

2021:00069 - Åpen

# Rapport

## Pasientsikkerhetskultur

Oppfatninger og holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmetjeneste og i korttidsavdeling i kommunale helse- og omsorgstjenester

### Forfattere

Lisbet Grut, Mette Røhne og Kathrine Cappelen



Foto: SINTEF / Henning Tunslı

# Rapport

## Pasientsikkerhetskultur

Oppfatninger og holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmetjeneste og i korttidsavdeling i kommunale helse- og omsorgstjenester

EMNEORD:  
Pasientsikkerhet  
Helsetjenester  
Omsorgstjenester  
Sikkerhetskultur

VERSJON  
0.2

DATO  
2021-01-20

FORFATTERE

Lisbet Grut, Mette Røhne og Kathrine Cappelen

OPPDRAKSGIVER  
RFF Oslofjordfondet

OPPDRAKSGIVERS REF.  
285538

PROSJEKTNR  
102019160

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:  
45+1 vedlegg

SAMMENDRAG

Rapporten formidler resultater fra en spørreskjemaundersøkelse om ansattes oppfatninger av og holdninger til pasientsikkerhet i kommunale helse- og omsorgstjenester, gjennomført ved hjelp av den norske validerte versjonen av spørreskjemaet *Nursing Home Survey on Patient Safety*. Undersøkelsen leder fram til fem anbefalte punkter: 1) Ledelsesforankring på alle nivåer, også førstelinjeledere, er viktig for å utvikle en god pasientsikkerhetskultur; 2) Lokal forankring av tiltak og involvering av ansatte med direkte pasient-brukerkontakt er viktig for at innsats knyttet til pasientsikkerhet skal føre til konkrete resultater; 3) Det er nødvendig med konkrete og kortsiktige resultatmål; 4) For å utvikle en kultur der ansatte er opptatt av pasientsikkerhet, må ledere og ansatte anerkjenne at feil handler om systemet, og ikke om den enkelte ansatte; 5) Utvikling av pasientsikkerhetskultur og innføring av digitale tavler er virkemidler som støtter opp om hverandre, og som må sees i sammenheng med mål om bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

UTARBEIDET AV  
Lisbet Grut

SIGNATUR  
  
Lisbet Grut (Jan 25, 2021 16:47 GMT+1)

KONTROLLERT AV  
Tone Øderud

SIGNATUR  


GODKJENT AV  
Jon Harald Kaspersen

SIGNATUR  
  
Jon Harald Kaspersen (Jan 26, 2021 16:52 GMT+1)

RAPPORTNR  
2021:00069

ISBN  
978-82-14-06482-7

GRADERING  
Åpen

GRADERING DENNE SIDE  
Åpen

# Historikk

---

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
2	2021-01-20	Versjon to er revidert etter kommentarer fra prosjektdeltagere og Sintefs internkontroll.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>DigiPAS-prosjektet</b> .....	<b>4</b>
	2.1 Teknologi- og tjenesteinnovasjon.....	5
<b>3</b>	<b>Hva er pasientsikkerhetskultur?</b> .....	<b>6</b>
	3.1 Studier av pasientsikkerhetskultur og pasientsikkerhet .....	6
	3.2 Forbedringsarbeid.....	8
<b>4</b>	<b>Metode og data</b> .....	<b>9</b>
	4.1 Spørreskjema - pasientsikkerhetskultur .....	9
	4.2 Gjennomføring av PSKU i DigiPAS-prosjektet.....	10
	4.3 PSKU i DigiPAS-prosjektet – hvem som har svart .....	11
<b>5</b>	<b>PSKU i DigiPAS-prosjektet. Resultater</b> .....	<b>16</b>
	5.1 Resultater fra hjemmetjenestene – oppsummert.....	16
	5.2 De ti faktorene – hjemmetjenesten .....	18
	5.3 Kommentarer fra ansatte som svarte på PSKU .....	40
<b>6</b>	<b>Oppsummering og anbefalinger</b> .....	<b>41</b>
<b>7</b>	<b>Referanser</b> .....	<b>43</b>
	<b>Vedlegg: NHSOPSC. NORSK VERSJON MED 10 FAKTORER OG SPØRSMÅL</b> .....	<b>46</b>

## 1 Innledning

Denne rapporten formidler resultater fra en spørreskjemaundersøkelse om ansattes oppfatninger av og holdninger til pasientsikkerhet i kommunale helse- og omsorgstjenester. Undersøkelsen er gjennomført ved hjelp av den norske validerte versjonen av spørreskjemaet *Nursing Home Survey on Patient Safety* (Nursing Home Survey on Patient Safety Culture NHSOPSC, 2016). Universitetet i Stavanger (UiS) har modifisert spørreskjemaet noe slik at det er tilpasset hjemmebaserte tjenester. UiS tar hovedansvaret for en validering av denne versjonen. I denne rapporten bruker vi den felles norske betegnelsen *Undersøkelse om Pasientsikkerhetskultur - PSKU*.

Spørreundersøkelsen har vært en del av prosjektet *Digitale løsninger for økt kvalitet og bedre pasientsikkerhet samt effektiv ressursbruk i kommunehelsetjenesten - DigiPAS*. Spørreskjemaundersøkelsen ble benyttet for å få kunnskap om pasientsikkerhetskulturen i kommunenes korttidsinstitusjoner og hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester. Kommunene gjennomførte undersøkelsen som en del av prosjektarbeidet i DigiPAS. Fem kommuner i Vestfold og Telemark fylke deltok. Den minste kommunen har ca. 25000 innbyggere og den største har ca. 55000 innbyggere. SINTEF og Universitetet i Sørøst-Norge (USN) har vært forskningspartnere. Teknologileverandørene Imatis AS<sup>1</sup> og Sensio AS<sup>2</sup> har vært prosjektpartnere. Imatis AS og Sensio AS har utspring i regionen, og leverer digitale tavleløsninger til kommunene.

DigiPAS ble finansiert av Regionale forskningsfond RFF Oslofjord-fondet. Spørreundersøkelsen ble meldt til NSD, og har referansenummer 561903.

## 2 DigiPAS-prosjektet

DigiPAS-prosjektet har hatt som mål å bidra til økt kvalitet og bedre pasientsikkerhet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette skal oppnås gjennom teknologi- og tjenesteinnovasjon ved at prosjektdeltagerne utviklet digitale verktøy og arbeidsprosesser for å sikre systematisk oppfølging av pasienter, og for å ivareta pasientsikkerheten. DigiPAS-prosjektet har rettet oppmerksomheten både mot arbeidsprosesser og rutiner innen den enkelte enhet og mot kontakt og kommunikasjon mellom enheter knyttet til informasjonsformidling og oppfølging av pasienter. Det digitale verktøyet som er utviklet er elektroniske tavler som skal tydeliggjøre og visualisere arbeidsoppgaver knyttet til pasienter slik at tavlene bidrar til sikker oppfølging av pasientene og at pasientsikkerheten ivaretas innen de områdene som er prioritert av kommunene. Til sammen har tre ulike kommunale helse- og omsorgstjenester vært involvert i prosjektet: hjemmetjeneste, korttidsavdeling og tildelingskontor/tjenestekontor. I denne rapporten formidles resultater fra hjemmetjeneste og korttidsavdeling.

---

<sup>1</sup> <http://www.imatis.com/imatis/index.html>

<sup>2</sup> <https://www.konsens.no/sensio-as-leverer-ikos>

## 2.1 Teknologi- og tjenesteinnovasjon

DigiPAS-prosjektet er gjennomført som et forskningsstøttet innovasjonsprosjekt. Forskningspartnerne har deltatt som diskusjonspartnere sammen med kommunene og teknologileverandørene (de som "eier" problemet og situasjonen) for å bidra til praktiske endringer. Moser og Thygesen (2014) definerer innovasjon som "*langstrakte, multilineære forhandlingsprosesser hvor brukere i ulike sjatteringer er aktive og kreative medaktører heller enn passive forbrukere*". Slike endringsprosesser består av mer eller mindre regelmessig og systematisk prøving og feiling som skal føre fram mot noe nytt som blir tatt i bruk, for eksempel et nytt verktøy og/eller en ny praksis (Barac, 2010). Innovasjoner kan handle om å skape noe helt nytt, eller skape nye kombinasjoner av kjente elementer, eller iverksette noe som er kjent fra før i en helt ny kontekst (Ringholm, Aarsæther, Bogason og Ellingsen, 2011). Det er et tydelig normativt element i slike prosesser ved at de drives fram fordi deltagerne mener at de skal skape noe som er bedre enn det de har, jf. Digitaliseringsdirektoratet (2018) som sier at innovasjon er å fornye eller lage noe som skaper verdi.

DigiPAS-prosjektet har hatt elementer av både teknologiinnovasjon og tjenesteinnovasjon. Begrepet teknologi viser til redskaper, virkemidler og fremgangsmåter mennesker bruker for å fremstille eller bearbeide varer og tjenester. Teknologiinnovasjon viser til konkret utvikling av verktøy, hjelpemidler og virkemidler som blir tatt i bruk og som endrer praksis. Tjenesteinnovasjon er sammensatte prosesser som kjennetegnes av at de er ikke-materielle og ikke-varige ved at produksjon, leveranse og konsum av tjenesten skjer samtidig (Parasuraman, Zeithaml og Berry, 1985). Det vil si at en tjeneste som ikke leveres eller som ikke konsumeres strengt tatt ikke eksisterer. Nøkkelelementene for å forstå en tjenesteinnovasjon ligger i å forstå samspillet mellom kontekst/omgivelsene, prosessene og resultatene (Carew og Wickson, 2010).

DigiPAS-prosjektet har hatt som langsiktig mål å oppnå gevinster knyttet til innovasjonen, altså iverksette endringer som fører til en situasjon som er bedre enn før prosjektet startet. *Gevinst* kan defineres som "*en effekt som blir sett på som positiv av minst én interessent*" (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2019). Helsedirektoratet (2016 og 2017) definerer gevinster som "*nyttevirkninger, fordeler eller positive effekter som forventes oppnådd ved et prosjekt eller tiltak. Gevinster er ønskede og planlagte, og helst forhåndsdefinerte, men kan også oppstå som ikke-planlagte virkninger underveis og i etterkant av prosjekter*". Knyttet til pasientsikkerhet vil gevinsten være en tjeneste som ivaretar pasientenes sikkerhet og trygghet på en god måte. Utfordringen i slike sammensatte prosesser, som i DigiPAS-prosjektet, er å identifisere variabler som lar seg måle på en eller annen måte slik at man kan vurdere om utviklingsarbeidet har, eller har hatt, de effekter og ført til de gevinster man ønsker å oppnå. Eksempler på mulige gevinster kan være mer oversikt og kontroll, spart tid knyttet til å utføre visse arbeidsoppgaver, unngåtte kostnader, økt kvalitet i tjenesten, bedre arbeidsmiljø.

Ambisjonen i DigiPAS-prosjektet har vært å bidra til verdiskaping i kommunenes helse- og omsorgstjeneste i form av økt tjenestekvalitet og bedre pasientsikkerhet, samt å bidra til mer effektiv ressursbruk. For pasientene vil dette kunne gi tjenester som kan forebygge forverret helsetilstand, legge til rette for bedre helse og utsetter behovet for økte helse- og omsorgstjenester. I prosjektet er PSKU brukte for å kartlegge pasientsikkerhetskultur i kommunene for å kunne iverksette målrettede tiltak.

### 3 Hva er pasientsikkerhetskultur?

For å ivareta pasienters sikkerhet er det avgjørende at en tjeneste utvikler en *organisasjonskultur* der både ansatte og ledere er opptatt av pasientsikkerhet. Kultur handler om å utvikle og opprettholde felles verdier, holdninger og normer. Hvis pasientsikkerhet skal prege en tjeneste, må organisasjonen som helhet og den enkelte ansatte aktivt støtte opp om og fremme tiltak, holdninger og verdier som er rettet mot pasientsikkerhet. Pasientsikkerhetskultur består derfor av flere elementer og angår alle i tjenesten. Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender" (Helsedirektoratet, 2019a) beskriver pasientsikkerhetskultur slik:

*"de holdninger og rutiner ansatte og ledere har, som igjen påvirker behandlingen pasientene og brukere mottar. En god pasientsikkerhetskultur forutsetter et godt samspill mellom ansatte og ledere, og en felles bevissthet om hva som må på plass for å forhindre unødvendig skade. Det handler om å få på plass et system, det vil si rutiner, ressurser og infrastruktur for å redusere risiko for skader og feil."*

I den siste nasjonale handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 er pasientsikkerhetskultur definert som følger:

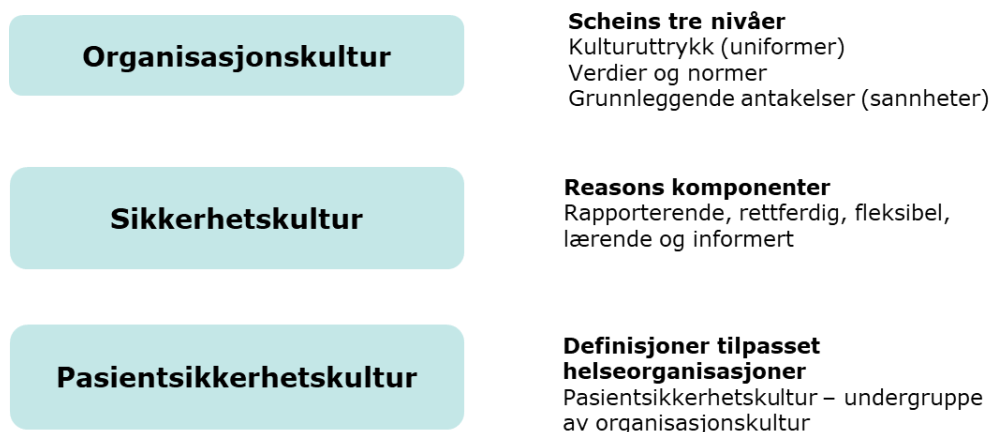
*«Pasientsikkerhetskultur defineres som hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helsetjenesten, og gjenspeiler de delene av organisasjonskulturen som har betydning for risiko i pasientbehandling»* (Helsedirektoratet, 2019b).

Dette viser at ansattes og lederes oppfatning om hva som påvirker pasientenes sikkerhet, og oppfatning om hva som skal til for å ivareta og/eller forbedre den, er viktig. Ved å gjennomføre PSKU har de kommunene som har vært med i DigiPAS-prosjektet fått et øyeblikksbilde av status i både styrker og utfordringer.

#### 3.1 Studier av pasientsikkerhetskultur og pasientsikkerhet

Braithwaite og kolleger (2017) viste i en systematisk oversiktsstudie at behandlingsresultater påvirkes av den overordnede organisasjonskulturen som både en tjeneste og den enkelte ansatte er en del av, og også av arbeidskulturen i de enkelte enheter og avdelinger og i de ulike yrkesgruppene. Organisasjons- og arbeidskultur vil altså påvirke pasientsikkerhetsfaktorer både positivt og negativt. Kulturen er med og bestemmer hva som belønnes, støttes, forventes og er akseptert eller ikke i en organisasjon. For eksempel studerte Thomas og kolleger (2012) pasientsikkerhetskultur i sykehjem, og fant sammenhenger mellom positiv og aksepterende kultur og redusert bruk av tvang og færre fall hos beboerne.

**Pasientsikkerhetskulturen** kan ses som en undergruppe av organisasjonens sikkerhetskultur, som igjen «speiler» organisasjonskulturen. Dette har vi illustrert gjennom modell 1 nedenfor:



Modell 1 uttrykker elementene som bør inngå i et arbeid med å utvikle en tjeneste som er opptatt av pasientsikkerhetskultur (EUNetPaS, 2010; Guldenmund, 2014; Reason, 1998; Schein, 2004).

Schein (2004) definerer *organisasjonskultur* som et mønster av felles verdier og grunnleggende antakelser. Organisasjonskulturen «trer frem» når organisasjonen skal mestre utfordringer knyttet til ekstern tilpasning, som nye krav eller rammebetingelser eller intern tilpasning som samhandling og fellesskap mellom medarbeidere og ledere. I Scheins modell består organisasjonskultur av tre nivåer: *Kulturuttrykk*, som atferd, verbale-, strukturelle- og materielle uttrykk; *Verdier og normer*, som handler om både uttrykte verdier og anvendte verdier; og *Grunnleggende antakelser*, som representerer den felles virkelighetsoppfatningen, og som ofte er basert på tidligere erfaringer.

Begrepet *sikkerhetskultur* kommer fra høyrisikoindustrien, der det regnes som fundamentet for alle sikkerhetsprogram for at disse skal ha maksimal effekt. En kultur som prioriterer sikkerhet vil kunne fasilitere ledelsesbeslutninger og ansattes adferd, støtte opp om læring og øke organisasjonens evne til å respondere på risiko. Ifølge James Reason (1998) bør det skilles mellom person og system i sikkerhetsarbeid. Reason beskriver fem ulike komponenter i begrepet sikkerhetskultur: 1) *Rapporterende kultur*, der ansatte tør å melde fra; 2) *rettferdig kultur*, der det praktiseres ikke-straffende respons med fokus på system, og der ansatte gir uttrykk for sine bekymringer knyttet pasientsikkerhet; 3) *fleksibel kultur*, der organisasjonen har evne til endinger; 4) *lærende kultur*, der organisasjonen er opptatt av å lære av uønskede hendelser og iverksetter tiltak; og 5) *informert kultur*, der organisasjonen har praksiser som samler og analyser data knyttet risiko og uønskede hendelser.

Ved at vi forstår *pasientsikkerhetskulturen* som en undergruppe av organisasjonens sikkerhetskultur, vil også pasientperspektivet være grunnleggende. Det er gjennom å forstå ansattes egen og felles oppfatninger av



pasientenes sikkerhet man kan forhindre uønskede hendelser. Pasientsikkerhetskultur og organisasjonskultur henger derfor tett sammen, noe som understreker betydningen av å iverksette tiltak på systemnivå.

### 3.2 Forbedringsarbeid

For å få kunnskap om hvordan aktivitetene i DigiPAS-prosjektet kan bidra til å forbedre pasientsikkerheten i tjenestene, har det vært nødvendig å få kunnskap om hvordan pasientsikkerheten var i kommunene ved starten av prosjektet, nærmere bestemt kunnskap om hvordan ansatte forholdt seg til temaet pasientsikkerhet, og hvordan arbeids- og organisasjonskulturen la til rette for å ivareta pasientenes sikkerhet. PSKU ble brukt for å få kunnskap om hva som har fungert godt og hva som bør bli bedre. Måler med å bruke PSKU var å gi kommunene som deltok i prosjektet et grunnlag for å identifisere områder de skulle jobbe videre med og identifisere hvilke tiltak som burde settes i verk for å forbedre arbeidet med pasientsikkerhet.

Kort oppsummert kan arbeidet med pasientsikkerhetskultur oppsummeres i tre punkter:

1. Forankre arbeidet på alle nivåer i organisasjonen gjennom å utvikle en arbeidskultur som er opptatt av å ivareta pasientenes sikkerhet.
2. Bruke PSKU til å identifisere *styrker*, det vil si hva som fungerer, og *forbedringspunkter*, det vil si hva som ikke fungerer slik man ønsker.
3. Involvere alle nivåer i organisasjonen i diskusjoner om hvordan resultatene kan brukes for å bedre pasientsikkerheten.



**Modell 1**

Modellen over er en illustrasjon for å vise en praksis der ledere og ansatte sammen kan utvikle tjenesten i retning av de målene de har satt seg for sikkerhetskultur. De kan jobbe med pasientsikkerhet ved å stille seg

spørsmål om dagens situasjon, hva som bør og kan endres, hvordan de kan gjennomføre endringen og evaluere situasjonen.

## 4 Metode og data

### 4.1 Spørreskjema - pasientsikkerhetskultur

Som nevnt innledningsvis svarte ansatte i de fem kommunene på et spørreskjema basert på den norske versjonen av Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ (2016). Skjemaet ble opprinnelig utviklet i USA til bruk i sykehjem, men er oversatt og testet for bruk i norske sykehjem (Cappelen, Harris og Aase, 2018). I DigiPAS-prosjektet ble det brukt en modifisert versjon som er utarbeidet av Universitetet i Stavanger. Her ble også spørsmål knyttet til rapportering av uønskede hendelser inkludert.

Spørreskjemaet brukes for å gi ledere og medarbeidere tilbakemeldinger om ansattes oppfatninger om pasientsikkerhet. Vi kan si at sikkerhetskultur er et uttrykk for hvordan et arbeidsmiljø eller en arbeidsplass forholder seg til spørsmål og rutiner knyttet til sikkerhet; *"slik gjør vi det hos oss"*. Gjennom undersøkelsen kan både organisasjonen og ansatte få innsikt i styrker og utfordringer av betydning for pasientsikkerheten. Skjemaet har flere spørsmål, og alle spørsmål besvares ved å fylle ut en skala fra 1-5. Skjemaet har også spørsmål som omhandler en overordnet vurdering av pasientsikkerhet. Skjemaet holder et enkelt språk og er raskt å besvare. Tjenesten vil kunne få resultater og tilbakemeldinger i form av enkel grafikk, og dette kan tjenesten bruke i forbedringsarbeidet for å bevisstgjøre ansatte og ledere, og øke oppmerksomheten mot pasientsikkerhet. Ved at PSKU gir et øyeblikksbilde over hva som fungerer godt og hva som bør forbedres, gir det et utgangspunkt for å sette i verk tiltak. Ved å gjennomføre PSKU flere ganger, kan tjenesten skaffe seg innsikt i utviklingen over tid. Når organisasjonen/ledelsen iverksetter tiltak, vil dette også være et signal til ansatte om at deres tilbakemeldinger er viktig. Dette vil kunne styrke ansattes motivasjon for å jobbe med pasientsikkerhet.

Da spørreskjemaet ble testet og tilpasset norske sykehjem, ble det konkluderte med at en 10-faktormodell passer best i norsk kontekst. Den norske versjonen har følgende ti faktorer (Cappelen, Aase, Storm, Hetland og Harris, 2016):

1. Teamarbeid
2. Bemanning
3. Forhold til prosedyrer
4. Opplæring og ferdigheter
5. Ikke straffende respons på feil
6. Overføringer/overganger
7. Tilbakemeldinger og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser
8. Åpenhet
9. Forventninger til nærmeste leder og tiltak rettet mot å fremme pasientsikkerhet
10. Ledelse og organisatorisk læring

Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ utviklet spørreskjemaet for at de skal kunne brukes av ledere og ansatte i tjenesten på flere måter og for flere formål:

- Øke bevisstheten om pasientsikkerhet
- Måle status og bruke resultater for å forankre tiltak
- Identifisere styrker og områder med behov for forbedring
- Undersøke utvikling over tid og effekten av tiltak rettet mot å bedre pasientsikkerheten ved å gjenta undersøkelsen
- Gjennomføre sammenligninger med egen og andre organisasjoner og/eller tjenester

Arbeidet med å utvikle en spørreundersøkelse om pasientsikkerhetskultur har gitt kunnskap både om faktorer som hemmer og som fremmer pasientsikkerhet.

Faktorer som hemmer pasientsikkerhet, er:

- Redsel for sanksjoner hvis man melder fra
- Avvik som ikke følges opp slik at ansatte kan oppleve at det er ingen vits i å melde i fra
- Mangelfulle systemer og mangelfull ledelsesforankring i linjen

Faktorer som fremmer pasientsikkerhet, er:

- Tydelig ledelse og gode støttesystemer
- Ikke straffende holdning til feil
- Lytte til ansatte
- Lokal forankring ved at organisasjonens egne tiltak er tilpasset lokal kontekst
- Lære av egne feil

## 4.2 Gjennomføring av PSKU i DigiPAS-prosjektet

Spørreundersøkelsen PSKU ble første gang presentert for prosjektgruppen i de deltagende kommunene i en felles prosjektsamling i desember 2018. Det ble diskutert om det ville være nyttig å øke bevisstheten rundt pasientsikkerhet generelt, og se dette i sammenheng med innføring og bruk av digitale tavler. En slik undersøkelse ville kunne gi et øyeblikksbilde ved å måle nåsituasjonen knyttet til ansattes oppfatninger av pasientsikkerheten, og identifisere både styrker og områder for forbedringstiltak. Alle kommunene ønsket å delta, men noen ønsket å gjennomføre undersøkelsen i sykehjem, andre i hjemmebaserte tjenester. Det ble også diskutert og gitt innspill til inklusjonskriterier.

Undersøkelsen startet med at Universitetet i Sørøst-Norge gjennomførte separate møter med alle fem kommuner. I disse første møtene fikk hver kommune en gjennomgang av sentrale begreper, en gjennomgang av selve undersøkelsen og skjemaet, og hva undersøkelsen kan brukes til som et ledelsesverktøy. Alle fikk en egen elektronisk versjon av gjennomgangen med sikte på internt bruk. Sintef hadde ansvaret for å gjennomføre spørreundersøkelsen elektroniske. Dette omfattet også databearbeidingen for å legge til rette for analyse. Det elektroniske skjemaet ble sendt ut som en nettbasert lenke via epost til de respektive

kommunenes ledelse, som så la til rette for at ansatte kunne svar elektronisk og anonymt. Kommunene valgte hvilke enheter som skulle gjennomføre spørreundersøkelsen og hvem som skulle delta. Etter at undersøkelsen var gjennomført hadde Universitetet i Sørøst-Norge ansvaret for å presentere resultatene i hver kommune. Resultater ble i hovedsak presentert i form av enkel grafikk, og med vekt på de tre høyeste og tre laveste skårene. I disse møtene deltok også forskerne fra Sintef. Det ble diskutert hvordan resultatene kan benyttes i det videre arbeidet i prosjektet, blant annet for å utvikle handlingsplaner og tiltak. Planen var å gjennomføre en ny spørreundersøkelse etter ca. ett år for å se om det var mulig å spore effekter av tiltak som ble satt i verk, men dette lot seg ikke gjøre innenfor prosjektets tidsrammer på grunn av korona-situasjonen.

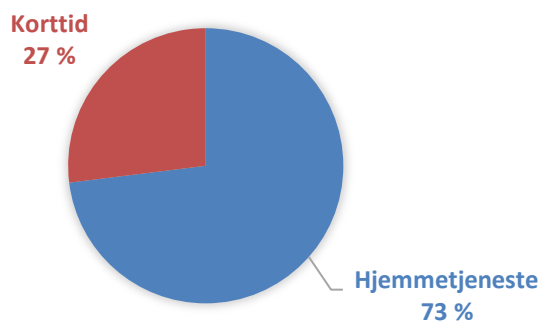
Resultatene ble presentert i møter med hver kommune i hhv. hjemmebaserte tjenester og korttid sykehjem. Ansvarlig leder fikk tilgang til resultatene per enhet. I gjennomføring av slike undersøkelser er ledelsesforankringen i linjen viktig, og likeledes god informasjon til alle ansatte. Det er viktig at nøkkelpersoner i organisasjonen har et definert og tydelig ansvar for å følge opp, for eksempel leder eller fagsykepleier (sykepleier 1), slik at ansatte får raske tilbakemeldinger og kan delta i gjennomgang og oppfølging av resultater. Dette kan sikre en bred forankring av lokalt tilpassede tiltak, og det signaliserer at ansattes oppfatninger og erfaringer tas på alvor, det vil si det gir et signal om reell medvirkning.

### 4.3 PSKU i DigiPAS-prosjektet – hvem som har svart

PSKU ble sent til i alt 1011 mottagere i de fem kommunene. Vi fikk inn 539 svar, det vil si ca. 53 prosent. Skjemaet er besvart av ansatte i både hjemmetjeneste, korttidsavdeling, og boliger/bofellesskap. I denne rapporten publiseres resultater fra hjemmetjeneste og korttidsavdelinger. Bolig/bofellesskap er utelatt fordi det var få som mottok undersøkelsen der, og følgelig svært få svar. I hjemmetjenesten var svarprosenten 54 prosent. I korttidsavdelinger på institusjon var svarprosenten i underkant av 52 prosent. Nedenfor er svarprosenten i de fem kommunene.

- Kommune A: 138 svar (60 prosent)
- Kommune B: 76 svar (54 prosent)
- Kommune C: 59 svar (33 prosent)
- Kommune D: 109 svar (66 prosent)
- Kommune E: 157 svar (53 prosent)

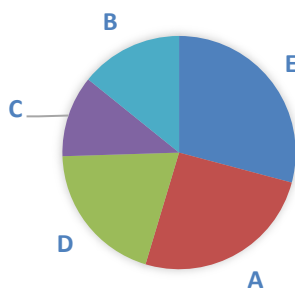
## HJEMMETJENESTE VS KORTTID



**Figur 2**

De aller fleste svarene er fra de hjemmebaserte tjenestene, med i alt 73 prosent.

## ANDEL FRA KOMMUNENE

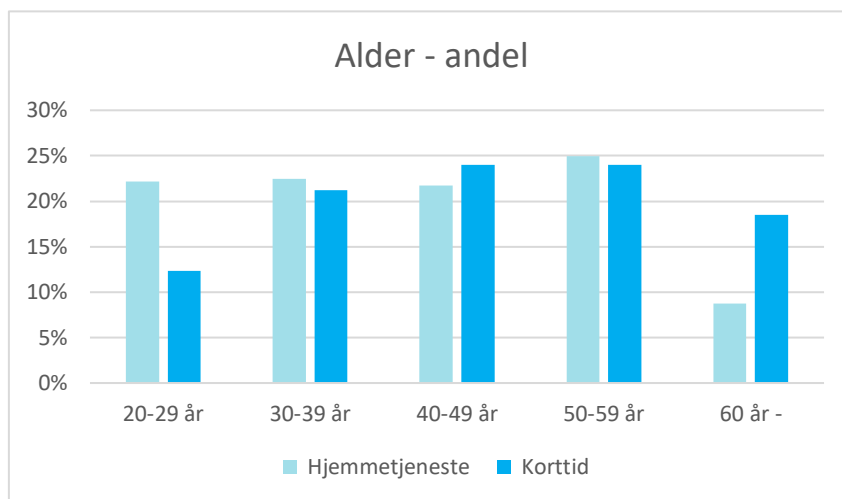


**Figur 3**

Figuren over viser hvordan svarene fordeler seg mellom de fem kommunen.

Figuren nedenfor viser aldersfordeling hos de som har svart. Respondentene fordeler seg jevnt i aldersgruppene.

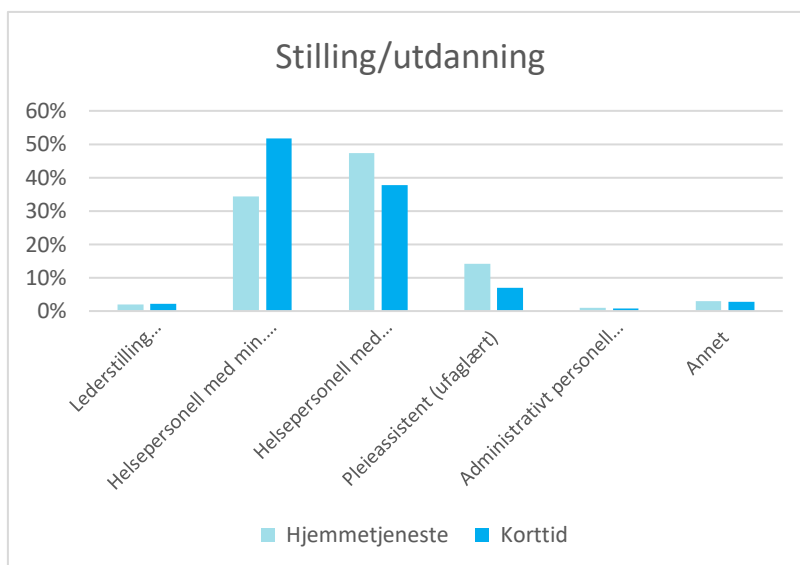
- Andel i gruppen 40-59 år er 33 prosent på korttidsinstitusjon og 44 prosent i hjemmetjenesten.
- Andel ansatte eldre enn 60 år er 19 prosent på korttidsinstitusjon og 9 prosent i hjemmetjenesten.



**Figur 4**

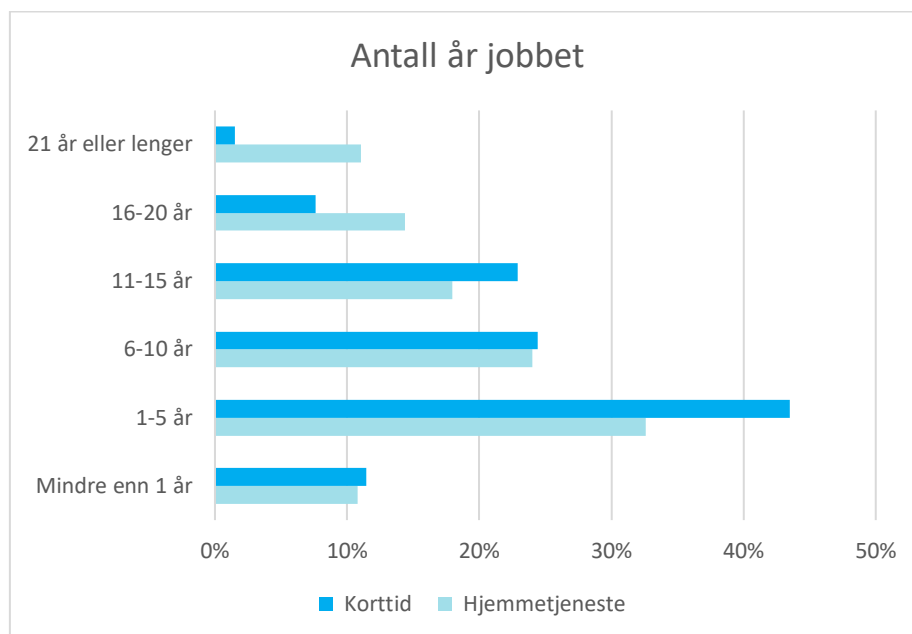
Figuren nedenfor gir en oversikt over utdanning og stilling for respondentene:

- Helsepersonell med minimum treårig utdanning fra høyskole eller universitet: 50 prosent i korttidsinstitusjon og 34 prosent i hjemmetjenesten.
- Helsepersonell med utdanning fra videregående skole eller tilsvarende: 37 prosent i korttidsinstitusjon og 46 prosent i hjemmetjenesten.
- Pleieassistent (ufaglært): 7,4 prosent i korttidsinstitusjon og 14 prosent i hjemmetjenesten.



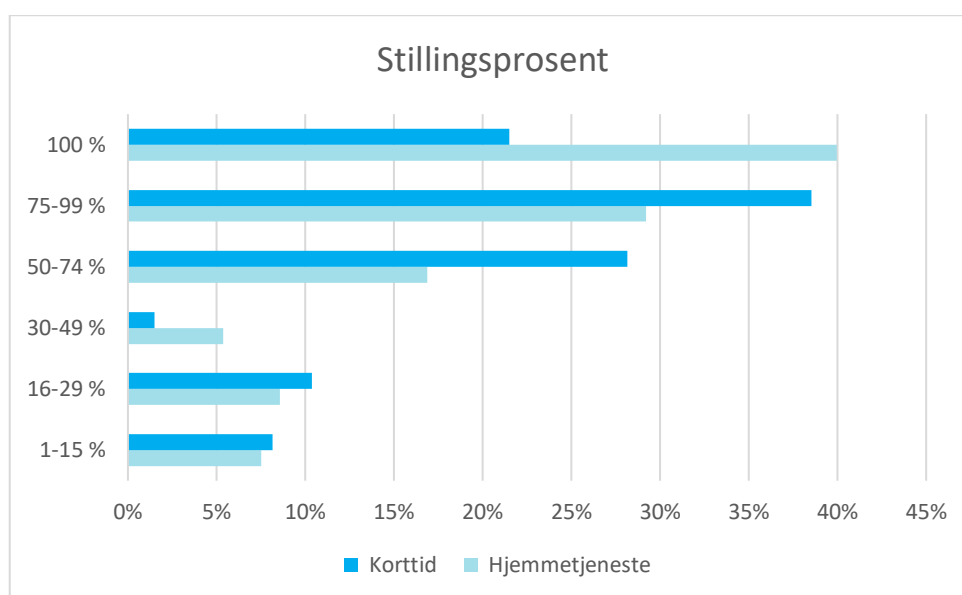
**Figur 5**

Figuren nedenfor viser hvor lenge respondentene har jobbet i tjenesten. Omtrent halvparten av respondentene har jobbet kortere enn fem år i tjenesten:



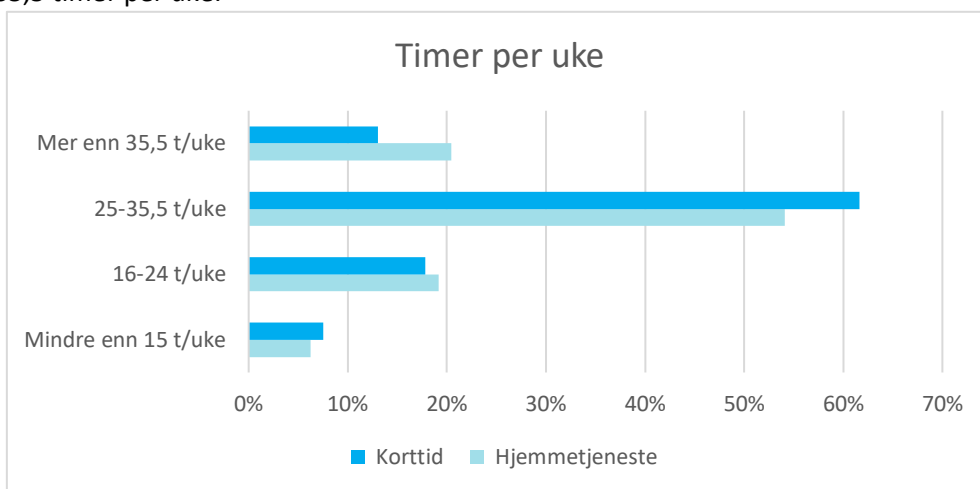
**Figur 6**

Figuren nedenfor viser stillingsprosent. Den viser at blant respondenter som jobber i 100 prosent stilling er det 22 prosent på korttid og 40 prosent i hjemmetjenesten. Andelen som har stillingsprosent over 75 prosent er 60 prosent på korttid og 69 prosent i hjemmetjenesten. Andelen som har stillingsprosent over 50 prosent er 88 prosent på korttid og 86 prosent i hjemmetjenesten. Andelen som har stillingsprosent under 30 prosent er 18 prosent på korttid og 16 prosent i hjemmetjenesten.



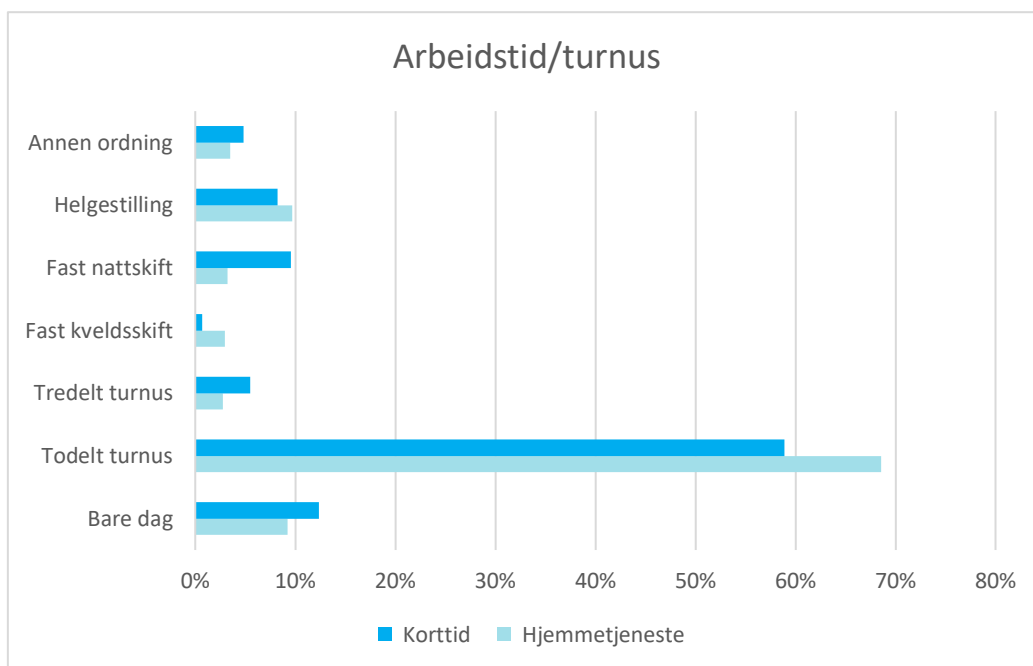
**Figur 7**

Figuren nedenfor viser antall arbeidstimer per uke for respondentene. De fleste som har svart jobber mellom 25-35,5 timer per uke:



**Figur 8**

Figuren nedenfor viser at de fleste som har svart går i todelt turnus: 58 prosent på korttid og 70 prosent i hjemmetjenesten:



**Figur 9**



## 5 PSKU i DigiPAS-prosjektet. Resultater

I dette kapitlet presenterer vi de samlede svarene fra hhv. hjemmetjeneste og korttidsinstitusjon. Vi går ikke inn på hvordan svarene fordeler seg for hver enkelt kommune. Vi har valgt å presentere tabell for hver av de ti faktorene med spørsmålene som ble besvart. I tillegg presenterer vi svarene oppsummert for alle for hver faktor.

Når vi tolker svarene, vektlegges andelen positive skårer, det vil si det vi kan identifisere som styrker. Andelen prosent positive er det antall av totalen som har høyest skåre, dvs. 4 eller 5. For eksempel dersom 125 svar har skåre 4 eller 5 av 250 totalt vil dette si 50 prosent andel positive. For de enkeltspørsmålene som er «motsatt» kodet (negativt uttrykt) vil følgelig 1 og 2 være høyeste skåre. Andelen positive skårer for hver faktor over 60 prosent har tidligere vært ansett som god skåre, og kan indikere en lavere risiko for uønskede hendelser (Haugen og Storm, 2018). De senere årene er det imidlertid blitt anbefalt høyere skårer. I denne undersøkelsen har vi derfor tatt utgangspunkt i at positive skårer over 70 prosent er uttrykk for en kultur der pasientsikkerhet blir tatt vare på i arbeidsmiljøet.

På faktornivå presenteres resultatene i en tredelt skala (grønn – gul – rød), der grønn vil utgjøre andelen positive skårer. Andelen prosent positive er det antall av totalen som har høyest skåre dvs. 4 eller 5, alternativt 1 eller 2 ved snudd skala. I den tredelte skalaen er de to positive skårene (for eksempel *helt enig* og *enig*) slått sammen til en kategori, og tilsvarende for de to negative.

Når vi presenterer de enkelte spørsmålene, presenteres disse i en femdelte skala. Dersom disse er «motsatt» kodet (negativt uttrykt) vil 1 og 2 være høyeste skåre. Det betyr at når det gjelder enkeltspørsmålene kan de «røde og oransje» være beste svar i den femdelte skalaen. Disse er merket med stjerne \*.

### 5.1 Resultater fra hjemmetjenestene – oppsummert

Resultatene fra hjemmetjenestene samlet viste at den høyeste andelen positive skåre var knyttet til følgende tre faktorer:

- Forventninger til nærmeste leder – 81 prosent andel positive
- Tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser – 80 prosent andel positive
- Teamarbeid – 77 prosent andel positive

Flere større oversiktsstudier viser til at ledelse er en sentral faktor i alt sikkerhetsarbeid. Ledelse er grunnleggende i arbeidet med pasientsikkerhet og for å tilrettelegge for en positiv sikkerhetskultur (Halligan og Zecevic, 2011; Sammer, Lykens, Singh, Mains og Lackan, 2010). Høy skåre knyttet til tilbakemelding om at nærmeste leder er opptatt av pasientsikkerhet, gir positive tilbakemeldinger og lytter til ansatte er derfor av stor betydning i dette arbeidet. Arbeidet må starte på strategisk ledelsesnivå og det må gjennomsyre hele organisasjonen. Det betyr at ledere på alle nivåer må få opplæring i ledelse av pasientsikkerhetsarbeid. Lederstil kan også påvirke arbeidet med sikkerhetskultur (Ree og Wiig, 2019b). Ree og Wiig poengterer at oppmerksomheten når det gjelder pasientsikkerhet i sykehjem bør rettes mot *åpenhet og kommunikasjon*

og det å lytte til og verdsette ansattes forslag og ideer. I sin studie fra hjemmebaserte tjenester konkluderte Ree og Wiig (2019) med at transformerende ledelse hadde en signifikant positiv påvirkning på arbeidsglede og pasientsikkerhetskultur.

Tilbakemelding og kommunikasjon om uønskede hendelser skårer også høyt i vår undersøkelse. Kommunikasjon er en svært viktig faktor. Åpen kommunikasjon som er basert på tillit handler om ansattes rett til og ansvar for å si fra om kritikkverdige eller bekymringsfulle forhold på pasientens vegne (Halligan og Zecevic, 2011; Sammer, Lykens, Singh, Mains og Lackan, 2010). Frontpersonell ønsker god kommunikasjon med sine ledere, og dette inkluderer å bli lyttet til og anerkjent (Vogelsmeier, Scott-Cawiezell, Miller og Griffith, 2010). Tilbakemelding og kommunikasjon om uønskede hendelser basert på gjensidig tillit er derfor viktige egenskaper ved all sikkerhetskultur.

Teamarbeid, inkludert kollegialitet og samarbeid mellom helsepersonell, er en annen kritisk viktig faktor, og forutsetter gjensidig respekt. I en nyere norsk studie fra hjemmebaserte tjenester ser teamarbeid ut til å være en medvirkende faktor til oppfatningen av pasientsikkerhet, og arbeidet med å utvikle gode team er derfor viktig (Ree og Wiig, 2019).

De laveste skårene finner vi knyttet til følgende faktorer:

- Bemanning 47 prosent andel positive
- Opplæring og ferdigheter – 52 prosent andel positive
- Overganger – 56 prosent andel positive

De laveste skåringene er knyttet til bemanning og opplæring, og synes å være utfordrende også sett i lys av Samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen har som mål å tilby helsetjenester på lavest mulig forvaltningsnivå i betydningen av at oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunale helse- og omsorgstjenester. Flere oppgaver skal løses i kommunen, og det skal lønne seg å satse på forebygging og helsefremmende tiltak. Denne oppgaveforskyvningen bekreftes i evalueringen av samhandlingsreformen, EVASAM (Norges forskningsråd, 2016) og i Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (Riksrevisjonen, 2016). Riksrevisjonen påpeker blant annet at selv om kommunene har overtatt pasienter som tidligere lå i sykehus, finnes det lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til disse pasientene. Ansatte i kommunene har i liten grad økt sin kompetanse tilsvarende, og det anbefales at denne styrkes. Behovene dreier seg særlig om kompetanse og opplæring knyttet til pasienter med alvorlige og sammensatte sykdommer/tilstander og som har behov for sammensatte og ofte spesialiserte tiltak, og pasienter med tilstander som forekommer sjelden (Rohde, Grut, Lippestad og Anthun, 2020).

Overganger er en annen kritisk viktig faktor knyttet til uønskede hendelser og pasientsikkerhet. Her har vi mange gode studier fra norsk kontekst knyttet til risikoområder, samt en fersk kunnskapsoppsummering utarbeidet på oppdrag av Helsedirektoratet og Leve hele Livet når det gjelder sammenheng og overganger i helsetjenestene (Fredwall, Dale, Nilsen og Strøm, 2020); Scibeavaag, Laugaland og Aase, 2018). Det er særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, men også

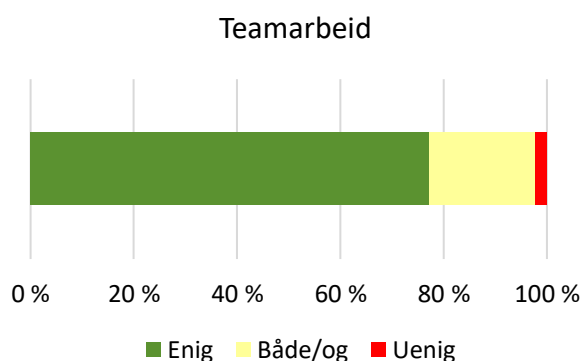
mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner. Dette har vært et sentralt forbedringsområde i arbeidet med implementering av elektroniske tavler.

## 5.2 De ti faktorene – hjemmetjenesten

Under dette punktet presenterer vi skårer for de ti faktorene som står under punkt 4.2 og som er et resultat av testing av spørreskjemaet i norsk sykehjemskontekst nærmere analysert i artikkelen av (Cappelen, Aase, Storm, Hetland og Harris, 2016). Under dette punktet presenterer vi skårene samlet for hjemmetjenesten i alle kommunene, fordelt på hver av faktorene.

### Faktor 1 Teamarbeid samlet

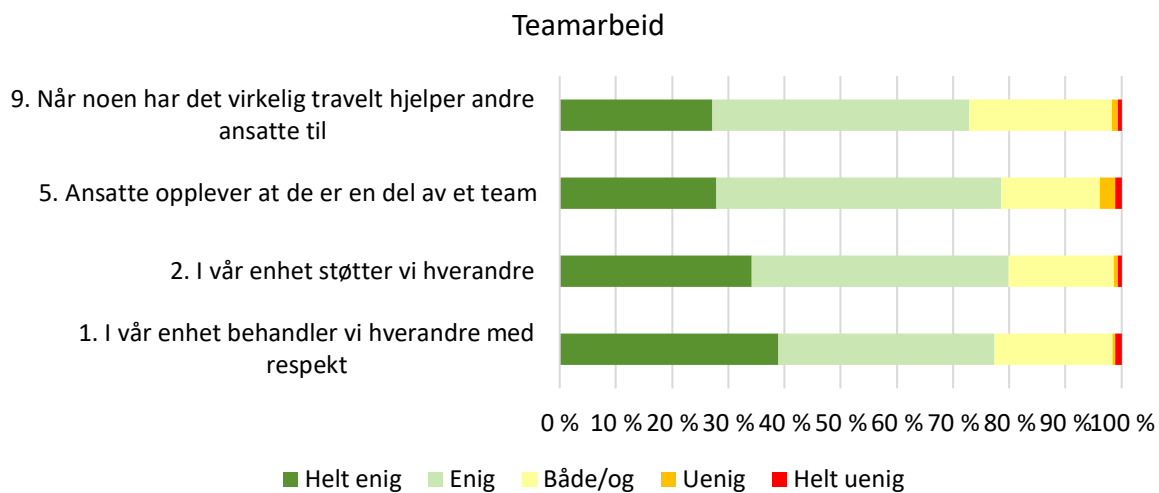
Figuren nedenfor viser at samlet positiv skåre for hjemmetjenesten i alle kommunene for teamarbeid er 77 prosent.



**Figur 10**

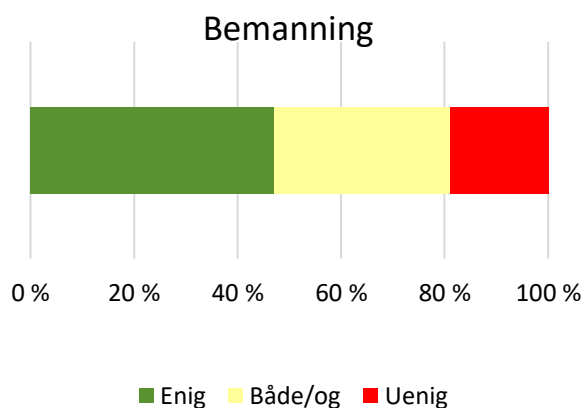
### Spørsmål under teamarbeid:

Figuren nedenfor viser skåre for hvert av de fire utsagnene under teamarbeid. Alle utsagnene har en andel positive på over 70 prosent, der utsagnet "I vår enhet støtter vi hverandre" har høyeste skåre.



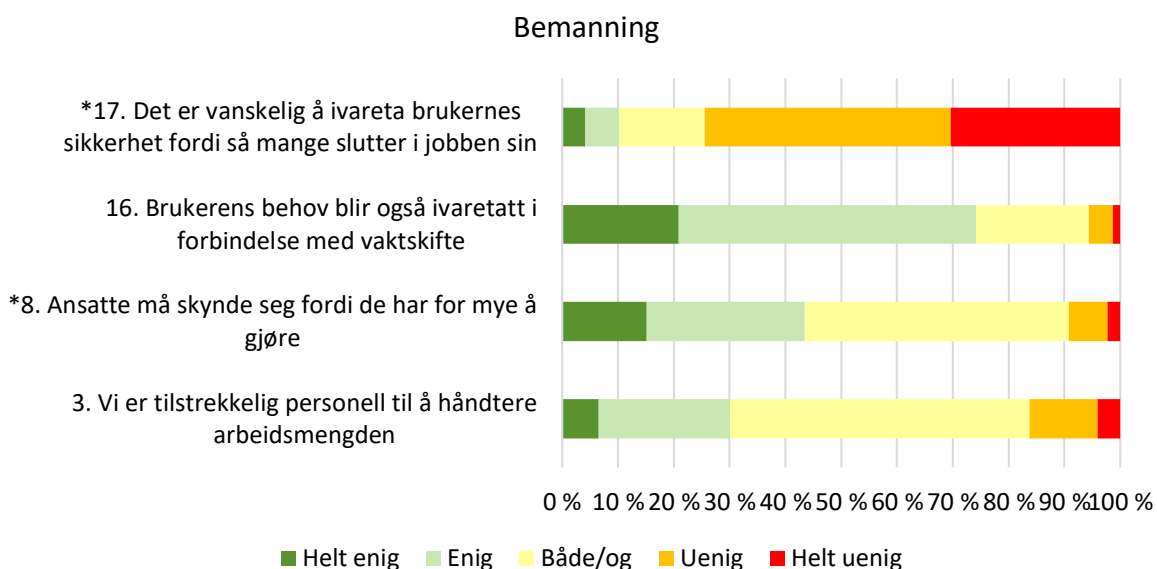
## Faktor 2 Bemanning samlet

Figuren nedenfor viser at samlet skåre for hjemmetjenesten i alle kommunene for faktoren bemanning er 47% prosent.



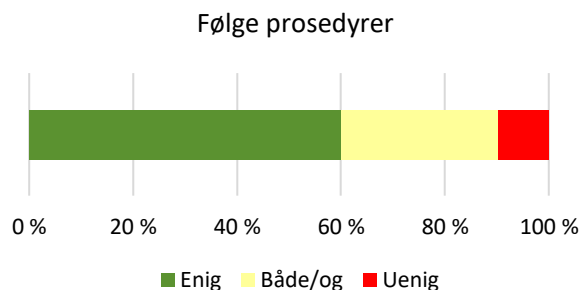
## Spørsmål under temaet bemanning:

Figuren nedenfor viser at for hjemmetjenesten i alle kommunene samlet er det høy skåre for utsagn 17 "Det er vanskelig å ivareta brukernes sikkerhet for så mange slutter i jobben sin" og utsagn 16 "Brukernes behov blir også ivaretatt i forbindelse med vaktskifte". Utsagn 3 "Vi er tilstrekkelig personell til å håndtere arbeidsmengde" har også høy skåre.



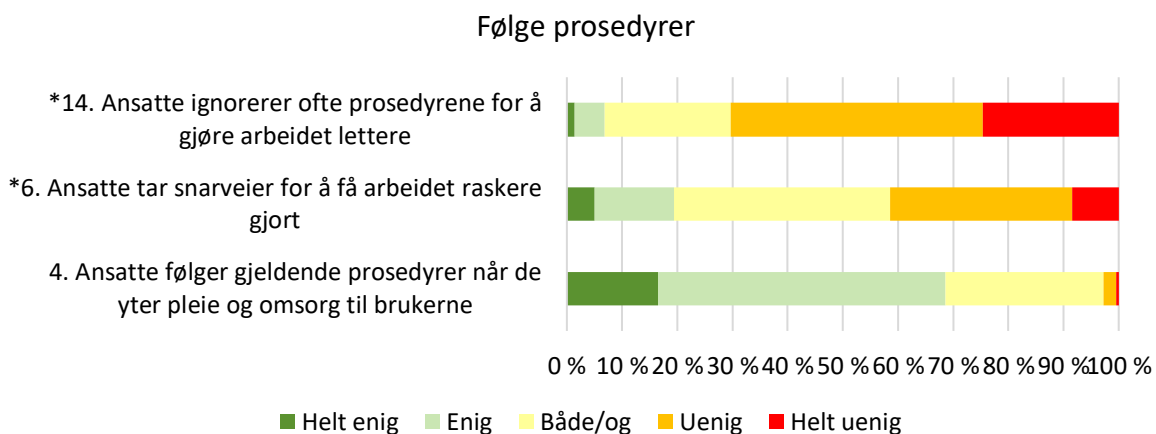
### Faktor 3 Følge prosedyrer samlet

Vi ser av figuren nedenfor at samlet skåre for hjemmetjenesten i alle kommunene for følge prosedyrer er 60 prosent enig. Det er også en andel på 10 prosent som svarer "uenige" (*Helt uenig og uenig* er her slått sammen).



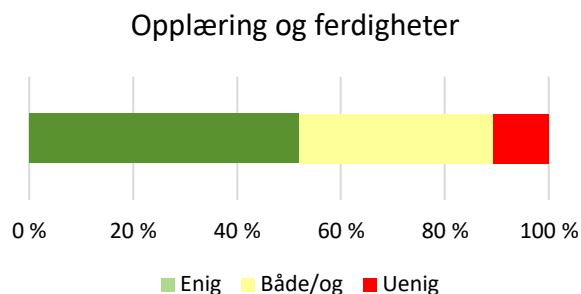
### Spørsmål under temaet følge prosedyrer:

Figuren nedenfor viser at samlet skåre for utsagt 14 "Ansatte ignorerer ofte prosedyrene for å gjøre arbeidet lettere" og utsagn 6 "Ansatte tar snarveier for å få arbeidet raskere unna" er lav. Vi ser også at utsagn 4 "Ansatte følger gjeldende prosedyrer når de yter pleie og omsorg til brukerne har høy skåre, med nesten 70 prosent.



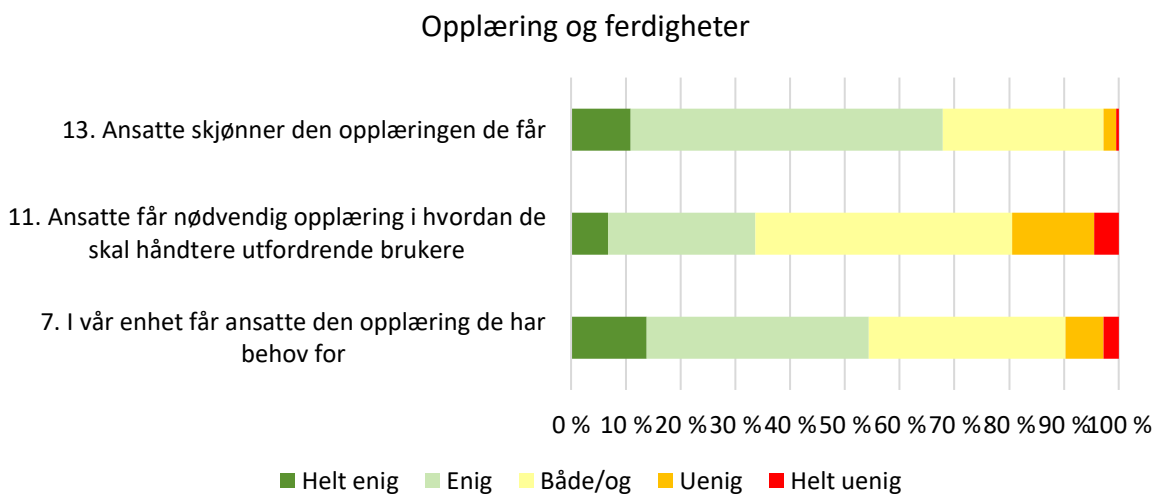
#### Faktor 4 Opplæring og ferdigheter samlet

Vi ser av figuren nedenfor at samlet skåre for hjemmetjenesten for alle kommunene for opplæring og ferdigheter er 52 prosent, og skåre for "uenig" er 11 prosent.



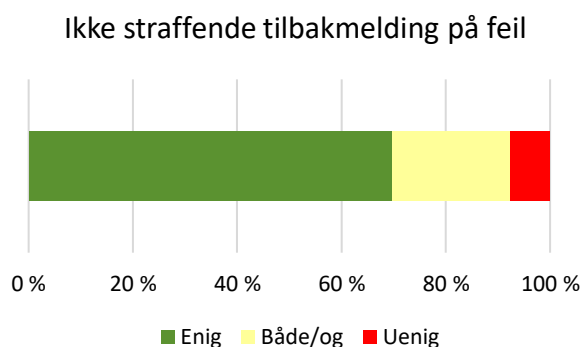
#### Spørsmål under temaet opplæring og ferdigheter:

Figuren nedenfor viser at ingen av de tre utsagnene under faktor 4 skårer over 70 prosent. Høyeste samlet skåre har utsagn 13 "Ansatte skjønner den opplæringen de får". Utsagn 11 "Ansatte får nødvendig opplæring i hvordan de skal håndtere utfordrende brukere" har lavest samlet skåre, nesten 20 prosent, når vi slår sammen "uenig" og "helt uenig".



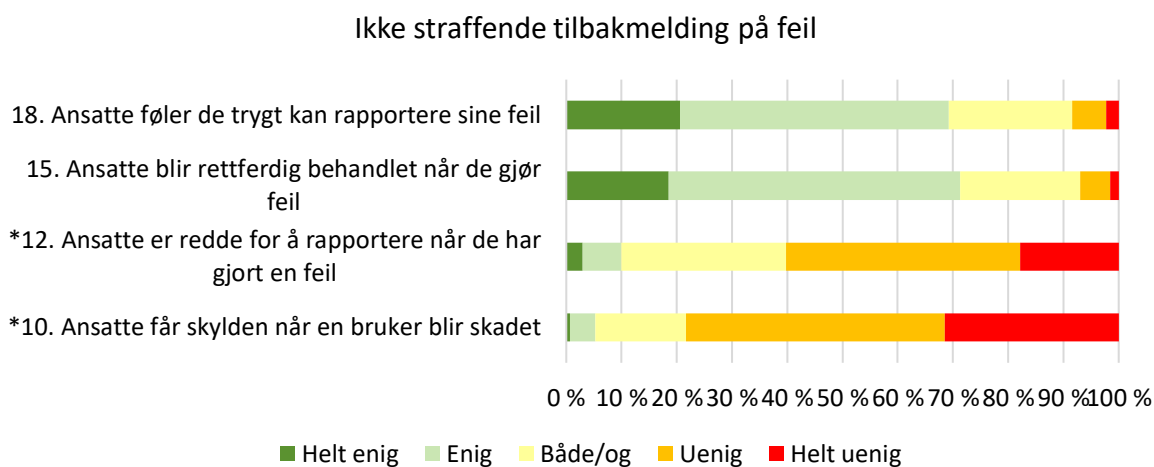
### Faktor 5 Ikke straffende tilbakemeldinger på feil samlet

Figuren nedenfor viser at samlet skåre for hjemmetjenesten i alle kommunene for faktor fem er 70 prosent.



### Spørsmål under temaet ikke straffende tilbakemeldinger på feil:

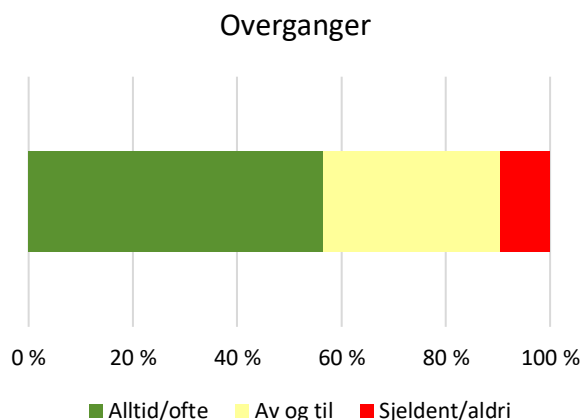
Figuren nedenfor viser at alle utsagnene under faktor fem har høy skåre. Utsagn 12 "Ansatte er redde for å rapportere når de har gjort en feil" skårer høyest, men utsagn 15 "Ansatte blir rettferdig behandlet når de gjør feil" og utsagn 18 "Ansatte føler de trygt kan rapportere sine feil" skårer også høyt.





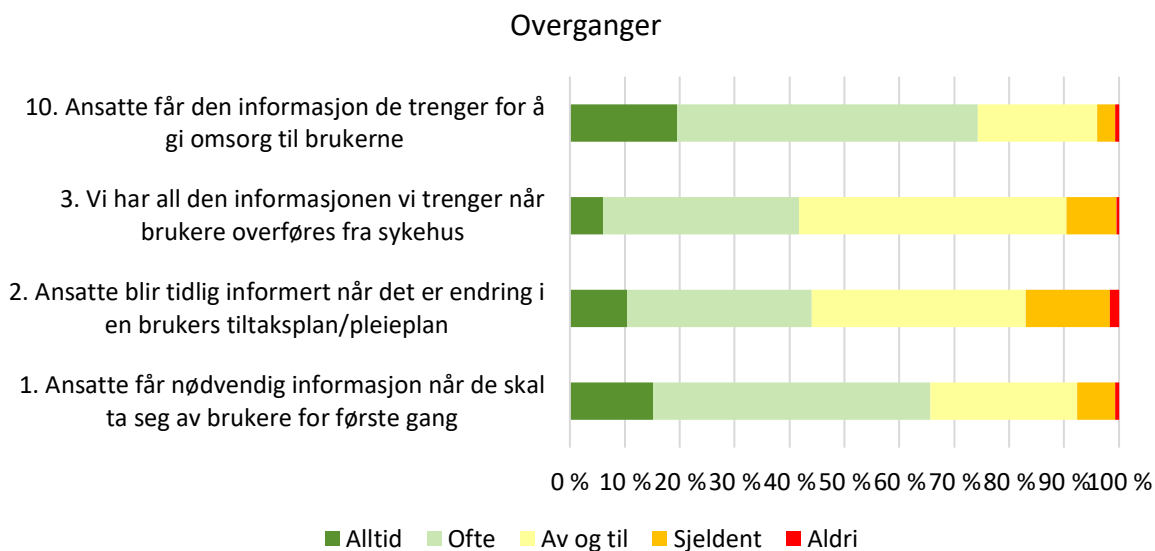
### Faktor 6 Overganger samlet

Figuren nedenfor viser at for hjemmetjenesten for alle kommunene samlet skårer overganger lavere enn 60 prosent. Skåre for "Sjelden/aldri" er 10 prosent.



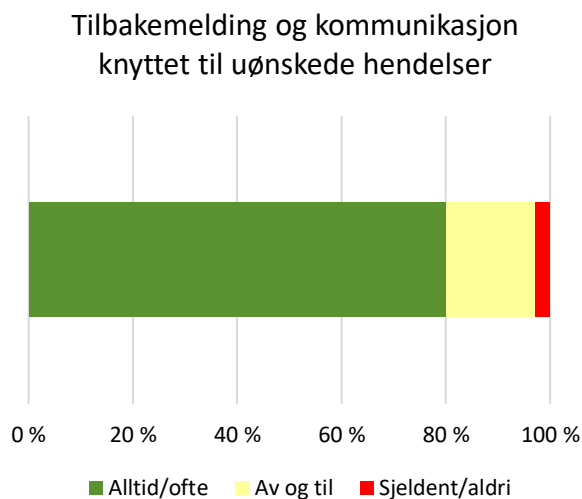
### Spørsmål under temaet overganger:

Temaet overganger har fire utsagn. Utsagn 10 "Ansatte får den informasjonen de trenger for å gi omsorg til brukerne" skårer over 70 prosent, mens utsagn 1 "Ansatte får nødvendig informasjon når de skal ta seg av brukerne for første gang" skårer litt lavere. Utsagn 3 "Vi får all den informasjonen vi trenger når brukerne overføres fra sykehus" skårer lavest av de fire utsagnene.



### Faktor 7 Tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser samlet

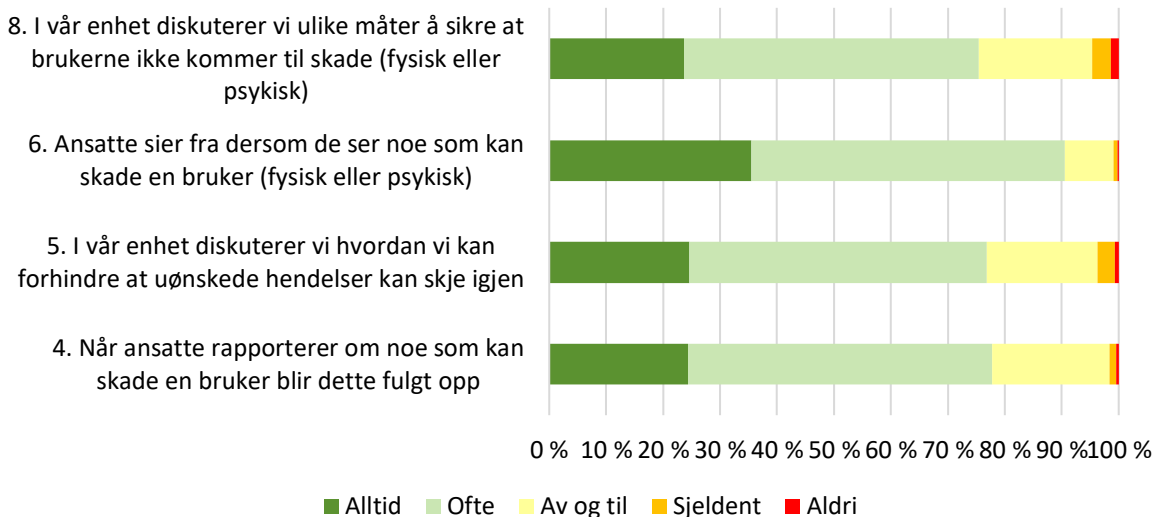
Figuren nedenfor viser at for hjemmetjenesten i alle kommuner samlet har faktor syv høy skåre.



### Spørsmål under temaet tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser:

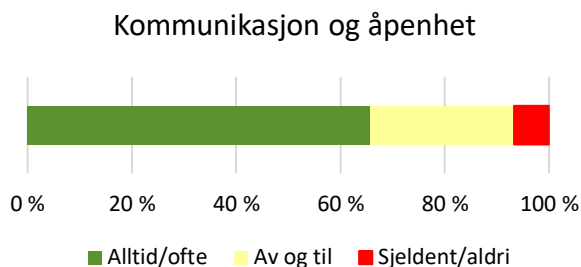
For de fire utsagnene under faktor syv har utsagn 6 "Ansatte sier fra dersom de ser noe som kan skade en bruker (fysisk eller psykisk) høyeste skåre, med 90 prosent. Alle fire utsagn har høy skåre, over 70 prosent.

#### Tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser



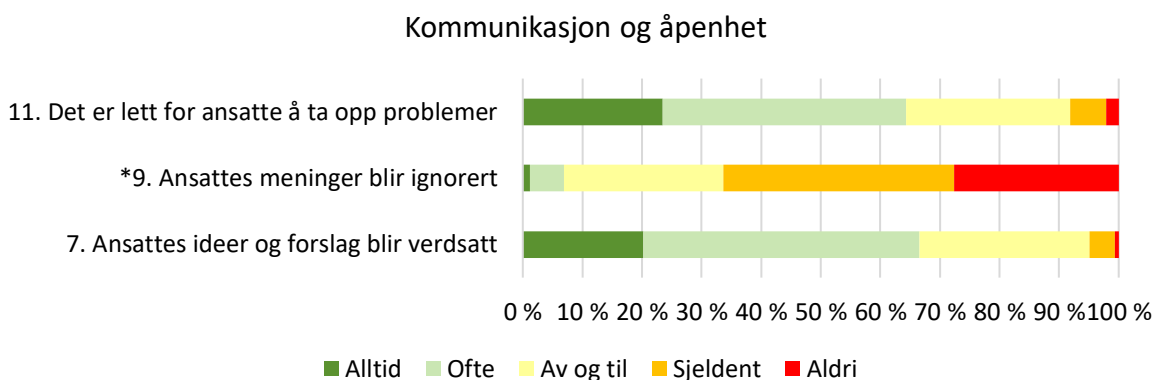
### Faktor 8 Kommunikasjon og åpenhet samlet

Figuren nedenfor viser at for hjemmetjenesten for alle kommuner samlet skårer temaet kommunikasjon og åpenhet 66 prosent.



### Spørsmål under temaet kommunikasjon og åpenhet:

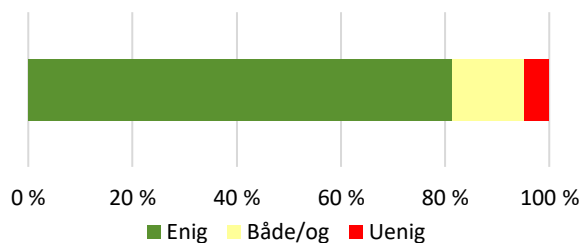
Utsagn 9 "Ansattes meninger blir ignorert" skårer høyest av de tre utsagnene som handler om kommunikasjon og åpenhet.



### Faktor 9 Forventninger til "nærmeste leder" samlet

Figuren nedenfor viser at for hjemmetjenesten for alle kommuner samlet skårer faktor ni, 81 prosent.

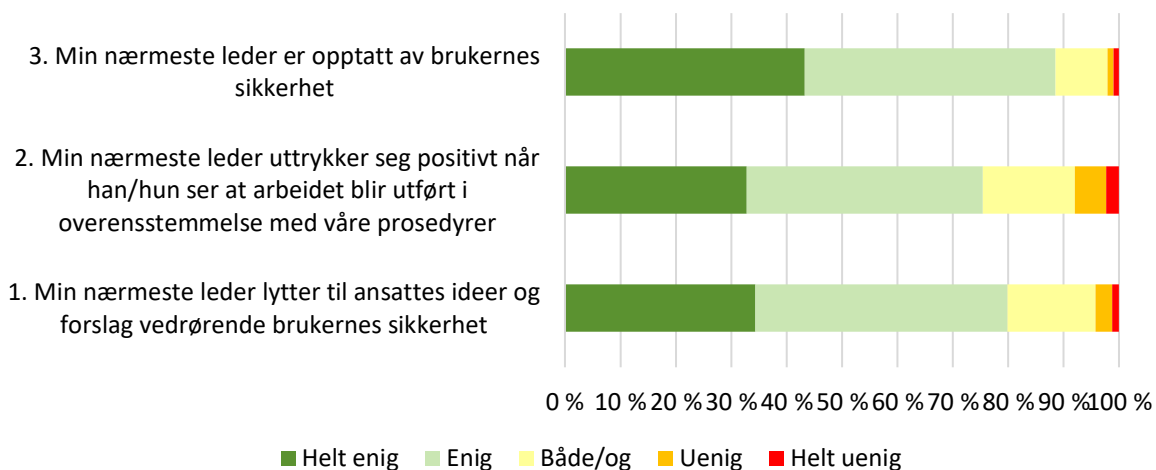
Forventninger til "nærmeste leder"



### Spørsmål under temaet forventninger til "nærmeste leder":

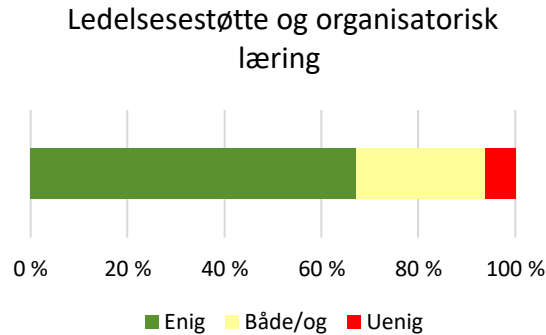
Alle de tre utsagnene under faktor ni forventning til nærmeste leder skårer høyt.

Forventninger til "nærmeste leder"



### Faktor 10 Ledelsesstøtte og organisatorisk læring samlet

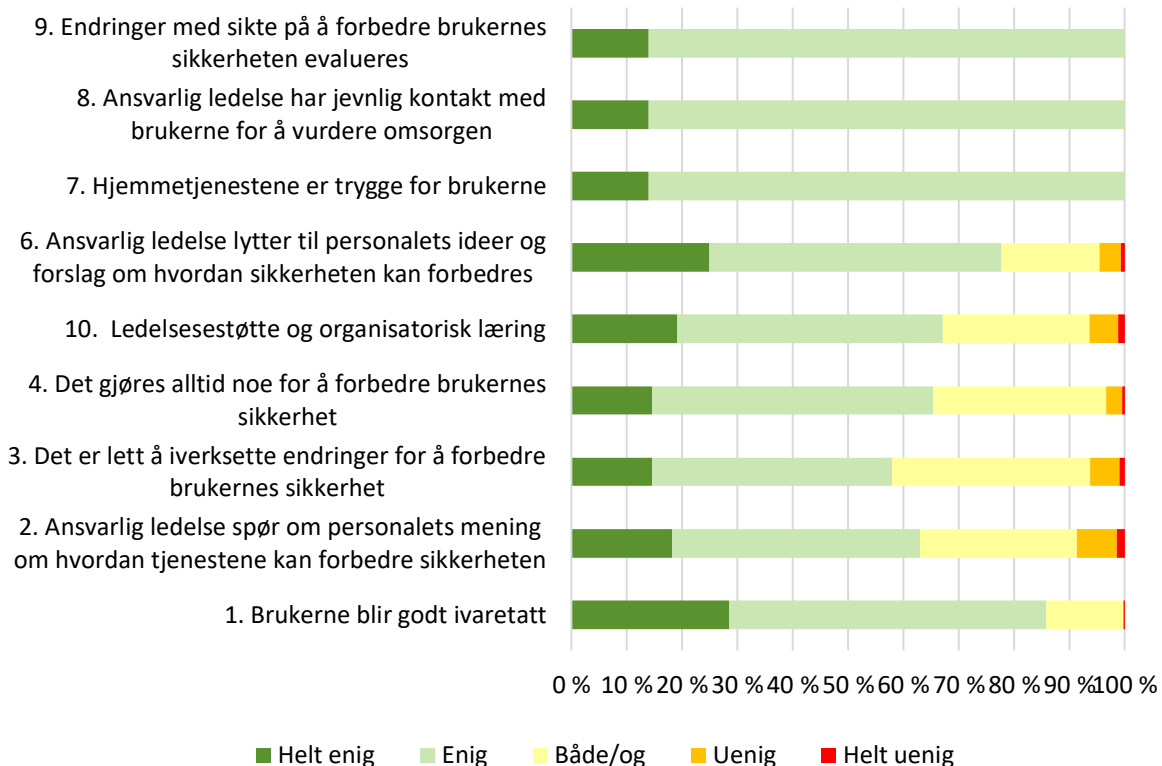
Figuren nedenfor viser at for hjemmetjenesten i alle kommunene samlet skårer faktor ti, 67 prosent.



### Spørsmål under temaet ledelsesstøtte og organisatorisk læring:

Det er ni utsagn under faktor 10 om ledelsesstøtte og organisatorisk læring. Utsagn 9 "Endring med sikte på å forbedre brukernes sikkerhet skårer svært høyt. Det samme gjelder for utsagn 8 "Ansvarlig ledelse har jevnlig kontakt med brukerne for å vurdere omsorgen" og utsagn 7 "Hjemmetjenestene er trygge for brukerne".

### Ledelsesstøtte og organisatorisk læring



### 5.3 Korttid oppsummert

Under dette punktet presenterer vi resultatene fra korttidsavdelingene samlet for alle kommunene. Resultatene fra korttidsavdelingene samlet viste at den høyeste andelen positives skårer var knyttet til følgende tre faktorer:

- Forventninger til nærmeste leder – 96 prosent andel positive
- Tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser – 91 prosent andel positive
- Kommunikasjon og åpenhet – 81 prosent andel positive
- Ikke straffende respons på feil – 81 prosent andel positive

I korttidsavdelingene skårer tillit til nærmeste leder enda høyere enn i hjemmetjenestene. Førstelinedere er derfor en svært viktig ressurs i arbeidet med å forbedre pasientsikkerhet. Kommunikasjon og åpenhet viser seg å være en særlig viktig faktor i sykehjem. Ree og Wiig (2019) beskriver i sin studie ansattes oppfatninger og hvordan ulike sikkerhetsdimensjoner bidrar til å forklare den *overordnede oppfatningen* av pasientsikkerheten. De viser at oppmerksomhet bør rettes mot «åpenhet og kommunikasjon» og det å lytte til og verdsette ansattes forslag og ideer.

Ikke straffende respons på feil skårer tilsvarende høyt. En ikke-straffende tilnærming til rapportering av uønskede hendelser kan forstås som en rettferdig kultur som anerkjenner at feil handler om systemet i stedet for den enkelte ansatte. En rettferdig kultur legger vekt på delt ansvarlighet blant både ledere og ansatte, og verdien av læring er grunnleggende.

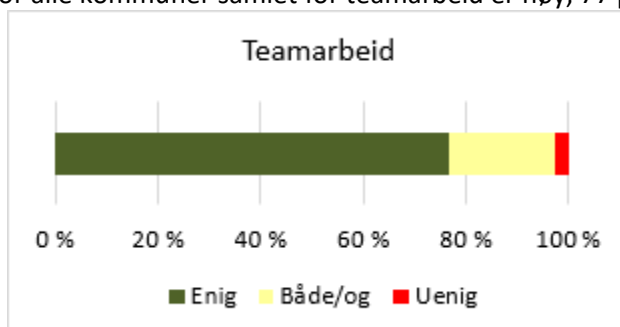
Tilsvarende som i hjemmebaserte tjenester er de laveste skårene i korttidsavdelingene knyttet til følgende faktorer:

- Faktor 2 Bemanning – 42 prosent andel positive
- Faktor 4 Opplæring – 54 prosent andel positive
- Faktor 3: Følge prosedyrer – 71 prosent andel positive

### 5.2.1 Alle resultater samlet - korttid

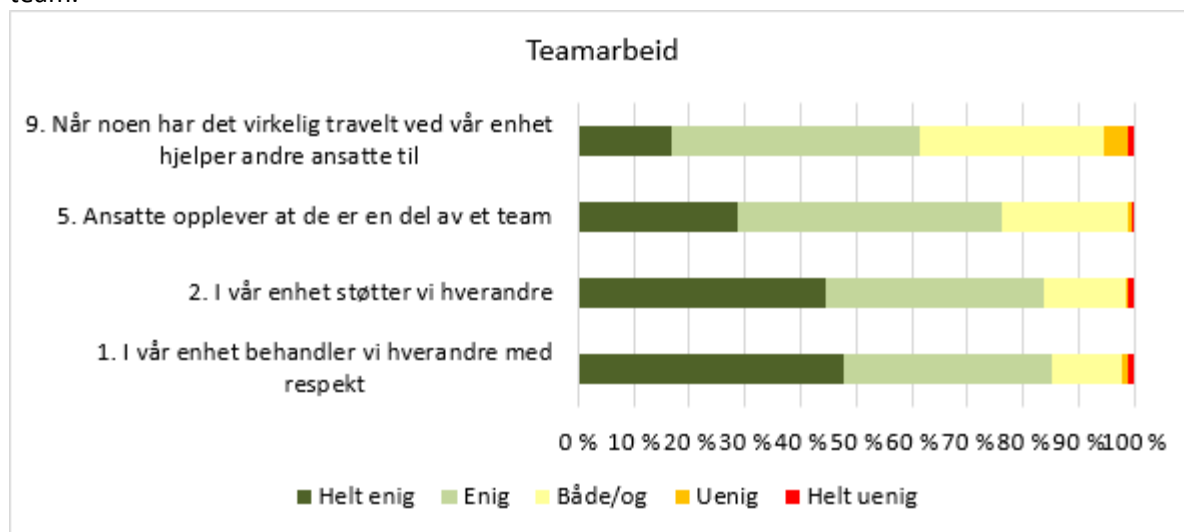
#### Faktor 1 Teamarbeid samlet

Skåre for korttidsavdeling for alle kommuner samlet for teamarbeid er høy, 77 prosent.



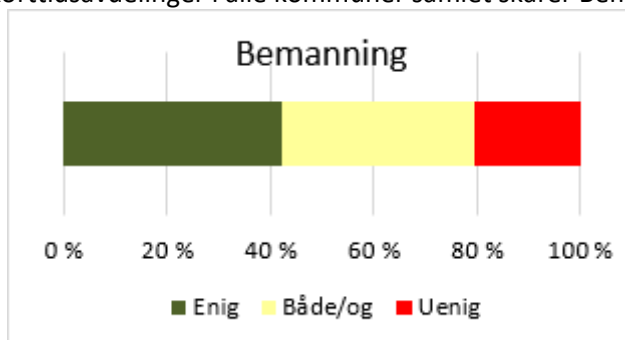
#### Spørsmål under temaet teamarbeid:

Utsagn 1 "I vår enhet behandler vi hverandre med respekt" og utsagn 2 "I vår enhet støtter vi hverandre" har også høy skåre, godt over 80 prosent. Like bak følger utsagn 5 "Ansatte opplever at de er en del av et team".



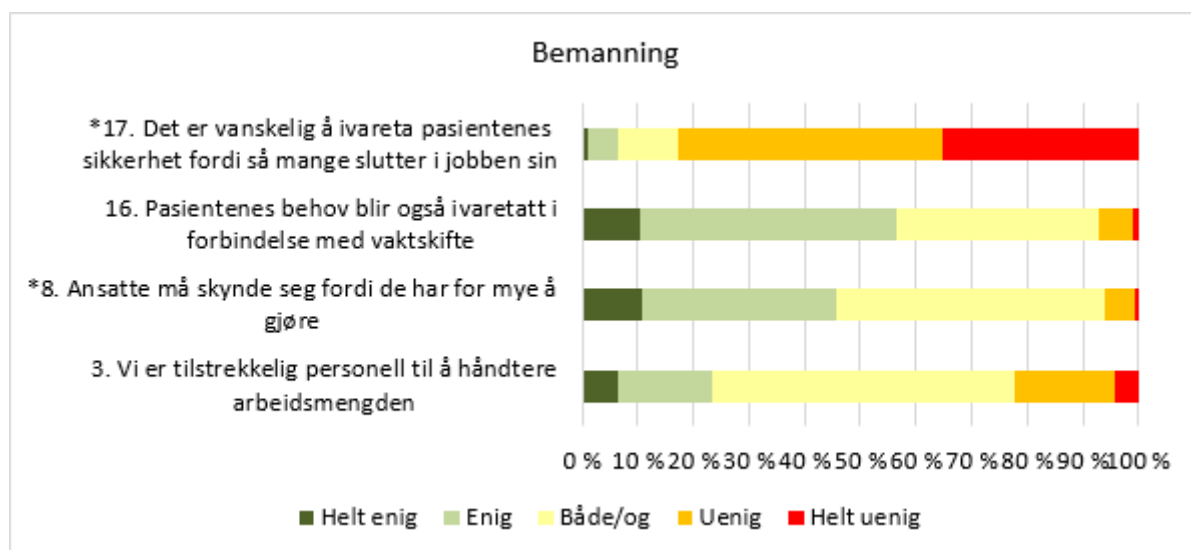
#### Faktor 4 Bemanning samlet

Figuren under viser at for korttidsavdelinger i alle kommuner samlet skårer Bemanning 42 prosent.



#### Spørsmål under temaet bemanning:

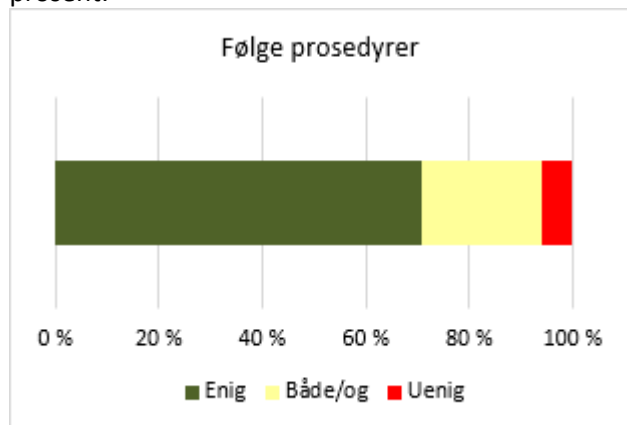
For de fire utsagnene under temaet bemanning skårer utsagt 17 "Det er vanskelig å ivareta pasientenes sikkerhet fordi så mange slutter i jobben sin" høyt, hvis vi slår sammen skåre for "uenig" og "helt uenig". Utsagn 16 "Pasientenes behov blir også ivaretatt i forbindelse med vaktskifte" skårer lavt hvis vi slår sammen "enig" og "helt enig", under 60 prosent. Utsagn 3 "Vi er tilstrekkelig personell til å håndtere arbeidsmengden" skårer svært lavt, 25 prosent hvis vi slår sammen "enig" og helt enig".





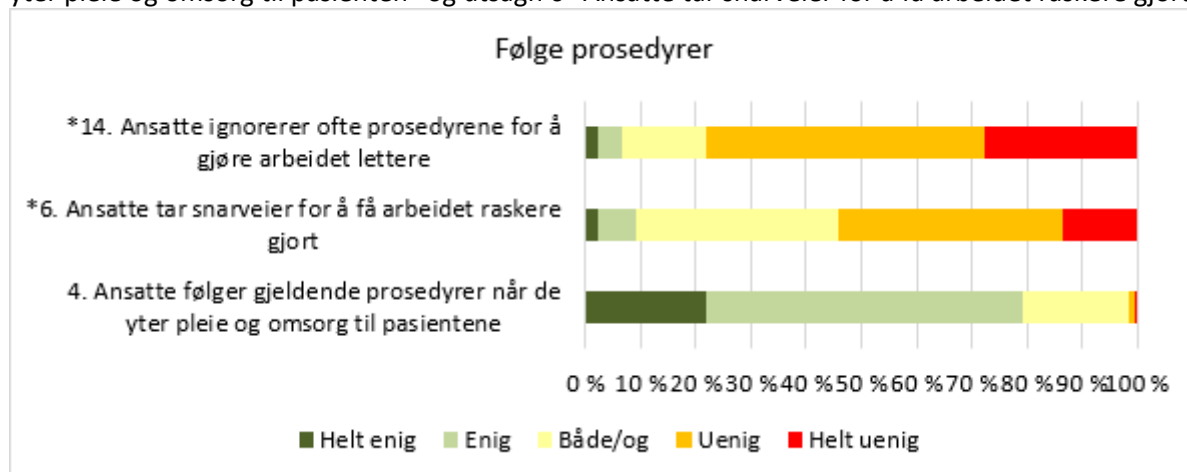
### Faktor 3 Følge prosedyrer samlet

Figuren under viser at for korttidsavdelinger i alle kommuner samlet skårer faktor 3 Følge prosedyrer, 71 prosent.



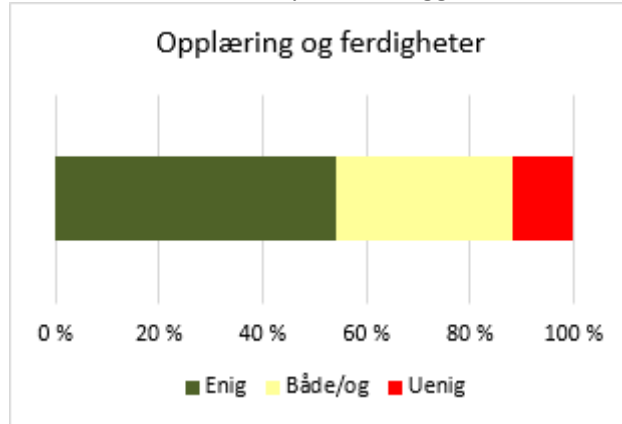
### Spørsmål under temaet følge prosedyrer:

Av de tre utsagnene under følge prosedyrer skårer utsagn 4 "Ansatte følger gjeldende prosedyrer når de yter pleie og omsorg til pasienten" og utsagn 6 "Ansatte tar snarveier for å få arbeidet raskere gjort" høyt.



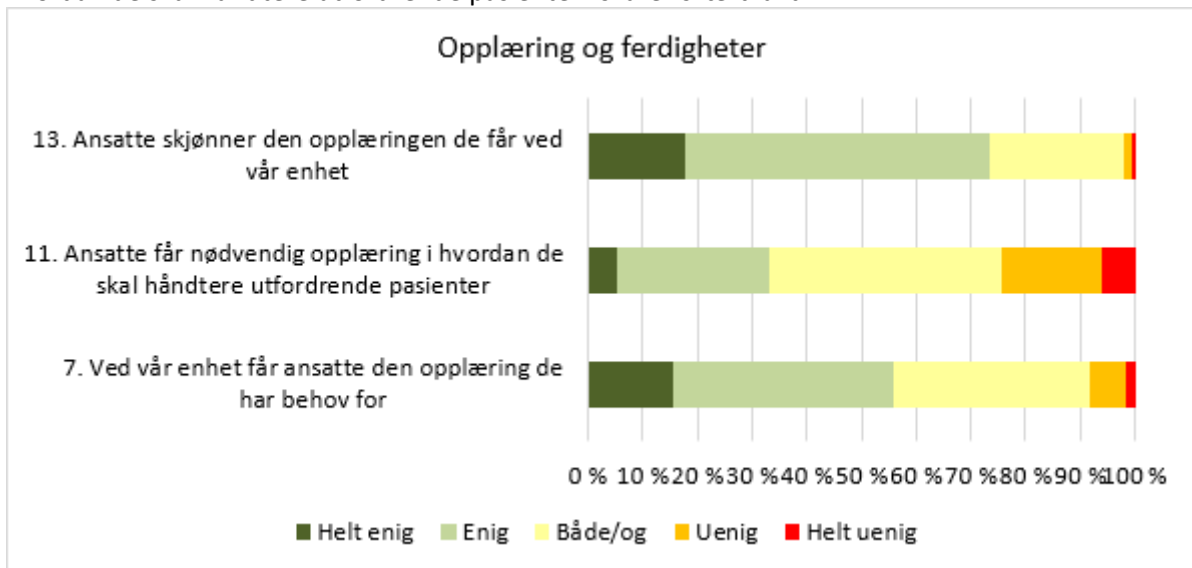
#### Faktor 4 Opplæring og ferdigheter samlet

Figuren under viser at korttidsavdelinger i alle kommuner samlet for faktor 4 opplæring og ferdigheter er skåre for "enig" kun 54 prosent. Faktoren skårer høyt hvis vi legger sammen "enig" og "både/og".



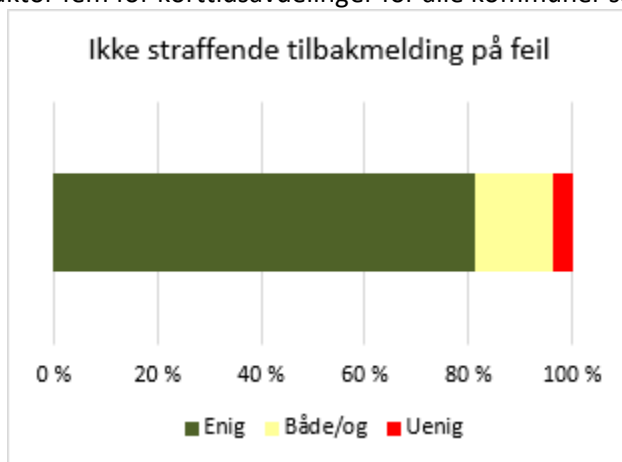
#### Spørsmål under temaet opplæring og ferdigheter:

For de tre utsagnene under faktor 4 skårer utsagn 13 "Ansatte skjønner den opplæringen de får ved vår enhet", høyt når vi legger sammen "enig" og "helt enig". Utsagn 11 "Ansatte får nødvendig opplæring i hvordan de skal håndtere utfordrende pasienter" skårer svært lavt.



### Faktor 5 Ikke straffende tilbakemelding på feil samlet

Figuren nedenfor viser at faktor fem for korttidsavdelinger for alle kommuner samlet har skåre 81 prosent.



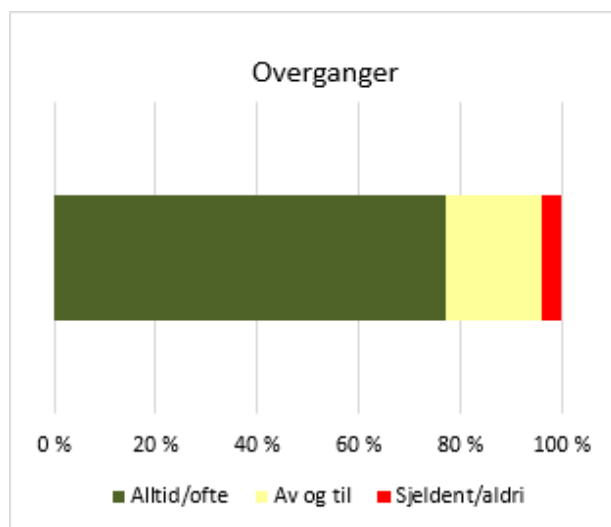
### Spørsmål under temaet ikke straffende tilbakemelding på feil:

For de fire utsagnene under spørsmål om ikke straffende tilbakemelding på feil, skårer utsagn 15 "Ansatte blir rettfærdig behandlet når de gjør feil", utsagn 18 "Ansatte føler de trygt kan rapportere sine feil" og utsagn 12 "Ansatte er redde for å rapportere når de har gjort en feil" høyt.



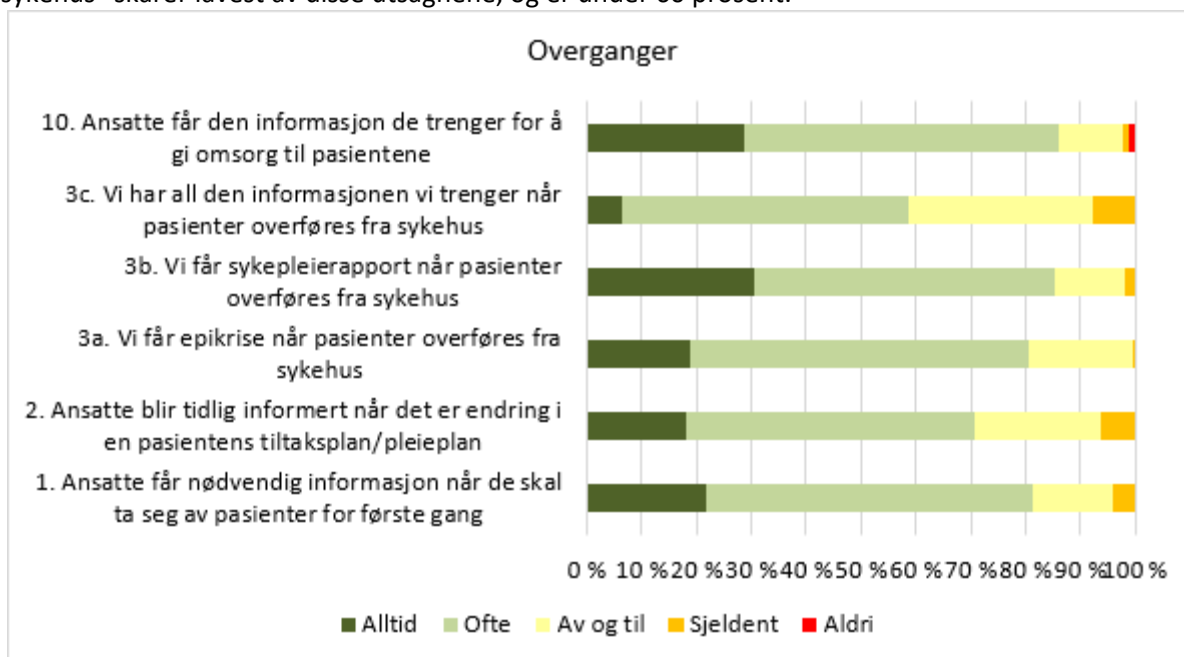
### Faktor 6 Overganger samlet

Figuren nedenfor viser at spørsmål om overganger har høy skåre, 77 prosent, for korttidsavdelingene i alle kommuner samlet.



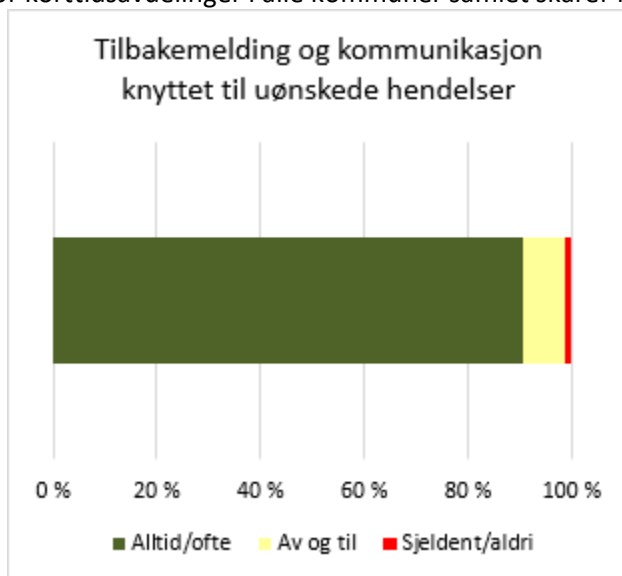
### Spørsmål under temaet overganger:

Under temaet overganger skårer utsagn 10 "Ansatte får den informasjonen de trenger for å gi omsorg til pasientene", utsagn 3a "Vi får epikrise når pasienter overføres fra sykehus", 3b "Vi får sykepleierapport når pasienter overføres fra sykehus" og utsagn 1 "Ansatte får nødvendig informasjon når de skal ta seg av pasienten for første gang" høyt. Utsagn 3c "Vi har all den informasjonen vi trenger når pasienter overføres fra sykehus" skårer lavest av disse utsagnene, og er under 60 prosent.



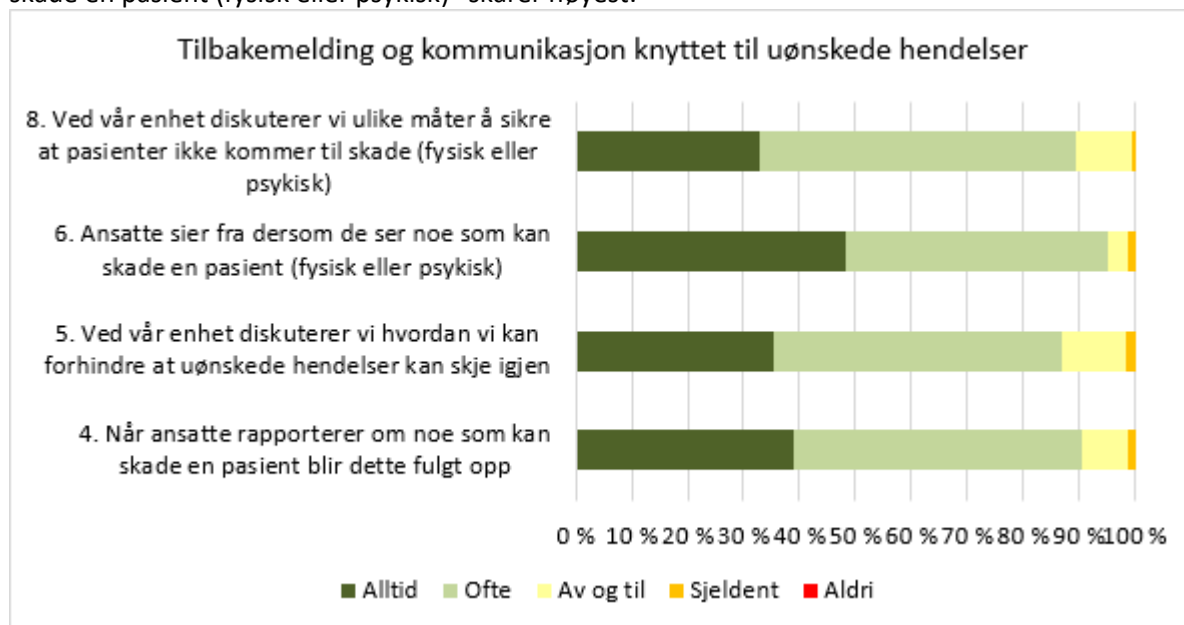
### Faktor 7 Tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser samlet

Figuren nedenfor viser at for korttidsavdelinger i alle kommuner samlet skårer faktor syv høyt, 91 prosent.



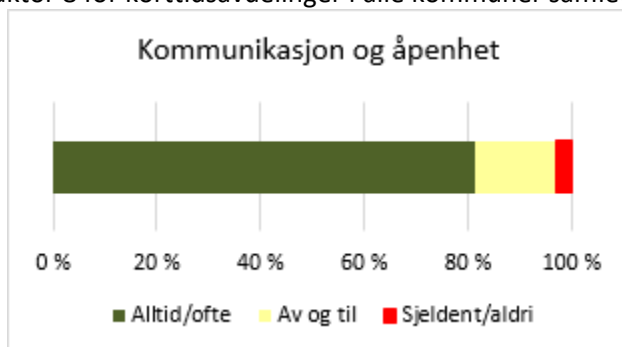
### Spørsmål under temaet tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser:

De fire utsagnene under faktor syv har høy skåre. Utsagn 6 "Ansatte sier fra dersom de ser noe som kan skade en pasient (fysisk eller psykisk)" skårer høyest.



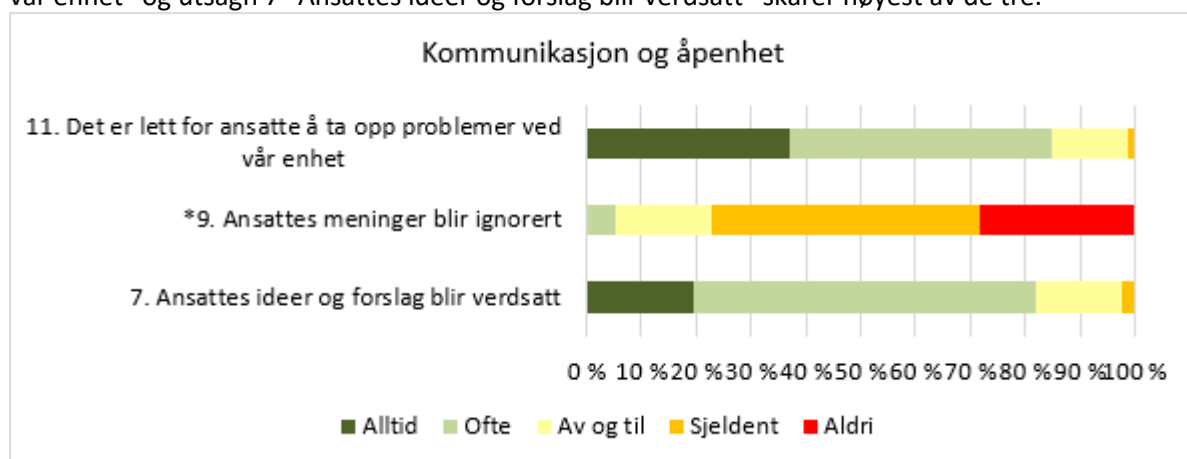
### Faktor 8 Kommunikasjon og åpenhet samlet

Figuren nedenfor viser at faktor 8 for korttidsavdelinger i alle kommuner samlet skårer høyt, 81 prosent.



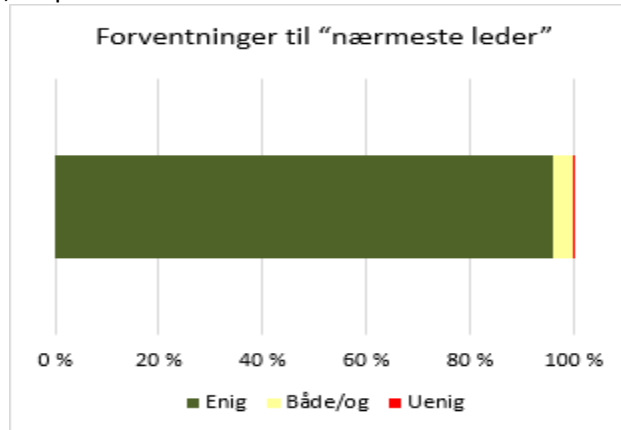
### Spørsmål under temaet kommunikasjon og åpenhet:

For de tre utsagnene under faktor åtte ser vi at utsagn 11 "Det er lett for ansatte å ta opp problemer ved vår enhet" og utsagn 7 "Ansattes ideer og forslag blir verdsatt" skårer høyest av de tre.



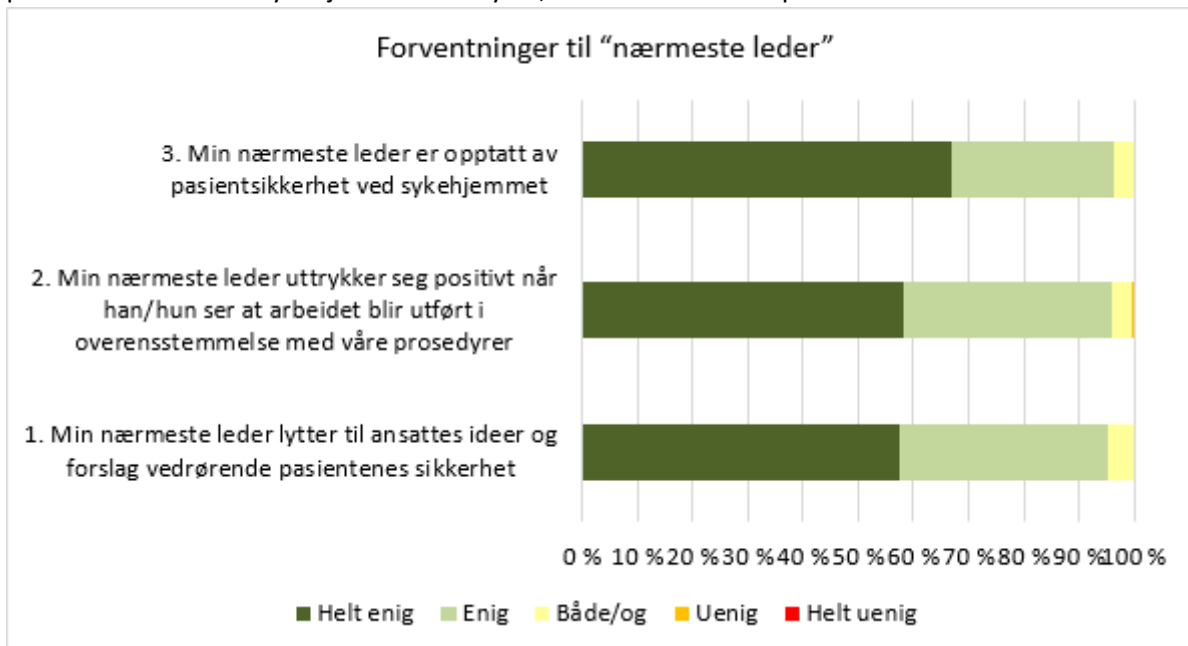
### Faktor 9 forventning til "nærmeste leder" samlet

Figuren under viser at for korttidsavdelinger i alle kommuner samlet skårer faktor ni forventning til nærmeste leder svært høyt, 96 prosent.



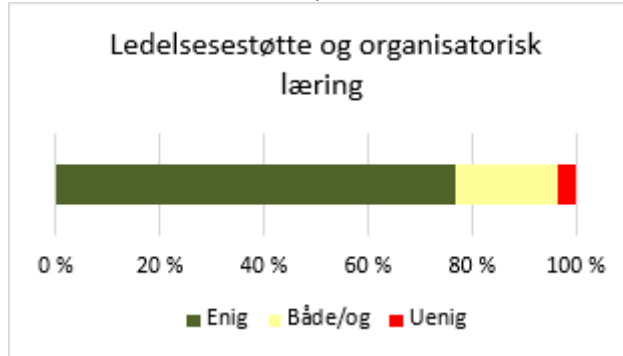
### Spørsmål under temaet forventning til "nærmeste leder":

De tre utsagnene under forventning til nærmeste leder skårer alle svært høyt når vi slår sammen svar under "enig" og "både/og". Blant svarene under "enig" skårer utsagn 3 "Min nærmeste leder er opptatt av pasientsikkerhet ved sykehjemmene" høyest, men lavere enn 70 prosent.



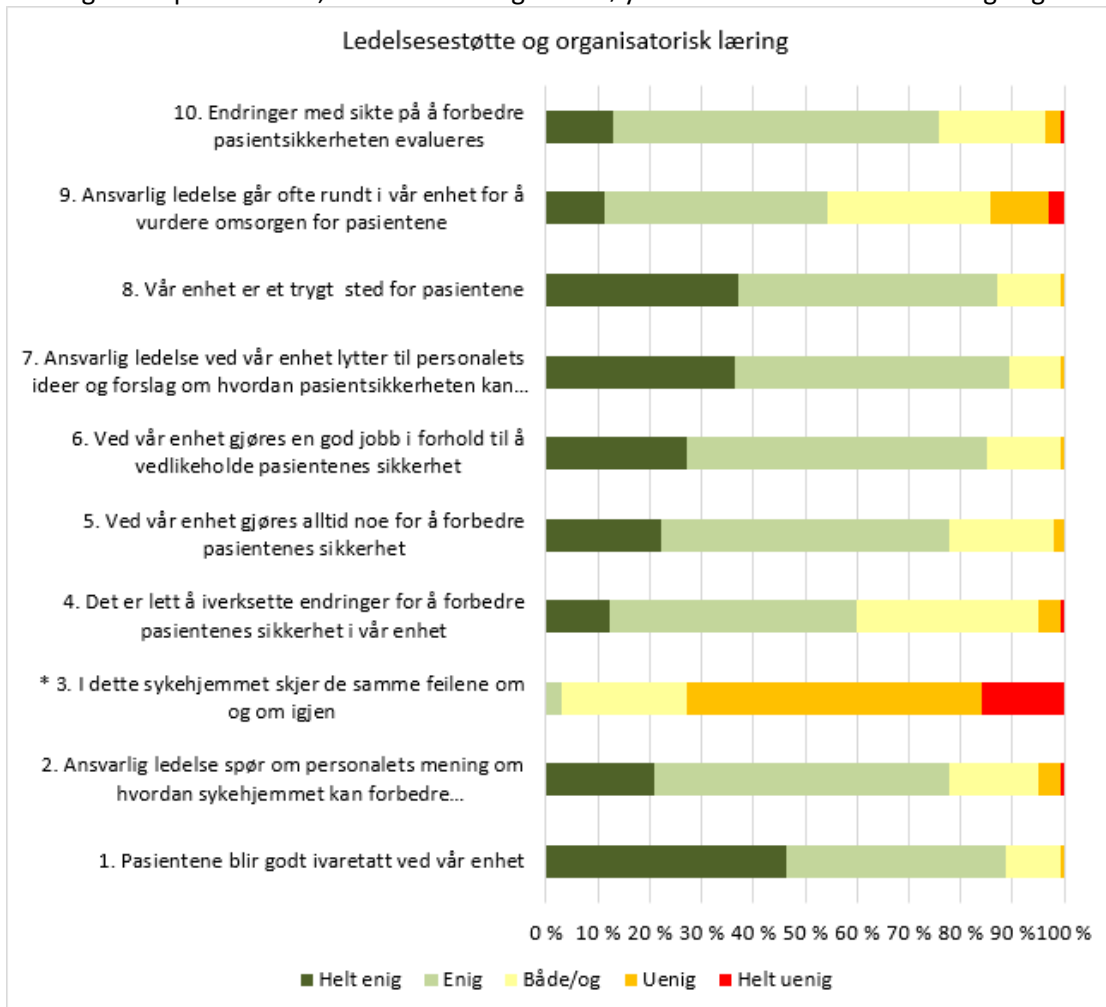
### Faktor 10 Ledelsesstøtte og organisatorisk læring samlet

Figuren nedenfor viser at faktor ti ledelsesstøtte og organisatorisk læring har høy skåre i korttidsavdelingene i alle kommuner samlet, med 77 prosent.



### Spørsmål under temaet ledelsesstøtte og organisatorisk læring:

Faktor 10 har ti underspørsmål. Bortsett fra utsagn 4 "Det er lett å iverksette endringer for å forbedre pasientsikkerheten i vår enhet" og utsagn 9 "Ansvarlig ledelse går ofte rundt i vår enhet for å vurdere omsorgen for pasientene", skårer alle utsagnene høyt dersom vi slår sammen "enig" og "både/og".





### 5.3 Kommentarer fra ansatte som svarte på PSKU

Under dette punktet gjengir vi noen av tekstkommentarene som ansatte har gitt i fritekstfeltet til spørreskjemaet. Kommentarene gir et innblikk i hverdags erfaringer som ansatte opplever påvirker pasientsikkerheten i egen tjeneste. Flere kommentarer dreier seg om at pasienter/brukere alt i alt blir godt ivaretatt, illustrert ved dette sitatet: *Totalt sett er brukerne godt ivaretatt. Opplever at de fleste er fornøyd og da tenker jeg at sikkerheten er bra. Synes det er gjort flere gode pasientsikkerhetstiltak den tiden jeg har vært ansatt.*

Ut over dette er det i hovedsak tre forhold ansatte kommenterer i tekstfeltet til spørreskjemaet: *organisatoriske forhold*, nærmere bestemt forhold som har med hvordan arbeidsdagen og arbeidsoppgaver er strukturert; *individuelle forhold*, nærmere bestemt forhold som har med hvordan den enkelte utfører jobben sin; forhold som dreier seg om *kommunikasjon*, nærmere bestemt faktorer som påvirker hvordan tjenesteyter og pasient/bruker samhandler og forstår hverandre.

For at pasientsikkerhet skal ivaretas og være en del av kulturen, må den forankret hos hver enkelt ansatt på en slik måte at den får konsekvenser for både hvordan den ansatte forstår og utfører arbeidsoppgavene sine. Vi har fått kommentarer som viser at ansatte er opptatt av at måten den enkelte tjenesteyter utfører jobben sin på, er viktig. Dette er illustrert med dette sitatet:

*Det avhenger av hvilke personer som er på jobb om brukersikkerheten er godt ivaretatt eller ikke.*

Det neste sitatet peker mot at ansatte er opptatt av hvordan organisatoriske forhold påvirker hvordan den enkelte ansatte utfører jobben sin:

*HS har ikke ressurser mere enn til å drive "brannslukking". Sikkerheten er derfor tilfeldig og avhengig av pårørendes "tilstedeværelse" /oppfølging. Det er alt for mange hjelpere på en person, til å ha en god oppfølging.*

Et viktig moment i dette sitatet er at den ansatte opplever at de har en travel arbeidsdag, noe som gir lite rom for refleksjon og informasjonsformidling. Dette påvirker hvordan den ansatte utfører arbeidsoppgavene sine, og hvor godt den enkelte klarer å ivareta pasientens sikkerhet, illustrert ved følgende sitater:

*Til tider er arbeidsbelastningen så høy at det tas snarveier for å jobbe raskere, det er også press på å holde pasienttiden nede på arbeidslistene som er uheldig for utførelse av pleien.*

*Sykepleiere har også ofte ingen tid til overlapp i turnusen, noe som fører til at informasjon glipper.*

*Det er til tider veldig hektisk slik at man får for mange oppgaver. I slike situasjoner så er man redd for å gjøre feil grunnet mye stress.*

En viktig forutsetning for å yte kvalitativ god tjeneste er at fagperson og pasient/bruker forstår hverandre. Enkelte ansatte skriver at språkforståelse kan være et hinder for å ivareta pasientsikkerhet, illustrert gjennom dette sitatet:

*Opplever at brukernes sikkerhet trues av bl.a. dårlig språkforståelse hos ansatte. Det kan av og til være en utfordring med kommunikasjon/forståelse/rapport når det gjelder språkvansker.*

Verbal kommunikasjon kan dreie seg om at fagperson og pasient/bruker ikke har et felles språk, for eksempel kan begge eller en av dem ikke behersker norsk godt nok. Noen ansatte gir kommentarer som viser at pasientsikkerheten avhenger av hvordan alle disse faktorene samspiller, for eksempel:

*En hektisk arbeidshverdag, få faglærte på jobb, sviktende nettbrett og telefoner og stor utskiftning av personell hos den enkelte bruker.*

Det er altså samspillet mellom mange, kanskje tilsynelatende små, hendelser og momenter i hverdagen som avgjør om tjenesten og den enkelte tjenesteyter/fagperson gir en kvalitativ god tjeneste som ivaretar pasientenes trygghet og sikkerhet. Både Evalueringen av Samhandlingsreformen (Norges forskningsråd, 2016) og Riksrevisjonens rapport om tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen (Riksrevisjonen, 2018) legger vekt på kommunikasjon og gode rutiner som et grunnleggende element i pasientsikkerhetsarbeidet, og fremhever IKT som et viktig verktøy for å skape god kommunikasjon og informasjonsformidling. DigiPAS-prosjektet, som denne PSKU er en del av, er et ledd i et sånt arbeid. Erfaringene fra DigiPAS-prosjektet vil bli formidlet i en egen rapport.

## 6 Oppsummering og anbefalinger

En tydelig ledelse og en kultur for åpenhet og læring er grunnleggende forutsetninger for arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Pasientsikkerhetskultur handler om hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser. Når man skal starte opp med forbedringsarbeid rettet mot å bedre pasientsikkerheten, er det viktig å ha blitt enig om et utgangspunkt; hvor er vi, hvor vil vi, hvordan skal vi komme videre. Ved å gjennomføre en spørreundersøkelse kan ledere få mer kunnskap om ansattes oppfatninger og holdninger til pasientsikkerhet, og de kan få et utgangspunkt for å planlegge tiltak rettet mot forbedringsområder. Resultatene vil gi ledelsen et øyeblikksbilde av ansattes oppfatninger knyttet til pasientsikkerhet og et grunnlag for interne diskusjoner. Dette vil igjen bidra en økt bevissthet hos både ledelse og ansatte. Undersøkelsen kan hjelpe til å identifisere både sterke sider og utfordringer knyttet til pasientsikkerhet.

Resultatene fra både hjemmetjenesten og korttidsavdelingene i denne undersøkelsen viste en høy andel positive skårer knyttet til «forventninger til nærmeste leder» og «kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser». Dette kan tyde på at ansatte har høy grad av tillit til sin nærmeste leder, og at uønskede

hendelser tas opp og diskuteres. I hjemmetjenesten skårer også teamarbeid høyt, noe som synes å være en viktig faktor for den overordnede oppfatningen av pasientsikkerheten. I korttidsavdelingene er «kommunikasjon og åpenhet» og «ikke straffende respons på feil» også blant de høyeste skårene. Dette kan tyde på at ansattes ideer og forslag verdsettes.

Ikke uventet er de laveste skårene er knyttet til «bemanning» og «opplæring og ferdigheter». Når det gjelder «bemanning» og «opplæring og ferdigheter» samsvarer dette blant annet med funnene i Riksrevisjonens undersøkelse (2016) av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, der det vises til at kommunene i liten grad har økt kapasiteten og styrket kompetansen. Hjemmetjenestene har også lav skåre knyttet til «overganger». Overganger innad i virksomheten og mellom tjenestene er et sårbart punkt i pasientforløpet og utgjør en risiko for pasientsikkerheten. Både Fredwall og kolleger (2020) og Schibevaag og kolleger (2018) har vist at manglende kommunikasjon, svikt i informasjonen og uklart ansvar i forhold til oppfølging er kjente risikofaktorer.

Denne undersøkelsen leder fram til fem anbefalte punkter:

1. Ledelsesforankring på alle nivåer er viktig for å utvikle en god pasientsikkerhetskultur. Det er viktig å løfte fram førstelinjeledere som en svært viktig ressurs i dette arbeidet fordi disse nyter stor grad av tillit hos ansatte.
2. Lokal forankring av tiltak og involvering av ansatte med direkte pasient-brukerkontakt er også viktig. Lokal forankring bidrar til at innsats knyttet til pasientsikkerhet oppleves som nyttig, og fører til konkrete resultater i både organisasjonen og fagutøvelsen.
3. For å styrke resultatoppnåelsen mest mulig, må ledelse og ansatte utarbeide konkrete og kortsiktige resultatmål. Dette bidrar til at både ledelse og ansatte vil kunne erfare at arbeidet med pasientsikkerhet har resultater.
4. For å motivere ansatte og utvikle en kultur som er opptatt av pasientsikkerhet er det nødvendig å anerkjenne at feil handler om systemet, og ikke om den enkelte ansatte. En rettferdig kultur legger vekt på delt ansvarlighet mellom ledelse og ansatte. For å få til dette, er det grunnleggende å anerkjenne verdien både på individuelt og organisatorisk plan.
5. PSKU og innføring av digitale tavler er virkemidler som støtter opp om hverandre. Begge virkemidlene må sees i sammenheng med mål om bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

## 7 Referanser

Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from <https://www.ahrq.gov/>

Barac, A. (2010). Innovation in services: a new paradigm and innovation model. In F. Gallouj & F. Djellal (Eds.), *The Handbook of Innovation and Services: A Multi-disciplinary Perspective* (pp. 49-67): Edward Elgar Publishing Limited.

Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Testa, L., & Lamprell, G. (2017). Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open*, 7(11), e017708. doi:10.1136/bmjopen-2017-017708

Cappelen, K., Aase, K., Storm, M., Hetland, J., & Harris, A. (2016). Psychometric properties of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture in Norwegian nursing homes. *BMC Health Serv Res*, 16(1), 446. doi:10.1186/s12913-016-1706-x

Cappelen, K., Harris, A., & Aase, K. (2018). Variability in staff perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes—a longitudinal cross-sectional study. *Safety in Health*, 4(1), 9. doi:10.1186/s40886-018-0076-y

Carew, A. L., & Wickson, F. (2010). The TD Wheel: A heuristic to shape, support and evaluate transdisciplinary research. *Futures*, 42(10), 1146-1155. doi:<https://doi.org/10.1016/j.futures.2010.04.025>

Digitaliseringsdirektoratet. (2018). *Kva er innovasjon?* Retrieved from <https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/innovasjon/hvordan-jobbe-med-innovasjon/hva-er-innovasjon>

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2019). Retrieved from <https://dfo.no/fagomrader/gevinstrealisering/hva-er-en-gevinst>

EUNetPaS. (2010). *Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations*. Retrieved from [http://www.pasq.eu/DesktopModules/BlinkQuestionnaires/QFiles/448\\_WP4\\_REPORT%20%20Use%20of%20%20PSCI%20and%20recommandations%20-%20March%20%202010.pdf](http://www.pasq.eu/DesktopModules/BlinkQuestionnaires/QFiles/448_WP4_REPORT%20%20Use%20of%20%20PSCI%20and%20recommandations%20-%20March%20%202010.pdf)

Norges forskningsråd. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Retrieved from <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf>

Fredwall, T. E., Dale, B., Nilsen, E. R., & Strøm, B. S. (2020). *Sammenheng og overganger i tjenestene - Kunnskapsnotat* (Vol. 18). Senter for omsorgsforskning.

Guldenmund, F. (2014). Organisational Safety Culture Principles. In P. Waterson (Ed.), *Patient Safety Culture - Theory, Methods and Application* (pp. 15-42). UK: Ashgate Publishing Limited.

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

Haugen, A. S., & Storm, M. (2018). Sikkerhetskultur i sykehus. (Patient safety culture in hospitals). In A. K. (Ed.), *Pasientsikkerhet - Teori og praksis* (Vol. 3, pp. 77-86). Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet. (2016) *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Helsedirektoratet. Rapport IS-2416.

Helsedirektoratet. (2017) *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*. Helsedirektoratet Rapport IS-2557.

Helsedirektoratet. (2019a). *I trygge hender 24-7*. Retrieved from <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/malinger/pasientsikkerhetskultur/slik-jobber-du-med-pasientsikkerhetskulturen>

Helsedirektoratet. (2019b). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*.

Moser, I., & Thygesen, H. (2014). Prosjekteriets dilemma. Mellom avgrenset prosjekt og muligheter for læring i teleomsorg og velferdsinnovasjon. *Tidsskrift for forskning i sykdom og samfund*, 21, 57-75.

Nursing Home Survey on Patient Safety Culture NHSOPSC. (2016). Retrieved from <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/nursing-home/2016/nhsurv16-pt1.pdf>

Parasuraman, A. P., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49.  
doi:10.2307/1251430?uid=25404&uid=3737976&uid=2&uid=5910312&uid=3&uid=25392&uid=67&uid=62&sid=21103987774637source=gbs\_api

Reason, J. (1998). Achieving a safe culture: Theory and practice. *Work & Stress*, 12(3), 293-306.  
doi:10.1080/02678379808256868

Ree, E., & Wiig, S. (2019a). Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Services Research*, 19(1), 607. doi:10.1186/s12913-019-4456-8

Ree, E., & Wiig, S. (2019b). Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nursing open*, 7(1), 256-264. doi:10.1002/nop2.386

Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Dokument 3:5 (2015–2016). Retrieved from Oslo: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>

Riksrevisjonen. (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*. Dokument 3:5 (2018–2019). Retrieved from Oslo: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>

Ringholm, T., Aarsæther, N., Bogason, P., & Ellingsen, M.-B. (2011) *Innovasjonsprosesser i norske kommuner. Åpninger, pådrivere og mellomromskompetanse*. Rapport nr. 2/2011. Norut Tromsø.

Rohde, T., Grut, L., Lippestad, J.-W., & Anthun, K. (2020). *Samhandling mellom kommuner og sykehus*. Oslo: SINTEF Digital Rapport 102020752.

Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*, 42(2), 156-165. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x

Schein, E. H. (2004). *Organizational Culture and Leadership* (3 Ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Schibevaag, L., Laugaland, K., & Aase, K. (2018). Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger. In K. Aase (Ed.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (Vol. 3, pp. 133-144). Oslo: Universitetsforlaget.

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. *Gerontologist, 52*(6), 802-811.  
doi:10.1093/geront/gns007

Vogelsmeier, A., Scott-Cawiezell, J., Miller, B., & Griffith, S. (2010). Influencing leadership perceptions of patient safety through just culture training. *J Nurs Care Qual, 25*(4), 288-294.  
doi:10.1097/NCQ.0b013e3181d8e0f2

## Vedlegg: NHSOPSC. NORSK VERSJON MED 10 FAKTORER OG SPØRSMÅL

### NHSOPSC - NORSK VERSJON FOR SYKEHJEM MED 10 FAKTORER OG SPØRSMÅL

#### 1. Teamarbeid

A1I vårt sykehjem behandler vi hverandre med respekt

A2I vårt sykehjem støtter vi hverandre

A5Ansatte opplever at de er del av et team

A9Når noen har det virkelig travelt ved dette sykehjemmet hjelper andre ansatte til

#### 2. Bemanning

A3Vi er tilstrekkelig personell til å håndtere arbeidsmengden

A8 (R)Ansatte må skynde seg fordi de har for mye å gjøre

A16Pasientens behov blir også ivaretatt i forbindelse med vaktskifte

A17 (R)Det er vanskelig å ivareta pasientenes sikkerhet fordi så mange slutter i jobben

#### 3. Følge prosedyrer

A4Ansatte følger gjeldende prosedyrer når de yter pleie og omsorg til pasientene

A6 (R)Ansatte tar snarveier for å få arbeidet raskere gjort

A14 (R)Ansatte ignorerer ofte prosedyrene for å gjøre arbeidet lettere

#### 4. Opplæring og ferdigheter

A7Ved dette sykehjemmet får ansatte den opplæringen de har behov for

A11Ansatte får nødvendig opplæring i hvordan de skal håndtere utfordrende pasienter

A13Ansatte skjønner den opplæringen de får ved dette sykehjemmet

#### 5. Ikke straffende tilbakemelding på feil

A10 (R)Ansatte får skylden når en pasient blir skadet

A12 (R)Ansatte er redde for å rapportere når de har gjort en feil

A15Ansatte blir rettferdig behandlet når de gjør feil

A18Ansatte føler de trygt kan rapportere sine feil

#### 6. Overganger

B1Ansatte får nødvendig informasjon når de skal ta seg av pasienter for første gang

B2Ansatte blir tidlig informert når det er endring i en pasients tiltaksplan/pleieplan

B3 cVi har all den informasjonen vi trenger når pasienter overføres fra sykehus

B10Ansatte får den informasjonen de trenger for å gi omsorg til pasientene

Tilleggsspørsmål, kan eventuelt inngå i Overganger

B 3 aVi får epikrise når pasienter overføres fra sykehus

B3 bVi får sykepleierapport når pasienter overføres fra sykehus

#### 7. Tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser

B4Når ansatte rapporterer om noe som kan skade en pasient blir dette fulgt opp

B5Ved dette sykehjemmet diskuterer vi hvordan vi kan forhindre at uønskede hendelser kan skje igjen

B6Ansatte sier fra dersom de oppdager noe som kan skade en pasient (fysisk eller psykisk)

B8 Ved dette sykehjemmet diskuterer vi ulike måter å sikre at pasienter ikke kommer til skade (fysisk eller psykisk)

#### 8. Kommunikasjon og åpenhet

B7 Ansattes ideer og forslag blir verdsatt

B9 (R) Ansattes meninger blir ignorert ved dette sykehjemmet

B11 Det er lett for ansatte å ta opp problemer ved dette sykehjemmet

#### 9. Forventninger til "nærmeste leder"

C1 Min nærmeste leder lytter til ansattes ideer og forslag vedrørende pasienters sikkerhet

C2 Min nærmeste leder uttrykker seg positivt når han/hun ser at arbeidet blir utført i overensstemmelse med våre prosedyrer

C3 Min nærmeste leder er opptatt av pasientsikkerhet ved sykehjemmet

#### 10. Ledelsesstøtte og organisatorisk læring

D1 Pasientene blir godt ivaretatt ved dette sykehjemmet

D2 Ansvarlig ledelse spør om personalets mening om hvordan sykehjemmet kan forbedre pasientsikkerheten

D3 (R) I dette sykehjemmet skjer de samme feilene om og om igjen

D4 Det er lett å iverksette endringer for å forbedre pasientenes sikkerhet i dette sykehjemmet

D5 Ved dette sykehjemmet gjøres det alltid noe for å forbedre pasientenes sikkerhet

D6 Ved dette sykehjemmet gjøres en god jobb i forhold til å vedlikeholde pasientenes sikkerhet

D7 Ansvarlig ledelse ved sykehjemmet lytter til personalets ideer og forslag om hvordan pasientenes sikkerhet kan forbedres

D8 Dette sykehjemmet er et trygt sted for pasientene

D9 Ansvarlig ledelse går ofte rundt i sykehjemmet for å vurdere omsorgen for pasientene

D10 Endringer med sikte på å forbedre pasientsikkerheten evalueres

#### Merknader:

(R) står for reversed coded, dvs. «motsatt skala» fra 1 – 5 der 1 er best



## NHSOPSC - NORSK VERSJON FOR HJEMMETJENESTENE MED 10 FAKTORER OG SPØRSMÅL

### 1. Teamarbeid

- A1I vår enhet behandler vi hverandre med respekt
- A2I vår enhet støtter vi hverandre
- A5Ansatte opplever at de er del av et team
- A9Når noen har det virkelig travelt hjelper andre ansatte til

### 2. Bemanning

- A3Vi er tilstrekkelig personell til å håndtere arbeidsmengden
- A8 (R)Ansatte må skynde seg fordi de har for mye å gjøre
- A16Brukernes behov blir også ivaretatt i forbindelse med vaktskifte
- A17 (R)Det er vanskelig å ivareta brukernes sikkerhet fordi så mange slutter i jobben

### 3. Følge prosedyrer

- A4Ansatte følger gjeldende prosedyrer når de yter pleie og omsorg til brukerne
- A6 (R)Ansatte tar snarveier for å få arbeidet raskere gjort
- A14 (R)Ansatte ignorerer ofte prosedyrene for å gjøre arbeidet lettere

### 4. Opplæring og ferdigheter

- A7i vår enhet får ansatte den opplæringen de har behov for
- A11Ansatte får nødvendig opplæring i hvordan de skal håndtere utfordrende brukere
- A13Ansatte skjønner den opplæringen de får

### 5. Ikke straffende tilbakemelding på feil

- A10 (R)Ansatte får skylden når en bruker blir skadet
- A12 (R)Ansatte er redde for å rapportere når de har gjort en feil
- A15Ansatte blir rettferdig behandlet når de gjør feil
- A18Ansatte føler de trygt kan rapportere sine feil

### 6. Overganger

- B1Ansatte får nødvendig informasjon når de skal ta seg av brukere for første gang
- B2Ansatte blir tidlig informert når det er endring i en brukers tiltaksplan/pleieplan
- B3 Vi har all den informasjonen vi trenger når brukere overføres fra sykehus
- B10Ansatte får den informasjonen de trenger for å gi omsorg til brukere

### 7. Tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser

- B4Når ansatte rapporterer om noe som kan skade en bruker blir dette fulgt opp
- B5I vår enhet diskuterer vi hvordan vi kan forhindre at uønskede hendelser kan skje igjen
- B6Ansatte sier fra dersom de oppdager noe som kan skade en bruker (fysisk eller psykisk)
- B8I vår enhet diskuterer vi ulike måter å sikre at brukerne ikke kommer til skade (fysisk eller psykisk)

### 8. Kommunikasjon og åpenhet

- B7Ansattes ideer og forslag blir verdsatt
- B9 (R)Ansattes meninger blir ignorert
- B11Det er lett for ansatte å ta opp problemer

### 9. Forventninger til "nærmeste leder"

C1Min nærmeste leder lytter til ansattes ideer og forslag vedrørende brukernes sikkerhet

C2Min nærmeste leder uttrykker seg positivt når han/hun ser at arbeidet blir utført i overensstemmelse med våre prosedyrer

C3Min nærmeste leder er opptatt av brukernes sikkerhet

### 10. Ledelsesstøtte og organisatorisk læring

D1Brukene blir godt ivaretatt

D2Ansvarlig ledelse spør om personalets mening om hvordan tjenestene kan forbedre sikkerheten

D3 Det er lett å iverksette endringer for å bedre brukernes sikkerhet

D4Det gjøres alltid noe for å forbedre brukernes sikkerhet

D5Det gjøres en god jobb i forhold til å vedlikeholde brukernes sikkerhet

D6Ansvarlig ledelse lytter til personalets ideer og forslag om hvordan sikkerheten kan forbedres

D7Hjemmetjenestene er trygge for brukerne

D8Ansvarlig har jevnlig kontakt med brukerne for å vurdere omsorgen

D9Endringer med sikte på å forbedre brukernes sikkerhet evalueres

#### Merknader:

(R) står for reversed coded, dvs. «motsatt skala» fra 1 – 5 der 1 er best



Teknologi for et bedre samfunn

[www.sintef.no](http://www.sintef.no)