Figur 1 Sikkerhetsklima, andel positive svar etter enhet; Figur 2 Teamarbeidsklima, andel positive svar etter enhet)

Sikkert nok? En kvantitativ studie av helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

### *Gjennomsnittsskår sikkerhetsklime og teamarbeidsklime – etter utdanning, alder og erfaring fra nåværende arbeidssted*

Tabell 2 gir en oversikt over gjennomsnittsskår på sikkerhets- og teamarbeidsklime – etter utdanning, kjønn, alder og erfaring fra nåværende arbeidssted. For begge faktorer ble det funnet at de med lengst erfaring fra nåværende arbeidssted hadde signifikant høyere skår enn de med kortere ansettelsesforhold. Gjennomsnittsskår på sikkerhetsklime var 74,3 for gruppen som hadde jobbet 4 år eller lengre på arbeidsstedet, mens gruppen med kortere erfaring skåret 66,8 ( $p = 0,02$ ). Tilsvarende, på teamarbeidsklime var gjennomsnittsskår henholdsvis 80,9 og 74,3 ( $p = 0,03$ ).

(Sett inn tabell 2 med følgende tittel: Tabell 2 Gjennomsnittsskår for sikkerhetsklime og teamarbeidsklime, etter utdanning, alder og erfaring fra nåværende arbeidssted)

### *Gjennomsnittsskår for oppfatning av ledelsens fokus på pasientsikkerhet – etter utdanning, alder og erfaring fra nåværende arbeidssted*

I tabell 3 gis en oversikt over gjennomsnittsskår for oppfatninger av ledelsens fokus på pasientsikkerhetsarbeid – etter utdanning, alder og erfaring fra nåværende arbeidssted. Signifikante forskjeller ble funnet for utdanning og erfaring fra nåværende arbeidsted: Gruppen med lav utdanning skåret høyere (65,8) enn den med høy utdanning (58,0) ( $p= 0,04$ ), og de som hadde jobbet 4 år eller lengre på arbeidsplassen, skåret høyere (64,9) enn de med kortere erfaring (54,4) ( $p= 0,02$ ).

(Sett inn tabell 3 med følgende tittel: Tabell 3 Gjennomsnittsskår for oppfatning av ledelsens fokus på pasientsikkerhet, etter utdanning, alder og erfaring fra nåværende arbeidssted)

## **Diskusjon**

Etter hva vi kjenner til, er dette den første studien som har undersøkt holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien her i landet. Resultatene viser at andelen enheter som rapporterer et modent pasientsikkerhetsklime i hjemmesykepleien, er lav og at holdninger til pasientsikkerhet blant helsepersonellet varierer med utdanning og arbeidserfaring.

### **Andel enheter med modent sikkerhets- og teamarbeidsklima**

En høy gjennomsnittsskår er ikke uten videre et uttrykk for en positiv kultur, da det kan være varierende skårer blant respondentene. Andel som har svart *positivt*, er et bedre mål på kultur, da kultur er noe man har felles eller er enige om; «one attitude is an opinion, but the aggregate attitude of everyone in a clinical area is climate» (Sexton et al., 2006, s. 4). Enheter med *modent* klima, det vil si enheter hvor minst 60 % av medarbeiderne gir høy skår på klima i sin enhet, har lavere risiko for pasientskade (Helsedirektoratet, 2016a). I vår studie rapporterte 31,3 % av enhetene et modent sikkerhetsklima og 68,8 % et modent teamarbeidsklima. Dette indikerer at minst 68 % av enhetene vi har undersøkt, kan ha en forhøyet risiko for uønskede hendelser grunnet «umodent» sikkerhets- og/eller teamarbeidsklima.

Sammenlignet med undersøkelsen i spesialisthelsetjenesten i 2014 (Helsedirektoratet, 2016a), kommer hjemmesykepleien dårlig ut når det gjelder sikkerhetsklima. Andelen enheter med modent sikkerhetsklima i Helse Midt-Norge – som er mest nærliggende å sammenligne med ut fra geografi – var på 63 %, altså dobbelt så stor andel som i hjemmesykepleien (31,3 %). På teamarbeidsklima er andelen imidlertid omtrent den samme; 72 % (mot 68 % i hjemmesykepleien). Dette kan være et resultat av at helseforetakene har arbeidet systematisk og over lengre tid med pasientsikkerhet. Helseforetakenes kartlegginger i 2012 og 2014 kan ikke gi svar på dette, da data fra de to undersøkelsene ikke kan sammenstilles. Dette fordi det i 2012 var systematiske forskjeller mellom foretakene når det gjaldt hvilket organisatorisk nivå som ble lagt til grunn for rapporteringen av data, og dermed kunne det ikke gjøres en nasjonal sammenstilling (Helsedirektoratet, 2016a). Imidlertid viser internasjonal forskning (Weaver et al., 2013) at systematisk sikkerhetsarbeid kan ha effekt på pasientsikkerhetskulturen. Kommuner og helseforetak har likelydende krav på seg til å arbeide systematisk med pasientsikkerhet som del av kvalitetsarbeidet, men det ser ikke ut til å ha hatt samme virkning i hjemmesykepleien som på sykehusene i Midt-Norge. Det som skiller enhetene når det gjelder krav til pasientsikkerhetsarbeid, er i all hovedsak helseforetakenes meldeplikt slik vi har beskrevet dem i introduksjonen til denne artikkelen. Det er nærliggende å tro at dette kan være av betydning for deres innsats. En annen mulig forklaring kan være at det er organisatorisk enklere å sette i gang kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid i en stor organisasjon med felles organisatorisk og teknologisk plattform for informasjonsutveksling, enn i en fragmentert kommunekontekst der de ansatte arbeider alene store deler av dagen.

### **Andel positive svar på individnivå**

Ser en på andelen positive svar på individnivå i vår studie, var også andelen her markant lavere på sikkerhetsklima (52,9 %) enn på teamarbeidsklima (73,3 %). Dette kan indikere at ansatte erfarer at det er vanskelig å snakke om risiko og uønskede hendelser ved sitt arbeidssted, men at de opplever å få god støtte fra sitt team. De ansatte i hjemmesykepleien kan oppleve et tilfredsstillende teamarbeid selv om de oftest arbeider alene ute i pasientenes hjem. De kan dermed få tilstrekkelig støtte når de møtes kortvarig i løpet av arbeidsdagen eller via telefonisk samarbeid. I en større studie gjennomført av Kristensen et al. (2015) ved akuttavdelinger i sykehus i åtte europeiske land, var gjennomsnittlig andel positive svar blant sykepleiere i klinikken 32,8 % på sikkerhetsklima og 36,5 % på teamarbeidsklima.

Resultatforskjellen mellom Kristensen et al. (2015) og vår studie kan indikere at det å jobbe tett sammen, som man gjør i en sykehusavdeling, ikke nødvendigvis oppleves å gi et godt teamarbeidsklima. Selv om våre resultater viser at fåtallet av enhetene har et modent sikkerhetsklima, ser vi at hjemmesykepleien skårer høyere (52,3 %) enn de undersøkte europeiske sykehusene når det gjelder opplevelse av sikkerhetsklima på individnivå. Det internasjonale bildet er heller ikke entydig: Gallego et al. (2012), fant at hjemmesykepleiere i Australia skåret høyere på sikkerhetsklima enn på teamarbeidsklima. I deres studie skåret ansatte i hjemmesykepleien omtrent likedan på teamarbeidsklima og sikkerhetsklima som ansatte ved lokalsykehus, men høyere enn ansatte ved de større sykehusene. Dette kan indikere at internasjonalt har sykehus av en viss størrelse flere utfordringer med sikkerhets- og teamarbeidsklima enn hva små enheter har – slik som hjemmesykepleien.

Vi har ovenfor antydnet at meldeplikt og organisasjonsmessige forhold kan være årsaker til ulikheter mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien hva gjelder andel enheter med modent sikkerhetsklima og teamarbeidsklima. Dette kan naturlig nok også være en forklaring på de ansattes holdninger på individnivå. Resultatet kan understøtte at systematisk arbeid ikke har vært igangsatt når det gjelder pasientsikkerhetsarbeid i hjemmesykepleien, mens teamarbeid enten er satset på i enheten eller har utviklet seg i enheten på grunn av de ansattes egne initiativ til – og behov for – et slikt samarbeid.

### **Individuell skår på sikkerhetsklima, teamarbeidsklima og oppfatning av ledelsen**

Ser en på gjennomsnittlig faktorskår, er det relativt liten forskjell mellom sikkerhetsklima (72,3) og teamarbeidsklima (79,1). Faktorskårene skiller seg heller ikke særlig ut fra det som

er rapportert ved helseforetakene (Helsedirektoratet, 2016a), ved europeiske sykehus (Kristensen et al., 2015) og for legevakt og legekantor her i landet (Bondevik et al., 2014b). Som nevnt ovenfor, er imidlertid en høy gjennomsnittsskår ikke nødvendigvis et uttrykk for en positiv kultur, da det kan være varierende skårer blant respondentene. Varierende skårer blant respondentene var særlig tydelig på oppfatninger av ledelsens fokus på pasientsikkerhet, hvor variasjonsbredden var fra 0 til 100, mens gjennomsnittlig faktorskår var 62,0 – markant lavere enn for sikkerhetsklima og teamarbeidsklima. Siden denne skalavariabelen inkluderer kun tre spørsmål fra den opprinnelige kortversjonen av SAQ, kan resultatet ikke uten videre sammenstilles med andre studier som har anvendt SAQ. At ansatte i hjemmesykepleien skårer lavt på både sikkerhetsklima og oppfatninger av ledelsens fokus på pasientsikkerhet, bekrefter påstanden om at ledelsen har stor innvirkning på pasientsikkerhetskulturen. Ledere som har gode kunnskaper og ferdigheter i sikkerhetsarbeid, bidrar til en mer positiv holdning hos den enkelte ansatte og en sterkere sikkerhetskultur i enhetene (Kristiansen et al., 2016).

### **Variasjon i holdninger til pasientsikkerhet**

Våre resultater viste signifikant variasjon i holdninger til pasientsikkerhet blant helsepersonellet, relatert til utdanning og arbeidserfaring fra nåværende arbeidssted. De som hadde jobbet fire år eller lengre på arbeidsplassen, skåret høyere både på sikkerhetsklima, teamarbeidsklima og oppfatning av ledelsens fokus på pasientsikkerhetsarbeid – enn de med kortere ansettelsesforhold. Etter hva vi kjenner til, er det ikke tidligere publisert studier som har undersøkt forskjeller i holdninger til pasientsikkerhet relatert til lengden på ansettelsesforhold ved arbeidsstedet. At ansettelsestid på nåværende arbeidssted gir forskjeller i pasientsikkerhetsspørsmål, kan ha flere forklaringer. De med kort ansettelsestid kan ha opprettholdt et kritisk nybegynnerblikk på sin organisasjon, og de skårer dermed lavere på faktorene beskrevet ovenfor, mens de med lengre fartstid har funnet seg bedre til rette med tilstanden slik den er. Omvendt kan man tenke seg at ansatte med lengre erfaring fra arbeidsplassen har skaffet seg en bredere og dypere oversikt og erfaring enn de med kortere arbeidserfaring. De kan dermed tydeligere se og vurdere kompleksiteten i pasientsikkerhetsarbeidet, slik at deres holdninger kommer ut som mer positive enn de med kortere arbeidserfaring fra gjeldende arbeidssted, som fortsatt kan ha mest fokus på operative, konkrete forhold i sin arbeidshverdag.

Våre resultater viste også signifikant variasjon i oppfatninger av ledelsens fokus på pasientsikkerhet relatert til utdanning – de med lav utdanning skåret høyere enn de med høy

Sikkert nok? En kvantitativ studie av helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

utdanning. Dette kan indikere at kritisk vurdering av lederfokus på pasientsikkerhet henger sammen med innhold i de ulike utdanningene. Sykepleiere og vernepleiere har mer kunnskap om, og bredere ansvar for, pasientsikkerhet i sin utdanning og daglige jobb enn helsefagarbeidere. De kan dermed ha høyere forventning til sine ledere i sikkerhetsarbeidet.

### **Metodiske overveielser**

Overføringsverdien av resultater fra denne studien må vurderes i lys av begrensning ved utvalget, som er representert ved 160 ansatte i hjemmesykepleien i seks kommuner i Midt-Norge. Av praktiske hensyn ble spørreundersøkelsen distribuert elektronisk via e-post, og dette kan ha påvirket svarprosenten i studien. En pasientsikkerhetsstudie ved kanadiske sykehusavdelinger (Allen, Chiarella, & Homer, 2010) viste at spørreskjema distribuert til de ansatte via personlig e-post, ga langt lavere svarprosent (21 %) enn når det ble gitt til den ansatte personlig (100 %) eller under avdelingsmøter med avsatt tid til besvarelse (92 %).

En lav svarprosent, særlig på enhetsnivå (variasjonsbredde 20 til 66 %), innebærer usikre resultater. Anbefalt svarprosent for å kunne trekke sikre konklusjoner ved bruk av SAQ, er 60 % eller høyere (Sexton et al., 2006). Studien må derfor anses som en foreløpig oversikt over holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien i norske kommuner. Lav deltakelse kan ha medført en skjevhet i utvalget, for eksempel ved at de som er minst positive til pasientsikkerheten i sin enhet, har unnlatt å delta. En studie gjort av Rogelberg et al. (2003) indikerer imidlertid at personer som er aktivt ikke-deltakende til spørreundersøkelser (det vil si svarer at de ikke vil delta) har mer negative holdninger til organisasjonen enn de som faktisk deltar – og at de passivt ikke-deltakende (det vil si de som unnlater å svare) holdningsmessig er lik de som faktisk deltar. Rogelberg et al. konkluderte at det er mindre fare for utvalgsskjevhet i undersøkelser med holdningsspørsmål. Det at det var langt flere passivt ikke-deltakende enn aktivt ikke-deltakende i vår studie, kan – ut fra Rogelberg et al. sin studie – indikere at resultatene ikke ville vært vesentlig annerledes dersom svarprosenten var høyere.

En styrke ved studien er at den tilbyr kunnskap på et område hvor det mangler tidligere forskning. Det er også en styrke at datamaterialet dekker flere kommuner i samme landsdel, og at disse er representative med hensyn til størrelse og beliggenhet.

Sikkert nok? En kvantitativ studie av helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

SAQ, Generic version, Short Form 2006 har ikke tidligere vært anvendt i en hjemmesykepleiekontekst, og denne studien gir derfor et viktig bidrag om nytten av måleinstrumentet. Kun faktorene teamarbeidsklima og sikkerhetsklima ble anvendt i sin helhet, og dette gir mindre mulighet for sammenstilling med andre studier hvor alle seks faktorer inngår. Imidlertid er teamarbeidsklima og sikkerhetsklima ansett som de viktigste faktorene når pasientsikkerhetskultur skal måles (Sexton et al., 2006). Intern konsistens for de to SAQ-faktorene var tilfredsstillende:  $\alpha=0,78$  for sikkerhetsklima og  $\alpha=0,72$  for teamarbeidsklima. Skalavariabelen vi konstruerte for å måle oppfatninger av ledelsens fokus på pasientsikkerhet, ble beregnet til  $\alpha=0,78$ . Sistnevnte skalavariabel kan ikke uten videre brukes for å sammenligne resultater med andre studier. Vi har imidlertid oppgitt hvilke variabler som inngår, og dette styrker både etterprøvnbarhet og overførbarhet til andre studier.

## **Konklusjon**

Andelen enheter som har et modent pasientsikkerhetsklima i hjemmesykepleien, er lav, og det er variasjon i holdninger til pasientsikkerhet blant helsepersonellet. Denne studien må betraktes som en foreløpig rapport over situasjonen i norsk hjemmesykepleie på dette feltet. Det er behov for videre forskning på pasientsikkerhetskultur og holdninger til pasientsikkerhet blant helsepersonell i hjemmesykepleien. SAQ, Generic version, Short Form 2006 kan være et nyttig redskap i så måte, men det behøves et større utvalg for å kunne teste og validere instrumentet for bruk i denne konteksten. Med et større utvalg vil det også være interessant å undersøke nærmere de variasjonene vi fant i holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien, relatert til helsepersonellens utdanningsnivå og erfaring fra sitt nåværende arbeidssted.

## **Referanser**

- Aase, K. (2015). Introduksjon. I: K. Aase (red): *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (2.utg., s. 13–21). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, K., & Wiig, S. (2015). Læring og uønskede hendelser. I: K. Aase (red): *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (2.utg., s. 98–112). Oslo: Universitetsforlaget.



Sikkert nok? En kvantitativ studie av helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

- Allen, S., Chiarella, M., & Homer, C.S. (2010). Lessons learned from measuring safety culture: An Australian case study. *Midwifery*, *26*(5), 497–503. doi: 10.1016/j.midw.2010.07.002.
- Bondevik, G.T., Hofoss, D., Hansen, E.H., & Tveter, E.C. (2014a). The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. *BMC Health Services Research*, *14*(139). doi: 10.1186/1472-6963-14-139.
- Bondevik, G.T., Hofoss, D., Hansen, E.H., & Tveter, E.C. (2014b). 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. doi: 10.3109/02813432.2014.962791.
- Colla, J.B., Bracken, A.C., Kinney, L.M., & Weeks, W.B. (2005). Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Quality and Safety in Health Care*, *14*(5), 364–366. doi: 10.1136/qshc.2005.014217.
- Cresswell, K.M., Panesar, S.S., Salvilla, S.A., Carson-Stevens, A., Larizgoitia, L., Donaldson, L.J., Bates, D., & Sheikh, A. (2013). Global Research Priorities to Better Understand the Burden of Iatrogenic Harm in Primary Care: An International Delphi Exercise. *PLoS Medicine* *10*(11), e1001554. doi: 10.1371/journal.pmed.1001554.
- Deilkås, E.T., & Hofoss, D. (2008). Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), generic version. *BMC Health Services Research*, *8*:191. doi: 10.1186/1472-6963-8-191.
- Deilkås, E.T., & Hofoss, D. (2010). Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of variance in patient safety culture. *BMC Health Services Research*, *10*(85). doi: 10.1186/1472-6963-10-85.
- European Network for Patient Safety. (EUNetPaS). (2010). *A general guide for education and training in patient safety*. Hentet fra [http://www.eu-patient.eu/globalassets/projects/eunetpas/guidelines\\_final\\_22-06-2010.pdf](http://www.eu-patient.eu/globalassets/projects/eunetpas/guidelines_final_22-06-2010.pdf)
- Flatgård, I. (2015). Avvik stoppes og avvises. «Det er bukken som passer havresekken». *Tidsskriftet Sykepleien*, *103*(3), 32–37.

Sikkert nok? En kvantitativ studie av helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Frankel, A., Grillo, S., Pittman, M., Thomas, E., Horowitz, L., Page, M., et al. (2008).

Revealing and Resolving Patient Safety Defects: The Impact of Leadership WalkRounds on Frontline Caregiver Assessments of Patient Safety. *Health Services Research*, 43(6), 2050–2066. doi: 10.1111/j.1475-6773.2008.00878.x.

Gallego, B., Westbrook, M.T., Dunn, A.G., & Braithwaite, J. (2012). Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. *International Journal of Quality in Health Care*, 24(4), 311–320. doi: 10.1093/intqhc/mzs028.

Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality & Safety*, 20(4), 338–343. doi: 10.1136/bmjqs.2010.040964.

Helsedirektoratet (2016a). *Pasientsikkerhetskultur i norske helseforetak og sykehus*.

*Undersøkelser gjennomført i 2012 og 2014*. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, Helsedirektoratet, IS-2406. Hentet fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no>

Helsedirektoratet (2016b). *Årsrapport 2015. Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. Rapport IS-2470. Hentet fra

[https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1190/Aarsrapport\\_2015\\_Meldeordningen.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1190/Aarsrapport_2015_Meldeordningen.pdf)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov av 24.juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Hessels, A.J., & Larson, E.L. (2016). Relationship between patient safety climate and standard precaution adherence: a systematic review of the literature, *Journal of Hospital Infection*, 92(4), 349–362. doi: 10.1016/j.jhin.2015.08.023.

Hofmann, D., & Mark, B. (2006). An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Personnel Psychology*, 59(4), 847-869. doi: 10.1111/j.1744-6570.2006.00056.x.

Sikkert nok? En kvantitativ studie av helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

Hofoss, D., & Deilkas, E. (2008). Roadmap for patient safety research: approaches and roadforks. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(8), 812-817. doi: 10.1177/1403494808096168.

Juul, B., & Bratteng, K.M. (2015). *Kvalitet i sykehjem – Ilevollen sykehjem*. Rapport 11/2014-F. Trondheim: Trondheim Kommunerevisjon.

Kristensen, S., & Bartels, P. (2010). *Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations*. Results of the EUNetPaS project. Aarhus: European Society for Quality in Healthcare, Office for Clinical Quality Indicators. Hentet fra <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/eunetpas/WP1-REPORT%20%20Use%20of%20%20PSCI%20and%20recommandations%20-%20March%20%202010.pdf>

Kristensen, S., Christensen, K.B., Jaquet, A., Beck, C.M., Sabroe, S., Bartels, P., & Mainz, J. (2016). Strengthening leadership as a catalyst for enhanced patient safety culture: a repeated crosssectional experimental study. *BMJ Open*, 6, e010180. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010180.

Kristensen, S., Hammer, A., Bartels, P., Suñol, R., Groene, O., Thompson, C.A., Arah, O.A., Kutaj-Wasikowska, H., Michel, P., & Wagner, C. (2015). Quality management and perceptions of teamwork and safety climate in European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(6), 499–506. doi: 10.1093/intqhc/mzv079.

Lorincz, C.Y., Drazen, E., Sokol, P.E., Neerukonda, K.V., Metzger, J., Toepp, M.C., Maul, L., Classen, D.C., & Wynia, M.K. (2011). *Research in Ambulatory Patient Safety 2000–2010: A 10-Year Review*. American Medical Association, Chicago IL. Hentet fra [https://c.ymcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/Research-in-Amb-Pat-Saf\\_AMAr.pdf](https://c.ymcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/Research-in-Amb-Pat-Saf_AMAr.pdf)

Meld. St. 10 (2012–2013). (2012). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>

National Patient Safety Foundation (NPSF). (2015). *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human*. National Patient Safety Foundation, Boston, MA. Hentet fra <http://www.npsf.org/>

Sikkert nok? En kvantitativ studie av helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) (2016). Mottatte saker - behandlingssted/type sak. Hentet fra <http://www.npe.no/no/pasientsikkerhet-og-statistikk/statistikk/mottatte-saker-behandlingssted-type-sak/>

NOU 2015:11. *Med åpne kort – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Panesar, S.S., de Silva, D., Carson-Stevens, A., et al. (2016). How safe is primary care? A systematic review. *BMC Quality & Safety*, 25(7), 544–553. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004178.

Pasient- og brukerombudet. (2016). *Årsmelding 2015. Pasient- og brukerombudene i Norge*. Hentet fra <https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/pasient-%20og%20brukerombudet/arsmelding-pobo-2015.pdf>

Rogelberg, S.G., Conway, J.M., Sederburg, M.E., Spitzmüller, C., Aziz, S., & Knight, W.E. (2003). Profiling active and passive nonrespondents to an organizational survey. *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 1104–1114. doi: 10.1037/0021-9010.88.6.1104.

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. doi: 10.1186/1472-6963-6-44.

Singer, S.J., Gaba, D.M., Falwell, A., Lin, S., Hayes, J., & Bakeret, L. (2009). Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Medical Care*, 47(1), 23–31. doi: 10.1097/MLR.0b013e31817e189d.

Skjellanger A.G., Deilkås, E.T., Sørensen, R., Advocaat-Vedvik, J., Brudvik, M., Schreiner, M., Fredheim, N., Longva, K.W., Austdal, C., Lemser, M., & Nikolaisen, J. (2014). *Sluttrapport for Pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24-7, 2011–2013*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-i-trygge-hender-24-7-2011-2013>

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

Sikkert nok? En kvantitativ studie av helsepersonell sine holdninger til pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

Statistisk sentralbyrå (SSB) (2016). *Pleie- og omsorgstenester, 2015. Tabell 1, Pleie og omsorg*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar/2016-06-29>

Stende, T., & Kramer, I.-J. (2014). *Kvalitetslosen – en undersøkelse av avviksbehandlingen ved Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet*. Rapport 16/2014. Oslo: Oslo Kommunerevisjon

Hentet fra

[http://www.pangstart.oslo.kommune.no/getfile.php/bystyret%20\(BYSTYRET\)/Internett%20\(BYSTYRET\)/Dokumenter/Kontrollutvalget/Motedokumenter/Innstillinger/2014/M%C3%B8te%2028102014/Sak%2079%20-%20Trykt%20Rapport%2016%202014%20Kvalitetslosen.pdf](http://www.pangstart.oslo.kommune.no/getfile.php/bystyret%20(BYSTYRET)/Internett%20(BYSTYRET)/Dokumenter/Kontrollutvalget/Motedokumenter/Innstillinger/2014/M%C3%B8te%2028102014/Sak%2079%20-%20Trykt%20Rapport%2016%202014%20Kvalitetslosen.pdf)

Styrelsen for Patientsikkerhed (2016). *Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Årsberetning 2015*.

Hentet fra

[http://stps.dk/da/nyheder/2016/~/\\_media/3E68AD018AB34FED943A5104864B6273.ashx](http://stps.dk/da/nyheder/2016/~/_media/3E68AD018AB34FED943A5104864B6273.ashx)

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. doi: 10.1093/geront/gns007.

Vaughn, T., Koepke, M., Kroch, E., Lehrman, W., Sinha, S., & Levey, S. (2006) Engagement of leadership in quality improvement initiatives: executive quality improvement survey results. *Journal of Patient Safety*, 2(1), 2–9.

Weaver, S.J., Lubomksi, L.H., Wilson, R.F., Pfoh, E.R., Martinez, K.A., & Dy, S.M. (2013). Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5), 369-374. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002.

World Health Organization (WHO) (2009). *Human Factors in Patient Safety. Review of Topics and Tools*. Report for Methods and Measures. Working Group of WHO Patient Safety/World Health Organization. Hentet fra [http://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf)

World Medical Association (WMA) (1964/2013). *The Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hentet fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

## Noter

1. I spørreskjemaet var et av svaralternativene for utdanning helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider. Vi bruker her benevnelsen helsefagarbeider, da denne yrkestittelen erstatter de tidligere titlene hjelpepleier og omsorgsarbeider.

Tabell 1. Svar på de 16 påstandene i faktorene Sikkerhetsklima, Teamarbeidsklima og Oppfatning av ledelsens fokus på pasientsikkerhet – på individnivå (N=160)

Faktor	Påstand	Gj.snitt <sup>a</sup>	(SA) <sup>b</sup>	Missing <sup>c</sup>	Positive svar, % <sup>d</sup>	
<i>Sikkerhetsklima</i>		<i>Total</i>	<i>72.3</i>	<i>(17.8)</i>	<i>5</i>	<i>52.9</i>
	1 Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	78.9	(25.0)	5	78.7	
	2 Her blir medisinske feil håndtert riktig	77.6	(26.7)	6	79.3	
	3 Jeg vet hvilke kanaler jeg skal bruke for å stille spørsmål om pasientsikkerhet her	77.7	(25.4)	5	77.4	
	4 Jeg får passende tilbakemelding om arbeidet mitt (korrekt, tilstrekkelig og fra rett person)	66.4	(26.6)	6	63.0	
	5 Det er vanskelig å diskutere feil her <sup>e</sup>	62.9	(30.2)	5	57.5	
	6 Kolleger oppmuntrer meg til å si fra om enhver sikkerhetsbekymring som jeg måtte ha	73.7	(26.2)	5	71.0	
	7 Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil	68.6	(26.1)	8	61.8	
<i>Teamarbeidsklima</i>		<i>Total</i>	<i>79.1</i>	<i>(17.4)</i>	<i>0</i>	<i>73.3</i>
	8 Mine innspill blir godt mottatt her	77.8	(24.6)	0	77.6	
	9 Her er det vanskelig å si fra om jeg oppdager et problem i pasientbehandlingen <sup>e</sup>	75.3	(30.7)	0	78.1	
	10 Her blir uenighet håndtert riktig (dvs. ikke ut fra hvem som har rett, men ut fra hva som er best for pasienten)	74.4	(29.8)	0	72.5	
	11 Jeg får den støtte jeg trenger fra andre ansatte for å ta meg av pasientene	84.1	(23.7)	0	86.9	
	12 Her er det lett for ansatte å spørre når det er noe de ikke forstår	87.0	(23.3)	1	88.7	
	13 De ansatte her samarbeider som et velkoordinert team	76.0	(26.4)	0	78.7	
<i>Oppfatning av ledelsens fokus på pasientsikkerhet</i>		<i>Total</i>	<i>62.0</i>	<i>(24.1)</i>	<i>6</i>	<i>42.1</i>
	14 Mine forslag om sikkerhet ville bli behandlet om jeg la dem fram for ledelsen	69.6	(26.9)	7	67.4	
	15 Ledelsen her i enheten gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten	63.5	(30.0)	6	55.9	
	16 Ledelsen for helse- og omsorgstjenesten i kommunen gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten	52.8	(30.2)	6	35.7	

<sup>a</sup> Skåring: 0=Svært uenig, 25= Litt uenig, 50= Nøytral, 75= Litt enig, 100= Svært enig; <sup>b</sup> Standardavvik; <sup>c</sup> «Spørsmålet passer ikke» var et svaralternativ, og dette ble kodet som «missing»; <sup>d</sup> Skår ≥75 defineres som positivt svar;

<sup>e</sup> Påstand nr. 5 og 9 ble reversert, slik at det mest positive svaret i forhold til pasientsikkerhetskultur ga høyest poengsum

**Tabell 2.** Gjennomsnittskår for sikkerhetsklima og teamarbeidsklima, etter utdanning, alder og erfaring fra nåværende arbeidssted

		n	Gj.snitt	(SA)*	p-verdi
<i>Sikkerhetsklima</i>	Total	155	72.3	(17.8)	
	Utdanning				0.42
	Høyere	76	71.1	(18.0)	
	Lavere	79	73.4	(17.7)	
	Alder (år)				0.22
	≤ 29	22	70.5	(14.5)	
	30-39	35	76.2	(18.7)	
	40-49	50	68.7	(19.0)	
	50-59	33	72.0	(16.6)	
	≥ 60	15	78.3	(17.7)	
	Ansettelse (år)				<b>0.02</b>
	< 4	42	66.8	(17.2)	
≥ 4	113	74.3	(17.7)		
<i>Teamarbeidsklima</i>	Total	160	79.1	(17.4)	
	Utdanning				0.92
	Høyere	80	78.9	(18.0)	
	Lavere	80	79.2	(16.9)	
	Alder (år)				0.45
	≤ 29	22	81,7	(13,1)	
	30-39	37	80,7	(18,9)	
	40-49	52	77,3	(18,4)	
	50-59	34	76,0	(17,2)	
	≥ 60	15	84,2	(15,9)	
	Ansettelse (år)				<b>0.03</b>
	< 4	43	74.3	(19.1)	
≥ 4	117	80.9	(16.5)		

\* Standardavvik

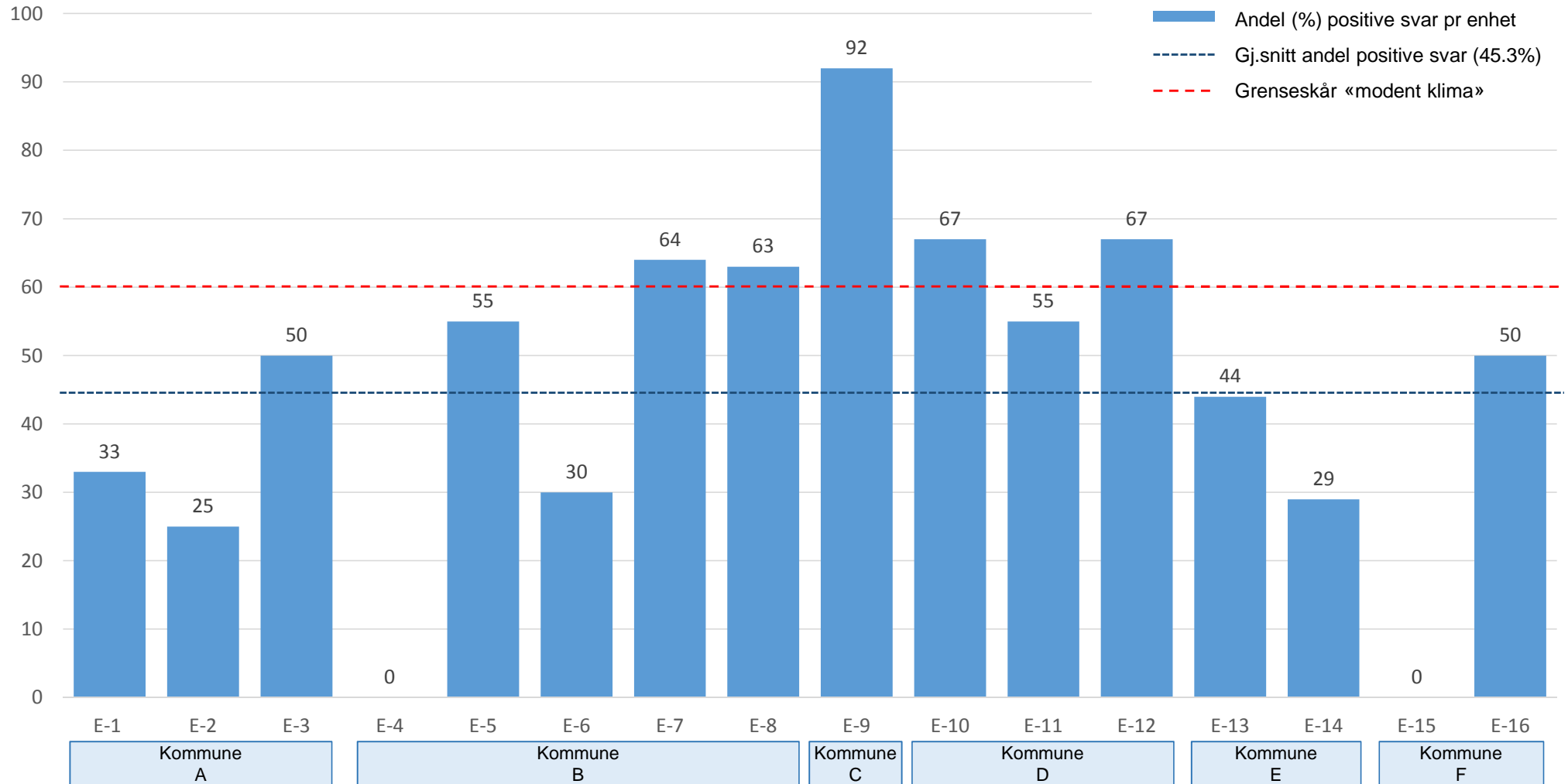


**Tabell 3.** Gjennomsnittsskår for oppfatning av ledelsens fokus på pasientsikkerhet, etter utdanning, alder og erfaring fra nåværende arbeidssted

	n	Gj.snitt	(SA)*	p-verdi
Total	154	62.0	(24.1)	
Utdanning				<b>0.04</b>
Høyere	76	58.0	(23.3)	
Lavere	78	65.8	(24.4)	
Alder (år)				0.17
≤ 29	22	58.7	(25.1)	
30-39	35	61.0	(20.6)	
40-49	50	58.2	(25.7)	
50-59	32	65.4	(24.2)	
≥ 60	15	74.4	(22.6)	
Ansettelse (år)				<b>0.02</b>
< 4	42	54.4	(23.2)	
≥ 4	112	64.9	(23.9)	

\* Standardavvik

Figur 1. Sikkerhetsklima, andel positive svar etter enhet



Figur 2. Teamarbeidsklima, andel positive svar etter enhet

