



Pasientsikkerhetskultur og meldekultur
Hvordan er variasjonen i pasientsikkerhetskultur innen en
klinikk? Er det sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og
meldekultur?

av

Mette Fredheim

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og
helseøkonomi

Februar 2011

Det medisinsk-odontologiske fakultet
Institutt for samfunnsmedisinske fag

Senter for etter- og videreutdanning (SEVU)
Universitetet i Bergen

Forord

”Every system is perfectly designed to get the results it gets” (Paul Batalden)

På Helsedirektoratets konferanse ”...Og bedre skal det bli” i 2007 hørte jeg et foredrag av Hofoss og Deilkås om kartlegging av pasientsikkerhetskultur og tenkte at dette kunne være et tema for min masteroppgave. Lite ante jeg da om hvor hyperaktuelt temaet pasientsikkerhet skulle bli i skrivende stund, januar 2011. Organisasjonskultur har opptatt meg lenge, og ettersom jeg har arbeidet med kvalitetssystemer og avvikssystemer, fattet jeg også interesse for de kulturelle aspektene ved kvalitet og pasientsikkerhet, og den norske oversettelsen av SAQ ga meg et verktøy til å utforske dette nærmere.

Det er mange som fortjener en takk: En stor takk går til min kunnskapsrike veileder Dag Hofoss, med gode og raske innspill på både stort og smått. Tidligere Direktør Knut E. Schrøder for støtte både personlig og finansielt til gjennomføring av studiene i Bergen. Tidligere Fag- og forskningssjef Anne Husebekk, som ga meg vennlige dytt i ryggen, da jeg slet med å komme i gang etter et sykdomsavbrekk. Klinikkisjef Markus Rumpsfeld, som ”overtok” en ansatt med en uferdig masteroppgave i ryggsekken, og som velvillig har stilt klinikken til disposisjon og gitt meg tid til å gjennomføre dette arbeidet. Mine forståelsesfulle kolleger i lederteamet i Medisinsk klinikk. Hege Andersen for oppmuntring, språklig finpuss og gode innspill. Marit ”Tutta” Skjelbred Rekk ved SEVU for oppmuntring, forståelse og forlenget frist da jeg ble syk.

En særlig og kjærlig takk til Øyvind, som har vært en forståelsesfull og tålmodig ektefelle, og har båret byrdene på hjemmefronten, og jentene mine, Charlotte og Kristin, som har oppmuntret meg når det har gått trått. Kristin fortjener en ekstra takk for sine spørsmål: ”Skulle ikke du jobbe med oppgaven, mamma?” Nå drar vi til London!

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	1
1. Innledning:.....	3
1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	4
2. Teori	5
2.1 Organisasjon:	6
2.2 Organisasjonskultur	6
2.3 Sikkerhetskultur / -klima.....	7
2.4 Pasientsikkerhet	8
2.5 Pasientsikkerhetskultur	10
2.6 Målinger av pasientsikkerhetskultur	12
2.6.1 Safety Attitude Questionnaire (SAQ).....	14
2.7 Uønskede hendelser	16
2.8 Meldekultur.....	19
2.9 Meldesystemer	21
3. Metode for innsamling og analyse av data	23
3.1 Valg av design og metode.....	23
3.1.1 Design	23
3.1.2 Spørreskjema og undersøkelsesopplegg	23
3.1.3 Om undersøkelsenheten og deltakere.....	24
3.2 Gjennomføringen	26
3.2.1 Informasjon om undersøkelsen.....	26
3.2.2 Utvalg	26
3.2.3 Gjennomføring av undersøkelsen	26
3.2.4 Reliabilitet	28
3.2.5 Validitet	29
3.3 Etikk og personvern	31
3.3.1 Samtykke:	31
3.3.2 Konfidensialitet:	31
3.3.3 Egen rolle:.....	32
4. Resultater	32
4.1 Beskrivelse av materialet:	32
4.1.1 Missing values:	33
4.2 Safety Attitude Questionnaire (SAQ) – resultater	34
4.2.1 Bearbeiding av data	34
4.2.2 Reliabilitet	34
4.2.3 Resultater oppsummert.....	35
4.2.4 SAQ totalt.....	36
4.3 Resultater pr faktor.....	37

4.3.1 Samarbeidsklime	37
4.3.2 Sikkerhetsklime	37
4.3.3 Jobbtillfredshet	38
4.3.4 Stresserkjennelse	39
4.3.5 Oppfatning av ledelse	39
4.3.6 Oppfatning av sykehusledelsen	40
4.3.7 Arbeidsforhold.....	41
4.4 Kjennskap til avvikssystemet.....	41
4.4.1 Bearbeiding av data	41
4.4.2 Resultat	41
4.5 Meldekultur.....	43
4.5.1 Observasjon / involvering i uønskede hendelser	43
4.5.2 Melding av uønskede hendelser.....	44
4.5.3 Fører meldinger til endringer?.....	44
4.5.4 Årsaker til at man ikke melder.....	44
4.6 Sammenheng mellom SAQ og kjennskap til avvikssystemet.....	44
4.7 Sammenheng mellom SAQ og meldekultur	45
4.7.1 Sammenhengen mellom SAQ og observasjon/involvering i uønskede hendelser.....	45
4.7.2 Sammenheng mellom SAQ og melding av uønskede hendelser	46
4.7.3 Sammenheng mellom SAQ og oppfatning om at det å melde fører til endringer	47
5. Diskusjon.....	47
5.1 Om undersøkelsen og undersøkelsesopplegget.....	47
5.2 Pasientsikkerhetskulturen målt ved SAQ.....	48
5.2.1 Gjennomsnitt kontra andel som svarer positivt	49
5.2.2 SAQ total	49
5.2.3 De enkelte SAQ-faktorene.....	50
5.3 Kjennskap til avvikssystemet og meldekultur.....	52
5.3.1 Kjennskap til avvikssystemet	52
5.3.2 Observasjon av og involvering i uønskede hendelser og melding av disse.....	52
5.3.3 Hvorfor meldes det ikke?.....	53
5.3.4 Tro på at meldinger fører til endringer	53
5.4 Sammenheng mellom SAQ og kjennskap til avviks- og meldesystemet.....	54
5.5 Sammenheng mellom SAQ og meldekultur	54
5.6 Vurdering av resultater opp mot forskningsspørsmålene.....	55
5.7 Veien videre	55
6. Konklusjon.....	57
Referanser.....	59



Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel Pasientsikkerhetskultur og meldekultur. Hvordan er variasjonen i pasientsikkerhetskultur innen en klinikk? Er det sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og meldekultur?				
Forfatter Mette Fredheim				
Forfatterens stilling og arbeidssted Klinikkrådgiver, Medisinsk klinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Professor Dag Hofoss, Medisinsk fakultet, Institutt for Helse og samfunn, Universitetet i Oslo		
Antall sider 57	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag	ISSN-nummer	ISBN-nummer
Sammendrag 300 ord Bakgrunn: Pasientsikkerhet er et aktuelt tema, men hvor sikker en virksomhet er kan være vanskelig å måle. Måling av nivået av pasientsikkerhetskulturen kan være en innfallsvinkel til å identifisere områder med behov for forbedring. Hensikt: Å undersøke pasientsikkerhetskulturen i Medisinsk klinikk ved hjelp av Safety Attitude Questionnaire (SAQ) og samtidig undersøke de ansattes kjennskap til meldesystemet og meldekultur. Å undersøke sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur målt ved score på SAQ og kjennskap til meldesystemet og meldekultur. Materiale og metode: Alle fast ansatte i pasientnær virksomhet i Medisinsk klinikk ble invitert til å delta i spørreundersøkelsen. Spørreskjema med norsk oversettelse av SAQ og tilleggsspørsmål om kjennskap til meldesystem og om meldekultur ble distribuert ved hjelp av et elektronisk verktøy, Questback. Det ble oppnådd en svarprosent på 55 %. Data ble eksportert til SPSS og bearbeidet videre der. Resultat: Variasjon mellom enhetene i nivået av pasientsikkerhetskultur kan påvises. Det er sammenheng mellom nivå av pasientsikkerhetskultur og kjennskap til avvikssystemet. Ved enheter med høy SAQ-score er det færre som observerer eller er involvert i uønskede hendelser. Det er sterk sammenheng mellom nivået av pasientsikkerhetskultur og om de erfarer at meldinger fører til endringer. Konklusjon: Måling av pasientsikkerhetskultur kan være et nyttig verktøy for å sette pasientsikkerhet på dagsorden, og for å kunne målrette intervensjoner. Fokus på melding av uønskede pasienthendelser og behandling av disse kan være et virkemiddel for å forbedre pasientsikkerhetskulturen.				
Nøkkelord Pasientsikkerhet, Pasientsikkerhetskultur, Safety Attitude Questionnaire (SAQ), meldekultur, meldesystemer				



**Dissertation submitted for the degree of
Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics
in The University of Bergen**

Title and subtitle of the dissertation Patient Safety Culture and Reporting culture. How does the Patient Safety Culture vary within a Clinical Division? How is the relationship between Patient Safety Culture and Reporting Culture?				
Author Mette Fredheim				
Author's position and address Advisor, Division of Internal Medicine, University Hospital of North Norway				
Date of approval		Supervisor Professor Dag Hofoss, Faculty of Medicine, Institute of Health and Society University of Oslo		
Number of pages 57	Language dissertation Norwegian	Language abstract English	ISSN-number	ISBN-number
<p>Background: Patient safety is a relevant topic, but the safety level may be difficult to measure. Measuring the level of patient safety culture can be an approach to identify areas requiring improvement.</p> <p>Purpose: To examine patient safety culture in Division of Internal Medicine using the Safety Attitude Questionnaire (SAQ) and simultaneously investigate the staff's knowledge of the reporting system and their reporting culture. To investigate the relationship between patient safety culture as measured by scores on the SAQ and the staff's knowledge of the reporting system and their reporting culture.</p> <p>Material and methods: All permanent employees of care activities in the Division were invited to participate in the survey. Questionnaire with a Norwegian translation of the SAQ and additional questions on knowledge of reporting systems and reporting culture was distributed by means of an electronic tool, QuestBack. It was achieved a response rate of 55%. Data were exported to SPSS and processed further there.</p> <p>Results: Variation between units in the level of patient safety culture can be pointed out. There is a correlation between level of patient safety culture and knowledge of the reporting system. For units with high SAQ scores, there are fewer who observe or are involved in adverse events. There is strong correlation between the level of patient safety culture and if they find that reporting adverse events lead to changes.</p> <p>Conclusion: Measurement of patient safety culture can be a useful tool to put patient safety on the agenda, and to target interventions. Focus on reporting of adverse events and treatment of these reports can be one way to improve patient safety culture.</p>				
Keywords Patient safety, Patient safety culture, Safety Attitude Questionnaire (SAQ), Reporting culture, Reporting systems				

1. Innledning:

Sommeren 2010 hadde Helse Nord to store saker i media relatert til pasientsikkerhet: Kreftoperasjoner i strid med vedtatte retningslinjer ved Nordlandssykehuset og en pasient ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) som hadde havnet i ”feil kø” og hvor en malign lidelse hadde fått lov til å utvikle seg i ventetiden. I begge tilfellene ble det i media en jakt på syndebukker, og ved Nordlandssykehuset måtte først en klinikkssjef, så direktøren ta sin hatt og gå. Pasienten som klaget på UNN forlangte direktørens avgang og har sågar politianmeldt både UNN og enkeltpersoner. Begge disse sakene er også blitt gjenstand for Helsetilsynets vurderinger.

Flere tilsvarende saker har medført at Helseministeren har etablert en ”utrykningsgruppe” som skal tilkalles med en gang det skjer hendelser som er særlig alvorlige eller særlig uventet. I september 2010 lanserte Helseministeren 10 tiltak for å bedre pasientsikkerhet, bl.a. disse (mitt utvalg) (1):

- Krav til systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid lovfestes.
- Økt satsing på pasientsikkerhetsarbeid, blant annet gjennom nytt lærings- og rapporteringssystem, samt etablering av utrykningsenhet i Statens Helsetilsyn.
- Bedre systemer for kvalitetsmåling, blant annet gjennom nordisk samarbeid og sentrale helseregistre.
- Gjennomføring av pasientsikkerhetskampanje i 2011, med fokus på risikoområder som infeksjoner og legemiddelhåndtering.

Internasjonalt har temaet pasientsikkerhet vært på dagsorden lenge. I USA sendte Institute of Medicine sin rapport ”To err is Human” (2) i 1999 sjokkbølger gjennom helsevesenet, og satte søkelyset på manglende pasientsikkerhet.

En organisasjon som har hatt stor påvirkning i pasientsikkerhetsarbeid er Institute for Healthcare Improvement i USA (3). De arrangerer årlig store internasjonale konferanser, og på konferansen National Forum for Quality Improvement i Orlando i desember 2004 hørte jeg leder Don Berwick lanserte kampanjen 100K. De skulle ved hjelp av 6 definerte tiltak redde 100 000 liv innen 14. juni 2006, og dette skulle dokumenteres. Da datoen opprant, mente de å kunne dokumentere at 122 300 dødsfall var unngått. Denne kampanjen ble modell for

liknende kampanjer i flere land, bl.a. i Danmark, hvor kampanjen fikk navnet "Operation Life"(4).

Peter F. Hjort tar i sin bok "Uheldige hendelser i helsetjenesten" (5) til orde for at det også i Norge må bygges opp en sterkere kultur for pasientsikkerhet og at det også her i landet skades og dør pasienter unødvendig på grunn av svikt i systemene. I Norge er en pasientsikkerhetskampanje på trappene i regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, og piloter vil starte våren 2011. Denne kampanjen har fått navnet "I trygge hender" (6).

Ved UNN har det i løpet av siste år vært en ønsket dreining fra fokus på økonomi til fokus på kvalitet. 22. juni 2010 vedtok styret en ny kvalitetsstrategi for perioden 2010 – 2014.

Et av hovedmålene i strategien er å utvikle en kultur for kontinuerlig forbedring av pasientsikkerhet, pasientforløp, arbeidsmiljø og kvalitet

I lys av dette målet vil det være interessant å øke kunnskapen om pasientsikkerhetskulturen og hvordan vi melder og behandler avvik og uønskede hendelser innen de enkelte enhetene som behandler pasienter. Denne undersøkelsen vil kunne benyttes som en pilot i forhold til om en tilsvarende undersøkelse i hele sykehuset vil være nyttig og gjennomførbar.

1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Jeg ønsker med denne undersøkelsen å se på variasjon i pasientsikkerhetskultur uttrykt ved score på Safety Attitude Questionnaire (SAQ)(7) mellom de ulike enhetene i Medisinsk klinikk ved UNN, og om høy score på SAQ gir økt tilbøyelighet til å melde fra om uønskede hendelser og bedre kjennskap til avviksmeldesystemet. Jeg undersøker også årsaker til at hendelser evt. ikke er meldt.

Forskningsspørsmål 1: Kan det påvises kulturelle forskjeller mellom de ulike enhetene i Medisinsk Klinikk ved hjelp av SAQ?

Min hypotese er at det er kulturelle forskjeller mellom de ulike enhetene i Medisinsk Klinikk som kan påvises ved hjelp av SAQ.

Forskningsspørsmål 2: Er det en sammenheng mellom høy score på måling av pasientsikkerhetskultur og kjennskap til avviksmeldesystemet?

Min hypotese er at de som scorer høyt på SAQ rapporterer god kjennskap til avvikssystemet.

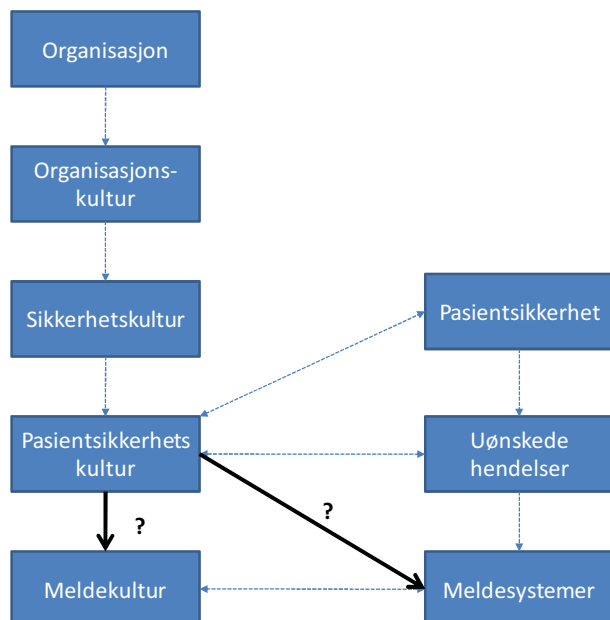
Forskningsspørsmål 3: Er det en sammenheng mellom høy score på pasientsikkerhetskultur og god meldekultur forstått som større tilbøyelighet til å melde fra om uønskede pasienthendelser og tro på at meldinger fører til endringer?

Min hypotese er at hvis man scorer høyt på SAQ har man sterkere tilbøyelighet til å melde fra om uønskede hendelser og større tro på at meldinger fører til endringer.

2. Teori

Jeg vil i dette kapitlet ved hjelp av relevant forskning og litteratur belyse begrepene organisasjonskultur, sikkerhetskultur, pasientsikkerhet, pasientsikkerhetskultur, melding av uønskede hendelser og meldesystemer, med spesielt fokus på pasientsikkerhetskulturmålinger og meldekultur. Jeg mener alle disse begrepene er viktige å forstå for å kunne vurdere resultatene av spørreundersøkelsen min.

Følgende figur kan illustrere sammenhengen mellom begrepene. De sammenhengene som belyses her er fremhevet med tykke piler.



Figur 1: Sammenheng mellom sentrale begreper

2.1 Organisasjon:

Edgar H. Schein definerer organisasjon slik:

”En organisasjon er en planmessig koordinering av flere menneskers aktiviteter for å nå en felles, klart bestemt målsetting gjennom fordeling av arbeid og funksjoner, og gjennom et hierarki av autoritet og ansvar” (8)

Ut fra denne definisjonen kan begrepet organisasjon benyttes om helseforetaket som et hele, men det kan også benyttes om mindre enheter. Jeg erfarer at det kan være store kulturelle forskjeller mellom enheter i en stor organisasjon, og vil benytte sengeposter/fagseksjoner som de organisasjonsmessige enheter jeg ønsker å studere.

2.2 Organisasjonskultur

Schein definerer organisasjonskultur slik:

”Et mønster av grunnleggende antakelser - skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon - som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene.” (8)

Det eksisterer mye litteratur og forskning omkring organisasjonskultur. Denne litteraturen varierer fra å beskrive organisasjonskultur som noe som oppstår i det daglige samspillet mellom mennesker og som vanskelig kan påvirkes bevisst, til noe som ledelsen spiller på som et aktivt verktøy for å oppnå ønsket effekt i organisasjonen. Scheins definisjon tar opp i seg begge disse dimensjonene. Også Colbjørnsen (9) og Goodwin, Gruen og Iles (10) mener at sannheten ligger et sted midt i mellom. Deres argument er at ledere både er kulturelle objekter som er viktige elementer i kulturens virkelighetsoppfatninger og fortolkninger og kulturelle arkitekter som forsøker å påvirke kulturen for å understøtte bedriftens mål.

Demski og McCormic (11) beskriver kultur som ”måten ting gjøres på her”, men hevder samtidig at elementer av kulturen, inklusive tro, verdier, holdninger og antakelser er skjult / under overflaten. Disse skjulte elementene kan allikevel observeres som individuell- og gruppeoppførsel, institusjonens felles normer, spesielle prosesser og hvordan individer i organisasjonen fatter beslutninger. Dette uttrykket for kultur i handlinger, talemåter osv. benevnes ofte som organisasjonsklima. Schein hevder også at klima er en refleksjon og manifestasjon av kulturelle forutsetninger (8).

Guldenmund (12) presenterer 7 egenskaper som er typiske for både organisasjonskultur og – klima ut fra en gjennomgang av en rekke forskningsarbeider:

1. Den er en konstruksjon, (dvs. at kultur/klima er et abstrakt konsept mer enn et konkret fenomen)
2. Den er relativt stabil
3. Den har flere dimensjoner (spesielle dimensjoner av kultur / klima som passer i forhold til spesielle situasjoner)
4. Den er noe som er delt av (grupper av) personer
5. Den består av ulike aspekter (for eksempel service, sikkerhet, kreativitet etc.)
6. Den konstituerer praksis
7. Den er funksjonell

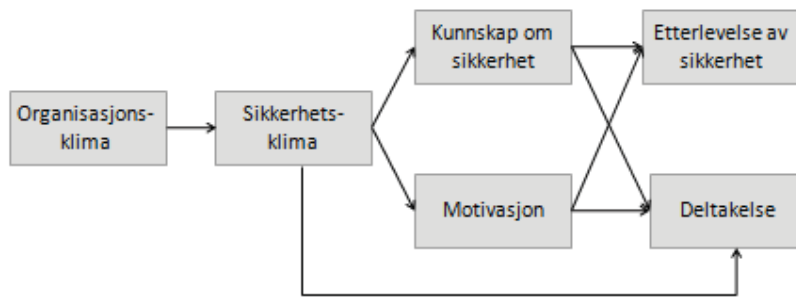
Uttrykket ”*Culture eats strategy for lunch*” impliserer at det hjelper ikke å ha all verdens fine strategier hvis ikke man lykkes i å skape en kultur som understøtter strategien. Kultur kan virke direkte inn på organisasjonens resultater like mye som -, noen ganger mer enn nedskrevne strategier og organisasjonsstruktur.

2.3 Sikkerhetskultur / -klima

Guldenmund (12) definerer etter sin gjennomgang av forskning og teorier på området, sikkerhetskultur slik:

”Sikkerhetskultur: de aspekter av organisasjonskultur som vil påvirke holdninger og atferd knyttet til å øke eller redusere risiko.”

I en studie av effekten av organisasjonklima på sikkerhetsklima og individuell sikkerhetsatferd viser Neal, Griffin og Hart (13) at det er en sammenheng mellom sikkerhetsklima og det generelle organisasjonklima. Det generelle organisasjonklima påvirker oppfatningen av sikkerhetsklima, og oppfatningen av sikkerhetsklima igjen påvirker sikkerheten gjennom sin effekt på kunnskap og motivasjon, etterlevelse av sikkerhetsprogram og -prosedyrer og aktiv deltakelse i å gjøre arbeidsplassen sikrere. Med deltakelse her menes å hjelpe kolleger, fremme sikkerhetsprogram på arbeidsplassen, vise initiativ og legge energi i å forbedre sikkerheten på arbeidsplassen. Overraskelsen i denne studien var at sikkerhetskultur så ut til å virke direkte inn på deltakelse, og ikke bare gjennom motivasjon. Dette er uttrykt i følgende figur:



Figur 2: Sammenheng mellom organisasjonsklima, sikkerhetsklima og individuell sikkerhetsadferd

Guldenmund (12) har i sin artikkel gjennomgått en mengde forskning og teorier omkring sikkerhetskultur og – klima, og konkluderer med at det ikke finnes en tilfredsstillende overordnet teoretisk modell for sikkerhetskultur eller sikkerhetsklima.

Mange gjør en distinksjon mellom sikkerhetskultur og – klima som samsvarer med Scheins lagdelte modell hvor sikkerhetsklima samsvarer med Scheins ”espoused values” – forfektede verdier, og hevder at organisasjonens sikkerhetskultur er et resultat av medlemmenes holdninger og oppførsel i forhold til sikkerhet.

Enkelte forskere mener dette skillet er kunstig og skapt av et behov for å skille ideer og begreper fra hverandre. I boka Pasientsikkerhet s. 90 (14) siteres Reichers og Shcneider som begrunner dette med:

1. Begge begrepene omhandler hvordan man oppfatter omgivelsene
2. Begge begrepene er lært for eksempel gjennom sosialisering
3. Begge begrepene forsøker å identifisere forhold i omgivelsene som påvirker adferden i organisasjoner
4. Begge begrepene er både samlebegreper og flerdimensjonelle (består av flere aspekter)

Jeg kommer ikke i det videre til å skille mellom kultur og klima, men gå ut fra at man ut fra målinger av medlemmenes oppfatninger kan trekke slutninger om kulturen.

2.4 Pasientsikkerhet

The Institute of Medicine’s (IOM’s) sin definisjon av pasientsikkerhet er:

”Freedom from accidental injury due to medical care, or medical errors”

En mer omfattende definisjon på pasientsikkerhet er fra World Health Organization:

“The avoidance, prevention, and amelioration of adverse outcomes or injuries stemming from the processes of health care. These events include “errors,” “deviations,” and “accidents.” Safety emerges from the interaction of the components of the system; it does not reside in a person, device, or department. Improving safety depends on learning how safety emerges from the interactions of the components. Patient safety is a subset of health care quality.”

Institute of Medicine i USA anslo i sin rapport ”To Err is Human” (2) at mellom 44.000 og 98.000 pasienter mistet livet hvert år som følge av feil og uheldige hendelser. Dette representerte den 8. vanligste dødsårsak i USA, og flere døde av hendelser i helsevesenet enn av trafikkulykker, brystkreft og AIDS. Denne rapporten ble en vekker, ikke bare i USA, men i store deler av den vestlige verden, og som følge av denne har det blitt etablert ny lovgivning i mange land, nye organisasjoner med formål å øke pasientsikkerheten har oppstått og en rekke forskningsprosjekter og publikasjoner har sett dagens lys. En studie av publikasjoner omkring pasientsikkerhet viser en formidabel økning i forskning på området (72 %) i femårsperioden etter denne rapporten. Redaksjonelle innlegg om temaet økte med hele 450 % (15).

I februar 2008 ble The European Network for Patient Safety (EUNetPaS) stiftet (16).

Det er en paraplyorganisasjon av alle 27 EU-medlemsland, og formålet er å oppmuntre og styrke samarbeidet innen feltet pasientsikkerhet. De har satt seg 5 hovedmålsetninger (min utheving):

1. *Fremme en kultur for pasientsikkerhet.*
2. *Strukturere utdanning og trening i pasientsikkerhet i EU*
3. *Foreslå et europeisk kjernepensum for pasientsikkerhet i høyere utdanning og videre- og etterutdanning som tar hensyn til pasienter og helsepersonell sine behov*
4. *Implementering av rapporterings- og læringsystemer*
5. *Teste verktøy for sikker medikamenthåndtering*

Kunnskapssenterets rapport ”Pasientsikkerhet i sykehus – kunnskap eller kampanje” (17) beskriver 4 nivå man må vurdere pasientsikkerhet i forhold til:

Nivå 1: Dokumentasjon på effekt av behandling – kunnskap om effekt av behandling og hva som er beste kunnskapsbaserte behandlingspraksis på ulike områder.

Nivå 2: Effekt av behandlingspraksis på mikronivå – den rette behandling er implementert med kompetent helsepersonell og effektive rutiner omkring pasienten.

Nivå 3: Effekt av organisering av tjenestene – tjenesten organiseres slik at den er standardisert og kontrollerbar slik at avvik kan registreres, rapporteres og analyseres.

Nivå 4: Betydning av tilgjengelighet på nasjonalt nivå – samfunnsmessig forsvarlighet og sosial og geografisk tilgjengelighet av helsetjenester.

Tradisjonelt har grunnlaget for kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid vært forskning på utvikling av nye behandlingsmåter og behandlingsteknologier og implementering av disse. I denne oppgaven vil fokus være på nivå 2, fordi pasientsikkerhetskultur henger nøye sammen med både personellens holdninger og samarbeid på mikronivå og hvordan tjenestene er organisert, og på nivå 3 ettersom meldekultur og fokus på avvik og forbedring henger sammen med hvordan tjenesten er standardisert og kontrollerbar slik at avvik kan registreres, rapporteres og analyseres.

Det synes vanskelig å måle nivået av pasientsikkerhet direkte. Man kan måle for eksempel nivået av sykehusinfeksjoner og antall uønskede hendelser ved journalgjennomgang, men ulike deler av virksomheten vil ha ulik risikoprofil og en del hendelser er ikke til å unngå. Måling av pasientsikkerhetskultur kan bidra til å kartlegge medarbeidernes kunnskap og holdninger til en rekke forhold som er sentrale for pasientsikkerhet og kan derved benyttes som et surrogatmål for pasientsikkerhetsnivået.

2.5 Pasientsikkerhetskultur

En av anbefalingene i ”To Err is Human”(2) er følgende:

“Health care organizations must develop a culture of safety such that an organization's care processes and workforce are focused on improving the reliability and safety of care for patients.”

EUNetPaS (16) har definert pasientsikkerhetskultur slik:

”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”

Hva som kjennetegner en god pasientsikkerhetskultur er ikke lett å finne entydig svar på i litteraturen.

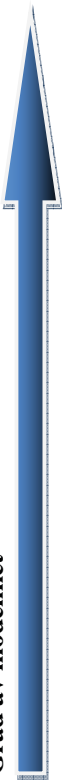
Olsen beskriver i kap.6 i boken Pasientsikkerhet (14) at følgende faktorer kjennetegner en positiv pasientsikkerhetskultur og sikkerhetsklima:

- *Ledelsen vektlegger sikkerhetskultur på alle nivåer i organisasjonen.*
- *Ansatte benytter aktivt rapporteringssystem for å lære av uønskede hendelser.*
- *Læring og kommunikasjon om pasientsikkerhet skjer i og på tvers av avdelinger.*
- *Ansatte bidrar til godt samarbeid, og at pasientsikkerhet prioriteres i praksis.*
- *Uønskede hendelser gir ikke grunnlag for å straffe ansatte, men brukes til å finne bakenforliggende årsaker som kan utbedres.*

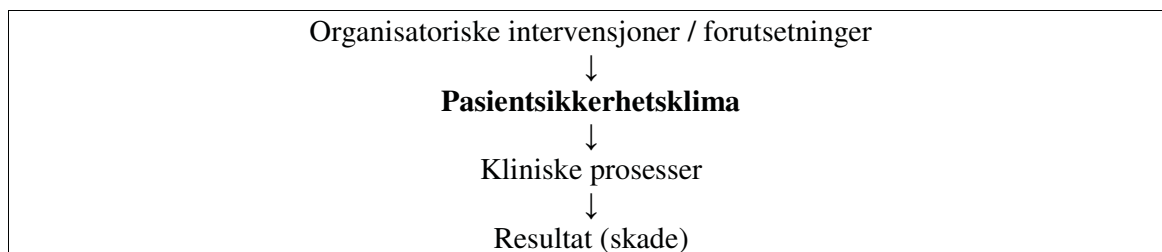
Det er verdt å merke seg at pasientsikkerhetskultur skiller seg fra annen sikkerhetskultur (for eksempel HMS) ved at usikker praksis i første rekke rammer pasienten og ikke den ansatte.

Skal man kunne beskytte pasientene mot uønskede hendelser, trengs en moden sikkerhetskultur. I en dansk rapport om pasientsikkerhetskultur finnes følgende tabell som kan benyttes til å vurdere graden av modenhet (18):

Tabell I: Pasientsikkerhetskulturens modenhet

Type kultur	Kjennetegn	 Grad av modenhet
Global Sikkerhet er integrert overalt	Informasjon oppsøkes aktivt Budbringere møter anerkjennelse Alle tar ansvar Brobygging på tvers verdsettes Feil undersøkes ut fra et systemperspektiv Nye ideer er velkomne	
Proaktiv Er forutseende overfor ny risiko og arbeider med de problemer de finner	Overgangsfase mellom global og kalkulerende	
Kalkulerende Har systemer som fungerer	Informasjon er synlig, men kan overses Budbringere tolereres Ansvaret ligger hos den enkelte avdeling Brobygging er tillatt, men oppmuntres ikke Organisasjonen tilgir feil Nye ideer er OK	
Reaktiv Reagerer på hendelser	Overgangsfase mellom kalkulerende og patologisk	
Patologisk Sikkerhet er bortkastet tid (De er allerede gode)	Informasjon er skjult Budbringere oppfattes som "sladrehanker" Ingen tar ansvar Brobygging i organisasjonen er ikke velsett Feil bortforklares Nye ideer forkastes	
Ref: Professor Dianne Parker MaPSaF, School of Psychological Sciences, The University of Manchester		

Fra en presentasjon av Kristiansen og Bartels (19) på International Forum on Quality and Safety in Health Care i 2010 har jeg hentet følgende figur, som kan illustrere hvordan pasientsikkerhetskultur har betydning for resultatet av helsetjenester:



Figur 3: Sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og resultat

Deres litteraturgjennomgang viser en sannsynlig sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og resultat, men årsakssammenhenger er ikke bevist. Hofoss og Deilkås (20) viser også til studier som beskriver at enheter med en høy score på pasientsikkerhetskulturmålinger har færre uønskede hendelser som for eksempel medikamentfeil eller sepsis.

2.6 Målinger av pasientsikkerhetskultur

Med økende oppmerksomhet på betydningen av pasientsikkerhetskultur, kom også behovet for å kartlegge denne. Det kan være ulike begrunnelser for å gjøre pasientsikkerhetskulturmålinger som å (21):

1. diagnostisere pasientsikkerhetskulturen for å identifisere områder for forbedring og øke oppmerksomheten omkring pasientsikkerhet
2. evaluere pasientsikkerhetsintervensjoner eller – programmer og måle endringer over tid
3. gjennomføre intern eller ekstern sammenlikning
4. oppfylle pålegg/krav fra eiere eller myndigheter

Det er utviklet en rekke ulike instrumenter for å måle pasientsikkerhetskultur etter mønster fra tilsvarende undersøkelser i andre virksomheter og kvaliteten på disse undersøkelsene varierer.

Instrument er definert slik av EUNetPaS (22):

”En metode som kan benyttes til å samle informasjon omkring aspekter ved pasientsikkerhetskulturen. Instrumentet kan alene, eller som del av en prosess understøtte vurderinger omkring -, fremme og/eller utvikle pasientsikkerhetskultur.”

Det er viktig når man velger et instrument at validitet og reliabilitet er undersøkt; dvs. at de faktisk måler det de gir seg ut for og at resultatene kan gjenskapes ved gjentatte undersøkelser. Det varierer hvilke aspekter ved pasientsikkerhetskultur disse instrumentene måler, men de mest vanlige er:

- ledelse / veiledning
- sikkerhetssystemer
- erkjennelsen av at en arbeider dårligere/usikrere når en er sliten
- jobbkrav
- rapportering / melding av hendelser
- sikkerhetsholdninger / -adferd
- kommunikasjon / tilbakemelding
- samarbeid
- personellressurser (stress)
- organisatoriske faktorer

En arbeidsgruppe innenfor EUNetPaS har vurdert 19 ulike instrumenter etter et sett kriterier (22). Det ble også vektlagt om instrumentet hadde en veldokumentert manual ("bruksanvisning") og hvorvidt instrumentet hadde nytteverdi, dvs. om undersøkelsen hadde tilført noen verdi på utøvende eller organisatorisk nivå.

Ut fra disse kriteriene, ble tre instrumenter anbefalt for bruk innenfor EU:

- Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) fra Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) i USA
- Manchester Patient Safety Assessment Framework fra University of Manchester i UK
- Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) fra University of Texas / Johns Hopkins University i USA

To av disse instrumentene er oversatt til norsk og også utprøvd i Norge og testet med hensyn til sine psykometriske egenskaper: HSOPSC (23) og SAQ (24). Fra en gjennomgang av studier av pasientsikkerhetskulturmålinger som sammenliknet 9 ulike instrumenter, har jeg trukket ut de to som er oversatt til norsk og sett på de variablene denne studien vurderte instrumentene i forhold til (25). Det er kun små forskjeller mellom disse, se Vedlegg 1 for sammenliknende tabell.

Det viser seg av denne studien at kun SAQ av de vurderte instrumentene er brukt til å utforske sammenhengen mellom pasientutkomme og sikkerhetskultur. Det er påvist sammenheng mellom høy score på SAQ og kortere oppholdstid, færre medikamentfeil, færre respiratorassosierte pneumonier og lavere antall sepsistilfeller. Høy score på pasientsikkerhetskultur målt med dette instrumentet ser også ut til å ha sammenheng med lavere risikojustert pasientmortalitet. Det er også interessant at høy score på fire av dimensjonene ser ut til å henge sammen med lavere sykepleier-turnover (25).

Jeg vurderer ut fra dette begge instrumentene som egnet til å gjennomføre min studie, men velger på grunn av de sistnevnte faktorene å benytte SAQ som måleskjema for pasientsikkerhetskultur.

2.6.1 Safety Attitude Questionnaire (SAQ)

SAQ er utviklet ved University of Texas, og er en videreutvikling av the Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire, som igjen var utviklet på bakgrunn av the Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ), et mye brukt instrument innen kommersiell luftfart. FMAQ ble utviklet etter at forskere hadde innsett at de fleste ulykkene skjedde på grunn av svikt i forhold besetningen imellom, så som samarbeid, kommunikasjon, mot til å melde i fra, lederskap og felles beslutningstaking. FMAQ måler besetningens holdninger til disse spørsmålene, og flere av elementene (ca 25 %) ble vurdert som overførbare til helsesektoren (7). I tillegg er Vincents rammeverk for å analysere risiko og sikkerhet i klinisk medisin (26) og Donabedians modell for å vurdere kvalitet (27) benyttet for å generere nye elementer. Evaluering ble utført ved pilottesting og faktoranalyse og man identifiserte til slutt seks faktorer i forhold til pasientsikkerhetskultur:

- Samarbeidsklima
- Sikkerhetsklima
- Jobbtilfredshet
- Stresserkjennelse
- Oppfatning av ledelsen(s forhold til pasientsikkerhet)
- Arbeidsforhold

Det opprinnelige skjemaet, utviklet for intensivheter, er senere omarbeidet til forskjellige versjoner beregnet på ulike typer virksomhet, så som operasjonsavdelinger, poliklinikker, akuttmottak og fødeavdelinger.

Det er også utviklet en generisk versjon, der spørsmålene er holdt i en mer generell form; for eksempel er spørsmålet ”Sykepleierinnspill blir godt mottatt i denne intensivenheten” erstattet med ”Sykepleierinnspill blir godt mottatt i denne enheten”. En kort versjon med seks tilleggsspørsmål i tillegg til 30 spørsmål knyttet til de seks faktorene ble utarbeidet, og det er denne kortversjonen i generisk form (SAQ, Generic version, Short Form 2006) (7) som er oversatt til norsk og testet for norske forhold av Deilkås og Hofoss (24). Deres undersøkelse viste

- Rimelig høy akseptabilitet: Svarprosent 68 %
- Akseptabel reliabilitet, test-retest korrelasjon og intern konsistens.
- Utfyllingstid på 10 – 15 minutter
- Få fremmedartede spørsmål.
- I den nyeste kortversjonen er spørsmålene ”Oppfatning av ledelsen” splittet i ”Oppfatning av lokal ledelse” og ”Oppfatning av sykehusledelsen” og utgjør derved to faktorer.

Innholdet i SAQ vises i følgende tabell (28):

Tabell II: Faktorer i SAQ med definisjon og eksempler

Faktor	Definisjon og eksempel:
1	Samarbeidsklima (<i>Teamwork climate</i>) Opplevd kvalitet på samarbeidet mellom personalet Eksempel: Her blir uenighet håndtert riktig (dvs ikke ut fra hvem som har rett, men ut fra hva som er best for pasienten)
2	Sikkerhetsklima (<i>Safety climate</i>) Oppfatning av en sterk og proaktiv forpliktelse til sikkerhet Eksempel: Jeg ville føle meg trygg dersom jeg var pasient her
3	Jobbtilfredshet (<i>Job satisfaction</i>) Positive trekk ved jobben, arbeidserfaringer Eksempel: Dette er et godt sted å arbeide
4	Stress-erkjennelse (<i>Stress recognition</i>) Erkjennelse av hvordan prestasjoner påvirkes av stressorer Eksempel: Jeg er mindre effektiv når jeg er sliten
5	Oppfatning av enhetsledelsen: (<i>Perception of Unit Management</i>) Anerkjennelse av lederhandlinger på enhetsnivå Eksempel: Ledelsen her i enheten legger til rette for mitt daglige arbeid
6	Oppfatning av sykehusledelsen: (<i>Perception of Hospital Management</i>)

	Anerkjennelse av lederhandlinger på sykehusnivå Eksempel: Sykehusledelsen legger til rette for mitt daglige arbeid
7	Arbeidsforhold (<i>Working conditions</i>) Oppfattet kvalitet på arbeidsmiljø og logistikkstøtte (Bemanning, utstyr etc.) Eksempel: All den informasjon som jeg trenger til diagnostiske og terapeutiske beslutninger er rutinemessig tilgjengelig for meg

Deilkås og Hofoss (29) finner at resultatene varierer mye mellom de enkelte enheter, og at resultatene samsvarer med andre funn som forekomst av uønskede hendelser målt ved journalgjennomgang ved hjelp av "Global Trigger Tool"(30) og svar på pasienterfaringsundersøkelser. Jeg forutsetter etter dette at instrumentet SAQ er godt egnet for bruk i Medisinsk klinikk, og jeg mener undersøkelsen kan få fram interessante forskjeller som gjør at resultatene kan brukes aktivt til videre forbedringsarbeid.

2.7 Uønskede hendelser

Høy forekomst av uønskede hendelser i forbindelse med helsetjenesten er vist i flere internasjonale studier, men det er ikke publisert noen norsk studie av dette. Peter F. Hjort har gjort en beregning ut fra internasjonale studier, og estimerer at ca 10 % av alle somatiske sykehuspasienter rammes av en uønsket hendelse (5).

Ut fra aktivitetstall fra 2005 og internasjonale studier på forekomsten av uønskede hendelser, beregner han at det årlig i Norge forekommer:

- Ca. 80 000 uønskede hendelser, hvorav 50 % kunne vært forebygget
- Ca. 4000 dødsfall
- Ca. 560 000 ekstra liggedøgn (13 % av alle liggedøgn)

Dette kan synes som svært høye tall, og flere har etterlyst gode norske studier omkring dette. Slike studier er ressurskrevende å gjennomføre, og den mest benyttede metoden er en systematisk retrospektiv journalgjennomgang. Et verktøy er "Global Trigger Tool"(30), som er testet ut på Akershus Universitetssykehus, men resultatene er ikke publisert.

Helsepersonell har lovpålagt meldeplikt etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven (31). Denne meldeplikten omfatter imidlertid kun "*hendelser som har ført til, eller kunne ha ført til, betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste*".

Dette er ytterligere utdypet i Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-54/2000 (32):

”Skaden anses betydelig dersom den er av slik art og/eller grad at den vil få vesentlige konsekvenser for pasientens sykdom, lidelse eller innebærer vesentlige smerter eller reduserer livsutfoldelse på kortere eller lengre sikt.”

Hovedformålet med meldeplikten er å avklare bakgrunnen for hendelsen og forebygge at tilsvarende hendelse skjer igjen. Meldeplikten er ment å understøtte institusjonenes internkontrollsystem og kvalitetsarbeid.

Det er antatt at det er underrapportering av slike hendelser, og i Meldesentralens årsrapport for 2009 (33) skrives det:

”På grunn av underrapportering er ikke tallene estimater på forekomsten av uønskede hendelser, dødsfall eller skader i spesialisthelsetjenesten. Med andre ord: tallene sier ikke noe om hvor ofte uønskede hendelser skjer, men om hva slags uønskede hendelser som skjer.”

Det meldes årlig mellom 1200 og 2100 meldinger til Meldesentralen til Statens Helsetilsyn. I 2009 ble det meldt inn 2035 hendelser. UNN meldte 20 hendelser pr 10 000 døgnopphold i 2009. Dette var tredje høyest i landet. De fleste hendelser på landsbasis kommer fra medisinske avdelinger (23 %) (33). Et høyt antall meldinger trenger slett ikke å være uttrykk for dårlig pasientsikkerhet, men kan like gjerne være begrunnet i en god sikkerhetskultur som gjør at hendelser faktisk blir rapportert.

En viktig forutsetning for å få oversikt over uønskede hendelser, er at både de lovpålagte, alvorlige hendelsene og de mindre alvorlige hendelsene og nesten-uhell dokumenteres og meldes. Dette krever en bevissthet hos helsepersonell, kjennskap til meldesystemet og en god meldekultur.

James Reason, en av nestorene innen forskning på uønskede hendelser, skiller mellom to måter å se på det han kaller ”human error” på; persontilnærming og systemtilnærming (34). Persontilnærmingen gjør at man fokuserer på enkeltindivider og beskylder dem for glemsomhet, uoppmerksomhet, moralsk svakhet eller lignende. Dette er populært kalt ”*naming, shaming and blaming*” og Reason hevder at det er følelsesmessig mere tilfredsstillende å skyld på noen enn å angripe organisasjonen når en uønsket hendelse oppstår. Derfor har det lett for å bli slik at det jaktas på syndebukker i stedet for på organisatoriske eller systemmessige årsaker til hendelser.

Peter F. Hjort viser i følgende oppsett de to perspektivene man kan vurdere uønskede hendelser (UH) i lys av (5):

Tabell III: Perspektiver for vurdering av uønskede hendelser (UH)

Systemsvikt	Individuell svikt
Risiko for UH er alltid til stede	UH skyldes alltid individuelle feil
Risiko bryter før eller senere igjennom	UH hender bare når noen gjør feil
Risiko kan ikke alltid forutses	
Mennesker er aldri feilfrie	Helsepersonell skal være feilfrie
Systemer er aldri perfekte	
Må jobbe med sikkerhetskultur – alltid	Individuell straff hindrer nye feil

Etter Morath og Turnbull

Han mener at en systemfokusert tankemåte medfører to viktige konsekvenser:

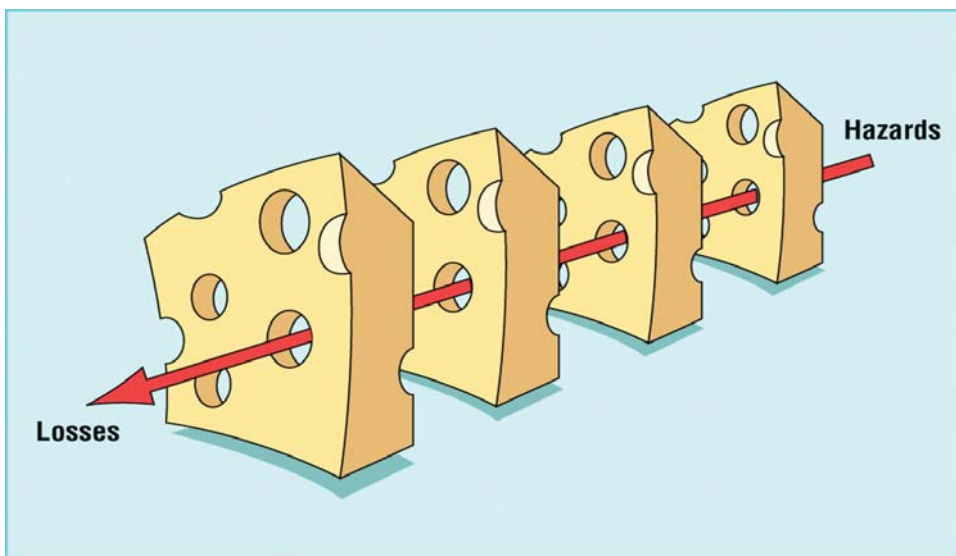
1. Man må lete etter årsaken til uønskede hendelser i organisasjonen og systemet, gjerne ved bruk av strukturerte analyser.
2. Man må skape en organisasjon som er trygg på seg selv, en såkalt ”non-punitive culture” som er åpen, tåler saklig kritikk og er villig til reformer.

Reasons argumentasjon er at det er menneskelig å feile og at uønskede hendelser derfor er unngåelig dersom man ikke bygger systemmessige og organisatoriske barrierer der hvor mennesker arbeider (34). Han beskriver det han kaller ”The Swiss Cheese model” og at ”hullene i osten” oppstår av to grunner og som regel i kombinasjon:

1. Aktive feil, som er usikre handlemåter utført av personer som er i kontakt med pasienten eller systemet (uhell, feil, misforståelser, uklar kommunikasjon, brudd på prosedyrer etc.)
2. Latente forhold, som sammenlignes med patogener som oppstår fra designere, utbyggere, forfattere av prosedyrer etc. De kan slå ut i hendelser på to måter: enten i kombinasjon med andre forhold på arbeidsplassen (stress, lav bemanning, mangelfullt utstyr o.l) eller ved å skape langvarige hull eller svakheter i barrierene (upålitelige alarmer, ugjennomførlige prosedyrer, design- eller konstruksjonssvakheter)

Det er bare sikkerhetskultur som kan påvirke både ”osteskivene” og hullene i dem.

Følgende figur er hentet fra hans artikkel:



Figur 3: The Swiss cheese Model (34)

Organisasjoner som er benevnt "High Reliability Organisations" (HRO), for eksempel lufttrafikksentraler, hangarskip og kjernekraftverk, er kjennetegnet ved å ha en systemtilnærming til uønskede hendelser og en høy beredskap på både å unngå farlige feil og begrense skadeeffekten hvis de først inntreffer. Det viktigste kjennetegnet ved HRO er deres kollektive beredskap og forståelse av at feil kommer til å oppstå. De regner med at ting kan gå galt og trener ansatte til å gjenkjenne faresignaler og avverge hendelser. De øver på kjente risikosituasjoner og på å forutse nye. I stedet for å se hver enkelt hendelse isolert, prøver de å generalisere dem. I stedet for lokal feilretting, ser de etter systemendringer. Reason mener helsevesenet har mye å lære fra slike organisasjoner.

For å kunne forebygge nye hendelser, må altså uønskede hendelser og nestenulykker rapporteres slik at årsakene kan identifiseres og hullene tettes. Deretter må det, på samme måte som i de såkalte HRO, tas sikte på både å begrense antall hendelser og begrense konsekvensene av hendelsene hvis barrierene skulle svikte.

2.8 Meldekultur

Med meldekultur menes hvilke faktorer som gjør at ansatte melder eller lar være å melde fra om uønskede hendelser og nesten-uhell, på hvilken måte meldingene blir mottatt og hvorvidt de fører til endringer.

Reason (35) mener at det er helt nødvendig å etablere en god meldekultur for å oppnå en god sikkerhetskultur, men at dette ikke er enkelt, da det fordrer at ansatte skal melde fra om egne glipp, tabber og feiltrinn. Han bruker eksempler fra NASAs Aviation Safety Reporting System og British Airways Safety Information System og hevder at de har klart å skape en kultur for å melde både hendelser og nesten-hendelser.

Medvirkende årsaker til dette er

- konfidensialitet eller aidentifisering av melder
- skille mellom den enheten som samler inn og analyserer data og de som har sanksjonsmyndighet
- rask, nyttig, tilgjengelig og brukervennlig tilbakemelding til de som har rapportert
- et enkelt rapporteringssystem

Han mener at det viktigste av alt er å skape en rettferdig kultur der man i første rekke leter etter systemmessige årsaker, men der det er graverende, uakseptable handlinger fra enkeltindivider, skal dette påtales evt. sanksjoneres.

Hvorfor meldes det ikke flere hendelser? Dette har vært tema i flere studier. En studie blant ca 200 jordmødre og leger ved to fødeavdelinger i England, konkluderer at de tre viktigste grunnene til ikke å rapportere er frykt for at underordnede kolleger vil få skylden, økt arbeidsbyrde med oppfølging og omstendigheter rundt hendelsen som gjorde at de følte det unødvendig å rapportere (hendelsen var allerede kjent / håndtert på en annen måte) (26). I en dansk studie med over 2000 deltakende leger og sykepleiere (36) er det frykt for at hendelsen skal komme ut og bli skrevet om i avisen som topper listen over grunner til ikke å rapportere fulgt av manglende tradisjon for å melde og frykt for å fremstå som inkompetent.

En engelsk studie av Hutchinson og medarbeidere (37) viser at rapporteringsrater er positivt korrelert med resultat på pasientsikkerhetskulturmålinger, dvs. at gode resultater på sikkerhetskulturmålinger henger sammen med sterkere tilbøyelighet til å melde uønskede hendelser. De har påvist en signifikant sammenheng mellom rapporteringsrater til det nasjonale rapporteringssystemet og score på sikkerhetskulturmålinger på sykehusnivå i 148 sykehus i England i to påfølgende år. Jeg ønsker i min studie å undersøke om jeg finner den samme sammenhengen.

2.9 Meldesystemer

Innenfor helsetjenesten har Leape (38) ut fra en gjennomgang av ulike rapporteringssystemer listet opp følgende betingelser for et vellykket meldesystem:

- *Ikke-straffende*: De som rapporterer kan gjøre det uten frykt for represalier
- *Konfidensielt*: Identiteten til pasienten, melder eller institusjonen blir aldri utlevert til tredjepart
- *Uavhengig*: Programmet er uavhengig av autoriteter som har myndighet til å straffe melder eller institusjon
- *Ekspert-analyser*: Meldinger analyseres av eksperter som forstår de kliniske omstendigheter og som har trening i å gjenkjenne underliggende systemsvikt.
- *Rask tilbakemelding*: Meldinger blir analysert umiddelbart, og anbefalinger spres raskt til de som trenger disse, spesielt når høy risiko er identifisert
- *System-orientert*: Anbefalinger fokuserer på endringer av systemer, prosedyrer eller produkter fremfor individuell adferd.
- *Gjensidighet*: Systemet som mottar meldingene sender bredt ut sine anbefalinger basert på analyse av meldingene, og deltakende organisasjoner forplikter seg til å implementere anbefalingene hvis mulig

Et rapporteringssystem hvor man risikerer represalier eller ubehageligheter hvis man melder, hvis identiteten utleveres til tredjepart, eller det ikke skjer noen endringer i etterkant, vil fort undergraves. Arbeidstakere vil med stor sannsynlighet unnlate å melde de alvorligste hendelsene, selv om bruk av et slikt system er pålagt.

Et rapporteringssystem vil sjelden fange opp alle hendelser, men vil allikevel være et viktig virkemiddel i forhold til pasientsikkerhet. I en studie fra et stort engelsk sykehus viser Sari et al (39) at kun 54 av 324 hendelser (16 %) var rapportert gjennom avvikssystemet. 270 av de 324 var kun fanget opp ved en journalgjennomgang (ikke rapportert). Dette viser at man bør kombinere egenrapportering og journalgjennomgang for eksempel ved bruk av "Global trigger tool"(30).

Det kan være ulike grunner til at et meldesystem ikke fanger opp alle hendelser.

Barach og Small (40) har gjennomgått forskning på området og identifisert faktorer som hemmer og fremmer rapportering. Følgende tabell viser deres funn:

Tabell IV: Faktorer som hemmer og fremmer rapportering av uønskede hendelser (40)

	Individ	Organisasjon	Samfunn
Juridiske			
Barrierer	Frykt for represalier, manglende tillit	Frykt for søksmål, kostnader og sanksjoner underminerer tillit, dårlig publisitet	Legale hindringer for kollegavurdering, deling av opplysninger og tverrinstitusjonelle databaser
Insentiver	Garanti for konfidensialitet og "immunitet"	Garantere konfidensialitet og "immunitet"	Sikre ansvarlighet, vedta rapportering
Kulturelle			
Barrierer	Profesjonsavhengighet, "code of silence", frykt for å bringe kolleger i trøbbel, skepsis, ekstraarbeid	Avhengig av organisasjonen, patologisk, byråkratisk eller generative kultur, ønsker ikke å vite	Samfunnstrend rettet mot avsløringer, manglende tillit på bakgrunn av tidligere publiserte alvorlige feil, bekymring for at profesjonene er for mektige, mangelfull kunnskap om systemeffekter
Insentiver	Profesjonsetikk, filantropi, integritet,	Det å være ledende innenfor sikkerhet og kvalitet er bra for "forretningen"	Forsterker samfunnsrelasjoner, bygger tillit, forbedrer helsetjenesten, gjennomsiktighet / åpenhet
Regulatorisk			
Barrierer	Avsløring av feilaktig praksis, forsikringspremier øker, etterforskning og mulig sensur, tap av lisens, mulig inntektstap	Passer ikke for oss, vi gjør egne interne undersøkelser, de forstår ikke våre problemer uansett,	Trenger mer effektive regler, kraftigere hjelpemidler
Insentiver	Forebyggende, følger reglene	Frykt for kritikk	Forsterker tilliten til myndighetene, økt offentlig ansvarlighet
Økonomiske			
Barrierer	Tap av omdømme, tap av jobb, ekstraarbeid	Sløsing med ressurser, mulig tap av inntekter, ikke kostnadseffektivt	Koster skattepenger å håndheve, mer byråkrati
Insentiver	Sikkerhet er god økonomi	God PR, forbedret rykte innenfor kvalitet og sikkerhet	Øker tilliten til helsevesenet

Barach og Small mener også at det bør fokuseres sterkere på rapportering av "nesten-uhell". De representerer en "gratis" lærdom, de er flere, og derfor mer tilgjengelig for statistiske analyser, det er færre barrierer for datainnsamling, begrenset belastning for melder og det kan være mønster i gjenoppretting/ avverging av hendelser som kan studeres og brukes i forbedringsarbeid.

3. Metode for innsamling og analyse av data

3.1 Valg av design og metode

3.1.1 Design

Jeg har valgt et kvantitativt undersøkelsesdesign og har benyttet et strukturert spørreskjema med i all hovedsak lukkede spørsmål. Et kvantitativt design egner seg godt når man har mange respondenter og flere enheter og ønsker å sammenlikne disse. Datainnsamling ved hjelp av spørreskjema er relativt lite ressurskrevende og man kan benytte statistiske metoder for å analysere data og belyse likheter og forskjeller.

Ved bruk av denne metode for å undersøke pasientsikkerhetskultur er det respondentenes normer og oppfatninger man kartlegger, og ikke de ”dypere” kulturelle aspektene. Dersom man ønsker å kartlegge andre aspekter av kultur, bør man benytte en kvalitativ metode (intervjuer eller observasjon) enten alene eller i tillegg til spørreskjema (metodetriangulering), noe som vil ligge utenfor rammen av denne oppgaven.

Undersøkelsen er deskriptiv, dvs. at den søker å beskrive forholdene slik de er oppfattet av respondentene på undersøkelsestidspunktet (oktober – november 2010). Den er også korrelasjonell, da jeg ønsker å belyse sammenhengen mellom pasientsikkerhetskultur målt ved skåre på SAQ med to andre forhold: tendensen til å melde uønskede hendelser og kjennskap til avvikssystemet.

3.1.2 Spørreskjema og undersøkelsesopplegg

Spørreskjema ble satt sammen av hele Safety Attitude Questionnaire, generisk versjon, kort utgave (7) (norsk oversettelse ved Deilkås og Hofoss (24)) og noen tilleggsspørsmål. SAQ er tidligere beskrevet i pkt. 2.6.1 og utgjør de første 41 spørsmålene. Jeg har flyttet deres spørsmål nr. 1 ”*Sykepleierinnspill blir godt mottatt her*” ned til spørsmål 6. Dette for å få en mer ”nøytral” inngang på spørreskjemaet.

Jeg har i tillegg hentet to spørsmål om meldinger av uønskede hendelser fra en dansk undersøkelse: Medarbejdernes vurdering av patientsikkerhedskulturen 2006 i Region Hovedstaden (18); spørsmål 42: ”*Har du vært involvert i en eller flere uønskede hendelser i løpet av siste år?*” og spørsmål 43: ”*Er denne hendelsen/disse hendelsene blitt rapportert?*”.

Spørsmålene 44: "Når jeg melder uønskede hendelser, fører det til endringer", 45: "For hendelser som er observert men ikke rapportert, hva var årsaken?" og 46: "Jeg vet hvordan jeg skal melde avvik og uønskede hendelser" er egenutviklet ut fra problemstillingen.

De øvrige spørsmålene utgjør bakgrunnsvariabler (stilling, kjønn, avdeling, enhet, ansiennitet i enheten og alder).

Alle spørsmålene unntatt spørsmålet om årsaker til at uønskede hendelser ikke er rapportert (spørsmål 45) er lukkede spørsmål med faste svaralternativer. De fleste spørsmålene har ettvalgs svaralternativer med seks muligheter: helt uenig, uenig, nøytral, litt enig, helt enig eller spørsmålet passer ikke. Ingen av spørsmålene var gjort obligatoriske. Hele spørreskjemaet finnes som Vedlegg 2.

Spørreskjemaet ble lagt inn i Questback, som er et elektronisk system for innhenting av svar på spørreundersøkelser, og skjemaet ble sendt ut som en lenke via e-postsystemet i personlig e-post til hver enkelt. Tidligere studier har vist at det er vanskelig å oppnå en høy svarprosent ved elektronisk datainnsamling (41) men det er blitt stadig vanligere å benytte slike systemer. På UNN benyttes dette systemet regelmessig til bl.a. påmelding til kurs, ulike evalueringer og arbeidsmiljøundersøkelser, slik at de fleste har vært eksponert for verktøyet tidligere.

3.1.3 Om undersøkelsesenheten og deltakere

Universitetssykehuset Nord-Norge gjennomgikk i 2008 - 2009 en stor omorganisering som resulterte i dannelsen av ti (nå elleve) klinikker, to driftssentre og fem stabsavdelinger. Medisinsk klinikk ble valgt som min undersøkelsesenhet ut fra at det er en stor klinikk med mange sengeposter og avdelinger både i Tromsø, Harstad og Narvik. Klinikken er en relativt ny organisasjonsenhet, og enkelte enheter har gjennomgått store omorganiseringer.

Medisinsk klinikk har ansvaret for indremedisinske pasienter og mikrobiologi og smittevern ved sykehusene i Tromsø, Harstad og Narvik.

Indremedisin omfatter spesialitetene nyremedisin, hematologi, infeksjon, endokrinologi, geriatri og gastromedisin i de indremedisinske fagmiljøene i Tromsø, samt generell indremedisin i Harstad og Narvik. Klinikken har ca 500 årsverk.

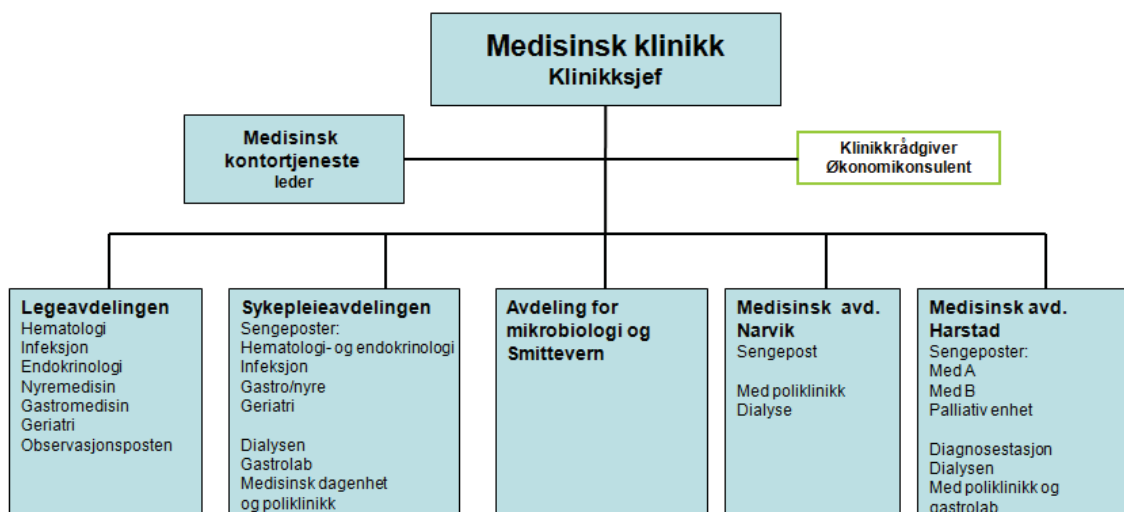
I Tromsø er indremedisin delt i en sykepleieravdeling (SPA) og en legeavdeling (LA). Sykepleieravdelingen består av fire sengeposter, en for gastro / nyre, en for geriatri, en for hematologi og en for infeksjon i tillegg til dag- og poliklinisk enhet, dialyse og gastrolab. Geriatrik har også en liten poliklinikk/ dagenhet. Legeavdelingen er delt inn i følgende fagspesifikke seksjoner: Geriatri, nefrologi, gastroenterologi, hematologi, infeksjonsmedisin og endokrinologi. Medisinsk kontortjeneste i Tromsø er organisert som en stabsenhet med en egen leder, og en viss grad av rotasjon mellom ulike arbeidsstasjoner.

I Harstad er det to sengeposter, en palliativ enhet som drives som fem-døgnspost, dagenhet, poliklinikk, dialyse, diagnosestasjon (lungepoliklinikk) og gastrolab.

I Narvik er det en sengepost, poliklinikk og dialyseenhet.

Fast ansatt personale ved sengeposter, dag - og polikliniske tilbud og fellesfunksjoner i Tromsø, Harstad og Narvik er inkludert i undersøkelsen.

Klinikkens organisert fremkommer som vist i følgende figur:



Figur 3: Organisasjonskart Medisinsk Klinik ved Universitetssykehuset Nord-Norge

3.2 Gjennomføringen

3.2.1 Informasjon om undersøkelsen

For å få ut informasjon om undersøkelsen og hensikten med den laget jeg en presentasjon som jeg holdt for klinikkens lederteam, for seksjonssykepleierne på Sykepleieravdelingen og i møte for legene i Legeavdelingen. Avdelingslederne ved Medisinsk avdeling Harstad og Medisinsk avdeling Narvik fikk presentasjonen tilsendt på e-post. I tillegg laget jeg et oppslag til vaktrom, postrom og møterom som dels ble delt ut til ledere, hengt opp av meg eller sendt pr e-post.

I e-posten som lenken til undersøkelsen ble sendt ut med, hadde klinikkens sjef skrevet en oppfordring til å delta i undersøkelsen. I introduksjonen til spørreskjemaet var informasjon om undersøkelsen og personvern tatt inn (se Vedlegg 2).

3.2.2 Utvalg

Alt fast ansatt personell ved klinikken unntatt de ansatte ved Avdeling for mikrobiologi og smittevern, AMS, ble inkludert i undersøkelsen. Jeg valgte å utelukke AMS, fordi det er en ren laboratorieavdeling. Personalet der har i liten grad direkte pasientkontakt i sitt daglige virke, noe som gjør at formuleringene i spørreskjemaet ikke vil passe.

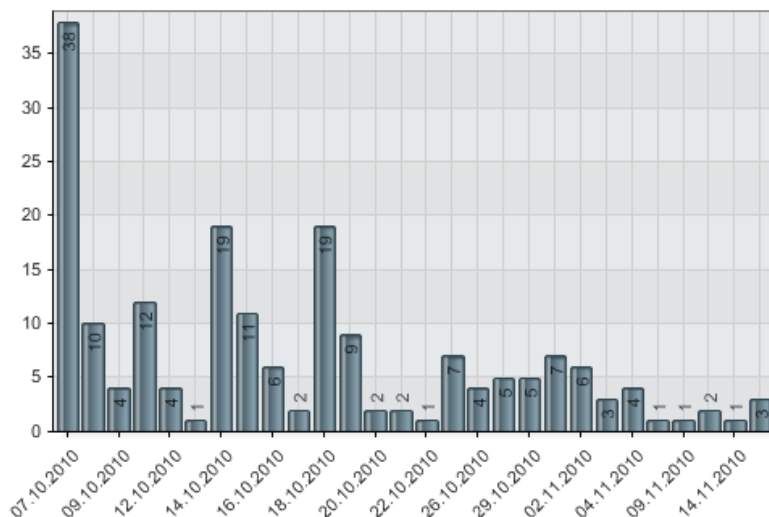
Jeg fikk en liste over fast ansatte fra økonomiavdelingen og kryss-sjekket denne med en liste over alle ansattes e-postadresser. Dette ga meg et bruttoutvalg på 392 ansatte. Deretter fikk jeg avdelingslederne til å gjennomgå listene og stryke de som av ulike årsaker (sykmeldinger, permisjoner og ferie) ikke var tilstede i undersøkelsesperioden og derved ikke hadde tilgang til sin e-post. Jeg satt da igjen med en respondentliste med 344 personer. Yrkesgruppene som inngikk i studien var leger, sykepleiere, hjelpepleiere og kontoransatte.

3.2.3 Gjennomføring av undersøkelsen

Etter at spørreskjemaet med introduksjon og listen over alle respondentene var lagt inn i Questback, ble lenken til undersøkelsen sendt ut i en e-post med oppfordring til deltakelse fra klinikkens sjef. Etter første utsendelse, ble det sendt ut i alt 5 påminnelser. Når respondentene besvarer undersøkelsen, registreres dette i systemet, slik at disse ikke glemmes. Jeg hadde planlagt en 14 dagers datainnsamlingsperiode, men måtte utvide den til 5 uker for å oppnå en akseptabel svarprosent. Man kan følge responsloggen i Questback fra dag til dag, og når siste

purring ikke genererte flere responser, gikk jeg ut fra at jeg hadde nådd alle som var interessert i å svare.

Responsløgen vises i følgende figur:



Figur 4: Responslogg fra Questback

Jeg brukte lederne aktivt i undersøkelsesperioden ved å be de om å oppfordre sine ansatte til å svare på undersøkelsen. Et overraskende problem var at mange ansatte ikke hadde for vane å sjekke sin e-post regelmessig. Spesielt i Narvik var dette et problem, ettersom de hadde felles pålogging på maskinene i enhetene, slik at deres personlige e-post ikke var tilgjengelig uten ekstra pålogging.

Et annet problem var at flere hadde stillinger hvor de arbeidet på flere enheter (for eksempel 40 % på sengepost og 60 % på poliklinikk / dagenhet) eller hadde stilling som innebar at de hadde sitt virke ved flere lokalisasjoner. Dette hadde jeg sett før undersøkelsen ble sendt ut, og satt inn følgende formulering i introduksjonen: *"Dersom du arbeider ved flere enheter, ta utgangspunkt i den enheten der du tilbringer mest tid."* Jeg hadde imidlertid ikke gitt noe svaralternativ til hvilket fysisk arbeidssted de tenkte på når de besvarte undersøkelsen, noe jeg i ettertid ser hadde gjort grupperingen av respondenter enklere.

Legene betjener sengeposter og polikliniske enheter i tillegg til vaktarbeid i akuttmottak og observasjonspost, noe som kan gjøre det vanskelig å tolke hvilken enhet de har svart i forhold til. Etter diskusjon med klinikksjef og flere leger har jeg gruppert legene i Tromsø sammen

med den sengeposten hvor deres spesialitet hører til, slik at for eksempel legespesialitetene nefrologi og gastroenterologi er slått sammen med nyre-/gastroseksjonen. Unntaket er legene på endokrinologisk seksjon, som ikke har tilhørighet til noen fast sengepost, men stort sett bare har polikliniske pasienter. Disse er gruppert sammen med dag/poliklinikkheten. Når det gjelder Narvik, var svarprosenten lav og de enkelte enheter hadde svært få respondenter. Hele avdelingen i Narvik ble derfor sett under ett når det gjelder resultatene. I Harstad ble det laget tre grupperinger ut fra hvordan de samarbeider i det daglige. Medisinsk sengepost A utgjør en enhet alene, Medisinsk sengepost B med palliativ enhet og dialysen utgjør en enhet og poliklinikk, diagnosestasjon og dagenhet utgjør en enhet.

Datamaterialet fra Questback ble lastet ned som en *.sav-fil* og dataene ble behandlet videre i programmet PAWS statistics 18 (SPSS). For utarbeiding av tabeller og grafer er også Excel benyttet.

3.2.4 Reliabilitet

Den interne konsistensen mellom spørsmålene som danner faktorer i SAQ er målt ved hjelp av Cronbachs alpha. Dette er det mest brukte mål på reliabilitet. Cronbachs alpha bygger på korrelasjoner mellom variablene og uttrykker i hvilken grad spørsmålene som danner en faktor hører sammen / måler innenfor samme dimensjon. For å ha en brukbar intern konsistens bør $\alpha \geq 0,70$ (42).

Sammenhengen mellom SAQ og kjennskap til meldesystemet og mellom SAQ og hvorvidt meldinger fører til endringer vil bli undersøkt med Pearsons korrelasjonsanalyse. Etersom jeg har regnet om svarene fra 1 – 5 til en skala fra 0 – 100 og SAQ-faktorene er beregnet som gjennomsnitt av flere slike omarbeidede spørsmål, finner jeg å kunne benytte Pearsons korrelasjonskoeffisient (r) på disse to sammenhengene. Pearsons r er det mest brukte korrelasjonsmålet og kan ifølge Ringdal (42) benyttes til kontinuerlige variabler, men også på ordinale kategorivariabler gitt at de kan antas å måle en latent kontinuerlig variabel og ha minst fem kategorier.

Jeg vil også gjennomføre korrelasjonsanalyse mellom SAQ-faktorene og spørsmålene om de har observert / vært involvert i uønskede hendelser og mellom SAQ-faktorene og hvorvidt de observerte hendelsene er meldt. Spørsmålene om observasjon av hendelser og hvorvidt disse er meldt har ikke så mange som fem, men bare tre svaralternativer og er ordinale variabler

som **ikke** kan antas å måle en latent kontinuerlig variabel, og jeg vil derfor benytte Spearmanns rangkorrelasjon (43) for disse korrelasjonsanalysene. Både Pearsons r og Spearmanns ρ kan variere mellom -1 og 1. Fortegnet angir om det er en negativ (når den ene øker, minker den andre) eller positiv sammenheng (når den ene øker, øker også den andre), og jo nærmere tallet er -1 eller 1, jo sterkere er sammenheng. I korrelasjonsanalysene benytter jeg det vanligste signifikansnivået som er 0,05 eller 5 % (42).

3.2.5 Validitet

Det første spørsmålet som må stilles er om vi måler det teoretiske begrepet vi ønsker å måle, altså begrepsvaliditet. Når det gjelder sikkerhetskultur, er SAQ testet og vurdert både med hensyn til både reliabilitet og validitet (24, 25, 44). I en oversiktsartikkel om ulike instrumenter til å måle pasientsikkerhetskultur (25), vises det til at kun SAQ av de vurderte instrumentene er brukt til å utforske forholdet mellom kultur og pasientutkomme, og at høy score er assosiert med bl.a. kortere liggetid, færre medikamentfeil og lavere risikojustert pasientdødelighet.

Begrepet meldekultur har jeg belyst med spørsmålene om de vet hvordan de skal melde avvik og uønskede hendelser, om de har observert eller vært involvert i hendelser, om de har meldt hendelser de har observert / vært involvert i, hvorfor de evt. ikke har meldt og om de erfarer at melding av avvik og hendelser fører til endringer. Svarene på disse spørsmålene vil gi en indikasjon på meldekulturen, men sier ikke noe om årvåkenhet og bevissthet i forhold til nesten-uhell eller hendelser som kunne vært oppdaget og beredskap for å avverge uønskede hendelser, som også er viktige aspekter ved meldekultur.

Representativitet er også et viktig spørsmål når det gjelder validitet – er de som svarer på undersøkelsen representative for hele utvalget, også for de som ikke svarer? Jeg inviterte alle fast ansatte til å delta i undersøkelsen, og 55 % av disse svarte på undersøkelsen. Det er ikke mulig med mitt undersøkelsesopplegg å si om de som har besvart undersøkelsen er veldig forskjellig fra de som ikke har svart (seleksjonsbias), da jeg ikke har samledata om alle som var invitert til å svare. Hadde jeg hatt tilgang til personaldata for alle kunne jeg for eksempel undersøkt om alder, kjønn og ansiennitet til de som har svart skiller seg ut fra resten, men et slikt system er ikke tilgjengelig.

De fleste som svarte hadde imidlertid lang fartstid i enheten de jobbet ved. Dette kan tyde på at det er de sist ankomne som i første rekke har unnlatt å svare. Blant svarerne var det også kun 10 % som var under 30 år. Viktige trekk ved kultur er at den er relativt stabil, og de som har vært lenge i en enhet overfører kulturen til de nyansatte. Frafall hos de yngste og ferskeste i avdelingen vil derfor være mindre kritisk for tolkningen av undersøkelsen enn om det er de mest erfarne / kulturbærerne som ikke svarer.

I og med at elektronisk utfylling og innsending av spørreskjemaet var eneste svarmulighet i denne studien, kan det ha medvirket til en skjevhet i materialet ved at ansatte som har tilgang til egen PC eller som er fortrolig med bruk av dataverktøy er mer tilbøyelig til å svare enn de som ikke benytter dataverktøy daglig i jobben eller ikke har tilgang til egen PC / egen kontorarbeidsplass. Dette tror jeg er hovedårsaken til den lave responsen i Narvik, og til lav svarprosent blant hjelpepleierne og en tilsvarende høy svarprosent blant kontorpersonalet.

Det må også vurderes om undersøkelsen er utført på en slik måte at respondentene svarer det de egentlig mener, eller om det er systematiske målefeil, såkalt bias. Ringdal (42) omtaler to fenomener man i særlig grad bør vurdere: Enighetssyndrom (ja-effekt), dvs at respondentene har en tendens til å svare i den positive enden av skalaen uten å vurdere meningsinnholdet. For å hindre at "ja-effekten" skal gi alle svarfordelingene den samme skjevhet, inneholder spørreskjemaet også spørsmål som er negativt formulert, dvs. at "Helt uenig" er det mest positive svaret i forhold til pasientsikkerhetskulturen. Dette vil bidra til å redusere eventuell effekt av en slik systematisk skjevhet.

Det andre fenomenet er sosial ønskebarhet, dvs. at man svarer det som er ansett som "akseptabelt". Denne feilkilden er vanskelig å motvirke, men jo tryggere respondenten er på at anonymiteten er ivaretatt, jo større er antagelig sjansen for at de svarer det de egentlig mener. I puringene som ble sendt ut, ble det opplyst om at alder og kjønn ikke var obligatoriske felt, og at de kunne utelates dersom de følte at de kunne identifiseres ut fra disse opplysningene.

Som en del av årets ledersamling, hadde vi også klinikkvis samling, hvor alle enhetslederne var til stede. Jeg fikk anledning til å presentere og diskutere noen av SAQ-resultatene med dem, og det virket ikke som de var overrasket over sin enhets resultater. Ledere på nivået over enhetsnivå (avdelingsledere) uttrykte også at resultatene stemte med deres generelle inntrykk

av enhetene. Dette kan tyde på at SAQ er et egnet instrument for å kartlegge variasjon i sikkerhetskulturen mellom enheter.

3.3 Etikk og personvern

Min undersøkelse omfattet ikke pasienter eller pasientopplysninger, og faller derfor ikke inn under helseforskningslovens bestemmelser. Dette fremgår av helseforskningslovens § 2 (45). Søknad til Regional komité for forskningsetikk var derfor ikke nødvendig. Dette er også bekreftet muntlig av leder for REK Nord.

Behandlingen av personopplysningene i prosjektet er meldepliktig etter personopplysningsloven (46) og ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)(47), som er personvernombud for Universitetet i Bergen. De har bekreftet at databehandlingen tilfredsstiller lovkravene. Bekreftelse fra NSD finnes i Vedlegg 3.

3.3.1 Samtykke:

Ved spørreskjemaundersøkelser vil retur av utfylt spørreskjema være å anse som et uttrykkelig samtykke og det er derfor i følge NSD ikke nødvendig å innhente samtykke før utsending av spørreskjemaet. I introduksjonsskrivet til undersøkelsen hadde jeg med følgende formulering: *”Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli slettet.”*

Det var ingen respondenter som trakk seg fra undersøkelsen. Det er mulig at noen følte seg forpliktet til å svare på undersøkelsen fordi den var sendt ut fra Klinikksjefen, og fordi det ble purret fem ganger, men det er i ettertid ikke mottatt noen signaler på dette.

3.3.2 Konfidensialitet:

Questback-systemet har en funksjonalitet som gjør at det ikke er mulighet til å spore svar tilbake til den enkelte respondent. Det er kun listen over hvem som er invitert til å delta som er synlig og det er ikke mulig å se hvem som har svart. Jeg fikk henvendelser av enkelte leger som følte at de ble lett identifiserbare ved å oppgi yrke, avdeling, alder og kjønn, og at det derfor var vanskelig for dem å besvare spørreskjemaet slik de ville. Dette medført at jeg i parringene opplyste om at det var mulig å besvare undersøkelsen uten å oppgi kjønn eller

alder. Respondentlisten i Questback slettes straks undersøkelsen er ferdig i tråd med krav fra NSD.

3.3.3 Egen rolle:

Kvalitet ikke er et verdinøytralt begrep og bedømmelser er vanskelig å unngå. Donabedian (27) konkluderer i en oversiktsartikkel om ulike metoder for å bedømme kvalitet innen helsetjenesten at bias må aksepteres som en regel heller enn unntaket og at studier av kvalitet må designes med tanke på dette.

Jeg er ansatt i den klinikken jeg undersøker, slik at jeg må vurdere min egen avstand til materialet. Min stilling i klinikken er et vikariat som klinikkrådgiver, dette betyr at jeg ikke har noen lederfunksjon i forhold til undersøkelsesenheter. Jeg er medlem av klinikkens lederteam, men har ingen spesiell tilknytning til noen av avdelingene / seksjonene. Jeg har vært ansatt i stillingen siden april 2010, og mener selv at jeg har den nødvendige distansen til materialet ved at jeg er relativt fersk og ikke har mye kontakt med "frontlinjepersonellet" i det daglige.

4. Resultater

4.1 Beskrivelse av materialet:

Jeg sendte ut invitasjon til 392 respondenter. Etter å ha fjernet alle som var i permisjon, sykmeldte eller på ferie i undersøkelsesperioden satt jeg igjen med 344 respondenter.

Svarprosent: Jeg fikk inn 189 svar, hvilket gir en svarprosent på 55. Dette er også svarprosenten både blant leger og sykepleiere, mens kontorpersonalet oppnådde en svarprosent på 65 og hjelpepleierne kun 37 %.

Tabell V: Svarprosent etter yrkesgruppe

	Inviterte	Antall svar	Svarprosent
Leger	69	38	55 %
Sykepleiere	203	112	55 %
Hjelpepleiere	43	16	37 %
Kontorpersonell	20	13	65 %

Svarprosent etter avdeling varierte mye; Legeavdelingen hadde en svarandel på 65 %, sykepleieavdelingen 54 %, Medisinsk avdeling Harstad 43 %, Medisinsk avdeling Narvik 29 % og Medisinsk kontortjeneste i Tromsø 93 %.

Kjønnsfordeling: I materialet var det 152 kvinner (80 %) og 29 menn (15 %). 8 personer (4 %) hadde unnlatt å svare på dette spørsmålet.

Alder: 18 personer (10 %) var under 30 år, 101 personer (53 %) var mellom 30 – 50 år, 61 personer (32 %) var over 50 år og 9 personer (5 %) hadde unnlatt å svare.

Ansiennitet i enheten:

De fleste som svarte hadde arbeidet i mer enn 2 år ved enheten (81 %). Fordeling fremgår av tabell VI

Tabell VI: Fordeling av ansiennitet blant respondentene

	Antall	Prosent
Mindre enn 1 mnd	1	1
1 mnd. – 2 år	32	17
2 år – 4 år	28	15
Mer enn 4 år	124	66
Ikke svart	4	2
Sum	189	100

4.1.1 Missing values:

Alle svaralternativene i spørreskjemaet av kategorien ”spørsmålet passer ikke” ble kodet som manglende (missing value). Jeg har ikke ekskludert respondenter med manglende verdier ”listwise”, men behandlet missing values i hvert enkelt spørsmål for seg.

Når det gjelder manglende verdier i SAQ-spørsmålene varierer disse fra 0,5 % til 10 %. Spørsmålene med flest manglende verdier er ”Ledelsen/sykehusledelsen behandler problemmedarbeidere konstruktivt” og ”All den informasjon som jeg trenger til diagnostiske og terapeutiske beslutninger er rutinemessig tilgjengelig for meg”. For disse spørsmålene er de manglende verdiene på grunn av at respondentene har svart ”Spørsmålet passer ikke” og svarene deres er derved kodet som ”missing”

Spørsmål utenfor SAQ: Spørsmålet om kjennskap til avvikssystemet hadde 2 % manglende verdier og spørsmålet ”Har du observert eller vært involvert i en eller flere uønskede hendelser i løpet av det siste året?” var besvart av alle unntatt en respondent.

4.2 Safety Attitude Questionnaire (SAQ) – resultater

4.2.1 Bearbeiding av data

Alle svar som var negativt formulert ble reversert, slik at det mest positive svaret i forhold til pasientsikkerhetskultur alltid ga høyest poengsum. Deretter ble den 5-poengs Likert-skalaen konvertert til en 100-poengsskala slik at 1=0, 2=25, 3=50, 4=75 og 5=100. Svaralternativ 6 ”Spørsmålet passer ikke” ble kodet som manglende verdi (”missing”). Score for hvert spørsmål ble regnet ut ved å summere alle poengene og dele på antall respondenter. Dette gir et gjennomsnitt mellom 0 og 100 for hvert spørsmål. Deretter ble spørsmålene som hørte til hver faktor summert og gjennomsnitt for disse ble beregnet for hele materialet og for hver enhet.

I tillegg ble andel som har svart positivt på hver faktor (≥ 75 av 100) beregnet. Dette er en anbefalt metode i Sexton et al sin artikkel (7), da denne andelen gir uttrykk for hvor mange av respondentene har svart ”litt enig” eller ”helt enig”. Ved å beregne prosenten av respondenter som har svart positivt innen hver faktor, får man et mer presist mål på variasjonen i pasientsikkerhetskulturen. Et ganske høyt gjennomsnitt er ikke uten videre et uttrykk for en positiv kultur – det kan være uttrykk for veldig varierende scorer. Derfor vil andel som har svart positivt være et bedre mål på kultur, ut fra resonnetet at kultur er noe man har felles/ er enige om, og hvor stor andel som er enige er det viktigste uttrykket for en positiv kultur. I følge Nordén-Hägg og medarbeidere (48) er det uttrykk for en sterk positiv konsensus innenfor et område dersom over 80 % svarer positivt. En score under 60 % er ansett for å være i område for ”trenger forbedring”.

4.2.2 Reliabilitet

Cronbachs alpha er over .7 for alle faktorene, hvilket tyder på at alle faktorene har tilfredsstillende intern konsistens.

Cronbachs alpha for hver av faktorene er oppsummert i tabell VII

Tabell VII: Cronbachs alpha for faktorene i SAQ

	Cronbach's Alpha	N of Items
Samarbeidsklima	,712	6
Sikkerhetsklima	,771	7
Jobbtilfredshet	,867	5
Stresserkjennelse	,749	4
Oppfatning om ledelsen	,829	5
Oppfatning om sykehusledelsen	,829	5
Arbeidsforhold	,725	4

Hvis man slår sammen de syv faktorene i SAQ til en SAQ-total, blir Cronbachs alpha for dette sammenslåtte målet .823, hvilket kan tyde på at det gir mening å regne ut en totalscore.

Dette oppsummerte målet har jeg ikke sett brukt i artikler om SAQ.

4.2.3 Resultater oppsummert

Tabell VIII viser antall respondenter (N), gjennomsnitt (Gj.sn), standardavvik (40) og prosentandel som har svart positivt (% pos) for hver faktor i SAQ ved hver enhet i Medisinsk klinikk og ved klinikken totalt (tot).

Tabell VIII: Resultater og antall respondenter for faktorene i SAQ etter enhet

Enhet	Samarbeidsklima				Sikkerhetsklima				Jobbtilfredshet				Stresserkjennelse				Oppfatning av ledelse				Oppfatning av sykehusledelse				Arbeidsforhold			
	N	Gj.sn	SD	% pos	N	Gj.sn	SD	% pos	N	Gj.sn	SD	% pos	N	Gj.sn	SD	% pos	N	Gj.sn	SD	% pos	N	Gj.sn	SD	% pos	N	Gj.sn	SD	% pos
Tø 1	31	75	21	59	34	64	23	27	32	76	24	65	33	79	20	68	32	58	25	29	31	48	23	6	32	55	26	27
Tø 2	10	75	16	50	11	59	20	25	12	72	20	50	10	71	21	42	11	60	24	17	11	42	22	0	12	47	25	8
Tø 3	24	82	16	75	21	68	18	38	23	88	16	79	23	77	20	63	24	75	16	63	23	59	18	29	23	61	24	33
Tø 4	16	81	12	81	15	75	15	56	14	90	11	75	16	75	17	50	13	72	15	44	14	50	15	6	14	69	16	44
Tø 5	17	89	11	83	17	76	13	61	16	90	16	78	16	68	23	50	13	70	16	33	15	56	16	11	14	74	13	39
Tø 6	7	70	15	21	9	62	14	14	12	78	24	64	11	70	21	36	10	51	23	21	9	44	21	14	6	49	25	7
Ha 1	13	90	12	69	14	76	12	56	15	87	18	88	15	78	19	63	15	70	19	50	13	53	23	19	14	63	19	31
Ha 2	12	81	15	67	11	71	18	42	12	77	21	75	12	73	15	58	9	58	14	17	11	48	5	0	10	61	19	25
Ha 3	13	88	14	85	11	79	12	69	12	93	10	85	12	79	20	62	13	75	14	46	11	48	17	8	10	71	19	39
Na 1	16	81	11	77	16	67	14	29	17	82	20	71	17	68	23	41	14	50	23	18	12	43	15	0	16	52	22	18
Tot	169	81	16	66	171	69	18	41	178	83	20	73	178	75	20	57	162	65	21	34	157	51	19	11	160	61	23	28

Tabell IX viser samme oppstilling, men fordelt på de største yrkesgruppene på tvers av enhetene.

Tabell IX: Resultater og antall respondenter for faktorene i SAQ etter yrkesgruppe

Yrke	Samarbeidsklima				Sikkerhetsklima				Jobbtilfredshet				Stresserkjennelse				Oppfatning av ledelse				Oppfatning av sykehusledelse				Arbeidsforhold			
	N	Gj.sn	SD	% pos	N	Gj.sn	SD	% pos	N	Gj.sn	SD	% pos	N	Gj.sn	SD	% pos	N	Gj.sn	SD	% pos	N	Gj.sn	SD	% pos	N	Gj.sn	SD	% pos
Lege	37	82	19	76	34	67	22	40	35	82	20	68	36	78	22	71	36	65	22	42	36	47	24	11	38	57	26	32
Spl	105	82	14	71	105	71	16	46	106	85	19	77	108	75	19	55	98	66	20	36	94	53	15	10	96	62	21	28
Kon.	6	65	14	7	8	63	15	15	11	76	24	62	10	74	20	46	9	53	25	23	8	46	22	15	5	50	29	8
Hj.pl	15	79	20	75	16	72	21	38	15	67	28	69	15	67	28	50	12	67	24	25	13	58	23	19	15	72	19	50

Jeg kommer i det videre til å fokusere på resultatene for enhetene og ikke på resultatene for de ulike yrkesgruppene.

4.2.4 SAQ totalt

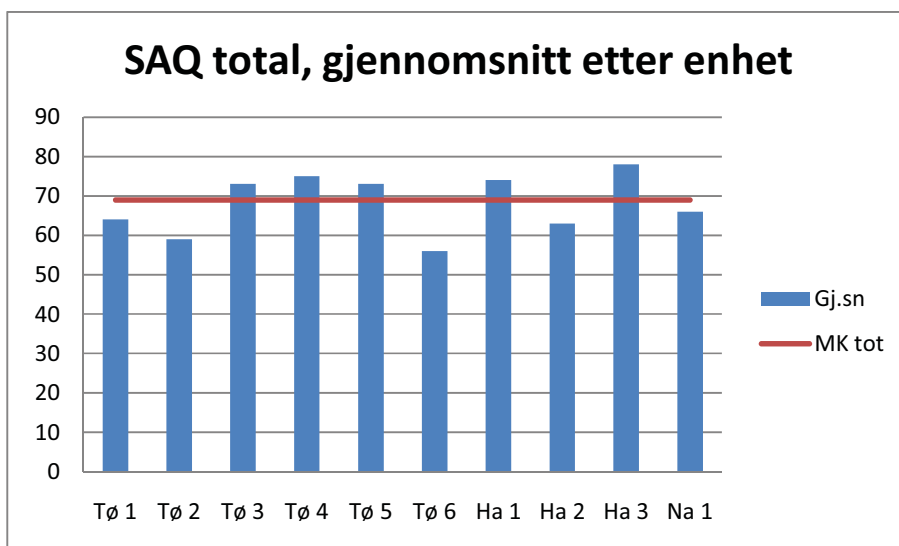
Ved å legge sammen de enkelte faktorene og dele på antall faktorer, får jeg fram en gjennomsnittsscore for pasientsikkerhetskulturen – SAQ totalt.

Her gir det ikke mening å presentere andel positive svar, slik som på enkeltfaktorer, fordi det blir svært mange missing, men i tabell X er gjennomsnitt og standardavvik (40) presentert etter enhet.

Tabell X: Antall repondenter og resultater for SAQ total

Enhet	SAQ tot		
	N	Gj.sn	SD
Tø 1	27	64	16
Tø 2	8	59	15
Tø 3	19	73	13
Tø 4	11	75	9
Tø 5	11	73	11
Tø 6	5	56	17
Ha 1	11	74	14
Ha 2	8	63	11
Ha 3	9	78	7
Na 1	9	66	12
MK Tot	123	69	14

Figur 5 viser totalscore etter enhet sammenholdt med gjennomsnittet for hele materialet.



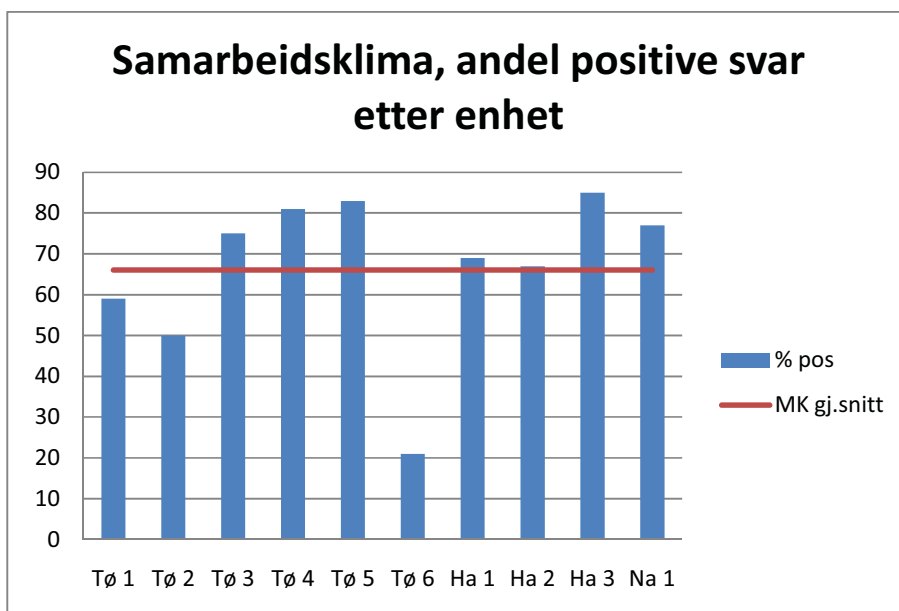
Figur 5: Gjennomsnitt for SAQ total etter enhet

4.3 Resultater pr faktor

4.3.1 Samarbeidsklima

Faktoren samarbeidsklima er sammensatt av spørsmålene ”Her er det vanskelig å si fra om jeg opplever et problem i pasientbehandlingen”, ”Her blir uenighet håndtert riktig (dvs. ikke ut fra hvem som har rett, men ut fra hva som er best for pasienten)”, ”Jeg får den støtten jeg trenger fra andre sykehusansatte for å ta meg av pasientene”, ”Her er det lett for ansatte å spørre når det er noe de ikke forstår”, ”Legene og sykepleierne her arbeider som et velkoordinert team” og ”Sykepleierinnspill blir godt mottatt her”.

Figur 6 viser andel i hver enhet som har svart positivt på denne faktoren vist opp mot gjennomsnittet for Medisinsk klinikk.

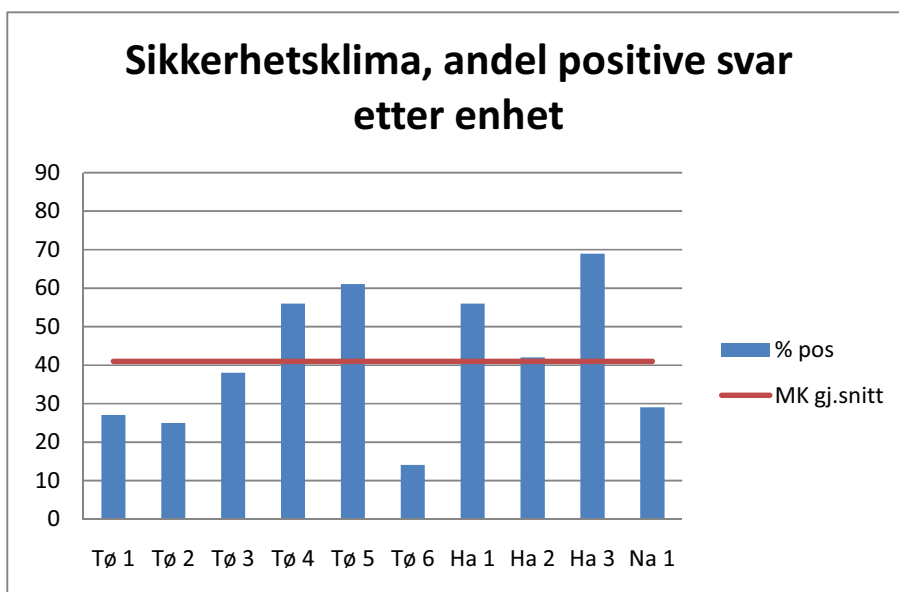


Figur 6: Andel positive svar etter enhet på faktoren Samarbeidsklima

4.3.2 Sikkerhetsklima

Faktoren sikkerhetsklima er sammensatt av spørsmålene ”Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her”, ”Her blir medisinske feil håndtert riktig”, ”Jeg vet hvilke kanaler jeg skal bruke for å stille spørsmål om pasientsikkerhet her”, ”Jeg får passende tilbakemelding om arbeidet mitt (korrekt, tilstrekkelig og fra rett person)”, ”Det er vanskelig å diskutere feil her”, ”Kolleger oppmuntrer meg til å si fra om enhver sikkerhetsbekymring som jeg måtte ha” og ”Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil”.

Figur 7 viser andel i hver enhet som har svart positivt på denne faktoren vist opp mot gjennomsnittet for Medisinsk klinikk.

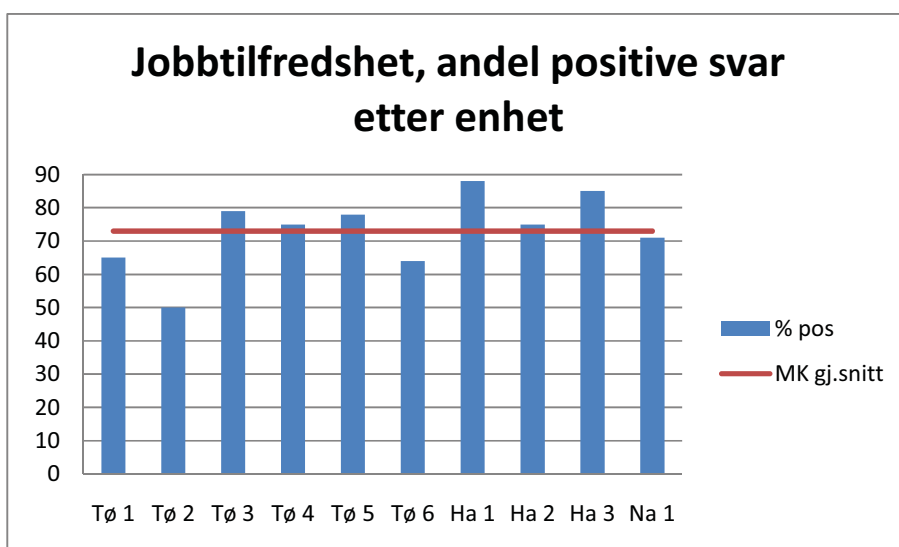


Figur 7: Andel positive svar etter enhet på faktoren Sikkerhetsklima

4.3.3 Jobbtilfredshet

Faktoren jobbtilfredshet er sammensatt av spørsmålene ”Jeg liker jobben min”, ”Å arbeide her er som å være en del av en stor familie”, ”Dette er et godt sted å arbeide”, ”Jeg er stolt av å arbeide her” og ”Innsatsviljen er stor her”.

Figur 8 viser andel i hver enhet som har svart positivt på denne faktoren vist opp mot gjennomsnittet for Medisinsk klinikk.



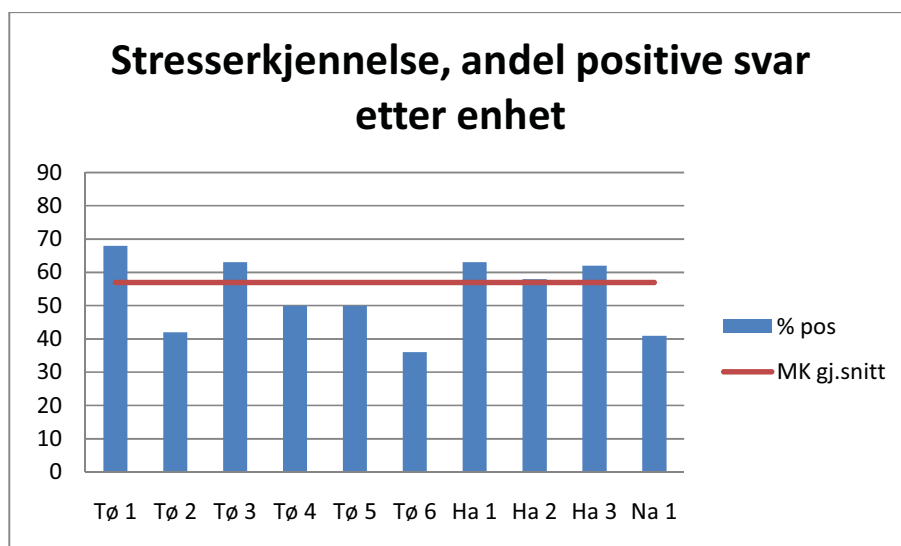
Figur 8: Andel positive svar etter enhet på faktoren Jobbtilfredshet

4.3.4 Stresserkjennelse

Faktoren stresserkjennelse er ment å uttrykke i hvilken grad respondentene erkjenner at stress og høy arbeidsbelastning kan gå ut over pasientsikkerheten. Det er et kjent sikkerhetsproblem innen enkelte miljøer at man ikke erkjenner at for eksempel lange vakter eller stressende situasjoner kan gå ut over jobbutførelsen.

Faktoren er sammensatt av spørsmålene ”Når arbeidsbelastningen min blir for stor, arbeider jeg dårligere”, ”Jeg er mindre effektiv når jeg er sliten”, ”Det er mer sannsynlig at jeg gjør feil når situasjonen blir anspent eller fiendtlig” og ”Jeg opptrer dårligere i krisesituasjoner når jeg er sliten”.

Figur 9 viser andel i hver enhet som har svart positivt på denne faktoren vist opp mot gjennomsnittet for Medisinsk klinikk.

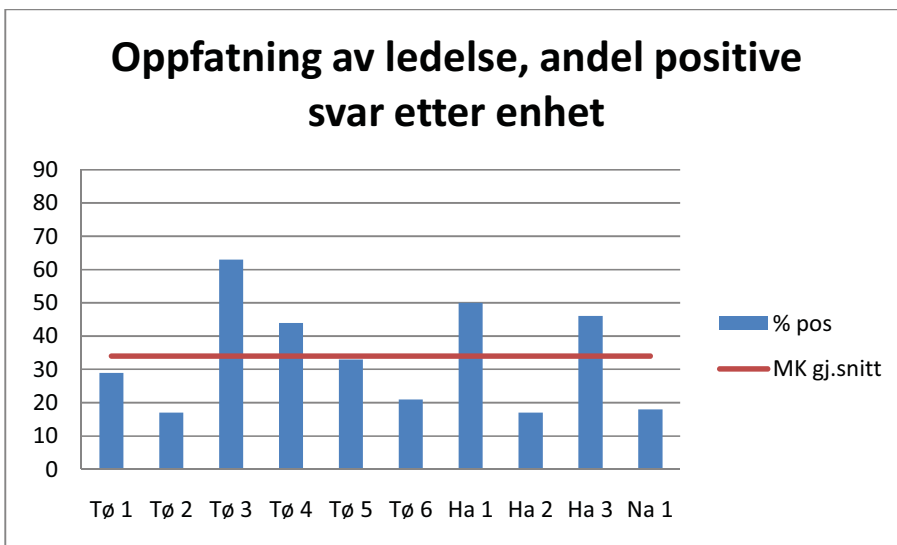


Figur 9: Andel positive svar etter enhet på faktoren Stresserkjennelse

4.3.5 Oppfatning av ledelse

Faktoren oppfatning av ledelse er ment å uttrykke i hvilken grad respondentene erfarer at lokal ledelse er opptatt av pasientsikkerhet og er sammensatt av spørsmålene ”Ledelsen her i enheten legger forholdene til rette for mitt daglige arbeid”, ”Ledelsen her i enheten gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten”, ”Ledelsen her i enheten gjør en god jobb”, ”Ledelsen her i enheten behandler problemmedarbeidere konstruktivt” og ”Ledelsen her i enheten gir meg adekvat informasjon, i rett tid, om hendelser som kan ha betydning for mitt arbeid”.

Figur 10 viser andel i hver enhet som har svart positivt på denne faktoren vist opp mot gjennomsnittet for Medisinsk klinikk.



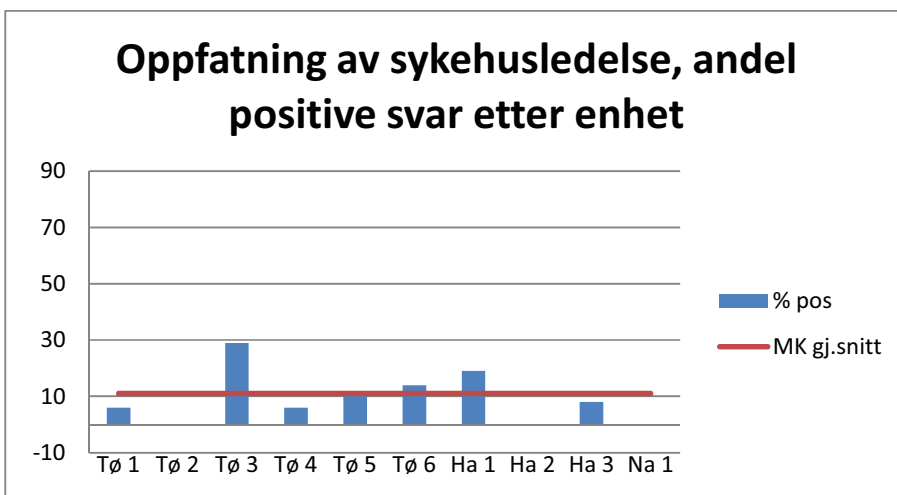
Figur 10: Andel positive svar etter enhet på faktoren Oppfatning av ledelse

4.3.6 Oppfatning av sykehusledelsen

Faktoren oppfatning av ledelse er ment å uttrykke i hvilken grad respondentene erfarer at sykehusledelsen er opptatt av pasientsikkerhet og er sammensatt av spørsmålene

”Sykehusledelsen legger forholdene til rette for mitt daglige arbeid”, ”Sykehusledelsen gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten”, ”Sykehusledelsen gjør en god jobb”, ”Sykehusledelsen behandler problemmedarbeidere konstruktivt” og ”Sykehusledelsen gir meg adekvat informasjon, i rett tid, om hendelser som kan ha betydning for mitt arbeid”

Figur 11 viser andel i hver enhet som har svart positivt på denne faktoren vist opp mot gjennomsnittet for Medisinsk klinikk.

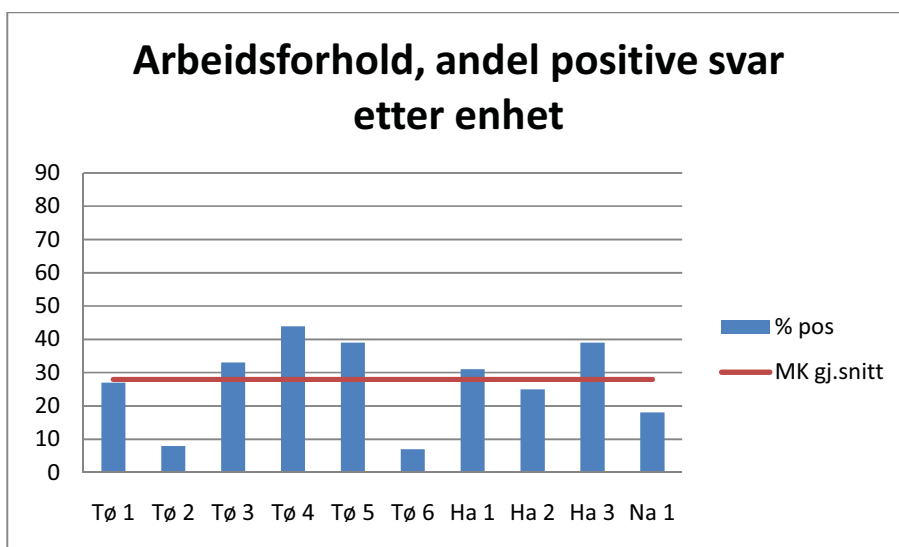


Figur 11: Andel positive svar etter enhet på faktoren Oppfatning av sykehusledelse

4.3.7 Arbeidsforhold

Faktoren arbeidsforhold er sammensatt av spørsmålene ”Bemanningsnivået her er tilstrekkelig til at vi kan ta oss av det antall pasienter som vi har”, ”Dette sykehuset gjør en god jobb med å lære opp nyansatte”, ”All den informasjon som jeg trenger til diagnostiske og terapeutiske beslutninger er rutinemessig tilgjengelig for meg” og ”De som er under opplæring på mitt fagfelt får tilstrekkelig veiledning / supervisjon”

Figur 12 viser andel i hver enhet som har svart positivt på denne faktoren vist opp mot gjennomsnittet for Medisinsk klinikk.



Figur 12: Andel positive svar etter enhet på faktoren Arbeidsforhold

4.4 Kjennskap til avvikssystemet

4.4.1 Bearbeiding av data

Spørsmålet ”Jeg vet hvordan jeg skal melde avvik og uønskede hendelser” ble på samme måte som de øvrige spørsmålene konvertert fra Likert-skalaen fra 1 – 5 til en skala fra 0 – 100.

Gjennomsnitt, standardavvik og prosent som har svart positivt (≥ 75) tilsvarende andel som har svart ”litt enig” eller ”helt enig” ble beregnet.

4.4.2 Resultat

Tabell XI viser antall respondenter (N), gjennomsnitt (Gj.sn), standardavvik (40) og prosentandel som har svart positivt (% pos) for spørsmålet ”Jeg vet hvordan jeg skal melde avvik og uønskede hendelser”.

Tabell XI: Resultater for spørsmålet ”Jeg vet hvordan jeg skal melde avvik og uønskede hendelser” etter enhet

Enhet	N	Gj.sn	SD	% pos
Tø 1	33	72	30	74
Tø 2	12	71	30	75
Tø 3	24	70	32	79
Tø 4	16	84	22	88
Tø 5	18	64	25	56
Tø 6	13	54	42	36
Ha 1	16	75	30	75
Ha 2	11	61	38	58
Ha 3	13	79	32	77
Na 1	17	69	35	77
MK Tot	186	71	31	71

Fordeling mellom yrkesgruppene på antall respondenter (N), gjennomsnitt (Gj.sn), standardavvik (SD) og prosentandel som har svart positivt (% pos) for spørsmålet ”Jeg vet hvordan jeg skal melde avvik og uheldige hendelser” fremkommer i tabell XII.

Tabell XII: Resultater for spørsmålet ”Jeg vet hvordan jeg skal melde avvik og uønskede hendelser” etter yrkesgruppe

Yrke	N	Gj.sn	SD	% pos
Lege	38	70	30	71
Spl	110	74	30	76
Kon.	12	60	41	46
Hj.pl	16	58	36	63

Figur 13 viser andel for hver enhet som har svart positivt på dette spørsmålet vist opp mot gjennomsnittet for Medisinsk klinikk.



Figur 13: Andel positive svar etter enhet på spørsmål om kjennskap til avvikssystemet

4.5 Meldekultur

4.5.1 Observasjon / involvering i uønskede hendelser

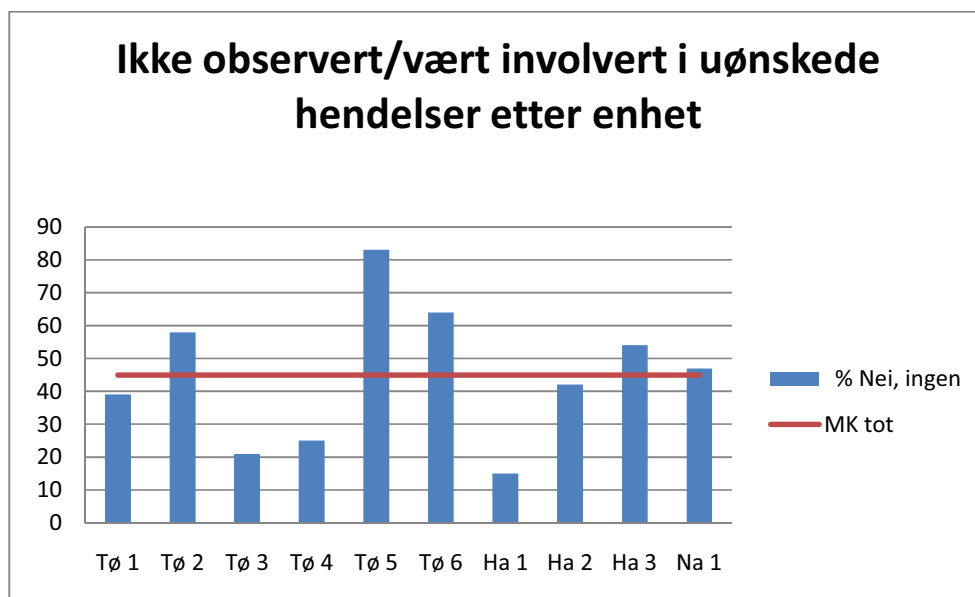
For spørsmålet ”Har du observert eller vært involvert i en eller flere uønskede hendelser i løpet av det siste året?” var svaralternativene ”Ja, en”, ”Ja, flere” eller ”Nei ingen”.

I hele materialet hadde 55 % observert eller vært involvert i en eller flere uønskede hendelser i løpet av siste år. 40 % oppga at de hadde vært observert eller vært involvert i flere hendelser mens 45 % ikke hadde observert eller vært involvert i slike. Tabell XIII viser hvordan svarene fordeler seg på den enkelte enhet og på medisinsk klinikk totalt.

Tabell XIII: Resultat etter enhet på spørsmål om observasjon eller involvering i uønskede hendelser

Enhet	Ja, en % (N)	Ja, flere % (N)	Nei, ingen % (N)	Sum % (N)
Tø 1	18 (6)	42 (14)	39 (13)	100 (33)
Tø 2	8 (1)	33 (4)	58 (7)	100 (12)
Tø 3	25 (6)	54 (13)	21 (5)	100 (24)
Tø 4	19 (3)	56 (9)	25 (4)	100 (16)
Tø 5	0 (0)	17 (3)	83 (15)	100 (18)
Tø 6	7 (1)	29 (4)	64 (9)	100 (14)
Ha 1	13 (2)	38 (6)	15 (8)	100 (16)
Ha 2	25 (3)	33 (4)	42 (5)	100 (12)
Ha 3	31 (4)	15 (2)	54 (7)	100 (13)
Na 1	12 (2)	41 (7)	47 (8)	100 (17)
MK Tot	15 (29)	40 (75)	45 (84)	100 (188)

Figur 14 viser andel etter enhet som **ikke** har observert eller vært involvert i uønskede hendelser siste året.



Figur 14: Andel respondenter som ikke har observert eller vært involvert i uønskede hendelser etter enhet

4.5.2 Melding av uønskede hendelser

De 104 respondentene som hadde oppgitt at de hadde observert eller vært involvert i uønskede hendelser ble spurt om hendelsen(e) var meldt. På dette spørsmålet var det få respondenter pr. enhet, og små forskjeller mellom enheter og mellom yrkesgrupper. Svarene på dette spørsmålet er derfor behandlet samlet. 37 % (N=38) oppga at den / alle var meldt, 52 % (N=53) oppga at noen var meldt og andre ikke, mens 12 % (N=12) oppga at den / de ikke var meldt. 1 respondent hadde unnlatt å svare.

4.5.3 Fører meldinger til endringer?

Spørsmålet ”Når jeg melder uønskede hendelser fører det til endringer” har 91 respondenter. Det er på samme måte som de andre spørsmålene omregnet fra 1 – 5 til 0 -100. 11 % (N=10) har svart ”vet ikke” og er tatt ut av videre beregning hvilket gir 81 respondenter. Gjennomsnittsscore for de resterende respondentene er 42 (SD 32). 30 % (N=24) har svart ”litt enig” eller ”svært enig” mens 46 % (N=39) svarer ”svært uenig” eller ”litt uenig”.

4.5.4 Årsaker til at man ikke melder

På spørsmålet ”For hendelser som er observert men ikke rapportert, hva var årsaken?” kom det inn svar fra 43 respondenter. Flere av respondentene hadde angitt mer enn en årsak. 20 av respondentene har angitt at de ikke har hatt tid til å melde / travelhet i avdelingen som årsak. Manglende kjennskap til avvikssystemet, mangelfull opplæring og at meldesystemet oppfattes komplisert er angitt av elleve respondenter. Usikkerhet om hendelsen var alvorlig nok til å skulle meldes er angitt av syv respondenter. Fire respondenter angir bekymring for at relasjoner til kolleger eller overordnede skal påvirkes. Fire rapporterer at hendelsene er løst på stedet eller diskutert i kollegagruppen, men ikke meldt. Tre angir at det ikke fører til noe å melde, en av disse har meldt tidligere uten at det førte til noe. En skriver ”Ingen orker å melde”. Alle fritekstsvarene er listet i Vedlegg 4.

4.6 Sammenheng mellom SAQ og kjennskap til avvikssystemet

Korrelasjonene mellom scorene på hver av faktorene i SAQ og spørsmålet ”Jeg vet hvordan jeg skal melde avvik og uønskede hendelser” ble undersøkt med Pearsons korrelasjonskoeffisient.

Tabell XIX viser korrelasjon mellom på den ene siden kjennskap til meldesystemet og på den andre siden SAQ-faktorene og SAQ totalt.

Tabell XIX: Korrelasjon mellom SAQ og kjennskap til meldesystemet

SAQ-faktor	Kjennskap til meldesystemet	
	Pearsons <i>r</i>	<i>p</i>
Samarbeidsklima	.170	.029*
Sikkerhetsklima	.242	.002*
Jobbtilfredshet	.221	.003*
Stresserkjennelse	-.237	.002*
Oppfatning av ledelsen	.205	.010*
Oppfatning av sykehusledelsen	.205	.011*
Arbeidsforhold	.150	.060(n.s.)
SAQ total	.200	.028*

* signifikansnivå $\leq 0,05$

Det er en svak, signifikant sammenheng mellom faktorene Samarbeidsklima, Sikkerhetsklima, Jobbtilfredshet, Stresserkjennelse, Oppfatning av ledelse og Oppfatning av sykehusledelsen og Kjennskap til meldesystemet. Det kan ikke påvises signifikant sammenheng mellom faktoren Arbeidsforhold og Kjennskap til meldesystemet. Ser man på totalscoren for SAQ sammenholdt med spørsmålet om Kjennskap til meldesystemet er det en svak, men signifikant sammenheng.

4.7 Sammenheng mellom SAQ og meldekultur

Meldekultur har jeg belyst med spørsmålene ”Har du observert eller vært involvert i en eller flere uønskede hendelser i løpet av det siste året?”, ”Er denne hendelsen / disse hendelsene blitt rapportert?” og ”Når jeg melder uønskede hendelser fører det til endringer”

4.7.1 Sammenhengen mellom SAQ og observasjon/involvering i uønskede hendelser

Spørsmålet ”Har du observert eller vært involvert i en eller flere uønskede hendelser i løpet av det siste året?” har tre svaralternativer: ”Nei, ingen”(0), ”Ja, en” (1) og ”Ja, flere” (2) Sammenhengen mellom SAQ-faktorene og dette spørsmålet ble undersøkt med Spearmanns rangkorrelasjon.

Tabell XX viser korrelasjon mellom på den ene siden SAQ-faktorene og på den andre siden hvorvidt de har observert eller vært involvert i uønskede hendelser.

Tabell XX: Korrelasjon mellom SAQ og om respondentene har observert eller vært involvert i hendelser

SAQ-faktor	Observert/involvert i hendelser	
	Spearmanns ρ	p
Samarbeidsklima	-.237	.002*
Sikkerhetsklima	-.161	.036*
Jobbtilfredshet	-.188	.012*
Stresserkjennelse	.142	.060(n.s.)
Oppfatning av ledelsen	-.183	.020*
Oppfatning av sykehusledelsen	-.266	.001*
Arbeidsforhold	-.223	.005*
SAQ total	-.153	.092(n.s.)

* signifikansnivå $\leq 0,05$

Det er en svak, signifikant sammenheng mellom seks av SAQ-faktorene og spørsmålet om de har observert hendelser. For faktoren Stresserkjennelse og SAQ total er det en svak, ikke signifikant sammenheng.

4.7.2 Sammenheng mellom SAQ og melding av uønskede hendelser

Spørsmålet "Er denne hendelsen / disse hendelsene blitt rapportert?" har også tre svaralternativer: "Ingen er /den er ikke rapportert"(0), "Noen er og noen er ikke rapportert" (1) og "Alle / den er rapportert"(2). Sammenhengen mellom SAQ-faktorene og dette spørsmålet ble undersøkt med Spearmanns rangkorrelasjon.

Tabell XXI viser korrelasjon mellom på den ene siden SAQ-faktorene og SAQ total og hvorvidt de har meldt ingen, noen eller alle uønskede hendelser på den andre siden.

Tabell XXI: Korrelasjon mellom SAQ og om respondentene har rapportert hendelser

SAQ-faktor	Rapportert hendelser	
	Spearmanns r	p
Samarbeidsklima	.105	.308(n.s.)
Sikkerhetsklima	.245	.017*
Jobbtilfredshet	.180	.074(n.s.)
Stresserkjennelse	-.214	.031*
Oppfatning av ledelsen	.122	.238(n.s.)
Oppfatning av sykehusledelsen	.125	.238(n.s.)
Arbeidsforhold	.086	.406(n.s.)
SAQ total	.079	.497(n.s.)

* signifikansnivå $\leq 0,05$

Det er en svak signifikant sammenheng mellom faktorene Sikkerhetsklima og Stresserkjennelse og hvorvidt man melder hendelser. Mellom de øvrige SAQ-faktorene og

spørsmålet om hendelsene var meldt og mellom SAQ total og dette spørsmålet var det ingen påvisbar sammenheng.

4.7.3 Sammenheng mellom SAQ og oppfatning om at det å melde fører til endringer

For spørsmålet "Når jeg melder uønskede hendelser fører det til endringer" er det signifikante korrelasjoner for alle faktorene unntatt faktoren Stresserkjennelse.

Tabell XXII viser korrelasjon mellom på den ene siden SAQ-faktorene og SAQ totalt og at meldinger fører til endringer på den andre siden.

Tabell XXII: Korrelasjon mellom SAQ og om respondentene erfarer at meldinger fører til endringer

SAQ-faktor	Når jeg melder fører det til endringer	
	Pearsons <i>r</i>	<i>p</i>
Samarbeidsklima	.428	.000*
Sikkerhetsklima	.546	.000*
Jobbtilfredshet	.624	.000*
Stresserkjennelse	-.183	.104(n.s.)
Oppfatning av ledelsen	.476	.000*
Oppfatning av sykehusledelsen	.517	.000*
Arbeidsforhold	.483	.000*
SAQ total	.598	.000*

* signifikansnivå $\leq 0,05$

Det er en middels sterk til sterk sammenheng mellom faktorene Samarbeidsklima, Sikkerhetsklima, Jobbtilfredshet, Oppfatning av ledelse og Oppfatning av sykehusledelsen og at meldinger fører til endringer, og alle disse sammenhengene er signifikante. Det er også en sterk signifikant sammenheng mellom SAQ total og spørsmålet om det å melde fører til endringer. Det er en svak sammenheng mellom faktoren Stresserkjennelse og at meldinger fører til endringer. Denne sammenhengen er ikke signifikant.

5. Diskusjon

5.1 Om undersøkelsen og undersøkelsesopplegget

Når det gjelder selve gjennomføringen, hadde jeg svært god hjelp av lederne i klinikken, som bidro med å oppmuntre de ansatte til å svare på undersøkelsen. Jeg er tilfreds med å ha oppnådd en svarprosent på 55 % ved bruk av et elektronisk spørreskjema. Imidlertid tok det mye lenger tid og flere purringer enn jeg hadde trodd for å få inn så vidt mange svar. De som

har utviklet SAQ anbefaler en svarprosent på 60 % for å kunne trekke sikre konklusjoner (49). De enhetene som hadde lavest svarprosent er Na1 og Tø 2, og svarene fra disse bør derfor tolkes med forsiktighet, i særlig grad fordi vi ikke vet noe om de som ikke har svart. Både Deilkås og Hofoss (24) og Sexton et al (7) rapporterer svarprosent mellom 60 og 72 %, men dette er med papirbaserte skjema. En stor dansk undersøkelse av pasientsikkerhetskulturen i Region Hovedstaden (41) som både har benyttet papirskjema og elektroniske skjema, rapporterer dårligere svarprosent (35,1 %) hos de som mottok skjemaet elektronisk enn de som mottok papirskjema (51,4 %). De har imidlertid lavere svarprosent på papirskjema enn jeg har oppnådd med elektronisk distribusjon. Jeg tror at arbeidsbesparelsen og personvern hensyn sammen med en økende bruk av elektronisk kommunikasjon og dokumentasjon vil gjøre elektronisk distribusjonsmåte mer vanlig. Denne metoden forutsetter at personalet er vant til å bruke e-post som kommunikasjonsform, og man bør derfor vurdere dette før man velger en slik datainnsamlingsmåte. Metoden eliminerer puncheifeil, da dataene eksporteres direkte til SPSS.

5.2 Pasientsikkerhetskulturen målt ved SAQ

Min hypotese er at det er kulturelle forskjeller mellom de ulike enhetene i Medisinsk Klinikk som kan påvises ved hjelp av SAQ. Pronovost og Sexton (49) hevder at kultur er et lokalt fenomen og at både måling og intervensjoner må foregå på enhetsnivå i organisasjonen. Deilkås og Hofoss (29) har også vist at kulturen varierer mer mellom poster/enheter enn mellom avdelinger. Post/enhetsnivå med visse tilpasninger er også i denne oppgaven valgt som analysenivå. Enkelte små enheter med få respondenter er slått sammen med de sengepostene der de har sitt faglige "tilholdssted", som for eksempel gastrolab og dialyse med sengepost nyre/gastro. Dette kan forstyrre resultatene noe, men sammenslåingen har vært diskutert med lederne, som mente dette var en akseptabel løsning i og med at de som ble sammenslått samarbeider relativt tett. Na 1 hadde så få respondenter at avdelingen er behandlet under ett. De hadde også lav svarprosent, slik at svarene deres må tolkes med ekstra forsiktighet.

Svarene for de ulike yrkesgruppene er også analysert, men vil kun bli kommentert der det er relevante forskjeller.

5.2.1 Gjennomsnitt kontra andel som svarer positivt

Resultatene presenteres både som gjennomsnittsscore pr faktor og som prosentandel positive svar pr faktor. Begrunnelsen for å benytte andel som svarer ”enig” eller ”helt enig” som mål på kultur, kommer fra definisjonen på organisasjonskultur, der et viktig kjennetegn på kultur er at oppfatningene er delt av flere (8). Som Sexton et al sier (7):

”one attitude is an opinion, but the aggregate attitude of everyone in a clinical area is climate”.

Høy prosentandel i en ende av skalaen vil derved representere stor enighet og vil være et uttrykk for kulturen i enheten. En annen begrunnelse er at gjennomsnitt kan maskere svært høye og svært lave verdier. Et eksempel på dette i mitt materiale er resultatet på faktoren Sikkerhetsklima, hvor en enhet med gjennomsnittsscore 59 % har en andel som svarer positivt på 25 % mens en enhet med gjennomsnittsscore på 62 % har en andel som svarer positivt på 14 %. De samme forskjellene fremkommer også i en studie av SAQ i poliklinisk virksomhet (50) og i en stor internasjonal studie ved ulike typer avdelinger (7).

Som tidligere beskrevet, er en prosentandel positive svar på under 60 % grunnlag for å gå inn med målrettede forbedringstiltak. Legger man dette til grunn, er det behov for å iverksette tiltak både ved de enkelte enheter og i hele klinikken.

5.2.2 SAQ total

Jeg har beregnet en totalscore for SAQ. Dette kan forsvares ut fra en Cronbachs alpha på .823 for denne skalaen. Beregning av totalscore har jeg ikke funnet i noen av artiklene om SAQ. Man kan diskutere nytten av et slikt mål. Betydningen av scorene på de enkelte faktorer oppfattes umiddelbart av de som får tilbakemeldt resultater. Scorer man for eksempel dårlig på faktoren sikkerhetsklima og bra på jobbtilfredshet, er det åpenbart hvor man skal sette inn tiltak. En totalsum vil ikke gi noen slik veiledning om hvor man har behov for forbedring. Mulige bruksområder for en totalscore kan være sammenlikning mellom enheter, benchmarking eller sammenlikning med sine egne tidligere resultater. En anbefaling er derfor at bruksverdien av en totalscore for sikkerhetskultur undersøkes nærmere, for eksempel ved å se hvordan denne totalsummen endrer seg etter intervensjoner eller ved å sammenlikne avdelinger ved bruk av både resultater fra totalscore og faktorscorene for å se om det er samsvar.

5.2.3 De enkelte SAQ-faktorene

Innen hver enkelt faktor er det stor variasjon mellom enhetene, men det er enheter som scorer gjennomgående høyt og andre som scorer gjennomgående lavt. Tø 6 scorer gjennomgående lavt. Denne enheten består av de kontoransatte i Tromsø, og de har i mindre grad direkte pasientkontakt i sitt daglige virke enn de øvrige. Den andre enheten som scorer gjennomgående lavt, Tø 2, er en enhet som har gjennomgått omfattende omorganiseringer. De har i lengre tid slitt med ubesatte stillinger, høyt sykefravær og utstrakt vikarbruk i tillegg til høyt pasientbelegg. Her var også svarprosenten lav. De som scorer gjennomgående høyt er kjent som stabile enheter som ikke har vært utsatt for omorganisering, har stabil bemanning og lavt sykefravær. Det kan tyde på at stabilitet er med på å påvirke sikkerhetskulturen i positiv retning. Hvis det er slik, er det også sannsynlig at ustabiliteten som følger med omorganisering virker negativt inn på pasientsikkerhetskulturen. Det vil si at ustabiliteten som følger med starten av enhver omorganisering kan være kritisk når det gjelder pasientsikkerhet og man må ha ekstra fokus på forhold rundt pasientsikkerhet under slike prosesser.

Det er stor nivåforskjell på andel positive svar mellom de enkelte faktorer. De høyeste resultatene er på faktorene Samarbeidsklima og Jobbtilfredshet med en gjennomsnittlig andel positive svar på over 60 %. Tø 1 og Tø 2, som har vært hardest rammet av omorganisering, scorer under 60 % på Samarbeidsklima, men kun Tø 2 scorer under 60 % på Jobbtilfredshet. Ved Tø 6 scorer kun 21 % positivt på Samarbeidsklima. Dette kan ha sammenheng med at de er stabsorganisert, og har organisatorisk tilhørighet ett sted, mens de har sitt daglige virke ute i enhetene. Dette gjenspeiles også i svarene etter yrkesgruppe, der kun 7 % av kontorpersonalet scorer positivt på denne faktoren. Sykepleiere, hjelpepleiere og leger scorer alle over 60 %.

Gjennomsnittlig andel positive svar på Sikkerhetsklima ligger lavt. Her er det kun dag- og poliklinikkene som scorer over 60 %. Denne faktoren henger også sammen med meldekultur, da den handler om å kunne diskutere feil, lære av andres feil og å ha et klima hvor det er lett å fremme sikkerhetsbekymringer. Det bør prioriteres å sette inn målrettede tiltak i hele klinikken på å forbedre denne.

Det er liten andel positive svar på faktoren Arbeidsforhold (28 %), og ingen scorer over 50 %. To enheter (Tø 2 og Tø 6) har under 10 % positive svar. Denne faktoren handler dels om tilstrekkelig bemanning i forhold til antall pasienter, dels om opplæring/veiledning av

nyansatte og andre og dels om man har tilstrekkelig informasjon til faglige beslutninger. I en slik virksomhet som spesialisthelsetjenesten, vil man ofte føle at man ikke gjør nok, ut fra at man alltid kan gjøre litt mer for pasientene, slik at mange vil nok vegre seg for å være enig eller helt enig i disse påstandene.

Oppfatning av ledelsen i enheten (gjennomsnitt 34 %) og Oppfatning av sykehusledelsen (gjennomsnitt 11 %) får gjennomgående lav andel positive svar. Disse faktorene handler om hvorvidt de ansatte oppfatter ledelsen at på enhets- og sykehusnivå er opptatt av pasientsikkerhet. Dette viser et sterkt behov for at ledelsen både sier og viser at de er opptatt av pasientsikkerhet. UNN har de siste årene vært igjennom en stor omorganiseringsprosess og en stor økonomisk omstilling. Det er rimelig at de ansatte også oppfatter at dette har vært viktigst fra ledelsens side. Det er nå en satsing i UNN for å få til en dreining av fokus fra økonomi og omorganisering til fokus på kvalitet. Kvalitet var tema på UNN sin ledersamling i januar 2011 og direktøren går nå fra årsskiftet inn som medlem i sykehusets Kvalitetsutvalg.

Forskjellen mellom oppfatning av lokal ledelse versus sykehusledelsen kan begrunnes i at det er innført et nytt ledelsesledd, Klinikkleder, som kan bidra til at avstanden mellom sykehusdirektør og de som arbeider i enhetene oppfattes som større enn tidligere, og at det er derfor vanskelig for respondentene å ha noen formening om hva sykehusledelsen er opptatt av.

Oppsummert indikerer resultatene at forbedringstiltak er særlig påkrevd innen faktoren Sikkerhetsklima og Arbeidsforhold. Lokal ledelse og sykehusledelse må også demonstrere sin opptatthet av pasientsikkerhet ut fra scorene på Oppfatning av ledelse i enheten og Oppfatning av sykehusledelse.

Sexton et al (7) og Pronovost og Sexton (49) rapporterer at instrumentet ser ut til å være sensitivt i forhold til intervensjoner, slik at det kan benyttes til å måle om forbedringstiltak virker. Det vil være spennende å gjenta målingene etter iverksatte tiltak for å se på utviklingen.

5.3 Kjennskap til avvikssystemet og meldekultur

5.3.1 Kjennskap til avvikssystemet

En stor andel (gjennomsnitt for klinikken 70 %) svarer positivt på at de vet hvordan de skal melde avvik og uønskede hendelser. Dette bør være et godt utgangspunkt for videre arbeid. De som scorer lavest her er en kontorenhet og en poliklinikk/ dagenhet. Det er også i disse enhetene færrest personer rapporterer at de har observert eller vært involvert i uheldige hendelser.

5.3.2 Observasjon av og involvering i uønskede hendelser og melding av disse

En uønsket hendelse er her, i likhet med den danske undersøkelsen spørsmålene var hentet fra (18), definert som ”en utilsiktet hendelse som skader pasienten eller innebærer risiko for skade som følge av helsevesenets handlinger eller mangel på handlinger”. Over halvparten av alle respondentene hadde observert eller vært involvert i en eller flere uønskede hendelser siste året. På oppfølgingsspørsmålet om de hadde meldt disse hendelsene var det 37 % som svarte at alle var meldt, mens 12 % ikke hadde meldt. I den danske undersøkelsen (41) har også ca halvparten vært involvert i ”utilsigtede hendelser” og 12 % som ikke hadde meldt hendelsen(e), men det var en langt større andel enn i min undersøkelse som oppga at de hadde meldt alle hendelser.

Det undersøkelsen ikke kan si noe om, er hvor mange uheldige hendelser som ikke meldes. En engelsk studie (39) viser etter en journalgjennomgang at kun ca 10 % av hendelsene fanges opp av deres meldesystem. Dette viser at antall meldinger ikke kan benyttes til å si noe om hvor sikker / usikker en virksomhet er ut fra hvor mange meldinger de har levert. Jeg vil nesten trekke det så langt som til å si at jo flere meldinger, jo bedre sikkerhetskultur. Leape (51) skriver i sin artikkel ”Error in Medicine” at det første steget i forebygging av skader er å oppdage dem, og først når slike hendelser er akseptert som en uunngåelig, dog håndterbar, del av daglig praksis, vil det bli mulig å skifte fra en ”straffende” til en systemorientert håndtering av hendelsene. For å kartlegge nivået av uønskede hendelser og øke bevisstheten hos personalet, kan det anbefales å gjøre en journalgjennomgang ved hjelp av ”Global Trigger Tool” (30). Deilkås og Hofoss (24) har sett på sammenheng mellom avdelingens andel av hendelser målt ved en slik journalgjennomgang og score på SAQ og i et tilfeldig utvalg av journaler trukket fra avdelingenes arkiv var det relativt flere uønskede pasienthendelser i

avdelingene med lav SAQ-skåre. De finner en sterk sammenheng mellom SAQ-score for alle faktorer unntatt stresserkjennelse og andel hendelser.

5.3.3 Hvorfor meldes det ikke?

Dette spørsmålet var stilt som oppfølgingsspørsmål i fritekst til de som svarte at de ikke hadde meldt eller at noen hendelser var meldt og andre ikke. Mangel på tid eller travelhet i enheten var den mest rapporterte årsaken etterfulgt av manglende opplæring / komplisert meldesystem og usikkerhet om hendelsen var ”meldeverdig”.

Flere studier har undersøkt årsaker til at hendelser ikke meldes. Vincent, Stanhope og Crowley-Murphy (52) fant at de fire viktigste årsakene var 1) at respondentene anser det som unødvendig å melde, 2) at det fører til merarbeid, 3) frykt for at de underordnede skal få reprimander eller 4) travelhet / forglemmelse. I en dansk undersøkelse (36) med over 2000 respondenter var årsakene frykt for at hendelsen skal komme ut og pressen skal skrive om den på topp, tett fulgt av manglende tradisjon for å melde, frykt for å fremstå som inkompetent og frykt for reprimander. Begge disse studiene hadde faste alternativer som respondentene fikk velge mellom.

I vårt sykehus får det valgte avviksmeldesystemet massiv kritikk for å være for komplisert å bruke, noe som også ble hevdet nærmest unisont på ledersamlingen i januar 2010. Det var derfor forventet at dette skulle være den årsaken flest oppga som årsak til ikke å melde. Det er en mulighet at det ikke å ha tid eller ta seg tid kan være et symptom på at de oppfatter meldesystemet som for komplisert og tidkrevende.

5.3.4 Tro på at meldinger fører til endringer

Kun 30 % av de 91 som har besvart dette spørsmålet, og som altså har meldt en eller flere hendelser det siste året, er enig eller helt enig i at når de melder uønskede hendelser fører det til endringer. Nesten halvparten (46 %) er uenig i dette utsagnet.

Nå er det ikke gitt at alle meldinger skal føre til endringer, men har man systemperspektiv på meldingene som kommer inn, kunne det forventes at det var flere som merket endringer. Med økende bruk av et elektronisk meldesystem med automatisk tilbakemelding av resultatet av avviksbehandlingen til den som har meldt, tror jeg flere vil oppleve at meldinger fører til endringer.

Det å behandle de innkommende meldinger ved å vurdere bakenforliggende systemårsaker, gjøre noe med disse hvis mulig og melde tilbake til hele miljøet blir særdeles viktig for at meldinger ikke skal bli en engangsforeteelse. Slik det fungerer i dag blir meldingene ofte en sak mellom melder og dennes leder. Man har forsøkt å gjøre noe med dette ved å behandle statistikk over meldte avvik i alle møter i KVAM (Kvalitets og arbeidsmiljø)-grupper (på avdelingsnivå) og utvalg (på klinikknivå), men dette blir ofte summarisk og lite endringsorientert, bl.a. på grunn av dårlige rapport- og statistikkmuligheter i programmet.

5.4 Sammenheng mellom SAQ og kjennskap til avviks- og meldesystemet

Resultatene viser at jo høyere score på seks av SAQ-faktorene og SAQ total, jo mer positivt svarer respondentene på om de vet hvordan de skal melde avvik og uønskede hendelser. For faktoren Arbeidsforhold er denne sammenhengen svak og ikke signifikant. For faktoren Stresserkjennelse, ser det ut til å være omvendt; jo dårligere score, jo mer positivt svarer respondentene på kjennskap til avviks- og meldesystemet.

5.5 Sammenheng mellom SAQ og meldekultur

Resultatene viser at jo høyere SAQ-score, jo mindre sannsynlig at respondentene har observert eller vært involvert i uønskede hendelser. Dette gjelder ikke for faktoren Stresserkjennelse og SAQ total, der jeg ikke finner noen signifikant sammenheng. Når det gjelder hvorvidt disse hendelsene er meldt, er det kun på faktorene Sikkerhetsklima og Stresserkjennelse at jeg finner noen sammenheng og da slik at jo høyere score på Sikkerhetsklima, jo mer sannsynlig at de har meldt hendelser de har observert eller vært involvert i. Det ser ut til at sammenhengen er motsatt for faktoren Stresserkjennelse, slik at jo høyere bevissthet om at slitenhet og stress kan gå ut over pasientsikkerheten, jo lavere sannsynlighet for at de melder hendelser. Mine funn står her i motstrid til funnene i en stor engelsk undersøkelse (37), som finner at positive svar på spørsmål omhandlende sikkerhetskultur er korrelert med høyere rapporteringsrater. De hadde imidlertid ikke benyttet SAQ, men sett på de spørsmålene som omhandlet behandling av meldinger i en stor arbeidstakerundersøkelse

Den sterkeste sammenhengen finner jeg mellom SAQ-scorene og oppfatningen om at det å melde hendelser fører til endringer. Unntaket igjen er faktoren Stresserkjennelse der det ikke kan påvises noen sammenheng. Jo høyere score på de øvrige SAQ-faktorene og SAQ total, jo

større enighet om at meldinger fører til endringer. Her kan det diskuteres hva som er årsak og virkning. Det kan tenkes at god sikkerhetskultur fører til at man lettere ser endringspotensialet når uønskede hendelser meldes, men det kan like godt hende at det at man opplever at meldinger tas på alvor og at systemendringer gjøres har en positiv effekt på pasientsikkerhetskulturen.

5.6 Vurdering av resultater opp mot forskningsspørsmålene

Forskningsspørsmål 1: Hypotesen om at det er kulturelle forskjeller mellom de ulike enhetene som kan påvises ved hjelp av SAQ støttes av resultatene i denne undersøkelsen. Jeg finner til dels stor variasjon mellom de ulike enhetene i Medisinsk klinikk, og de lokale lederne mener at resultatene tegner et bilde de kjenner seg igjen i.

Forskningsspørsmål 2: Hypotesen om at de som scorer høyt på SAQ har bedre kjennskap til avvikssystemet støttes også, da det er sammenheng mellom høy score på faktorene Samarbeidsklima, Sikkerhetsklima, Jobbtilfredshet, Oppfatning av lokal ledelse, Oppfatning av sykehusledelse og Arbeidsforhold og høy score på kjennskap til avvikssystemet.

Forskningsspørsmål 3: Min hypotese om at hvis man scorer høyt på SAQ har man sterkere tilbøyelighet til å melde fra om uønskede hendelser og større tro på at meldinger fører til endringer støttes bare delvis. Man er mindre tilbøyelig til å observere eller være involvert i uønskede hendelser ved høy SAQ-score. Det kan ikke påvises sammenheng mellom tilbøyelighet til å melde disse uønskede hendelsene og SAQ-score for andre faktorer enn Sikkerhetsklima og Stresserkjennelse, og denne korrelasjonen er svak. Erfaring av at meldinger fører til endringer er imidlertid sterk ved høy SAQ-score, slik at denne delen av min hypotese er bekreftet.

5.7 Veien videre

Som nevnt i teoridelen er pasientsikkerhetskultur et surrogatmål på pasientsikkerhet, og pasientsikkerheten må settes i fokus i det videre arbeidet. Resultatene fra denne undersøkelsen vil være en god anledning til å sette pasientsikkerhet på dagsordenen i Medisinsk klinikk. At resultatene er klare samtidig med at startskuddet går for den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen vil gi ekstra drahjelp (6). Noen tiltak vil følge av kampanjen. Journalgjennomgang ved hjelp av Global Trigger Tool-metoden (30) for å fastsette nivået av pasientskader er et slikt tiltak. Dette gir en mulighet til å se om man kan finne sammenheng

med resultatene fra SAQ. Andre aktuelle tiltak fra kampanjen vil være samstemming av medikamentlister mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og Pasientsikkerhetsvisitter (53).

Leape et al (54) skriver i sin artikkel ”Transforming healthcare: a safety imperative” at ti år etter ”To Err is Human” (2) har mye skjedd på pasientsikkerhetsfronten, men at fremgangen er for langsom. Deres visjon for helsetjenesten er at den er åpen, transparent, støttende og engasjert i læring; hvor leger, sykepleiere og alle helsearbeidere behandler hverandre og pasientene med kompetanse og respekt; hvor pasientenes beste alltid er av største betydning; og hvor pasienter og deres pårørende er medvirkende fullt ut i behandlingen.

De beskriver fem betingelser som må på plass før vi ser virkelig progresjon i pasientsikkerhetsarbeidet: gjennomsiktighet (*transparency*), sammenhengende pasientforløp, pasientmedvirkning, opplevelsen av glede og mening i arbeidet og endring av medisinerutdanningen. Medisinsk klinikk har allerede forbedring av pasientforløp og pasientmedvirkning som to av sine hovedsatsingsområder og scorer bra på samarbeidsklima og jobbtilfredshet undersøkelsen, så utgangspunktet for transformasjon er tilstede. Leape et al sine anbefalinger er på et overordnet nivå, og må suppleres med konkrete tiltak for å forbedre pasientsikkerheten ute i den enkelte enhet.

Pronovost et al (55) beskriver i en stor studie hvordan man kan oppnå at helseinstitusjoner kan bli ”High Reability Organisations” gjennom ulike tilnærminger i tre trinn:

De benytter først Donabedians rammeverk (struktur, prosess, resultat) (27) for å **bedømme nivået av pasientsikkerhet** på ulike områder, ved å stille følgende spørsmål:

Hvor ofte skader vi pasienter?

Hvor ofte bruker vi evidensbasert medisin?

Hvordan vet vi at vi lærer av våre feil?

Hvordan er vår pasientsikkerhetskultur målt ved SAQ?

Deretter iverksettes CUSP (comprehensive unit based safety program) (56) som er et strukturert program som tar sikte på å **forbedre kulturen og lære av feil**. Det anbefales flere tiltak, bl.a. at en leder ”adopterer” en enhet og deltar aktivt i pasientsikkerhetsarbeid der, og at personalet utfordres til å lære av en (1) uønsket hendelse i kvartalet ved å benytte et strukturert verktøy.

Neste steg er å **forbedre påliteligheten** (*reliability*) gjennom en rekke tiltak som tar sikte på å oppnå de fire e-er: *engage, educate, execute* og *evaluate*, rettet mot overordnede ledere, teamledere og personalet.

Dette rammeverket kan presenteres for klinikkledelse og enhetsledelse for å gi inspirasjon i forhold til hvilke tiltak man kan begynne med og sikre at man arbeider systematisk over tid.

Enhetslederne i klinikken ble på en ledersamling spurt om hvilke to tiltak de ville prioritere i forhold til pasientsikkerhet. Tiltak nummer en var å gjøre det enklere å melde avvik, da dette oppfattes å være for komplisert. Tiltak nummer to var å sikre medikamenthåndteringen, i særlig grad ved å komme bort fra håndskrevne ordinasjoner. Dette kan være gode startpunkt for arbeidet med å forbedre pasientsikkerheten.

Kultur endres ikke over natten, det kreves langsiktig arbeid. Vi ønsker en god pasientsikkerhetskultur slik at pasientene skal kunne føle seg trygge når de mottar behandling og pleie. Min anbefaling vil være å starte med helt konkrete tiltak for å bedre pasientsikkerheten, for på den måten å påvirke kulturen. Som en svensk ”forbedringsagent” Michael Bergström sier: Det er mye bedre å handle seg inn i en ny tenkemåte enn å tenke seg inn i en ny handlemåte!

6. Konklusjon

Safety Attitude Questionnaire kan benyttes som verktøy til å kartlegge forskjeller i pasientsikkerhetskultur mellom enheter, og det er i denne undersøkelsen påvist forskjeller mellom enhetene i Medisinsk klinikk som kan danne utgangspunkt for videre arbeid med pasientsikkerhet. Nivået på klinikkgjennomsnittet på enkelte faktorer, for eksempel Arbeidsforhold og Oppfatning av ledelse tilsier at målrettede tiltak også kan vurderes på tvers av hele klinikken.

Det bør gjøres videre studier av sammenhengen mellom score på SAQ og nivået av uønskede hendelser for å stadfeste om høy score på pasientsikkerhetskulturmålinger har sammenheng med færre uønskede hendelser. Nyten av bruk av en summert score, SAQ total, bør også utredes nærmere.

Høy score på SAQ er assosiert med høy score på kjennskap til avvikssystemet, mindre tilbøyelighet til å observere eller være involvert i uønskede hendelser og sterkere formening om at meldinger fører til endringer. Det kunne ikke påvises noen klar sammenheng mellom SAQ-score og tilbøyelighet til å melde fra om hendelser unntatt for faktorene Stresserkjennelse og Sikkerhetsklima. Disse resultatene bør undersøkes nærmere i et større materiale. Den sterke sammenhengen mellom høy score på SAQ og erfaringer med at meldinger fører til endringer indikerer at tiltak rettet mot behandling av avviksmeldinger kan ha god effekt på pasientsikkerhetskulturen.

Referanser

1. Heggelund GÅ. Kvalitetsplan fra statsråden. Dagens Medisin. 2010.
2. Kohn KT CJ, Donaldson MS. , editor. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
3. Institute for Healthcare Improvement. Available from: www.ihl.org.
4. Patientsikkerhed DSf. www.sikkerpatient.dk. Available from: <http://www.sikkerpatient.dk/>.
5. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten –en lære-, tenke- og faktabok.: Gyldendal Norsk Forlag AS 2007.
6. Pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender". Available from: <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/>.
7. Sexton J, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res. 2006;6:44.
8. Schein E. Organizational culture and leadership: Jossey-Bass; 2010.
9. Colbjørnsen T. Lederskap = administrasjon og kulturbygging. Forskningno [serial on the Internet]. 2005; Mai 2005: Available from: http://www.forskning.no/Artikler/2005/mai/1113568078.58/artikkel_print.
10. Goodwin N GR, Iles V. . Managing Health Services: Open University Press 2006.
11. Demski D MJ. Corporate culture. Journal of Petroleum Technology. 2004(January 2004).
12. Guldenmund FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. Safety Science. 2000;34(1-3):215-57.

13. Neal A, Griffin MA, Hart PM. The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety Science*. 2000;34(1-3):99-109.
14. Aase K. Pasientsikkerhet: teori og praksis i helsevesenet: Universitetsforlaget; 2009.
15. Stelfox H, Palmisani S, Scurlock C, Orav E, Bates D. The "To Err is Human" report and the patient safety literature. *British Medical Journal*. 2006;15(3):174.
16. The European Network for Patient Safety (EUNetPaS) Available from: <http://90plan.ovh.net/~extranetn/>.
17. Krogstad U, Arntzen E, Baalsrud A, Gilbert M, Nilsen S, Ormstad S, et al. Pasientsikkerhet i sykehus-kunnskap eller kampanje. Rapport fra Kunnskapscenteret Nr1-2007 Oslo: Kunnskapscenteret. 2007.
18. Udvikling KPo. Medarbejdernes vurdering av patientsikkerhedskulturen 20062007.
19. Kristensen S BP. How to choose a Patient Safety Culture Tool and the evidence for application? 2010; Available from: <http://internationalforum.bmj.com/2010-forum/presentation-slides/wednesday/A7%20Kristenesen%2C%20Bartels.pdf>.
20. Hofoss D, Deilkås E. Roadmap for patient safety research: approaches and roadforks. *Scandinavian journal of public health*. 2008;36(8):812.
21. Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*. 2003;12(suppl 2).
22. Kristensen S BP. Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations: European Society for Quality in Healthcare, Office for Quality Indicators2010.
23. Olsen E. Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur. *TDNLF*. 2007;127(20):2656.

24. Deilkas E, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). BMC Health Services Research. 2008;8(1):191.
25. Colla J, Bracken A, Kinney L, Weeks W. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Qual Saf Health Care. 2005;14:364 - 6.
26. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. BMJ. 1998;316:1154 - 7.
27. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260:1743 - 8.
28. von Quillfeldt H. Pasientsikkerhetskultur og ledelse - er det noen sammenheng. Oslo: BI; 2008.
29. Deilkas E, Hofoss D. Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of variance in patient safety culture. BMC Health Services Research. 2010;10(1):85.
30. Griffin F, Resar R. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events: Cambridge, Massachusetts, Institute for Healthcare Improvement 2007.
31. Lov om spesialisthelsetjeneste m.m., (LOV-1999-07-02-61).
32. Rundskriv I-54/2000 Meldeplikt til fylkeslegen om betydelige personskader – spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 – justeringer av meldeordningen (2000).
33. Helsetilsynet. Meldesentralen – årsrapport 2008-2009, Rapport fra Helsetilsynet 5/20102010.
34. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000;320(7237):768.

35. Reason J. Achieving a safe culture: theory and practice. *Work & Stress*. 1998;12(3):293-306.
36. Andersen H MM, Hermann N, Schiøler T, Østergaard D. Reporting Adverse Events in Hospitals: A Survey of the Views of Doctors and Nurses on Reporting Practices and Models of Reporting: Department of Computing Science, University of Glasgow 2002.
37. Hutchinson A, Young T, Cooper K, McIntosh A, Karnon J, Scobie S, et al. Trends in healthcare incident reporting and relationship to safety and quality data in acute hospitals: results from the National Reporting and Learning System. *Quality and Safety in Health Care*. 2009;18(1):5.
38. Leape LL. Reporting of Adverse Events. *New England Journal of Medicine*. 2002;347(20):1633-8.
39. Sari AB-A, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *BMJ*. 2007 January 13, 2007;334(7584):79.
40. Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*. 2000;320(7237):759.
41. Medarbejdernes vurdering av patientsikkerhedskulturen 2006: Koncern Plan og Udvikling 2007.
42. Ringdal K. Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode: Fagbokforlaget; 2007.
43. Mearns K, Flin R. Assessing the state of organizational safety—culture or climate? *Current Psychology*. 1999;18(1):5-17.
44. Sexton J, Thomas E, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K. Frontline Assessments of Healthcare Culture: Safety Attitudes Questionnaire Norms and Psychometric properties. Technical report 04-01. 2004:1.

45. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven), (LOV-2008-06-20-44).
46. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven), (LOV-2000-04-14-31).
47. Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Available from:
<http://www.nsd.uib.no/>.
48. Norden-Hagg A, Sexton JB, Kalvemarm-Sporrong S, Ring L, Kettis-Lindblad A. Assessing Safety Culture in Pharmacies: The psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clinical Pharmacology*. 2010;10(1):8.
49. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Quality and Safety in Health Care*. 2005 August 1, 2005;14(4):231-3.
50. Modak I, Sexton J, Lux T, Helmreich R, Thomas E. Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire—ambulatory version. *Journal of general internal medicine*. 2007;22(1):1-5.
51. Leape L. Error in medicine. *JAMA*. 1994;272(23):1851.
52. Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 1999;5(1):13-21.
53. Frankel A IfHIIDG. Patient Safety Leadership WalkRounds™. Boston, Massachusetts, USA Institute for Healthcare Improvement; Available from:
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/Patient+Safety+Leadership+WalkRounds™+%28IHI+Tool%29.htm>.
54. Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, et al. Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality and Safety in Health Care*. 2009;18(6):424.

55. Pronovost P, Berenholtz S, Goeschel C, Needham D, Sexton J, Thompson D, et al. Creating high reliability in health care organizations. *Health Services Research*. 2006;41(4p2):1599-617.

56. Pronovost P, Weast B, Rosenstein B, Sexton J, Holzmueller C, Paine L. Implementing and Validating a Comprehensive Unit-Based Safety Program. *Journal of Patient Safety*. 2005;1:33 - 40.

Vedlegg 1: Sammenlikning mellom HSOPSC og SAQ

	HSOPSC	SAQ
Bruksområde	Generelt	Flere enheter
Generelle karakteristika:		
Individuelle besvarelser	Ja	Ja
Antall spørsmål	42	60 (41 i kortversjonen)
Bruker 5-poengs Likert-skala	Ja	Ja
Måler implementering av tiltak	Nei	Nei
Dimensjoner dekket:		
Ledelse	Ja	Ja
Retningslinjer og prosedyrer	Delvis	Delvis
Bemanning	Ja	Ja
Kommunikasjon	Ja	Ja
Rapportering	Ja	Ja
Antall dimensjoner	12	7
Psykometri gjennomført	Ja	Ja
Test / retest reliabilitet (eneste forskjell psykometri)	Nei	Ja
Hvordan brukt i studier:		
Sammenlikning internt i institusjoner	Ja	Ja
Sammenlikning mellom institusjoner	Ja	Ja
Sammenlikning med andre virksomhetstyper	Nei	Ja
Sammenheng med rapporteringsfrekvens	Ja	Ja
Sammenheng med prosessmålinger	Nei	Ja
Sammenheng med pasientutkomme	Nei	Ja
Studier av før og etter intervensjoner	Nei	Ja

Vedlegg 2

Pasientsikkerhetskultur og meldekultur

Invitasjon til deltakelse i spørreundersøkelse

I min masteroppgave i helseledelse og helseøkonomi ved det Medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen vil jeg undersøke om det er sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og meldekultur ved Medisinsk klinikk ved UNN. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Pasientsikkerhetskultur måles ved hjelp av spørreskjemaet "Safety Attitude Questionnaire (SAQ)" som er utviklet ved Johns Hopkins Hospital og University of Texas i USA og som er oversatt til flere språk og benyttet i en rekke land. Skjemaet er oversatt til norsk og testet for norske forhold av Ellen Deilkås og Dag Hofoss.

I tillegg er det noen spørsmål om melding av uønskede pasienthendelser for å kunne se om det er sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og meldekultur.

Questback vil ivareta din konfidensialitet og enhetene i klinikken vil bli anonymisert i masteroppgaven, slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

Resultatene fra undersøkelsen vil bli meldt tilbake til Klinikkledeksen og den enkelte enhet.

Jeg håper du vil ta deg tid til å svare på disse spørsmålene som tar ca 10 - 15 minutter å gjennomføre. Dersom du arbeider ved flere enheter, ta utgangspunkt i den enheten du tilbringer mest tid.

Undersøkelsen er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Veiledere for studien er forsker Simon Neby ved Universitetet i Bergen og seniorforsker Dag Hofoss ved Helse Sør-Øst Kompetansesenter for Helsetjenesteforskning.

Har du spørsmål om undersøkelsen, ta kontakt med meg.

Hilsen Mette Fredheim
epost: mette.fredheim@unn.no
Telefon 482 24 387

Din identitet vil holdes skjult

Les om retningslinjer for personvern. (Åpnes i nytt vindu)

Denne første delen er en oversettelse av "Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) (c) JB Sexton, til norsk v E Deilkås og D Hofoss

1) Her er det vanskelig å si fra om jeg opplever et problem i pasientbehandlingen

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

2) Her blir uenighet håndtert riktig (dvs ikke ut fra hvem som har rett, men ut fra hva som er best for pasienten)

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

3) Jeg får den støtten jeg trenger fra andre sykehusansatte for å ta meg av pasientene

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig

- Spørsmålet passer ikke
-

4) Her er det lett for ansatte å spørre når det er noe de ikke forstår

- Svært uenig
 Litt uenig
 Nøytral
 Litt enig
 Svært enig
 Spørsmålet passer ikke
-

5) Legene og sykepleierne her arbeider som et velkoordinert team

- Svært uenig
 Litt uenig
 Nøytral
 Litt enig
 Svært enig
 Spørsmålet passer ikke
-

6) Sykepleierinnspill blir godt mottatt her

- Svært uenig
 Litt uenig
 Nøytral
 Litt enig
 Svært enig
 Spørsmålet passer ikke
-

7) Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her

- Svært uenig
 Litt uenig
 Nøytral
 Litt enig
 Svært enig
 Spørsmålet passer ikke
-

8) Her blir medisinske feil håndtert riktig

- Svært uenig
 Litt uenig
 Nøytral
 Litt enig
 Svært enig
 Spørsmålet passer ikke
-

9) Jeg vet hvilke kanaler jeg skal bruke for å stille spørsmål om pasientsikkerhet her

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

**10) Jeg får passende tilbakemelding om arbeidet mitt (korrekt, tilstrekkelig og fra rett person)**

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

11) Det er vanskelig å diskutere feil her

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

12) Kolleger oppmuntrer meg til å si fra om enhver sikkerhetsbekymring som jeg måtte ha

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

13) Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

14) Mine forslag om sikkerhet ville bli behandlet om jeg la dem fram for ledelsen

- Svært uenig

- Litt uenig
 - Nøytral
 - Litt enig
 - Svært enig
 - Spørsmålet passer ikke
-

15) Jeg liker jobben min

- Svært uenig
 - Litt uenig
 - Nøytral
 - Litt enig
 - Svært enig
 - Spørsmålet passer ikke
-

16) Å arbeide her er som å være en del av en stor familie

- Svært uenig
 - Litt uenig
 - Nøytral
 - Litt enig
 - Svært enig
 - Spørsmålet passer ikke
-

17) Dette er et godt sted å arbeide

- Svært uenig
 - Litt uenig
 - Nøytral
 - Litt enig
 - Svært enig
 - Spørsmålet passer ikke
-

18) Jeg er stolt av å arbeide her

- Svært uenig
 - Litt uenig
 - Nøytral
 - Litt enig
 - Svært enig
 - Spørsmålet passer ikke
-

19) Innsatsviljen er stor her

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig

- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

20) Når arbeidsbelastningen min blir for stor, arbeider jeg dårligere

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

21) Jeg er mindre effektiv når jeg er sliten

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

22) Det er mer sannsynlig at jeg gjør feil når situasjonen blir anspent eller fiendtlig

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

23) Jeg opptrer dårligere i krisesituasjoner når jeg er sliten

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

24) Ledelsen her i enheten legger forholdene til rette for mitt daglige arbeid

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

25) Sykehusledelsen legger forholdene til rette for mitt daglige arbeid

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

**26) Ledelsen her i enheten gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten**

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

27) Sykehusledelsen gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

28) Ledelsen her i enheten gjør en god jobb

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

29) Sykehusledelsen gjør en god jobb

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

30) Ledelsen her i enheten behandler problemmedarbeidere konstruktivt

- Svært uenig

- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

31) Sykehusledelsen behandler problemmedarbeidere konstruktivt

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

32) Ledelsen her i enheten gir meg adekvat informasjon, i rett tid, om hendelser som kan ha betydning for mitt arbeid

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

33) Sykehusledelsen gir meg adekvat informasjon, i rett tid, om hendelser som kan ha betydning for mitt arbeid

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

34) Bemanningsnivået her er tilstrekkelig til at vi kan ta oss av det antall pasienter som vi har

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

35) Dette sykehuset gjør en god jobb med å lære opp nyansatte

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral

- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke



36) All den informasjon som jeg trenger til diagnostiske og terapeutiske beslutninger er rutinemessig tilgjengelig for meg

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

37) De som er under opplæring på mitt fagfelt får tilstrekkelig veiledning / supervisjon

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

38) Samarbeidet med sykepleierne er godt i denne enheten

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

39) Samarbeidet med legene er godt i denne enheten

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig
- Spørsmålet passer ikke

40) Samarbeidet med farmasøytene er godt i denne enheten

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig

- Spørsmålet passer ikke

41) Kommunikasjonssvikt som fører til forsinkelser i pasientbehandlingen er vanlige

- Svært uenig
 Litt uenig
 Nøytral
 Litt enig
 Svært enig
 Spørsmålet passer ikke



Noen spørsmål om uønskede hendelser med pasientene og avviksmeldinger:

(En uønsket hendelse er en utilsiktet hendelse som skader pasienten eller innebærer risiko for skade som følge av helsevesenets handlinger eller mangel på handlinger)

42) Har du observert eller vært involvert i en eller flere uønskede hendelser i løpet av det siste året?

- Ja, en
 Ja, flere
 Nei, ingen



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Har du observert eller vært involvert i en eller flere uønskede hendelser i løpet av det siste året? - Ja, flere *eller*
- Har du observert eller vært involvert i en eller flere uønskede hendelser i løpet av det siste året? - Ja, en

43) Er denne hendelsen / disse hendelsene blitt rapportert?

- Alle / den er rapportert
 Ingen er /den er ikke rapportert
 Noen er og noen er ikke rapportert



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Er denne hendelsen / disse hendelsene blitt rapportert? - Noen er og noen er ikke rapportert *eller*
- Er denne hendelsen / disse hendelsene blitt rapportert? - Alle / den er rapportert

44) Når jeg melder uønskede hendelser fører det til endringer

- Svært uenig
 Litt uenig
 Nøytral
 Litt enig
 Svært enig

Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Er denne hendelsen / disse hendelsene blitt rapportert? - Noen er og noen er ikke rapportert *eller*
- Er denne hendelsen / disse hendelsene blitt rapportert? - Ingen er /den er ikke rapportert

45) For hendelser som er observert men ikke rapportert, hva var årsaken?



46) Jeg vet hvordan jeg skal melde avvik og uønskede hendelser

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig

Til slutt noen bakgrunnsspørsmål:

47) Stilling

- Overlege / avdelingsoverlege / seksjonsoverlege
- Lege i spesialisering
- Turnuslege
- Seksjonsspl/fagspl/spl.konsulent/annen spl.stilling m lederfunksjon
- Sykepleier/spesialsykepleier
- Hjelpepleier/omsorgsarbeider
- Kontormedarbeider
- Annet

48) Kjønn

- Kvinne
- Mann

49) Avdeling

- Medisinsk avdeling Harstad
- Medisinsk avdeling Narvik
- Legeavdelingen Tromsø
- Sykepleieravdelingen Tromsø

- Medisinsk kontortjeneste



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Avdeling - Legeavdelingen Tromsø

50) For legeavdelingen: Seksjonstilhørighet

- Endokrinologi
- Gastroenterologi
- Hematologi
- Geriatri
- Nefrologi
- Infeksjonsmedisin



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Avdeling - Sykepleieravdelingen Tromsø

51) For sykepleieravdelingen: Seksjonstilhørighet

- Nyre/gastro
- Geriatri
- Infeksjon
- Hematologi
- Dagenhet og poliklinikk
- Dialysen
- Gastrolab



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Avdeling - Medisinsk avdeling Harstad

Hvis du arbeider på flere enheter, velg den du har ditt hovedvirke ved.

52) For Medisinsk avdeling Harstad: Seksjonstilhørighet

- Med. A
- Med. B
- Poliklinikk/Diagnosestasjon/Gastrolab

- Dagenhet
- Palliativ enhet
- Dialysen
- Fellesfunksjoner



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Avdeling - Medisinsk avdeling Narvik

Hvis du arbeider ved flere enheter, velg den du har ditt hovedvirke ved.

53) For Medisinsk avdeling Narvik: Seksjonstilhørighet

- Sengepost
- Poliklinikk
- Dialysen
- Fellesfunksjoner



54) Hvor lenge har du arbeidet i enheten / fagområdet?

- Mindre enn 1 mnd.
- 1 mnd. - 2 år
- 2 - 4 år
- Mer enn 4 år

55) Alder

- Under 30
- 30- 50
- Over 50

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

Vedlegg 3: Bekreftelse fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES			
Simon Neby Uni Røkkansenteret Uni Research AS Nygårdsgaten 5 5015 BERGEN		Hiskøhløypes gate 29 40307 Bergen Norway Tel: +47 55 58 21 17 Fax: +47 55 58 96 50 nsd@nsd.uib.no www.nsd.uib.no Org.nr: 985 331 884	
Vir dato: 31.08.2010	Vir ref: 24741 / 3 / 1MF	Deres dato:	Deres ref:
KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER			
Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.08.2010. Meldingen gjelder prosjektet:			
24741	<i>Pasientrikkerbetrikulær og molekulær</i>		
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjons øverste leder</i>		
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Simon Neby</i>		
<i>Stavet</i>	<i>Mette Fredheim</i>		
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.			
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.			
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html . Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.			
Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp .			
Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 10.12.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.			
Vennlig hilsen			
			
Vigdis Namtvedt Kvalheim		Linn-Merethe Rød	
Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11			
✓ Vedlegg: Prosjektvurdering			
✓ Kopi: Mette Fredheim, Doktordalvn. 14, 9010 TROMSØ			
<small>Adressekontor / Direkt Office OSLO: NSD, Universitet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo, Tel: +47 22 85 52 11, nsd@uio.no TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim, Tel: +47 73 58 19 60, lynn.merethe@ntnu.no TROMSØ: NSD, SVU, Universitet i Tromsø, 9007 Tromsø, Tel: +47 77 44 43 30, nsd@uio.no</small>			



Questback AS er databehandler for prosjektet. Ombudet forutsetter at det foreligger avtale mellom Questback og prosjektleder for den behandling av data som finner sted, jf. personopplysningsloven § 15.

Personvernombudet finner informasjonsskrivet som forelå 30.08.10, tilfredsstillende.

Prosjektet skal avsluttes 10.12.2010 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres. Anonymisering innebærer at eventuelle indirekte personidentifiserende opplysninger i spørreskjemaene (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f. eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller endres, samt at Questback sletter respondentenes e-post/IP-adresse.

Vedlegg 4: Svar på spørsmålet: For hendelser som er observert men ikke rapportert, hva var årsaken?

Problemstillingen var allerede kjent

Melding ikke fylt ut på grunn av manglende tid, og/eller kunnskaper om avvikshåndtering.

Vanskelig meldesystem. Liten tid.

Vet ikke

Vet ikke

Ukjent. Det ble besluttet fra høyere hold.

Tidsmangel. Ej prioritert å skrive avviksmeldning

Ikke tid, avglemt, ikke alvorlig nok?

Mangel på tid.

Mangel på tilbakemelding på tidligere rapporterte hendelser.

Usikker på årsak. Tror de store hendelsene er rapportert, mens mindre hendelser er i grenseland for hva en tror skal rapporteres og så blir det ikke gjort umiddelbart og går i glemmeboken

Den ansvarlige har ikke meldt hendelsen som avvik.

Dårlig tid og mangelfull opplæring i avvikshåndtering

1. Tar tid. Må jobbe mye overtid for å nå over vanlig rutinearbeid.

2. Forventer ikke et det blir til nytte for pas.

3. Gjør relasjonen til ledelsen dårligere.

Alle hendelser rapportert og diskutert med de involverte og ledelsen, men ikke nødvendigvis info til pasient/pårørende, og hendelse ikke nødvendigvis rapportert via avviksmeldinger el.lign.

Ikke tid akkurat der og da. Og går kanskje i glemmeboka etter hvert.

Man gjør det ikke der og da, som oftest på grunn av manglende opplæring og tidspress.

Løste hendelsen der og da.

At man ikke gjør det der og da, oftest p.g.a manglende opplæring og/eller tidspress.

Usikkerhet omkring bruk av avviksmelding/ avviksmeldingen er noe tungvint å bruke.

Det blir ikke prioritert i tillegg til andre arbeidsoppgaver.

Det kan være mindre avvik som veneflon som ikke har vært skiftet på over 3 dager, pasienter som ikke får pusset tenner eller barbert seg, eller som burde hatt hjelp til mer stell enn det de har fått. At antall personel i forhold til aktivitetsnivå i avdeling er for liten slik at det blir for mye å gjøre. Avviksmelding er for komplisert å skrive/tar for lang tid slik at det ikke blir gjort om en har mye å gjøre. At viktige observasjoner eller ting ikke blir gjort pga manglende kompetanse/opplæring eller at noe kan gjøres feil, men at det ikke har noe negativ utfall for pasient for den ene vekten. (dette gjelder i all hovedsak på sengepost/ikke dagenhet)

"nesten ulykker" ordnet opp lokalt i avdeling

Mangel på tid

Ikke tilgang til utstyr for å melde

Dette ble tatt opp internt med de involverte

Mangel på ressurser, stress i avd.

Stort arbeidspress i hendelsesperioden, så blir det avglemt senere

Alt for komplisert og tidkrevende å rapportere via docmap i en hektisk hverdag.

Feil adm av cytostatika, vet ikke om det er rapportert.

Liten tid til avviksmelding, tar for ang

For dårlig tid/ for lite betjening.

Ingen orker å melde

Høyt arbeidsbelastning på aktuelle tidspunkt. Personalet tok seg ikke tid til å skrive avviks melding

Tidsaspektet. Fri/ferieavvikling har gjort at det har gått i glemmeboka

Feil i Data systemet Dips feil

Lege/medikament ordinasjoner, mangel av oppfølging av leger oppgaver de skal gjøre

Det gikk bra med pasienten, altså ingen skade skjedd.

Uvilje mot å "kritisere" kolleger. Bekymring for å tilføre pasient tilleggsbelastning.

Mindre "ubetydelige" ting som er vanskelig å si om det er feil eller bare irritasjonsmoment i en travel hverdag, vanskelig å si hvem sin feil ved feks kommunikasjonssvikt (hvem glemte/hvem hørte ikke beskjed)

Ikke regnet som alvorlig nok

Hendelsen har med epikriser som ikke har blitt registrert som henvisninger og henvisninger som er sendt til feile arbeidsgrupper, medfører store forsinkelser i innkalling videre i systemet.

Vanskelig, lite sted, annen avdeling

Dårlig opplæring blant nytt personell, travelhet i avdelingen, for stor gjennomtrekk av personell og for lite kontinuitet generelt i avdelingen.