



## Udvikling af metode og værktøj til at måle sikkerhedskultur på sygehusafdelinger. Afrapportering af projekt om sikkerhedskultur og patientsikkerhed i Københavns Amt

Madsen, Marlene Dyrlov; Østergaard, D.

*Publication date:*  
2004

*Document Version*  
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link back to DTU Orbit](#)

*Citation (APA):*  
Madsen, M. D., & Østergaard, D. (2004). *Udvikling af metode og værktøj til at måle sikkerhedskultur på sygehusafdelinger. Afrapportering af projekt om sikkerhedskultur og patientsikkerhed i Københavns Amt*. Risø National Laboratory. Denmark. Forskningscenter Risø. Risø-R No. 1491(DA)

---

### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

## Udvikling af metode og værktøj til at måle sikkerhedskultur på sygehusafdelinger:

### Afrapportering af projekt om sikkerhedskultur og patientsikkerhed i Københavns Amt

Marlene Dyrlov Madsen og Doris Østergaard

#### Projektdeltagere:

Dorthe Degnegaard, BST-konsulent  
Anette Dyremose, Uddannelsessygeplejerske  
Marlene Dyrlov Madsen, ph.d.-studerende  
Doris Østergaard, overlæge

Forskningscenter Risø  
Roskilde  
Danmark  
December 2004

**Forfatter:** Marlene Dyrlov Madsen og Doris Østergaard  
**Titel:** Udvikling af metode og værktøj til at måle sikkerhedskultur på sygehusafdelinger Afrapportering af projekt om sikkerhedskultur og patientsikkerhed i Københavns Amt  
**Afdeling:** Afdeling for Systemanalyse

**Risø-R-1491(DA)**  
**December 2004**

## Resume

**ISSN 0106-2840**  
**ISBN 87-550-3393-8**

Denne rapport er resultatet af et samarbejds-projekt mellem Dansk Institut for Medicinsk Simulation (DIMS), Amtssygehuset i Herlev, BST-Danmark og Forskningscenter Risø.

Projektet har haft til formål at:

- få kendskab til niveauet af sikkerhedskultur på de enkelte afdelinger.
- igangsætte en proces i afdelingerne med udvikling af en læringskultur omkring utilsigtede hændelser og forbedre sikkerhedskulturen og arbejdsmiljøet.
- koble Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet, der påkræver rapportering af utilsigtede hændelser, til lokal læring.
- udvikle og validere et spørgeskema, herunder at vurdere sammenhæng og overensstemmelse mellem resultater af udvalgte måle metoder i forbindelse med måling af sikkerhedskultur.

**Sponsorship:** Copenhagen County,  
Danish Institute for Medical  
Simulation (DIMS)

Hovedkonklusionerne af undersøgelsen var at:

- 1) afdelinger er meget forskellige og tænker forskelligt, og derfor skal mødes på forskelligt grundlag, når udvikling af sikkerhedskultur skal iværksættes.
- 2) især møderne med ledelserne viste at det er vigtigt at afdelingerne lærer at arbejde med sproget og traditionerne omkring "fortællinger" om fejl, sådan at fejl kan opfattes som en ressource.
- 4) spørgeskemaet vurderes til at være et konstruktivt redskab til indkredsning og diskussion af hovedproblemerne, samt ideelt til gentagelse til evaluering af konkrete indsatser.
- 3) viden fra sikkerhedskultur spørgeskemaet kan bruges konstruktivt, men det kræver ledelsesstøtte og en prioritering af ressourcer,
- 5) man bør forsøge at koble patientsikkerhed, akkreditering og psykosocialt arbejdsmiljø i en 3-benet enhed, da der er stort overlap såvel teoretisk som praktisk og det dermed kan spare ressourcer.

**Forside:**

Rapporten munder ud i en række anbefalinger og afsluttes med en perspektivering som indeholder et eksempel på en strategi for udviklingen og fastholdelsen af sikkerhedskultur.

**Sider:** 40  
**Tabeller:** 2  
**Figurer:** 4  
**Referencer:** 45

Bilagsmappen (61 sider) til denne rapport kan hentes på følgende adresse: [www.risoe.dk/rispubl/SYS/syspdf/ris-r-1491\\_add.pdf](http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/syspdf/ris-r-1491_add.pdf)

Forskningscenter Risø  
Afdelingen for Informationsservice  
Postboks 49  
DK-4000 Roskilde  
Danmark  
Telefon +45 46774004  
[bibl@risoe.dk](mailto:bibl@risoe.dk)  
Fax +45 46774013  
[www.risoe.dk](http://www.risoe.dk)

# Indhold

## Forord 5

## 1 Indhold og læsevejledning 6

## 2 Baggrund 7

2.1 Sikkerhedskultur 7

2.2 Arbejdsmiljø 8

2.3 Patientsikkerhed 9

## 3 Formål 10

3.1 Metode 10

3.2 Datagrundlag 11

## 4 Resultater af og interview- og spørgeskema undersøgelse 12

4.1 Interview resultater 12

4.1.1 Ligheder mellem afdelinger 12

4.1.2 Forskelle mellem afdelinger 13

4.2 Spørgeskema resultater 13

4.2.1 Rapportering 13

4.2.2 Grunde til tilbageholdenhed 13

4.2.3 Undersøgelse 14

4.2.4 Kompetence, stress, træthed 14

4.2.5 Ansvar – patienter 14

4.2.6 Tillid, motivation og engagement 14

4.2.7 Kommunikation og samarbejde 14

4.2.8 Ledelsesstil 15

4.2.9 Instrukser / procedurer / vejledninger / retningslinjer 15

4.2.10 Årsager til hændelser/fejl 15

4.3 Tilbage melding, reaktion og brug af dataresultater 15

4.3.1 Reaktion og brug af data 16

4.3.2 Afdeling 1 16

4.3.3 Afdeling 2 16

4.3.4 Afdeling 3 17

4.3.5 Afdeling 4 18

4.3.6 Generelle reaktioner og relevante diskussioner 18

4.4 Opsummering 19

## 5 Analyse af metode og værktøj til måling af sikkerhedskultur 20

5.1 Styrker og svagheder ved interview og spørgeskemadata 20

5.2 Faktor analyse 20

## 6 Diskussion 21

6.1 Interview og spørgeskema resultater 21

6.1.1 Rapportering 21

6.1.2 Retfærdighed 22

6.1.3 Arbejdsmiljø, kompetence og træthed 23

6.1.4 Kommunikation og samarbejde 24

6.1.5 Ansvar - patienter 25

6.1.6 Hvilken rolle skal instrukser have 25

6.1.7 Årsager til hændelser/fejl 25

- 6.2 Respons og brug af data 26
- 6.3 Værktøj til måling af sikkerhedskultur 27

## **7 Konklusion 28**

## **8 Rekommandationer 30**

## **9 Perspektivering – et eksempel på en forandringsstrategi 31**

- 9.1 Etablering af en oplevelse af nødvendighed 33
- 9.2 Oprettelse af den styrende koalition 34
- 9.3 Udvikling af en vision og en strategi 34
- 9.4 Formidling af forandringsvisionen 34
- 9.5 Skabe grundlag for handling på bred basis 35
- 9.6 Generering af kortsigtede succeser 35
- 9.7 Konsolidering af resultater og produktion af mere forandring 35
- 9.8 Forankring af nye arbejdsmåder i kulturen 35
- 9.9 Opsummering 36

## **10 Referencer 37**

## Forord

I Danmark indførtes Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet 1. januar 2004, der skulle understøtte et nationalt rapporteringssystem for utilsigtede hændelser<sup>1</sup> i sygehusvæsenet med det ”formål at indsamle, analysere og formidle viden om årsager til risikosituationer” (Sundhedsstyrelsen, 2004), med henblik på at forebygge og dermed forbedre patientsikkerheden i det danske sygehusvæsen. ”Rapporteringssystemet skal samtidig understøtte udviklingen af et miljø på sygehuse, hvor det bliver muligt for personalet at håndtere utilsigtede hændelser og drage læring heraf” (Sundhedsstyrelsen, 2004). Via loven er alle sundhedspersoner forpligtet til at rapportere utilsigtede hændelser (herunder egne fejl). Baggrunden for lovens iværksættelse var bl.a. indikationerne af internationale undersøgelser (Wilson et al., 1995 & Vincent et al., 2001), samt en national (Schiøler et al., 2001), at hver tiende patient blev udsat for en skadevoldende hændelse under indlæggelse, hvor 40% kunne være undgået (Hermann et al., 2002).

Med dette som udgangspunkt iværksattes i oktober 2003 (dvs. inden lovens indførelse) et pilotprojekt ”Sikkerhedskultur og Patientsikkerhed” i Københavns Amt på udvalgte afdelinger på Amtssygehuset i Herlev. Formålet var at beskrive sikkerhedskulturen på afdelingerne, og få igangsat en proces omkring forbedring af denne, samt arbejdsmiljøet gennem udvikling af læringskulturer i forbindelse med utilsigtede hændelser. Endvidere danner undersøgelsen grundlag for færdigudviklingen af et redskab til måling af patientsikkerhedskultur. I november 2003 blev der udsendt et spørgeskema omhandlende sikkerhedskultur til personalet på fire afdelinger Anæstesiaafdelingen, Kardiologisk Afdeling, Ortopædkirurgisk Afdeling og Øjenafdelingen. Parallelt hermed blev der foretaget interview med udvalgte medarbejdere og ledelsen på de samme afdelinger. Senere blev der afholdt møder med de respektive afdelingsledelser med udgangspunkt i den fremkomne viden, og der blev diskuteret individuelle muligheder for forbedring af patientsikkerhedskulturen på afdelingerne.

Formålet med nærværende rapport er at beskrive projektet ”Sikkerhedskultur og Patientsikkerhed”, og gennem en kritisk analyse af resultaterne og erfaringerne, samt litteratur på området, at uddrage læring til generel brug. I denne sammenhæng foretages en vurdering af potentialet for en fremtidig brug af spørgeskema til måling af sikkerhedskultur i amtet. Til sidst udfærdiges nogle rekommandationer til det fortsatte arbejde med udvikling og fastholdelse af sikkerhedskulturen til brug for amtets hospitalsafdelinger.

Samarbejdspartnerne i projektet er Dansk Institut for Medicinsk Simulation (DIMS), Amtssygehuset i Herlev, Doris Østergaard og Anette Dyremose, BST-Danmark, Dorthe Degnegaard og Forskningscenter Risø, Marlene Dyrlov Madsen.

Projektgruppen har mødt megen positiv interesse og velvilje i forbindelse med gennemførelsen af projektet, og ønsker hermed at benytte lejligheden til at rette en tak til alle dem der bakkede op om projektet, herunder interviewdeltagere og de mange, der besvarede spørgeskemaet.

*Herlev og Roskilde  
november 2004*

---

<sup>1</sup> En utilsigtet hændelse er en ikke-tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme. Utilsigtede hændelser er et samlebegreb, der dækker både skadevoldende og ikke-skadevoldende hændelser. Utilsigtede hændelser dækker ligeledes skader og risiko for skader, der er en følge af forglemmelse eller undladelse. Herudover kan man skelne mellem forebyggelige og ikke-forebyggelige hændelser. [DSKS: Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og definitioner.]

# 1 Indhold og læsevejledning

Rapporten består af en baggrund, der beskriver sikkerhedskultur, arbejdsmiljø og patientsikkerhedskultur. Herefter følger beskrivelse af selve undersøgelsen samt et resultatafsnit. Dernæst en statistisk analyse af metode og værktøj til måling af sikkerhedskultur, diskussion af resultaterne, en kritisk refleksion af projektet, en konklusion, efterfulgt af rekommandationer. Rapporten afsluttes med en perspektivering som indeholder et eksempel på en strategi for udvikling og fastholdelse af sikkerhedskultur.

Derudover indeholder rapporten en separat Bilagsmappe med følgende bilag:

Bilag 1: Faktorer som har indflydelse på og er bestemmende for niveauet af sikkerhedskultur på sygehuse

Bilag 2: Psykosociale Arbejdsmiljø faktorer

Bilag 3: Frekvenstabeller for fire afdelinger (anonymiseret)

Bilag 4: Spørgeskema

Bilag 5: Interviewguides – medarbejdere og ledelse

## 2 Baggrund

Patientsikkerhed er en kritisk del af kvalitetsarbejdet på sygehuse. I forsøget på at forbedre arbejdet med patientsikkerhed, er der en voksende erkendelse af vigtigheden af at udvikle en patientsikkerhedskultur. Erfaringer fra internationale undersøgelser, både fra det medicinske domæne og luftfarten viser, at rapporteringssystemers succes i høj grad afhænger af den eksisterende sikkerhedskultur på den enkelte afdeling, herunder især personalets rapporteringsvillighed (Jensen & Madsen, 2001 & Madsen, 2004). Udvikling og opbygning af sikkerhedskulturen i sundhedsvæsenet er derfor blevet en central del af patientsikkerhedsarbejdet (internationalt og nationalt). Man antager endvidere at en positiv eller velfungerende sikkerhedskultur, vil medvirke til at minimere patientskader og de økonomiske ressourcer afledt heraf.

Inden for en velfungerende sikkerhedskultur taler man åbent om fejl og forsøger at lære af dem for at forebygge. Systemet forudsætter derfor indirekte at hospitalspersonale villigt taler om de fejl de begår og de utilsigtede hændelser de medvirker til. Noget der ellers ikke er stærk tradition for inden for sundhedsvæsenet. En national spørgeskemaundersøgelse foretaget i 2002 viste at de stærkeste grunde til ikke at rapportere om egne fejl var ”risikoen for at pressen skulle skrive om det” og ”en manglende tradition for at omtale hændelser/fejl” (Madsen et al., 2002). I lovens udformning har man forsøgt at imødekomme visse barrierer ved at gøre medarbejdernes rapportering både fortrolig og straffri, mens det forventes, at de barrierer der knytter sig til kultur og tradition løses i amtsligt regi. Det er ikke en nem opgave, og det er ikke en opgave hverken amterne, hospitalerne eller hospitalsledelserne på forhånd er klædt på til at løse.

Men hvad skal kulturen mere præcist indeholde for at den faktisk kan fremme åbenhed og læring fra utilsigtede hændelser? En ting er et udtalt ønske om at der skal skabes mere åbenhed om fejl og utilsigtede hændelser, det kan der kun være bred enighed om, uenigheden derimod kan ligge i spørgsmålet om hvilke betingelser, især organisatoriske, der rent faktisk skal være til stede for at opnå åbenhed og dermed systematisk læring fra fejl og utilsigtede hændelser.

### 2.1 Sikkerhedskultur

Begrebet sikkerhedskultur er hentet inden for det man benævner de sikkerhedskritiske domæner, herunder luftfart, procesindustri, militæret og den nukleare sektor, hvor forskere i flere årtier har arbejdet med fænomenet i forbindelse med ulykkesforbyggende arbejde (ASCNI, 1993; INSAG, 1991; Cooper, 2000). Forskningen inden for sikkerhedskultur viser uenighed om definitionen på sikkerhedskultur og hvad det mere specifikt implicerer (Guldenmund, 2000, Scott et al., 2003; HSL, 2002; Flin et al., 2000). Trods brydninger, er det vigtigt at fastslå at der er grundlæggende enighed om, at sikkerhedskultur har en, hvis ikke direkte, så en indirekte indflydelse på sikkerhed; inden for sundhedsvæsenet mere konkret patientsikkerhed (Scott et al., 2003; Nieva & Sorra, 2003; Barach & Small, 2000), selvom det kan være svært at måle (Madsen et al., 2005). En anerkendt og præcis definition af sikkerhedskultur er: *The safety culture of an organization is the product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies, and patterns of behavior that determine the commitment to, and the style and proficiency of, an organization's health and safety management. Organizations with a positive safety culture are characterized by communications founded on mutual trust, by shared perceptions of the importance of safety, and by confidence in the efficacy of preventive measures* [forfatterens kursivering] (ASCNI, 1993).

En organisations sikkerhedskultur udtrykker sig altså konkret igennem den måde hvorpå organisationen og dens medarbejdere tænker og handler – og ikke kun i relation til sikkerhed. Det er en fejlslutning at tro at sikkerhedskultur kun drejer sig om handlinger



der knytter sig direkte til sikkerhed, sikkerhedskultur er i høj grad betinget af alle aspekter af organisationen, herunder dens aktører og disses handlinger, opgaverne som skal udføres, strukturen, som danner ramme for arbejdet og den forhåndenværende teknologi, der sætter grænser for hvordan opgaverne kan løses. Eksterne forhold kan også påvirke interne handlinger. For eksempel kan man forestille sig hvordan Patientklagenævnets praksis og virke gennem årene har påvirket sygehuspersonalets opfattelse af fejl og utilsigtede hændelser, og deres villighed til åbent at fortælle om fejl. I nærværende rapport og i arbejdet med sikkerhedskultur er fokus almindeligvis de interne organisationsforhold, det som medarbejdere og ledelse har indflydelse på og dermed selv kan påvirke. At opnå en positiv sikkerhedskultur kræver i sidste ende en fælles forståelse af hvilke værdier, perspektiver og normer der er vigtige i afdelingen eller i organisationen, og dermed hvilke holdninger og handlinger der er forventet af personalet.

Ifølge Madsen (2004) består sikkerhedskultur af seks overordnede faktorer og nogle underordnede aspekter som har indflydelse på, og som dermed vil være bestemmende for niveauet af sikkerhedskultur på sygehusafdelinger og afsnit. Disse seks faktorer er:

- Læring og rapporteringskultur
- Ansvar
- Tillid og retfærdighed
  - medarbejdernes motivation og engagement
- Kommunikation og samarbejde
  - ledelses synlighed og engagement
- Risikoperception og adfærd
  - sikkerheds- og produktionsprioritering
- Kompetence, stress og træthed (performance shaping factors): anerkendelse af generelle og egne menneskelige begrænsninger
  - arbejdsmiljø / psykosociale forhold

De seks faktorer danner grundlag for spørgeskemaets udformning og indhold, og for udviklingen af de to interviewguides, der blev anvendt i forbindelse med interview af henholdsvis medarbejdere og afdelingsledelserne på de fire afdelinger.

## 2.2 Arbejdsmiljø

Som det fremgår af de ovenfor beskrevne sikkerhedskulturelle faktorer indgår arbejdsmiljø og psykosociale forhold som en del af den fulde forståelse af sikkerhedskultur, ligesom flere af de sikkerhedskulturelle faktorer berører aspekter, som handler om arbejdsmiljø, f.eks. tillid, samarbejde og arbejdspress. Når man arbejder med arbejdsmiljø skelner man gerne mellem tre typer: det fysiske, det psykiske og det psykosociale arbejdsmiljø, som hver især vægter forskellige sider af arbejdsmiljøet. "Med det fysiske arbejdsmiljø mener man de forhold på arbejdspladsen, der kan påvirke de ansattes fysiske helbredstilstand" hvor det psykiske arbejdsmiljø, er de forhold, "der påvirker de ansattes psykiske helbred" (Undervisningsministeriet, 2000). Det psykosociale favner noget bredere og kan defineres som: "De konsekvenser, som arbejdets betingelser, indhold og tilrettelæggelse samt samspillet mellem de ansatte på arbejdspladserne har for de arbejdendes psykiske og psykosomatiske helbredstilstand, identitet og personlighed, sociale liv og livskvalitet" (BSR, 1998). Selvom man principielt kan behandle de tre særskilt, vælger vi i dette projekt at behandle dem under én, da arbejdsmiljø trodsalt er et samspil mellem de tre.

I projektet antager vi hypotesen om, at patientsikkerhed og arbejdsmiljø er tæt knyttet, og at et godt arbejdsmiljø afføder en god sikkerhedskultur, og at man ved at forbedre arbejdsmiljøet forbedrer sikkerhedskulturen - og omvendt. Inden for nogle områder påstår man endog at "et godt arbejdsmiljø hænger sammen med et godt læringsmiljø" (Undervisningsministeriet, 2000). Det betyder i praksis at man for at opnå en høj patientsikkerhed, også er nødt til at forbedre arbejdsmiljøet. Med andre ord, så vil man

indirekte styrke patientsikkerheden og læring fra utilsigtede hændelser via forbedring af arbejdsmiljøet og direkte ved at forbedre sikkerhedskulturen.

### **2.3 Patientsikkerhed**

Udtrykket patientsikkerhed bruges i mange sammenhænge og kan derfor synes diffus. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren definerer det således: "Patientsikkerhed betegner sikkerhedstilstanden for patienter, når de er i kontakt med sundhedsvæsenet. Ved høj patientsikkerhed er risikoen for patientskade lav, og ved lav patientsikkerhed er risikoen for patientskade høj" (DSKS, 2003). Arbejdet med patientsikkerhed handler derfor om at beskytte patienten mod skader eller risiko herfor i forbindelse med undersøgelse, behandling, rehabilitering og pleje i sundhedssektoren eller mangel på samme (Trygpatient, 2004). Udfordringen i arbejdet med patientsikkerhed består på den ene side i at udvikle processer og systemer, der tager højde for, at mennesker fejler, men at disse ikke kommer til at udløse skader på patienten, og på den anden side i at skabe en sikkerheds- og læringskultur, som bl.a. indebærer en øget bevidsthed om den daglige praksis' indbyggede risici. Med andre ord udvikling af en sikkerhedskultur.

### 3 Formål

Projektets formål er flere:

- 1) at få kendskab til niveauet af sikkerhedskultur på de enkelte afdelinger
- 2) at udvikle og validere et spørgeskema, herunder at vurdere sammenhæng og overensstemmelse mellem resultater af udvalgte måle metoder i forbindelse med måling af sikkerhedskultur
- 3) at igangsætte en proces i afdelingerne med udvikling af læringskulturen omkring utilsigtede hændelser og en forbedring af sikkerhedskulturen og arbejdsmiljø

Hensigten var endvidere at koble loven om patientsikkerhed, herunder rapportering af utilsigtede hændelser til lokal læring, sådan at den enkelte afdeling ville opleve at rapportering gav mening i dagligdagen gennem en forbedret patientsikkerhedskultur.

#### 3.1 Metode

Med henblik på at måle og vurdere sikkerhedskulturen, arbejdsmiljøet og patientsikkerheden generelt anvendtes både kvantitative såvel som kvalitative metoder. Undersøgelsen er baseret på spørgeskemaer udsendt til personalet på fire afdelinger (i fire forskellige specialer) og interview med udvalgte medarbejdere og ledelsen på de samme afdelinger.<sup>2</sup>

Interviewene blev udført som semi-strukturerede interview. Interviewguides blev udviklet af projektgruppen og dækkede de samme temaer som spørgeskemaet. Til hvert interview indgik en sundhedsfaglig person, en læge eller sygeplejerske (notattager), en erhvervs-psykolog med speciale i arbejdsmiljø (1. interviewer) og en ph.d.-studerende med speciale i sikkerhedskultur (2. interviewer). Alle interview blev optaget på bånd samtidig med at de blev noteret på computer undervejs.

Resultaterne fra de to metoder blev sammenlignet med henblik på at undersøge ligheder og evt. markante forskelle, samt styrker og svagheder ved de to metoder. Interview blev brugt til at teste og validere om spørgeskemabesvarelsene indfanger kulturen, som den udspringer sig, og resultaterne dermed kan tages for pålydende.

I forbindelse med tilbagemeldingen til afdelingsledelsen var udgangspunktet at projektgruppen i samarbejde og dialog med ledelsen og evt. nøglepersoner i afdelingen diskuterede sig frem til en fordelagtig måde, dels at bruge data på, og dels at arbejde videre med evt. udvalgte sikkerhedskultur faktorer. Projektgruppen har bevidst undladt at presse færdigskårede løsninger ned over hovedet på de fire afdelinger, idet vi har ønsket at afdelingerne - og dermed aktørerne - selv skulle udvikle ejerskab overfor løsningsmodellen. Det er velkendt inden for organisationsforskning at følelsen af ejerskab er en forudsætning for at skabe og fastholde forandringer (Darwin et al., 2002).

Afdelingerne blev opfordret til at indgå aktivt i evalueringen af resultaterne og reflektere over hvordan den forhåndenværende viden kunne anvendes i den videre planlægning og udvikling af sikkerhedskulturen, og hvilke tiltag der skulle understøtte planen. De blev tilbudt hjælp fra projektgruppen i forbindelse med konkrete behov eller hjælp til tiltag til forandring. Det ligger ikke inden for rammerne af dette projekt at følge processen fuldstændig til dørs, snarere at igangsætte og få fokus på problemområdet - forhåbentlig på sigt med konstruktivt udfald.

---

<sup>2</sup> Det anvendte spørgeskema er tidligere brugt i Frederiksborg Amt og herefter statistisk valideret til brug i Københavns Amt. Det er udviklet af Marlene Dyrlov Madsen, som led i et ph.d.-projekt, og baggrund og udvikling af spørgeskemaet står indledningsvist beskrevet i Bilag 5: Spørgeskema.

### 3.2 Datagrundlag

Datagrundlaget består dels af spørgeskemadata fra personalet på fire afdelinger se tabel 1, og dels af interviewdata med et repræsentativt udvalg af medarbejdere og ledelsen på de samme afdelinger se tabel 2.

Tabel 1: Datagrundlag - spørgeskema		
Spørgeskema udsendt i 2003 november:	Antal og procenter	
Udsendt i alt	577	
Antal besvarelser	322	
Samlet svarprocent	56%	
Svarprocentfordelingen for afdelingerne	53% - 60%	
Besvarelse fordelt på personale:	Læger	22,7%
	Sygeplejersker	54,5%
	Social og sundhedsassistenter / sygehjælpere	7,5%
	Andet	15,3%

Besvarelsesprocenten er normal for denne type undersøgelse.

Tabel 2: Datagrundlag - Interview					
Afdelinger:	Ledelsen	Læger	Spl.	Andet	I alt
1	2	2 (1)	3		8
2	2	1	5	1	9
3	2	3	4		9
4	2	2	5		9
I alt:	8	9	17	1	35

Repræsentativiteten er rimelig undtagen for afdeling 2, hvor lægerne er underrepræsenterede.

## 4 Resultater af og interview- og spørgeskema undersøgelse

I dette afsnit præsenteres resultater af interview og spørgeskema efterfulgt af en beskrivelse af præsentationen til ledelsen i afdelingerne, deres respons og de diskussioner dette affødte, samt hvad afdelingerne konkret har brugt undersøgelsen til - indtil videre.

### 4.1 Interview resultater

Interview resultaterne viser både tematiske ligheder og væsentlige forskelle på sikkerhedskultur faktorerne mellem de fire afdelinger. I det følgende beskrives først lighederne mellem afdelingerne, herunder enkelte variationer, og dernæst forskellene. I begge tilfælde i opsummerende form.

#### 4.1.1 Ligheder mellem afdelinger

Der eksisterer en stor usikkerhed overfor det kommende rapporteringssystem iblandt sygehuspersonalet. Medarbejderne (og til dels lederne) er usikre på hvad loven i praksis kommer til at betyde, og hvad man som medarbejder vil opnå ved at rapportere. Til gengæld forventes, at der skal bruges tid på at rapportere – tid, som man ikke oplever at have. Alle er derfor enige om, at det skal gøres tydeligt at det kan betale sig, og at det vil gøre en forskel, at rapportere. De fleste ønsker, at der gives feedback til den rapporterende og andre relevante parter, samt konstruktive anvisninger til forbedringer af systemet. Endvidere, mener personaler, at det er vigtigt at anlægge et systemperspektiv på behandlingen af utilsigtede hændelser, dvs. at man skal gå efter bolden – de bagvedliggende årsager – og ikke blot efter manden.

Der er generel skepsis overfor det kommende rapporteringssystem, flere har mistro til ”fortroligheden”, og vil derfor have syn for sagen, før de føler sig trygge ved at rapportere. En oplevelse af det eksisterende system som ”uretfærdigt”, dels fordi man oplever at det er tilfældigt, hvem der indklages, og dels fordi, det primært ”går efter manden og ikke bolden”, gør at især medarbejderne trækker på ”de dårlige historier” f.eks. klagesager. Disse historier og traditioner er medarbejderne overbeviste om vil skabe betydelige barrierer for tilliden til ”det nye system”. På trods af den megen skepsis udtrykker personalet på andre områder imødekommenhed overfor det nye system, især hvis det bevirker en større åbenhed i afdelingerne. Der er et udbredt ønske om at kunne tale mere åbent om fejl og i den forbindelse et håb om større opbakning og støtte.

Hvad angår prioriteringen mellem produktion og sikkerhed, opfatter medarbejderne altid sikkerheden som værende primær, alligevel kan de fleste fortælle historier om, at de er gået på ”kompromis” med sikkerhed. Hvor ofte og hvorfor sikkerheden kompromitteres varierer i styrke fra afdeling til afdeling.

Arbejdsforholdene er generelt hårde, idet der er mange nye tiltag, sammenlægninger, nedskæringer mv., som medvirker til at skabe en stresset hverdag. Graden af stress og mulighed for at kontrollere denne varierer fra afdeling til afdeling. Enkelte har følt sig tvunget til at sige op, idet de ikke længere kunne stå inden for det faglige niveau, hvilket især gjaldt plejepersonalet.

Til trods for det krævende arbejde er der generelt en følelse af meningsfuldhed i arbejdet og en udpræget høj faglig stolthed blandt både læger og sygeplejersker. En diskussion heraf pegede på at ”kontrol” var helt centralt for tilfredshed i arbejdet, forstået som hvorvidt man selv kunne påvirke hverdagen og kontrollere arbejdsbelastningen.

Hvad angår indsatsområder og fejlkilder peger personalet på, at det tværfaglige samarbejde, samt kommunikation på tværs af afdelinger kan forbedres. Derudover blev der gentagne gange fremhævet hvordan de unge læger ikke altid fik den behørig indføring i specialet, samt at de ofte står alene i kritiske situationer uden den fornødne kompetence og erfaring. I sådanne situationer er det ofte plejepersonalet, der ”kommer dem til undsætning”. Det synes at være et alment problem, om end problemet fremhæves som mere udpræget i nogle afdelinger. Det er således ikke overraskende at en ung læge bemærker: ” Hvis man virkelige vil patientsikkerhed, så bør man opprioritere supervision!”

#### **4.1.2 Forskelle mellem afdelinger**

Der er store forskelle på niveauet af læring og rapportering i de respektive afdelinger; fra aktiv rapportering til ingen rapportering overhovedet, og med større til mindre forståelse af fejl og utilsigtede hændelser som (lærings)ressource. Ledelsesstilen varierer betragteligt fra en moderne til en mere traditionel form, ligesom ledelsens synlighed, åbenhed og forståelse overfor medarbejderne veksler. I nogle afdelinger virker samarbejdet og kommunikation mellem lederne utrolig stærkt og sundt, mens det i andre afdelinger virker mindre velfungerende og i et enkelt tilfælde er der decideret uenighed mellem ledelsen i deres tilgang og rolle, særligt i forbindelse med rapportering. Tilsvarende gælder for medarbejderne, i en enkelt afdeling er der helt tydeligt uenighed om plejen. Samarbejde og kommunikation er også mere eller mindre velfungerende i forskellige sammenhænge, det være sig internt og eksternt, monofagligt og tværfagligt.

### **4.2 Spørgeskema resultater**

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser betydelige forskelle på afdelingsniveau på sikkerhedskultur faktorerne, og dermed på niveauet af patientsikkerhedskultur. I det følgende har vi valgt at gennemgå resultaterne temamæssigt og i den rækkefølge de forekommer i spørgeskemaet. Når der i teksten nævnes ”problematiske svar”, så dækker det svarene - i procent af enighed eller uenighed samt neutral - som går i negativ retning af det man a priori forventer af en velfungerende sikkerhedskultur.

#### **4.2.1 Rapportering**

Indledningsvist skal det bemærkes at Lov om patientsikkerhed, og dermed obligatorisk rapportering, på dette tidspunkt endnu ikke var iværksat. En af afdelingerne har et rapporteringssystem, hvilket også afspejler sig i resultaterne. I de fleste andre tilfælde finder der ikke systematisk læring sted, nok har ledelsen i flere tilfælde meldt ud til afdelingen at de ønsker læring (i nogen har de ikke), men dette har ikke i særligt høj grad udmøntet sig i praksis. Det er især, når det kommer til feedback fra hændelser og konkrete ændringer på baggrund af disse, at afdelingerne ikke er gode nok til at følge op. I en af afdelingerne er der sågar 62 % som er enige i at man ikke altid for konstruktiv feedback ved at fortælle om fejl og utilsigtede hændelser, ligesom 53 % er uenige i at det er normalt at evaluere arbejdsgange og diskutere mulige forbedringer. End ikke den afdeling, som har et rapporteringssystem uddrager i tilstrækkelig grad læring efter hændelser og er ikke god til at informere patienter efter hændelser/fejl (52 % problematiske svar). Hvad angår at være omhyggelig med at informere patienter efter hændelser/fejl, er der stor forskel på afdelingernes svar, der variere mellem 35 % til 82 % problematiske svar.

#### **4.2.2 Grunde til tilbageholdenhed**

I spørgeskemaet bliver der spurgt til forskellige grunde til at holde sig tilbage med at fortælle om fejl og utilsigtede hændelser. Den generelt stærkeste grund angives som manglende tradition for at fortælle om fejl og utilsigtede hændelser. Som kontrast hertil er den stærkeste grund for afdelingen med rapporteringssystemet, at det forøger arbejdsmængden. De næste grunde varierer i styrke og rækkefølge fra at man ikke føler sig tryk til at der ingen forbedringer kommer. I gennemsnit har knap 1/5 været i en situation, hvor de har afholdt sig fra at fortælle om fejl/hændelser.

#### **4.2.3 Undersøgelse**

Inden for det sidste ½ år har 32 % været involveret i en hændelse. I 28 % af tilfældene resulterede det i en undersøgelse, i 64 % af disse tilfælde blev årsagerne identificeret, men kun 39 % af disse oplevede at der kom positive ændringer ud af undersøgelsen. På afdelingsniveau er det påfaldende at den afdeling hvor flest angiver at have været involveret i utilsigtede hændelser, mener kun 8 % at det resulterede i en undersøgelse, ligesom kun 27 % angiver at der kom positive ændringer ud af det. Samtidig viser resultaterne at afdelingen med rapporteringssystemet, er den hvor færrest har været involveret i en hændelse, og hvor de fleste har resulteret i en undersøgelse, identificerede årsager og opnået positive ændringer.

#### **4.2.4 Kompetence, stress, træthed**

Under denne sikkerhedskultur faktor er det positivt, at personalet generelt beder om hjælp, hvis arbejdsbelastningen. Samtidig er der overvejende enighed om, at man ikke fremstår som inkompetent, hvis man spørger om hjælp, mens 34 % gennemsnitligt udtrykker enighed i at det er flovt at begå fejl foran kolleger.

Til gengæld er det problematisk, at 30 % svarer, at mange har et mangelfuldt kendskab til instrukser mv. (i en enkelt afdeling er 44 % enige heri), og 36 % udtrykker uenighed i at nye får en grundig introduktion vedrørende patientsikkerhed. I en afdeling er der 28 % der er enige i at der sjældent sker ændringer før tingene er gået galt. Alligevel, og dette er uafhængigt af afdeling, ser de fleste frem til at komme på arbejde hver dag.

#### **4.2.5 Ansvar – patienter**

Afdelingerne varierer fra 30 % til 57 % i enighed i, at de ikke har tilstrækkelig tid til at færdigbehandle patienter forsvarligt. Derudover er der generel enighed om, at man selv (59 %) og ledelse (51 %) kan gøre mere for at undgå patientskader. Spørgsmålet om ledelsen prioriterer patientsikkerhed lavere end effektivitet svinger fra 8 % til 25 % enighed. Endvidere mener 14 % at de selv, og 16 % at kolleger undertiden har tilbageholdt information om hændelser overfor patienter.

#### **4.2.6 Tillid, motivation og engagement**

Dette emne viser store forskelle mellem afdelingerne. Blandt andet i deres holdning til deres nærmeste leder. De fleste oplever stor tillid fra den nærmeste leder (71 % - 93 % enighed). Der er dog stor forskel på om man oplever at den nærmeste leder hellere vil have at medarbejderne arbejder effektivt end i overensstemmelse med instrukser når presset er stort (11 % -36 % enighed). Fra 6 % til 24 % er enige i at den nærmeste leder er dårlig til at støtte personale efter hændelser, ligesom 6 % til 22 % er uenige i at ledelsen aktivt støtter forslag fra personalet om forbedringer af patientsikkerhed, og at den nærmeste leder handler beslutsom, når der opstår problemer omkring patientsikkerhed (5 % - 19 %). 13 % til 28 % er uenige i at nærmeste leder indrømmer fejl.

Hvad angår spørgsmål om retfærdighed synes der at være en rimelig god standard for dette på alle afdelingerne. Når det gælder spørgsmålet om der fokuseres på skyld, når der går noget galt udtrykkes en forskel på 2 % til 19 % enighed, ligesom 8 % til 30 % udtrykker uenighed i at godt arbejde anerkendes.

#### **4.2.7 Kommunikation og samarbejde**

Der er stor forskel på afdelingerne i relation til opfattelse af at samarbejdet med afdelingsledelsen (7 % - 41 % uenighed) og afsnitsledelsen (7 % - 26 % uenighed) fungerer godt. Det samme gælder i relation til oplevelser af om de daglige konflikter løses på en god måde (11 % - 31 % enighed), og hvorvidt man er klar over, hvem der gør hvad i det daglige (7 % - 32 % uenighed). Derudover ses en stor forskel på tilfredsheden

af den måde de informeres på om vigtige ting vedrørende arbejdet (15 % - 38 % uenighed).

#### **4.2.8 Ledelsesstil**

I forbindelse med ledelsesstil blev respondenterne spurgt hvilken ledertype, de helst ville arbejde under og dernæst angive hvilken type, de rent faktisk arbejder under. I et tilfælde er det helt tydeligt, at der er overensstemmelse mellem ønske og virkelighed, i et andet er der temmelig stor diskrepans, mens der i to tilfælde er stor spredning, inden for den enkelte afdeling, i angivelsen af den eksisterende ledelsesstil. I forlængelse heraf er der stor spredning på holdningen til om ledelsen viger tilbage for at løse problemer med besværlige medarbejdere (14 % - 44 % enighed), og det samme gælder hvorvidt ledelsen har en klar holdning til patientsikkerhed (6 % -33 % uenighed). Endvidere udtrykker 6 % til 24 % uenighed i at deres nærmeste leder giver klare instruktioner.

#### **4.2.9 Instrukser / procedurer / vejledninger / retningslinjer**

For tre af afdelingerne er den stærkeste grund til ikke at følge instrukser mv. den faglige begrundelse (56 % - 75 %), mens den sidste afdeling begrundes undladelsen i presset pga. arbejdsbelastning (66 %), som for de andre afdelinger kommer på andenpladsen. For en enkelt afdeling udtrykkes arbejdsbelastningen som en lige så stor grund som at instrukserne ikke virker efter hensigten (40 %).

#### **4.2.10 Årsager til hændelser/fejl**

Medarbejderne er under dette tema blevet spurgt om, hvorfor de mener, at der sker utilsigtede hændelser i deres afdeling. Disse besvarelser angiver ikke niveauet af sikkerhedskultur, men er interessant i sig selv, idet de siger noget om, hvor man oplever faldgrupperne og dermed kan sætte ind. Den ubetingede største årsag for alle afdelinger er de ”mange afbrydelser/forstyrrelser i arbejdet” 61 %, dernæst varierer årsagerne fra at ”uerfarne står uden tilstrækkelig opbakning” (20 % - 53 %), at ”uddannelse og læring ikke prioriteres tilstrækkeligt” (18 % - 42 %), ”for få ressourcer til patientsikkerhed” (16 % - 52 %), ”ukvalificeret personale for lov at fortsætte” (12 % - 39 %), ”enkelte følger ikke de foreskrevne regler mv.” (14 % - 32 %) og ”mangelfulde instrukser vedrørende teknisk udstyr” (17 % - 38 %). Derudover er der en tendens til at de afdelinger, som har en mindre positiv sikkerhedskultur er forholdsvist mere enige i at ovenstående, er årsager til utilsigtede hændelser.

### **4.3 Tilbage melding, reaktion og brug af dataresultater**

Projektgruppen opsummerede og afrapporterede resultater af både interview og spørgeskemaundersøgelsen til ledelserne i hver af de fire afdelinger på møder af 1-2 timers varighed (se bilag 1-4). I denne forbindelse blev resultaterne diskuteret, især hvorvidt man kunne genkende sig selv, hvilke styrker og svagheder resultaterne viser, hvad man kan forbedre, samt hvilke konkrete ændringer der er foretaget siden undersøgelsen fandt sted (ca. 1 år tidligere). Ud over disse diskussioner var formålet med møderne især at diskutere fremtiden:

1. Hvordan kan/skal resultaterne videreformidles til medarbejderne?
2. Hvordan kan undersøgelsesresultaterne bruges i arbejdet med patientsikkerhed?
3. Hvordan kan afdelingens styrker anvendes til at arbejde med svaghederne?
4. Hvilken strategi skal anvendes i den konkrete afdeling for at udvikle en positiv sikkerhedskultur?
5. Hvilken rolle skal de forskellige aktører spille, herunder ledelsen, mellemledere og medarbejdere?
6. Skal der udpeges særlige nøglepersoner, patientsikkerhedsansvarlige?



Ikke alle afdelingerne fandt umiddelbare svar på spørgsmålene, dels fordi de indledende diskussioner i visse tilfælde tog længere tid end beregnet, og dels fordi ledelserne endnu ikke selv var afklarede.

#### **4.3.1 Reaktion og brug af data**

De fire ledelsers modtagelse af resultaterne og deres syn på disses anvendelighed var forskellige. Generelt var ledelserne imødekomende, lyttende og interesserede, men i en enkelt afdeling var der modstand mod forandring og skepsis overfor om projektet overhovedet kunne bidrage med noget.

Imidlertid tilkendegav ledelserne i alle afdelingerne, at resultaterne af både interview og spørgeskema var meget præcise i deres beskrivelser af afdelingens kultur og håndtering af utilsigtede hændelser. I mellemtiden havde flere afdelinger foretaget forbedrende tiltag, hvilket der blev brugt en del tid på at berette om og diskutere konsekvenserne af. Ledelserne var af den opfattelse, at tiltagene, som netop havde været målrettet nogen af de problemområder resultaterne pegede på, ville tegne et andet billede af afdelingen i dag. I den sammenhæng udtrykte flere interesse i at anvende spørgeskemaet igen til at måle om tiltagene havde medført ændringer i sikkerhedskulturen.

På trods af disse tiltag var der enighed om, at resultaterne var i stand til at pege på mangler og potentielle forbedringer af patientsikkerhed.

To af de fire afdelinger valgte at bruge projektgruppen aktivt. I det ene tilfælde i forbindelse med planlægning og afholdelse af en temadag om patientsikkerhed, i det andet som sparringspartner i patientsikkerhedsudvalgets afsluttende fase af deres oplæg til en ny patientsikkerhedsorganisation med medfølgende arbejdsopgaver og ansvarsfordeling.

#### **4.3.2 Afdeling 1**

I denne afdeling havde der været en stor personaleudskiftning, på grund af samarbejdsvanskeligheder. Førhen havde afdelingen haft problemer med at rekruttere unge, og nu et halvt år efter fik de uopfordrede ansøgninger. Man var også begyndt at arbejde med læring, men ikke systematisk fra fejl og utilsigtede hændelser. Derudover havde man dårlige erfaringer fra et tidligere projekt med hensyn til at få personalet til at rapportere, på trods af store anstrengelser. Ledelsen var af den opfattelse at sikkerhedskultur, mere konkret rapportering indeholder de samme vanskeligheder som det tidligere projekt, og man derfor skal bruge mange ressourcer på at få det til at fungere. Afdelingen vil gerne prioritere patient sikkerhedskultur projektet, men oplever at der er mange sideordnede projekter, der alle kræver tid og engagement.

I denne afdeling brugte især patientsikkerhedsgruppen projektgruppen målrettet i forbindelse med deres afsluttende arbejde om patientsikkerhedsstrukturen. Der blev afholdt et par møder med de nøgleansvarlige for patientsikkerhed, hvorefter data i yderligere aggregeret form blev præsenteret for hele ledelsesgruppen, samtidig med det nye oplæg til sikkerhedsorganisationen. I denne sammenhæng blev de konkrete tiltag diskuteret, hvorefter ledelsesgruppen besluttede selv at fortsætte det videre arbejde, især fordi et sponsoreret arbejdsmiljøprojekt var søsat. Afdelingen var vældig optaget af akkreditering og det psykosociale arbejdsmiljø og havde ikke ressourcer til flere projekter. Denne afdeling var eksplicit interesseret i at få foretaget endnu en spørgeskemamarunde for at kunne evaluere effekten af deres konkrete tiltag.

#### **4.3.3 Afdeling 2**

Her havde man lidt svært ved umiddelbart at tolke de mange tal data, men var glad for at se at budskabet var nået ud til medarbejderne så personalet faktisk rapporterede i deres rapporteringssystem. Siden sidst havde man indført teams og et bookingsystem, som man oplevede havde haft positiv effekt.

Selvom lederen anerkendte væsentligheden af patientsikkerhed ønskede han/hun ikke at prioritere det, ikke mindst fordi det var uklart hvorfra ressourcerne skulle indhentes. Til gengæld ville lederen gerne have et mere kondenseret oplæg fra projektgruppen om, hvor indsatsen skulle lægges samt grafer med data, som kunne præsenteres for medarbejderne på et kort møde. Projektgruppen lagde dog vægt på at indsatsområderne skulle bestemmes i samråd og dialog med ledelsen, for at afdelingen kunne udvikle ejerskab til projektet. Ligesom en kort overlevering af resultaterne til medarbejderne sandsynligvis ikke ville medføre nogen ændringer på sigt.

Ledelsen ville gerne kende sit niveau i forhold til de andre medvirkende afdelinger, og det var en tendens til at tolke resultaterne mere positivt end projektgruppen. Desuden var der uenighed i ledelsesgruppen om værdien af datamaterialet. Mødet endte derfor med at ledelsen skulle vende tilbage, når de havde fundet ud af hvad de ville bruge projektgruppen til.

#### **4.3.4 Afdeling 3**

Denne afdeling havde arbejdet intenst med motivation og samarbejde i et af afsnittene, pga. af et stort frafald af personale. I løbet af denne proces var det blevet dem klart, at nok var der meget frihed i afdelingen men ingen fælles mål, hvilket medvirkede til at skabe usikkerhed blandt medarbejderne. Man havde nu klarlagt hvad der skulle til og opsat nogle fælles mål for afsnittet. I afdelingen arbejdede en gruppe målrettet med medicinering bl.a. ved at udvikle nye medieringsskemaer for både læger og sygeplejersker. I forbindelse med akkreditering var der nedsat en gruppe, som overvejede at arbejde med patientforløb som hovedområde. Endvidere overvejedes muligheden af at udpege en risk-manager i afdelingen.

Denne afdeling tog åbent imod resultaterne, idet de havde mange forbedringspunkter at tage fat om. De oplevede at undersøgelsen slog hovedet på sømmet, og var derfor opsat på at bruge denne viden konstruktivt ved bl.a. at videreformidle til medarbejderne. De var overbevist om at sikkerhedskultur faktorerne, så som kommunikation og samarbejde, var hjørnesten i patientsikkerhedsarbejdet. Da man havde planlagt en temadag om patientsikkerhed inden for den meget nære fremtid, blev det besluttet at denne skulle fokuseres omkring undersøgelsesresultaterne.

I dialog med ledelsen og patientsikkerhedsudvalget og på baggrund af datamaterialet blev fire centrale indsatsområder prioriteret. På temadagen blev resultaterne fra de udvalgte indsatsområder - understøttet af teori - formidlet til alle medarbejderne i en aggregeret og fokuseret form. Oplægget blev derefter fulgt op af gruppediskussioner af de fire centrale temaer, der hver blev behandlet af to forskellige grupper, og derefter fremlagt i plenum:

1. Tema: Hvordan får vi hændelserne frem i lyset og får lært af dem i forbindelse med håndtering af patientsikkerheden?
2. Tema: Hvilken betydning har dialog og kommunikation, og hvorledes forbedres denne i forbindelse med patientsikkerhed?
3. Tema: Hvilken betydning har kompetence, overskridelse af egne grænser og manglende instrukser for patientsikkerheden?
4. Tema: Hvordan forholder vi os konkret, når der optræder utilsigtet hændelse eller nærhændelse i afdelingen? Anonymitet/rapportering i ledelsessystemet. Skal der udvælges en risk-manager for afdelingen eller en styregruppe for patientsikkerhed?

I gruppearbejdet skulle der tages stilling til følgende tre spørgsmål: Genkender I problemstillingen? Hvordan prioriterer I den i patientsikkerhedsdebatten? Hvordan kan den forbedres?

Der kom mange gode og konstruktive bud på ovenstående temaer og de blev ivrigt diskuteret, om end der ikke var tid til at komme helt til bunds. På dagen besluttedes ikke *hvad* præcis der videre skulle gøres, men der var enighed om, at arbejde videre med forslagene. Desværre har afdelingen ikke formået at få samlet op på temadagen, til trods for stor iver og engagement om at arbejde med disse temaer. Alligevel er der ingen tvivl om at temadagen har medvirket til mere fokus på patientsikkerhed, og skabt større åbenhed om problemerne i afdelingen, særligt i forbindelse med utilsigtede hændelser.

#### 4.3.5 Afdeling 4

Denne afdeling havde en meget veludviklet sikkerhedskultur på de fleste faktorer, og det var derfor lidt sværere at indkredse potentielle indsatsområder. Dog var der ingen tvivl om, at der skulle arbejdes med en mere systematisk erfaringsopsamling, idet dette var afdelingens store mangel og en betydelig svaghed, set i forhold til kravet om læring. I tiden mellem undersøgelsen og mødet havde afdelingen arbejdet med en kerneårsagsanalyse, en proces de havde lært meget af, men analysen og dens konklusioner var endnu ikke viderefundet til medarbejderne. Som lederne selv fortalte havde man *talt* mere om patientsikkerhed end *handlet*.

I forbindelse med brug af materialet ville man videregive det til hele ledergruppen og samarbejdsudvalget. Herudover overvejede man at bruge dele af det som introduktionsmateriale til de nye, og evt. lade uddannelsesansvarlige, omsorgspersoner og andre centrale personer få adgang til materialet, så også de ville kunne viderefordre ”den gode historie”: Hvad er en god sikkerhedskultur og hvorfor er det, at denne afdeling er god til det den gør?

#### 4.3.6 Generelle reaktioner og relevante diskussioner

På tilbagemeldingsmøderne kom samtalerne meget hurtigt til at handle om hvorfor det var så svært at udvikle en sikkerhedskultur. De fleste afdelinger oplevede både interne som eksterne barrierer. I flere tilfælde handlede det om problemer afdelingerne oplevede som udenfor deres kontrol, og til en vis grad uden for deres ansvarsområde, om end det havde direkte indflydelse på deres hverdag.

Det største og væsentligste problem, var det faktum at patientsikkerhed i den grad slås med andre projekter om tid f.eks. elektronisk patientjournal, akkreditering og arbejdsmiljø. Akkreditering kræver et stort stykke arbejde af de enkelte afdelinger.

Et andet problem synes at være samarbejdet med direktionen. Flere afdelinger stillede spørgsmål til direktionens indsats, idet ledelserne ikke oplever at direktionen i høj nok grad støtter og klart udmelder hvad de ønsker, hvad målet er, og hvad man er villig til at investere for at opnå det. Hvad skulle eksempelvis nærværende projekt bruges til, hvad er direktionens målsætning, hvor skal man stå om tre måneder og er det muligt at bruge det til at understøtte akkreditering og kompetenceudvikling? I samme stil oplever flere af lederne at deres hverdag og opgaver er meget atomiseret, hvorfor mange gode ideer ikke kommer ud over kanten.

Et tredje problem er hele kulturen omkring åbenhed om fejl og utilsigtede hændelser. Nogen mener at de studerende på medicinstudiet ikke i tilstrækkelig grad opmuntres til at tale om fejl. Hvem har ansvaret for at lære de studerende om dette på medicinstudiet? En leder mente at det var Sundhedsstyrelsens ansvar at træne speciallægerne i kommunikation og give dem et nyt sprog omkring fejl. Vi er dog af den opfattelse at det ikke nytter kun at introducere om fejlrapportering og læring på medicinstudiet eller på speciallægeuddannelserne, man skal også være gearret til at modtage de studerende når de kommer ud. Derfor skal ledelserne tage stilling til den manglende åbenhed og prioritere nogle løsningsmodeller også selvom det er en svær opgave. I denne sammenhæng blev der nævnt at det at fortælle om fejl kunne være en trussel for faget, idet det kan påvirke og ændre ved gamle traditioner og synet på ”overlægeautoriteten”.

En fjerde barriere var hele juraen omkring fejl og pålæggelse af juridisk skyld. Her oplever de fleste ledere dels at patientklagenævnet skaber praktiske problemer og dels at disse forstærkes ved behandlingen af sager i huset. Helt generelt oplever lederne at det juridiske vægtes meget højt til fordel for patienterne, men ikke til fordel for medarbejderne også kaldet "det andet offer" (Wu, 2000), og at dette kan stå i vejen for at skabe tryghed, åbenhed og tillid i huset. Selvom husets jurist er ansat til at hjælpe medarbejderne oplever lederne det modsatte.

#### **4.4 Opsummering**

Resultaterne viser, at niveauet af sikkerhedskultur i afdelingerne variere meget – fra hvad man i tilsvarende undersøgelser kan betegne som meget moden til umoden. Imidlertid peger resultaterne også på generelle problemer, især hvad angår barrierer af strukturel og kulturel karakter, som alle afdelingerne står over for. I praksis betyder det, at der skal tages højde for, hvordan de forskellige faktorer og aspekter af sikkerhedskultur bedst håndteres i de respektive afdelinger, samtidig med at der vil være mulighed for at arbejde med nogle fælles indsats områder på tværs af afdelingerne.

I forbindelse med tilbagemelding, reaktion og brug af resultaterne i afdelingerne viser resultaterne igen en variation. De afdelinger med den mest positive sikkerhedskultur er også dem, der er mest imødekommende overfor væsentligheden af at arbejde med sikkerhedskultur. Det betyder, at der ligger en betydelig større udfordring i at få de afdelinger med, som ikke nødvendigvis har så højt et niveau af sikkerhedskultur.

Helt generelt har afdelingerne svært ved at fastholde eller prioritere engagement i undersøgelsen (f.eks. ved at gøre mere aktivt brug af data og projektgruppen), så længe de ikke holdes aktivt til ilden. Samtidig kan vi konstatere at alle afdelinger i større eller mindre grad, rent faktisk arbejder med patientsikkerhedskulturrelaterede projekter, uden at dette nødvendigvis er sat i begrebslige rammer.

## 5 Analyse af metode og værktøj til måling af sikkerhedskultur

### 5.1 Styrker og svagheder ved interview og spørgeskemadata

Resultaterne af interview- og spørgeskemaundersøgelsen viser, at disse metoder er i stand til at beskrive den eksisterende sikkerhedskultur på overensstemmende og konsistent vis for de fire afdelinger. Fra et metodisk perspektiv er det vigtigt, at alle afdelingerne oplevede at resultaterne af både interview og spørgeskema var præcise i deres beskrivelser af afdelingens kultur og håndtering af utilsigtede hændelser. På baggrund af interview validering konstateres, at spørgeskemaet er i stand til at gengive et korrekt billede af afdelingernes sikkerhedskultur. Data fra interview og spørgeskema supplerer hinanden, og der er ingen markante uoverensstemmelser mellem data materialet i de to metoder.

Spørgeskemadata fungerede godt som diskussionsoplæg, især fordi de i højere grad end interviewene var i stand til at afdække generelle trends i afdelingen, dvs. tendenser som karakteriserer afdelingens håndtering af opgaver som sådan, og som derfor vedbliver og ikke forsvinder, fordi en konkret opgave er løst. Interviewene gav mere detaljerigdom, men samtidig også en kontekstafhængig fokusering på enkeltproblemer, med den effekt at aktuelle problemer fyldte forholdsvis meget f.eks. fysisk flytning og de problemer det medførte. Med andre ord er spørgeskemadata bedre i stand til at pege på mangler ved sikkerhedskulturen, som kan have bred effekt og som man kan diskutere omfanget af og løsninger til i afdelingen. Interviewene derimod er i højere grad i stand til at afdække de aktuelle problemer, men netop derfor kan man komme til at miste den større årsagssammenhæng.

### 5.2 Faktor analyse

Resultaterne fra spørgeskemaet er analyseret ved hjælp af en faktor analyse hvilket har resulteret i et forkortet spørgeskema, fra 68 items til 42 items.<sup>3</sup> Derudover viste interview data, at der var nogle områder, som er særlige risikofyldte, og som ikke er tilstrækkeligt dækket af spørgsmålene i spørgeskemaet. Dette har givet anledning til et par nye spørgsmålsbatterier. Vi har valgt at bruge en eksisterende og valideret faktor fra et gennemtestet spørgeskema af Sorra (2004), som Madsen m.fl. (2006) har reviewet og fundet brugbart og relevant. Det drejer sig om ”kommunikation og åbenhed”. Derudover har vi valgt at formulere nogle tillægsspørgsmål omhandlende ”patienten og sikkerhed”, som vi finder væsentlige. Spørgeskemaet består nu af følgende emner inden for patientsikkerhedskultur:

- A. Rapportering og læring (spm 1-5)
- B. Grunde til ikke at rapportere (spm 6-9)
- C. Prioritering, tillid og støtte (spm 10-13 & 15-19)
- D. Kommunikation og samarbejde (spm. 14 & 20-24)
- E. Ressourcer (spm 25 & 26)
- F. Kommunikation åbenhed (spm 27-29)
- G. Patienten og sikkerhed (spm 30-33)
- H. Grunde til at undlade at følge instrukser mv. (spm 34a-e)
- I. Hvorfor indtræffer utilsigtede hændelser (spm 35a-g)
- J. Involvering og rapportering af utilsigtede hændelser (spm 36-37)
- K. Kendskab til ansvarlige (spm 38-39)
- L. Faktuelle spørgsmål (spm 40-42)

---

<sup>3</sup> For en gennemgang af analyseresultaterne se Risø-I-rapport: Spørgeskema om PatientSikkerhedsKultur på Sygehuse: Vejledning i Brug og Analyse - Opgave udført for Københavns og Frederiksborgs Amter, Marlene Dyrlov Madsen.

## 6 Diskussion

### 6.1 Interview og spørgeskema resultater

Resultaterne fra både interview og spørgeskema vidner om en stor diskrepans mellem afdelingerne på niveauet af sikkerhedskultur. Dette svarer til tidligere undersøgelser (Madsen, 2004). Samtidig ses mange ligheder, især i relation til rapportering og alt hvad det indebærer, fordi afdelingerne er præget af den samme kultur og tradition omkring håndtering af fejl og utilsigtede hændelser, og fordi der endnu ikke eksisterer en systematisk erfaringsopsamling (kun i en afdeling). De fire afdelinger kan derfor potentielt have gavn af et samarbejde, dels fordi de hver især har svagheder og styrker, som kan supplere hinanden og dels fordi de står overfor den samme udfordring – at opbygge en læringskultur.

Resultaterne viser, at der er generel interesse for arbejdet med patientsikkerhed, samt at flere afdelinger allerede er rigtig godt i gang. Alligevel er der i arbejdets organisering, beslutningsprocesser, kommunikation og samarbejde samt i arbejdsmængden i sig selv, en del barrierer som må overkommes for at sikre tilrettelæggelsen af en systematisk erfaringsopsamling og læring af utilsigtede hændelser med henblik på at skabe en positiv sikkerhedskultur.

#### 6.1.1 Rapportering

Interviewene peger entydigt på at personalet ønsker at det strukturelle omkring rapportering skal være i orden, herunder hvad der skal rapporteres, hvordan det skal rapporteres, til hvem, samt at der kommer feedback og konstruktive ændringer ud af rapporterne. Ligesom man skal behandles retfærdigt. Disse krav stemmer overens med viden fra andre domæner (Reason, 1997), og som man har evalueret og opstillet i rekommandationerne til det nationale system (Hermann et al., 2002). Lov om patientsikkerhed tager højde for flere af disse ønsker, men dikterer ikke hvorledes dette skal foregå lokalt. Dette bestemmes af amterne, hospitalerne og de enkelte afdelinger.

De involverede afdelingerne kan tydeligvis blive meget bedre til at systematisere og bruge viden fra fejl og utilsigtede hændelser, herunder gennemgå forløb og årsager, diskutere mulige forbedringer, opdatere træning og instrukser, samt at give konstruktiv feedback. En forudsætning herfor er, at ledelsen tydeligt giver udtryk for at den ønsker at lære fra fejl og utilsigtede hændelser, herunder skabe og anvende systematisk læring fra hændelser.

Undersøgelsen viste, at det kun var i knap 40% af de tilfælde hvor der havde været en undersøgelse, at der rent faktisk kom positive ændringer ud af det. Det er for lav en procentdel, hvis medarbejdernes motivation til at rapportere skal opretholdes. Den positive effekt af undersøgelserne skal gøres tydeligere og evt. mere konstruktivt, så personalet kan se, at deres bidrag gør en forskel. Et interessant fund er, at den eneste afdeling, som rent faktisk har rapportering, samtidig er den afdeling, hvis stærkeste grund til ikke at rapportere er, at det tager for meget tid. Dette er en utrolig væsentlig erfaring, idet man ikke skal underkende at tiden personalet bruger på rapportering skal indhentes et andet sted fra. Dette kan i yderste fald betyde at medarbejderne skal prioritere mellem opgaver, hvilket stiller dem i et dilemma. Derudover var der en afdeling, som havde arbejdet med en anden form for rapportering, og som oplevede at det var utrolig svært at engagere medarbejderne til at rapportere, og derfor var forudindtaget angående fejlrapportering.

Spørgsmålet er hvordan man kan skabe tradition for at fortælle om fejl og utilsigtede hændelser og samtidig opbygge tryghed for medarbejderne ved at stå frem.

### 6.1.2 Retfærdighed

En retfærdig kultur bygger på en tankegang om at medarbejderne skal behandles retfærdigt, hvilket er en forudsætning for at personalet villigt rapportere. Med andre ord så forudsætter organisationens mulighed for læring fra fejl og utilsigtede hændelser, at medarbejdere ikke straffes eller bebrejdes for uintenderede fejl (dvs. fejl som ikke skyldes bevidste overtrædelser); og desuden at man undlader at straffe for fejl og hændelser, som skyldes latente betingelser i det tekniske eller organisatoriske system (Reason, 1997; Maurino, 1995; Miller, 1997). En retfærdig behandling, betyder på den ene side, at medarbejderne ikke bebrejdes af deres ledere for at begå mindre fejl, og på den anden side at de medarbejdere, der faktisk har opført sig groft uagtsomt i en hvis udstrækning bliver gjort ansvarlige. Sidstnævnte stiller store krav til organisationen, idet det kan være meget svært at skelne simpel uagtsomhed (dvs. man har handlet letsindigt i en eller anden mindre grad) fra grov uagtsomhed, især fordi man i udgangspunktet typisk vurderer "fejlen" på baggrund af konsekvenser, dvs. skadens størrelse, og ikke på intentionen. Kort sagt, lægges der ikke nødvendigvis vægt på det retfærdige (intentionen), men på skaden (konsekvensen). Den retfærdige kulturs største udfordring er derfor at definere en klar grænse mellem den acceptable og den uacceptable adfærd.<sup>4</sup> Inden for den sikkerhedskritiske teori taler man oftere om den 'skyldfrie' ("blame-free") kultur' end den 'retfærdige kultur'. Den 'blame-free kultur', der er karakteriseret ved at undgå at udpege skyldige, har et mere vanskeligt problem med at 'trække grænsen' (Madsen, 2002). Vanskeligheden består i at begrebet 'blame-free' kan fortolkes som om der aldrig vil blive placeret skyld og følgelig heller aldrig anvendt straf. Denne misfortolkning kan skabe falske forventninger blandt medarbejderne, men også provokere det omgivende samfund. Mens den retfærdige kultur må betegnes som begrebsmæssigt klar, er den 'blame-free kultur' med andre ord konceptuelt diffus.

I interviewene og møderne med ledelserne fyldte dette emne meget, idet erfaring med utilsigtede hændelser og behandlingen heraf stammer fra patientklagenævnets behandling, som de fleste oplever som uretfærdigt og tilfældigt, og omkostningstungt i form af den effekt det har på de involverede medarbejdere. Den nye Lov om patientsikkerhed har et helt andet sigte – læring frem for skyld – dette kan dog være svært at overbevise medarbejdere og ledelserne, der oplever at det juridiske system vægtes meget højt. Spørgsmålet er hvordan man kan skabe tryghed, åbenhed og tillid, så man undgår en praksis omgærdet af defensiv medicin, som man ser det i USA, og begyndende i England.

Til gengæld peger resultaterne også på at medarbejderne internt i afdelingen oplever et retfærdigt system, dog sådan at nogen afdelinger oplever mere fokus på skyld end andre, ligesom lederne heller ikke altid vil indrømme fejl, og dermed være foregangsmænd for åbenhed om fejl. Det er vigtigt at opbygge gensidig tillid, hvis man vil skabe en rapporteringskultur, f.eks. kan mindre fokus på skyld medvirke hertil, støtte af medarbejdere efter hændelser og at ledelsen selv indrømmer fejl, samt roser og anerkender godt arbejde.

---

4 I juraen (som i moralen) skelner man traditionelt mellem intentionelle og ikke-intentionelle handlinger. Inden for det sikkerhedskritiske område vil man yderst sjældent se intentionelle handlinger med negative konsekvenser som mål (sabotage). Til gengæld vil man ofte se gode intentioner realiseret gennem ulovlige handlinger (overtrædelser) ligesom man vil se ikke-intentionelle handlinger (fejl) som i nogle tilfælde falder ind under den juridiske kategori af uagtsom adfærd. Inden for juraen opdeler man uagtsomhed i 'simpel' og 'grov' uagtsomhed. Til 'simpel uagtsomhed' hører fejltypen som "slips and lapses"; uintenderede handlinger som skyldes uopmærksomhed (Miller, 1997). Og interessant er det at 90 % af alle menneskelige fejl kan betegnes som udtryk for simpel uagtsomhed. Til 'grov uagtsomhed' hører handlinger - eller undladelse af handlinger - der rummer en alvorlig og forudseelig risiko, på trods af at risikoen ikke er intentionel. For mere herom se Jensen & Madsen (2001).

### 6.1.3 Arbejdsmiljø, kompetence og træthed

Hvis man har et godt arbejdsmiljø, vil potentialet for at udvikle en god sikkerhedskultur være større. Medarbejdere som er utilfredse føler sig normalt mindre motiverede og engagerede i f.eks. forslag fra ledelsen og vil ofte være i opposition til ændringer. Selvom arbejdsmiljø handler om medarbejdernes velvære, så vil medarbejdernes tilfredshed alt andet lige have en afsmittende effekt på patientsikkerheden, og netop derfor bør arbejdsmiljø og sikkerhedskultur ses som to forbundne størrelser. Det er imidlertid påfaldende at uanset hvor dårligt medarbejderne udtaler sig om arbejdsforholdene, så er de stadig motiverede for deres arbejde, fordi de oplever at de har et meningsfuldt job. Dette stemmer overens med nogen organisationsteoretikere der påpeger at det ikke er arbejdsforholdene men snarere fagligheden der dikterer medarbejdertilfredshed (Bakka & Fivelsdal, 1998), men dette synspunkt er kontroversielt. Spørgsmålet er præcis hvilken effekt arbejdsmiljø har på patientsikkerhedskulturen?

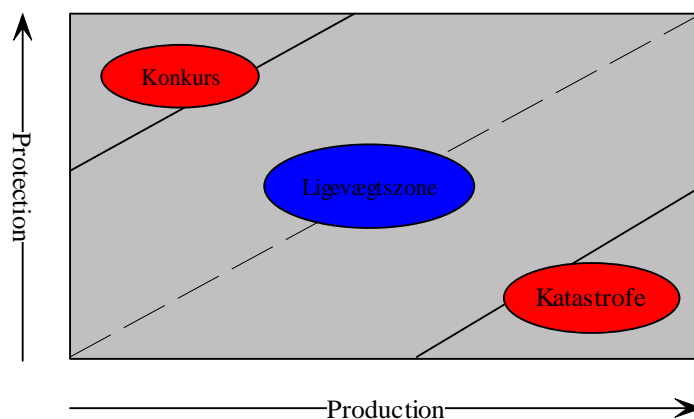
Uanfægtet organisationsteorien, viser kognitions og human factors forskning at træthed og stress forøger chancerne for fejl og dermed utilsigtede hændelser (Helmreich & Foushe, 1993). I denne forstand har fysisk overbelastning af medarbejdere beviseligt en direkte dårlig effekt på patientsikkerheden, og må derfor tages alvorligt.

Resultaterne viser, at op til 25 % var enige i at ledelsen prioriterede patientsikkerhed lavt i forhold til effektivitet. Dette er et problem, for det første fordi det kan have konsekvenser for patienterne og for det andet er det stressende og opslidende for medarbejderne at skulle gå på kompromis med sikkerheden og deres faglighed. Det er velkendt at stærke professioner har en høj faglig stolthed og standard, som de kære om (Flermoen, 2001). Interviewene understøttede et billede af at medarbejder, der ikke længere kan opretholde deres egen faglige standard, siger op.

Lederne påpegede dog også at medarbejderne selv sætter meget høje og ambitiøse mål. Ledelsen oplever derfor at det er deres opgave at stoppe dem og sætte realistiske mål, så medarbejderne ikke stresser sig selv. I sådanne tilfælde kan det være en fordel at fokusere på succeserne, f.eks. ved at finde én god historie hver dag. Det er typisk at medarbejderne har mange historier, men det er næsten altid de dårlige fortællinger der videregives. En leder fortalte f.eks. om et afsnit, hvor medarbejderne tror at kvaliteten er for ringe, og i virkeligheden er deres standard rigtig høj, ifølge ledelsen. Det er blandt andet denne afdeling der er gået i gang med at arbejde konkret med arbejdsmiljø.

Figur 1 illustrerer den pragmatiske virkelighed, som man må navigere i, når man arbejder inden for en sikkerhedskritisk organisation (Reason, 1997). På den ene side har man en produktion, som man skal opretholde for at få bevillinger, på den anden side skal man hele tiden i sin produktion tage højde for at sikkerheden er i orden. Patienterne skal helst overleve. Hvis man på den ene side lægger for meget vægt på sikkerhed bliver omkostningerne for dyre, ligger man på den anden side for meget vægt på at få så mange patienter igennem som muligt, vil det sandsynligvis medføre skader på nogle patienter, hvilket i sidste ende kan blive rigtig dyrt. Kunsten er altså at balancere mellem disse, det vi kalder at finde ligevægtszonen.





Figur 1: Model af relationen mellem produktion og sikkerhed

I forbindelse med kompetence, var det påfaldende at nærmest alle afdelingerne var af den opfattelse at der var brug for mere opbakning til de unge, f.eks. i form af supervision. Det kan virke både meningsløst og demotiverende for medarbejdere at medvirke i alle mulige velmenende projekter, hvis de indsatsområder, der for dem er tydelig, gang på gang negligeres.

Spørgeskemaresultaterne viser endvidere, at personalet generelt oplevede at kunne spørge om hjælp, hvilket er udtryk for tryghed og tillid. Spørgsmålet er om denne oplevelse ikke også vil kunne overføres til rapporteringssituationen? Derudover er det essentielt at introduktion af nye samt supervision forbedres. Hvilken kultur, herunder værdier og normer ønsker man at videregive til nytilkomne? Derudover kan man spørge sig selv, hvorfor der er et mangelfuldt kendskab til instrukser, og hvad der kan gøres ved det. Ligesom der kan være overvejelser om mere efteruddannelse? Det bliver nævnt at der kan gøres mere for patientsikkerhed, her er det op til de enkelte afdelinger at se indad, og tænke over hvordan de kan arbejde mere proaktivt, så tingene ikke når at gå galt.

#### 6.1.4 Kommunikation og samarbejde

Hvis rapportering og læring fra fejl og utilsigtede hændelser skal lykkes er det vigtigt at samarbejdet i afdelingen og med ledelsen fungerer. Resultaterne tyder på, at dette kan forbedres på flere punkter, ligesom ledelsens rolle i forbindelse med patientsikkerhed og det gode samarbejde og kommunikation bør diskuteres. Resultaterne viser også, at der ikke er enstemmig tilfredshed med måden man får vigtig information på og derfor bør man overveje hvad der kommunikeres og hvordan det skal kommunikeres. Endvidere synes der er at være stor forskel på afdelingerne hvad angår at løse de daglige konflikter og at have klarhed over de enkeltes ansvarsområder. I begge tilfælde har det betydning for patientsikkerhedskulturen, da der er iboende fejlrisici i et system, hvor ansvaret for de enkle opgaver ikke er klart, og hvor daglige konflikter ikke løses.

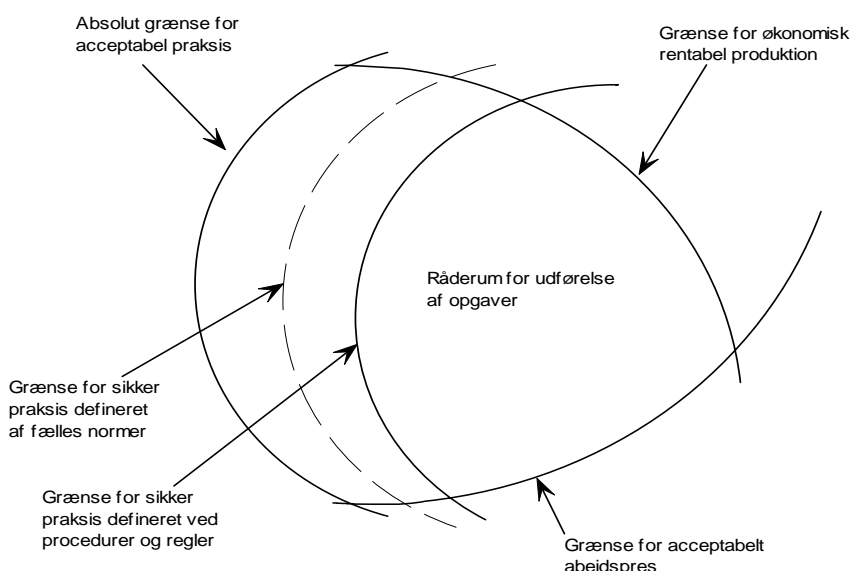
Den seneste forskning inden for patientsikkerhed viser at kommunikation er meget afgørende i patientsikkerhedsarbejdet, både kommunikationen blandt medarbejdere, men også i forhold til patienterne. Manglende eller utilstrækkelig kommunikation er en medvirkende årsag til utilsigtede hændelser. Kommunikation er en af de kompetencer man ikke tidligere har lagt vægt på under uddannelsen af læger. Interviewresultaterne tyder på, at det tværfaglige samarbejde kunne styrkes, ligesom kommunikationen mellem både faggrupper og specialer kan forbedres.

### 6.1.5 Ansvar - patienter

Hvad angår patienterne er flere af afdelingerne ikke gode nok til at informere patienter efter hændelser. Undersøgelser viser, at det er vigtigt for patienter at blive informeret, når der er opstået utilsigtede hændelser (Gallagher et al., 2003; Andersen et al., 2004) Derudover er det foruroligende at op til 57 % ikke føler de har tilstrækkeligt tid til at færdigbehandle patienterne. Helt generelt mener mange, at der kan gøres mere for patientsikkerhed, hvilket resultaterne også vidner om.

### 6.1.6 Hvilken rolle skal instrukser have

Resultaterne viser at den stærkeste grund til ikke at følge instrukser er den faglige begrundelse, og dernæst arbejdspress. I denne sammenhæng er det interessant at diskutere hvilken rolle instrukser skal spille, hvor strikt skal de følges og hvis de kan overtrædes, i hvilke tilfælde? Nyere forskning peger på at for mange regler blot resultere i flere overtrædelser, derfor bør man ifølge Amalberti (2004) hellere udvikle det der kaldes for en "safety-envelope", et råderum, hvor der er plads til overtrædelser, men som stadig er sikkert. Nedenstående model (Figur 2 oprindelig udviklet af Jens Rasmussen) kan bruges i afdelingerne som udgangspunkt til at italesætte og fastsætte fælles normer og "etik" for sikker praksis, (Jensen og Madsen, 2001).



Figur 2: Illustration af grænserne for sikkerhedskritisk råderum

### 6.1.7 Årsager til hændelser/fejl

Resultaterne udtrykker personalets oplevelse af hvad der er årsager, og er derfor ikke nødvendigvis udtryk for at det rent faktisk er årsagerne. Alligevel giver de et billede af hvor medarbejderne "ser" problemerne, og hvor de derfor har deres fokus rettet. Hvis årsagerne tages for pålydende, hvordan kan man så tilrettelægge arbejdet således at man ikke forstyrres for meget? Flere ressourcer til patientsikkerhed? Kan uddannelse og læring prioriteres i højere grad – og er der særlige indsatsområder? Hvordan kan man blive bedre til at bakke op om de uerfarne? Hvordan kan man forbedre instruktion i teknisk udstyr? Et kendt problem i forbindelse med fejlbetjening af teknisk udstyr er, når der findes mange forskellige modeller som udfører samme funktion men betjenes forskelligt. Er det muligt at standardisere udstyr, og kan man lave obligatorisk introduktion til alt nyt udstyr?

## 6.2 Respons og brug af data

Gennem hele processen har vi forsøgt at forsikre afdelingerne om, at udviklingen af en positiv sikkerhedskultur ikke som sådan er et ekstra projekt, men handler om at ændre tankegangen og vanerne i hverdagens praksis. Dette vil vi stadig fastholde. Alligevel er man nødt til at erkende at udviklingen af en velfungerende sikkerhedskultur kræver visse "investeringer". For det første kræver det en *overbevisning* - at man tror på at det vil gavne. For det andet kræver det *engagement* - især fra ledelsen og de nøglepersoner, der skal få det til at fungere. For det tredje kræver det *prioritering* og dermed *tid* - i hvert fald i begyndelsen. For det fjerde kræver det *ekstra ressourcer*, f.eks. i form af patientsikkerhedsansvarlige og risikomanagers. Sidst og ikke mindst kræver det fra ledelsen - *indsigt i sikkerhedskultur faktorer*, overblik i forhold til afdelingen og processerne og tålmodighed i forhold til tiltagens effekt. Ændringer af kultur kan have lange udsigter og kræver derfor en bevidst og målrettet indsats, for at det kan medføre konstruktive forbedringer.

Hvis man ser på rækken af "investeringer", der kræves for at udvikle en god sikkerhedskultur, kan det virke uoverskueligt og muligvis endda urealistisk at få afdelingerne til at indgå i arbejdet, om end det uden tvivl på lang sigt vil opleves som en lille investering. Hvis man sammenholder disse investeringer med afdelingernes reaktioner er det tydeligt at én af afdelingernes ledelse ikke oplevede det som værd at prioritere, måske især fordi det var svært at overskue hvorfra ressourcerne skulle indhentes.

De fire ledelsers forskellige modtagelse af resultaterne og deres syn på disses anvendelighed, kan ikke alene forklares ud fra gradforskellene i niveauet af sikkerhedskultur eller ud fra hvor mange faktorer de respektive afdelinger potentielt vil kunne forbedre. Det billede, der synes at tegne sig, var at ledelsernes faglighed, dvs. deres specialetilhør, direkte afspejledes i deres administrative og ledelsesmæssige tilgang til sikkerhedskultur og patientsikkerhed. En af de væsentligste forskelle lå i hvorvidt patientsikkerhed opfattedes som en ekstra og enkeltstående opgave eller som en iboende del af patientforløb og pleje. Dette forklarer også til dels den modstand, en afdeling havde, mod forandring og udtalt skepsis overfor projektet.

Derudover, er kravet om ændring af kulturen, det samme som at overbevise personalet om at tingene skal gøres på en anden og "bedre" måde, idet de skal ændre vante praksisser, traditioner og underliggende værdier. Det er få mennesker som tager imod forandringsprocesser med kyshånd. Der vil alt andet lige altid være en eller anden grad af modstand, om end begrundet forskelligt. Uanset, så bar resultaterne præg af at sundhedsvæsenet søsætter mange nye projekter, hvorfor man bør tænke over hvad det man igangsætter kræver, og muligvis i højere grad koordinere, hvad der skal prioriteres. Ingen organisation kan holde til konstant forandring og ændringer af strategier.

I forlængelse af ovenstående kan man overveje, hvornår det er hensigtsmæssigt at forsøge at ændre "direkte" på kulturen, og hvornår det kan betale sig at gøre det "indirekte" ved at iværksætte det man på engelsk betegner "forcing functions". Forcing functions er ideen om at man kan installere funktioner, som tvinger medarbejder til at handle på den rigtige måde, f.eks. ved at skærpe procedurer, eller at have udstyr som kun kan betjenes på én måde. Vi mener dog ikke, at man altid kan løse sig ud af problemerne ved hjælp af forcing functions, netop fordi kulturen spiller ind som en uforudsigelig faktor. Det kan f.eks. være svært at tvinge personalet til at kommunikere ordentligt, hvis ikke man samtidig underviser dem i, hvordan man gør det rigtigt, og hvorfor det er vigtigt. Vi mener derfor, at begge typer af strategier bør anvendes således at deres forskellige styrker udnyttes.

Brug af konkrete motivationsteorier for at initiere og fastholde interessen kan være hensigtsmæssigt. Endvidere kan sprogdannelsen omkring fejl og utilsigtede hændelser

ænders til noget konstruktivt, f.eks. ved at ændre negative oplevelser af fejl og utilsigtede hændelser til gode fortællinger om hvordan det medvirkede til ændringer.

### **6.3 Værktøj til måling af sikkerhedskultur**

To ud af fire afdelinger gjorde aktivt brug af datamaterialet, den tredje afdeling brugte det mere indirekte, idet de kunne konstatere at de havde en positiv sikkerhedskultur, om end der var åbenlyse mangler. Umiddelbart var alle afdelingerne dog interesseret i spørgeskemadata, både for at kende sit niveau, sammenligne sig med de andre og for at kunne gentage spørgeskemaet som en vurdering af konkrete tiltags effekt.

Spørgeskemaet viser sig at være i stand til at måle forskelle mellem afdelinger på niveauet af sikkerhedskultur. Samtidig kunne et forkortet skema sandsynligvis have forbedret besvarelsesprocenten. På baggrund af undersøgelsens resultater er et kort statistisk valideret skema konstrueret.

## 7 Konklusion

I arbejdet med udvikling og fastholdelse af sikkerhedskultur er det altafgørende at afklare hvad formålet med sikkerhedskultur / rapportering / patientsikkerhed er. Det handler i bund og grund om at gøre hverdagen mere sikker både for personale og patient. Det er essentielt, at være realistisk i relation til hvad man ønsker at opnå. Arbejdet med patientsikkerhed kan hurtigt få dimensioner som et ”monster”, hvilket i sig selv kan ”afskrække” og dermed opbygge modstand hos medarbejderne med den negative effekt at engagementet tabes på gulvet. Patientsikkerhed er et arbejde, der aldrig afsluttes. Der vil altid være noget, som kan gøres bedre og mere sikkert, hvorfor det er vigtigt at kunne fastholde interessen hos medarbejderne.

Som med mange andre af livets forhold skaber det tillid, når der er overensstemmelse mellem ord og handling. I arbejdet med patientsikkerheden er det utrolig vigtigt, at sende et entydigt signal om at patientsikkerhed har høj prioritering, og at vise det i form af handling og forbedrende tiltag. Når den unge læge i interviewet udtaler, at man bør prioritere supervision hvis man vil patientsikkerhed, så sætter han netop spørgsmålstegn ved forholdet mellem vilje og handling. For ham og de fleste andre medarbejdere er der åbenlyse steder, hvor patientsikkerheden kan forbedres, og det kan virke utroværdigt, når der ikke aktivt gøres noget på disse områder.

Ledelsernes forskellige respons på resultaterne og oplevelsen af manglende tid og ressourcer er ikke overraskende, men bidrager med nogle vigtige erkendelser. For det første at afdelinger i deres travle hverdag, bombarderes med nye projekter og opgaver, som skal løses, og oftest inden for den almindelige normering, hvilket minimere engagementet i de enkelte opgaver. I denne forbindelse er det derfor oplagt at forsøge at koble patientsikkerhed, akkreditering og psykosocialt arbejdsmiljø i en 3-benet enhed, da der er stort overlap såvel teoretisk som praktisk.

For det andet er det tydeligt at afdelinger *er* forskellige og tænker forskelligt, og derfor skal mødes på forskelligt grundlag, når udvikling af sikkerhedskultur skal iværksættes. I denne forbindelse spiller projektgruppens ”erkendelse” af ”specialetilknytning som bestemmende for ledelsesstil” en væsentlig rolle i overvejelserne og tilrettelæggelsen af handlingsplaner for udvikling af sikkerhedskultur. Man bliver nødt til at afstå fra at tænke i en generisk udformning af sikkerhedskultur. Udviklingen af sikkerhedskultur skal tilpasses den enkelte afdeling, så man møder dem hvor de er. I praksis vil der være mulighed for at arbejde med nogle fælles indsats områder på tværs af afdelingerne, samtidig med at der tages højde for, hvordan de forskellige faktorer og aspekter af sikkerhedskultur bedst håndteres i de respektive afdelinger. F.eks. vil nogle bedre kunne håndtere strukturelle ændringer i form af ”forcing functions”, hvor man ved hjælp af procedure tvinges til at gøre det rigtige, mens andre bedre vil kunne håndtere forandring gennem kulturel adaptation og læring.

For det tredje viser undersøgelsen, at viden fra sikkerhedskultur spørgeskemaer kan bruges konstruktivt, men det kræver ledelsesstøtte og en prioritering af ressourcer.

Sidst men ikke mindst viste især møderne med lederne, at det er vigtigt at arbejde med sproget og traditionerne omkring ”historiefortælling”. Den ”traditionelle” forestilling om fejl og utilsigtede hændelser kan bevidst ændres fra noget negativt til noget positivt og konstruktivt ved at lægge vægt på det præventive element, der potentielt ligger i at fortælle og diskutere disse åbent. Ligesom det kan medvirke til at dele erfaringer og få kollegial støtte, samt få bevidstgjort at alle kan fejle og dermed får bugt med ”myten” om at det kun er ”inkompetente” som fejler.

Mange etiske dilemmaer er forbundet med arbejdet med patientsikkerhed. Hvordan skal medarbejdere f.eks. forholde sig til valget mellem produktion og sikkerhed, eller til overholdelsen af regler og procedurer, når signalerne ikke er entydige. Til disse diskussioner kan det være nyttigt at inddrage de forskellige teoretiske modeller nævnt i diskussionen (Rasmussen, 2001; Reason, 1997; Cook & Rasmussen, 2005) som led i en fælles afklaring og normsætning af hvordan sikkerhedspraksisen og dermed sikkerhedskulturen skal være i den konkrete afdeling.

Vurderingen af metoderne peger på at spørgeskemaet er et konstruktivt redskab til indkredsning og diskussion af hovedproblemerne, samt ideelt til gentagelse til evaluering af konkrete indsatser. Det anvendte spørgeskema er blevet valideret statistisk og ændret på væsentlige parametre, sådan at det nu indfanger alle de aspekter af patientsikkerhedskulturen, som undersøgelsen har peget på som væsentlige.

## 8 Rekommandationer

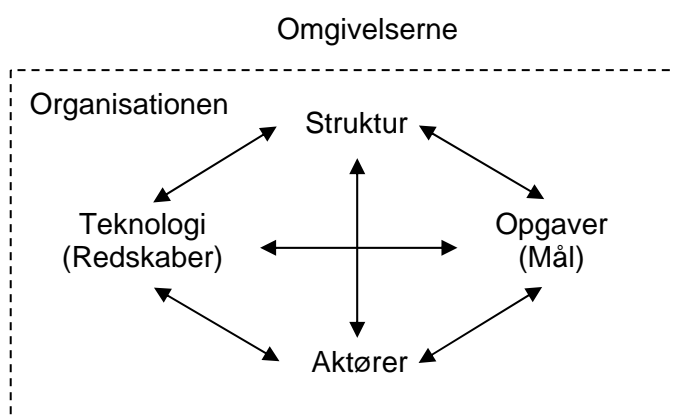
På baggrund af undersøgelsesresultaterne opstiller vi følgende rekommandationer for Københavns Amts videre arbejde med patientsikkerhedskultur:

- Anvendelse af spørgeskema til måling af sikkerhedskultur og vurdering af effekt af konkrete tiltag.
- Stimulere opbygning af et tværfagligt samarbejde – både internt i afdelingen og tværgående erfa-grupper mellem afdelinger med henblik på videndeling og kulturmæssig tilnærmelse.
- Koble patientsikkerhed, akkreditering og psykosocialt arbejdsmiljø i en 3-benet enhed og kobling af patientsikkerhed til uddannelse.
- Initiere projekter for at opnå erfaring med forskellige forandringsprocesser under hensyntagen til specialeforskelle i forbindelse med udformningen af sikkerhedskultur i amtet.
- Afklaring af mål i forbindelse med patientsikkerhed, samt hvad midlerne og strategien til at nå målet er. Skab en entydig vision og mission.
- Inddrag viden og forskning om human factors, f.eks. arbejdspladsanalyser, inddrag professionelle i udformning og valg af teknisk udstyr, medicinskemaer mm..
- Træning af medarbejdere i at håndtere situationer der kan gå galt, f.eks. gennem brug af simulering.
- Uddannelse i kommunikation og samarbejde i relation til patient og interpersonelt.
- Udvikling og integration af team træning i organisationen, herunder at benytte eksisterende viden i DIMS.
- En amtslig strategiplan for patientsikkerhed og holdning til de juridiske aspekter af fejl og utilsigtede hændelser, samt sammenhængen mellem dette og rapporteringssystemet.

## 9 Perspektivering – et eksempel på en forandringsstrategi

I denne perspektivering har vi forsøgt at give et bud på en forandringsstrategi, der kan medvirke til en forbedret patientsikkerhedskultur.<sup>5</sup>

Hvis man skal forstå kompleksiteten af den forandring som der fordres, dels med indførelsen af obligatorisk rapportering og dels ved kravet om udviklingen af en sikkerhedskultur som sådan, kan det være formålstjenligt at indplacere problemstillingen i Leavitts organisationsmodel for forandring (Figur 3) (Mejlby, 2003; Borum, 2003).



Figur 3: Leavitt organisationsmodel for forandring

Leavitt's "diamant" er en helhedsmodel af organisationen, og modellen illustrerer hvorledes opgaver, struktur, teknologi og aktører påvirker hinanden. Den forandring der fordres i dette projekt omhandler og påvirker alle variablerne i modellen, uanset hvor man vælger at lade forandringen tage udgangspunkt. Selve kravet om rapportering af utilsigtede hændelser, og deraf følgende udvikling af sikkerhedskultur, kommer fra omgivelserne (Sundhedsministeriet). Forandringen vil således i de fleste tilfælde være et forsøg på en ekstern tilpasning, mens målet for selve ændringen i højere grad vil foregå i organisationens og kulturens interne integrationsfunktioner (Schultz, 2003) f.eks. ved opbygningen af en læringskultur. Beskrevet ud fra Leavitts model skal der ske mange interne ændringer bl.a.:

**Struktur:** En ny patientsikkerhedsorganisation med hertil nye kommandoveje og personalefunktioner, herunder nyudnævnte risikomanagers og patientsikkerhedsansvarlige.

**Opgaver og mål:** Nye opgaver (rapportering, analyse, feedback, udbrede og ændre), og nye ansvarsområder.

**Aktører:** Nye ansættelser eller udbyggede ansvarsområder, krav om tilpasning og åbenhed om utilsigtede hændelser.

**Teknologi:** Indførelsen af et IT-baseret rapporteringssystem, viden om årsagskerneanalyse mv..

<sup>5</sup> Denne perspektivering er inspireret af og baseret på følgende artikel: Madsen, M. D. (2004).

Udvikling af sikkerhedskultur - et eksempel fra det danske sygehusvæsen. I Hildebrandt, S. & Andersen, T. (red.): Human Resource Management - Børsen Ledelseshåndbøger, København, samt en eksamensopgave i Organisationsforandring og Forandringsledelse i forbindelse med HD 2Del.



Essensen i Leavitts model er at man ikke kan ændre på en af de 4 komponenter uden at det vil komme til at have indflydelse på de andre, og at betydningen heraf ikke må underkendes. Som illustreret får Lov om patientsikkerhed stor effekt på sundhedsvæsenets organisation, idet forandringerne vil involvere alle aspekter af organisationen. Det der er spørgsmålet er hvor udgangspunktet for forandringen skal fokuseres, hvilket vil afhænge af hvorvidt der er klarhed om mål og midler.

Et af de meget centrale spørgsmål der dukker op, når man skal have medarbejdere og ledere til at ændre deres arbejdsmetoder, herunder blotlægge hvilke fejl de begår, er hvilke kulturelle og strukturelle barrierer, der står i vejen. Det lyder umiddelbart som en forholdsvis enkelt øvelse at etablere en sikkerhedskultur, men erfaringer fra tidligere undersøgelser af organisationer viser, at veletablerede rutiner og praksiser kan være meget vanskelige at komme til livs. Dette har vist sig i forbindelse med de berørte afdelinger, og har derfor også relevans for de danske hospitaler i almindelighed. Givet at nutidige hospitaler lever under forholdsvis skærpede konkurrenceforhold, og givet at de producerer mere og mere komplekse produkter, så bliver en fortsat ”dialog” med medarbejderne omkring fejlfinding og læring heraf utroligt vigtigt for den kvalitet produktet eller ydelsen skal have og for den fortsatte produktudvikling, som gerne skulle finde sted. Spørgsmålet er derfor, hvordan man udvikler og fastholder en positiv sikkerhedskultur på hospitalsafdelinger, herunder en velfungerende rapporteringskultur med det mål at forbedre patientsikkerheden?

Der findes sandsynligvis ikke én rigtig ændringsstrategi eller metode til etablering af en sikkerhedskultur i danske hospitalsafdelinger, idet denne altid vil variere i forhold til problem og kontekst. Problemet ved at vælge forandringsstrategi, er at man på den ene side bruger afklaring af mål og midler (eller ændringshastighed overfor kompleksitet) som indgangen til forandring, hvor disses klarhed i sig selv kan diskuteres, og på den anden side nødvendigvis må tage højde for det organisationsperspektiv / paradigme organisationen benytter sig af. Anvender man Thomsen og Tudens model som vist i figur 4 (Borum, 2003) til at vurdere hvilken forandringsstrategi der skal til, ender man med en ”humanistisk ændrings strategi” også kaldet en ”organisationsudviklingsstrategi”, idet målet er klart – at optimere patientsikkerhed – mens midlet dertil ikke er helt klart. Dog er rapportering som middel til læring og forebyggelse besluttet på forhånd, hvilket fastlægger en del af den strukturelle forandring.

		Enighed/klarhed om mål	
		Ja	Nej
Enighed/klarhed om mål-Middel sammenhænge	Ja	Kalkulation: Teknisk rationel ændrings strategi	Kompromis: Politisk ændrings strategi
	Nej	Vurdering: Humanistisk ændrings strategi	Inspiration: Eksplorativ ændrings strategi

Figur 4: Fire beslutnings situationer

På den anden side, kan man påstå at både mål og middel er klart: målet er patientsikkerhed, og midlet er rapportering af utilsigtede hændelser, og dermed arbejde inden for et rationalistisk perspektiv, hvor struktur er i højsædet. Vi kan derfor principielt vælge en teknisk/rationel tilgang til forandring, som ydermere passer til visse afdelingers forestilling om, hvad det er, der skal til. En forestilling, som hviler på den antagelse at personalet vil rapportere utilsigtede hændelser, hvis dette er lovpligtigt, uanset sundhedsvæsenets lange forhistorie. Men er det realistisk at forvente at personalet vil

rapportere, hvis afdelingen f.eks. er præget af mistillid og personalet frygter for deres fremtidige karriere?

I dette tilfælde kan man sige, at der skal ske en forandring i kulturen for at opfylde målet, og derfor er udgangspunktet en humanistisk ændringsstrategi (Borum, 2003), idet der lægges vægt på ændringer af den faktiske adfærd, holdninger og følelser. Den principielle løsningsmetode, som Borum skitserer i den humanistiske ændringsstrategi - modifikation af interaktionsprocesser, selvrefleksion og læreprocesser – berører netop de mekanismer, der er nødvendige for at udvikle en positiv sikkerhedskultur. Samtidig er vi opmærksomme på, at denne tilgang kan opleves som værende i stærk værdimæssig kontrast til visse ledelsers mere teknisk rationelle opfattelse af hvordan man skal lede og forandre. Dette vil vi dog forsøge at tage højde for i processen.

Spørgsmålet er så om den humanistiske tilgang alene kan indfange de nødvendige forandringer. Hertil mener vi at Mary Jo Hatchs forandringsmodel, der fremhæver interaktionen og den gensidige påvirkning af værdier, artefakter, symboler og forudsætninger, vil være et ideelt supplement til at beskrive og forstå, hvordan de ovenstående seks sikkerhedskulturelle faktorer skal bearbejdes for at opnå den tilsigtede kulturelle forandring (Hatch, 1997). Endvidere finder vi John P. Kotters (1995) 8-trins proces til forandring anvendelig til at operationalisere forandringsprocessen. Til trods for at forandringen, som nævnt indledningsvist, er eksternt initieret og i udgangspunktet top-down, er det nødvendigt at organisere dele af processen bottom-up og evolutionært.

## 9.1 Etablering af en oplevelse af nødvendighed

Medarbejdere vil kun være motiverede og engagere sig, hvis de oplever at forandringen – rapportering - er nødvendig. Umiddelbart opfattes det nye rapporteringssystem ikke som nødvendigt, men som endnu en blandt mange opgaver, som tager tiden fra det faglige arbejde. På den anden side, forstår medarbejderne godt systemets potentiale, når det forklares. Alligevel er de skeptiske i forhold til den såkaldte fortrolighed. Den største udfordring bliver derfor at få kommunikeret det nye rapporteringssystem formål på en sådan måde, at medarbejderne oplever, at der er noget at hente i det, for dem, ud over at forbedre patientsikkerheden. F.eks. ønsker de fleste større åbenhed om fejl og utilsigtede hændelser. De ønsker at kunne snakke med nogen, når de begår fejl, de ønsker at komme af med deres skyld, og de ønsker bedre samarbejde mv. De anerkender, at de er blevet blinde overfor fejlkilder, samt at de sandsynligvis kommer til at foretage ”isoleret fejlretning”. Når man retter en fejl uden at medtænke andre influerende faktorer, er der stor risiko for, at foretage det man i sikkerhedskritiske termer kalder ”isoleret fejlretning” (Reason, 1997). Isoleret fejlretning kan i værste fald medføre en ny type fejl eller ulykke. Almindelig læring hvor man opdager og retter fejlen er ikke tilstrækkeligt i en sikkerhedskritisk organisation, og en ny læringsform er derfor nødvendig, f.eks. double-loop læring. En sikkerhedskritisk organisation skal være i stand til at reflekterer over mere grundlæggende forhold som eksisterende normer, politikker (procedurer) og formål (Hildebrandt & Brandi, 1998) i forbindelse med opdagelse og korrektion af fejl, og vurdere hvordan dette skal tilpasses den ny viden.

Alt dette er del af en positiv sikkerhedskultur, og derfor muligt at få igangsat i forbindelse med implementeringen af selve rapporteringspraksisen. Det er vigtigt at resultaterne fra interview og spørgeskema når ud til medarbejderne. Dette kan evt. foregå på en temadag eller lignende. Mange undersøgelser ender desværre kun på ledelsens bord, hvilket dels er demotiverende for medarbejderne, da de trods alt har brugt tid på det, og dels spild af et godt udgangspunkt for en forandringsproces. Det er oplagt at bruge de forhåndenværende resultater som basis for dialog, refleksion og konstruktiv diskussion (fx diskutere artefakter, værdier, og grundlæggende antagelser). Er medarbejderne enige i resultaterne, hvorfor eller hvorfor ikke? Hvad skal være konsekvenserne af resultaterne, og hvilke mulige forandringer skal igangsættes? I denne forbindelse er det også oplagt at gøre brug af teoretiske modeller (se diskussion), som dels kan understøtte og vise, hvorfor hverdagspraksiser kan være farlige, og dels kan

bruges proaktivt til at diskutere hvordan man kan forbedre og reflektere mere over den daglige arbejdsdag.

## 9.2 Oprettelse af den styrende koalition

I Københavns Amt er der nu etableret en styrende koalition af risk-managers på sygehusene og patientsikkerhedsansvarlige i afdelingerne. Principielt kan disse i samarbejde med ledelserne og nøglepersoner i afdelingerne, gerne nogle ”opinion leaders”, udarbejde en konkret handlingsplan for udviklingen af en positiv sikkerhedskultur. Det er nødvendigt med medarbejderinvolvering og bottom-up processer. Da der er stor forskel på faggrupperne i deres holdninger og aktiviteter, er det essentielt at alle de involverede faggrupper er repræsenteret i ”arbejdsgruppen”, hvis der skal bakkes bredt op om forslagene og udvikles ”ejerskab” til målet og processen. Afdeling 1 er et godt eksempel på at dette er lykkedes. Endvidere er en af hovedfaktorerne i sikkerhedskultur et velfungerende samarbejde og kommunikation mellem ”samarbejdende” medarbejdere, og ledelsen og medarbejderne. Arbejdsgruppen i sig selv kan således opfattes som en øvelse i sig selv. Ledelsens synlighed, engagement og tillid til medarbejderne er helt central for processen – de skal ikke nødvendigvis indgå i ”gruppen”, men de skal stå til rådighed.

## 9.3 Udvikling af en vision og en strategi

Målet er en forbedring af patientsikkerhed, gennem læring og forebyggelse. Midlet er delvist rapportering og strategien er udviklingen af en positiv sikkerhedskultur. Det er patientsikkerhed der er visionen, som skal styre forandringen og villighed til at rapportere, og det er strategien - udviklingen af sikkerhedskultur - som skal sikre dette. Men da sikkerhedskultur favner bredt, kan det være nødvendigt at trække nogle specifikke faktorer frem, som man ønsker at arbejde med (interview og spørgeskema vil pege på særlig problemområder). I den forbindelse er det vigtigt ikke at initiere for mange forandringsprocesser samtidig. Nogle gange kan det også være mere konstruktivt at ændre på strukturen frem for på normer og værdier (se diskussion om forcing functions), samtidig med som Schein (2000) påpeger “articulating new visions and new values is a waste of time if these are not calibrated against existing assumptions and norms”.

Opgaven bliver at formulere hvordan man konkret vil opnå en positiv sikkerhedskultur. På hvilket værdigrundlag og med hvilken tidshorisont. Hvis afdelingerne undergår andre parallelle forandringsprocesser, skal der tages hensyn hertil. Hvis medarbejderne føler sig overbebyrdet med arbejde mister de hurtigt motivationen.

## 9.4 Formidling af forandringsvisionen

Strategien og visionen, samt beslutninger og andet af relevans skal kommunikeres til alle. I Scheins (1985) forstand skal der i den interne kommunikation skabes fokus på patientsikkerhed formelt og uformelt, og værdigrundlaget skal synliggøres, hvis det er blevet drøftet og formuleret. Her kan kendte kanaler bruges f.eks. lægekongference. Det er dog oplagt at tænke i nye kommunikationsformer, eksempelvis eksisterer der sjældent et fast mødeforum for sygeplejersker og slet ikke tværfaglige møde-fora. Det kan være dialog-møder, nyhedsbreve, opslagstavler etc. Det væsentligste er, at medarbejderne forstår og anerkender målet, f.eks. ved at gøre det klart at patientsikkerhed vil være i deres egen interesse, idet forbedringer af sikkerhedskultur medfører forbedringer i arbejdsmiljø, da man samtidig er nødt til at gøre op med åbenlyse risici, herunder overbebyrdelse, stres og manglende kompetencer. Men det kan også blive nødvendigt at tænke i flere budskaber målrettet mod de forskellige faggrupper.

## 9.5 Skabe grundlag for handling på bred basis

Her skal barrierer mod forandring elimineres. Der skal muligvis foretages yderligere ændringer f.eks. i strukturer - dårligt fungerende kommunikationsveje (forveksling) eller i opgaver - uhensigtsmæssige procedurer (fx fejlmedicinering) eller som Reason (1997) en kendt sikkerhedsteoretiker anfører: "You can not change the human being but you can change the conditions under which they work."

Man må derfor lægge vægt på at skabe forandring i traditioner, historier og kommunikation f.eks. synliggørelse og afskaffelse af gamle traditioner ved at arbejde med sproget. Det kan også være at belønne medarbejdere for at fortælle om deres fejl, frem for at bebrejde dem. Her bør der også lægges vægt på at opbygge det tværfaglige samarbejde, patientsikkerhed er et tværfagligt anliggende, men det er oplagt at bruge de styrker de forskellige faggrupper har og inkorporere disse i samarbejdet. F.eks. at lægerne mødes hver morgen til konference og diskutere fagligt, bl.a. via cases, og at sygeplejerskerne har en større tradition for at tale om og støtte hinanden efter fejl. Utraditionelle ideer er velkomne, og man bør også i højere grad lægge vægt på de eksisterende styrker i afdelingen og undersøge om de kan bruges til at overkomme svaghederne.

## 9.6 Generering af kortsigtede succeser

Det er nødvendigt at skabe kortsigtede succeser, for at fastholde medarbejdernes motivation. Det bør derfor integreres som en del af strategien. Når der arbejdes med kulturændring, kan der være en fare for at man i for høj grad accepterer, at det vil tage lang tid før man opnår den ønskede ændring, med den konsekvens at medarbejderne oplever at deres indsats ikke er presserende. Det er vigtigt, at fastholde aktualiteten og nødvendigheden af en konstant indsats fx ved at fremvise "frugten" af medarbejdernes arbejde. Visionen og det endelige mål er patientsikkerhed – gennem rapportering, mens kulturændringen – skabelsen af en positiv sikkerhedskultur - er del af strategien. En hel klar succesfaktor, relateret til visionen, er at vise at rapporteringen har nytte, dvs. at man ud over løbende feedback og støtte kan fremvise faktiske ændringer fortaget på baggrund af læring fra utilsigtede hændelser. En anden succesfaktor, relateret til strategien, er at fremvise "beviset" for at man ikke længere går efter manden. Det er vigtigt, at synliggøre succeserne, samt vise anerkendelse og belønning til de medarbejdere, som aktivt medvirker til forandring og succes.

## 9.7 Konsolidering af resultater og produktion af mere forandring

En af de største "fejl" er for tidligt at tro at visionen er lykkedes. Resultaterne og effekten af rapportering og den løbende kulturændring skal cementeres, ellers vinder gamle traditioner igen indpas og effekten af indsatsen vil langsomt forsvinde. Synlige succeser vil gøre det troværdigt at foretage yderligere ændringer i de funktioner, som ikke harmonerer med forandringsvisionen. Det kan også være behørigt at ansætte, eller forfremme og udvikle medarbejdere til at implementere de ønskede forandringerne. Endeligt bør man gentagende evaluere og fokusere processen og for eksempel begynde at arbejde med nogle andre sikkerhedskulturelle faktorer.

## 9.8 Forankring af nye arbejdsmåder i kulturen

Først når alle de forandringer, der er gennemgået ovenfor, er fasttømret i de sociale normer og værdier, kan man snakke om at visionen er lykkedes. Dette tager tid og der er hele tiden fare for at falde tilbage i gamle vaner og traditioner, som kan være magtfulde og utrolig stærke, især inden for sygehusvæsenet. Hvis man virkelig vil forandringen, så skal man finde midler til at fastholde den f.eks. gennem løbende udvikling, ressource tildragelse og kontinuitet i lederskab. Det er vigtigt at lederne sørger for at kommunikere sammenhængen mellem de nye forandringstiltag, handlinger og holdninger, samt effekten af en forbedret patientsikkerhed.

## 9.9 Opsummering

Den beskrevne strategi burde medvirke til en øget rapportering, begyndende åbenhed om fejl og utilsigtede hændelser, bedre samarbejde og kommunikation, med andre ord, en generel forbedring af alle sikkerhedskultur faktorerne. Spørgsmålet er, hvem der skal iværksætte og lede forandringen? Der er nogle der vil argumentere for, at handlingsplan-sessioner udføres mest succesfuldt af uddannede linjeledere frem for topledere eller eksterne konsulenter (Nieva & Sorra, 2003). Et af argumenterne er, at specialister ikke vil være særlig imødekommende overfor ”naive” facilitatorer. Det er nok især vigtigt, hvis man vælger at arbejde med eksterne konsulenter, at det er nogen som besidder domænekendskab, samtidig med at man fastholder et tæt samarbejde med fagfolk, dvs. i dette tilfælde både læger og sygeplejersker. Uanset hvad man måtte mene herom, er det vigtigste for en forandringsproces’ succes, at den er nøje planlagt og ”ledet” af nogen.

Hvis det er målet at ændre kulturen i de fire afdelinger og på sigt at ændre kulturen mere generelt i det danske sundhedsvæsen i retning af at fokusere mere på sikkerhed, er det nødvendigt at inddrage alle involverede partnere og skabe en oplevelse af nødvendighed. Det er først og fremmest vigtigt at redegøre for hvad sikkerhedskultur er, og hvorfor og hvordan patientsikkerhed kan forbedres ved f.eks. at lære at reflektere over ”normal praksis”. I det funktionalistiske kulturperspektiv vil man primært tage udgangspunkt i og inddrage ledelsen, men det betyder ikke at man ud fra en humanistisk ændringsstrategi, derefter i højere grad kan fokusere på medarbejderinvolvering og bottom-up processer. Hvis ikke medarbejderne i et vist omfang føler ejerskab for problemet, processen, og løsningen vil det aldrig lykkes at ændre kulturen. Specielt ikke hvis det er ressourcestærke, vidensmedarbejdere (som f.eks. læger og sygeplejersker).

Et af de hovedproblemer organisationer står overfor i dag er overføring og forpligtelse af forandringsprocessen. Det kan i et vist omfang overkommes ved at benytte et kulturændringsperspektiv, som den humanistiske, idet der lægges vægt på indbygge mekanismer til ændring og vedligeholdelse i organisationen. Men spørgsmålet er hvordan individer og grupper fortolker de nye signaler og ritualer? Hvordan er det muligt at motivere personalet til at arbejde med sikkerhedskultur, når de i praksis oplever at der nedskæres og tages uhensigtsmæssige beslutninger, som går på kompromis med sikkerhed, og når deres forudsætninger for at bibeholde kvaliteten forringes? Det er som jeg ser det en af de største ledelsesmæssige udfordringer i arbejdet med patientsikkerhed.

## 10 Referencer

- ACSNI, (1993). Organizing for Safety. Third Report of the ASCNI (Advisory Committee of the safety of Nuclear Installations) Study Group on Human Factors. Health and Safety Commission (of the Great Britain) Sudbury, England: HSE Books.
- Andersen, H.B., Madsen, M.D., Østergaard, D., Ruhnau, B., Freil, M., and Herman, N. (2004). Spørgeskemaundersøgelse af patientholdninger til reaktioner efter utilsigtede hændelser. Report No.: Delrapport 2 fra projekt om patientsikkerhed. Risø-R-1498(DA).
- Amalberti, R. (2004). Understanding Violations and Boundaries. (Unpublished Work).
- Bakka, J. F. and Fivelsdal, E. (1998). Organisationsteori. Handelshøjskolens Forlag.
- Barach, P. and Small, S.D. (2000). Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*, 320:759-63.
- BSR, (1998). No 11 "Det sunde arbejdsliv"
- Borum, F. (1995): Strategier for organisationsændring, København; Handelshøjskolens Forlag.
- Cooper, M. D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36, 111-136.
- Darwin, J., Johnson, P., and McAuley, J., (2002). Developing Strategies for Change. Prentice Hall Financial Times, Essex, England.
- DSKS (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren), (2003). Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og definitioner, [www.dsk.suite.dk](http://www.dsk.suite.dk) eller [www.sst.dk](http://www.sst.dk)
- DSPS (Dansk Selskab for Patientsikkerhed), (2004). Nyhedsbrev, 24. maj.
- Gallagher, T.H., Waterman, A.D., Ebers, A.G., Fraser, V.J., Levinson, W. (2003). Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. *JAMA*; 26(8;289):1001-7.
- Flermoen, S., (2001). Søkelys på organisasjon og ledelse, Innføring for helse og sosialsektor, Fagbøforlaget.
- Flin, R., Mearns, K., O'Connor, P. and Bryden, R. (2000). Measuring safety climate: Identifying the common features. *Safety Science*, 34:1-3, 177-193.
- Guldenmund, F. W. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*, 34, 215-257.
- Hatch, M.J. (1997). Organizational theory: Modern, symbolic, and postmodern perspectives. Oxford: Oxford University Press.

- Health & Safety Laboratory (HSL) – Human Factors Group. (2002). Safety culture: A review of the literature. HSL/2002/25.
- Helmreich, R.L., and Foushee, H.C. (1993). Why Crew Resource Management? Empirical and theoretical bases of human factors training in aviation. In E. Wiener, B. Kanki, & R. Helmreich (Eds.), *Cockpit Resource Management* (pp. 3-45). San Diego, CA: Academic Press.
- Hermann, N. Andersen, H. B., Schiøler, T., Madsen, M. D. og Østergaard, D. (2002). Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse - Hovedrapport fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse, Forskningscenter Risø, <http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1369.htm>
- Hildebrandt, S. og Brandt, S. (1998). *Lærende organisationer - erfaringer fra danske virksomheder*, København: Børsens Forlag.
- INSAG. (1991). *Safety Culture*, Safety Series No. 75-INSAG-4, IAEA: International Atomic Energy Agency, Vienna.
- Jensen, T.R. og Madsen, M.D. (2001). *Filosofi for flyveledere: En undersøgelse af hvilke moralske aspekter man bør tage hensyn til ved behandlingen af menneskelige fejl i sikkerhedskritiske organisationer*. Speciale i Filosofi og videnskabsteori og Kommunikation, Roskilde Universitetscenter, Denmark.
- Kotter, J.P. (1995). *Why Transformation Efforts Fail*, Harvard Business review.
- Lov om patientsikkerhed. Lov nr. 429. 10-6-2003.
- Madsen, M.D., Andersen, H.B. and Itoh, K. (2006). *Assessing Safety Culture in Healthcare in Handbook of Human Factors and Ergonomics in Healthcare*, (ed.) Pascale Carayon.
- Madsen, D.M. (2004). *Sikkerhedskultur på sygehuse - resultater fra en spørgeskemaundersøgelse i Frederiksborg amt*, Forskningscenter Risø, ISBN 87-550-3355-5.
- Madsen, M.D. (2002). A study of incident reporting in air traffic control – Moral dilemmas and the prospects of a reporting culture based on professional ethics. In: *Investigation and reporting of incidents and accidents. Workshop (IRIA 2002)*, Glasgow (GB), 17-20 June. Johnson, C. (ed.), (University of Glasgow, Department of Computing Science, Glasgow, 2002) (GIST Technical Report, G2002-2) pp. 161-170.
- Madsen, M.D., Andersen, H.B., Hermann, N., Østergaard, D. and Schiøler, T. (2002). *Spørgeskemaundersøgelse af lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport II fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse*. Risø-R-1367(DA).
- Maurino, D., Reason, D., Johnston, N. and Lee, R. (1995). *Beyond Aviation Human Factors*. Avebury Aviation, Ashgate Publishing, Aldershot, UK.
- Mejlby, P., Nielsen, K.U. og Schultz, M. (1999). *Introduktion til organisationsteori med udgangspunkt i Scotts perspektiver*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

- Miller C.O. (1997). Accident Prevention Principles/Policies for Senior Aviation Managers, Center for Aerospace Safety Education, USA.
- Nieva, V.F. and Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12(suppl II), ii17-ii23.
- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. England: Ashgate
- Schein, E.H. (2000). Sense and nonsense about culture and climate. In Ashkanasy, N. M., Wilderom, C. P. M., & Peterson, M. F. (Eds.), *Handbook of organizational culture & climate* (pp. xxiii-xxx). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Schein, E.H. (1985). *Organizational Culture and Leadership. A Dynamic View*. Jossey-Bass Inc., Publishers.
- Schioler, T., Lipczak, H., Pedersen, B.L., Mogensen, T.S., Bech, K.B., Stockmarr, A. et al. (2001). [Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records]. *Ugeskr Laeger*; 163(39):5370-5378.
- Schultz, M. (1995). *Kultur i organisationer: Funktion eller symbol*, Handelshøjskolens forlag.
- Scott, T., Mannion, R., Davies, H. and Marshall, M. (2003). The quantitative measurement of organizational culture in health care: A review of the available instruments. *HSR: Health Services Research*, 38:3, 923-945.
- Sundhedsstyrelsen, (2004). Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet, <http://www.sst.dk/publ/Publ2003/VejledningUtils.pdf>
- Trygpatient, 2004. <http://www.trygpatient.dk/Default.asp?ID=4>
- Vincent, C., Neale, G. and Woloshynowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*; 322(7285):517-519.
- Undervisningsministeriet, (2000). 2. Arbejds miljøundervisningen i social- og sundhedshjælperuddannelsen, <http://pub.uvm.dk/2000/arbmil/3.htm>
- Wilson, R.M., Runciman, W.B., Gibberd, R.W., Harrison, B.T., Newby, L. and Hamilton, J.D. (1995). The Quality in Australian Health Care Study. *Med. J. Aust.*; 163(9):458-471.
- Wu, A. (2000). Medical Error: "The Second Victim.", first written for *The British Medical Journal*;8:133.



Risøs forskning skal være med til at løse konkrete problemer.

Vi sætter mål for forskningen gennem løbende dialog med erhvervsliv, det politiske system og forskere.

Effekten af vores forskning er bæredygtig energiforsyning og ny teknologi til sundhedssektoren.