

Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur

Sammendrag

Bakgrunn. I Norge er det forsket lite på sikkerhetskultur og arbeidspraksis som angår pasientsikkerheten, og vi vet lite om hvor god eller dårlig sikkerhetskulturen er i helsevesenet.

Materiale og metode. En spørreundersøkelse ble gjennomført ved Stavanger universitetssjukehus. Målgruppen var i hovedsak helsepersonell. For å måle sikkerhetskulturen ble Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC) oversatt til norsk. 1 919 ansatte svarte på undersøkelsen (55 %).

Resultater. Rapporteringskulturen varierte i stor grad mellom ulike faggrupper, mens den generelle vurderingen av pasientsikkerheten varierte i mindre grad mellom faggrupper. 50 % av ansatte mente pasientsikkerheten var meget god eller fremragende. Vernepleiere, sykepleiere og spesialist-sykepleiere mente pasientsikkerheten var dårligst. Generelt var ulike dimensjoner ved sikkerhetskulturen signifikant korrelert og må dermed ses i sammenheng. Tilbakemeldinger og kommunikasjon om feil var for eksempel den faktoren som var høyest korrelert med rapportering av nærhendelser. Sammenliknet med amerikanske referansedata betraktet norske helsearbeidere sikkerhetskulturen som dårligere enn amerikanske helsearbeidere, med unntak av tre dimensjoner.

Fortolkning. Resultatene indikerer et behov for å forbedre sikkerhetskultur og pasientsikkerhet i norsk helsevesen.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 2650

Espen Olsen

espen.olsen@uis.no

Fagområde risikostyring og samfunnssikkerhet
Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Universitetet i Stavanger
Postboks 8002 Ullandhaug
4068 Stavanger

Pasientsikkerhet og sikkerhetskultur har de siste årene fått stadig større oppmerksomhet. Mye startet med publiseringen av *To err is human* hvor det ble gitt en rekke anbefalinger om sikkerhetskultur og pasientsikkerhet (1). Sikkerhetskultur er etter hvert beskrevet utførlig i flere bøker (2–4) og vitenskapelig artikler (5). Mennekelige feil angis å være den vanligste årsaken til uønskede hendelser i helsevesenet (1, 6, 7). Tilsynsrapporter fra Helsetilsynet avdekker ofte at sikkerhetskulturen ikke er god nok på norske sykehus. Basert på tall fra Norsk Pasientskadeerstatning, klagesaker og rapporter fra Helsetilsynet kan man derfor spørre seg om hvordan sikkerhetskulturen er i det norske helsevesenet?

Internasjonale studier indikerer at uønskede hendelser per sykehusinnleggelse er 2,9–16,6 % (8–11). Det er liten grunn til å tro at uønskede hendelser ikke utgjør et stort og alvorlig problem også i Norge, og det er sannsynlig at noe av årsaken til dette skyldes aspekter ved sikkerhetskulturen (12). Sikkerhetskultur omhandler i hvilken grad ansatte i organisasjoner jobber og samhandler for å bedre sikkerheten i det daglige arbeidet. Sikkerhetskultur regnes som et produkt av ansattes tankesett, karakteristika ved arbeidet og organisasjonen (13).

Systematiske kartlegginger av sikkerhetskultur har ikke vært foretatt i norsk helsevesen. Dette gjør at vi vet lite om hva som karakteriserer sikkerhetskulturen på sykehus og f.eks. hvor flinke ansatte er til å rapportere og lære av feil, evaluere effekt av tiltak, til å ha en åpen kommunikasjon om feil eller hvor flinke ledere er til å vektlegge pasientsikkerhet. Den økte interessen omkring sikkerhetskultur har generert et behov for å utvikle metoder og spørreskjemaer som kan måle aspekter ved kulturen som har betydning for pasientsikkerheten (14). Spørreskjemaer som måler sikkerhetskultur tvinger forskere til å operasjonalisere teori om sikkerhetskultur slik at fenomenet kan måles, og praktikere kan jobbe med tiltak basert på resultatene.

Hensikten med denne studien er å undersøke sikkerhetskulturen ved et stort norsk sykehus. Resultatene vil bidra til å utvikle norm-

data i en norsk kontekst som andre sykehus kan sammenlikne seg med. Resultatene sammenliknes med amerikanske referansedata.

Materiale og metode

Studien ble gjennomført ved Stavanger universitetssjukehus. Målpopulasjonen var i hovedsak personell med helsefaglig bakgrunn, men merkantilt personell som enten hadde direkte pasientkontakt eller som jobbet i arbeidsmiljø med andre helsearbeidere, ble også inkludert i undersøkelsen.

Instrument

Det er utviklet flere instrumenter som kan måle sikkerhetskultur i helsevesenet (15). Det er to hovedgrunner til at Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC) ble valgt i denne studien. For det første dekker instrumentet de mest sentrale dimensjonene som det ofte blir referert til under paraplyen sikkerhetskultur/klima (15). For det andre har tidligere studier vist at HSOPSC tilfredsstiller konvensjonelle validitetskriterier (16, 17). En studie viser at instrumentet i større grad imøtekommer psykometriske validitetskriterier enn andre instrumenter som måler sikkerhetskultur/klima i helsevesenet (15). HSOPSC er bl.a. validert med bruk av konfirmerende faktoranalyse, og tradisjonell reliabilitetstesting har vist at Cronbachs alfa var 0,63–0,84 (16, 17).

HSOPSC består av 12 dimensjoner: 1) Tilbakemeldinger og kommunikasjon om feil 2) organisatorisk læring og kontinuerlig forbedring, 3) teamarbeid i avdelinger, 4) kommunikasjon og åpenhet, 5) bemanning, 6) ikke straffe feil, 7) nærmeste leders vektlegging av sikkerhet, 8) avleveringer og overføringer ved sykehuset, 9) samarbeid mellom avdelinger, 10) sykehusledelsens støtte til pasientsikkerhet, 11) rapportering av hendelser og 12) persepsjon av sikkerheten. Dimensjon 1–7 er utsagn som relateres til avdeling, mens dimensjon 8–10 er mer overordnede utsagn relatert til sykehuset

Hovedbudskap

- Sikkerhetskulturen varierer mellom ulike faggrupper og klinikker
- Trolig er sikkerhetskulturen dårligere i Norge enn i USA
- Funnene indikerer et behov for å satse på pasientsikkerhet i norsk helsevesen

som helhet. Dimensjon 11 og 12 er utfallsvariabler i tillegg til to enkeltutsagn som måler gradering av sikkerheten (Gi en generell vurdering av pasientsikkerheten i din avdeling) og antall rapporter om uønskede hendelser (Hvor mange rapporter om uønskede hendelser (skademeldingsskjemaer) har du utfylt og videresendt innenfor de seneste 12 månedene?).

Hver av dimensjonene i HSOPSC måles med tre til fire utsagn på en Likert-skala 1–5. Videre er minst ett utsagn for hver dimensjon i HSOPSC, med unntak av dimensjonen frekvens på hendelsesrapportering, reversert for å redusere sannsynligheten for responskjevhet. Utsagnet Ansatte føler at feil blir brukt mot dem, som måler dimensjonen ikke straffe feil, er et eksempel på dette. Svarkategoriene på utsagn som måler kommunikasjon og åpenhet og frekvens på hendelsesrapportering er aldri = 1, sjelden = 2, av og til = 3, ofte = 4, og alltid = 5. For de øvrige dimensjonene måles utsagnene med svarkategoriene helt uenig = 1, uenig = 2, både/og = 3, enig = 4, helt enig = 5. Utsagnet som måler gradering av sikkerheten, måles med svarkategoriene fremragende = 1, meget god = 2, akseptabel = 3, dårlig = 4, meget dårlig = 5. Rapportering av hendelser måles med kategoriene ingen rapporter = 1, 1–2 rapporter = 2, 3–5 rapporter = 3, 6–10 rapporter = 4, 11–20 rapporter = 5, 21 rapporter eller flere = 6.

Skjemaet besto i tillegg av ulike bakgrunnsvariabler: arbeidsområde/fagområde, faggruppe, pasientkontakt, arbeidstimer per uke, ansiennitet på sykehuset, ansiennitet i nåværende avdeling, ansiennitet med nåværende spesialitet eller fag, og klinikktilhørighet. I skjemaet hadde ansatte også mulighet til å skrive kvalitative kommentarer om pasientsikkerheten i en åpen svarubrikk.

Oversettelse

Av validitetshensyn ble HSOPSC oversatt til norsk og tilbakeoversatt til engelsk av to uavhengige forskere. Den norske versjonen ble oversatt slik at hvert utsagn fikk mest mulig identisk meningsinnhold og «styrke» på alle utsagn, tilsvarende den originale versjonen av HSOPSC. Skjemaet ble pilottestet på en gruppe helsearbeidere for å sjekke at ansatte ikke hadde problemer med å forstå utsagnene.

Distribusjon og innsamling

I forkant av undersøkelsen ble studien grundig markedsført i sykehusets internavis og på Intranett. Studien ble forankret hos toppledelsen hvor klinikklederne fikk ansvaret for å følge opp studien i sine respektive klinikker. Forskerne i prosjektet distribuerte selv spørreskjemaene til ansatte på avdelingene som skulle delta, og gikk siden et par runder på avdelingene for å minne om undersøkelsen. I tillegg mottok klinikklederne elektroniske påminnelser om undersøkelser per e-post. Anonymitet ble ivarettatt ved at skjemaene ble innsamlet via post- og doku-

mentsenteret som mottok skjemaene i forseglede konvolutter.

Referansedata

Referansedata består av resultater fra en studie hvor HSOPSC ble benyttet ved 21 amerikanske sykehus. Den gjennomsnittlige svarprosenten ved de amerikanske sykehusene var 29 (N = 1 437). De fleste respondentene jobbet innen intensivmedisin (18%), kirurgi (18%), annet (14%) og medisin (12%). Ni av sykehusene hadde mindre enn 300 ansatte, fire 301–500 og sju mer enn 500 ansatte. Resultatene fra den amerikanske studien er formidlet på Internett (18) og i rapporter (16, 17).

Statistiske analyser

Dataene ble analysert med SPSS 13.0. Reverserte utsagn ble rekodet slik at høy skår indikerte større grad av uenighet på negative utsagn. Enveis variasjonsanalyse (ANOVA), krysstabeller og khikvadrattest ble benyttet som statistiske analyser i tillegg til korrelasjonskoeffisienten Pearsons r.

Resultater

Utvalg

1 919 personer besvarte undersøkelsen (55%). 89% hadde direkte pasientkontakt, 62% jobbet 20–37 timer i uken. Sykepleier og spesialsykepleier utgjorde den største faggruppen med 45% av utvalget (tab 1).

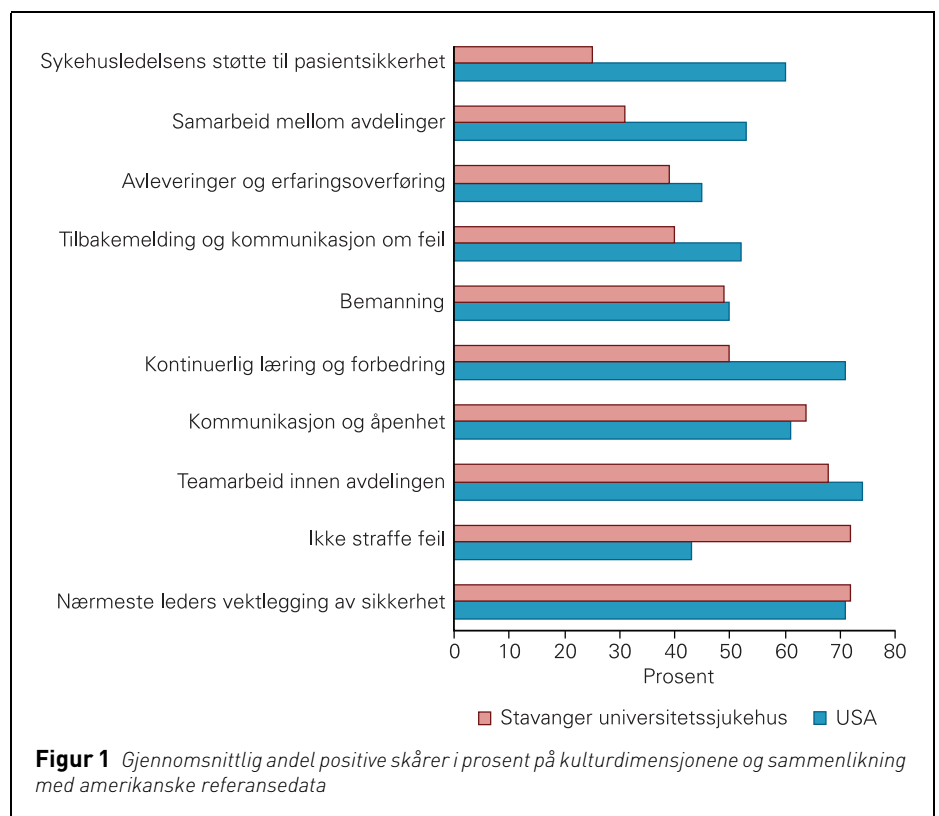
Kvalitative kommentarer

393 (20%) av skjemaene inneholdt kvalitative kommentarer som respondentene kunne skrive i et åpent kommentarfelt. Av disse om-

Tabell 1 Beskrivelse av utvalg

Faggruppe	Antall	(%)
Administrasjon (avdelings-/klinikkledelse)	22	(1)
Vernepleier	31	(2)
Fysio-/ergoterapeut, logoped	31	(2)
Jordmor	65	(3)
Assistent og turnuslege	75	(4)
Avdelings- og oversykepleier	88	(5)
Merkantilt personell	104	(5)
Overlege (avdelingsoverlege, overlege, seksjonsoverlege)	130	(7)
Hjelpepleier	138	(7)
Bioingeniør, radiograf	175	(9)
Annet	189	(10)
Sykepleier og spesialsykepleier	871	(45)

handlet 38% tids-, effektivitets- og ressursaspekter, 17% omhandlet rapporteringssystemet og 45% omhandlet andre forhold. Kommentarer knyttet til rapporteringssystemet handlet i hovedsak om mangel på ressurser til opplæring, lav tilbakemeldingsgrad etter rapporter, tekniske driftsproblemer og krevende brukergrensesnitt på elektronisk rapporteringssystem. Kommentarer knyttet til tids-, effektivitets- og ressursaspekter handlet om at overbelegg gikk ut over pasientsikkerhet, om økning i antall korridorpatienter, tidsmangel og arbeidspress, mangel på personell, og at utstrakt bruk av vikarpleiere kunne true pasientsikkerheten.



Figur 1 Gjennomsnittlig andel positive skårer i prosent på kulturdimensjonene og sammenlikning med amerikanske referansedata

Tabell 2 Gjennomsnitt, standardavvik, Cronbachs alfa (diagonal) og korrelasjoner mellom målebegrep

Målebegrep	An-tall ut-sagn	Gjen-nom-snitt	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Generell vurdering av pasientsikkerheten	1	3,44	0,67														
2. Rapporter om uønskede hendelser siste 12 md.	1	1,84	1,00	-0,07 ²													
3. Rapportering av nærhendelser	3	2,89	0,87	0,21 ²	0,20	0,82											
4. Persepsjon av sikkerhet	4	3,50	0,74	0,68 ²	-0,09 ²	0,23 ²	0,76										
5. Nærmeste leders vektlegging av sikkerhet	4	3,82	0,68	0,45 ²	-0,01	0,23 ²	0,50 ²	0,77									
6. Kontinuerlig læring og forbedring	3	3,37	0,64	0,42 ²	0,05 ¹	0,29 ²	0,46 ²	0,46 ²	0,51								
7. Teamarbeid innen avdeling	4	3,84	0,60	0,37 ²	-0,06 ¹	0,14 ²	0,38 ²	0,43 ²	0,39 ²	0,77							
8. Kommunikasjon og åpenhet	3	3,71	0,65	0,37 ²	0,02	0,20 ²	0,38 ²	0,52 ²	0,36 ²	0,44 ²	0,68						
9. Tilbakemeldinger og kommunikasjon om feil	3	3,24	0,76	0,35 ²	0,07 ²	0,39 ²	0,38 ²	0,48 ²	0,47 ²	0,34 ²	0,59 ²	0,70					
10. Ikke straffe feil	3	3,81	0,64	0,27 ²	0,02	0,12 ²	0,39 ²	0,43 ²	0,27 ²	0,37 ²	0,41 ²	0,29 ²	0,64				
11. Bemanning	4	3,35	0,71	0,51 ²	0,11 ²	0,09 ²	0,61 ²	0,39 ²	0,31 ²	0,36 ²	0,29 ²	0,26 ²	0,34 ²	0,65			
12. Sykehusledelsens støtte til pasientsikkerhet	3	2,90	0,75	0,45 ²	-0,06 ²	0,22 ²	0,49 ²	0,33 ²	0,35 ²	0,24 ²	0,22 ²	0,28 ²	0,22 ²	0,42 ²	0,79		
13. Samarbeid mellom avdelinger	4	3,11	0,53	0,36 ²	-0,08 ²	0,10 ²	0,38 ²	0,27 ²	0,24 ²	0,32 ²	0,26 ²	0,24 ²	0,22 ²	0,31 ²	0,48 ²	0,65	
14. Avleveringer og erfaringsoverføring	4	3,21	0,57	0,26 ²	-0,08 ²	0,09 ²	0,29 ²	0,23 ²	0,17 ²	0,25 ²	0,25 ²	0,20 ²	0,24 ²	0,26 ²	0,32 ²	0,51 ²	0,65

¹ Korrelasjon er signifikant på 0,05-nivå

² Korrelasjon er signifikant på 0,01-nivå

Forskjell mellom klinikker og faggrupper

Det var forventet at pasientsikkerheten ville variere mellom ulike klinikker og faggrupper på sykehuset. For å undersøke dette ble enveis variasjonsanalyser (ANOVA) gjennomført for å teste variasjon mellom klinikkene og faggruppene på de 12 dimensjonene og de to enkle utfallsvariablene. I tråd med antakelsen viste resultatet signifikante ($p < 0,001$) forskjeller på alle målebegreper. Med andre ord var dermed sikkerhetskulturen forskjellig for ulike klinikker og faggrupper.

Korrelasjoner

Korrelasjonene mellom kulturdimensjonene var signifikante ($p < 0,01$) og varierte i området 0,17–0,59 (tab 2). Styrken på korrelasjonene indikerte, som forventet, at de fleste målebegrepene i HSOPSC er signifikant korrelert. Samtidig viser styrken på korrelasjonene at målebegrepene i HSOPSC måler familiære begreper relatert til fenomenet sikkerhetskultur. Styrken på korrelasjonene er imidlertid ikke så sterk at det kan påstås at målebegrepene måler det samme (tab 2).

Kulturdimensjonene i HSOPSC var høyest korrelert med utfallsvariablene persepsjon av sikkerheten (0,29–0,61, $p < 0,01$) og generell vurdering av pasientsikkerheten

(0,26–0,51, $p < 0,01$). Korrelasjonene med rapportering av nærhendelser var lavere (0,09–0,39), men signifikante ($p < 0,01$). Korrelasjonene med utfallsvariablen rapportering om uønskede hendelser siste 12 måneder (–0,08–0,11) var lavest, og flere av korrelasjonene var ikke signifikante.

Antall rapporter om uønskede hendelser

For å analysere variasjonen i antall rapporter om uønskede hendelser ble en krysstabell med denne variabelen og faggruppe gjennomført. Khikvadrattest viste en signifikant forskjell mellom faggruppene ($p < 0,001$).

Fysioterapeut/ergoterapeut//logoped, merkantilt personell og assistent/turmusleger hadde i minst grad rapportert uønskede hendelser de siste 12 månedene. Henholdsvis 93,1 %, 77,9 % og 75,7 % svarte at de ikke har skrevet slike rapporter det siste året (tab 3). Jordmødre, avdelings- og oversykepleier, samt bioingeniører og radiografer skrev flest rapporter det siste året. Tilsvarende tall for disse var henholdsvis 21,9 %, 24,1 %, og 30,0 %.

Generell oppfatning av pasientsikkerheten

Forskjellene mellom faggruppene var ikke stor med hensyn til den generelle oppfatningen av pasientsikkerheten i egen avdeling (tab 4), men khikvadrattesten viste at forskjellene mellom faggruppene var signifi-

kant forskjellig ($p < 0,01$). Det norske utvalget har en noe dårligere oppfatning av pasientsikkerheten enn respondentene omtalt i de amerikanske referansedataene (18). I det amerikanske utvalget mente 14,5 % pasientsikkerheten var fremragende, mot 1,4 % i det norske utvalget.

Sammenlikning med referansedata

Figur 1 illustrerer andelen positive skårer i prosent på ulike dimensjoner og en sammenlikning av resultatene fra de amerikanske referansedataene. Prosentskårene i figuren er konstruert med gjennomsnittlig prosentandel av skår 4 eller 5 for hver dimensjon etter reverserte utsagn ble snudd. 100 % er dermed maksskår og oppnås f.eks. dersom samtlige respondenter er helt eller delvis enig i positive utsagn om bemanning og samtidig helt eller delvis uenig i negative utsagn om bemanning. En tommelfingerregel er at 75 % er et godt resultat, 50 % middels godt, og lavere enn 50 % er et svakt resultat (18). Sammenliknet med referansedataene viser figur 1 at sykehuset skårer lavere på sju av ti målebegreper, og bedre på tre. Fem verdier var lavere enn 50. Sykehuset skårer lavest på sykehusledelsens støtte til pasientsikkerhet (25 versus 60) og samarbeid mellom avdelinger (31 versus 53). På disse variablene skiller sykehuset seg mest negativt ut sammenlik-

net med referansedataene. De høyeste skårene er på dimensjonen ikke straffe feil (72 versus 43) og nærmeste leders vektlegging av sikkerhet (72 versus 71). Variabelen ikke straffe feil skiller seg mest positivt ut sammenliknet med referansedataene (fig 1).

Diskusjon

Studien viser at sikkerhetskulturen ved Stavanger universitetssjukehus varierte mellom ulike faggrupper, klinikker og andre subgrupper. Med unntak av tre dimensjoner viste den deskriptive statistikken at sikkerhetskulturen for det norske sykehuset generelt var dårligere enn resultatene for de amerikanske referansedataene. Forskjellene er såpass betydelige at de ikke kan bortforklares som tilfeldig statistisk fluktusjon – spesielt ikke tatt i betraktning de store utvalgsstørrelsene. Fem av dimensjonene hadde også lavere verdi enn 50 %, hvilket vil si at mindre enn 50 % har svart positivt på utsagnene. Dimensjonene i HSOPSC var positivt korrelert med persepsjon av sikkerheten (0,29–0,61) og generell vurdering av pasientsikkerheten (0,26–0,51). Svake resultater på flere dimensjoner indikerer derfor et behov for å satse på sikkerhetskultur i den norske helsetjenesten.

Det kan være mange forklaringer på at skårene er generelt bedre for referansedataene. I 1999 utga Institute of Medicine boken *To err is human* (1), som igjen sannsynligvis har bidratt til at pasientsikkerhet har fått stor oppmerksomhet i amerikansk helsevesen. Andre forklaring kan være at det i USA er større åpenhet i forhold til kvalitet på helse-tjenester og større konkurranse om pasientene. Det kan også være at sykehusene i USA har investert mer i utstyr, kompetanse og systemer for å ivareta kvalitet på pasientbehandlingen.

Helsevesenet har et stort potensial til lære av hendelser (1). Det er derfor uheldig at nærhendelser rapporteres i mindre grad i norsk helsevesen sammenliknet med USA. Korrelasjonsmatrisen viste at tilbakemeldinger og kommunikasjon om feil var den dimensjonen som var høyest korrelert med rapportering av nærhendelser (0,39). I praksis betyr det at tilbakemeldinger og kommunikasjon om feil er noe det må fokuseres på for å få ansatte til å rapportere nærhendelser i større grad. I motsatt fall vil rapporteringen naturlig nok ikke oppleves som meningsfull blant helsearbeiderne. Tilbakemeldinger og kommunikasjon om feil må skje på den enkelte avdeling. Men når det er hensiktsmessig, må erfaringsoverføring også skje til andre avdelinger. Helseorganisasjoner må bli flinkere til å eksemplifisere hendelser, illustrere barrierebrudd på en pedagogisk måte, og lære av potensielle og faktiske hendelser. I tillegg må alvorlige hendelser analyseres for å finne de grunnleggende og bakenforliggende årsakene, slik at man tvinges til å se kritisk på hele organisasjonen (19). Undersøkelsen gir ikke svar på hvorfor det er så store variasjoner mellom faggruppene når det gjelder rapportering av hendelser

Tabell 3 Svar for ulike faggrupper på spørsmålet: Hvor mange rapporter om uheldige hendelser har du utfyllt og videregitt innenfor de seneste 12 månedene?

Faggrupper	Prosentvis svarfordeling innen faggrupper					
	Rapporter					
	Ingen	1–2	3–5	6–10	11–20	21 eller flere
Jordmor	21,9	67,2	9,4	1,6	–	–
Avdelings- og oversykepleier	24,1	27,6	25,3	9,2	4,6	9,2
Bioingeniør, radiograf	30,0	30,0	28,2	5,3	4,7	1,8
Vernepleier	38,7	22,6	32,3	3,2	3,2	–
Sykepleier og spesialsykepleier	40,3	39,3	16,2	3,5	0,7	–
Overlege (avdelingsoverlege, overlege, seksjonsoverlege)	45,7	29,5	15,5	7,0	0,8	1,6
Administrasjon (avdelings-/klinikkledelse)	47,6	23,8	9,5	14,3	4,8	–
Annet	62,8	19,8	13,4	2,9	1,2	–
Hjelpepleier	64,9	21,4	9,2	1,5	3,1	–
Assistent og turnuslege	75,7	21,6	1,4	–	1,4	–
Merkantilt personell	77,9	9,5	8,4	2,1	1,1	1,1
Fysio-/ergoterapeut, logoped	93,1	6,9	–	–	–	–
Totalt	46,3	32,0	15,7	3,7	1,5	0,7

de siste 12 månedene. En opplagt forklaring kan være at enkelte faggrupper opplever færre hendelser enn andre. En annen forklaring er at ulike faggrupper har ulike roller i pasientbehandlingen og ulike tradisjoner når det gjelder å rapportere uønskede hendelser, eller at hendelsene i større grad håndteres på en uformell måte mellom kolleger. Uansett forklaring bør den store variasjonen i rapporteringskultur mellom faggruppene utjevnes, slik at alle faggruppene får like store muligheter til å lære av hendelsene og iverksette tiltak.

Sykehusledelsens støtte til pasientsikker-

het har vist seg å være assosiert med hvor vellykkede initiativene innen pasientsikkerhet blir (20). En del utfordringer relatert til pasientsikkerhet kan ikke løses av den enkelte medarbeider og må derfor løses på et høyere nivå med ledelsens støtte. I motsatt fall adresseres problemene til den enkelte medarbeider, noe som igjen kan resultere i stor frustrasjon (21). Resultatet i denne undersøkelsen viser at sykehusledelsens støtte til pasientsikkerhet er den dimensjonen ansatte i minst grad var positive til. Dette resultatet må ses i sammenheng med gjennom-

Tabell 4 Svar for ulike faggrupper på påstanden: Gi en generell vurdering av pasientsikkerheten på din avdeling

Faggrupper	Prosentvis svarfordeling innen faggrupper				
	Meget dårlig	Dårlig	Akseptabel	Meget god	Fremragende
Jordmor	–	5,7	36,8	52,9	4,6
Avdelings- og oversykepleier	0,6	8,2	43,7	46,9	0,6
Bioingeniør, radiograf	–	1,5	46,2	50,8	1,5
Vernepleier	3,2	9,7	29,0	58,1	–
Sykepleier og spesialsykepleier	0,8	10,0	47,7	38,5	3,1
Overlege (avdelingsoverlege, overlege, seksjonsoverlege)	1,3	6,7	40,0	52,0	–
Administrasjon (avdelings-/klinikkledelse)	2,0	–	44,9	50,0	3,1
Annet	–	–	33,3	63,3	3,3
Hjelpepleier	1,7	5,2	38,4	54,1	0,6
Assistent og turnuslege	–	–	33,3	61,9	4,8
Merkantilt personell	0,7	7,3	43,1	46,7	2,2
Fysio-/ergoterapeut, logoped	0,6	2,2	38,0	57,5	1,7
Totalt	0,8	6,4	42,1	49,4	1,4

føringen av helsereformen kombinert med andre sparetiltak som stadig blir repetert til ansatte via ulike informasjonskanaler. Gjennomgangen av de kvalitative kommentarene fra undersøkelsen, støtter også opp om dette. Det er en utfordring for sykehusledelsen i dagens helsevesen å kommunisere visjoner og målsetninger om pasientsikkerhet, slik at helsearbeidere internaliserer holdninger om at pasientsikkerhet skal prioriteres i det daglige arbeid.

Undersøkelsen støtter opp om at det kan være vanskelig å samarbeide mellom avdelinger og at avleveringer og erfaringsoverføring er en utfordring. Sett i lys av hvor komplisert helsevesenet er, så er heller ikke dette overraskende. Ansatte har ulik utdanning og kompetanse, pasienter har ulikt sykdomsbilde, bruken av teknologi er stor, og sykehus har svært mange rutiner og systemer som også varierer internt. I dette komplekse bildet er det lett å tenke seg til at det kan skje uønskede hendelser.

Bemanning var den enkeltvariabelen som er høyest korrelert med helsearbeidernes generelle vurdering av pasientsikkerheten (0,51). I tillegg var tilfredshet med bemanning signifikant og positivt korrelert med de andre kulturdimensjonene. Resultatet indikerer dermed at bemanning er en viktig forutsetning for det helhetlige arbeidet med å opparbeide en god sikkerhetskultur i helsevesenet. Bemanning skiller seg noe ut fra de andre dimensjonene (15) i HSOPSC, og kan betraktes som en strukturvariabel som danner utgangspunktet for arbeidsprosessene i de enkelte avdelinger. At 38 % av de kvalitative kommentarene omhandlet tids-, effektivitets- og ressursaspekter inkludert bemanning, illustrerer at ansatte betrakter bemanning som et viktig aspekt i arbeidet med å ivareta pasientsikkerheten.

Resultatene viste også at sikkerhetskulturen har positive trekk. De mest positive skårene omhandlet teamarbeid innen avdelinger, nærmeste leders vektlegging av sikkerheten og det ikke å straffe feil. Positive resultater kan benyttes som utgangspunkt for å bedre andre aspekter ved sikkerhetskulturen.

Styrker og begrensninger

Svarprosenten ved sykehuset er 55. Tatt i betraktning størrelsen for sykehuset i undersøkelsen er resultatet i hovedsak representativt for større sykehus og i mindre grad for små. Man bør også være oppmerksom på at kun sju av de amerikanske referansesykehusene hadde mer enn 500 ansatte. Utvalget som ligger til grunn for denne studien har en spredning med hensyn til faggrupper, klinikker og andre bakgrunnsvariabler som gjør at det bør være mulig å generalisere resultatene som helhet for sykehuset.

I tolking av resultatene bør man være oppmerksom på at skårene for hvert av målebegrepene i studien ikke er validert mot faktisk rapportering av uønskede hendelser ved

Stavanger universitetssjukehus. Resultatene er ikke validert mot hendelsesstatistikk fordi det sannsynligvis er underrapportering av uønskede hendelser i helsevesenet (22), hvilket gir fare for skjevhet i hendelsesstatistikken.

Avslutning

En satsing på sikkerhetskultur og pasientsikkerhet må samsvare med organisatoriske, tekniske og medisinske løsninger. Skal ansatte lære av uønskede hendelser, er det helt sentralt at rapporteringssystemer er brukervennlige samt at tilbakemeldinger og kommunikasjon følger i etterkant av rapporter. Manglende forståelse for hensikten med rapportering, upassende tilbakemeldinger, antakelser om risiko, misnøye med prosesser, tidspress og kulturelle normer kan redusere rapportering av uønskede hendelser (23). Etableringen av en god rapporteringskultur kan derfor sannsynligvis ta flere år. Forbedring av pasientsikkerheten krever at området får høy prioritet i kampen om ressurser, høyt ledelsesengasjement og adekvat bemanning. Holdninger som reflekterer at pasientsikkerheten allerede er god nok, vil skape motstand mot endring og vanskeliggjør forbedringsarbeid (24).

Helseforetakene vil etter hvert få behov for flere måleindikatorer som kan benyttes til å evaluere effekten av ulike tiltak. Med før- og ettermålinger kan HSOPS benyttes til å evaluere effekten av tiltak som iverksettes for å styrke sikkerhetskulturen i helse-tjenesten.

Litteratur

1. Corrigan J, Kohn L, Donaldson M, red. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999. [www.nap.edu/books/0309068371/html [25.7.2007].]
2. Millenson ML. Demanding medical excellence: doctors and accountability in the information age. Chicago: The University of Chicago Press, 1999.
3. Rosenthal M, Mulcahy L. Medical mishaps: pieces of the puzzle. Buckingham: Open University Press, 1999.
4. Syse A, Førde R, Førde OH, red. Medisinske feil: Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.
5. Guldenmund FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. Saf Sci 2000; 34: 215–57.
6. Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272: 1851–7.
7. Pelletier PL. Medication errors: a lesson from long-term care. Nurs Manage 2001; 32: 49–50.
8. Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324: 370–7.
9. Mills D. Medical insurance feasibility study: a technical summary. West J Med 1978; 128: 360–5.
10. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care 2000; 38: 261–71.
11. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW et al. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995; 163: 458–71.
12. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten: forebygging og håndtering. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3184–9.
13. Cooper MD. Towards a model of safety culture. Saf Sci 2000; 36: 111–36.
14. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care 2003; 12: 1117–23.

15. Flin R, Burns C, Mearns K et al. Measuring safety climate in health care. Qual Saf Health Care 2006; 15: 109–15.
16. Sorra J, Nieva VF. Psychometric analysis of the hospital survey on patient safety. Final Report to Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Washington, D.C.: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003.
17. Sorra J, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Agency for Healthcare Research and Quality Publication No. 04–0041, 2004. Washington, D.C.: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.
18. Agency for Healthcare Research and Quality. Comparing your results: preliminary benchmarks on the Hospital Survey on Patient Safety [www.ahrq.gov/qual/hospculture/prebenchmk.pdf [25.7.2007].]
19. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten: forslag til nasjonal program for forebygging og håndtering. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
20. McFadden KL, Stock GN. Implementation of patient safety initiatives in US hospitals. International Journal of Operations and Production Management 2006; 26: 326–47.
21. Gaba GM, Singer SJ, Rosen AK. Safety culture: Is the «unit» the right «unit of analyses». Crit Care Med 2007; 35: 314–6.
22. Wiig, S, Aase, K, Thommassen, R et al. Pasientsikkerhet: håndtering av feil i helsesektoren. UiS-rapport nr. 7/2005. Stavanger: Universitetet i Stavanger, 2005.
23. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ et al. Attitudes of doctors and nurses towards incidents reporting: a qualitative analysis. Med J Aust 2004; 1: 36–9.
24. Ralitsa BA, Bryan RC. Barriers to implementation of patient safety systems in healthcare institutions: leadership and policy implications. J Patient Saf 2005; 1: 9–16.

Manuskriptet ble mottatt 18.10. 2006 og godkjent 25.7. 2007. Medisinsk redaktør Erlend Hem.