



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Patientsäkerhetskultur inom anestesisjukvård – en enkätstudie

Författare: Caroline Skog Edlund

Handledare: Anders Johansson

Magisteruppsats

Våren 2019

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell
hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Patientsäkerhetskultur inom anestesisjukvård – en enkätstudie

Författare: Caroline Skog Edlund

Handledare: Anders Johansson

Magisteruppsats

Våren 2019

Abstrakt

Bakgrund: Patientsäkerhetskultur är en del av hälso- och sjukvården i form av normer och värderingar och utvärdering av patientsäkerhetskultur kan ge värdefull information om organisationens styrkor samt identifiering av olika förbättringsområden

Syfte: Syftet var att beskriva anestesisjuksköterskors (MA) och deras chefers (Chefer) uppfattningar om patientsäkerhetskulturen vid en anestesiavdelning i södra Sverige.

Metod: Kvantitativ design med strukturerade enkätfrågor som relaterades utifrån en 5-gradig *Index*-skala (IV, 0-1.0), i syfte att objektivt erhålla övergripande sammanfattningar samt uppfattningar.

Resultat: Analyserat resultat antyder ett *Gott* övergripande patientsäkerhetsklimat (IV, MA 0.65 vs. Chefer 0.63). Resultatet visar på samsyn gällande domänerna *Din chef* (IV, MA 0.75 vs. Chefer 0.75) och *Kommunikation* (IV, MA 1.0 vs. Chefer 1.0), där båda domänerna visar på ett *Gott* patientsäkerhetsklimat. I domänen *Benägenhet att rapportera händelser*, ses störst behov av förbättringsåtgärder (IV, MA 0.33 vs. Chefer 0.33).

Konklusion: Föreliggande uppsats antyder att ett *Gott* övergripande patientsäkerhetsklimat råder vid utvärderad anestesiavdelning. Resultatet visar på samsyn gällande domänerna *Din chef* och *Kommunikation*, där båda domänerna visar på *Gott till Mycket gott* patientsäkerhetsklimat. Dock, i domänen *Benägenhet att rapportera händelser*, ses störst behov av åtgärder då patientsäkerhetslagen uttryckligen beskriver att all sjukvårdspersonal ska rapportera risker som medfört eller hade kunnat medföra vårdskador.

Nyckelord

Omvårdnad, anestesi, patientsäkerhet, patientsäkerhetskultur, patientsäkerhetsklimat

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	6
Perspektiv och utgångspunkter	6
Anestesisjuksköterskans kompetensområde	6
Patientsäkerhetskultur	7
Patientsäkerhetsklimat	8
Förklaringsmodell	8
Patientsäkerhetslagen	9
Syfte	9
Specifik frågeställning	9
Metod	10
Urval	11
Instrument	11
Datainsamling	12
Analys av data	12
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	14
Demografi informanter/ort	14
Avsnitt A Allmänt arbets/patientsäkerhetsklimat	14
Avsnitt B Din närmaste chef	17
Avsnitt C Kommunikation	17
Avsnitt D Benägenhet att rapportera händelser	18
Avsnitt E Generell bedömning av patientsäkerheten	19
Avsnitt F Ditt sjukhus eller motsvarande	20
Avsnitt G Antal rapporterade avvikelser samt information och stöd till vårdpersonal vid händelse	21
Patientsäkerhetsklimat Index-värde	22
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	25
Konklusion och implikationer	26
Referenser	28
Bilaga 1	31

Introduktion

Problemområde

Normer och värderingar är grunden i säkerhetskultur, med andra ord det som är viktigt för oss styr vårt dagliga agerande. Attityder och värderingar påverkar beteenden inte bara hos de närmst patienten utan på samtliga nivåer i hälso- och sjukvården (Sveriges kommuner och landsting, 2013).

Barnsteiner & Sherwood (2013) deklarerar ur ett organisatoriskt perspektiv, säkerhetskultur som ett prioriterat område. Säkerhetskulturen ska vara en del av gemensamma grundvärderingar och målsättningar, teamarbete, transparens samt ansvarstagande, att engagera patienten anses vara viktiga faktorer i en god säkerhetskultur. En god patientsäkerhetskultur betonar ansvarstagande, ömsesidig respekt, skicklighet, ärlighet, integritet och är icke-skuldbeläggande. Utmaningar gällande säkerhetskultur kan bland annat innebära att olika enheter uppvisar olika kulturer vilket riskerar leda till kulturkrockar, framförallt i överlämnandet av patienter. Förutsättningarna för en god patientsäkerhetskultur är starkt, engagerat ledarskap och medarbetare med självbestämmanderätt (a.a.).

En amerikansk studie undersöker anestesijuksköterskors uppfattning om faktorer som påverkar patientsäkerheten (McMullan, Thomas-Hawkins och Shirey, 2017). Faktorer såsom relationen mellan organisatoriska strukturer liksom arbetsmiljö, arbetsbörda, utbildningsnivå och arbetslivserfarenhet, men även anestesijuksköterskans uppfattning av patientsäkerhetskultur samt rapportering av ogynnsamma anestesirelaterade händelser undersöks. Resultatet visar på att organisatoriska strukturer, såsom arbetsbörda, och rådande patientsäkerhetskultur är viktiga markörer för ogynnsamma anestesirelaterade händelser. En minskad arbetsbörda för anestesijuksköterskan kan komma att minska antalet ogynnsamma anestesirelaterade händelser och stärka patientsäkerhetskulturen (a.a.).

Lozito, Whiteman, Swanson-Biearman, Barkhymer och Stephens (2018) undersöker i ett evidensbaserat kvalitetsförbättringsprojekt, med syftet att förbättra patientsäkerhetskulturen, varför rapportering av ogynnsamma patientrelaterade händelser var låg. Författarna beskriver

en ogynnsam händelse som ett oavsiktligt förlopp som inte drabbat patienten, men om det gjort det skulle orsakat patienten skada. Sjukhusledningen hade noterat att rapportering av ogynnsamma händelser hade sjunkit medan tillbud som fick allvarliga följder för patienten, såsom operation av fel patient eller fel sida stadigt ökade. Lozito et al. (2018) beskriver att de efter analys av problemet initierade en intervention bestående av tre delar; formell utbildning kring händelserapportering, standardiserad händelserapportering och inrättning av debriefingsamtal i form av interprofessionella diskussioner relaterade till faktiska eller potentiella händelser. Före interventionen genomfördes en enkätundersökning kring patientsäkerhetskultur som upprepades sex månader efter interventionen. Resultaten visade på förbättring inom flera områden, bland annat; öppenhet i kommunikation, feedback och kommunikation kring händelser, frekvens av händelserapportering och icke-straffbeläggande respons på fel (a.a.)

Göras et al. (2017) undersöker det interprofessionella teamets uppfattning kring patientsäkerhetsklimat i operationssalen samt chefernas uppskattning kring teamets skattning av bland annat patientsäkerhet. Författarna konstaterar att uppfattningen kring patientsäkerhet var lägre hos perioperativ personal, dvs anesthesi- och operationssjuksköterskor, jämfört med läkarprofessionen. Vidare menar författarna att patientsäkerhetskultur är en del av organisationskulturen i form av normer och värderingar samt att chefer behöver uppmuntra patientsäkerhetsarbetet på operationsavdelning (a.a.). Det resultatet är samstämmigt med det som Smeds Alenius, Tishelman, Rusesdotter & Lindqvist (2014) kommit fram till framförallt avseende ledarskapet. Författarna har undersökt en stor population sjuksköterskor och resultaten visar på att förekomsten av ett tydligt och kompetent ledarskap, tillräckliga resurser och en god sjuksköterske-läkarrelation är viktiga faktorer relaterade till hur sjuksköterskor uppskattar patientsäkerheten.

Mätning av patientsäkerhetskultur kan ge värdefull information om organisationens styrkor och svagheter inom ett visst område och medför därigenom kartläggning och identifiering av olika förbättringsområden (Sveriges kommuner och landsting, 2013). Mot denna bakgrund anses behov föreligga för att undersöka om liknande fenomen angående patientsäkerhetsklimat råder på en anestesiklinik i södra Sverige.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Då uppsatsens ansats var att undersöka anesthesisjuksköterskors och deras chefers syn på patientsäkerhetskultur hämtas det vetenskapliga perspektivet ur en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser, *Säker vård*.

Sjukvård beskrivs som en av de mest organisatoriskt komplexa högriskindustrierna. Ett gemensamt synsätt kring säker vård måste genomsyra hela organisationen och ledningen måste stödja ett lärande av inträffade händelser för säkrare arbetssätt i framtiden. Säker vård innebär att evidensbaserad kunskap tillämpas, aktuella rutiner och riktlinjer följs samt att omhändertagande personal har rätt kompetens i förhållande till uppgiften (Öhrn, 2013).

Att vården är patientsäker är alla medarbetares ansvar oavsett vilken nivå i en sjukvårdsorganisation medarbetarna arbetar på (Öhrn, 2013). Det gemensamma syftet är att såväl patienter, deras närstående som vårdpersonalen ska känna trygghet utifrån en riskmedvetenhet i organisationen och sjuksköterskan har ofta en stor betydelse inom hälso- och sjukvårdsorganisationer då sjuksköterskor kan vara ledningsansvariga, arbeta patientnära och utifrån sin kompetens därför kan värdera patienters behov och tillstånd (a.a.). I sjuksköterskans ansvarområde ingår därför att agera i situationer samt att aktivt medverka till att åtgärda risker för att öka och bibehålla en hög patientsäkerhet (SSF, 2010). Verksamheter ska genom kärnkompetensen *Säker vård* genomsyras av ett kontinuerligt säkerhetsarbete för att förhindra och lära av individ- och systemrelaterade misstag som kan medföra skador för patienter och personal inom hälso- och sjukvården (Öhrn, 2013).

Anesthesisjuksköterskans kompetensområde

Anesthesisjuksköterska är sett ur perspektivet skyddad yrkestitel en relativt ung profession. Den första utbildningen för blivande anesthesisjuksköterskor startade redan 1954 men först 2001 fick specialistutbildade sjuksköterskor en skyddad yrkestitel. Anesthesisjuksköterskans huvudområde är anesthesisjukvård vilket utöver god kunskap i omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap även bygger på skicklighet områdena medicinsk teknik, etik, pedagogik,

kunskap om arbete vid stora olyckor och katastrofer med mera (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Arbetsfältet är brett men professionen återfinns i huvudsak på en anesthesiavdelning. Andra områden för anesthesisjuksköterskan är bland annat pre- och postoperativ avdelning, smärtenheter, akutmottagningar, skade- och katastrofplatser och inte minst internationella uppdrag. Säkerhet och vårdmiljö är ett av anesthesisjuksköterskans fem kompetensområden. Det innebär att en specialistsjuksköterska med inriktning mot anesthesisjukvård bland annat ska kunna (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012):

- utföra dokumentation så att god patientsäkerhet alltid optimeras oavsett arbetsbelastning, vårdtid och vårdtyngd
- hantera medicinteknisk utrustning och genomföra funktionskontroller enligt gällande författningar och säkerhetsföreskrifter

Patienter i behov av vårdens resurser har rätt till en säker hälso- och sjukvård, ingen ska drabbas av undviklig skada. Professionen har å sin sida rätt till en arbetsmiljö som minimerar riskerna för att utsätta patienter för faror och onödigt lidande (Andersson, 2013).

Anesthesisjuksköterskornas internationella förbund, *International Federation of Nurse Anesthetists* (IFNA), arbetar aktivt även med patientsäkerhetsfrågor. IFNA framhåller att likaväl som vårdens huvudmän ska förvänta sig att anesthesiologisk vård ska ges på ett säkert sätt så måste ansvariga även tillse att lämpliga resurser tillhandahålls (Meeussen et al, 2016).

Patientsäkerhetskultur

Säkerhetskulturen är en del av organisationskulturen och inom svensk sjukvård används uttrycket patientsäkerhetskultur. Organisationer med väl utvecklad säkerhetskultur präglas av ett tillåtande klimat hos såväl chefer som medarbetare och där medarbetare vågar rapportera om risker och tillbud utan att bli negativt särbehandlad (Öhrn & Nilsen, 2010).

Sett ur ett historiskt perspektiv är patientsäkerhetsarbete ett relativt ungt fenomen i Sverige och tog fart i mitten av 2000-talet då flera myndigheter och organisationer började samverka. Utöver nationella patientsäkerhetskonferenser infördes stimulansmedel vilka landstingen endast fick ta del av om de uppnådde vissa resultatmått. Här bland återfinns mätning av

trycksår, minskning av antibiotikaförskrivning samt följsamhet till hygienföreskrifter (Öhrn, 2013).

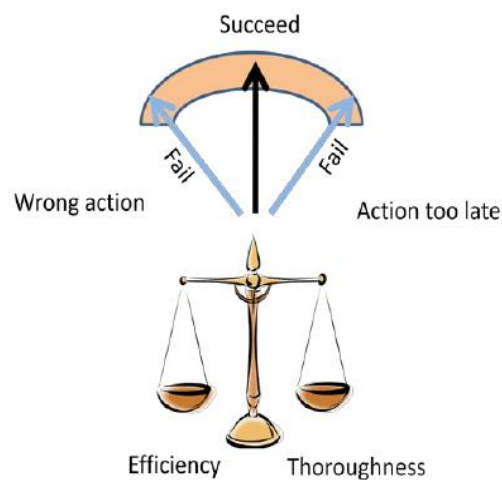
Patientsäkerhetsklimat

Neal och Griffin (2002) forskar kring säkerhetsklimat och säkerhetsbeteende. De beskriver säkerhetsklimat som arbetsgruppens gemensamma perceptioner av policyer, procedurer och praktik i relation till säkerhet i organisationen.

Arbetsmiljöverket (2017) menar att säkerhetsklimat är ögonblicksbilder av säkerhetskultur.

Förklaringsmodell

Erik Hollnagels modell *Efficiency-Thoroughness Trade Off* (The ETTO-princip), ger en förklaring till varför bl.a. avvikelser inträffar (figur 1). Modellen beskriver svårigheter med balansen mellan effektivitet och noggrannhet och utmynnar ofta att det är svårt att vara det båda samtidigt. Medarbetare/organisationer genomför ständiga och noggranna avvägningar mellan hur effektivitet och noggrannhet bör prioriteras. Framförallt beror valet av effektivitet eller noggrannhet på målet, är målet hög produktivitet prioriteras ofta effektivitet framför noggrannhet. Noggrannhet prioriteras däremot om målet är hög säkerhet (Hollnagel, 2009).



Figur 1. Schematisk bild över Erik Hollnagels ETTO-princip, Efficiency-Thoroughness Trade Off.

Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) syftar till att främja hög säkerhet inom hälso- och sjukvården. Det åligger vårdgivaren att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete genom att planera, leda och kontrollera verksamheten så att krav på god vård i *Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 2017:30) upprätthålls.

Även hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, bland annat genom att rapportera risk för vårdskada samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. För att undvika risker påbjuder lagen att hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt utforma vården i samråd med patienten (*Patientsäkerhetslag*, SFS 2010:659).

Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) §5 samt §6 innehåller följande definitioner:

- ”Med *patientsäkerhet* avses i denna lag skydd mot vårdskada”
- ”Med *vårdskada* avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”
- ”Med *allvarlig vårdskada* avses vårdskada som; 1. är bestående och inte ringa, eller 2. har lett till patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit”

Syfte

Syftet var att beskriva anestesijuksköterskors och deras chefers uppfattningar om patientsäkerhetskulturen vid en anestesiklinik.

Specifik frågeställning

- Finns det skillnader i uppfattningar mellan anestesijuksköterskor och chefer avseende upplevd patientsäkerhetskultur (*0-hypotes = ingen skillnad mellan grupperna*)

Metod

För att besvara syftet valdes en kvantitativ studie med strukturerade enkätfrågor som datainsamlingsmetod. Enkätmetoden är en lämplig metod för att samla in information från många respondenter om deras uppfattningar, attityder och kunskap. En avgörande faktor anses vara den inre motivationen hos respondenterna för att kunna öka deltagandet. Den drivkraft den inre motivationen speglar är, intresse för enkäten, dess ämne och viljan att delta och bidra till resultatet (Ejlertsson, 2014).

Enkätmetodik ställer också krav på frågornas tydlighet då det inte finns möjlighet för att korrigera svar som grundar sig på missuppfattningar och/eller för att respondenten inte kan ställa kompletterande frågor. En enkätundersöknings validitet grundar sig på att frågorna ska vara så stabila att svaret blir det samma om samma person svarar på samma fråga vid upprepade tillfällen.

Vid en enkätundersökning kan liksom i föreliggande studie redan befintliga frågor eller formulär med fördel användas. Styrkan häri är att begreppsvaliditeten är testad det vill säga att testet verkar mäta vad det är tänkt att mäta (Sveriges kommuner och landsting, 2013). En annan styrka med att använda ett befintligt formulär är att det finns material att jämföras med när svaren väl analyserats (Ejlertsson, 2014). Således ska föreliggande studies resultat kunna jämföras med resultat från en annan enhet.

Urval

Urvalet av informanter var anestesijuksköterskor och enhetschefer på ett sjukhus i södra Sverige. Inklusionskriterier var anställda anestesijuksköterskor och enhetschefer på den utvalda anestesikliniken med minst tolv månaders tjänstgöring på den aktuella kliniken. Exklusionskriterier var tillfälligt anställda såsom anestesijuksköterskor från bemanningsföretag och timanställda. Antalet anestesijuksköterskor uppskattades med hjälp av respektive enhetschef till totalt ca 150 och ca 15 enhetschefer.

Instrument

Mätningen har skett med ett översatt frågeformulär ”Hospital Survey on Patient Safety Culture” från Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) vilket även använts i vetenskapliga artiklar som presenterats i föreliggande studie (Sveriges kommuner och landsting, 2013, Bilaga 1). Enkätens syfte är att spegla informantens erfarenheter och uppfattning av patientsäkerhetskultur på arbetsplatsen och består av nio avsnitt, A – I, vilka berör följande:

- A – din arbetsplats
- B – din närmsta chef
- C – kommunikation
- D – benägenhet att rapportera händelser
- E – bedömning av patientsäkerhetsnivån
- F – ditt sjukhus, din vårdcentral eller motsvarande
- G – rapporterade avvikelser och risker samt information och stöd vid vårdskada
- H – bakgrundsinformation
- I – Dina kommentarer

Svarsalternativen var en femgradig skala och respondenten uppmanades kryssa i det alternativ som stämde bäst överens med ens egen uppfattning. Svarsalternativen var: ”stämmer mycket dåligt”, ”stämmer ganska dåligt”, ”varken eller”, ”stämmer ganska bra” samt ”stämmer mycket bra”.

Demografiska uppgifter i bakgrundsinformationen som analyserats är antal år som yrkesverksam anestesistjuksköterska, tjänstgörande år vid kliniken samt vilken funktion informanten har på arbetsplatsen. Avsnitt I (fria kommentarer) exkluderades, för övrigt har enkäten använts i sin helhet.

Datinsamling

Innan datinsamling påbörjades sändes ansökan samt informationsbrev om studiens syfte till verksamhetschef på den klinik där studien avsågs att utföras. Även enhetschefer på berörda enheter erhöll genom personlig kontakt med författaren skriftlig information och fick lämna sitt godkännande för enkätstudien. Insamling av data har därefter skett under en tvåveckorsperiod. Då det framgår av den skriftliga informationen på enkätens framsida att

informanten ska ha varit verksam inom kliniken de senaste 12 månaderna för att delta i studien distribuerades enkäten till samtliga anestesijuksköterskor och enhetschefer. Enkät svar från informanter med mindre än 12 månaders tjänstgöring inkom inte.

Författaren har då det varit möjligt deltagit på avdelningsmöten för att informera om studiens syfte och delat ut enkäten till informanterna via deras personliga postfack på respektive avdelning. I de fall det inte varit möjligt för författaren att informera och dela ut enkäterna personligen har detta gjorts av respektive enhetschef efter genomgång av enkätens och studiens syfte.

Ifyllda enkäter har lagts i förslutet kuvert sedan i ett uppsamlingskuvert. Uppsamlingskuvertet har tömts regelbundet.

Sammanlagt delades 150 enkäter ut till anestesijuksköterskor och chefer med grundprofessionen anestesijuksköterska på åtta olika enheter.

Analys av data

Insamlade enkätens resultat har analyserats med hjälp av *Statistical package for the Social Sciences* (SPSS). Resultatet presenteras med relativa svarsfrekvens på respektive fråga och presenteras i tabeller och diagram. Hypotestestning mellan de två oberoende grupperna, medarbetare (MA) kontra chefer (Chefer), har analyserats fråga för fråga med icke-parametrisk test (Mann-Whitney U test), utifrån ett alfa-värde på 0.05 (Ejlertsson, 2012). Frågorna G1 och G2 har analyserats med Fichers exact test då svarsfrekvenserna utgår ifrån andelar (Johansson, 2011). Nollhypotes betraktas som ingen skillnad i uppfattningar mellan nämnda grupper.

Slutligen värderades det relativa resultatet utifrån en 5-gradiga *Index*-skala, i syfte att objektivt erhålla en övergripande sammanfattning. Författaren har valt att summera frågorna av patientsäkerhetsklimat i procent, styrka och benämning enligt;

- <0.20 =*Inget eller mycket dåligt*
- $0.21-0.40$ =*Dåligt*
- $0.41-0.60$ =*Ganska gott*

- 0.61-0.80=*Gott*
- 0.81-1.00=*Mycket gott*

utifrån svarsalternativ *Stämmer ganska bra* och *Stämmer mycket bra* (Altman, 1991). I de fall frågan i enkäten ställts negativt, det vill säga följande frågor i avsnitt A: 5, 7, 10, 14 och 17 och i avsnitt B: 3, 4 och 6 samt i avsnitt F: 2, 3, 5, 6, 7, 9 och 11, är sammanställningen i Index-skalan baserad på de negativa svarsfrekvenserna *Stämmer mycket dåligt* respektive *Stämmer ganska dåligt*, i syfte att stringent att summera positiva svarsfrekvenser utifrån patientsäkerhetsklimat.

Forskningsetiska avvägningar

Innan enkätundersökningens start sändes ansökan med projektplan till Vårdvetenskapliga Etik Nämnden (VEN).

Informanterna fick på framsidan av enkäten (bilaga 1) skriftlig information om studien, att deltagande var frivilligt och att de inte behövde förklara om de inte ville delta samt att deras svar behandlas konfidentiellt. Vidare informerades om att resultatet endast skulle användas i denna studie och endast för att besvara syftet och frågeställningarna utifrån föreliggande uppsats. Skriftligt samtycke ansågs föreligga om informanterna fyllde i enkäten. Ifyllda enkäter har endast kodats med ett konsekutivt löpnummer i syfte att kunna kontrollera variabler efter transkribering till kalkylblad. Enkäterna förvaras i en pärm i ett låst utrymme och kommer att destrueras efter godkänd examination.

Författarens bedömning inför studien var att risken för att informanterna skulle utsättas för någon form av obehag eller skada var begränsad. Det insamlade materialet innehåller inga namn eller födelsedata och resultatet presenteras endast på gruppnivå vilket bör försvåras identifiering av enskild informant.

Resultat

Demografi informanter/ort

Besvarade enkäter blev totalt antal 66 stycken (44 %) med ett svarsomfång medarbetare på 61 stycken (92%) tillsammans med informanter i chefsposition på 5 stycken (8%). Noterbart är att ingen informant i chefsposition ifrån ort A besvarade enkäten samt att relativ svarsfrekvens medarbetare ifrån ort A var 19 stycken (31 %) (Tabell 1).

Tabell 1. Absoluta och relativa frekvenser (%) besvarade enkäter på respektive ort.

	Medarbetare	Chef
A	19 (31)	0 (0)
B	42 (69)	5 (100)
Totalt	61 (100)	5 (100)

Avsnitt A – Allmänt arbets/patientsäkerhetsklimat

Övergripande relativt svarsresultat för hela kliniken avseende avsnitt A presenteras i Diagram 1, tillsammans med *Index*-värden, som antyder ett *Gott* patientsäkerhetsklimat (Chefer 0.67 mot MA 0.61, Tabell 3). Resultatet visar övergripande en samsyn mellan Chefer och MA ($p=0.052$ till $p=0.330$) men statistiska skillnader i uppfattningar utföll på frågorna A7 och A16, och generellt skattar Chefer ett gynnsammare patientsäkerhetsklimat än MA (Diagram 1).

Skillnader i uppfattningar utföll på fråga A7 (*Vi använder personal från bemanningsföretag/tillfällig personal mer än vad som är bra för arbetet som helhet*) och fråga A16 (*Personalen oroar sig för att de misstag de gjort sparas i personakten*). Chefer på fråga A7 anger till 80% att påståendet *Stämmer mycket dåligt* i förhållande till MA som anger 23% *Stämmer mycket dåligt* ($p=0.009$). MA oroar sig också högre grad för att eventuella misstag ska sparas i personalakter än Chefer (A16), svarsalternativet *Stämmer mycket dåligt* besvaras till 80 % av Chefer mot 40 % av MA ($p=0.047$) (Diagram 1).

Angående fråga A2 (*Vi har tillräckligt med personal för att klara arbetsbelastningen*) ($p=0.055$) samt A9 (*Misstag har lett till positiva förändringar här*) ($p=0.052$) påvisas tendenser till olika uppfattningar. Svartalternativen *Stämmer mycket dåligt* och *Stämmer ganska dåligt* anges i en högre frekvens av MA i fråga A2 och svarsfrekvenser angående fråga A9 visar på att en knapp fjärdedel av MA anger *Varken eller/Stämmer ganska dåligt* att påståendet *Misstag har lett till positiva förändringar här*.



Diagram 1. Relativa svarsfrekvenser respektive fråga. Jämförelseanalys utförd på medianvärde/fråga (Mann-Whitney U test, * $p < 0.05$).

Avsnitt B – ”Din närmaste chef”

Relativa svarsfrekvenser avseende avsnitt B presenteras i Diagram 2, och antyder ett *Gott* patientsäkerhetsklimat (Tabell 3) angående uppfattningar om *Din närmaste chef* (Tabell 3). Statistisk skillnad i uppfattning utföll på fråga B2 (*Min närmaste chef beaktar på allvar personalens förslag till förbättringar av patientsäkerheten*). Chefer anger svarsalternativen *Stämmer ganska bra* och *Stämmer mycket bra* till 100% mot ~ 40 % av MA ($p=0.025$). Noterbart är att MA och Chefer har gemensam uppfattning kring frågorna B3 och B4 (*När arbetsbelastningen ökar vill min närmaste chef att vi ökar tempot, även om det innebär att vi måste ta genvägar* och *Min närmaste chef låtsas inte om de patientsäkerhetsproblem som uppträder om och om igen*, $p=0.093$ samt $p=0.142$) svaren reflekterar höga relativa frekvenser av svaren *Stämmer mycket dåligt* & *Stämmer ganska dåligt*, vilket i detta sammanhang betraktas som positivt (Diagram 2).

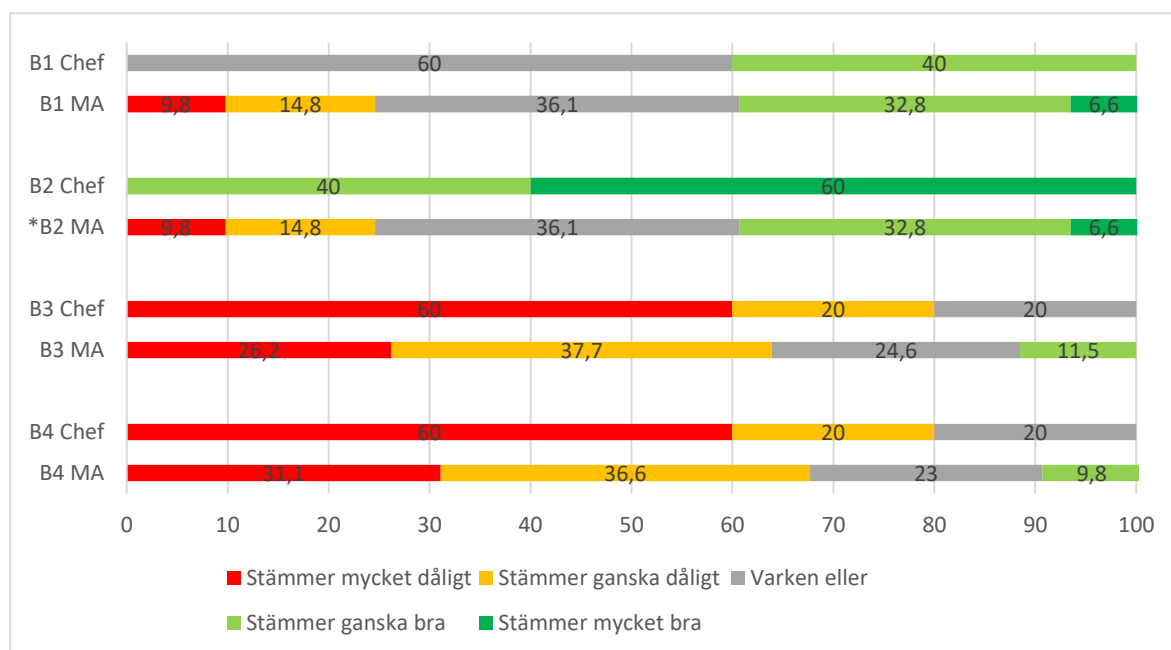


Diagram 2. Relativa svarsfrekvenser respektive fråga. Jämförelseanalys utförd på medianvärde (*Mann-Whitney U test*, $*p= <0.05$).

Avsnitt C – ”Kommunikation”

I Diagram 3 värderas *Kommunikation* ur patientsäkerhetsklimatet som *Mycket gott* (Indexvärde chefer 1.0 vs. MA 1.0, Tabell 3). Chefer och MA har överlag en samsyn kring fyra av dessa frågor men statistisk skillnad i svarsalternativ utföll på frågorna C3 (*Vi informerar om*

de misstag som görs inom vår vårdenhet), $p=0.049$ och C4 (När de med högre status/ställning tar beslut eller utför handlingar vågar personalen ifrågasätta), $p=0.030$ (Diagram 3).

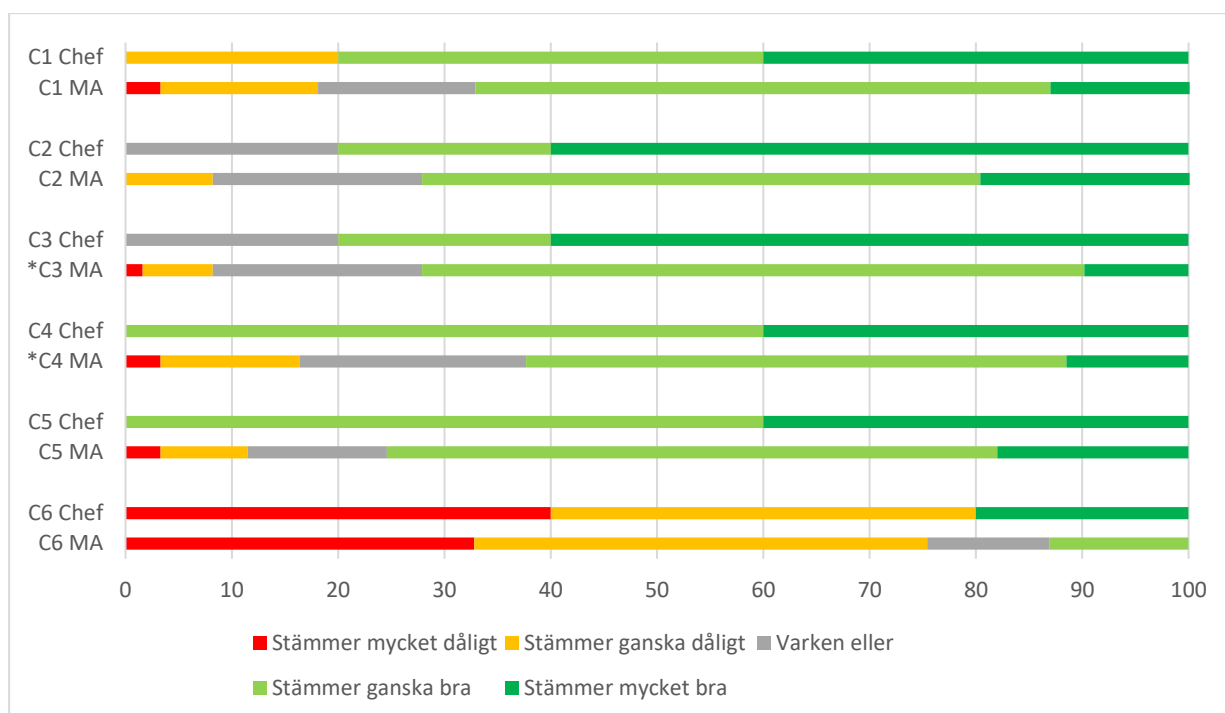


Diagram 3. Relativa svarsfrekvenser respektive fråga. Jämförelseanalys utförd på medianvärde (*Mann-Whitney U test*, $*p < 0.05$).

Avsnitt D – ”Benägenhet att rapportera händelser”

Relativa svarsresultat avseende avsnitt D presenteras i Diagram 4. Här har medarbetare och chefer skattat hur benägna enheten är att rapportera händelser och misstag av olika grad, och ingen skillnad kan påvisas vid jämförelseanalys (p -värden varierar mellan 0.255 och 0.376), vilket antyder en samsyn i uppfattningar, men resultatet antyder också att det råder en låg grad av rapportering av händelser. Fråga D2 (När ett misstag inträffar som inte kan skada patienten, hur ofta rapporteras det?) besvaras mest frekvent med svarsalternativ ”Sällan” eller ”Aldrig” (Chefer 60 % respektive MA 75 %, Diagram 4) och ett *Index*-värde, gällande både Chefer (0.33) och MA (0.33), visar på ett *Dåligt* patientsäkerhetsklimat uttryckt i procent och styrka (Tabell 3).

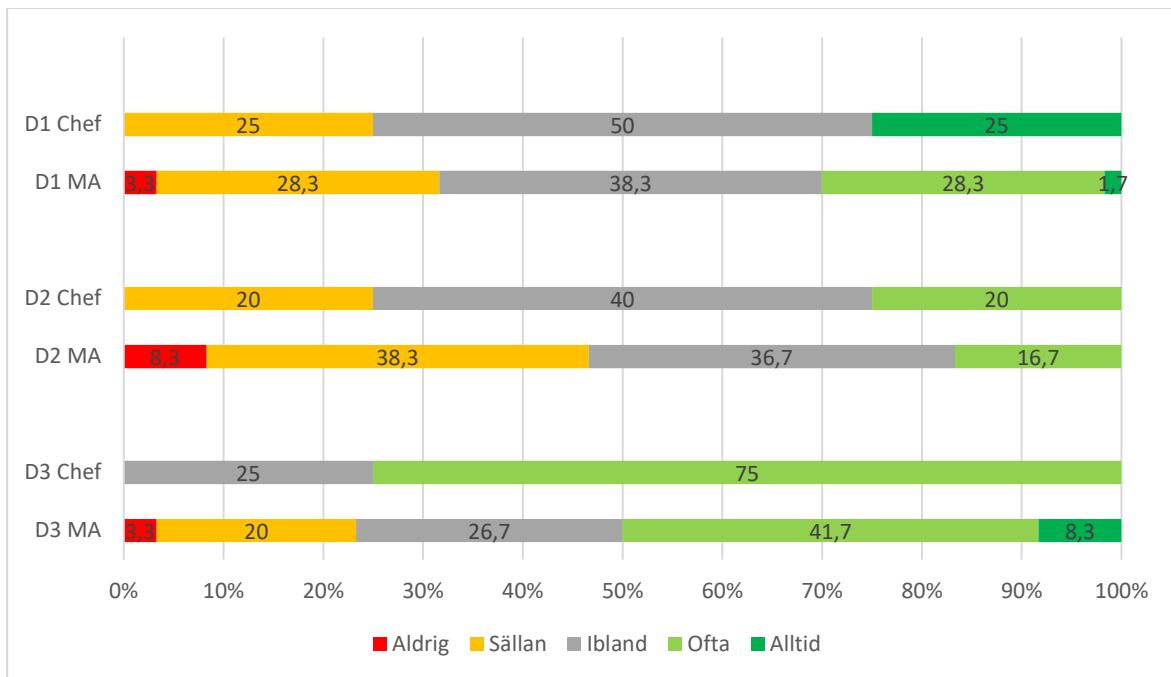


Diagram 4. Relativa svarsfrekvenser respektive fråga. Jämförelseanalys utförd på medianvärde (*Mann-Whitney U test*, $*p= <0.05$).

Avsnitt E – ”Generell bedömning av patientsäkerheten”

Angående avsnitt E skulle informanterna uppskatta en generell bedömning av patientsäkerheten på enheten. Chefer anger till 100 % att ett *Acceptabelt* patientsäkerhetsklimat råder, vilket är linje med MA’s uppfattningar, då endast drygt 6 % av MA angivit svarsalternativ *Mindre bra* (Diagram 5).

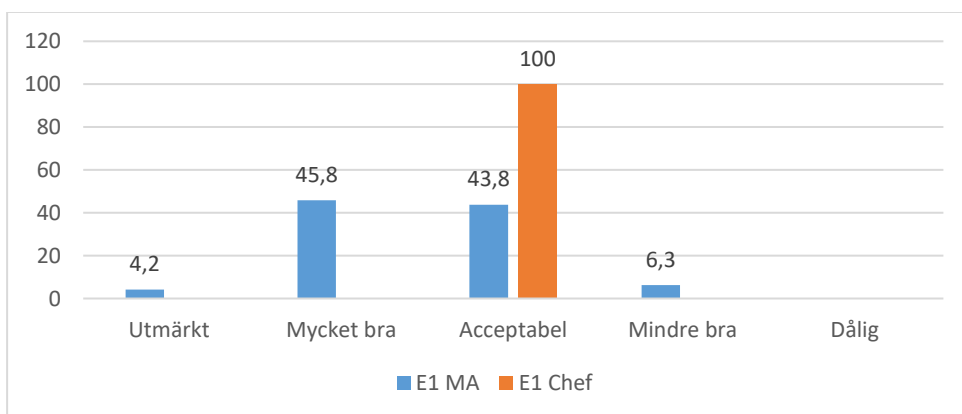


Diagram 5. Relativa svarsfrekvenser respektive fråga. Jämförelseanalys utförd på medianvärde (*Mann-Whitney U test*, $*p= <0.05$).

Avsnitt F – “Ditt sjukhus eller motsvarande”

Diagram 6 redovisar övergripande relativa frekvenser avseende uppfattningar av *Ditt sjukhus eller motsvarande*. Statistisk skillnad utföll på frågorna F1- *Sjukhusledningen eller motsvarande har skapat ett arbetsklimat som främjar patientsäkerheten* ($p=0.011$), F8 - *Sjukhusledningens eller motsvarandes agerande visar att patientsäkerheten har högsta prioritet* ($p=0.003$), F9 - *Sjukhusledningen eller motsvarande verkar endast intressera sig för patientsäkerheten när en negativ händelse har inträffat* ($p=0.022$) samt F11- *Skiftbyten/byte av medarbetare är problematiska för patienterna på denna enheten* ($p=0.010$) (Diagram 5). Sammanfattning antyder att i 4 av dessa frågor (36 %) skiljer sig uppfattningarna åt och värdering utifrån Index-värde i procent och styrka visar att Chefer skattat ett *Gott* klimat (0.76) och MA ett *Ganska gott* klimat (0.46) (Tabell 3).

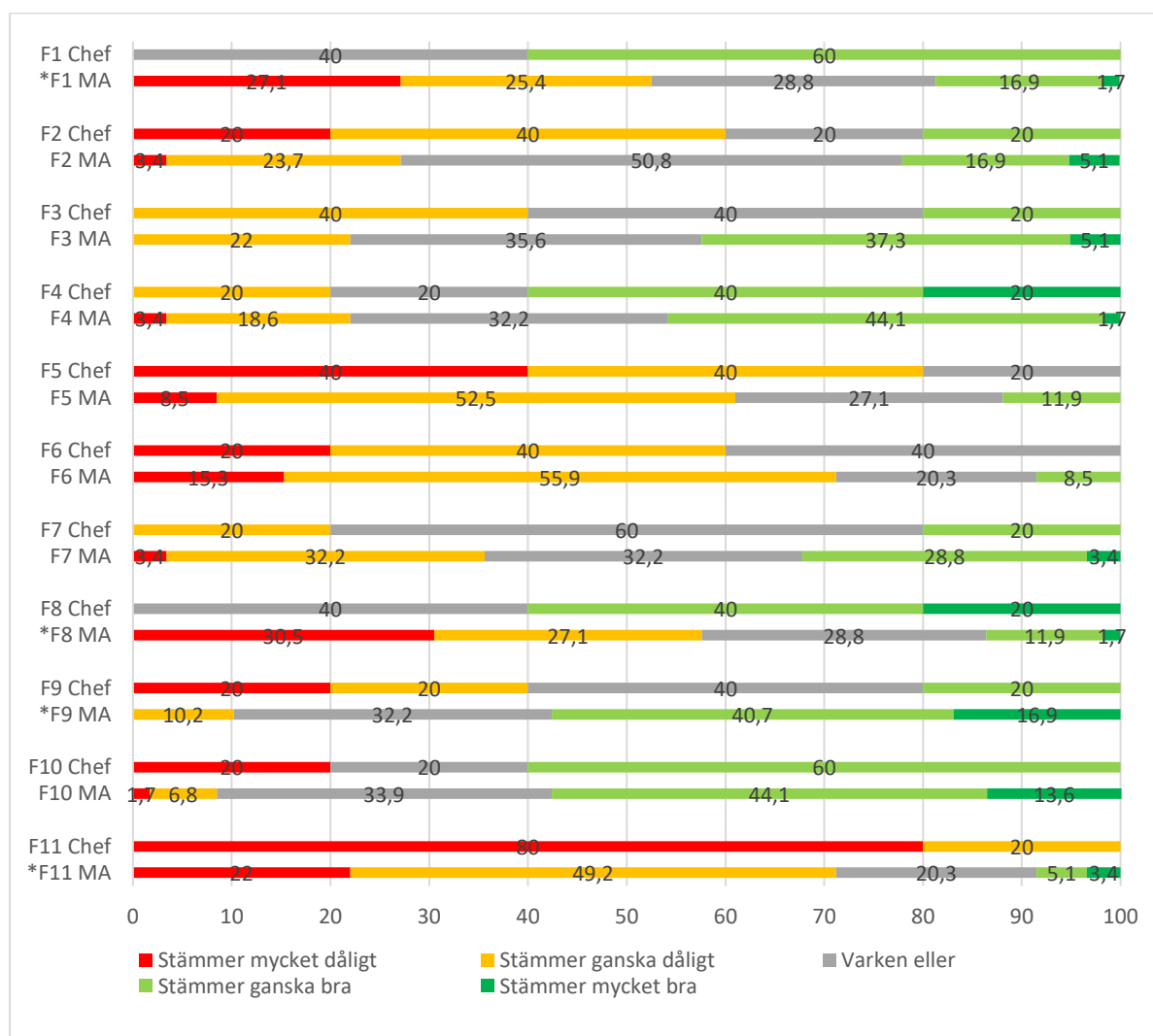


Diagram 5. Relativa svarsfrekvenser respektive fråga. Jämförelseanalys utförd på medianvärde (*Mann-Whitney U test*, $*p < 0.05$).

Avsnitt G – “Antal rapporterade avvikelser samt information och stöd till vårdpersonal vid händelse”

Antal rapporterade avvikelser

I detta avsnitt uppskattar/anger informanterna *hur många tillbud/negativa händelser* (G1) och *Hur många risker* (G2) som informanten skriftligen rapporterat de senaste 12 månaderna. Ingen skillnad mellan Chefer och MA förekommer, varken gällande *tillbud/negativa händelser* ($p=0.457$) eller *risker* ($p=0.779$). Flest angivna frekvenser förekommer inom svarsalternativen *Ingen* eller 1-2 under 12-månaders perioden (Diagram 7).

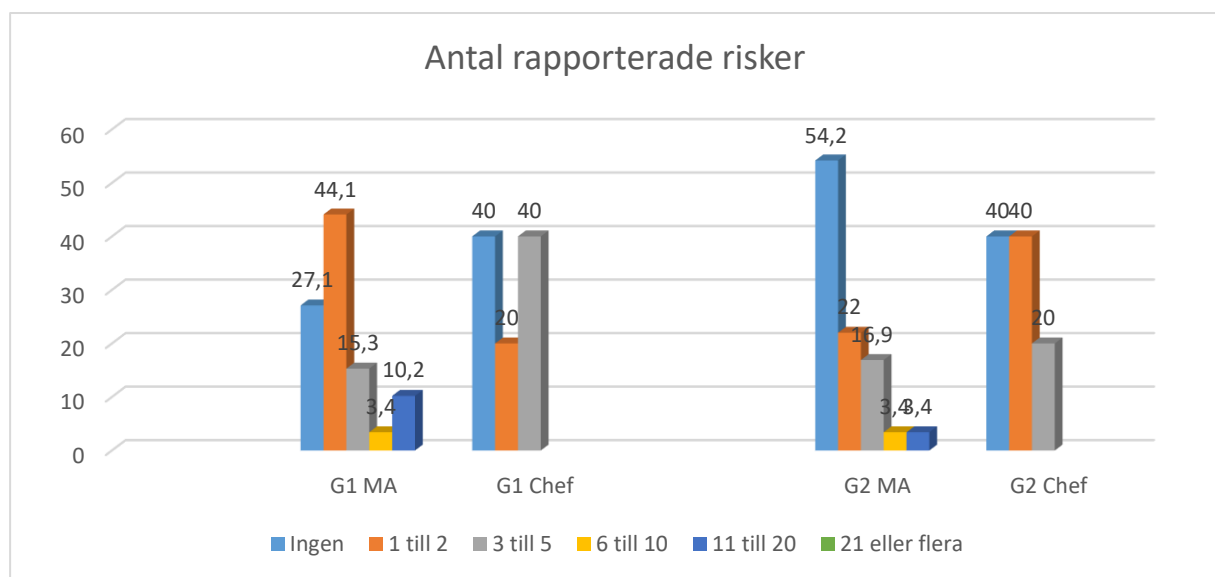


Diagram 7. Relativa svarsfrekvenser respektive fråga. Jämförelseanalys utförd på proportioner mellan chefer och medarbetare (*Fichers exact test*, $*p= <0.05$).

Information och stöd till vårdpersonal vid händelse

Frågorna G3 tom G7 behandlar uppfattningar gällande information och stöd till vårdpersonal vid händelse. Inga skillnader i uppfattningar förekommer då p -värden varierade mellan $p=0.050$ – $p=0.208$, dock antyds skillnad angående fråga G7 (*På vår avdelning ger Vi vårdpersonal som varit berörda av en negativ händelse, information om vad som görs för att hindra att liknande händelse inträffa*), då 10 % MA använder svarsalternativen *Stämmer ganska dåligt* & *Stämmer mycket dåligt* (Diagram 8).

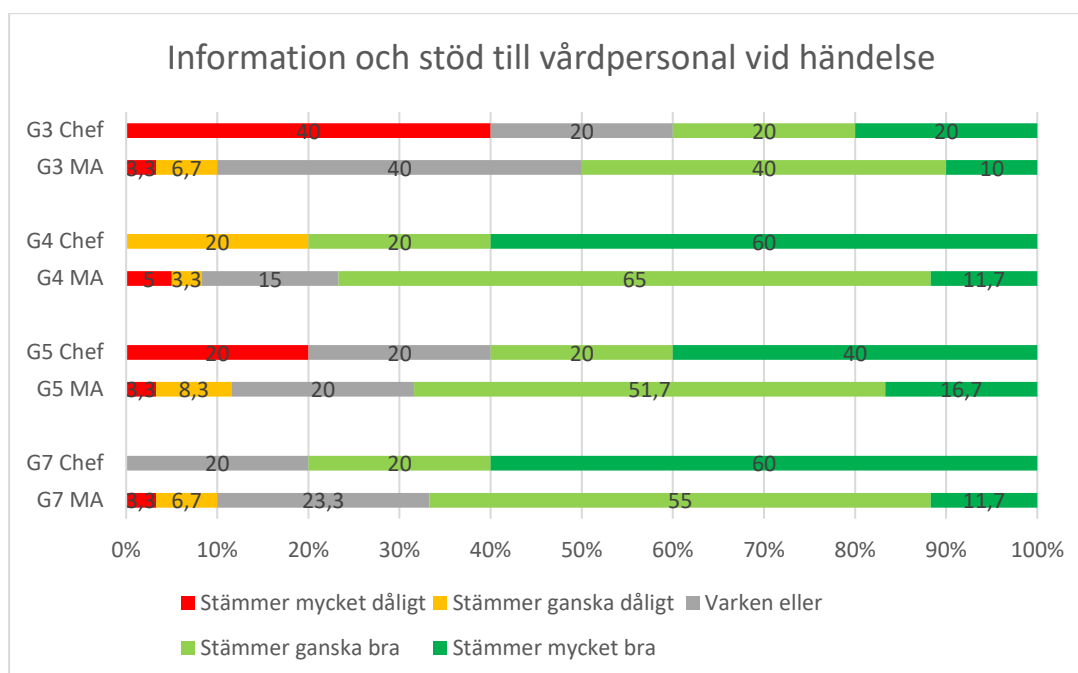


Diagram 8. Relativa svarsfrekvenser respektive fråga. Jämförelseanalys utförd på medianvärde (Mann-Whitney U test, $*p < 0.05$).

Patientsäkerhetsklimat (presenterat som *Index*-värde)

Patientsäkerhetsklimat presenterat som ett (1) *Index*-värde utifrån svarsfrekvenser *Stämmer ganska bra* och *Stämmer mycket bra* (Tabell 3). Skattat *Index*-värde analyserat utifrån Altman 5-gradig skala antyder därför ett *Övergripande patientsäkerhetsklimat* som *Gott*, skattat av både chefer och MA (Altman, 1991). Klimatet angående *Benägenhet att rapportera händelser* skattas som *Dåligt* av både Chefer och MA, medan *Index*-värdet angående *Ditt sjukhus eller motsvarande* är i linje med presenterade uppfattningar i Diagram 5.

Tabell 3. Värdering av patientsäkerhetsklimat i procent, styrka och benämning enligt; <0.20 =*Inget eller mycket dåligt*, $0.21-0.40$ =*Dåligt*, $0.41-0.60$ =*Ganska gott*, $0.61-0.80$ =*Gott* samt $0.81-1.00$ =*Mycket gott* (*Index*-värde).

	Chefer	MA
Övergripande patientsäkerhetsklimat	Gott (0.70)	Gott (0.63)
A – "Allmänt arbets/patientsäkerhetsklimat" (%)	Gott (0.67)	Gott (0.61)
B – "Din närmaste chef"	Gott (0.75)	Gott (0.75)
C – "Kommunikation"	Mkt gott (1.0)	Mkt gott (1.0)
D – "Benägenhet att rapportera händelser"	Dåligt (0.33)	Dåligt (0.33)
F – "Ditt sjukhus eller motsvarande"	Gott (0.73)	Ganska gott (0.46)

Värdering inspirerad av Altman (1991).

Diskussion

Metoddiskussion

Liksom Ejlertsson (2014) beskriver är det adekvat att ställa frågan om när den insamlade informationen inte längre representerar den undersökta gruppen, svarsfrekvens i enkätundersökningar som förr låg på 90 % ligger i nutida undersökningar runt 50 % och därunder. Således är svarsfrekvensen på 44 % låg men motsvarar de siffror Ejlertsson (2014) beskriver i nutida enkätutskick. Därmed borde resultatet även kunna generaliseras och överföras på andra kliniker.

Urval

Svarsfrekvensen måste även värderas mot urvalskriterierna. Inklusionskriterier var att informanten skulle ha tjänstgjort vid aktuell klinik i 12 månader, detta kriterium valdes mot bakgrund av följande fråga: *Hur många tillbud/negativa händelser har du skriftligen rapporterat de senaste 12 månaderna*. Nämnt urvalskriterium kan negativt ha påverkat antalet informanter som medverkat i undersökningen, men kan samtidigt anses som en styrka, detta för att informanterna kunnat beskriva sina erfarenheter av rådande arbetsmiljöklimat och inte bara förmedlat uppfattningar beskrivna av äldre kolleger. Gällande chefer fanns inget uttalat kriterium för att de skulle tjänstgjort 12 månader som chef. Risken är att cheferna arbetat kortare tid eller tidigare varit medarbetare och därmed svarat annorlunda än om de varit i chefsrollen en längre tid. Likaså är det anmärkningsvärt att inga chefer från ort A besvarat enkäten samt att markant färre medarbetare från ort A har svarat jämfört med ort B. Dessa faktum kan ha påverkat resultatet.

Den inre motivationen hos informanten, det vill säga viljan att bidra till resultatet, som Ejlertsson (2014) nämner var svår att skapa då författaren inte haft möjlighet att besöka alla enheter i samband med morgonmöte eller arbetsplatsmöte. Vid de besök som genomfördes för att informera, påminna och uppmana studiedeltagarna att fylla i enkäterna var många tilltänkta informanter upptagna med arbete på sal och alla besök sammanföll inte med enheternas möten. De enheter där enhetscheferna informerade om studien och uppmanade informanterna att fylla i enkäten kan ha påverkats negativt av detta. Medarbetarna kan uppfatta uppmaningen

att mäta patientsäkerhetskultur som en kontroll från cheferna och ställa sig negativt till deltagande. Detta tror författaren kan ha kommit att påverka svarsfrekvensen.

Validitet och reliabilitet

Med validitet avses frågans förmåga att mäta det som den avser att mäta, frågor med hög validitet har frånvaro av systematiska fel. Reliabilitet avser om man mäter sammanhanget på ett tillförlitligt sätt, det vill säga att upprepade mätningar ger samma resultat, således frånvaron av slumpmässiga fel i mätningen. Naturligtvis bör man sträva efter både en hög validitet och en hög reliabilitet, men viktigt att notera är att hög reliabilitet inte garanterar hög validitet, men att hög validitet, frånvaro av systematiska fel, förutsätter hög reliabilitet det vill säga frånvaro av slumpmässiga fel (Ejlertsson, 2014).

När det gäller validitet inom utvärderingar med kvalitativa data inom en kvantitativ ansats (såsom uppfattningar och/eller upplevelser, som i föreliggande studie) kan det medföra svårigheter. Först måste det nyanseras om datainsamlingstekniken har medfört den information som författaren är intresserad av. Då undersökningen medfört en relativt låg svarsfrekvens (44%), kan det inte uteslutas att studiens resultat blivit påverkat av slumpmässiga fel. Dock anger Ejlertsson (2014), att beskriven svarsfrekvens kan anses som normal, och föreliggande undersökning medgav tyvärr inte uppföljande initiativ i den utsträckning som författaren önskade.

Undersökningen har använt en tidigare utvecklad enkät i ämnet som medför en hög innehållsvaliditet. Använd enkät har medfört att relaterat innehåll, för att mäta patientsäkerhetsklimat, mäter ”det man vill mäta” och det är förhoppningen att beskrivning av design, metod och analys för att kommunicera forskningsprocessen har förstärkt resultatets giltighet. Dock kunde processen stärkts genom en noggrann bortfallsanalys för att finna anledning till den relativa låga svarsfrekvensen, en dylik analys hade dock tagit för mycket tid i anspråk i relation till disponibel tid.

I en metoddiskussion bör också om möjligt säkerställas den samtidiga validiteten (korrespondensvaliditet), det vill säga om föreliggande studies resultat stämmer överens med resultatet ifrån andra undersökningar. Använt instrument är väl etablerat i forskningsvärlden och flera av de vetenskapliga artiklar som nämns i studien har använt samma instrument och beskriver resultat som kan jämföras med föreliggande studies.

När det gäller denna studies reliabilitet, det vill säga om resultatet är framtaget på ett tillförlitligt sätt utan att okontrollerade tillfälliga fel grumlar svaren är det inte omöjligt att resultatet påverkas av tidsperioden då informanterna besvarade enkäten.

Resultatdiskussion

Föreliggande studie antyder att det finns en samsyn mellan chefer och medarbetare avseende patientsäkerhetskultur, dock finns i vissa frågor statistiska skillnader. Index-värdet i Tabell 3 visar tydligt att det råder samsyn på flera av avsnitten. Kommunikation, avsnitt C, beskrivs som *Mycket gott* i förhållande till avsnitt D, Benägenhet att rapportera händelser, som beskrivs som *Dåligt*.

Avsnitt A berör allmänt arbets/patientsäkerhetsklimat och visar på statistiskt signifikanta skillnader då cheferna ter sig ha en mindre negativ syn på patientsäkerhetsfaktorer än vad medarbetarna har. Medarbetarna anser i högre grad att arbetsbelastningen är för hög och att resurser saknas. Här kan paralleller dras till Hollnagels (2009) modell *Efficiency-Thoroughness Trade Off* (The ETTO-princip) som beskriver svårigheten att vara både noggrann och effektiv samtidigt. Noggrannhet prioriteras om målet är hög säkerhet (a.a.). Anestesisjuksköterskans arbetsmiljö präglas av en målsättning kring hög säkerhet. Detta stärks även av Meeussen et al (2016) som beskriver att IFNA anser att om anesthesiologisk vård ska kunna ges på ett säkert sätt så måste tillräckliga resurser tillhandahållas.

I avsnitt B ses samsyn kring två ur patientsäkerhetsperspektiv sett viktiga frågor, ”*När arbetsbelastningen ökar vill min närmaste chef att vi ökar tempot, även om det innebär att vi måste ta genvägar*” och ”*Min närmaste chef låtsas inte om de patientsäkerhetsproblem som uppträder om och om igen*”. Båda frågorna har höga frekvenser av nekande svar hos båda grupperna och detta tolkas som positivt. Däremot verkar chefer och medarbetare ha olika syn på sina respektive chefer då det finns statistiskt signifikanta skillnader kring frågan ”*Min närmaste chef beaktar på allvar personalens förslag till förbättringar av patientsäkerheten*”, detta kan indikera att cheferna upplever sig lyssnade på av sina chefer men inte medarbetarna till första linjens chefer. Smeds Alenius, Tishelman, Rusesdotter & Lindqvist (2014) menar att ett tydligt och kompetent ledarskap är avgörande för sjuksköterskors uppfattning av patientsäkerheten. Således kan upplevelsen av en icke kompetent och tydlig chef påverka uppfattningen av patientsäkerhet negativt. Även Göras et al (2017) beskriver ledarskapets

betydelse för patientsäkerhetskulturen och menar att chefer behöver uppmuntra patientsäkerhetsarbetet på operationsavdelningar. Att beakta personalens förslag till förbättringar av patientsäkerheten är i allra högsta grad att uppmuntra patientsäkerhetsarbetet.

Skattad patientsäkerhetskultur avseende Kommunikation utföll i Index-värde motsvarande Mycket gott. Utgångspunkten i föreliggande uppsats är kärnkompetensen *Säker vård*, vilket även inbegriper att kommunicera på ett standardiserat och adekvat sätt. Barnsteiner & Sherwood (2013) betonar vikten av bland annat transparens, ömsesidig respekt, och icke-skuldbeläggande i en organisation. Dessa organisatoriska egenskaper öppnar upp för kommunikation och skildrar en patientsäker organisation. Lozito et al. (2018) fann i sin interventionsstudie för att öka rapportering av ogynnsamma händelser även förbättringar inom området kommunikation genom öppenhet i kommunikation, feedback och kommunikation kring händelser.

Angående Benägenhet att rapportera händelser (Avsnitt D) så utfaller detta avsnitt vara i störst behov av åtgärder i syfte att förbättra patientsäkerhetskulturen. Här har medarbetare och chefer skattat hur benägna enheten är att rapportera händelser och misstag, en skattning som är mycket låg. Enligt *Patientsäkerhetslag* (SFS 2010:659) ska all sjukvårdspersonal rapportera risk för vårdskada samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Liknande fynd avseende låg rapportering av ogynnsamma händelser och misstag fann Lozito et al. (2018). Interventionen med fokus på utbildning kring händelserapportering samt debriefingsamtal gav resultat såsom ökad händelserapportering och icke-straffbeläggande respons på fel (a.a.).

Varför benägenheten att rapportera händelser är låg kan författaren endast spekulera kring. Dock, i avsnitt B framkom att medarbetare inte upplevde att närmsta chefen på allvar lyssnade till personalens förslag till förbättringar av patientsäkerheten, vilket kan innebära att chefer inte får ta del av de förslag som skulle kunna förmedlats. Avsnitt F, *Ditt sjukhus eller motsvarande*, utmärker sig som det område där chefer och medarbetare har minst samsyn. Författarens tolkning av informanternas beskrivning grundar sig till viss del i den negativa publicitet kliniken varit föremål för under det sista året. Medarbetare som valt att framträda i massmedia menar att sjukhusledningen inte förstår hur patientsäker verksamheten är.

Konklusion och implikation

Mot bakgrund av den begränsade datan tänker sig författaren att studiens resultat snarare representerar rådande patientsäkerhetsklimat såsom Arbetsmiljöverket (2017) definierar det – som ögonblicksbilder av säkerhetskulturen.

Föreliggande uppsats antyder att ett *Gott* övergripande patientsäkerhetsklimat råder vid utvärderad anestesiklinik. Resultatet visar på samsyn gällande domänerna *Din närmaste chef* och *Kommunikation*, där båda domänerna visar på *Gott* till *Mycket gott* patientsäkerhetsklimat. Dock, i domänen *Benägenhet att rapportera händelser*, ses störst behov av åtgärder då patientsäkerhetslagen uttryckligen beskriver att all sjukvårdspersonal ska rapportera risker som medfört eller hade kunnat medföra vårdskador.

Rådande patientsäkerhetskultur ska vara en del av en avdelnings gemensamma värdegrunder och utgå ifrån transparens samt ansvarstagande. Författaren hoppas och tror därför att föreliggande undersökning kan vara ett första steg i att objektivt nyansera rådande patientsäkerhetskultur och att undersökningen därför kan komma utvärderat verksamhetsområde och andra kliniker till gagn i deras fortsatta patientsäkerhetsarbete.

Referenser

Andersson, Åsa (2013). Utveckling av kvalitet och säker vård och omvårdnad i Sverige. Barnsteiner, J & Sherwood, G (Red). Sid 51-59 . *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Arbetsmiljöverket. (2017) Säkerhetskultur – ett samspel mellan människor och riskstyrning. Hämtad 2018-12-21 från <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/arbete-med-arbetsmiljon/sakerhetskultur---ett-samspel-mellan-manniskor-och-riskstyrning/>

Barnsteiner, Jane (2013). Säker vård. Barnsteiner, J & Sherwood, G (Red). Sid 125-143. *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Codex – Riktlinjer för forskning. Hämtad 2018-12-17 från <http://codex.vr.se/>

Göras, C., Unbeck, M., Nilsson, U., Ehrenberg, A. (2017). Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 2017;7:e015607. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015607

Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. (2:a uppl.).Lund: Studentlitteratur.

Hollnagel, E. (2009). *The ETTO Principle: efficiency-thoroughness trade-off*. Surrey: Ashgate Publishing Limited

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Johansson, U. (2011) *Forskningens termer och begrepp – en ordbok* 1(1). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. i M. Henricsson, *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

Lozito, M., Whiteman, K., Swanson-Biearman, B., Barkhymer, M., Stephens, K. (2018). Good Catch Campaign: Improving the Perioperative Culture of Safety. *AORN Journal*, Vol 107 (6), 705-714. doi: 10.1002/aorn.12148

McMullan, S. P., Thomas-Hawkins, C., Shirey, M. R. (2017). Certified Registered Nurse Anesthetist Perceptions of Factors Impacting Patient Safety. *Nursing administration Quarterly*, Vol. 41 (1), 56–69. doi: [10.1097/NAQ.0000000000000204](https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000204)

Meeussen, V., Ouellette, S., Horton, B., the IFNA Board of Officers (2016). The global organization of nurses in anesthesia: The International Federation of Nurse Anesthetists. *Trends in Anesthesia and Critical Care*, (6), 20-25. doi.org/10.1016/j.tacc.2016.03.001

Neal, A. Griffin, M. A., (2002). Safety Climate and Safety Behaviour. *Australian Journal of Management*, Vol. 27, 67-75.

https://www.researchgate.net/publication/27478788_Safety_Climate_and_Safety_Behaviour

Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659). Hämtad från Riksdagens webbplats:

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2018) *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård*. Hämtad 2018-12-12 från <http://aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/komp-beskrivning-anestesi.pdf>

Region Skåne. (2014) Patientsäkerhetskulturmätning. Hämtad 2018-12-10 från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/5.-uppfoljning/omraden/patientsakerhet/patientsakerhetskultur/resultat-patientsakerhetskulturmätning-region-skane.pdf>

Smeds Alenius, L., Tishelman, C., Runesdotter, S., Lindqvist, R. (2014). Staffing and resource adequacy strongly related to RN's assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ Quality & Safety*, Vol 23(3), 242-9. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001734

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor* (Broschyr).

Sveriges kommuner och landsting. (2013) *Att mäta patientsäkerhetskulturen: handbok för patientsäkerhetsarbete*. Hämtad 2018-12-12 från <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/att-mata-patientsakerhetskulturen-2.html>

Öhrn, A. (2013) Säker vård. I/In A. Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., Öhlén, J.(Red.) *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.

Öhrn, A & Nilsen, P. (2010) Implementering av patientsäkerhetsdialoger. I: Nilsen, P. (red) *Implementering – teori och tillämpning i hälso- och sjukvård*, s.197-218. Lund: Studentlitteratur.



Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Patientsäkerhetskultur – en enkätstudie

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående enkätstudie.

Syftet är att beskriva anestesijuksköterskors och deras chefers uppfattningar om rådande patientsäkerhetskultur.

Det tänkta urvalet är all personal vid kliniken (såväl chefer som anestesijuksköterskor) som varit verksamma i verksamheten mer än 12 månader. Ifyllande av enkäten beräknas ta c:a 15-20 minuter i anspråk.

För att skydda Er som studiedeltagare är enkäterna oidentifierade. Insamlade enkäter kommer insamlas i avsedd låda på respektive avdelning och analyserat resultat kommer bara att användas i denna studie och endast för att besvara syftet och frågeställningarna utifrån föreliggande uppsats. Skriftligt samtycke anses föreligga om Ni fyller i enkäten. Om Du accepterar att delta ombeds Du att besvara frågorna i enkäten så fullständigt som möjligt och att lägga ifyllt enkät på angiven plats inom avdelningen.

Ditt deltagande är helt frivilligt och vill Du inte medverka behöver Du inte förklara varför. Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till dem.

Om Du accepterar att delta Tackar jag för Din medverkan!!

Bakgrundinformation:

Antal verksamma år som anestesijuksköterska:.....

Antal verksamma år inom VO IPV:.....

Arbetar som: Kliniskt verksam..... innehar chefsposition.....
(Markera med X)

Ange om Du instämmer eller inte i följande påståenden om din enhet

Kryssa i ett alternativ

Avsnitt A: Allmänt arbets-/patientsäkerhetsklimat.

Tänk på din enhet!

	Stämmer mycket dåligt	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra
A1 På enheten stöttar personalen varandra					
A2 Vi har tillräckligt med personal för att klara arbetsbelastningen					
A3 När det är mycket arbete som måste utföras snabbt arbetar vi tillsammans som team för att få arbetet avklarat					
A4 Inom den här enheten behandlar personalen varandra med respekt					
A5 Personalens arbetspass (planerad + eventuell övertid) på den här enheten är längre än vad som är bra för arbetet					
A6 Vi arbetar aktivt för att förbättra patientsäkerheten					
A7 Vi använder personal från bemanningsföretag/tillfällig personal mer än vad som är bra för arbetet som helhet					
A8 Personalen upplever att deras misstag läggs dem till last					
A9 Misstag har lett till positiva förändringar här					
A10 Det är ren tur att inga allvarigare misstag sker här					
A11 När det blir hektiskt för någon del inom enheten, kommer vi andra och hjälper till					
A12 När ett tillbud eller negativ händelse rapporteras känns det som att det är personen som utpekats istället för problemet					
A13 När vi har infört förändringar för att förbättra patientsäkerheten utvärderar vi deras effektivitet					
A14 Vi arbetar under mycket hård press och försöker utföra alltför mycket, alltför snabbt					
A15 Vi gör aldrig avkall på patientsäkerheten för att hinna mer					
A16 Personalen oroar sig för att de misstag de gjort sparas i personakten					
A17 vi har problem med patientsäkerheten inom den här vårdenheten					
A18 Våra rutiner och system är bra på att förhindra att fel inträffar					

Avsnitt B: Din närmaste chef

Tänk på Din enhet! Kryssa i ett alternativ

Ange om du Instämmer eller Inte i följande påstående om din närmaste chef

	Stämmer mycket dåligt	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra
B1 Min närmaste chef ger beröm när han eller hon ser att en uppgift utförs i enlighet med fastställda patientsäkerhetsrutiner					
B2 Min närmaste chef beaktar på allvar personalens förslag till förbättringar av patientsäkerheten					
B3 När arbetsbelastningen ökar vill min närmaste chef att vi ökar tempot, även om det innebär att vi måste ta genvägar					
B4 Min närmaste chef låtsas inte om de patientsäkerhetsproblem som uppträder om och om igen					

Avsnitt C: Kommunikation

Tänk på din vårdenhet. Kryssa i ETT alternativ.

	Stämmer mycket dåligt	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra
C1 Vi får återkoppling om de förändringar som genomförs baserade på avvikelserapporter					
C2 Personalen säger, utan att tveka ifrån, om de ser något som kan påverka vården av att patienterna negativt					
C3 Vi informerar om de misstag som görs inom vår vårdenhet					
C4 När de med högre status/ställning tar beslut eller utför handlingar vågar personalen ifrågasätta					
C5 På den här vårdenheten diskuterar vi hur vi ska undvika att fel inträffar igen					
C6 Personalen är rädd för att ställa frågor när något inte verkar stå rätt till					

Avsnitt D: Benägenheten att rapportera händelser

Tänk på din enhet. Kryssa i ETT alternativ.

	Aldrig	Sällan	Ibland	Oftast	Alltid
D1 När ett misstag inträffar och rättas till innan det påverkar /vården patienten, hur ofta rapporteras det?					
D2 När ett misstag inträffar som inte kan skada patienten, hur ofta rapporteras det?					
D3 När ett misstag inträffat som hade kunna skada patienten, men inte gjort det, hur ofta rapporteras det?					

Avsnitt E: Generell bedömning av patientsäkerheten

Gör en generell bedömning av patientsäkerheten på din enhet. Ringa in Ett alternativ,

Utmärkt Mycket bra Acceptabel Mindre bra Dålig

Avsnitt F: Ditt sjukhus eller motsvarande

Ange om du instämmer eller inte i följande påståenden. Kryssa i ett alternativ

	Stämmer mycket dåligt	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra
F1 Sjukhusledningen eller motsvarande har skapat ett arbetsklimat som främjar patientsäkerheten					
F2 Vårdenheten inom sjukhuset eller motsvarande kan inte samverka på ett bra sätt					
F3 Saker och ting "faller mellan stolarna" då patienterna överförs från en vårdenhet till en annan					
F4 Det råder ett gott samarbete mellan de vårdenheter som behöver arbeta tillsammans					
F5 Viktig information om vården av patienterna går ofta förlorad mellan arbetspass					
F6 Det är ofta otryggt att arbeta tillsammans med personal från andra enheter					
F7 Problem uppstår ofta vid informationsutbytet mellan enheter					
F8 Sjukhusledningens eller motsvarandes agerande visar att patientsäkerheten har högsta prioritet					
F9 Sjukhusledningen eller motsvarande verkar endast intressera sig för patientsäkerheten när en negativ händelse har inträffat					
F10 Enheterna samarbetar bra för att ge patienterna den bästa vården					
F11 Skiftbyten/byte av medarbetare är problematiska för patienterna på denna enheten					

Avsnitt G: antal rapporterade avvikelser

G1 Hur många tillbud/negativa händelser har du skriftligen rapporterat de senaste 12 månaderna? Ringa in ETT alternativ

Ingen avvikelse **1 till 2 avvikelser** **3 till 5 avvikelser**
6 till 10 avvikelser **11 till 20 avvikelser** **21 avvikelser eller fler**

**G2 Hur många risker har du rapporterat under de senaste 12 månaderna?
 Ringa in ETT alternativ**

Ingen **1 till 2 risker** **3 till 5 risker**
6 till 10 risker **11 till 20 risker** **21 risker eller fler**

G3 Information och stöd till vårdpersonal vid händelse

	Stämmer mycket dåligt	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra
G3 På vår enhet ger Vi vårdpersonal som varit berörda av en negativ händelse en ursäkt/en beklagande av den som inträffat					
G4 På vår enhet ger Vi vårdpersonal som varit berörda av en negativ händelse information om vad som hänt, dess konsekvens, samt vad görs för att förhindra att liknande händelse inträffar igen					
G5 På vår enhet ger Vi vårdpersonal som varit berörda av en negativ händelse stöd och hjälp att bearbeta och hantera det inträffat					
G7 På vår ger Vi vårdpersonal som varit berörda av en negativ händelse information om vad som görs för att hindra att liknande händelse inträffa					