

# Säkerhetsklimat i vård och omsorg.

**Bakomliggande faktorer och  
betydelse för personalsäkerhet  
och patientsäkerhet.**

Marianne Törner  
Mats Eklöf  
Pernilla Larsman  
Anders Pousette

Arbets- och miljömedicin  
Samhällsmedicin och folkhälsa  
Rapport 2013: nr 1





# **Säkerhetsklimat i vård och omsorg. Bakomliggande faktorer och betydelse för personalsäkerhet och patientsäkerhet.**

Marianne Törner  
Mats Eklöf  
Pernilla Larsman  
Anders Pousette

Slutrapport, AFA dnr. 090002

Arbets- och miljömedicin  
Rapport 2013:1  
Göteborgs universitet, 2013  
ISBN 978-91-86863-02-9

## Innehåll

Sammanfattning .....	6
Inledning och teoretisk grund .....	7
Syfte .....	16
Frågeställningar .....	16
Kvantitativa studier .....	16
Kvalitativa studier .....	16
Metod .....	17
Enkätstudie .....	17
Deltagare .....	17
Enkätinstrument .....	18
Intervjustudier .....	21
Individuella intervjuer .....	22
Fokusgruppsintervjuer .....	24
Resultat .....	26
Enkätstudier .....	26
Beskrivande statistik .....	26
Delstudie 1 .....	28
Delstudie 2 .....	35
Delstudie 3 .....	38
Individuella intervjuer .....	43
Människor .....	44
Grupp .....	53
Organisation, koordinering och resurser: flöden; resurser; samverkan och kommunikation; rutiner och procedurer .....	68
Fysisk omgivning: datorsystem, lokaler, utrustning .....	115

Synen på vård, på egna rollen och på patienten, samt "sakens natur" .....	121
Fokusgruppsintervjuer .....	126
Relationen mellan olika kategorier av förhållanden av betydelse för säkerhetsklimatet .....	127
Diskussion .....	131
Enkätstudien.....	131
Intervjustudierna .....	133
Sätt på vilka man hanterar kritiska situationer definierar säkerhetsklimatet .....	133
Rutinernas roll .....	134
Lärande och kompetensutveckling.....	135
Stöd och teamklimat .....	135
Resursberäkning med hänsyn till personalens funktionsnivå .....	136
Gränsövergångar som kritisk situation.....	136
Information som riskfaktor .....	137
Sjukvårdens ledningsstruktur .....	137
Reflektioner kring vården som system.....	137
Den kvalitativa metoden .....	140
Slutsatser .....	141
Erkännanden .....	144
Appendix 1. Intervjuguide, individuella intervjuer.....	145
Appendix 2. Temastruktur, fokusgruppsintervjuer .....	147
Appendix 3. Utveckling av skalor för att mäta säkerhetsbeteende i vården .....	154
Referenser .....	177

## Sammanfattning

Bättre säkerhet för personal och patienter/boende inom vård och omsorg är en angelägen fråga, såväl för att minska lidande som av samhällsekonomiska skäl. Säkerhetsklimat brukar definieras som arbetsagruppens gemensamma perceptioner och tolkningar av organisationens policy, procedurer och praktik i relation till säkerhet. Ett bra personalsäkerhetsklimat har i tidigare forskning visats ha betydelse för en lägre arbetsolycksfrekvens och forskningen stöder också att ett bra patientsäkerhetsklimat har betydelse för patientsäkerheten. I föreliggande studie undersöktes dels relationen mellan personalsäkerhetsklimat och patientsäkerhetsklimat i vård och omsorg, dels vilka faktorer som ligger bakom utvecklingen av goda säkerhetsklimat i denna typ av verksamhet. Säkerhetsklimatets betydelse för personalsäkerhet respektive patientsäkerhet studerades också. Studien genomfördes på 131 sjukvårdsenheter inom slutenvård och öppenvård inom 35 olika verksamheter på fem olika sjukhus, på fyra primärvårdsenheter, samt på 32 omsorgsenheter inom äldreomsorg fördelade på 10 verksamheter i tre olika distrikt. Studien omfattade således 167 sjukvårds- eller omsorgsenheter. Studien bestod dels av en enkätundersökning som riktades till samtliga läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som arbetade inom de sjukvårdsenheterna, och samtliga sjuksköterskor och undersköterskor inom de omsorgsenheterna, som accepterat deltagande i studien, totalt 4252 personer. Svarsfrekvensen var 58%. Enkäten omfattade frågor om personalsäkerhetsklimat, patientsäkerhetsklimat, psykosociala förhållanden, gruppsammanhållning, tillit till chef, samt eget patientsäkerhetsbeteende och personalsäkerhetsbeteende. Studien omfattade också individuella djupintervjuer med 36 strategiskt utvalda informanter från de deltagande organisationerna; 13 läkare, 12 sjuksköterskor och 11 undersköterskor. Syftet med dessa intervjuer var att så fullödigt som möjligt beskriva förhållanden som i specialiserad slutenvård samt i kommunal äldreomsorg är av betydelse för god patientsäkerhet och personalsäkerhet, liksom förhållanden som är betydelsefulla för att motverka sådan säkerhet, och som därmed kan antas ha betydelse för kvaliteten på säkerhetsklimatet och på det delaktiga säkerhetsbeteendet inom dessa typer av verksamhet. För att åstadkomma metodtriangulering samt validering av resultaten av de individuella intervjuerna genomfördes även fyra fokusgruppsintervjuer med tre informanter i varje, strategiskt utvalda från de deltagande organisationerna och deltagande yrkeskategorierna.

Resultaten av enkätstudien visade att organisatoriska enheter med ett högt patientsäkerhetsklimat också har ett högt personalsäkerhetsklimat, och tvärtom. Starkast var sambandet mellan patientsäkerhetsklimat avseende förhållanden på arbetsenhetsnivå och personalsäkerhetsklimat avseende förhållanden i arbetsgruppen. Detta indikerar att man särskilt på gruppnivå kan tala om ett övergripande säkerhetsklimat och att om säkerhet är värderat i gruppen så omfattar det såväl patienternas som personalens säkerhet.

Enkätstudien visade också att såväl arbetsresurser, arbetskrav, tillit till chef, och sammanhållning i vårdenheten, var betydelsefulla för samtliga aspekter av säkerhetsklimatet.

Betraktat både ur ett patient- och personalbeteendeperspektiv, visade enkätstudien att det regelföljande säkerhetsbeteendet huvudsakligen predicerades av olika aspekter av säkerhetsklimat och att ha en hanterbar arbetsbelastning. Participativt säkerhetsbeteende däremot predicerades inte av säkerhetsklimat i någon större utsträckning. Det kännetecknades istället av en arbetssituation med höga krav, låg tillit till närmaste chef och en god sammanhållning på arbetsplatsen, där betydelsen av kombinationen av dessa faktorer diskuteras i rapporten.

I intervjustudierna identifierades kategorier av förhållanden av betydelse för ett bra säkerhetsklimat och för så kallat delaktigt säkerhetsbeteende. Dessa kategorier kunde inordnas under följande huvudområden:

- A. Människor:** Individer som tar ansvar; gruppsammanhållning, socialt kapital, stödjande chef, chef som tar tillvara personalens förslag och idéer, stödjande högre ledning
- B. Organisation och koordinering:** Fungerande flöden, samverkan och kommunikation mellan enheter och professioner, effektiva och tydliga rutiner och procedurer, att inte styra komplexa system genom förenklingar och fragmentisering, att underlätta kulturanpassningar
- C. Kompetens och lärande:** Insikt om betydelsen av kompetens, god kompetansanvändning, öppenhet för utveckling, och möjlighet att lära av och med varandra
- D. Resurser:** Tillräckligt med tid och plats för A – C, och alltså en grundförutsättning för dessa
- E. Fysisk omgivning och tekniska system:** Väl utformade lokaler, utrustning, datorsystem
- F. Synen på vård, patienten, den egna rollen, ”sakens natur”:** Professionell etik, en god relation till patienten

Resultaten av fokusgruppsintervjuerna styrkte ytterligare dessa resultat. Förhållandena mellan de olika kategorierna, samt dessas påverkan på arbetsvillkor, personal- och patientsäkerhet samt effektivitet kunde beskrivas i form av goda respektive ogynnsamma processer.

Resultaten från de kvantitativa och kvalitativa delstudierna förstärker och förklarar varandra och erbjuder en rik möjlighet att identifiera och bearbeta förhållanden i lokala vård- och omsorgskontext, som är av betydelse för att förbättra säkerheten för såväl personal som patienter i vård och omsorg.

## **Inledning och teoretisk grund**

2007 anmäldes till ISA-statistiken 29 000 arbetsolyckor med och 50 000 utan frånvaro (färdolyckor ej medräknade). Som jämförelse rapporterades samma år ca 12 000

arbetsjukdomar (Arbetsmiljöverket, 2008). I AFAs sammanställning av allvarliga olyckor 2005-2006 framgår att bland kvinnliga sjukvårdsspecialister är risken för allvarliga arbetsolyckor 3,0/1000 anställda, och bland undersköterskor och sjukvårdsbiträden är den 2,1/1000, att jämföra med 1,6/1000 bland samtliga kvinnor i svenskt arbetsliv. Dessa skador innebär dessutom ett större samhällsproblem än den relativa risken ger vid handen. Ett mycket stort antal kvinnor är anställda i vård och omsorgsarbete och olyckorna i denna sektor utgör därför ca 20% av totala antalet allvarliga arbetsolyckor bland kvinnor i svenskt arbetsliv (Larsson, Normark, Oldertz, & Tezic, 2009).

En undersökning av Socialstyrelsen visar att under ett år i somatisk slutenvård inträffar uppskattningsvis 105 000 vårdskador, vilka leder till cirka 630 000 extra vårddygn ([www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient\\_klientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Vardskador](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Vardskador), 2008).

Vård och omsorg är en sektor som lever under hårt ekonomiskt tryck med krav på rationaliseringar samtidigt som vårdbehovet kraftigt ökar, inte minst av demografiska skäl. Att minska personal- och patientskador i denna typ av verksamhet skulle inte bara kunna minska lidande utan också kunna minska kostnaderna utan att detta behöver ske på bekostnad av vare sig vårdkvalitet eller -kvantitet. Vincent (2009) konstaterar att patientsäkerhet har ägnats ökande intresse på senare år, men att åtgärdsarbetet sällan tagit sin utgångspunkt i socialpsykologiska förutsättningar och att detta kan förklara bristen på framgång. Vincent (2009) framhåller behovet av att i högre grad beakta sociala och kulturella fenomen, och av att kvalitativ forskningsmetodik tillämpas i högre grad. Vincent påpekar också med oro att patientsäkerhetsforskning baserad på psykologi, sociologi, organisationskunskap och teknik, minskade under början av 2000-talet. Brukarna inom äldreomsorgen benämns vanligen boende, men av praktiska skäl används i denna rapport genomgående begreppet patienter, vilket då alltså inbegriper såväl patienter i vården som boende i äldreomsorgen.

Föreliggande studie grundas på teori om organisationsklimat med speciellt fokus på dess delaspekt säkerhetsklimat. Det anses viktigt för medlemmar i en social grupp att förstå meningen i händelser, handlingar och interaktioner (Schneider & Reichers, 1983, refererande till Mead, 1934). Genom kommunikation och interaktion, menar Schneider och Reichers, sker en socialiseringsprocess bestående i gemensamt meningsskapande i gruppen baserat på olika händelser, praktik och procedurer. Sådan gemensam förståelse är integrativ och förknippad med medlemskap i gruppen. Tillsammans med påverkan från organisatoriska strukturer och från selektions–attraktions–avnötningsprocesser, varigenom medlemmar väljs ut till och attraheras av medlemskap i gruppen, och om medlemskapet inte tilltalar dem tillräckligt kan komma att lämna gruppen, leder denna socialiseringsprocess till utvecklingen av arbetsgruppens klimat (Schneider & Reichers, 1983). Därutöver hävdar Schneider (1975) en funktionalistisk syn på organisationsklimatet. Han menar att man i gruppen drar gemensamma slutsatser från perceptioner av faktiska procedurer och praktik vilket bidrar till att man uppfattar ordning och skapar ny ordning. Detta bidrar till meningsskapande och det är då, menar Schneider också logiskt att man som medlem i gruppen använder sig av detta när man väljer ett eget beteende; det vill säga man väljer ett beteende som är adekvat utifrån den



uppfattade ordningen. Enligt detta perspektiv på organisationsklimat skapar alltså medlemmarna i arbetsgruppen gemensamma teorier om hur världen är ordnad och individen använder dessa teorier som en referensram för eget beteende. Genom att detta beteende är i enlighet med det gemensamma klimatet reproduceras och förstärks gruppens klimat ytterligare.

Med säkerhetsklimat avses de aspekter av organisationsklimatet som har betydelse för säkerheten på arbetsplatsen och det brukar definieras som arbetsgruppens gemensamma perceptioner av policy, procedurer och praktik i relation till säkerhet i organisationen (Neal and Griffin, 2002; Zohar, 1980). Enligt säkerhetsklimatteori kan man alltså förvänta att genom att medlemmarna i arbetsgruppen uppfattar policy, procedurer och praktik på arbetsplatsen och gruppen genom kommunikation och social interaktion tolkar dessa perceptioner, växer en gemensam mening och ordning fram i gruppen avseende hur säkerhet värderas och bör hanteras i organisationen. Klimatet bidrar härigenom till utvecklingen av sociala normer relaterade till säkerhet på arbetsplatsen, vilka i sin tur är vägledande för de enskilda individernas beteende. I en grupp där säkerhetsklimatet är högt, det vill säga där gruppen delar uppfattningen att säkerhet är viktigt i organisationen, kan man således förvänta sig att medlemmarna i högre grad väljer att bete sig säkert än i en grupp där säkerhetsklimatet är lägre. Man kan då i förlängningen också förvänta sig att i grupper med högt säkerhetsklimat är olycksfrekvensen lägre än i gruppen där säkerhetsklimatet är lågt. När det gäller personalsäkerhet finns det också starkt empiriskt stöd för dessa antaganden (Beus, Payne, Bergman, & Arthur, 2010; Christian, Bradley, Wallace, & Burke, 2009; Glendon, 2008; Kuenzi & Schminke, 2009; Larsson-Tholén, Pousette, & Törner, 2013). När det gäller patientsäkerhet är forskningen inte lika omfattande, men motsvarande mekanismer kan förmodas verka.

Om, i enlighet med detta teoretiska resonemang, säkerhetsklimatet utgör gruppens gemensamma mening och teorier avseende värdering och hantering av säkerhet i organisationen, och dessa gemensamma teorier har sin grund i gemensamma (shared) perceptioner av policy, procedurer och praktik i relation till säkerhet i organisationen, blir det intressant att dels försöka fånga gruppens säkerhetsklimat, dels att förstå vilka fenomen och processer som ligger bakom utvecklingen av säkerhetsklimatet och som påverkar kvaliteten på detta klimat. För att kunna understödja utvecklingen av ett bra säkerhetsklimat är det därför viktigt studera säkerhetsklimatet i ett bredare organisatoriskt perspektiv. Dels är det betydelsefullt att förstå hur olika aspekter av organisationsklimat interagerar (Zohar, 2010). I föreliggande projekt intresserade vi oss för såväl personalens säkerhet i vård och omsorg, som för patientsäkerheten. Säkerhetsklimatets betydelse för patientsäkerhet har studerats i forskning i betydligt mindre omfattning än dess betydelse för personalsäkerhet. Scott m.fl. (Scott, Mannion, Marshall, & Davies, 2003) konstaterade i en litteraturoversikt av tio studier att i fyra av dessa hade man funnit ett samband mellan organisationskultur och god vård. Ingen av de andra studierna avfärdade dock ett samband. Flin (2007) föreslog ett teoretiskt resonemang där säkerhetsklimat i generell bemärkelse kunde förväntas ha likartad effekt på säkerheten för såväl patienter som personal i vården genom att säkerhetsklimatets kvalitet

inverkar på personalens grad av risktagande, benägenhet att följa säkerhetsregler, att rapportera risker och avvikelser, och göra sin stämning hörd för att påtala risker och ge förslag till säkerhetsförbättringar. Denna typ av beteenden skulle, enligt Flins teoretiska modell, i sin tur påverka förekomsten av misstag som, beroende på omständigheterna, skulle kunna innebära risker för och skador på patienter och/eller på personal. Enligt detta resonemang skulle således ett bra generellt säkerhetsklimat vara gynnsamt för såväl patienters som personalens säkerhet, och vice versa. Om så är fallet kan man förvänta sig en positiv korrelation mellan patientsäkerhetsklimat och personalsäkerhetsklimat. Det är i så fall tänkbart att de två olika typerna av säkerhetsklimat antingen påverkar varandra i gemensam riktning, eller att de kan ha gemensamma bakomliggande faktorer. I båda fallen kan man förvänta att förhållanden som gynnar framväxten av ett gott säkerhetsklimat för personalen indirekt eller direkt också gynnar utveckling av ett gott säkerhetsklimat för patienterna, liksom förhållanden som gynnar patientsäkerhetsklimatet sannolikt kommer att gynna även personalsäkerhetsklimatet. Förhållanden som, å andra sidan, påverkar den ena typen av säkerhetsklimat negativt kan på motsvarande sätt förväntas inverka negativt även på den andra typen säkerhetsklimat. Om personalsäkerhetsklimatet och patientsäkerhetsklimatet är positivt korrelerade vore det således, för att kunna understödja en positiv utveckling av säkerheten för såväl personal som patienter i vård och omsorg, angeläget att identifiera sådana bakomliggande förhållanden, som på ett betydelsefullt sätt inverkar positivt eller negativt på säkerhetsklimatets kvalitet.

Flins (Flin, 2007) modell har dock inte prövats empiriskt, och teoretiskt kan man även tänka sig att patientsäkerhetsklimatet skulle kunna stå i konflikt med personalsäkerhetsklimatet. Exempelvis skulle ett klimat kunna råda som bildar grund för sociala normer som föreskriver att allt ska göras för patientens bästa, även om det inverkar negativt på personalens egen säkerhet. I ett sådant klimat skulle exempelvis det viktigaste vara att snabbt ta omhand en svårt skadad och blödande patient, utan att först ägna tid åt att ta på egen skyddsutrustning. Om patientsäkerhetsklimatet inte visade sig vara positivt relaterat till personalsäkerhetsklimatet vore det således viktigt att identifiera vilka olika typer av faktorer som gynnar en positiv utveckling av respektive säkerhetsklimattyp, och på så sätt skapa förutsättningar att understödja utvecklingen av god säkerhet för såväl personal som patienter. Hofmann och Mark (2006) konstaterade i en empirisk studie att ett bra säkerhetsklimat operationaliserat genom ledningens engagemang för och prioritering av säkerhet, öppen kommunikation på arbetsplatsen, öppenhet vid misstag samt rättvis analys av misstag, var betydelsefullt för såväl personalsäkerhet som patientsäkerhet, framför allt i vården av patienter med komplexa tillstånd.

Det är också relevant att anlägga ett systemteoretiskt perspektiv i studiet av vård- och omsorgsverksamhet. Denna typ av verksamhet är avancerad och högt specialiserad och kan beskrivas som flöden centrerade runt de enskilda patienterna och dessas rörelse genom systemet. Välfungerade flöden är en förutsättning för effektivitet. Vårdsystemet är komplext och med många kopplade delsystem. Inom slutenvården kan ett exempel på ett sådant flöde beskrivas som intag, triagering, bedömning, provtagningar, åtgärder, uppföljande

provtagningar, återhämtning/läkning, utskrivning, poliklinisk uppföljning. Vårdssystemet omfattar dessutom flera olika instanser, såsom primärvård, ambulans och äldreomsorg. Vålfungerande flöden i ett sådant system förutsätter att olika aktiviteter och därmed delsystem och systemaktörer kan ”kugga in” i varandra vid rätt tidpunkt. Denna typ av system är sårbara ur säkerhetssynpunkt. Själva komplexiteten med de krav detta ställer på samordning och kommunikation innebär en säkerhetsrisk, och genom att de olika delsystemen är kopplade propagerar även smärre störningar i något delsystem ut i stora delar av systemet och påverkar flödet och därmed säkerheten (Perrow, 1984). För att ett vårdssystem av denna karaktär ska kunna ackommodera den variabilitet i verksamhetens innehåll och i vårdtryck som i hög grad karaktäriserar sjukvård, och i personaltillgång som karaktäriserar all personaltät verksamhet, ställs höga krav på organisationens resilience, det vill säga dess förmåga att uppfatta och tolka nya situationer och dess förmåga att anpassa sig till variation, förändring och oförutsedda situationer (Carmeli, Friedman, & Tishler, 2013) på sådant sätt att variabilitet och störningar ryms och hanteras med bibehållen god funktion. Organisationer med hög riskbild men samtidigt hög säkerhetsprestanda brukar definieras som så kallade high reliability organisations (HRO). Hopkins (Hopkins, 2006) refererade till ett antal kriterier som brukar användas som utmärkande för HRO-organisationer, nämligen engagemang för en stark säkerhetskultur; förmåga att situationsanpassat centralisera eller decentralisera beslutsfattande; insikt om kommunikationens betydelse; undvikande av överförenklingar; upprätthållande av ett kritiskt förhållningssätt och inte förtjusad av framgång; samt tillförsäkrande av överlappande kapacitet eller redundans (om något fallerar så tar något annat vid). Vård- och omsorgsorganisationer, som hanterar människors liv och hälsa, kan beskrivas som HRO-organisationer. I verksamhetsstyrning och effektiviseringssträvanden inom vård och omsorg är det således viktigt att dessa HRO-kriterier beaktas.

Organisationer som vanligen beskrivs som HRO-organisationer är exempelvis kärnkraftsindustri och processindustri med hantering av miljöfarliga produkter. I denna typ av verksamhet är vanligen processerna relativt få och standardiserade. I sjukvård är å andra sidan variationen i processerna vanligen mycket stor. Det är inte bara ett stort antal diagnoser som ska behandlas, variationen mellan olika patienter med en och samma diagnos är dessutom mycket stor, beroende på faktorer som exempelvis patientens ålder och övriga hälsotillstånd. Endast ett fåtal processer kan därför standardiseras, vilket ställer höga krav på flexibilitet i systemet. Sådan flexibilitet är i hög grad beroende av mänskligt beslutsfattande, d.v.s. att de anställda i olika funktioner är förmögna att uppfånga olika typer av information, att göra en samlad bedömning av denna information och har förmåga och utrymme att fatta ett adekvat beslut om hur man ska agera. Detta i sin tur ställer krav på de anställdas kognitiva förmåga, och att arbetssituationen är sådan att man förmår utnyttja denna förmåga fullt ut. Vårdarbete kräver också ofta att beslut fattas på underdefinierade underlag. Detta ställer krav på de anställdas kompetens, men också detta kräver att de anställda har en tillräcklig grad av autonomi. Sådan autonomi måste förstås vara kombinerad med ansvarstagande och kunnskap. Kerr (2009) påtalade vikten av att i vården teamwork och autonomi är väl balanserat och att autonomi går hand i hand med informerad och klok vaksamhet.

Samtidigt som flexibilitet och autonomi är förutsättningar för hög kvalitet och säkerhet i vårdverksamheten innebär det också att ibland kan felaktiga beslut komma att fattas. I verksamhet som sjukvård, där människors liv och hälsa hanteras, kan resultatet av felaktiga beslut få allvarliga konsekvenser. Hur organisationen och vårdsystemet i stort hanterar sådana misstag kommer att ha stor betydelse för människors framtida agerande, inte bara de som begått misstaget utan även deras arbetskamrater, som uppmärksammar hur misstaget bemöts. Aase m.fl. (Aase, Højland, Olsen, Wiig, & Nilsen, 2008) konstaterade att icke-bestrafande respons på misstag var en viktig faktor för hög patientsäkerhet i vården. Om individuellt ansvar utkrävs vid olyckor och tillbud leder det exempelvis till att man undviker att rapportera avvikelser och tillbud, för att skydda sig själv och arbetskamraterna. Sådan underrapportering motverkar lärande och organisatorisk utveckling (Catino, 2008). För att förbättra patientsäkerheten och samtidigt minska skuldbeläggandet av enskilda medarbetare fokuserades i slutet av 1990-talet alltmer forskning såväl som åtgärdsarbete mot att identifiera bakomliggande faktorer och utveckla säkerheten genom formella system och rutiner (t.ex. Bergentz & Ödegård, 1999). Från myndighetens (Socialstyrelsen) sida har man också under de senaste åren gjort genomgripande förändringar i regelverket i syfte att minska individuellt ansvarsutkrävande. Det tar dock tid att bygga upp förtroendet för sådana systemförändringar.

I detta sammanhang blir det också relevant att se närmare på säkerhetsbeteende. I säkerhetsforskning brukar man särskilja två typer av säkerhetsbeteende, regelföljande beteende och delaktigt beteende. Regelföljande beteende innebär att de anställda är följsamma till de regler och procedurer som finns för att hålla en hög säkerhetsnivå, medan delaktigt säkerhetsbeteende innebär att man som anställd uppfattar indikationer på att en situation eller ett förhållande, nu eller i framtiden kan komma att skapa riskfyllda situationer, och att man vidtar olika typer av åtgärder för att minimera denna risk, exempelvis genom att man påtalar risken, eller tar eget initiativ för att minska den. Denna typ av beteende kan inte beskrivas i procedurer utan även här ställs således krav på autonomi och risken finns att felaktiga beslut ibland kan komma att fattas. Både regelföljande och delaktigt säkerhetsbeteende är värdefullt men de fyller olika funktioner. Regelföljande säkerhetsbeteende fungerar väl för att minimera redan kända risker och patientsäkerhetsarbete såsom det vanligen bedrivs är i hög grad inriktat på att utveckla säkerhetsrutiner och regler och att ställa tvingande krav på att dessa följs. Samtidigt har forskning (Katz-Navon, Naveh, & Stern, 2005) indikerat att såväl för hög som för låg detaljeringsgrad i säkerhetsprocedurerna kan öka risken för behandlingsmisstag, och att detta samband tycks vara starkare på vårdenheter där medarbetarna uppfattade att ledningens säkerhetsprioritering, d.v.s. en av grundstenarna i ett bra säkerhetsklimat, är låg.

Delaktigt säkerhetsbeteende är viktigt inte minst för att identifiera och reducera nya risker, som kanske ännu inte manifesterat sig i negativa händelser. I verksamhet som sjukvård och omsorg, som alltså är omöjlig att helt standardisera, är beroendet av delaktigt säkerhetsbeteende särskilt stort. Samtidigt har forskning visat att där risker och tillbud hanteras genom att människor ställs till svars för det inträffade tenderar säkerhetsarbetet att byråkratiseras. En kultur tenderar att utvecklas där man som ett slags organisatorisk ”coping-strategi” och utifrån självbevarelse utvecklar och till varje pris följer skrivna procedurer

istället för att i varje situation agera så säkert som möjligt (Jeffcott, Pidgeon, Weyman, & Walls, 2006). Detta kan alltså motverka allmänt ansvarstagande och delaktigt säkerhetsbeteende. I en studie av vad som främjade regelföljande respektive delaktigt säkerhetsbeteende fann Fugas m.fl. (Fugas, Silva, & Meliá, 2012) att av ledningen uttalade förväntningar på säkert beteende framför allt gynnade regelföljande beteende, medan gruppnormer som tog sig uttryck i arbetskamraternas beteende hade betydelse för delaktigt säkerhetsbeteende. I detta perspektiv blir det tydligt att det är betydelsefullt för en hög säkerhetsnivå, dels att ledningen har klart uttalade förväntningar på hög säkerhet, dels att det finns gynnsamma gruppnormer som vägleder anställda i det egna beslutsfattandet i olika uppkommande situationer. Detta är funktionen hos ett gott säkerhetsklimat.

Schneider (Schneider i Kuenzi & Schminke, 2009) framhöll vikten av att i framtida organisationsklimatforskning rikta fokus mot vilka bakomliggande faktorer som är betydelsefulla för kvaliteten i det klimat som utvecklas. Han menade att bättre förståelse för hur faktorer som ledarpraktiker, belöningsystem och resurser inverkar på klimatet är viktigt för effektiva förbättringsinsatser. Föreliggande studie har som mål att bidra till kunskap om sådana bakomliggande faktorer för utvecklingen av bra säkerhetsklimat i vård och omsorg. I den kvantitativa delstudien valde vi på teoretisk grund att studera följande områden som hypotetiskt viktiga faktorer för utvecklingen av gott säkerhetsklimat i vård och omsorg:

*Gruppsammanhållning.* Som framhållits ovan utgörs säkerhetsklimatet av gemensamma perceptioner av policy, procedurer och praktik i relation till säkerhet i organisationen. För att sådana perceptioner ska kunna bli gemensamma i gruppen, och gemensam mening och gemensamma teorier om hur säkerhet hanteras och värderas i organisationen ska kunna växa fram, krävs social interaktion och kommunikation inom gruppen. Man kan anta att en god grupsammanhållning och social interaktion står i ett reciprokt stödjande förhållande till varandra. Man kan också anta att i grupper med mycken social interaktion kommer klimatet att bli starkare, d.v.s. enigheten i klimatskattningarna att bli större än i grupper med låg grad av interaktion. I grupper med hög grad av enighet i klimatskattningen kan därmed klimatet antas ha starkare påverkan på de enskilda gruppmedlemmarnas beteenden än i grupper där enigheten om klimatet är låg, något som också fått empiriskt stöd (Schneider, Salvaggio, & Subirats, 2002). Samtidigt som hög grad av social interaktion i en arbetsgrupp leder till ett starkare klimat, så kan det antas gynna utvecklingen av socialt kapital i gruppen, genom att det understödjer inte bara gemensamma förståelser utan också nätverksband och tillit till kamraterna. Socialt kapital visade sig också i en studie inom byggindustrin (Koh & Rowlinson, 2011) vara positivt relaterat till personalsäkerhet. Forskarna fann att arbetsgruppens gemensamma förståelser, liksom tillit till arbetskamraterna, bidrog till anpassning och samarbete i gruppen, vilket var positivt relaterat till säkerhetsutfallet. De fann även ett direkt samband mellan gemensamma förståelser och säkerhetsutfall (Koh & Rowlinson, 2011). Andriessen (1978) fann också ett positivt samband mellan grupsammanhållning och personalsäkerhet.

*Goda psykosociala förhållanden – resurser i arbetet.* Teori om socialt utbyte (Theory of social exchange) (Blau, 1964) föreslår att om en part i en social interaktion agerar på ett sätt som gynnar den andra parten så innebär detta en social belöning och det uppstår en outtalad men ömsesidig förväntan hos parterna att denna ”gåva” ska komma att återgäldas på något sätt i ett senare skede. I en organisatorisk kontext innebär detta att ledarbeteende som på olika sätt erbjuder stöd till medarbetarna i deras arbete ger upphov till en förpliktelse hos medarbetarna, såväl som en önskan, att återgälda genom att bidra till organisationens mål. Eisenberger m.fl. (Eisenberger, Huntington, Hutchison, & Sowa, 1986) föreslår att anställda som utvecklar generella uppfattningar om organisatoriskt stöd (perceived organisational support, POS), d.v.s. att organisationen värderar deras insatser och bryr sig om deras välmående, kommer att utveckla en affektiv bindning till organisationen som kommer att bidra till positiva tolkningar av organisationens agerande och karaktäristika, liksom till ett engagemang för organisatoriska värderingar och normer. Eisenberger, et al. (1986) fick också empiriskt stöd för denna teori och fann att de positiva effekterna av POS vilade på en ideologi om socialt utbyte. Stödjande psykosociala förhållanden brukar operationaliseras genom förhållanden som rollklarhet, god tillgång till den information som krävs för att utföra arbetet, förutsägbarhet i arbetet, möjlighet att påverka sin arbetssituation, möjlighet att utvecklas i arbetet, feedback på ens arbetsinsatser, bra ledarskap och socialt stöd, samt en känsla av tillhörighet (Kristensen, Borg, & Hannerz, 2002; Nahrgang, Morgeson, & Hofmann, 2007). Sådana förhållanden, som alltså bidrar till medarbetarnas resurser att utföra sitt arbete, kan sägas ge uttryck för ledningens välvilja gentemot, omsorg om och stöd till medarbetarna, och avspegla en omsorg om medarbetarnas välmående. Anställda som uppfattar att ledningen bryr sig om deras hälsa kan förväntas anta att ledningen även bryr sig om deras säkerhet. På detta sätt kan goda psykosociala förhållanden antas bidra både till medarbetarnas uppfattning om POS och till ett bra säkerhetsklimat. Man har i forskning fått empiriskt stöd för att ett gott generellt organisationsklimat är positivt relaterat till säkerhetsklimatet (Larsson-Tholén, et al., 2013; Neal, Griffin, & Hart, 2000) och till säkert beteende (Nahrgang, et al., 2007; Parker, Axtell, & Turner, 2001).

*Krav i arbetet.* Resursernas tillräcklighet och hur adekvata de är måste ses i förhållande till de krav som ställs på vårdpersonalen. Psykiska krav i arbetet skapas av förhållanden som bidrar till tidspress och svårhanterlig arbetsmängd. Krav härrör också från egenskaper hos själva arbetsuppgifterna som skapar otydlighet, osäkerhet eller konflikter rörande vad som är rätt att göra i olika situationer (Karazek & Theorell, 1990). Begreppet har en rent kvantitativ dimension som handlar om arbetsmängd i förhållande till tid och andra resurser. Men även arbetsuppgifternas svårighetsgrad påverkar hur krävande det blir att hantera arbetet i den takt som krävs. Manuell och kognitiv komplexitet (egentligen alla former av psykisk komplexitet) bör alltså vägas in när man bedömer kraven i ett arbete. Bakker och Demerouti (Bakker & Demerouti, 2007) presenterade en definition som liknar ovanstående men som särskilt lyfte fram aspekter som rollstress och emotionella/sociala krav.

Det är inte endast arbetsgivaren som definierar de krav som finns i ett arbete. Även normsystem inom arbetsgrupper och professioner, krav från lagar och myndigheter samt krav

från kunder, patienter, elever, ”brukare”, och så vidare, styr kravnivån. Dessutom har individen egna värderings- och personlighetsrelaterade mål angående sin arbetsprestation (Pousette, 2001). En aspekt av denna komplexitet, vilken uppmärksammas när man studerat arbete i s.k. human-serviceorganisationer (skola, vård, omsorg o. dyl.), är ”etisk stress”. Sådan uppstår när personer, inte sällan beroende på obalans mellan efterfrågan/behov och resurser, tvingas göra prioriteringar som går emot egna centrala värderingar.

Kraven innebär stressorer som, om de inte kan kontrolleras, utlöser stressreaktioner och därmed sammanhängande påverkan på förmågan att koncentrerat och flexibelt bearbeta information och fatta beslut. Irritabilitet och andra för empatin negativa emotionella reaktioner hör också till bilden. Eftersom säkerheten, både för personal och patienter, är beroende av personalens förmåga att bearbeta information och fatta kloka beslut, torde stresspåverkan på personalen vara en för säkerheten negativ omständighet. Höga krav har för övrigt också samband med risken för hjärt-kärlsjukdom (Belkic, 2004), depressions- och ångestsjukdomar (Lundberg, Allebeck, Forsell, & Westerholm, 2013; Westerholm, 2008) och muskuloskelettala sjukdomar (Bongers, Kremer, & terLaak, 2002). Därmed är höga krav högst relevanta ur ett personalsäkerhetsperspektiv.

*Tillit till ledningen.* Tillit (Mayer, Davis, & Schoorman, 1995) har befunnits vara en avgörande faktor i social interaktion (Clark & Payne, 1997), viktigt för att en organisation ska fungera väl (Ashleigh & Stanton, 2001; McEvily, Perrone, & Zaheer, 2003), och för hög säkerhet i organisationen (Conchie & Donald, 2006; Poortinga & Pidgeon, 2003). Zacharatos et al. (Zacharatos, Barling, & Iverson, 2005) konstaterade att säkerhetsklimatet, men också tillit till ledningen, var relaterat till såväl kunskap om och motivation för säkerhet som för säkerhetsbeteende och lägre olyckstal. Cox et al. (Cox, Jones, & Collinson, 2006) menade att låg tillit kan inverka negativt på säkerhetskulturen. En ledning som understryker betydelsen av säkerhet i organisationen klargör inte bara säkerhetens prioritet utan att bidrar även till utvecklingen av medarbetarnas tillit (Törner, 2011). Zacharatos, et al. (2005) beskrev högpresterande arbetsorganisationer som sådana där medarbetarna ses som den främsta resursen och kapabla till ständiga förbättringar och bättre prestation om de är välmotiverade att göra detta. Detta, menar Zacharatos, et al. (2005), åstadkoms genom att uppmuntra delaktighet i beslutsfattande, erbjuda högkvalitativ utbildning och träning i arbetsaktiviteter, samt hög grad av informationsdelning. Sådant agerande innebär att man visar respekt för medarbetarna och att man visar att man ser dem som kapabla och intelligenta. Forskarna fann i en empirisk studie att sådana högpresterande arbetsorganisationer bidrog till utveckling av tillit till ledningen, liksom till ett bra personalsäkerhetsklimat, vilka faktorer i sin tur bidrog till färre tillbud och olyckor. Det förefaller sannolikt att en liknande effekt skulle kunna ses på patientsäkerhet.

I intervjustudierna avsåg vi att bredda och fördjupa kunskapen om vilka organisatoriska förhållanden som kunde bidra till, eller motverka säkerhet för personal och patienter.

Behovet är stort av forskning som kan ge underlag för att vägleda beslutsfattare inom vården avseende hur patientsäkerhetsarbetet bäst kan utformas, och relativt lite

uppmärksamhet har ägnats effekten av organisering av vården på säkerhet och säkerhetskultur (Weingart & Page, 2004).

## **Syfte**

Syftet med föreliggande studie var dels att undersöka relationen mellan personalsäkerhetsklimat och patientsäkerhetsklimat i vård och omsorgsarbete. Ett andra syfte var att så fullödigt som möjligt beskriva förhållanden som i specialiserad slutenvård samt i kommunal äldreomsorg är av betydelse för god patientsäkerhet och personalsäkerhet, liksom förhållanden som är betydelsefulla för att motverka sådan säkerhet, och som därmed kan antas ha betydelse för kvaliteten på säkerhetsklimatet liksom för delaktigt säkerhetsbeteende bland personalen inom dessa typer av verksamhet.

## **Frågeställningar**

### ***Kvantitativa studier***

Följande specifika frågeställningar formulerades för de kvantitativa delstudierna:

- Vilken är relationen mellan personalsäkerhetsklimat och patientsäkerhetsklimat i vård- och omsorgsarbete?
- Vilken är relationen mellan personalens psykosociala arbetssituation och personalsäkerhetsklimat respektive patientsäkerhetsklimat i vård- och omsorgsarbete?
- Vilken är relationen mellan personalsäkerhetsklimat respektive patientsäkerhetsklimat och säkerhetsbeteende med avseende på säkerhet för patienter respektive personal i vård- och omsorgsarbete?
- Vilken är relationen mellan personalens psykosociala arbetssituation och säkerhetsbeteende med avseende på säkerhet för patienter respektive personal i vård- och omsorgsarbete?

### ***Kvalitativa studier***

Följande specifika frågeställningar formulerades för de kvalitativa delstudierna:

- Vilka typer av organisatoriska och organisationspsykologiska förhållanden gynnar respektive motverkar utvecklingen av ett gott säkerhetsklimat med avseende på patienters respektive personalens säkerhet i vård- och omsorgsarbete?



- Vilka typer av organisatoriska och organisationspsykologiska förhållanden gynnar respektive motverkar delaktigt säkerhetsbeteende med avseende på patienters respektive personalens säkerhet i vård- och omsorgsarbete?

## Metod

Inledningsvis tillfrågades samtliga chefsläkare inom Västra Götalandsregionen, samt den för äldreomsorgen i Göteborgs kommun ansvariga tjänstemannen, om intresse för deltagande i studien. Dessa kontaktpersoner förmedlade därefter kontakt med sjukvårds- och omsorgsgivare som var intresserade av att delta. Forskargruppen kontaktade dessa och slutligen accepterade 131 sjukvårdsenheter inom slut- och öppenvård inom 35 olika verksamheter på fem olika sjukhus och, fyra primärvårdsenheter, samt 32 omsorgsenheter inom äldreomsorg fördelade på 10 verksamheter i tre olika distrikt, att delta i studien. Studien omfattade således 167 sjukvårds- eller omsorgsenheter, där en enhet definierades som en arbetsgrupp med gemensam första linjens chef. Samtliga enkätrespondenter och intervjuinformanter har gett sitt informerade samtycke till att delta i studien. Studien har erhållit och efterföljt rådgivande yttrande från Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg (2010-08-05, dnr 276-10).

## Enkätstudie

En tvärsnitts-enkätstudie genomfördes omfattande säkerhetsklimat för personalsäkerhet respektive patientsäkerhet, regelföljande respektive delaktigt säkerhetsbeteende, psykosociala förhållanden, tillit till chef samt gruppsammanhållning.

## Deltagare

Målgruppen för enkätstudien var samtliga läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som arbetade inom de sjukvårdenheter, och samtliga sjuksköterskor och undersköterskor inom de omsorgsenheter, som accepterat deltagande i studien, totalt 4252 personer. Enkäterna ifylldes anonymt under arbetstid. Svarsfrekvensen var 58%.

Studiens baseras på enkätsvar från 2364 personer fördelat på 1154 sjuksköterskor, 886 undersköterskor och 324 läkare. Två sjukhus dominerar samplet med 1438 respektive 686 svar. Från äldreomsorg kom 225 svar och från primärvård 15 svar. Totalt fanns 150 organisatoriska enheter representerade (vård- eller omsorgsavdelningar, kliniker, mottagningar) med 1- 74 svarande per enhet. Av de svarande var 85% kvinnor och 15% män. Medelåldern var 44,8 år (SD 11,2). Den genomsnittliga tiden man arbetat i vård och omsorg var 21,3 år (SD 12,5) och man hade arbetat i genomsnitt 10,7 år (SD 9,9) på den nuvarande vårdenheten. I genomsnitt arbetar man 36,4 timmar per vecka (SD 7,4).

## Enkätinstrument

### Personalsäkerhetsklimat

Klimatperceptioner kan studeras med hjälp av enkät där man ber respondenterna uttala sig om hur de uppfattar att omgivningen, det vill säga chefer respektive den egna arbetsgruppen, agerar och förhåller sig i för säkerheten betydelsefulla typsituationer. Tidigare forskning har ringat in ett antal relevanta klimatdimensioner avseende personalsäkerhet. Dessa dimensioner omfattar perceptioner av såväl ledning som arbetsgrupp (Flin, Mearns, O'Connor, & Bryden, 2000; Kines et al., 2011; Seo, Torabi, Blair, & Ellis, 2004; Zohar, 1980). I ett nordiskt samarbetsprojekt utvecklades instrumentet Nordic Safety Climate Questionnaire (NOSACQ) som visats på ett godtagbart tillförlitligt sätt kunna fånga en adekvat uppsättning klimatdimensioner avseende personalsäkerhet i olika branscher och i olika länder (Kines, et al., 2011). Personalsäkerhetsklimatet i föreliggande studie mättes med hjälp av instrumentet NOSACQ som omfattar följande dimensioner. Reliabilitet anges beräknat utifrån totalgruppen i den här aktuella studien. NOSACQ 1; *Ledningens säkerhetsprioritering, säkerhetsengagemang och säkerhetskompetens* ( $\alpha = .88$ ; 9 frågor, exempel fråga "Ledningen accepterar att medarbetarna här tar risker när tidsschemat är pressat"), NOSACQ 2; *Ledningens delaktighetskapande i säkerhetsfrågor* ( $\alpha = .86$ ; 7 frågor, exempel fråga "Ledningen uppmuntrar medarbetarna här att delta i beslut som påverkar deras säkerhet"), NOSACQ 3; *Ledningens rättvisa i säkerhetsarbetet* ( $\alpha = .83$ ; 6 frågor, exempel fråga "Ledningen söker bakomliggande orsaker, inte skyldiga personer, när en olycka inträffar"), NOSACQ 4; *Anställdas säkerhetsengagemang* ( $\alpha = .78$ ; 6 frågor, exempel fråga "Vi som arbetar här bryr oss inte om varandras säkerhet"), NOSACQ 5; *Anställdas säkerhetsprioritering och icke-acceptans av risker* ( $\alpha = .77$ ; 7 frågor, exempel fråga "Vi som arbetar här accepterar riskfyllt beteende så länge inga olyckor sker"), NOSACQ 6; *Anställdas säkerhetskommunikation, lärande och tillit till arbetskamraternas säkerhetskompetens* ( $\alpha = .82$ ; 8 frågor, exempel fråga "Vi som arbetar här kan tala fritt och öppet om säkerhet"), och NOSACQ 7; *Anställdas tillit till effektiviteten i säkerhetssystem* ( $\alpha = .79$ ; 7 frågor, exempel fråga "Vi som arbetar här anser att skyddsronder inte påverkar säkerheten").

För varje fråga fanns fyra angivna svarsalternativ, från "Stämmer inte alls" (1) till "Stämmer helt" (4). Samtliga frågor kodades så att högre värden indikerar ett mer gynnsamt säkerhetsklimat. Variabler för respektive personalsäkerhetsklimatdimension beräknades som medelvärdet av besvarade enkätfrågor om minst hälften av frågorna var besvarade. Om färre frågor var besvarade kodades variabeln som internt bortfall.

### Patientsäkerhetsklimat

Patientsäkerhetsklimatet mättes med hjälp av Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS, Sorra & Nieva, 2004). Instrumentet har i tidigare studier visat godtagbar reliabilitet (t.ex. Olsen, 2008). Nedan anges de olika dimensionerna och reliabilitet är beräknat utifrån totalgruppen i den här aktuella studien; HSOPS 1; *Benägenhet att rapportera händelser* ( $\alpha = .87$ ; 3 frågor, exempel fråga "När ett misstag inträffar och rättas till innan det påverkar patienten, hur ofta rapporteras det? "), HSOPS 2; *Sammantagen säkerhetsmedvetenhet* ( $\alpha =$

.69; 4 frågor, exempel fråga "Det är ren tur att inga allvarigare misstag sker här"), HSOPS 5; *Närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet* ( $\alpha = .76$ ; 4 frågor, exempel fråga "Min närmaste chef låtsas inte om de patientsäkerhetsproblem som uppträder om och om igen"), HSOPS6; *Lärandeorganisation* ( $\alpha = .62$ ; 3 frågor, exempel fråga "Misstag har lett till positiva förändringar här"), HSOPS 7; *Samarbete inom vårdenheten* ( $\alpha = .74$ ; 4 frågor, exempel fråga "På vår vårdenhet stöttar personalen varandra"), HSOSP 8 *Öppenhet i kommunikationen* ( $\alpha = .67$ ; 3 frågor, exempel fråga "Personalen är rädd för att ställa frågor när något inte verkar stå rätt till"), HSOPS 9; *Återföring och kommunikation kring avvikelser* ( $\alpha = .68$ ; 3 frågor, exempel fråga "Vi informeras om de misstag som görs inom vår vårdenhet"), HSOSP 10; *Icke straff- och skuldbeläggande kultur* ( $\alpha = .70$ ; 3 frågor, exempel fråga "Personalen upplever att deras misstag läggs dem till last"), HSOPS 11; *Arbetsbelastning och personaltäthet* ( $\alpha = .67$ ; 4 frågor, exempel fråga "Vi har tillräckligt med personal för att klara arbetsbelastningen"), HSOSP 12; *Högsta ledningens stöd för patientsäkerhetsarbetet* ( $\alpha = .78$ ; 3 frågor, exempel fråga "Sjukhusledningen/äldreboendets ledning/primärvårdsledningen har skapat ett arbetsklimat som främjar patientsäkerheten"), HSOPS 13; *Samarbete mellan vårdenheter* ( $\alpha = .65$ ; 4 frågor, exempel fråga "Det råder ett gott samarbete mellan de vårdenheter som behöver arbeta tillsammans"), HSOPS 14; *Överlämningar och överföringar* ( $\alpha = .69$ ; 4 frågor, exempel fråga "Skiftbyten är problematiska för patienterna på den här vårdenheten").

Samtliga frågor utom avseende *Benägenhet att rapportera tillbud* hade fem angivna svarsalternativ, från "Stämmer mycket dåligt" (1) till "Stämmer mycket bra" (5). Frågorna som mätte *Benägenhet att rapportera tillbud* hade fem angivna svarsalternativ, från "Aldrig" (1) till "Alltid" (5). Samtliga frågor kodades så att högre värden indikerar ett mer gynnsamt säkerhetsklimat. Variabler för respektive patientsäkerhetsklimatdimension beräknades som medelvärdet av besvarade enkätfrågor om minst hälften av frågorna var besvarade. Om färre frågor var besvarade kodades variabeln som internt bortfall.

### **Säkerhetsbeteende**

Säkerhetsbeteende avseende personalsäkerhet respektive patientsäkerhet mättes genom ett självskattningsinstrument som utvecklats inom ramen för detta projekt. Frågor utvecklades som initialt genomgick en responspsykologisk prövning i en panel av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor i primärvård och sjukhusvård (n=6). Därefter genomfördes en pilotstudie för att undersöka de psykometriska egenskaperna i instrumentet och härigenom få ett underlag för välja ut frågor som uppvisade goda egenskaper. Pilotstudien genomfördes bland läkare, sjuksköterskor och undersköterskor i geriatrisk vård (n=142, svarsfrekvens: 80%). Studien prövade 49 frågor för att mäta olika aspekter av säkerhetsbeteende. I stort sett bekräftades den hypotiserade strukturen. Det identifierades dock några svårigheter. Alla frågor var inte aktuella för alla svars personer, vilket medförde ett högt internt bortfall för flera frågor. Vidare hade några frågor en mycket begränsad variation. Några frågor utgick därför på basis av analyserna och några nya frågor formulerades inför huvudstudien. För en mer fullständig redogörelse av pilotstudien se Appendix 3.

Det slutliga frågebatteriet för att mäta fyra slag av säkerhetsbeteenden utformades på följande sätt i huvudstudien. I enlighet med Neal och Griffin (2002) gjordes en distinktion mellan

*regelföljande säkerhetsbeteende*, vilket avsåg i vad mån man följer säkerhetsrutiner och – procedurer, respektive *delaktigt säkerhetsbeteende*, som avser olika typer av initiativtagande för att utveckla säkerheten på arbetsplatsen, exempelvis genom att hjälpa arbetskamrater med säkerhetsrelaterade frågor, eller lyfta säkerhetsfrågor med chef eller arbetsgrupp.

Frågorna som avsåg *patientsäkerhet* baserades på riskdomäner som identifierats av Socialstyrelsen

([www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient\\_klientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Vardskador](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Vardskador), 2008) och omfattade vårdrelaterade infektioner, invasiva ingrepp, medicinering, fallolyckor, kommunikation och informationsutbyte i samband med patientöverlämningar, trycksår och användning av medicinsk-teknisk utrustning. Dessa beteenden mättes med hjälp av 29 frågor, varav 14 mätte *Regelföljande säkerhetsbeteende* ( $\alpha = .79$  i huvudstudien baserat på kompletta observationer i totalsamplet ( $n = 873$ ); (exempel fråga, som kodades omvänt: "Jag har av tidsskäl eller annat skäl låtit bli att följa föreskrivna hygienregler i samband med patientnära arbete"), och 15 frågor mätte *Delaktigt säkerhetsbeteende* ( $\alpha = .86$  i huvudstudien baserat på kompletta observationer i totalsamplet ( $n = 712$ ); (exempel frågor: "Jag har pratat med en arbetskamrat när jag sett att denna inte följt föreskrivna hygienregler i samband med patientnära arbete", och "Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken för missförstånd eller ofullständigt informationsutbyte i samband med överlämning av patienter").

Frågorna som avsåg säkerhetsbeteende i relation till personalsäkerhet baserades på statistik över arbetsrelaterade skador i vård och omsorg och omfattade domänerna fysisk överbelastning, fall- och halkskador, hot och våld, stick- och skärskador, och "övrigt", exempelvis användning av skyddsutrustning. Denna typ av beteende omfattade 18 frågor där tio mätte *regelföljande beteende* ( $\alpha = .81$  i huvudstudien, baserat på kompletta observationer i totalsamplet;  $n = 1134$ ; exempel fråga som kodades omvänt "Jag har av tidsbrist eller annat skäl låtit bli att använda handskar vid risk för kontakt med kroppsvätskor"), och åtta frågor avseende *delaktigt säkerhetsbeteende* ( $\alpha = .82$  i huvudstudien, baserat på kompletta observationer i totalsamplet;  $n = 1194$ ; exempel frågor "Jag har pratat med en arbetskamrat när jag sett att denna riskerat en stick- eller skärskada" och "Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken för överbelastningsskador").

För alla beteendefrågor ombads respondenten att ange frekvensen av beteendet ifråga under de senaste tre månaderna. Denna tidsperiod valdes för att vara tillräckligt lång för att kunna omfatta även mindre frekventa typer av beteende, men samtidigt kort nog att minska risken för bias på grund av svårighet att minnas. Tre förvalda svarsalternativ presenterades: Aldrig/Någon gång/Flera gånger. Även svarsalternativet Ej relevant fanns, eftersom vi inte förväntade att samtliga typer av beteenden skulle vara relevanta för samtliga yrkeskategorier. Svaren kodades så att högre värden indikerar högre grad av regelföljande respektive delaktigt säkerhetsbeteende. Variabler för respektive beteendetyper beräknades som medelvärdet av besvarade enkätfrågor om minst hälften av frågorna var besvarade. Om färre frågor var besvarade kodades variabeln som internt bortfall.

## Arbetsituation

Fyra aspekter av arbetsituationen som knyter an till psykosociala förhållanden mättes.

*Arbetsresurser* mättes med sex frågor hämtade från "the Copenhagen Psychosocial Questionnaire" (Kristensen, et al., 2002). Frågorna avsåg att fånga upp stödande förhållanden av psykosocial karaktär och knöt an till följande begrepp med en fråga per område; inflytande, förutsägbarhet/information, utvecklingsmöjligheter, rollklarhet, socialt stöd och arbetsgemenskap. En sådan övergripande dimension avseende stödande psykosociala förhållanden har fått stöd i tidigare forskning (Larsson-Tholén, et al., 2013). Reliabilitet i den här aktuella studien var  $\alpha = 0,70$ ; (6 frågor, exempelfrågor "Har du möjlighet att lära dig nya saker i ditt arbete?"; "Får du hjälp och stöd från dina arbetskamrater?") Svarsformatet hade fem svarsalternativ, från "Aldrig/nästan aldrig" (1) till "Alltid" (5).

*Arbetskrav* mättes med skalan "job demands" (Karazek & Theorell, 1990; Theorell, Mickelsen, & Nordemar, 1991) bestående av fem frågor. Reliabilitet i den här aktuella studien var  $\alpha = 0,79$ ; (5 frågor, exempelfråga "Kräver ditt arbete att du arbetar mycket fort?") Svarsformatet hade fyra svarsalternativ, från "Nej, så gott som aldrig" (1) till "Ja, ofta" (4).

*Sammanhållning vid vårdenheten* (perceived cohesion) mättes med en skala baserad på Bollen och Hoyle (1990) och anpassad till mindre grupper av Chin et al. (Chin, Salisbury, Pearson, & Stollak, 1999). Skalan omfattar sex påståenden som respondenten tar ställning till på ett svarsformat som omfattar från "Stämmer mycket dåligt" (1) till "Stämmer mycket bra" (5). Reliabilitet i den här aktuella studien var  $\alpha = 0,93$ ; (6 frågor, exempelfråga "Jag känner tillhörighet till min vårdenhet").

*Tillit till närmaste chef* mättes med delskalan "allmän tillit" ur "the Conditions of Trust Inventory" (Butler, 1991). Reliabilitet i den här aktuella studien var  $\alpha = 0,93$ ; (4 frågor, exempelfråga "Jag litar på min chef") Svarsformatet hade fem svarsalternativ, från "Stämmer inte alls" (1) till "Stämmer helt" (5).

## Statistisk analys

Deskriptiv statistik, reliabilitetsanalys och explorativ faktoranalys beräknades med PASW Statistics v18. Konfirmatorisk faktoranalys gjordes med AMOS 18 samt MPlus version 6.11 (Muthén & Muthén, 1998-2007). Multilevel modeller estimerades med MLWin version 2.22.

## Intervjustudier

Syftet med intervjustudierna var att inhämta breddad och fördjupad kunskap om förhållanden som har betydelse för framväxten av ett bra patient- respektive personalsäkerhetsklimat i arbetsgrupper inom vård och omsorg, liksom av förhållanden som kan utgöra hinder för detta. Härigenom bidrar studien till kunskap om vad som är angeläget att understödja respektive undanröja för en organisation som önskar prestera vård eller omsorg som är säker för såväl patienter som personal. Det är viktigt att poängtera att ambitionen i intervjustudierna inte var att ge en beskrivning av normaltillståndet för

förhållandena i vården. Dessa studier har över huvud taget ingen ambition att kvantifiera förhållanden av ena eller andra slaget. Yin (2006) framhåller att syftet med kvalitativ forskning, där i form av fallstudier, är att bidra till teoretisk utveckling, d.v.s. analytisk generalisering, inte statistisk generalisering. Ett viktigt värde med kvalitativa studier är deras förmåga att beakta kontext. Ovretveit (2009) poängterar värdet av sådan forskning för möjligheterna att utveckla patientsäkerhet och menar att studier som är känsliga för kontext har ett stort praktiskt värde eftersom den detaljeringsgrad som sådana studier erbjuder ger praktiskt verksamma personer i vården bättre kunskapsunderlag för att utveckla den egna verksamheten.

Två typer av intervjustudier genomfördes. Inledningsvis gjordes individuella djupintervjuer med sjuksköterskor, undersköterskor respektive läkare. För att validera resultaten, dels genom metodtriangulering och dels genom återkoppling av resultaten från de individuella intervjuerna, genomfördes därefter fokusgruppsintervjuer enligt metodik som beskrivs nedan.

## **Individuella intervjuer**

### **Informanter**

För att få en djupare och mer kontextuellt grundad förståelse för vilka konkreta förhållanden som utgör grund för säkerhetsklimatperceptionerna, och vad som understödjer respektive motverkar delaktigt säkerhetsbeteende, gjordes djupintervjuer med personal i vård- och omsorgsverksamhet. Informanterna valdes strategiskt för kunna förväntas erbjuda information som så fullständigt som möjligt fångade såväl bredd som djup avseende de olika fenomen som kan ha betydelse. Baserat på den tidigare genomförda enkätstudien av säkerhetsklimat identifierades arbetsenheter som uppfyllde följande urvalsvillkor: en lägsta svarsfrekvens om 40% (SSK och USK), respektive 25% (läkare) och minst sju respondenter per enhet. För dessa organisatoriska enheter aggregerades de individuella svaren från globalt säkerhetsklimat (patient-och personalsäkerhetsklimat) samt delaktigt säkerhetsbeteende. Urvalet gjordes därefter separat för avdelningar/mottagningar (ssk och usk) respektive kliniker (läkare) enligt följande princip. Enheternas värden plottades i ett tvådimensionellt koordinatsystem, där ena dimensionen angav högt – lågt globalt säkerhetsklimat och den andra högt – lågt delaktigt säkerhetsbeteende.

För avdelningar/mottagningar gjordes ett strategiskt urval av sex enheter i varje kvadrant så att de var fördelade på de deltagande övergripande organisatoriska enheterna, äldreomsorg och två sjukhusförvaltningar (ingen av primärvårdsenheterna uppfyllde urvalskriterierna). För kliniker gjordes ett strategiskt urval av tre till fyra enheter i varje kvadrant, fördelat på de deltagande övergripande organisatoriska enheterna. Sammanlagt omfattade urvalet således 38 enheter, varav 24 vård- respektive omsorgsenheter (sjuksköterskor och undersköterskor) och 14 enhetsövergripande kliniker/verksamheter (läkare). Cheferna för var och en av dessa enheter kontaktades sedan och erbjöds ett datum för medarbetarintervju. Varje chef ombads att identifiera presumtiva informanter inom den av forskargruppen specificerade

yrkeskategorin, som inte innehade ledande position och som varit kliniskt operativt verksamma på enheten minst 75% av heltid och minst sex månader i anslutning till intervjutillfället. Bland dessa personer tillfrågade cheferna presumtiva informanter som var tillgänglig på arbetsplatsen den föreslagna tidpunkten. Cheferna informerade de presumtiva informanterna om studiens syfte och metod genom skriftligt materiel som tillhandahållits av forskarna, frågade om villighet och möjlighet att delta i intervjustudien. Om flera tillgängliga informanter fanns avgjordes valet genom lottning. Av de 38 tillfrågade personerna accepterade samtliga att delta i studien: 12 sjuksköterskor, 12 undersköterskor och 14 läkare. Två av dessa (en läkare och en undersköterska) avstod senare från deltagande och uppgav tidsskäl. I samband med intervjuerna informerades informanterna av intervjuaren ännu en gång om studiens syfte och upplägg och gav åter sitt samtycke till att delta.

## Metodik

Samtliga individuella intervjuer genomfördes under perioden april-september 2011. Med ett undantag ägde intervjuerna rum i lokal i anslutning till informantens arbetsplats (i ett fall i universitetets lokaler) och tog ca 1 timme. Två forskare genomförde intervjuerna. En ansvarade för merparten av intervjuerna med sjuksköterskor och undersköterskor och den andra för merparten av läkarintervjuerna. Dessa två forskare deltog inte i urvalsprocessen av enheter från vilka informanterna hämtades och var därför vid såväl intervjuer som analyser okunniga om vilka informanter som rekryterats från enheter med högt respektive lågt säkerhetsklimat. Vid intervjutillfället definierade forskarna inledningsvis begrepp som förekom i intervjun.

Datainsamling och -analys baserades på så kallad fenomenografisk metod (Marton, 1986; Marton & Säljö, 1976). Marton (1986) beskriver fenomenografi som en metod för att kartlägga de kvalitativt olika sätt på vilka människor erfar, uppfattar och förstår olika fenomen och aspekter av dessa i den värld som omger dem och där forskarna eftersträvar att uppdaga alla de olika förståelser människor har avseende specifika fenomen och sortera dessa i kategorier. Marton (Marton, 1986) hävdade att trots att sådana beskrivningar avser specifika kontextuella förståelser är de kategorier som framträder i analysen dekontextualiserade och mer generellt användbara. Fenomenografi användes i föreliggande studie för att så fullständigt som möjligt fånga olika förhållanden som kan inverka på utvecklingen av säkerhetsklimatet i gruppen. Syftet var alltså inte att vaska fram gemensamma drag i informanternas uppfattning, utan att fånga fenomenet i stor detaljrikedom. Kategoriseringen av materialet som växer fram i analysen innebär en kondensering och abstraktion av data, men där även förhållanden som påtalas som viktiga av enstaka individer beaktas. Detta är betydelsefullt dels eftersom klimatteori bygger på att samtliga individer i en grupp deltar i dess meningsskapande genom social interaktion och kommunikation kring egna perceptioner. Varje enskild individ bidrar således till det klimat som växer fram i gruppen. Detaljrikedomen är även betydelsefull genom att den kan ge en mångfald konkreta ledtrådar till hur man i verksamhetsstyrning kan påverka de faktorer som bildar utgångspunkt för kvaliteten på det säkerhetsklimat som utvecklas. Bowden (2000) understryker betydelsen i fenomenografisk forskning av att välja informanter så att bredden av perspektiv maximeras. Av detta skäl valde vi informanter från

såväl enheter med högt säkerhetsklimat, som sådana med lågt, från enheter inom olika typer av verksamhet inom olika organisationer, och från olika yrkeskategorier.

I enlighet med fenomenografisk metodik användes öppna frågor i intervjuerna. Öppna frågor tillåter informanterna att själva välja de dimensioner av frågan de önskar beskriva, varför olika intervjuer tillåts följa olika spår (Marton, 1986). Följdfrågor ställs för att uppmuntra informanterna att reflektera djupare och mer fullständigt uttrycka sina synpunkter (Bowden, 2000). Samtidigt undviker intervjuaren nogsamt att själv introducera egna synpunkter, teman eller idéer. När ingen ytterligare information kan utvinnas från informanten övergår man till nästa fråga. I denna undersökning baserades intervjuerna på så kallad critical incidence teknik, vilket här innebar att informanterna ombads att så utförligt som möjligt beskriva ett tillfälle de kände väl till då en patient eller omsorgstagare kommit till skada eller hade kunnat komma till skada. När frågan var uttömd ombads informanterna på motsvarande sätt beskriva ett tillfälle som man kände väl till då patienten eller omsorgstagaren tagits omhand på ett sätt så att patientsäkerheten verkligen varit bra. Samma typ av frågor ställdes sedan avseende tillfällen som karaktäriserats av god respektive mindre god säkerhet för personalen. Härpå följde frågor avseende så kallat delaktigt (delaktigt) säkerhetsbeteende, där informanten ombads beskriva en situation då man själv eller en arbetskamrat tagit eget initiativ till något för att förbättra säkerheten (för patienter eller personal) på den egna arbetsplatsen. Detta följdes av att informanten ombads beskriva en situation då man undrlåtit att ta sådant initiativ, trots att det hade behövts. Avslutningsvis ombads informanten ge sin övergripande bedömning av om säkerheten för personal respektive patienter på den egna enheten i allmänhet var hög eller låg (se Intervjuguide, Appendix 1). Samtliga intervjuer spelades in på band och transkriberades. För att tillförsäkra inter-forskarreliabilitet i genomförandet av intervjuerna gjorde var och en av de två forskarna initialt en pilotintervju som kritiskt genomlästes av båda och diskuterades. Efter avslutad datainsamling läste, av samma skäl, också båda forskarna igenom samtliga transkriberade intervjuer. Inför de fortsatta analyserna valdes två intervjuer, en från intervjuerna med sjuksköterskor/undersköterskor och en från läkarintervjuerna. De två forskarna identifierade i dessa transkriptioner oberoende av varandra allt meningsbärande innehåll. Resultatet av detta jämfördes och diskuterades och överensstämelsen befanns vara nästan fullständig. Därefter genomförde en av forskarna analysen av intervjuerna med sjuksköterskor och undersköterskor, och den andra analysen av intervjuerna med läkarna, och kategoriserade respektive analysmaterial i teman. Resultatet av dessa analyser granskades kritiskt av den andra forskaren, diskuterades av båda och reviderades. Resultaten av analyserna visade en temastruktur som var i huvudsak likartad, varför resultaten nedan presenteras tillsammans.

## **Fokusgruppsintervjuer**

### **Informanter**

I syfte att samla in ytterligare kvalitativ information och att validera de teman som identifierats i de individuella intervjuerna genomfördes fokusgruppsintervjuer med vårdpersonal. Fyra fokusgruppsintervjuer genomfördes och tre informanter inbjöds till var och



en, sammanlagt 16 personer. Informanterna till fokusgruppsintervjuerna valdes strategiskt i syfte att få representation av informanter från olika typer av verksamhet, organisationer och yrkeskategorier. Forskargruppens kontaktpersoner inom var och en av de två överordnade sjukhusorganisationerna respektive inom äldreomsorgen vidtalades för rekryteringen. Var och en av sjukhusorganisationerna ombads vidtala tre läkare för deltagande i fokusgruppsintervju. En av sjukhusorganisationerna ombads även vidtala två sjuksköterskor och en undersköterska, och äldreomsorgen ombads vidtala två undersköterskor och en sjuksköterska. De vidtalade gavs skriftlig information om projektet i sin helhet och fokusgrupperna specifikt. Av de 16 vidtalade deltog slutligen 15 personer (en läkare avstod p.g.a. tidsbrist). Alla deltagarna gav sitt informerade samtycke till att delta i studien.

## **Metodik**

Samtliga fokusgruppsintervjuer genomfördes under november 2012. Vid fokusgrupperna gavs återigen information om studiens syfte. Två av forskarna i gruppen deltog i samtliga fokusgrupper. Gruppmötena var uppdelade i två delar. Under den första delen ombads deltagarna inledningsvis enskilt fundera och reflektera över en situation de kände väl till då säkerheten för patienter eller personal hanterats på ett bra sätt, och identifiera 3-5 företeelser som karaktäriserade denna situation. Dessa företeelser skrevs i enskilt arbete ned på post-it lappar. Därefter ombads man på motsvarande sätt reflektera över en situation då säkerheten för patienter eller personal hanterats på ett otillfredsställande sätt, och notera på lappar vad som karaktäriserade denna situation. När alla var klara lade en deltagare i taget ut sina lappar på bordet, och förklarade samtidigt utförligt situationen och förhållandena som lappen avsåg. Under detta moment skrev deltagarna ytterligare lappar om samtalen fick dem att komma att tänka på ytterligare förhållanden. Samtidigt hjälptes gruppen, med stöd från en av forskarna, åt att kategorisera lapparna tematiskt. Temastrukturen utvecklades och kompletterades baserat på samtalen som följde tills ingen deltagare hade ytterligare förhållanden att delge och samtliga deltagare var nöjda med kategoriseringen. Deltagarna genomförde alltså detta fokusgruppsmoment utan kännedom om resultaten från intervjustudien.

I andra delen av mötet med fokusgruppen gav den andra forskaren en redogörelse för de temata som framkommit genom analyserna av de individuella intervjuerna i den för varje fokusgrupp aktuella yrkeskategorin (sjuksköterskor/undersköterskor, respektive läkare). Fokusgruppen ombads därefter kommentera dessa temata.

Efter föredragningen tillfrågades gruppen om man ansåg att något väsentligt saknades, om något missförstått av forskarna, eller om man hade någon annan typ av synpunkter.

Hela fokusgruppsintervjuerna spelades in i syfte att ge forskarna möjlighet att återgå till intervjuen vid senare analyser, om behov uppstod. Intervjuerna transkriberades inte.

## **Resultat**

### ***Enkätstudier***

#### **Beskrivande statistik**

Tabell 1 visar medelvärde och standardavvikelse för studiens undersökningsvariabler baserat på data från individer samt på aggregerat till organisatorisk enhet. Andelen variation som kan hänföras till den organisatoriska enhet man tillhör beräknades och anges som en intraklasskorrelation, ICC(1). För undersköterskor och sjuksköterskor innebär det avdelning (eller motsvarande) och för läkare innebär det klinik.

Tabell 1. Deskriptiv statistik på individnivå (Ind) och aggregerat till organisatorisk enhet (Enh) med minst två svarande, samt andel varians som kan hänföras till organisatorisk enhet (ICC(1)). Tabellen fortsätter på nästa sida.

	Ind	Ind	Ind	Enh	Enh	Enh	ICC(1)
	N	M	SD	N	M	SD	
HSOPS1 Benägenhet att rapportera händelser	2245	3,22	0,91	143	3,24	0,49	0,10
HSOPS2 Sammantagen säkerhetsmedvetenhet	2319	3,34	0,80	144	3,43	0,43	0,20
HSOPS3 (E03) Självskattad patientsäkerhetsnivå	2321	3,33	0,80	144	3,39	0,42	0,20
HSOPS4 (G01) Rapporterade tillbud/negativa händelser	2313	1,90	1,01	144	1,90	0,59	0,09
HSOPS5 Närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet	2298	3,52	0,83	144	3,57	0,48	0,21
HSOPS6 Lärandeorganisation	2282	3,43	0,68	144	3,47	0,35	0,11
HSOPS7 Samarbete inom vårdenheten	2361	3,92	0,64	144	3,91	0,38	0,19
HSOPS8 Öppenhet i kommunikationen	2308	3,77	0,72	144	3,78	0,38	0,10
HSOPS9 Återföring och kommunikation kring avvikelser	2304	3,68	0,81	144	3,65	0,45	0,20
HSOPS10 Icke straff- och skuldbeläggande kultur	2275	3,53	0,82	144	3,57	0,44	0,12
HSOPS11 Arbetsbelastning och personaltäthet	2356	2,95	0,82	144	3,08	0,54	0,27
HSOPS12 Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet	2266	2,78	0,87	144	2,95	0,49	0,15
HSOPS13 Samarbete mellan vårdenheterna	2310	3,26	0,65	144	3,28	0,33	0,12
HSOPS14 Överlämningar och överföringar	2279	3,32	0,71	144	3,29	0,41	0,14
HSOPS15 (G02) Rapporterade risker	2296	1,67	0,94	144	1,66	0,47	0,06
NOSACQ1 Ledningens säkerhetsprioritet och förmåga att främja säkerhet	2286	2,76	0,60	144	2,83	0,31	0,14
NOSACQ2 Ledningens delaktighetsskapande i säkerhetsfrågor	2244	2,76	0,59	144	2,82	0,29	0,12

	Ind	Ind	Ind	Enh	Enh	Enh	ICC(1)
	N	M	SD	N	M	SD	
NOSACQ3 Ledningens rättvisa vid utredning av olyckor	2111	3,18	0,54	144	3,22	0,24	0,06
NOSACQ4 Personalens säkerhetsengagemang	2310	3,32	0,49	144	3,33	0,27	0,14
NOSACQ5 Personalens säkerhetsprioritet och avståndstagande till riskacceptans	2293	3,11	0,56	144	3,12	0,29	0,10
NOSACQ6 Personalens säkerhetskommunikation, lärande och förtroende för varandras förmåga att främja säkerhet	2314	3,24	0,45	144	3,25	0,24	0,12
NOSACQ7 Personalens förtroende för säkerhetssystemens effektivitet	2269	3,39	0,46	144	3,39	0,21	0,06
GHSB_PC Patientsäkerhetsbeteenderegelföljande (compliance)	2228	2,62	0,28	139	2,62	0,15	0,13
GHSB_PP Patientsäkerhetsbeteendeparticipativt	1976	1,80	0,41	136	1,81	0,25	0,13
GHSB_WC Personalsäkerhetsbeteenderegelföljande (compliance)	2155	2,45	0,39	140	2,53	0,20	0,12
GHSB_WP Personalsäkerhetsbeteendeparticipativt	2076	1,65	0,43	142	1,66	0,26	0,17
Arbetsresurser	2340	3,91	0,48	144	3,94	0,25	0,11
Arbetskrav (omvänd)	2341	2,10	0,53	144	2,16	0,32	0,17
Tillit till närmaste chef	2328	3,84	0,97	144	3,86	0,54	0,20
Sammanhållning vid vårdenheten	2336	4,13	0,76	144	4,16	0,39	0,13

## Delstudie 1

Delstudie 1 avsåg att besvara följande frågeställning:

- Vilken är relationen mellan personalsäkerhetsklimat och patientsäkerhetsklimat i vård- och omsorgsarbete?

Tabell 2 visar bivariata korrelationer mellan de ingående dimensionerna i patientsäkerhetsklimat (HSOPS) och personalsäkerhetsklimat (NOSACQ). Sambanden mellan dimensionerna av patientsäkerhetsklimat och personalsäkerhetsklimat var i de flesta fall positiva och signifikanta. Sambanden inom respektive klimatområde var också med några undantag positiva och av betydande storlek. Detta pekar på möjligheten att finna en eller flera överordnade faktorer som representerar respektive klimatområde. Två av variablerna i HSOPS (HSOPS4 och HSOPS15) hade flera negativa korrelationer med andra variabler. Dessa variabler avser den svarandes bedömning av egen rapportering av avvikelser respektive risker och är per definition inte en del av klimatområdet. De utelämnades därför i faktoranalysen. Vidare utelämnades HSOPS1 (Benägenhet att rapportera händelser), HSOPS2 (Sammantagen säkerhetsmedvetenhet), HSOPS3 (sammanfattande bedömning av patientsäkerhetsnivån) som kan betraktas som effekter av säkerhetsklimatet, samt HSOPS 11 (Arbetsbelastning och personaltäthet) som inte är av klimatkaraktär utan kan betraktas som ett kontextuellt förhållande som kan påverka säkerhetsklimatet (vilket prövas i delstudie 2).

Faktoranalys av de resterande dimensionerna av HSOPS pekar på att variationen inom klimatområdet kan sammanfattas i två övergripande dimensioner; en som beskriver förhållanden inom den egna organisatoriska enheten (internt perspektiv) och en dimension som pekar på förhållanden i enhetens kontakt med andra delar av organisationen (externt perspektiv). Följande dimensioner av patientsäkerhetsklimatet kan inordnas i respektive övergripande dimension. Variabler för dessa övergripande dimensioner av patientsäkerhetsklimat beräknades som medelvärde av de ingående subdimensionerna.

- *Patientsäkerhetsklimat med internt perspektiv relativt den egna organisatoriska enheten (HSOPS-internt):* HSOPS 5 (Närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet); HSOPS 6 (Lärandeorganisation); HSOPS 7 (Samarbete inom vårdenheten); HSOPS 8 (Öppenhet i kommunikationen); HSOPS 9 (Återföring och kommunikation kring avvikelser); HSOPS 10 (Icke straff- och skuldbeläggande kultur).
- *Patientsäkerhetsklimat med externt perspektiv relativt den egna organisatoriska enheten (HSOPS-externt):* HSOPS 12 (Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet), HSOPS 13 (Samarbete mellan vårdenheterna), HSOPS 14 (Överlämningar och överföringar).

Faktoranalys av de ingående dimensionerna av NOSACQ pekar på att det också inom detta klimatområde går att sammanfatta variationen i två övergripande dimensioner; en som beskriver förhållanden om hur personalsäkerhet hanteras av arbetskamrater i den egna arbetsgruppen (arbetsgruppsperspektiv) och en dimension som beskriver hur förhållanden som berör personalsäkerhet hanteras av ledningen (ledningsperspektiv). Följande dimensioner av personalsäkerhetsklimatet kan inordnas i respektive övergripande dimension. Variabler för dessa

övergripande dimensioner av personalsäkerhetsklimat beräknades som medelvärde av de ingående subdimensionerna.

- *Personalsäkerhetsklimat med arbetsgruppsperspektiv (NOSACQ-grupp):* NOSACQ 4 (Anställdas säkerhetsengagemang); NOSACQ 5 (Anställdas säkerhetsprioritering och icke-acceptans av risker); NOSACQ 6 (Anställdas säkerhetskommunikation, lärande och tillit till arbetskamraternas säkerhetskompetens); NOSACQ 7 (Anställdas tillit till effektiviteten i säkerhetssystem).
- *Personalsäkerhetsklimat med ledningsperspektiv (NOSACQ-ledning):* NOSACQ 1 (Ledningens säkerhetsprioritering, säkerhetsengagemang och säkerhetskompetens); NOSACQ 2 (Ledningens delaktighetsskapande i säkerhetsfrågor); NOSACQ 3 (Ledningens rättvisa i säkerhetsarbetet).

Tabell 2. Bivariata korrelationer mellan variabler i Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS, patientsäkerhetsklimat) och variabler i NOSACQ Nordic Safety Climate Questionnaire (NOSACQ, personalsäkerhetsklimat). Undre diagonalen avser korrelationer baserade på individuella observationer och övre diagonalen avser korrelationer baserade på observationer aggregerat till organisatorisk enhet med minst två svarande.

	HSOPS 1	HSOPS 2	HSOPS 3	HSOPS 4	HSOPS 5	HSOPS 6	HSOPS 7	HSOPS 8	HSOPS 9	HSOPS 10	HSOPS 11
HSOPS1		00,228**	00,393**	00,347**	0,153	0,375**	0,298**	0,177*	0,472**	-0,079	0,171*
HSOPS2	0,284**		0,776**	-0,226**	0,435**	0,520**	0,528**	0,363**	0,443**	0,519**	0,722**
HSOPS3	0,358**	0,670**		-0,197*	0,446**	0,561**	0,576**	0,445**	0,569**	0,479**	0,553**
HSOPS4	0,049*	-0,144**	-0,103**		-0,193*	-0,203*	-0,065	-0,037	-0,047	-0,347**	-0,223**
HSOPS5	0,244**	0,413**	0,363**	-0,062**		0,555**	0,426**	0,537**	0,482**	0,567**	0,361**
HSOPS6	0,344**	0,480**	0,451**	-0,075**	0,453**		0,439**	0,343**	0,553**	0,316**	0,336**
HSOPS7	0,208**	0,399**	0,398**	-0,054**	0,377**	0,415**		0,540**	0,543**	0,454**	0,359**
HSOPS8	0,280**	0,325**	0,338**	-0,065**	0,458**	0,342**	0,431**		0,485**	0,539**	0,194*
HSOPS9	0,376**	0,394**	0,399**	-0,052*	0,472**	0,511**	0,400**	0,472**		0,284**	0,220**
HSOPS10	0,141**	0,416**	0,337**	-0,062**	0,403**	0,270**	0,352**	0,404**	0,319**		0,395**
HSOPS11	0,137**	0,531**	0,453**	-0,097**	0,316**	0,292**	0,304**	0,213**	0,221**	0,392**	
HSOPS12	0,305**	0,482**	0,439**	-0,096**	0,285**	0,409**	0,203**	0,198**	0,288**	0,212**	0,362**
HSOPS13	0,274**	0,427**	0,413**	-0,082**	0,285**	0,362**	0,349**	0,287**	0,348**	0,291**	0,323**
HSOPS14	0,233**	0,426**	0,399**	-0,110**	0,303**	0,292**	0,333**	0,307**	0,318**	0,339**	0,327**
HSOPS15	0,070**	-0,116**	-0,121**	0,409**	-0,036	-0,013	-0,047*	-0,026	0,006	-0,085**	-0,118**
NOSACQ1	0,308**	0,520**	0,496**	-0,094**	0,532**	0,451**	0,340**	0,367**	0,424**	0,393**	0,427**
NOSACQ2	0,289**	0,414**	0,409**	-0,068**	0,461**	0,449**	0,323**	0,358**	0,420**	0,325**	0,348**
NOSACQ3	0,237**	0,371**	0,345**	-0,071**	0,466**	0,343**	0,318**	0,438**	0,395**	0,472**	0,294**
NOSACQ4	0,267**	0,413**	0,423**	-0,063**	0,343**	0,376**	0,526**	0,422**	0,393**	0,349**	0,270**
NOSACQ5	0,174**	0,429**	0,349**	-0,093**	0,340**	0,226**	0,303**	0,311**	0,251**	0,383**	0,342**
NOSACQ6	0,330**	0,436**	0,456**	-0,055**	0,411**	0,453**	0,512**	0,504**	0,495**	0,386**	0,290**
NOSACQ7	0,170**	0,228**	0,216**	-0,025	0,245**	0,263**	0,269**	0,296**	0,289**	0,250**	0,131**

Not: \* p<0,05 \*\* p<0,01

Tabell 2. fortsättning. Bivariata korrelationer mellan variabler i Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS, patientsäkerhetsklimat) och variabler i NOSACQ Nordic Safety Climate Questionnaire (NOSACQ, personalsäkerhetsklimat). Undre diagonalen avser korrelationer baserade på individuella observationer och övre diagonalen avser korrelationer baserade på observationer aggregerat till organisatorisk enhet med minst två svarande.

	HSOPS 12	HSOPS 13	HSOPS 14	HSOPS 15	NOSAC Q 1	NOSAC Q 2	NOSAC Q 3	NOSAC Q 4	NOSAC Q 5	NOSAC Q 6	NOSAC Q 7
HSOPS1	0,381**	0,435**	0,326**	0,286**	0,379**	0,300**	0,255**	0,255**	0,040	0,311**	0,132
HSOPS2	0,539**	0,457**	0,415**	-0,154	0,608**	0,638**	0,547**	0,582**	0,541**	0,648**	0,427**
HSOPS3	0,492**	0,564**	0,573**	-0,215**	0,611**	0,581**	0,504**	0,688**	0,519**	0,713**	0,450**
HSOPS4	-0,001	0,001	-0,078	0,609**	-0,178*	-0,108	-0,191*	-0,252**	-0,295**	-0,233**	-0,361**
HSOPS5	0,271**	0,326**	0,305**	-0,098	0,578**	0,575**	0,525**	0,510**	0,360**	0,527**	0,377**
HSOPS6	0,553**	0,449**	0,344**	-0,154	0,663**	0,688**	0,531**	0,533**	0,231**	0,539**	0,446**
HSOPS7	0,217**	0,458**	0,412**	-0,101	0,513**	0,454**	0,417**	0,717**	0,499**	0,693**	0,332**
HSOPS8	0,175*	0,200*	0,260**	-0,041	0,343**	0,407**	0,459**	0,500**	0,401**	0,626**	0,345**
HSOPS9	0,248**	0,425**	0,367**	-0,079	0,445**	0,479**	0,473**	0,538**	0,341**	0,587**	0,441**
HSOPS10	0,148	0,238**	0,317**	-0,158	0,483**	0,475**	0,557**	0,556**	0,585**	0,641**	0,457**
HSOPS11	0,474**	0,383**	0,278**	-0,204*	0,511**	0,491**	0,367**	0,400**	0,472**	0,422**	0,312**
HSOPS12		0,432**	0,303**	0,002	0,612**	0,647**	0,518**	0,313**	0,085	0,334**	0,302**
HSOPS13	0,464**		0,658**	-0,107	0,417**	0,380**	0,344**	0,521**	0,300**	0,417**	0,425**
HSOPS14	0,346**	0,593**		-0,135	0,365**	0,307**	0,342**	0,492**	0,433**	0,457**	0,400**
HSOPS15	-0,037	-0,063**	-0,062**		-0,070	-0,051	-0,016	-0,194*	-0,319**	-0,139	-0,219**
NOSACQ 1	0,543**	0,415**	0,382**	-0,058**		0,819**	0,731**	0,629**	0,402**	0,678**	0,476**
NOSACQ 2	0,482**	0,373**	0,322**	-0,020	0,777**		0,729**	0,532**	0,344**	0,644**	0,483**
NOSACQ 3	0,348**	0,328**	0,322**	-0,039	0,676**	0,674**		0,553**	0,458**	0,637**	0,565**
NOSACQ 4	0,250**	0,376**	0,354**	-0,069**	0,440**	0,420**	0,432**		0,615**	0,833**	0,596**
NOSACQ 5	0,200**	0,261**	0,309**	-0,151**	0,442**	0,344**	0,403**	0,477**		0,645**	0,549**
NOSACQ 6	0,304**	0,386**	0,368**	-0,034	0,516**	0,498**	0,530**	0,683**	0,464**		0,610**
NOSACQ 7	0,176**	0,246**	0,256**	-0,004	0,342**	0,344**	0,408**	0,456**	0,386**	0,531**	

Not: \* p<0,05 \*\* p<0,01



En multivariat multilevelmodell specificerades i det statistiska analysprogrammet MLWin. Modellen bestod av fyra beroendevariabler: patientsäkerhetsklimat med internt (egen enhet) respektive externt (utanför egen enhet) perspektiv; och personalsäkerhetsklimat med arbetsgrupps- respektive ledningsperspektiv. Modellen hade inga prediktorer, utan var en så kallad tom modell med ”random intercept” baserat på organisatorisk tillhörighet. För undersköterskor och sjuksköterskor innebär det vårdenhet och för läkare innebär det klinik. Modellen delar upp variationen i beroendevariabler samt samvariationen mellan beroendevariabler, i en del som kan hänföras till individnivå (inom organisatoriska enheter), och en del som kan hänföras till organisationsnivå (mellan organisatoriska enheter). Av Tabell 3 framgår varianser för, och kovarianser mellan, de fyra klimatvariablerna på individnivå respektive organisationsnivå. Samtliga kovarianser på båda nivåerna var positiva och signifikanta. Såväl varianser som kovarianser var av större magnitud på individnivå än på organisationsnivå. Andelen variation på organisationsnivå (ICC1) var 14% till 21%.

Kovarianserna standardiserades till korrelationer genom att dividera med produkten av respektive variabels standardavvikelse. Av figur 1 framgår korrelationerna mellan respektive övergripande klimatdimension, dels på individnivå dels på organisationsnivå. På båda nivåerna var korrelationerna höga. Samvariationen var, såväl inom som mellan klimatdomänerna, ungefär i samma storleksordning eller större på organisationsnivå (0,515 – 0,856) jämfört med individnivå (0,439 – 0,623), när samvariationen sattes i relation till variansen på respektive nivå.

Resultatet visar att patientsäkerhetsklimat och personalsäkerhetsklimat är kraftigt positivt relaterade till varandra. Starkast var sambandet mellan HSOPS – internt och NOSACQ – grupp på organisationsnivå. Den delade variationen var där  $0,856^2 = 73\%$ . Notera att sambanden genomgående är starkare mellan klimatdomänerna än inom klimatdomänerna. Organisatoriska enheter med ett högt patientsäkerhetsklimat har alltså ett högt personalsäkerhetsklimat och tvärtom. Figur 1 illustrerar detta samband på enhetsnivå för dimensionerna HSOPS-internt och NOSACQ-grupp. Av figuren framgår tydligt att patientsäkerhetsklimat och personalsäkerhetsklimat går hand i hand.

Tabell 3. Estimat för varianser (i diagonalerna) samt kovarianser mellan fyra övergripande klimatdimensioner. Inom parentes anges estimatens standardfel. Övre halvan av tabellen avser mellanorganisatorisk variation medan undre halvan avser inomorganisatorisk variation.

	HSOPS - externt	HSOPS - internt	NOSACQ - ledning	NOSACQ - grupp
<b>Mellan organisatoriska enheter</b>				
HSOPS-externt	0,052 (0,009)			
HSOPS-internt	0,029 (0,007)	0,060 (0,010)		
NOSACQ-ledning	0,032 (0,007)	0,035 (0,007)	0,039 (0,007)	
NOSACQ-grupp	0,020 (0,005)	0,032 (0,006)	0,020(0,004)	0,023 (0,004)
<b>Inom organisatoriska enheter</b>				
HSOPS-externt	0,315 (0,010)			
HSOPS-internt	0,137 (0,006)	0,229 (0,007)		
NOSACQ-ledning	0,146 (0,007)	0,146 (0,006)	0,246 (0,007)	
NOSACQ-grupp	0,085 (0,005)	0,100 (0,004)	0,103 (0,004)	0,131 (0,004)

Tabell 4. Korrelationer mellan fyra övergripande klimatdimensioner. Övre halvan av tabellen avser mellanorganisatorisk variation medan undre halvan avser inomorganisatorisk variation.

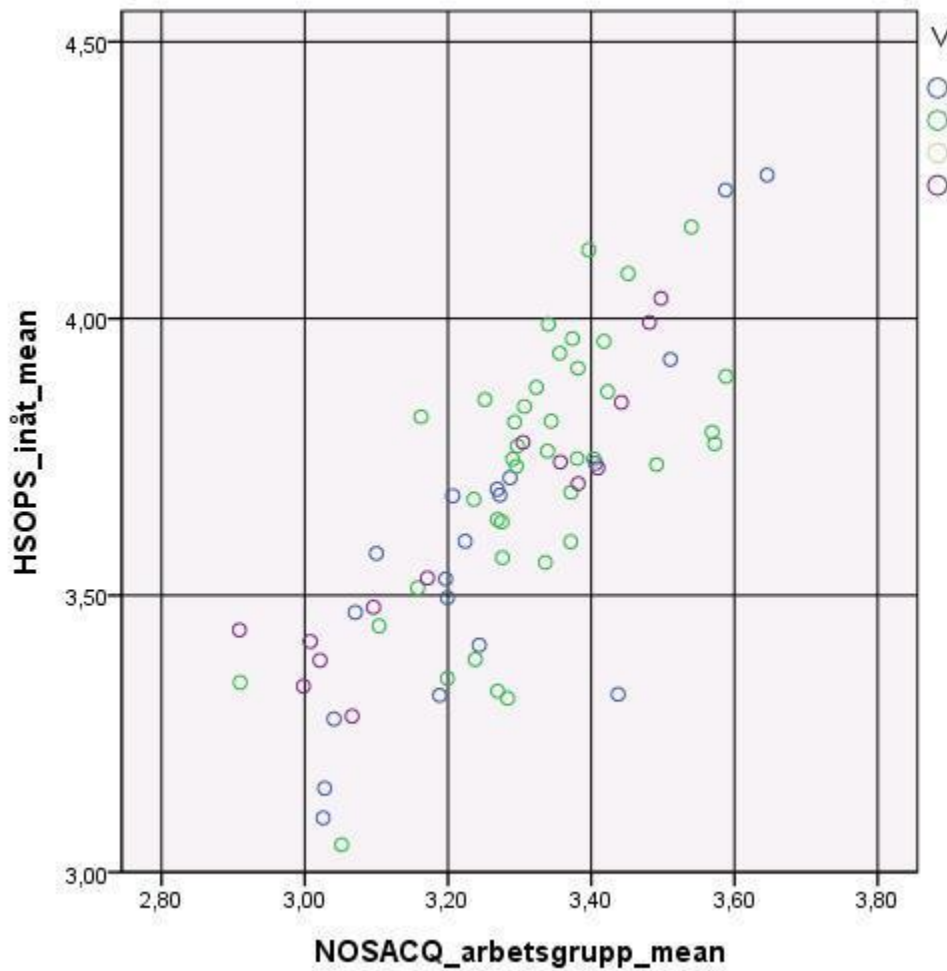
	HSOPS - externt	HSOPS - internt	NOSACQ - ledning	NOSACQ - grupp
<b>Mellan organisatoriska enheter</b>				
HSOPS-externt				
HSOPS-internt	0,515			
NOSACQ-ledning	0,711	0,720		
NOSACQ-grupp	0,582	0,856	0,654	
<b>Inom organisatoriska enheter</b>				
HSOPS-externt				
HSOPS-internt	0,508			
NOSACQ-ledning	0,543	0,620		

NOSACQ-grupp

0,439

0,623

0,576



Figur 1. Förhållande mellan patientsäkerhetsklimat och personalsäkerhetsklimat för vårdenheter. Ringarna av olika färg motsvarar enheter från de olika deltagande organisationerna.

## Delstudie 2

Delstudie 2 avsåg besvara följande frågeställning:

- Vilken är relationen mellan personalens psykosociala arbetssituation och personalsäkerhetsklimat respektive patientsäkerhetsklimat i vård och omsorgsarbete?

Även för denna studie specificerades i första steget en multivariat multilevelmodell med fyra beroendevariabler och fria kovarianser emellan dessa: patientsäkerhetsklimat med internt respektive externt perspektiv och personalsäkerhetsklimat med arbetsgrupps- respektive ledningsperspektiv (modell 1). Denna grundmodell var densamma som specificerades i delstudie 1. I nästa steg lades fyra prediktorer till: arbetsresurser, arbetskrav, tillit till närmaste chef och gruppsammanhållning vid vårdenheten (modell 2). Av Tabell 5 framgår parameterestimater för modell 1 och modell 2.

Tabell 5. Parameterestimater för multivariata flernivåmodeller där fyra dimensioner av säkerhetsklimat prediceras utifrån arbetsresurser, arbetskrav, tillit till chef och sammanhållning till vårdenheten. Tabellen fortsätter på nästa sida.

	Modell 1		Modell 2	
	Estimat	S.E.	Estimat	S.E.
<u>Fixerade effekter</u>				
Intercept HSOPS_extern	3,162*	0,024	0,855*	0,094
Intercept HSOPS_internt	3,654*	0,024	0,913*	0,067
Intercept NOSACQ_ledning	2,915*	0,021	0,476*	0,076
Intercept NOSACQ_grupp	3,267*	0,016	1,478*	0,057
Arbetsresurser -> HSOPS_extern			0,306*	0,028
Arbetsresurser -> HSOPS_internt			0,340*	0,020
Arbetsresurser -> NOSACQ_ledning			0,268*	0,023
Arbetsresurser -> NOSACQ_grupp			0,254*	0,017
Arbetskrav 1) -> HSOPS_extern			0,270*	0,022
Arbetskrav 1) -> HSOPS_internt			0,112*	0,016
Arbetskrav 1) -> NOSACQ_ledning			0,193*	0,018
Arbetskrav 1) -> NOSACQ_grupp			0,088*	0,013
Tillit chef -> HSOPS_extern			0,063*	0,013
Tillit chef -> HSOPS_internt			0,170*	0,009
Tillit chef -> NOSACQ_ledning			0,157*	0,011
Tillit chef -> NOSACQ_grupp			0,045*	0,008
Sammanhållning -> HSOPS_extern			0,068*	0,018
Sammanhållning -> HSOPS_internt			0,124*	0,013
Sammanhållning -> NOSACQ_ledning			0,090*	0,014
Sammanhållning -> NOSACQ_grupp			0,103*	0,011

Not: \*  $p < 0,05$ ; 1) Arbetskrav är omvänt kodat så att höga arbetskrav är lågt värde och hanterbara arbetskrav är högt värde.

Tabell 5. (fortsättning).

Varierande (random) effekter	Modell 1		Modell2	
	Estimat	S.E.	Estimat	S.E.
<b>Nivå 2 Vårdenhet</b>				
Varians HSOPS_extern	0,052	0,009	0,032	0,006
Kovarians HSOPS_internt/HSOPS_extern	0,029	0,007	0,003	0,003
Varians HSOPS_internt	0,060	0,010	0,017	0,003
Kovarians NOSACQ_ledning/HSOPS_extern	0,032	0,007	0,013	0,004
Kovarians NOSACQ_ledning/HSOPS_internt	0,035	0,007	0,003	0,002
Varians NOSACQ_ledning	0,039	0,007	0,016	0,003
KovariansNOSACQ_grupp/HSOPS_extern	0,020	0,005	0,003	0,002
KovariansNOSACQ_grupp/HSOPS_internt	0,032	0,006	0,009	0,002
KovariansNOSACQ_grupp/NOSACQ_ledning	0,020	0,004	0,002	0,002
Varians NOSACQ_grupp	0,023	0,004	0,009	0,002
<b>Nivå 1 Individ</b>				
Varians HSOPS_extern	0,315	0,010	0,243	0,007
Kovarians HSOPS_internt/HSOPS_extern	0,137	0,006	0,058	0,004
Varians HSOPS_internt	0,229	0,007	0,125	0,004
Kovarians NOSACQ_ledning/HSOPS_extern	0,146	0,007	0,070	0,005
Kovarians NOSACQ_ledning/HSOPS_internt	0,146	0,006	0,053	0,003
Varians NOSACQ_ledning	0,246	0,007	0,161	0,005
KovariansNOSACQ_grupp/HSOPS_extern	0,085	0,005	0,035	0,003
KovariansNOSACQ_grupp/HSOPS_internt	0,100	0,004	0,036	0,002
KovariansNOSACQ_grupp/NOSACQ_ledning	0,103	0,004	0,047	0,003
Varians NOSACQ_grupp	0,131	0,004	0,091	0,003
<b>Modellanpassningsmått:</b>				
Avvikelse (loglikelihood)	9636,7		7504,7	
<b>Antal observationer:</b>				
Nivå 2	150		150	
Nivå 1	2364		2310	
Nivå 0	9324		9143	

Av tabellen framgår att samtliga prediktorer hade signifikanta regressionsvikter till samtliga fyra responsvariabler. Variation i patientsäkerhetsklimat med internt respektive externt perspektiv och personalsäkerhetsklimat med arbetsgrupps- respektive ledningsperspektiv kunde alltså förklaras av arbetsresurser, arbetskrav, tillit till chef och sammanhållning i vårdenheten. Varians förklarades för såväl nivå 2 (vårdenhet) som nivå 1 (individ). Störst relativ variansreduktion fanns på nivå 2 för HSOPS-internt med 72%, följt av NOSACQ-grupp 61%, NOSACQ-ledning 59% och HSOPS-extern 38%. Även

på nivå 1 var reduktionen betydande: HSOPS-internt 45%, NOSACQ-ledning 35%, NOSACQ-grupp 31%, och HSOPS-externt 23%. Den höga samvariationen mellan de olika klimatdimensionerna som konstaterades i delstudie 1 kunde till stor del förklaras genom de gemensamma prediktorernas inverkan. Mellan 59% och 91% av samvariationen på nivå 2 kunde förklaras genom prediktorerna. Motsvarande andel på nivå 1 var mellan 52% och 64%.

### Delstudie 3

I denna delstudie riktades intresset mot säkerhetsklimatens respektive den psykosociala arbetssituationens betydelse för personalens säkerhetsbeteende. Delstudien avsåg att besvara följande frågeställningar:

- Vilken är relationen mellan personalsäkerhetsklimat respektive patientsäkerhetsklimat och säkerhetsbeteende med avseende på patienter respektive personal i vård och omsorgsarbete?
- Vilken är relationen mellan personalens psykosociala arbetssituation och säkerhetsbeteende med avseende på patienter respektive personal i vård och omsorgsarbete?

För delstudie 3 specificerades en serie multivariata multilevelmodeller där prediktorer lades till stegvis. Av Tabell 6 framgår parameterestimat för modell 1 till modell 4.

Den första modellen (modell 1) var en ”tom” modell utan prediktorer, med fyra beroendevariabler och fria kovarianser emellan dessa:

- GHSB\_PC Patientsäkerhetsbeteende-regelföljande (compliance)
- GHSB\_PP Patientsäkerhetsbeteende-delaktigt (participativt)
- GHSB\_WC Personalsäkerhetsbeteende-regelföljande (compliance)
- GHSB\_WP Personalsäkerhetsbeteende-delaktigt (participativt)

Av modell 1 framgår att andelen variation på organisationsnivå i säkerhetsbeteendevariablerna var 11-18%. Den huvudsakliga samvariationen på organisationsnivå fanns mellan participativt patientsäkerhetsbeteende- och participativt personalsäkerhetsbeteende, omräknat till korrelation var detta samband mycket starkt ( $r=0,81$ ). Samvariationen mellan regelföljande patientsäkerhetsbeteende- och regelföljande personalsäkerhetsbeteende var också signifikant och positivt, men inte lika starkt ( $r=0,29$ ). Regelföljande och participativt beteende inom samma domän (patient- respektive personalsäkerhet) var inte relaterat till varandra på organisationsnivå.

Den huvudsakliga samvariationen *inom* enheter, på individnivå, var också mellan participativt patientsäkerhetsbeteende- och participativt personalsäkerhetsbeteende,

omräknat till korrelation var detta samband  $r = 0,65$ . Samvariationen mellan regelföljande patientsäkerhetsbeteende- och regelföljande personalsäkerhetsbeteende var också signifikant och positivt, ( $r = 0,56$ ). Regelföljande och participativt beteende inom samma domän var svagt negativt relaterat till varandra på individnivå (regelföljande vs participativt patientsäkerhetsbeteende:  $r = -0,10$ ; regelföljande vs participativt personalsäkerhetsbeteende:  $r = -0,13$ ).

De fyra övergripande dimensionerna av säkerhetsklimat, som identifierades i delstudie 1, lades till i modell 2 och modell 3 enligt följande procedur. Varje säkerhetsklimatvariabel delades upp i två komponenter. Först en del som representerade den organisatoriska enhetens medelvärde (nivå 2 komponent; L2). Därefter beräknades avvikelserna för varje individuell observation från detta enhetsmedelvärde. (nivå 1 komponent; L1). På så sätt skapades åtta komponenter av säkerhetsklimat, fyra på nivå 1 och fyra på nivå 2. Patientsäkerhetsklimat externt respektive internt specificerades som prediktorer till patientsäkerhetsbeteende. Personalsäkerhetsklimat externt respektive internt specificerades som prediktorer till personalsäkerhetsbeteende.

I modell 2 fördes nivå 2 komponenterna (organisationsnivå) av klimat in i modellen som prediktorer. HSOPS-externt var negativt relaterat till participativt patientsäkerhetsbeteende. HSOPS-internt var positivt relaterat till både regelföljande och participativt patientsäkerhetsbeteende. NOSACQ-ledning var relaterat till regelföljande personalsäkerhetsbeteende.

I modell 3 fördes nivå 1 komponenterna (individnivå) av klimatperceptioner in i modellen. HSOPS-externt var negativt relaterat till participativt patientsäkerhetsbeteende och positivt relaterat till regelföljande patientsäkerhetsbeteende. HSOPS-internt var positivt relaterat till regelföljande patientsäkerhetsbeteende. NOSACQ-ledning och NOSACQ-grupp var positivt relaterat till regelföljande personalsäkerhetsbeteende.

I modell 4 utökades modellen med de fyra aspekter av personalens psykosociala arbetssituation som användes som prediktorer för säkerhetsklimat i delstudie 2; arbetsresurser, arbetskrav, tillit till närmaste chef och sammanhållning vid vårdenheten. Skillnaden nu är att de förs in som prediktorer till säkerhetsbeteende, under kontroll av säkerhetsklimat. Frågan är därmed om dessa arbetsförhållanden kan ge ytterligare bidrag till att förklara säkerhetsbeteende, utöver säkerhetsklimatets bidrag. Tillgång till arbetsresurser var positivt relaterat till regelföljande och participativt patientsäkerhetsbeteende. Hanterbara arbetskrav var positivt relaterat till regelföljande patient- och personalsäkerhetsbeteende men negativt relaterat till participativt patient- och personalsäkerhetsbeteende. Tillit till närmaste chef var negativt relaterat till participativt personalsäkerhetsbeteende. Sammanhållning var positivt relaterat till participativt patient- och personalsäkerhetsbeteende.

Sammantaget, betraktat både ur ett patient- och personal-beteendeperspektiv, kan sägas att det regelföljande säkerhetsbeteendet huvudsakligen predicerades av olika aspekter av säkerhetsklimat och att ha en hanterbar arbetsbelastning. Participativt säkerhetsbeteende däremot predicerades inte av säkerhetsklimat i någon större utsträckning. Det kännetecknades istället av en arbetssituation med höga krav och en god sammanhållning på arbetsplatsen.



Tabell 6. Parameterestimater för multivariata flernivåmodeller där fyra dimensioner av säkerhetsbeteende prediceras utifrån patientsäkerhetsklimat (externt och internt perspektiv), personalsäkerhetsklimat (lednings- och grupperspektiv), arbetsresurser, arbetskrav, tillit till chef och sammanhållning till vårdenheten. Tabellen fortsätter på nästa sida.

	Modell 1		Modell 2		Modell 3		Modell 4	
	Estimat	S.E.	Estimat	S.E.	Estimat	S.E.	Estimat	S.E.
<u>Fixerade effekter</u>								
Intercept GHSB_PC	2,625*	0,011	2,155*	0,146	2,163*	0,145	1,996*	0,148
Intercept GHSB_PP	1,813*	0,017	1,802*	0,206	1,795*	0,206	1,671*	0,209
Intercept GHSB_WC	2,491*	0,015	1,830*	0,230	1,813*	0,229	1,685*	0,231
Intercept GHSB_WP	1,664*	0,019	1,375*	0,264	1,372*	0,266	1,266*	0,273
L2HSOPS_ext -> GHSB_PC			0,042	0,040	0,041	0,040	0,008	0,040
L2HSOPS_ext -> GHSB_PP			-0,163*	0,048	-0,163*	0,049	-0,153*	0,049
L2HSOPS_int -> GHSB_PC			0,093*	0,043	0,092*	0,043	0,047	0,044
L2HSOPS_int -> GHSB_PP			0,144*	0,052	0,146*	0,053	0,135*	0,054
L2NOSACQ_ledning -> GHSB_WC			0,302*	0,067	0,296*	0,067	0,232*	0,067
L2NOSACQ_ledning -> GHSB_WP			0,083	0,065	0,078	0,066	0,080	0,067
L2NOSACQ_grupp -> GHSB_WC			-0,067	0,086	-0,056	0,086	-0,125	0,087
L2NOSACQ_grupp -> GHSB_WP			0,014	0,086	0,020	0,087	0,038	0,088
L1HSOPS_ext -> GHSB_PC					0,066*	0,010	0,048*	0,010
L1HSOPS_ext -> GHSB_PP					-0,054*	0,015	-0,043*	0,015
L1HSOPS_int -> GHSB_PC					0,068*	0,012	0,030*	0,015
L1HSOPS_int -> GHSB_PP					0,010	0,018	-0,014	0,021
L1NOSACQ_ledning -> GHSB_WC					0,129*	0,017	0,082*	0,018
L1NOSACQ_ledning -> GHSB_WP					-0,031	0,018	-0,025	0,019
L1NOSACQ_grupp -> GHSB_WC					0,150*	0,023	0,122*	0,024
L1NOSACQ_grupp -> GHSB_WP					0,023	0,024	0,021	0,026
Arbetsresurser -> GHSB_PC							0,054*	0,015
Arbetsresurser -> GHSB_PP							0,059*	0,024
Arbetsresurser -> GHSB_WC							0,036	0,021
Arbetsresurser -> GHSB_WP							0,036	0,025
Arbetskrav 1) -> GHSB_PC							0,090*	0,012
Arbetskrav 1) -> GHSB_PP							-0,133*	0,018
Arbetskrav 1) -> GHSB_WC							0,165*	0,016
Arbetskrav 1) -> GHSB_WP							-0,092*	0,019
Tillit chef -> GHSB_PC							-0,002	0,007
Tillit chef -> GHSB_PP							-0,020	0,011
Tillit chef -> GHSB_WC							-0,002	0,010
Tillit chef -> GHSB_WP							-0,022*	0,011
Sammanhållning -> GHSB_PC							0,010	0,009

	Modell 1		Modell 2		Modell 3		Modell 4	
	Estimat	S.E.	Estimat	S.E.	Estimat	S.E.	Estimat	S.E.
Sammanhållning -> GHSB_PP							0,063*	0,015
Sammanhållning -> GHSB_WC							0,013	0,013
Sammanhållning -> GHSB_WP							0,043*	0,015
<b>Varierande (random) effekter</b>								
<b>Nivå 2 Värdenheter</b>								
Varians GHSB_PC	0,011	0,002	0,010	0,002	0,010	0,002	0,010	0,002
Kovarians GHSB_PP/GHSB_PC	0,003	0,002	0,003	0,002	0,003	0,002	0,004	0,002
Varians GHSB_PP	0,024	0,005	0,027	0,005	0,027	0,005	0,027	0,005
Kovarians GHSB_WC/GHSB_PC	0,004	0,002	0,004	0,002	0,004	0,002	0,005	0,002
Kovarians GHSB_WC/GHSB_PP	0,002	0,003	0,002	0,003	0,002	0,003	0,001	0,003
Varians GHSB_WC	0,017	0,003	0,014	0,003	0,015	0,003	0,015	0,003
Kovarians GHSB_WP/GHSB_PC	0,003	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002
Kovarians GHSB_WP/GHSB_PP	0,023	0,005	0,025	0,005	0,025	0,005	0,026	0,005
Kovarians GHSB_WP/GHSB_WC	0,000	0,003	-0,003	0,003	-0,003	0,003	-0,004	0,003
Varians GHSB_WP	0,034	0,006	0,033	0,006	0,033	0,006	0,035	0,006
<b>Nivå 1 Individ</b>								
Varians GHSB_PC	0,068	0,002	0,068	0,002	0,064	0,002	0,061	0,002
Kovarians GHSB_PP/GHSB_PC	-0,010	0,002	-0,010	0,002	-0,008	0,002	-0,007	0,002
Varians GHSB_PP	0,147	0,005	0,147	0,005	0,147	0,005	0,141	0,005
Kovarians GHSB_WC/GHSB_PC	0,054	0,002	0,053	0,002	0,043	0,002	0,040	0,002
Kovarians GHSB_WC/GHSB_PP	-0,018	0,003	-0,018	0,003	-0,016	0,003	-0,012	0,003
Varians GHSB_WC	0,135	0,004	0,134	0,004	0,118	0,004	0,112	0,004
Kovarians GHSB_WP/GHSB_PC	-0,003	0,002	-0,003	0,002	-0,003	0,002	-0,002	0,002
Kovarians GHSB_WP/GHSB_PP	0,098	0,004	0,098	0,004	0,098	0,004	0,094	0,004
Kovarians GHSB_WP/GHSB_WC	-0,019	0,003	-0,019	0,003	-0,018	0,003	-0,015	0,003
Varians GHSB_WP	0,154	0,005	0,154	0,005	0,154	0,005	0,150	0,005
<b>Modellanpassningsmått:</b>								
Avvikelse (loglikelihood)	4704,1		4658,1		4354,4		4059,6	
<b>Antal observationer:</b>								
Nivå 2	147		147		147		147	
Nivå 1	2286		2286		2277		2240	
Nivå 0	8435		8435		8315		8206	

Not: \*  $p < 0,05$ ; 1) Arbetskrav är omvänt kodat så att höga arbetskrav är lågt värde och hanterbara arbetskrav är högt värde.

## ***Individuella intervjuer***

I samband med de individuella intervjuerna ombads informanterna avslutningsvis ange om de generellt ansåg att säkerheten för patienter respektive personal på den egna enheten var hög eller låg. Resultaten presenteras i Tabell 7.

Tabell 7. Informanternas vid de individuella intervjuerna generella uppfattning om nivån på patientsäkerheten respektive personalsäkerheten vid den egna sjukvårdsenheten. Siffrorna anger antal som angav respektive nivå (n=36).

	<b>Hög</b>	<b>Med tvekan hög</b>	<b>Låg</b>	<b>Varken hög eller låg</b>	<b>Oklart</b>
<b>Patientsäkerhet</b>	23	6	3	3	1
<b>Personalsäkerhet</b>	16	5	8	6	1

Eftersom tematiseringarna av de individuella intervjuerna med sjuksköterskor och undersköterskor respektive läkare är gjorda var för sig, av två av författarna och oberoende av varandra, kan de sägas utgöra två komplementära perspektiv på kvalitativa material från delvis samma vårdmiljöer men utifrån olika informantperspektiv som tolkats utifrån två olika forskarperspektiv. Sjukhusorganisationen, där läkare i allmänhet är knutna till klinik medan sköterskor är knutna till avdelning eller mottagning, motiverade också två oberoende analyser som gav utrymme för de variationer som betingas av strukturella olikheter i informantkategoriernas organisatoriska villkor. Forskarna har läst såväl rådata som resultat från varandras delstudier och kunnat konstatera att de känner igen och godtar varandras temastrukturer.

Eftersom analyserna i de individuella intervjuerna med läkare respektive sjuksköterskor och undersköterskor visade en i stora stycken likartad temastruktur redovisas resultaten från dessa studier under en gemensam sådan struktur. I redovisningen anges dock vilka resultat som härrör från intervjuer med sjuksköterskor och undersköterskor respektive med läkare,

Nedan ges en beskrivning av de kategorier av centrala teman som identifierades i analyserna, med underavsnitt som beskriver olika aspekter av dessa kategorier. Varje kategoribeskrivning inleds med en sammanfattande beskrivning (kursiv). Beskrivningen

omfattar såväl faktorer som kan antas stödja utvecklingen av ett bra säkerhetsklimat och delaktigt säkerhetsbeteende, som faktorer som motverkar detta. Relationerna mellan de olika kategorierna illustreras i Figur 2. Figur 3 och 4 illustrerar resultaten i form av en process för hur olika aspekter av de kategorier som identifierades i studien interagerar och som beroende på kvaliteten i ingående aspekter är av direkt betydelse för säkerhet i vård och omsorg, men också av indirekt betydelse, genom att de påverkar effektiviteten. Figur 2-4 återfinns i kapitlet ”Relationen mellan olika kategorier av förhållanden av betydelse för säkerhetsklimatet”.

## Människor

### Individ - Sammanfattande beskrivningar av underteman

#### ***Sjuksköterskor (SSK) och undersköterskor (USK): Personligt engagemang, egna initiativ och att man påtalar problem skapar säkerhet och kompenserar brister***

*Patientsäkerheten upprätthålls tack vare starkt personligt engagemang, och strävan att leva upp till egna etiska normer kompenserar brister. Många har goda förbättringsidéer och om normerna understödjer personliga initiativ så tar man sådana och gruppen ser till att de implementeras. Det kan vara svårt att stå upp mot normer som hotar säkerheten, men man kan bestämma sig för det. Känner man ett reellt hot mot patientsäkerheten, då håller man inte tyst.*

#### ***SSK/USK: Etisk stress, hög arbetsbelastning, tidsbrist och ”sakens natur” bidrar till riskacceptans, uppgivenhet och s.k. withdrawal***

*Det känns hopplöst när man ser sparkraven, för man förstår inte var man ska kunna dra in. Känner man att man inte kan leva upp till viss etisk standard söker man sig bort. Tidsbrist gör att man inte tar tag i problem man uppdagar, vilket motverkar utvecklingsarbete. Har man påpekat en felaktighet flera gånger utan resultat, slutar man påtala. Hög arbetsbelastningen bidrar till konflikter i gruppen.*

*Mycket extrauppgifter har tillkommit utan tillförande av resurser. Förr prioriterades patienterna, nu träder de administrativa uppgifterna i förgrunden. Det bredare ansvarstagandet får stå tillbaka. Man dumpar problemet på andra vårdgivare. Om det finns dolda gruppkonflikter resignerar man eller ”kör sitt eget race”.*

*I akuta lägen tänker man främst på patientens bästa och lever med följderna. I arbetet med dementa kan det uppstå farliga situationer men våld från dementa patienter anmäls sällan utan ses som en del av jobbet.*

**SSK/USK: Uppmärksamhet, skicklighet och regelföljsamhet skapar säkerhet men äventyras av slentrian, splittring, genvägar och skuldallocation.**

*Det som gör att risker sällan utvecklas till allvarliga hot är att riskerna är kända och att man därför är ständigt vaksam. Regler måste vara anpassade till behov i verksamheten. Viktigt att kunna bedöma akuta situationer och agera rådigt även utanför regelverket, när så krävs.*

*Man kan tappa skärpan vid uppgifter man kan och utfört många gånger. Säkerhetsregler följs inte alltid för att de försvårar eller fördröjer vissa moment. Behov av säkerhetsskäl av avskildhet vid vissa arbetsmoment tillfredsställs inte alltid. Lyfthjälpmiddel används ofta inte p.g.a. tidsbrist eller låg bemanning. Avvikelse som till slut reds upp rapporteras ofta inte, för att inte skuldbelägga.*

**Läkare (LÄK): Noggrannhet och grundlighet**

*Stereotypa tankemönster och kategoriseringar relaterade till patienter kunde bidra till risk för ofullständiga utredningar och i förlängningen skador. Noggrannhet samt möjlighet och mod att ta sig tid kunde bidra till bättre säkerhet. Att följa utredningsrutiner noggrant och motstå frestelsen att tänka i stereotypa banor kunde bidra till säkerhet. Å andra sidan fanns det rutiner och system, inte minst relaterade till information, som var ofullkomliga, varför alltför stort förtroende för dessa kunde öka risken för skador. Det fanns också rutiner för avvikelserapportering som var känsliga för kollegiala normer om att rapportering var en form av skvaller.*

**SSK/USK: Egna misstag, etisk konflikt och låg delaktighet ger upplevelse av stress, exploatering och toppstyrning och påverkar relationerna i gruppen och till patienterna negativt**

*Man blir rädd och stressad och känner skuld för "nära ögat-händelser", och bär med sig detta hem. Man funderar länge över egna misstag.*

*Omorganisationer mot personalens vilja gör att man känner sig överkörd. Man upplever etisk stress när tiden inte medger tillräckligt patientsäkert arbete. Etiska normer och personligt engagemang gör att man försöker upprätthålla god patientsäker vård trots neddragningar, men det gör att man känner sig utnyttjad. Motivationen att upprätthålla ansvaret undergrävs och påverkar relationerna i gruppen negativt, liksom relationerna till patienter och deras anhöriga.*

## Individ - Fullständiga beskrivningar av underteman

### **SSK/USK: Säkerheten upprätthålls genom personligt engagemang, egna initiativ och att man påtalar problem**

Oftast tas patienten väl omhand och man försöker förebygga risker (66:78). Viktigt att ständigt påpeka att riktlinjerna ska följas (148:22). Man kan inte hålla tyst om något är fel (118:81; 118:341). Men ofta undviker man att säga till andra som bryter mot hygienregler (118:87). Känner man ett reellt hot mot patientsäkerheten, då håller man inte tyst (115:287-293). Försöker ibland med subtila vinkar (118:371; 118:87), eller ta initiativ i skymundan (118:87). Egna initiativ tas till att ge förslag att utveckla planering och flöden (118:148). Vi ska göra det som är rätt och medicinskt försvarbart (118:343).

*SK 115: "Det ska gå fort, fort, fort, alla är så himla stressad och då är det lätt att man far ut. Och då är det bättre och tänka så här "men vad har det för betydelse, bry dig inte om det nu utan lägg undan det". Det är både för ens egen skull och sen för stämningen och.....För patient.....skulle det va så att patientsäkerheten äventyras då är man ju inte tyst".*

Patientsäkerheten upprätthålls tack vare starkt personligt engagemang och att man arbetar allt hårdare (66:226). Stark strävan att leva upp till egna etiska normer kompenseras brister (97:217). Huruvida man hjälper varandra mellan avdelningarna beror dels på arbetsbelastningen men också på person (108:343; 84:45). Rollen som hygienombud (148:295; 148:18) liksom som fackligt ombud (118) förutsätter att man tar egna initiativ till förbättringar. Ibland tar man på eget initiativ fram checklistor/manualer/processbeskrivningar (148:227; 115:77; 115:229). Detta kan ge mycket positiv respons och inspirera andra till att göra detsamma med andra processer (115:229). Man är upplärd att man ska hjälpa varandra, men klimatet understöder inte alltid sådant OCB (118:?). Man kan besluta sig för att opponera sig trots en repressiv kultur för annars kan man inte känna yrkesstolthet (118:103). Många har goda förbättringsidéer och ser lösningsmöjligheter som vi implementerar (105:256). Kan vara svårt att stå upp mot kulturen, ex om normen är att inte använda lyfthjälpmiddel, men man kan bestämma sig för det (59:140).

*SK 66: " Jag tror nog säkerheten är hög fortfarande det är nog mycket för att, att vi är personligt engagerade sköterskor här än så länge, ganska många och vi är duktiga på att arbeta hårdare och hårdare... än så länge kämpar vi som likt va vet jag, svensk arbetshäst, jobbar hårdare och hårdare för att upprätthålla patientsäkerheten och den är ändå ganska god".*

**SSK/USK: Riskacceptans, uppgivenhet och withdrawal som en följd av etisk stress, hög arbetsbelastning, tidsbrist och "sakens natur"**

Det känns hopplöst när man ser sparkraven, för man förstår inte var man ska kunna dra in (66:210). Känner man att man inte kan leva upp till viss etisk standard söker man sig bort. Man undlåter ofta att ta egna initiativ till förbättringar (115:287). Tidsbrist gör att man inte tar tag i problem man uppdagar (25:155). Goda idéer ges därför inte utrymme att utvecklas (25:155). Det kan vara bättre att försöka att inte bry sig och man ställer sig frågan om det egentligen har någon betydelse (115:287-293). Men känner man ett reellt hot mot patientsäkerheten, då håller man inte tyst (115:287-293). Har man påpekat en felaktighet flera gånger utan resultat, då slutar man påtala (105:272). Lätt att skjuta upp initiativ till förbättring när pressen är hög (97:215). Man gör inget aktivt för att försöka förändra en pressad arbetssituation (25:54), man biter ihop (97:217). Mycket extrauppgifter har tillkommit utan tillförande av resurser (2:16). Man hinner inte allt utan måste prioritera. Förr prioriterades patienterna, nu träder de administrativa uppgifterna i förgrunden (66:232). För att skydda sin legitimation byråkratiseras man mer och mer. Det är på sådant man synas och mäts (66:232). Det bredare ansvarstagandet får stå tillbaka (66:232). Man dumpar problemet på andra vårdgivare. Vem tar ansvar för patientsäkerheten när alla bara bryr sig om sitt? (66:232). Nu talas alltmer om att skydda sig själv och bry sig mindre om andra, för att överleva (66:230).

[Om varför man undlåter att ta egna initiativ till att förbättra säkerheten]:

SK 115: *"Jag tror det händer nästan, ja varje vecka i alla fall. Du orkar inte.....du har kanske börjat tänka till "har det nån betydelse? Egentligen har det nån betydelse?" Nej det har det inte."*

SK 105: *"Alltså jag kan väl säga att jag ser väl i stort sätt dagligdags mediciner som inte är ordinerade på rätt tider....och som inte jag kanske alltid påtalar då. För att när jag har gjort det så många gånger så orkar jag kanske inte fler gånger."*

SK 66: *" Det pratas mycket om det här med att, att skydda, att allt mer i den här härvan sköta mig själv och inte bry så mycket om andra, vilket är en väldigt tråkig mentalitet men är... för att överleva".*

Om det finns dolda gruppkonflikter som ledningen inte tar itu med orkar man till slut inte vara i opposition. Man resignerar eller kör sitt eget race (118:137). Bemanningpersonal engagerar sig inte i konfliktproblematik (118:127).

SK 118: *"då fick vi då två stycken bemanningssköterskor som vi har här då. Dom känns ju som om dom flyter lite utanpå, dom ska ju inte va kvar här...."*.

I arbetet med dementa kan det uppstå farliga situationer (66:134-ff; 59:98; 59:74; 59:154; 1:32; 2:30-ff), men man kan inte hela tiden gå och vara rädd (10:60). Våld från dementa patienter anmäls sällan (59:78) utan ses som en del av jobbet (2:114; 66:134). Man blir härdad (2:108) och vänjer sig vid kränkningar (2:118).

SK 2: *Man är så van vid det.....så.....ja, man blir väldigt härdad när man jobbar i vården.*

I akuta lägen tänker man främst på patientens bästa. Man upplever inget val, man lever med följderna (66:144). Man biter ihop och gör sitt bästa för patienterna (97:217).

SK 66: *"patienten kanske behöver komma på toa eller ett bäcken eller kräks kanske måste läggas på sidan. Man ringer på, på klockan för att få hjälp, alla står upptagna, vi är ju bara ett visst antal händer här och till slut får man säga till " jag får vända själv då", då fast jag vet ju att jag inte ska göra det men va ska jag göra, då kommer det här med det personliga ansvaret jag kan ju inte låta patienten ligga här och kräkas på rygg jag måste få vänt patienten , så, så då gör man det där lyftet, försöker så gott man kan med rätt teknik men..."*.

**SSK/USK: Uppmärksamhet, skicklighet och regelföljsamhet skapar säkerhet men äventyras av slentrian, splittring, genvägar och skuldatttribution.**

Alla vet att hygien är viktig (83:146). Vi försöker arbeta enligt riktlinjerna (148:328). Det gäller att vara noggrann själv (105:330; 25:159) och ha en sund skepsis till att andra alltid gör rätt (25:159). Det som gör att risker sällan utvecklas till allvarliga hot är att riskerna är kända och att man därför är ständigt vaksam (66:136). Man kan tappa skärpan vid enkla kirurgiska ingrepp som man utfört många gånger (16:114). Handskar används inte alltid för att det försvårar (115:217; 83:202) eller fördröjer vissa moment (148:38; 83:202), eller av bekvämlighet (82:202). Ibland "ska man bara" (148:155; 1:71) och ibland måste arbetet gå fort (148:185; 1:71). Svårt ändra (148:36) och befästa nya vanor (83:258; 148:38; 148:30). Yngre läkare är ofta mer benägna att ändra arbetssätt än äldre (105:288). Regler måste fungera i relation till behov i verksamheten (ex erbjuda bältesburna klockor) (148:20). SSK bryr sig inte om att avskärma sig vid medicindelning vilket kan innebära distraktion (83:56; 83:32; 100:77-81) och när man avskärmar sig respekteras det inte alltid (83:24).



SK 25: "Alltså oron finns väl alltid men man är så oerhört noggrann när man jobbar och jag vet liksom, jag tänker ju hela tiden på att, grejer som, jag skulle aldrig ta emot nånting från nån annan dragit upp [i en spruta]".

SK 83: "Dom står och delar medicin och sen blir dom upptagna med nåt annat i medicinrummet. Folk kommer och tatar och frågar, egentligen ska ju den dörrn va stängd i medicinrummet så dom ska kunna göra i ordning i lugn och ro. Ibland händer det att den dörrn står öppen.....för även vi måste ju ha tag i sköterskan, då får vi knacka på".

SSK försöker dubbelkontrollera att läkares medicinordinationer stämmer och korrigerar eventuella fel. Sådana fel rapporteras inte (84:57). Avvikelse som till slut reds upp rapporteras ibland inte för att inte skuldbelägga (115:41-ff). Gör man ett fel så följer man proceduren och kontaktar sin överordnade för bedömning av lämplig åtgärd (57:46). Att ge patientsäker vård är också viktigt för att få behålla legitimationen (25:143). Att agera rådigt i akuta situationer – viktigt att veta när man kan överträda riktlinjer och våga göra det (118:11-ff).

SK 115: "Men egentligen skulle jag tagit upp det med honom och sagt att "tycker du inte att jag ska skriva en avvikelse på detta"? Jag släppte det med en gång."

Att man sticker sig på nål kan bero på att man är klantig (115:205). Lyfthjälpmiddel används ej p.g.a. tidsbrist eller låg bemanning (105:332; 59:100). Kan man klara ett lyft själv så hämtar man inte hjälp (1:81). Försöker man tillkalla hjälp dröjer det ofta för länge (100:125). Lyfthjälpmiddel som kräver två hanteras ibland av en person, vilket är riskfyllt (2:20). Framförhållning är viktigt vid ambulans transporter (148:209).

### **LÄK: Noggrannhet och grundlighet: Problem och möjligheter**

L17: "Ofta finns det ju PM för olika symtom att, att man går, alltså nästan följer ett protokoll .....och det finns ju en anledning till att man ska följa det och inte bara gå på känslan.....att liksom och att man inte låter sig färgas av personens bakgrund"

### Individnivån: Stereotypa tankemönster och kategoriseringar bidrar till risk för ofullständiga utredningar

Stereotypa och rutinartade bedömningsmönster kunde bidra till risk för att läkare drar för snabba slutsatser och att patienter därmed blir dåligt utredda. Sannolikheten kunde öka vid tidspress samt då patienten kunde kategoriseras såsom tillhörande en tydligt stigmatiserad grupp, exempelvis missbrukare, prostituerad. På motsvarande sätt

kunde utredningar utebli om en person inte tillhörde en etablerad riskgrupp; exempelvis för viss smitta.

Individnivån: Att göra noggranna bedömningar kan förbättra säkerheten för patienten

Läkarna berättade om situationer då förmågan att agera självständigt och inte mekaniskt följa rutiner hade lett till bättre säkerhet och vårdkvalitet. Att inte lita för mycket på rutiner, tumregler och ”känsla”, eftersom det enskilda fallet kunde kräva särskilda överväganden: Att ta sig tid och gå igenom alla möjliga förklaringar till symptom kunde förbättra patientsäkerheten. Här spelade även jourläkares stöd och tillgänglighet in. Jourhavande som signalerade att de inte ville bli störda i onödan motarbetade detta.

Andra exempel var att göra noggranna bedömningar av information om patienter och att ompröva tidigare bedömningar. Allt detta krävde naturligtvis tid och/eller förmåga att ta sig tid.

Individnivån: Oförsiktighet och bristande följsamhet mot rutiner samt kan öka risken för patientskada

Risker kunde uppstå när läkare inte följde fastlagda rutiner. Ren oförsiktighet och medvetet risktagande kunde också förekomma. Slarv, prioritering av direkt patientarbete framför administrativa rutiner samt uppfattningen att rutiner är onödiga att följa i alla lägen nämndes som orsaker. Rörande avvikelserapportering specifikt nämndes som hinder en kollegial norm om att rapportering var skvaller. Vidare berättades om att enskilda läkare kunde ändra i rutiner utan att detta var sanktionerat av chefer och känt bland alla som berördes. Det sistnämnda innefattade även personal på andra enheter som var inblandade i en beroendekedja.

*L14: "...egentligen rutinerna och instruktionerna fanns men i det här tillfället så hade det brutit, det hade inte efterlevts...som det va men det fanns ändå tydliga instruktioner om hur man ska göra".*

Individnivån: Noggrannhet, uppmärksamhet och följsamhet mot rutiner kan minska risken för patientskada

Uppmärksamhet på tecken till avvikelser/risk, noggrannhet och ansvarstagande och vilja att alltid göra sitt bästa var allmänna individuella egenskaper som förknippades med berättelser om god patientsäkerhet. Följsamhet mot rutiner, specifikt nämndes hygienrutiner, kunde vara viktigt för säkerheten. Seniora läkares förebildliga agerande i detta avseende var fördelaktigt.

En uppfattning hos läkare var att vårdsäkerheten kunde vara höggradigt beroende av den enskilde läkarens ansvarstagande för att balansera den högre sjukhusledningens

agerande, som uppfattades fokusera ekonomi och byråkrati snarare än kvalitet och säkerhet.

*L23: "när allt hela tiden såna situationer uppstår eller när dom här ekonomiska intressen dom, dom alltså är, dom prioriteras väldigt höga och sen.....fallerar säkerheten litegrann"*

Individnivån: Trögheten hos rutiner och vanor

Gamla rutiner och vanor av mindre gynnsamt slag kunde försvåra utveckling och följsamhet mot nya.

Individnivån: För stort förtroende för system och rutiner ger risker för patientskada

Risker kunde skapas när läkare litade på att tekniska och administrativa system och rutiner fungerade problemfritt samtidigt som det senare inte var fallet. Besläktad riskskapare var att ta för givet att information till andra uppfattats korrekt.

Systemens och den interpersonella kommunikationens ofullkomlighet nödvändiggjorde, om man ville prioritera säkerheten, noggrannhet och kontroll som i sin tur försvårades av tidsbrist och stresspåverkan.

*L8: "Det va en stressande situation där [en patient] va dålig och /.../ [patienten]försökte jag lägga in på en avdelning där det fanns mer kompetenta systrar och fick alltså då själv ringa runt på tre, fyra avdelningar upprepade gånger för ingen svarade. Dom avdelningen hade ingen plats /.../ fick jag då snabbt ordinera den här medicinen/.../ Sen har jag.....va det då en syster som frågade mig "ska det vara så mycket?" Och då sa jag första gången "ja, ja" för jag hade räknat två eller tre gånger men tittat fel i det här PM. Och sen frågade hon då en gång och så blev ja ändå, när hon frågade tänkte, räknade jag en gång till och sen tittade jag även en gång till i det här PM:et och då upptäckte jag det, men då hade man redan påbörjat infusionen som va en långsam infusion, på det sättet kunde vi stoppa det. Och sen reagerade vi ju direkt att vi övervakade [patienten] på ett speciellt sätt"*

**SSK/USK: Egna misstag, etisk konflikt och låg delaktighet ger upplevelse av stress, exploatering och toppstyrning och påverkar relationerna i gruppen och till patienterna negativt.**

Skuld och oro pga misstag: Man blir rädd och stressad av "nära ögat-händelser", och bär med sig detta hem (59:16). Ansvarskänsla inför patienterna gör att man känner skuld när något oönskat händer (2:8). Om utrustning skadas för att man av misstag hanterat den fel känner man oro för att patienten hade kunnat komma till skada, men också rädsla att

bli utskälld (59:26). När patienten utsatts för risk anklagar man sig själv (97:12). Egna misstag skapar rädsla (118:51), att man känner sig mycket ledsen (83:80) och att man känner skuld (2:8) som man bär med sig länge (66:64). Man funderar länge över egna misstag, över hur det kunde bli så (84:89-ff). Tidsbristen är ett stort problem för att kunna arbeta på ett tillfredsställande sätt, med respekt för patienten (66: 156). Det skapar etisk konflikt när förutsättningarna att arbeta tillräckligt patientsäkert inte finns (66:124).

*SK 2: "När det är personalbrist och när vi är ensamma på avdelningen.....då har vi hand om åtta boende och man kan inte ha koll på alla.....när man är på olika ställen på avdelningen så då.....har det ju hänt att nån har ramlat i matsalen till exempel när man har varit inne i en lägenhet och hjälpt en annan boende, när man har varit ensam på avdelningen. Och det är ju lite jobbigt för man känner sig.....man känner sig lite skyldig eller.....man har ju väldigt ansvar för dom boende".*

Engagemang, exploatering, betydelselöshet: Förr var det lite status att jobba i vården (yrekesstolthet), men så är det inte längre (85:318). Man känner sig som en så betydelselös kugge i maskineriet och känner sig utbytbar och det känns svårt att påverka något (23:169). Omorganisationer mot personalens vilja gör att man känner sig överkörd (66:120). Etiska normer och personligt engagemang gör att man försöker upprätthålla god patientsäker vård trots neddragningar, men det gör att man känner sig utnyttjad (66:140). Känner man att man inte kan leva upp till viss etisk standard söker man sig bort (25:66). Motivationen att upprätthålla ansvaret undergrävs och påverkar relationerna i gruppen negativt, liksom relationerna till patienter och deras anhöriga (66).

*SK 23: " Man känner ju det att det är så stort liksom och man är inte så betydelsefull liksom när man jobbar i lägsta ledet, det är väldigt svårt och påverka... och sen är man alltid utbytbar, om jag slutar så kommer alltid nån annan....".*

*SK 25: " Så länge jag har jobbat här så tycker jag inte att det har gått åt rätt håll i alla fall, utan det blir snarare sämre och det gör ju också att all den personalen som besitter mest kunskap, som har jobbat längst, dom slutar ju för dom orkar ju inte med det och man, det medför ju också, man mister ju kompetens på alla avdelningar...så det är ju också en risk".*

## Grupp

### Grupp - Sammanfattande beskrivningar av underteman

#### **SSK/USK: Gott gruppklimat, socialt kapital, trygghet, tid är viktiga förutsättningar för säkerhet**

*Bra med liten arbetsgrupp där man lär känna varandra. Bra med gruppklimat med öppenhet, kommunikation och förändringsvilja. Viktigt att kunna säga ifrån, fråga och be om hjälp för att trivas på arbetsplatsen. Om gruppen är enig kan man våga påtala problem och kräva åtgärder. Om man diskuterat igenom saker i gruppen och klimatet i gruppen är bra är det mer accepterat att påminna varandra att följa överenskommelser. Stöd och avlastning från arbetskamraterna skapar personlig trygghet och låg personalomsättning. Viktigt att kollegerna välkomnar ny personal. En relativt stabil personalgrupp behövs för att bygga gruppssammanhållningen. Stor personalomsättning bland SSK/USK kan bero på stor omsättning bland läkarna, då det är lättare att arbeta tillsammans med personer man "kan".*

#### **SSK/USK: Gruppkonflikter och hierarkiska strukturer bidrar till riskacceptans och motverkar utveckling**

*Roligt med utveckling och att komma med nya idéer, men fungerar inte om gruppen inte stöder sådana initiativ. De äldre är viktiga som förebilder och normbärare, på gott och ont.*

*Gruppammanslagningar som genomförts utan stöd till personalen att jämka samman kulturer kan leda till konflikter mellan subgrupper och resultera i att man sköter sitt och låter andra sköta sitt. Med hård press på alla ökar skörheten men också konflikterna. Att påtala klimatproblem i gruppen eller att rapportera avvikelser kan vara tabu. Konfliktlösning kräver att konflikten uppmärksammas.*

*Hierarkiska strukturer kan bidra till att genvägar accepteras. SSK kan diskutera problem sinsemellan, men får man inte med läkarna händer inget. Dåligt gruppklimat med starka informella ledare konserverar och motarbetar förändring och kan innebära normer som tillåter avsteg från riktlinjer.*

### Grupp - Fullständiga beskrivningar av underteman

#### **SSK/USK: Gott gruppklimat, socialt kapital, trygghet, tid är viktiga förutsättningar för säkerhet**

Bra med liten grupp där man lär känna varandra och även vet en del om hur kamraterna har det privat (115:277). Viktigt med bra gruppklimat med öppenhet (57:78) och förändringsvilja (72:250; 23:173). Vi tar alltid initiativ till förbättring, annars ska man inte jobba här (2:92). Man försöker påminna varandra för att inte viktiga saker ska glömmas (98:43). Betydelsefullt med en god gruppsammanhållning och öppenhet (85:292). Bra när en grupp kan ta upp och öppet diskutera problem tillsammans (1:91) och komma fram till lösningar (57:84; 148:310-314; 148:256105:255; 66:200) som sedan genomförs (148:314). APT kan ofta fungera bra för detta, men ont om tid är största hindret. Viktigt att det finns tid att delta i utvecklingsmöten (866:202; 23:173). Informella överenskommelser inom gruppen om hur man fördelar arbetet fungerar bra (59:10).

*SK 85: " vi har ju bra sammanhållning ändå i gruppen och man vågar ta upp.....allting. Det är ju inte så att om det är nån som tar upp nånting så får man skit för det. Utan.....det är ändå en väldigt bra grupp och diskutera med och även cheferna tycker jag liksom är bra som är med i diskussioner..."*

Om gruppen (SSK) är enig kan man våga stå för att man inte hunnit allt som ordinerats, istället för att skyla över (66:164). En enad grupp kan också kräva åtgärd med stöd av Arbetsmiljölagen (105:336). Viktigt att kunna säga ifrån och fråga för att trivas på arbetsplatsen (57:80). Kan vara svårt att gå emot en arbetskamrat som vill ta genvägar för man vill inte vara besvärlig (59:136). Svårt påpeka felaktigt beteende i rak kommunikation (97:221; 83:228). Ofta går man omvägar och då finns risk att budskapet går förlorat (97:221). Blir man själv direkt kritiserad tar självkänslan stryk (97:221). Viktigt med icke-skuldbeläggande kultur (100:159; 97:209). Med hård press på alla ökar skörheten men också konflikterna (97:199). När man diskuterat igenom saker i gruppen är det sedan lättare att påminna varandra så att alla följer överenskommelsen (85:282). Är klimatet och kommunikationen bra i gruppen är det mer tillåtet att påminna varandra om att följa riktlinjer (1:89). För att gruppen ska kunna diskutera misstag krävs förtroende och trygghet.

*SK 100: " ...vi säger att avvikelser ska ju inte skrivas för nån pers.....det är ju inte, man är ju inte ute efter och.....ja.....hacka på nån person eller så utan det är man går igenom va bakomliggande orsak kan va."*

Det viktigaste för den egna säkerheten är att man kommer bra överens i gruppen (857:76). Bra med reflekterande samtal i grupp efter svåra situationer (97:54; 66:66; 83:329). Betydelsefullt med stöd och avlastning från arbetskamraterna (148:292; 97:140; 66:218). Det skapar personlig trygghet och bidrar även till kortare sjukskrivningar och låg personalomsättning (66:218). Man hanterar skador och tillbud genom att stötta varandra och lever med sviterna (66:142). Man ställer upp för varandra i gruppen när det går (66:142). Ett bra klimat i gruppen gör att man inte räds att be om hjälp (72:192). Då

är det viktigt att tiden finns att hjälpa (72:192). Genom att vara flexibla försöker man lösa stressiga situationer på enheten (2:124). Om man kan lita på att arbetskamraterna ställer upp så ger det en trygghet (57:82; 66:150).

SK 72: *"Det är väl det att man har ett bra klimat gentemot varandra då va, att man inte är rädd för att gå och be om hjälp och så".*

SK 57: *"Man förlitar väl sig på, på ett sätt om man känner att man har arbetskompisar som man vet kan ställa upp så, så är det ju min säkerhet att man har varandra liksom om det skulle vara nånting. Det kan ju princip sätt bara va, vad som helst att man känner att man har sin arbetsgrupp med sig liksom så det tycker jag är säkerhet, för mig är det det."*

När det kommer ny personal till gruppen är det viktigt att kollegerna välkomnar den nya (1:95). En relativt stabil personalgrupp behövs för att bygga gruppssammanhållningen (1:93). Stor personalomsättning bland SSK/USK kan bero på stor omsättning bland läkarna med många hyrläkare (108:240). Det är lättare att arbeta tillsammans med personer man vet hur de fungerar. Användning av bemanningspersonal leder till att gruppssammanhållningen blir sämre.

[Om stor personalomsättning bland SSK:]

SK 108: *"En del tror jag är att det är olika läkare här hela tiden, det är aldrig bestämda läkare. Hyrläkare är det också .....och då alltså, det blir ingen.....det är ju alltid lättare när man jobbar med samma personer och vet hur dom fungerar och så."*

### **SSK/USK: Gruppkonflikter och hierarkiska strukturer bidrar till riskacceptans och motverkar utveckling**

Det är roligt med utveckling och att komma med nya idéer, men fungerar inte om gruppen inte stöder sådana initiativ (118:109). Konflikt mellan grupper efter sammanslagning och med olika standard på regelefterlevnad i olika subgrupper (115:83) gör att man sköter sitt och låter andra sköta sitt (115:131; 115:119). Bristande hygien kan bero på kulturmönster som är svårt att sätta sig upp mot. Normen måste stödja beteendet (83:226). Att påtala klimatproblem i gruppen eller att rapportera avvikelser kan vara tabu (118:195; 118:69). Klimatproblem och gruppkonflikter ser man inte utan att arbeta på enheten ett tag (118:213). Att ta upp gruppproblem med chef är känsligt (115:99). Konflikten kan alltså vara dold för chef (115:123). Att konflikten är dold gör den ännu svårare att uthärda (118:217). Konfliktlösning kräver att konflikten uppmärksammas (118:217).

SK 115: " Jag tycker det är bara tjat hela tiden om allting. Orkar inte. Vi sköter oss själva.....vi gör rätt när vi är där så får dom göra precis som dom vill, jag är inte nån morsa för dom."

Dåligt gruppklimat med starka informella ledare (118:105; 118:177) konserverar och motarbetar förändring (118:125, 118:215; 118:95; 118:127) och kan tillåta avsteg från riktlinjer (118:75). Informella ledare som styr genom att undanhålla information gör sig oumbärliga och andra känner sig värdelösa (118:131). Viss specialitet kan ha hög status vilket gör att man kommer undan med att göra lite som man vill. Vissa specialiteter har en macho-kultur (118:345). Står man högt i rang kan man göra lite som man vill (118:347). SSK kan diskutera problem sinsemellan, men får man inte med läkarna händer inget (105:44). SSK försöker involvera läkarna i förbättringsarbetet (23:177). Får man med läkaren på en utvecklingsidé i grupper med starka informella ledare kan idén vinna gehör (118:311; 118:163), annars svårt att få med gruppen (118:317). De äldre kan varna de yngre för risker (59:136). De äldre är viktiga som förebilder och yngre kamrater har svårare att stå upp mot de äldre (59:142). Hierarkiska strukturer gör att vissas misstag (SSK/USK) rapporteras, andras (Läk) inte (118:73).

SK 105: " Vi har ju diskuterat det på sköterskemötena och såna grejer och vi har ju tagit upp det i läkargruppen sen men.....ibland händer det inte så mycket".

## **Närmaste chef - Sammanfattande beskrivningar av underteman**

### ***SSK/USK: En stödjande ledarskap gynnar utvecklingen av ett bra gruppklimat och skapar robusthet***

*En chef som är öppen och ärlig, kunnig och varmhjärtad, stödjande och med ett demokratiskt förhållningssätt understödjer utvecklingen av ett bra gruppklimat och gör det lättare att klara påfrestningar. Positivt med en chef som uppmuntrar utvecklingsarbete och som står bakom gruppen även när det innebär att fatta beslut som är oönskade av högre ledning. Utvecklingssamtalen är bra för man ges tid att tänka igenom saker, man blir inte avbruten av annat och chefen lyssnar. En chef som finns tillgänglig efter svåra händelser, och som man känner bryr sig genom att man ges tillfällig avlastning/avställning skapar trygghet.*

### ***SSK/USK: Ett aktivt ledarskap stöder individ och grupp och gynnar säkerhetsutveckling***



*En chef som är bra på att ta ansvar för och anpassa arbetet till personalens sociala behov är betydelsefullt. Bra när chef tydligt prioriterar patienternas välbefinnande, lyssnar på personalen och litar på deras behovsbeskrivningar och sätter in extra personal när personalen framför sådana behov. Öppen kommunikation med chefen och där chefen understöder gemensamt ansvarstagande för alla typer av uppgifter i gruppen är viktigt. Chef som är öppen för förslag från personalen och ser till att beslutade förbättringar implementeras även om det kostar pengar gör att personalen känner sig lyssnad på, att man känner stolthet och att förhållandena blir bättre. Förmåga att hantera konflikter är en viktig chefsegenskap.*

**SSK/USK: Passiv chef och brist på stöd och respekt, bidrar till personalflykt**

*Negativt när personalen inte ges utrymme för utvecklingsarbete, när personalens behov avfärdas, när saker tas upp till diskussion i grupp och med chef men inget händer, eller när chefen inte tar itu med konflikter i gruppen. Om punktvisa behov av mer personal inte tillgodoses leder det till personalflykt. Personal flyttas runt utan att tillfrågas och känner sig inte uppskattad, vilket leder till ytterligare uppsägningar. Otillfredsställt behov av handledning i att hantera aggressiva (dementa) boende/patienter.*

**LÄK: Lokalt utvecklingsarbete för bättre säkerhet**

*Eftersom organisatoriska förhållanden uppfattades skapa skaderisker (och säkerhetsklimatet) är läkares uppgivenhet inför att kunna påverka sådana förhållanden relevant i risksammanhang. Nedsatt motivation och engagemang i utvecklingsarbete relaterades i sin tur till stressrelaterad energi- och tidsbrist, otillräcklighetskänslor samt uppgivenhet inför administrativa och politiska makthierarkier samt inslag i läkarnas yrkeskultur. Det lokala utvecklingsarbetet beskrevs som beroende av bra samarbete, mod, initiativkraft och ansvarstagande på den individuella och lokala nivån. Vidare var det positivt men delaktighetsbaserat utvecklingsarbete med tid och rum för sådant, och där kunde ett aktivt ledarskap spela stor roll. Sådant lokalt utvecklingsarbete var sårbart för organisationsförändringar som raserade lokala förbättringsnätverk och engagemang.*

**SSK/USK: Brist på kontinuitet och närvaro i ledarskapet skadar förtroendet**

*Chefsbyten och temporära chefslösningar innebär påfrestning och oro inför framtiden. En chef som inte är tillräckligt närvarande förstår inte vilka behov som finns och låg närvaro skadar förtroendet.*

## Närmaste chef - Fullständiga beskrivningar av underteman

### ***SSK/USK: En stödjande ledarskap gynnar utvecklingen av ett bra gruppklimat och skapar robusthet***

En chef som är öppen och ärlig, kunnig och varmhjärtad och har ett demokratiskt förhållningssätt understödjer utvecklingen av ett bra gruppklimat och gör det lättare att klara påfrestningar (97:146). Tillit till chef är betydelsefullt (97:205; 59:84). Positivt med en stödjande chef (97:207) som uppmuntrar utvecklingsarbete (97:205). Bra med en chef som står bakom gruppen även när det innebär att fatta beslut som är oönskade av högre ledning (105:344). Inflytande från personalen på schemaläggning kan bidra såväl till personalens trivsel, till patientsäkerhet, som till nöjda chefer (84:227). Utvecklingssamtalen bra för man ges tid att tänka igenom saker, man blir inte avbruten av annat och chefen lyssnar (897:70; 97:90). Viktigt att man har tillgång till chef efter svåra händelser, och att man känner att chefen bryr sig genom att man ges tillfällig avlastning/avställning (148:258). Det skapar trygghet.

*SK 97: " Jag tror att vi har bra chef först och främst som är ganska öppen och ärlig, spontan så.....sen har vi.....hon som är biträdande chef.....hon är också fantastisk duktig och kunnig och.....har hjärtat på rätta stället och hon sprider nog.....sprider mycket till andra och så smittar det av sig på varandra så, det tror jag. Och det.....ja, jag tror att dom flesta på avdelningen tycker det är roligt att jobba fast det är tungt så tycker vi att det är roligt och jobba och då blir det så."*

### ***SSK/USK: Ett aktivt ledarskap stöder individ och grupp och gynnar säkerhetsutveckling***

En chef som är bra på att ta ansvar för och anpassa arbetet till personalens sociala behov är betydelsefullt (118:293; 118:299; 115:259-ff). Bra när chef tydligt prioriterar patienternas välbefinnande, lyssnar på personalen (59:160), litar på deras behovsbeskrivningar och sätter in extra personal när personalen framför sådana behov (97:205; 97:150). Bra när chefen följer upp att allt är bra (57:158). Öppen kommunikation med chefen och där chefen understöder gemensamt ansvarstagande för alla typer av uppgifter i gruppen är viktigt (85:288). Chef som är öppen för förslag från personalen (118:141; 118:155; 118:161) och ser till att beslutade förbättringar implementeras (97:211; 105:259; 98:133) även om det kostar pengar (105:265; 16:201) gör att personalen känner sig lyssnad på, att man känner stolthet och att förhållandena blir bättre (97:211). Det gör att man som medarbetare blir motiverad och får en positiv syn på

utveckling och kunskap. Man gläds åt att ha kunskap, utbildar varandra och känner stolthet för egen kompetens. Det ger positiv förstärkning från kamrater och nöjda patienter (66:204). Om personalgruppen vill arbeta systematiskt för att utveckla gemensamma vårdprocedurer är det positivt när chef tar initiativ som understödjer detta (148:300). Förmåga att hantera konflikter (118:183) och att kommunicera är viktiga chefsegenskaper. Bra när chefen förmår hantera hotfulla situationer på förtroendeingivande sätt (16:177-ff, 16:223). En kvalitetssäkring när MAS i omsorgen ibland gör oannonserade besök för att kolla att saker och ting sköts korrekt (10:76).

SK 59: *"...så får alla prata lite och säga va dom tycker och så där och det känns som om hon lyssnar"*.

**SSK/USK: Passiv chef och brist på stöd och respekt, bidrar till personalflykt**

Om personalgruppen vill arbeta systematiskt för att utveckla gemensamma vårdprocedurer är det negativt när cheferna inte ger tid och stöd till detta (66:82; 66:112; 115:239). Negativt när saker tas upp till diskussion i grupp och med chef men inget händer (105:280; 98:149). Negativt när personalens behov avfärdas: "så är det på det här sjukhuset" (108:236), eller, "Bry dig inte om det" (115:139) och när chefen inte tar itu med konflikter i gruppen (115:285). Konflikt mellan grupper efter sammanslagning kan uppstå när organisationsförändringen genomförts utan stöd till personalen att jämka samman klimat och kulturer (115:133-135; 98:47; 98:67; 115:113).

SK 105: *"det har lyfts, att vi behöver bli bättre på det här och sen händer det inte så mycket"*.

Negativt när chefen inte är intresserad av vad personalen tycker och känner (85:194; 66:214). Extrapersonal sätts inte in även om man kan förutse ett ökat vårdtryck (85:304). Om punktvisa behov av mer personal inte tillgodoses leder det till personalflykt (85:198). Personalflykt skapar personalbrist (85:210). Personal flyttas runt utan att tillfrågas och känner sig inte uppskattad, vilket leder till ytterligare uppsägningar (85:202). Utvecklingen av osunda maktstrukturer kan ha sin grund i dåligt ledarskap (118:101). Negativt att man inte får handledning i att hantera aggressiva boende (2:114). Låg delaktighet i personalplanering (23:235).

SK 66: *"Det är man inte intresserad av, vi upplever inte att man är intresserad av det utan det är, det är budgeten och pengarna och man jämför siffror hela tiden ... sen va patienterna tycker, va personalen tycker det upplever inte vi i alla fall att man är speciellt intresserad av"*.

**SSK/USK: Brist på kontinuitet och närvaro i ledarskapet skadar förtroendet**

Chefsbyten (118:119) och temporära chefslösningar innebär påfrestning, speciellt om chefen är oönskad av personalen och inte heller själv önskar uppdraget (83:369-ff). Temporära lösningar skapar oro inför framtiden (83:371). Negativt med chef som är mycket frånvarande och inte lyssnar på personalen. En chef som inte är tillräckligt närvarande förstår inte vilka behov som finns (118:139). Låg chefsnärvaro skadar förtroendet (23:265).

*SK 83: "Vi upplevde att vi fick en ny chef tilldelad, hon sökte inte den tjänsten, det va lite jobbigt den situationen också.....så då kände vi oss lite otrygga.....vi hade inte chefen som närvarande utan.....utan hon va mer chef som gick på möten och grejer.....så det va en tuff situation. Men nu har hon slutat så nu har vi våran gamla chef som är på ett annat ställe.....en liten stund.....lite sånt har gjort att många har mått dåligt också. När vi hade en chef som inte kändes som hon hjälpte oss riktigt.*

#### **LÄK: Lokalt utvecklingsarbete för bättre säkerhet**

Individnivån: Nedsatt motivation och engagemang att engagera sig i organisationsfrågor bidrar till risk för både patienter och personal

Läkarna berättade om förhållanden, utöver den rena individnivån, som de observerat som riskabla. Därför var nedsatt motivation och engagemang hos läkare, för att påtala och bidra till lösningar av sådana säkerhetsproblem, relaterade till en högre risknivå. Uppgivenhet inför svårigheter att påverka systemet nämndes som en bidragande orsak. Eftersom organisatoriska förhållanden uppfattades skapa skaderisker (och säkerhetsklimatet) är läkares uppgivenhet inför att kunna påverka sådana förhållanden relevant i risksammanhang. Nedsatt motivation och engagemang i utvecklingsarbete relaterades i sin tur till stressrelaterad energi- och tidsbrist, otillräcklighetskänslor samt uppgivenhet inför administrativa och politiska makthierarkier.

*L24: "Men det finns ändå alltså en liten sån där, en liten uppgivenhetskänsla tror jag för att det är när det ska beslutas så är det liksom många steg uppåt och sen så slutar med politiker och sånt där och administratörer som bestämmer väldigt mycket inom sjukvården".*

Ett par läkare berättade om hur de uppfattade delar av läkarnas yrkeskultur. Man hade upplevt signaler från kollegiet med innebörden att det inte ligger i läkares arbete att reflektera och ifrågasätta vårdorganisationen. Och om sådan reflektion förekom så skedde den huvudsakligen bland kollegor och tenderade att stanna där.

Individnivån: Mod och initiativtagande till att överskrida sociala och organisatoriska gränser kan motverka risker för både patienter om personal

Att med chefer ta upp säkerhetsproblem, att trycka på för att få chefer att satsa på att utbilda personalen på alla de tekniska anordningar som förekom i vården av patienterna, att ta initiativ till personalförstärkningar och att aktivt motarbeta överbeläggningar var exempel där individuellt initiativtagande spelat roll för säkerheten.

Risker i samband med beroenden mellan läkare och sköterskor minskades när sköterskor tog initiativ och vågade påtala misstag från läkare och när sköterskor med god kunskap om lokala förhållanden tog initiativ till att stötta och informera läkare med mindre lokalkännedom. Individuellt engagemang kunde också yttra sig i att man inte följde lokala rutiner utan arbetade i enlighet med vad man själv ansåg vara god och patientsäker vård. Det handlade då om att se till att behålla en kontinuerlig kontakt med enskild patient och följa upp dennes vård.

Ett annat område där individuell initiativförmåga hade spelat roll var när läkare kontaktade politiker och media för att informera och diskutera, respektive uppmuntrade kollegor att göra så.

I flera av berättelserna förknippade man initiativtagande med ett individuellt mod att bryta mot normer och rutiner som man ansåg felaktiga ur säkerhetssynpunkt. Detta kunde vara särskilt kraftfullt när seniora läkare var de som vågade bryta etablerade mönster.

Individnivå: Att kunna kommunicera säkerhet till ledning och samhälle kan sätta säkerheten på agendan

För att kommunicera säkerhetsfrågor till högre chefer och till media var det fördelaktigt om läkaren hade förmåga att argumentera med annat än siffror och att förmedla erfarenheter på ett engagerande sätt. Att inte endast klaga.

Lokal organisationsnivå: Lokalt säkerhetsarbete för att balansera negativa konsekvenser av högre ledningsbeslut

Detta tema byggde på erfarenheten att säkerheten kunde byggas på lokalt arbete, ibland även för att balansera negativa konsekvenser av högre ledningsbeslut.

*L23: "...vad vi har åstadkommit i patientsäkerheten och den egna säkerheten det har vi åstadkommit själva och det mesta som är negativt det, det ...har vi blivit påtvingade"*

Lokal organisationsnivå: Brist på delaktighet och lärande i lokalt utvecklingsarbete konserverar risker och försvårar säkerhetsarbete

Brist på fungerande arenor (tid och plats) och sociala strukturer med initiativ och samarbete för lokalt utvecklingsarbete kunde motverka förbättrad säkerhet. Centralstyrning av organisationsfrågor tillhörde bilden, liksom chefers negativa reaktioner när läkare framför kritik mot organisationsförhållanden.

*L35: "...jag till exempel intresserad av [sjukdom], stort och svårt område, så tog dom gärna mig liksom till det teamet då och jag det tyckte jag också passa bra då det intresserade och ibland jobbar vi med människor som är chef som doktorerar och den andra duktiga intresserade liksom brinner för [sjukdom]. Så trivs man i den gruppen /.../Och det kanske förmodligen kommer uppifrån från sjukhuset team indelningen/.../indelning skedde på nytt nu kom efter att vi gick upp med [annan klinik], från sjukhusledningen kommer dom här uppdragen"*

Läkare berättade om upplevelser av att inte vara delaktiga i arbetet med att utveckla vårdens organisation, rutiner och teknologi. Man talade om att man inte visste hur och av vem olika arbetsrutiner skapades respektive rapporter togs emot och behandlades. Man talade om upplevelser av att möten var meningslösa eftersom grupperna inte hade något mandat att besluta. Man talade om att chefers beslut inte motiverades och begripliggjordes tillräckligt för att deras genomförande av praktiker skulle förefalla motiverat. Man talade om att etablerade formella och informella statuskillnader, bl.a. baserade på specialitet eller engagemang, styrde vems synpunkter det var som togs på allvar. Krav inom sjukhuset på att initiativ skall gå linjevägen fram till beslut, kombinerat med organisatoriska gränser, bidrog till tröghet i utvecklingsarbete, till exempel relaterat till dokumentationsproblem.

Slutligen berättade man om hur processer och lösningar för bättre vård och säkerhet, vilka utvecklats lokalt och i fungerande sociala system, kunde slås sönder av organisationsförändringar. Goda exempel uppmärksammades inte i organisationen.

#### Lokal organisationsnivå: Öppet samarbetsklimat för lärande bidrar till bättre säkerhet

Ett öppet samarbetsklimat möjliggjorde lärande och erfarenhetsutbyte. Det underlättade även informationsutbytet rörande patienter. Bidragande till sådant klimat var läkares förmåga att motverka strikt hierarkisk uppgiftsfördelning, personalgruppers förmåga att samtala kring problemfall, öppen, respektfull och prestigelös kommunikation mellan professionerna i vården, att man vågar visa sin osäkerhet och fråga kollegor, att hierarkiskt underordnade vågar fråga om och påtala otydliga budskap från överordnade, att man vågar medge och delge andra misstag som man gjort. I ett sådant klimat kunde man smidigt och snabbt behandla avvikelser och anmälningssituationer på enhetsnivån. Det underlättade även initiativ till och införande av innovationer i vårdarbetet, även sådana som krävde investeringar. Ett sådant klimat gav också stöd för läkares initiativ till att föra information om riskabla vårdförhållanden uppåt i sjukhushierarkin, till politiker och till media.

Ledare som aktivt verkade för starka relationer på enheten och strävade efter respekt och öppenhet mellan de olika yrkesgrupperna nämndes som positivt i det här avseendet,

liksom ledare med beredskap att satsa på säkerhetshöjande åtgärder, även om de krävde investeringar.

*L31: "...vi har en levande diskussion. Problemfall diskuteras i grupper och så va. /.../det är väldigt öppet humant här. /.../Det tror jag är för att vi har, ja det finns ett antal kolleger här som har liksom arbetat i den andan i många år och man känner sig förhoppningsvis välkommen och komma i gänget /.../ Det är lite svårt och peka på nåt speciellt här /.../men mot andra ställen, jag tror att vi har ett öppet klimat faktiskt.*

Lokal organisationsnivå: Delaktighet i och arenor för utvecklingsarbete där chefer leder och tar initiativ underlättar förbättring av säkerheten

I intervjuerna berättade man om förbättringar i lokaler, rutiner och schemaläggning som kunnat åstadkommas genom delaktighetsbaserat utvecklingsarbete. Det var fördelaktigt om sådant arbete inte endast fokuserade traditionellt medicinska frågor utan också tog upp arbetsmiljöfrågor.

Framgång förknippades med att det fanns forum där förslag kunde föras fram, att många parter medverkade på jämlika villkor, att chefer tog initiativ och var sammankallande och att gemensamma perspektiv, över professionsgränser, på förbättringar kunnat utvecklas. En väsentlig funktion för ledningen i sådana processer hade varit att man verkligen tagit hänsyn till välgrundade förslag från medarbetarna, även om förslagen förknippades med kostnader.

Utvecklingsfrågor på dagliga mötens respektive arbetsplatsträffars agenda samt daglig planering i tvärprofessionella team där mötesnärvaro var prioriterat förknippades med goda erfarenheter av utvecklingsarbetets struktur. Men även utrymme för informellt organiserat utvecklingsarbete nämndes.

Lokal organisationsnivå: Att koppla säkerhetsförslag till av annan anledning pågående förändringar

Det fanns positiva erfarenheter av att kunna koppla säkerhetsrelaterade förändringsförslag till förändringsprocesser som pågick av andra anledningar, såsom ombyggnadsprojekt.

## **Högre ledning - Sammanfattande beskrivningar av underteman**

***SSK/USK: Ett bra ledarskap ställer krav på de organisatoriska förutsättningarna***

*Budgetnedskärningar undergräver närmaste chefs förutsättningar att stödja kunskapsutveckling. Personalens missnöje med organisationsförändringar försämrar chefens villkor. Verksamhetschefen är överbelastad och orkar inte ta itu med konflikter i gruppen, hinner inte hantera avvikelserapporter vilket försvårar säkerhetsarbetet. Överbelastning gör att chefer slutar.*

**SSK/USK: Brister i relationen till högre ledning missgynnar säkerheten**

*Kritik måste följa linjeorganisationen, men kan då stoppas på vägen. Ingen återkoppling ges från överordnad ledning på kritik framförd av personalen. Ledningens tal om patientsäkerhet upplevs som spel för gallerierna då man tar bort förutsättningarna för att arbeta patientsäkert. Prioritering av kvalitetsuppföljningar på bekostnad av faktisk kvalitetsutveckling. Minskad patientkontakt gör att man förlorar förmågan att bedöma patientens allmäntillstånd. Personalens negativa syn på högsta ledningen förstärks av att man aldrig träffar företrädarna. Provocerande när det läggs mycket stora belopp på nya sjukhusbyggen medan de omedelbara resursbehoven i verksamheten inte tillfredsställs.*

**LÄK: Den högre ledningen inom vården uppfattas bidra till skaderisker**

*I intervjuerna med läkarna fann vi en tematik som handlade om hur de uppfattade att den högre ledningen för sjukvården accepterade respektive bidrog till skaderisker genom att ha ett smalt ekonomiskt och kvantitativt fokus, genom att låta vårdssysteminterna särintressen konkurrera om resurser samt genom fragmenterade vårdbeställningar som bidrog till riskabla samordningsproblem mellan organisatoriska enheter och vårdprofessioner. Vidare fanns uppfattningen att det i ledningssystemet förekom ur säkerhetssynpunkt allvarlig informationsfiltrering och brist på dialog med vårdpersonalen. Detta kunde leda till att säkerhetsengagerade medarbetare förlorade motivationen att försöka kommunicera säkerhetsfrågor uppåt i linjen. Det fanns starka tvivel på att högre beslutsfattare inom utförar- och beställarsystemen verkligen kände till den praxis de genom sina beslut definierade villkoren för.*

**LÄK: Liten risk för allvarliga konsekvenser för vårdorganisationerna vid patient- eller personalskador bidrar till att systemet accepterar risktagande**

*Läkare jämförde Sverige med förhållandena i länder som USA, där vårdgivare riskerar betydande juridiska och ekonomiska konsekvenser om man orsakar patientskador. Man menade då att svenska vårdgivare riskerade mindre konsekvenser och att detta antogs bidra till ökad benägenhet att acceptera risker.*

**LÄK: Högre ledningsnivåer och media kan bidra till god säkerhet genom att uppmärksamma säkerhetsfrågor och acceptera att säkerhet kan kräva investeringar**



*Positiva berättelser, om hur den högre sjukhusledningen, politiker och media hade spelat roll för säkerheten, fanns.*

**LÄK: Säkerheten kan ibland hänga på tur och lyckliga omständigheter**

*Några berättelser om situationer då patientsäkerheten tagits omhand på ett bra sätt hänvisade till tur och lyckliga omständigheter som bakomliggande förklaring.*

**Högre ledning - Fullständiga beskrivningar av underteman**

**SSK/USK: Ett bra ledarskap ställer krav på de organisatoriska förutsättningarna**

Närmaste chefs förutsättningar att stödja kunskapsutveckling undergrävs av budgetnedskärningar (85:218; 66:204). Personalens missnöje med organisationsförändringar försämrar också chefens villkor. Verksamhetschefen är överbelastad och hinner inte hantera avvikelserapporter vilket försvårar säkerhetsarbetet (84:313). Överbelastning på chef gör att chefer slutar (84:309). Överbelastad chef orkar inte ta itu med konflikter i gruppen.

*SK 84: "det känner man ju liksom att hon hinner ju inte med.....allting.....hon hinner inte med riktigt alla avvikelser heller eller så.....tror jag.....och då stoppar det där för och komma vidare. Så där är en del i säkerhetsarbetet som är lite trögare."*

**SSK/USK: Brister i relationen till högre ledning missgynnar säkerheten**

Rapporterade brister kan stoppas på vägen uppåt i organisationen för att det inte ligger i närmaste chefs intresse att rapportera dem (23:151-167). Kritik måste följa linjeorganisationen, men då händer inget (100:237). När chefen för vidare klagomål från personalen ges ingen återkoppling från överordnad ledning (84:303). Personalen saknar förtroende för högsta ledningen (100:233). Ledningens tal om patientsäkerhet upplevs som spel för gallerierna (66). Å ena sidan trycker högre ledningen på vikten av patientsäkerhet, å andra tar de bort förutsättningarna för att arbeta patientsäkert genom realistiska sparkrav (100:233; 84:295; 66:160) med neddragen bemanning och alltmer administrativa sysslor på bekostnad av patientkontakt (2:76-78). Man förväntas lägga tid på kvalitetsregister och -mätningar, vilket belönas monetärt, men får inte tid till faktisk kvalitetsutveckling. Detta undergräver legitimiteten för kvalitetsregistren (66:172-ff). Minskad patientkontakt gör att man förlorar förmågan att bedöma patientens allmäntillstånd (66:164). Ledningen trycker på patientsäkerhet men bara om det inte kräver ytterligare resurser (66:140). Kanske påverkas man i sin uppfattning om högsta ledning av negativa mediedrev vilket ges utrymme p.g.a. att man aldrig träffar högsta

ledningen. (22:259). Provocerande när det läggs mycket stora belopp på nya sjukhusbyggen medan de omedelbara resursbehoven i verksamheten inte tillfredsställs (85:322).

SK 23: *"sen är det lite så att passar inte det arbetsgivaren då, då stoppar arbetsgivaren den Medcontrolen [avvikelse rapportering], då går ju den inte vidare högre upp ...så om den är obekvämlig för arbetsgivaren så då stoppar ju den där"*.

### **LÄK: Den högre ledningen inom vården uppfattas bidra till skaderisker**

Smalt ekonomiskt perspektiv osynliggör skadefaktorer i vårdmiljön och bidrar till riskexponering

Om ekonomiska data utgör primära beslutsunderlag vid styrning av vården osynliggörs skadefaktorer som inte är synliga i sådana underlag. Detta uppfattades skapa utrymme för sådana faktorer att verka. På motsvarande sätt får aspekter av vården vilka är svåra att mäta, t ex vårdkvalitet och säkerhet i positiv mening, mindre tyngd som beslutsunderlag. Fokuseringen på ekonomi uppfattades leda till att komplementära typer av information, såsom specialisters riskanalyser och konsekvensbeskrivningar, aktivt undveks respektive avvisades med angivande av formella skäl. Övergripande vårdbeslut skulle således avspegla selektiva och vinklade beslutsprocesser som kunde öka sannolikheten för patient- och personalskador. Sedan blir det läkarna (och övrig vårdpersonal) som får ta det praktiska och formella ansvaret för hur säkerheten skall klaras i praktiken.

### Den högre ledningen accepterar risktagande för att spara pengar

Det ekonomiska perspektivets dominans vid beslutsfattande kring resursfördelningen förknippades med uppfattningen att de högre beslutsfattarna var medvetna om att man skapade, eller accepterade, förhållanden som medförde ökade skaderisker i vården.

L 23: *"... vi blev utsatta för nerdragningar, rent finansiellt och/.../ trots massor med konsekvensbeskrivningar vi gjorde /.../ vägrade man till och med att läsa dom helt enkelt/.../ För dom var inte skrivet efter sjukhusets mall./.../Alltså vi känner oss att, att vi har, för att vi ju uttryckt att va oro på ett väldigt, väldigt tydligt sätt att patientsäkerheten lider med den bemanningen vi har här men alltså aldrig fått gehör för detta"*

Kommunikation mellan organisatoriska nivåer: Känner högre beslutsfattare till de förhållanden som deras beslut påverkar?

I intervjuerna framkom att det fanns tvivel rörande huruvida de högre beslutsfattarna i sjukhusorganisationerna verkligen vet vilka konsekvenser deras beslut i organisations-

respektive resursfrågor kunde komma att få för säkerheten i vården. Även om säkerhetsfrågor kunde diskuteras på vårdenheterna, fanns tvivel på att information och initiativ som framkom lokalt verkligen fördes vidare uppåt i linjen. Läkarna upplevde också svårigheter när det gällde att få kontakt med högre chefer.

Toppstyrning, informationsfiltrering och brist på dialog gör att kritiska, säkerhetsmedvetna röster tystnar

Här var temat att den högre ledningen och mellanchefer ignorerar eller aktivt motarbetar informationskällor som lyfter fram risker för patient- eller personalsäkerheten, även om dessa källor är specialister med detaljerad förståelse för praktiska förhållanden i praktisk sjukvård. Informationsflöden och dialog mellan praktisk vårdnivå och den högre ledningen uppfattades fungera bristfälligt. Man hade observerat hur mellanchefer som uppåt försökte förmedla information som kunde problematisera status quo, motarbetades och gav upp. Detta uppfattades resultera i en selektion av mellanchefer som hade sin primära lojalitet mot den högre ledningen och som motarbetade att underordnade försökte skicka problematiserande information uppåt i systemet. De läkare som arbetade med praktiskt vårdarbete uppfattades, som en konsekvens av ovanstående, ha förlorat inflytandet över vårdorganisation och resurstilldelning.

***LÄK: Säkerheten kan ibland hänga på tur och lyckliga omständigheter***

Några berättelser om situationer då patientsäkerheten tagits omhand på ett bra sätt hänvisade till tur och lyckliga omständigheter som bakomliggande förklaring. Det handlade om att kritiska situationer kunnat hanteras genom att anhöriga varit kloka och smidiga att samarbeta med; hade de inte varit detta hade allvarliga smittoproblem kunnat uppstå på grund av lokalbrist och medvetet risktagande från högre chefer.

Det handlade också om en akut kritisk situation som råkade inträffa precis då två personallag var närvarande för att bytas av och rapportera; man hade alltså gott om personal just då. Med normal bemanning hade situationen kunnat leda till mycket allvarliga konsekvenser. Liknande tursamma förhållanden kunde uppstå genom att man tillfälligtvis råkade ha läkare under utbildning på en enhet vilka medförde ett personaltillskott.

Turen kunde också vara avgörande i många situationer när personal var stresspåverkad och inte hade full kontroll i situationen.

Att uppleva sig utelämnad till turen blev en stresskälla för personalen eftersom man inte upplevde sig ha kontroll över säkerhetsläget utan snarare bara väntade på att något allvarligt skulle hända. Beroendet av turen blev således en riskfaktor även för personalen.

*L9: "Alltså här är det nästan bara tur. Har man otur kan man råka riktigt illa ut och så ska det inte funka. Man ska inte sätta sig i ett flygplan och hoppas på att man inte /.../ har otur va, saker och ting ska va på plats och det ska fungera men det man hör här och det man ser och man känner det är det att.....väldigt mycket hänger på tur om man får bra vård eller inte".*

#### Initiativrika patienter

När prov- eller remissvar inte uppmärksammades kunde patienter, som då inte blev kallade eller informerade, genom att ta kontakt med sjukhuset göra läkare uppmärksamma. Därigenom kunde ytterligare väntan, som i de fall som nämndes i intervjuerna innebar skaderisk för patienten, hindras.

#### ***LÄK: Högre ledningsnivåer och media kan bidra till god säkerhet genom att uppmärksamma säkerhetsfrågor och acceptera att säkerhet kan kräva investeringar***

Positiva berättelser, om hur den högre sjukhusledningen, politiker och media hade spelat roll för säkerheten, fanns. För sjukhusledningen handlade det om att ha accepterat kostnadshöjningar för att förbättra vårdkvaliteten och arbetsmiljön för läkare. Politiker hade visat positivt intresse för läkares initiativ till att informera om förhållanden inom vården.

Media kunde vara en väg att sprida information om förhållanden inom vården och då var källskyddet viktigt, eftersom detta underlättade för läkare att gå bredvid linjeorganisationen utan att riskera att bli anklagade för illojalitet. Och när media uppmärksammade signaler om problem blev det svårare för högre chefer och beställare att ignorera dessa signaler.

### **Organisation, koordinering och resurser: flöden; resurser; samverkan och kommunikation; rutiner och procedurer.**

#### **Organisation, flöden, resurser - sammanfattande beskrivningar av underteman**

#### ***SSK/USK: Nedprioritering av patientarbetet skadar ansvarstagande, men organisering för patientnärhet har både fram- och baksidor***

*Mycket extrauppgifter har tillkommit utan tillförande av resurser. Förr prioriterades patienterna, nu träder de administrativa uppgifterna i förgrunden. Det bredare ansvarstagandet får stå tillbaka och man dumpar problemet på andra vårdgivare. Organisering i sub-grupper ger bättre närhet till patienterna och bidrar till*

patientnärhet, men ger också mer ensamarbete för USK och gör att SSK saknar samrådspartner och får ansvar för fler patienter vilket minskar patientnärheten.

### **SSK/USK: Organisationsförändring kräver stöd**

Organisationsförändringar och täta chefsbyten gör att utvecklingsprojekt som påbörjas inte slutförs. Organisationsförändring och hög arbetsbelastning skapar press och olust och oro inför framtiden och bryter fungerande samarbeten. Sammanslagning av enheter kan vara utvecklande för det är roligt att lära nytt, men utan medföljande kompetensutveckling och hjälp att jämka ihop kulturer skapas istället osäkerhet inför nya arbetsuppgifter och konflikter.

### **SSK/USK: Resursbrist skadar resilience och skapar sårbarhet**

Tid är en nödvändig förutsättning för att förbättringsidéer ska komma fram. Mycket skulle kunna göras bättre ganska enkelt men man hinner inte ta itu med detta. Underbemanning gör att patienterna får vänta på vård (ex mobilisering, borttagning av kateter). Brist på patienttid gör att man alltför snabbt tar till aktiv behandling och användningen av lugnande mediciner ökar. Resultat: sämre livskvalitet, rehabilitering och säkerhet. Ont om vikarier vid sjukfrånvaro varför kvarvarande personal pressas och utför arbetsuppgifter man inte är van vid. Patienternas behov blir allt tyngre samtidigt som bemanningen minskar. Patienter kan få vänta på viktig medicinering, och risk för felmedicinering ökar. Brist på förberedelsestid ökar risken för fel. Tidsbrist hos läkarna och för få vårdplatser leder till försämrad effektivitet och försenade utskrivningar, vilket onödigtvis tar vårdplatser i anspråk. Nattbemanningen saknar redundans om något utöver det planerade händer. Att söka hjälp på andra avdelningar fungerar inte eftersom redundans saknas även där.

Man hinner inte övervaka patienterna i tillräcklig grad och det är risk att något förbises. Vårdförhållanden som är avsedda för patienter med lågt bevakningsbehov tas p.g.a. resursbrist i bruk för patienter med högre bevakningsbehov, utan att bristerna i säkerheten kring patienten kompenseras. Redundans skapas genom informella säkerhetsrutiner men blir då också känslig för avsteg från dessa. Förenklade tumregler såsom tillit till enskilda personers kompetens gör också att misstag kan slippa igenom. Överbeläggningar äventyrar patientsäkerheten och personalsäkerheten och skapar press på snabba utskrivningar. Överbeläggning gör att patienten blir kvar för länge på mottagningen, och kan hamna utanför rutinerna. Personalen försöker utveckla egna kompenserande rutiner. Avsaknad av extra rum ger stor extra belastning även vid små ökningar i patientvolym. Specialutrustade rum beläggs av "vanliga" patienter.

### **SSK/USK: Beroenden och betydelsen av välfungerande flöden och kommunikation**

*Bra vård när patientflödet fungerar, när hela vårdteamet har tid att i förväg gemensamt planera och förbereda sig och när alla personalkategorier kan sköta sin hantering av patienten vid rätt tidpunkt utan att flödet stoppas upp. För svårt akut sjuka fungerar flödet mycket bra. Bra standardiserade vårdflöden har utvecklats för vissa patientgrupper. Bra när tvärprofessionella team gemensamt kan utveckla riktlinjer för hantering av olika typer av situationer.*

Samverkan och kommunikation mellan olika huvudmän *brister, ex med BVC och Socialtjänst. Omständligt att skriva ut patienter till kommunal omsorg.*

Informationsöverföringen mellan sjukhus. *Brister uppstår om skriftlig information ersätts av muntlig eller om datoriserad journal inte är uppdaterad. Återkoppling saknas på rapporterade avvikelser i hantering mellan sjukhus.*

Informationsöverföring och samverkan mellan enheter. *Bra vård när IVA ger förberedande och kontinuerligt kompetensstöd till mottagande vårdenhet. Bra när man ställer upp för varandra över avdelningsgränser vid behov. Samarbete och personalbyte över enhetsgränser och team ökar villigheten att ställa upp för varandra. Ett hinder är att man behöver egen återhämtning.*

*Bra med personal som arbetar flexibelt över flera sub-enheter men risk att dessa har otillräcklig patientinformation. Bra med nära samarbete med Rehab.*

*Ambulans: bra med triage redan i ambulansen, men flaskhals vid informationsöverföring ambulans – mottagning.*

*Bristande kommunikation mellan olika specialistenheter leder till dubbelarbete och påfrestningar på patienten. Brister i hanteringen av provsvar och annan information mellan olika enheter. Information om risker sprids ej mellan enheter.*

Informationsöverföringen mellan personal inom en enhet. *Bra när alla tar ansvar och tar upp problem för diskussion och lösning vid APT.*

*Formella informationssystem vid vårdskada otillräckliga, ofta tidsfördröjda och information ges endast vid enstaka tillfälle.*

Samverkan mellan professioner. *Bra samarbete mellan USK ger effektivare arbete och säkrare vård. Viktigt att SSK är trygga i den egna rollen och vågar och kan lita på USK. Roller byggs med ökad erfarenhet av besvärliga situationer men också av gemensam reflektion i grupp över svåra händelser och hur de kunnat hanteras bättre. Bristande samsyn om graden och arten av samarbete mellan USK och SSK skapar konflikter. I mindre och etablerade gruppen fungerar samverkan mellan SSK och USK bättre. Viktigt med förtroendefulla och relationer. Informella rutiner bland SSK skapar*

säkerhets back-up för läkarna men upplevs som påfrestande av SSK. Svårt framföra kritik ”nedifrån och upp” mellan vårdens olika professionsgrupper. Om de tvärprofessionella teamen har ett bra gruppklimat ger de tillgång till bred kompetens och god samverkan, men oklarhet i ansvarsfördelning kan uppstå. Brister i teamkänsla och arbetsfördelning mellan dag- och nattpersonal.

Information om, till och från patienterna. Goda förutsättningar för god vård när hela vårdteamet från vårdavdelningen tidigt träffar patient och anhöriga och kan utbyta information som grundlägger förtroende och patientsäkerhet.

P.g.a. få återbesökstider och bristande flexibilitet i förläggning av återbesökstider träffar patienten sällan samma läkare vid återbesök vilket ställer stora krav på informationshanteringen och minskar effektiviteten. Av säkerhetsskäl begränsas skrivrättigheter i det elektroniska patientdatasystemet vilket ställer krav på muntlig informationsöverföring, vilket i sin tur ökar risken för fel.

Information från patienten om överkänslighet mot vissa preparat dokumenteras inte alltid. God information till patienten kan minska belastningen på personalen. Press på snabba utskrivningar gör att patienten ibland får otillräcklig information. Bra med avvikelssystem som kan fånga upp synpunkter från patienterna. Viktigt med god förmåga att kommunicera med patienten i avvaktan på läkarutlåtande i oklara lägen.

Beredskapen för att förebygga våldssituationer brister. För ambulanspersonal kan beredskap för hotfulla situationer skapas genom informell information från SOS Alarm.

Samverkan med anhöriga. God information till anhöriga är viktigt för att undvika konflikter. Information från anhöriga om patientens allmäntillstånd kan minska risker. Att involvera anhöriga i vården kan minska belastningen på personalen och förbättra säkerheten för patienten.

Anhöriga följer inte alltid föreskrivna hygienregler och anhöriga kan ha orimliga krav på service.

### **LÄK: Risker med den specialiserade och fragmentiserade vårdorganisationen**

Vårdsystemets organisation skapade beroenden mellan primär- och specialistvård liksom mellan olika delar av specialistvården. Dessutom förekom beroendekedjor mellan olika personalkategorier inom vården. När patienter och information om patienter rörde sig längs dessa beroendekedjor kunde riskabla väntetider, informationsmissar samt konflikter kring vilken del av systemet som skulle vårda en patient uppstå och i förlängningen skador på patienter. Även läkare rörde sig över dessa organisatoriska gränser och det kunde då bli oklart vilka lokala rutiner, ansvarförhållanden och regler som gällde. Ansvarförhållanden kunde dessutom definieras av både formella och

*informella system vilket bidrog till osäkerheten. De nämnda problemen blev allvarligare när personal var stresspåverkad och problemen bidrog i sig till denna påverkan. För att balansera dessa risker var man åter beroende av individuella egenskaper och egenskaper på den lokala gruppnivån, såsom noggrannhet, initiativförmåga, engagemang, förmåga till helhetssyn, att kommunicera och samarbeta över organisatoriska och professionsgränser; egenskaper och förmågor som hade en sårbarhet för stressrelaterad funktionspåverkan.*

### **LÄK: Kommunikation och information**

*Patienternas säkerhet och personalens arbetsmiljö påverkades negativt av den mängd information om patienterna som man måste hantera. Saken blev inte bättre av att informationen bars av olika media; elektroniska, pappersbaserade och muntliga. Dessa media kunde innehålla komplementär men också motsägelsefull information. Missförstånd och missad information kunde också uppstå på grund av språkförbistring, brådska, bristande omsorg och noggrannhet, etablerade maktrelationer inom och mellan kategorier av vårdpersonal samt därför att det praktiska ansvaret för att inhämta, förvalta och förmedla patientinformation kunde vara oklart. Informationens kvantitet och komplexitet liksom osäkerheten rörande dess validitet bidrog väsentligt till läkarnas stressbelastning, vilket åter hade negativa återverkningar på informations- och kommunikationskvaliteten. Väl utformade informationsmedia liksom noggrannhet, välfungerade rutiner och tydlig ansvarsfördelning förknippades med berättelser om god patientsäkerhet.*

### **SSK/USK: Betydelsen av kompetenstillgång, god kompetensanvändning och kompetensutveckling**

*Mycket som rör säkerhet lär man av erfarenhet och av varandra. Olika personer är bra på olika saker och detta tas tillvara genom riklig kommunikation och diskussion om arbetssätten. Genom att man rådfrågar kolleger skapas gruppsammanhållning, trygghet och gemensamma arbetssätt. Feedback och kollegialt stöd ges även om tiden är knapp, men tidsbrist är det största hindret. Bra med särskilda arbetsgrupper som ansvarar för att ta fram gemensamma riktlinjer. Bra också med organisering i team som specialiserar sig på behandling av vissa tillstånd, och med vissa specificerade ansvarsområden. Vården är god för enhetens "vanliga" patientgrupp där det finns klara procedurer som alla känner väl till och som följs fullt ut.*

*Av beläggningsskäl lämnar patienter IVA tidigt vilket ställer högre krav på kompetensen hos personalen på vårdavdelningarna. Ökade risker för patienter utanför den egna specialiteten och där tillgång till specialistjour saknas delar av dygnet. Sammanslagningar och personalomflyttningar gör att man inte känner vare sig personal, patienter eller arbetsrutiner, vilket skapar otrygghet, gör det tuffare för annan personal*



*och äventyrar patientsäkerheten. Stort patientantal ökar behovet av ordinarie personal. Kompetensflykt leder till nyrekrytering av personal som ofta är nyutbildad och saknar erfarenhet. Mycket bemanningspersonal bland läkarna försvårar SSKs arbete och leder till personalomsättning även bland dessa. När USK och SSK arbetat länge tillsammans vet man vad andra parten kan. När det kommer många nya känner båda parter minskad tillit och effektiviteten minskar.*

**SSK/USK: Kontakter med andra öppnar för förändring och lärande, men kräver tid och tillit**

*Omorganisation öppnar ett fönster mot utveckling, innan bestämd praktik etablerats. Man ser då sådant som inte fungerar bra och kan reflektera tillsammans. Kontakt med andra avdelningar ger kunskapsöverföring. Systematiska samrådsmöten mellan olika enheter är bra för lärandet över gränser. Föränderlig teamsammansättning och kolleger som kommer utifrån motverkar hemmablindhet. Samrådsmöten mellan fack och arbetsgivare gör att många kommer till tals. Information om rutiner vid andra enheter kan bryta motstånd mot förändring i den egna enheten. Lärande sker genom ständiga samtal i vardagen. Reflektion i grupp över dagens händelser genererar idéer till förbättringar, men tidsbrist är en fiende. Att utveckla gemensamma riktlinjer och involvera olika professioner i utvecklingsarbetet kan underlätta anpassning mellan grupper vid omorganisering, men det förutsätter tid och stöd från chef.*

*Kan vara svårt diskutera misstag öppet. Ofta tar man bara upp händelser med en berörd person och då sker inget organisatoriskt lärande.*

**LÄK: Kunskapsnivån hos vårdpersonalen**

*Läkare såg samband mellan stresspåverkan och försämrad förmåga att fungera säkert som läkare. Även den i någon mening grundläggande kunskapsnivån uppfattades påverka säkerheten i vården. Det kunde handla om otillräcklig medicinsk kompetens eller bristande kunskap om vårdrutiner och administrativa rutiner. Otillräcklig kunskap/information om den enskilde patienten och dess behandling kunde också bidra till felmedicinering eller felaktiga ingrepp.*

*Kunskapsbrist på den individuella nivån förklarades med otillräckliga satsningar på vidareutbildning och att oerfarna läkare gavs för stort ansvar.*

*De möjligheter som fanns på arbetsplatsen, att på ett organiserat sätt inhämta och dela med sig av kunskap och erfarenhet, kunde vara av betydelse för säkerheten. På motsvarande sätt såg man samband mellan skaderisker och begränsningar i kompetensutvecklingsmöjligheter i form av kurser, lärandemöjligheter för ST-läkare eller lokalt lärande i nätverk och fora på arbetsplatsen. Dessa begränsningar kopplades bland annat till resursbrist och personalomsättning. Stressfaktorer i vården uppfattades alltså*

ha effekter på läkarnas kunskapsnivå. Men även högspecialisering förknippades med en form av kunskapsbrist, nämligen otillräcklig information om patientens hälsoproblem i ett helhetsperspektiv.

**SSK/USK: Kognitiv överbelastning, splittring och stress motverkar säkerhet**

Avskildheten otillräcklig vid medicindelning. Krav på SSKs uppmärksamhet från olika håll, fungerar bara inom rimliga gränser. Överbelastning, splittring och övertid pressar personalen hårt, tar sig många olika uttryck och leder till misstag, genvägar med patientsäkerheten, personalomsättning och bristande personligt ansvarstagande.

**LÄK: Stress som risk för patienter och personal**

Funktionspåverkan på grund av stress bidrog till sämre säkerhet för både patienter och personal. Läkarna beskrev stressproblemet som orsakat av kombinationen av höga prestationskrav, brister i systematisk stressprevention (primär, sekundär och tertiär) samt läkares benägenhet att finna sig i riskabla arbetsförhållanden.

Personalens individuella stresstålighet, respektive deras villighet att arbeta extra för att kontrollera, följa upp respektive förbättra kvaliteteten på bedömningar, ordinationer, dokumentation och liknande, kunde i det korta perspektivet förbättra säkerheten för patienterna. Att acceptera hög belastning och andra riskfaktorer nämndes som en del i läkarnas yrkeskultur som således kunde bidra till risk för både patienter och personal.

Tidsbrist, höga produktivitetskrav, låg bemanning, överbeläggningar och schemaläggningen bidrog i sig till stressbelastningen, försämrade tillgången till stöd från kollegor, försvårade kompetensutveckling, minskade läkarnas engagemang i utvecklingsarbete samt eroderade arbetstillfredsställelsen. Då var det positivt för säkerheten när chefer aktivt motarbetade överbeläggningar, satte gränser för läkares arbetsmängd och arbetstider samt hjälpte läkaren med att prioritera. Organisatoriskt stöd med buffertresurser i form av personal eller lokaler vid kritiska belastningar samt god bemanning i största allmänhet var också sådant som kunde förebygga hög stressnivå.

I läkarintervjuerna framkom att det kunde saknas rutiner för hur psykisk stress skulle hanteras på enhetsnivån. Problemet fick lösas informellt vilket skapade ett beroende av tillgången på kollegialt stöd. Detta skapade sårbarhet eftersom det kollegiala stödet var sårbart för stress.

## Organisation, flöden, resurser - Fullständiga beskrivningar av underteman

### **SSK/USK: Nedprioritering av patientarbetet skadar ansvarstagande, men organisering för patientnärhet har både fram- och baksidor**

Mycket extrauppgifter har tillkommit utan tillförande av resurser (2:16). Man hinner inte allt utan måste prioritera. Förr prioriterades patienterna, nu träder de administrativa uppgifterna i förgrunden (66:232). För att skydda sin legitimation byråkratiseras man mer och mer. Det är på sådant man synas och mäts (66:232). Det bredare ansvarstagandet får stå tillbaka (66:232). Man dumpar problemet på andra vårdgivare. Vem tar ansvar för patientsäkerheten när alla bara bryr sig om sitt? (66:232).

*SK 66: "patienterna är man inte så intresserad och fråga hur dom har haft det utan det är den här produktiviteten som är det viktigaste att ..... journalerna blir gjorda, riks svikt, riks HIA blir ifyllt ordentligt och att, att kontakten med kommunen sköts på rätt sätt och .... så det är det som syns det som kan mätas på nå vis så då blir det min legitimation som får gå först".*

Organisering i små grupper (moduler) har för- och nackdelar. Det ger bättre närhet till patienterna (105:290) och bidrar till flexibilitet i placering av fallbenägna patienter, så att de kan bevakas bättre (105:294). Närhet till patienterna gör att man snabbt uppmärksammar förändringar i tillståndet och även kan ge förslag till åtgärder (59:118). Nackdelar med modulorganisering är att SSK blir ensam och saknar samrådspartner. Att ringa och fråga om råd undviker man (84:255). Modulorganiseringen gör även att varje SSK får ansvar för fler patienter vilket gör att istället för att närmas patienterna fjärnas man då rondning tar längre tid (84:279). Ansvar för för många patienter ökar även risken att man inte upptäcker fel (medicinering) (66:16). Säker vård kräver tillräcklig kännedom om varje enskild patient för totalbedömning. Detta försvaras om man har ansvar för ett stort antal patienter (66:128). Organisationsformen i småenheter ger även mer ensamarbete istället för lagarbete för USK (84:287).

*SK 59: "det funkar bra för vi är ju nära dom hela tiden och, och jag menar man jobbar ju hel tid och man är här ofta och så, så man ser ju försämringen och man ser ju, vi vet ju lite hur, hur dom är, vi känner ju dom väldigt bra så att vi vet ju oftast va det är för fel om man säger så fast vi har inte den utbildningen men vi vet ju oftast va det är, så vi kommer ju med förslag och dom tycker det är bra".*

### **SSK/USK: Organisationsförändring kräver stöd**

Organisationsförändringar och täta chefsbyten gör att utvecklingsprojekt som påbörjas inte slutförs (98:59). Organisationsförändring och hög arbetsbelastning skapar stor press, oro (83:365) och olust inför arbetet (83:353), och oro inför framtiden. Geografisk omlokalisering av avdelning bryter fungerande samarbeten mellan avdelningar (83:359). Sammanslagning av enheter kan vara utvecklande för det är roligt att lära nytt, men utan medföljande kompetensutveckling skapas istället osäkerhet och oro inför nya arbetsuppgifter (115:189-197; 115:171). Man känner rädsla att göra fel (115:171). Omorganisation utan stöd och med fulla produktionskrav omgående skapar problem och konflikter (115:161), frågar man mycket kan man bli illa bemött (115:183). Man lär sig genom att se hur andra gör (115:167; 115:175-179) men anpassningen kan ta lång tid (ett år) (115:161; 115:197). När man vid omorganisation förväntas behärska ett nytt specialområde känner man sig värdelös, för plötsligt kan man ingenting igen. Känslan förstärks av irritation och dåligt bemötande från den personal som är specialister på området ifråga (115:183). Största problemet vid sammanslagning är att jämka ihop kulturer. Negativ spiral: I en tidigare välfungerande och sammansvetsad grupp gjordes en omorganisation (enl informanten i standardiseringssyfte) varvid SSK delvis ersattes med USK, vilket ledde till personalflykt. Resulterade i rekrytering av otillräckligt kompetenta SSK och i försämrat samarbete på enheten. Förlusten av SSK har gjort kvarvarande SSK beroende av USK vilket gjort att man upplever förlorad kontroll och otillräcklig tillit till vitala mätdata från USK. Detta gör att SSK själva dubbelkontrollerar genom egna mätningar, vilket även förorsakar besvär för patienterna. USK känner sig ifrågasatta vilket bidragit till konflikter mellan SSK och USK som förstärks av att man inte känner varandra så väl. Detta har lett till personalflykt bland USK och försämrad arbetstillfredsställelse (66:88-ff).

*SK 115: "jag kan jättemycket med just [specialområde XX], kan jag jättemycket om men.....och då, då blir det på nåt vis att nu skulle jag lära mig nytt igen.....nu kan jag ingenting igen, så för min egen del va det mycket detta att.....kände mig så värdelös... Vi fick inte ens.....lära känna varandra eller hur vi skulle arbeta utan vi körde igång med en gång. Vi flytta hit en tisdag och på onsdan va det verksamhet."*

### **SSK/USK: Resursbrist skadar resilience och skapar sårbarhet**

Det allvarligaste hotet mot patientsäkerheten är underbemanning (25:147; 2:96; 2:9), speciellt på helgerna (1:101). Man ska göra mer med färre personal (115:149; 2:16). Tidsbristen gör att man inte kan tillbringa tillräckligt med tid med de boende (äldreomsorg). Då ökar användningen av lugnande mediciner istället och därmed riskerna för fall, och sämre livskvalitet (59:165). Underbemanningen ökar risken för felmedicinering (83:12). Underbemanning och ingen redundans leder till akutinkallande av personal som saknar tillräcklig kompetens (97:177). Ont om vikarier att sätta in vid

tillfällig frånvaro (23:229). Sjukfrånvaro utan vikarie gör att kvarvarande personal pressas: patienter tvingas vänta, man utför arbetsuppgifter man inte är van vid, oro att göra fel (25:32-ff). Risk för misstag vid ex medicinering när man måste ta extra arbetspass p.g.a. underbemanning vid ex. sjukdom (ingen redundans). Personalbehov och personaltillgång ofta ej synkroniserat: Om det är lugnt på en enhet är det ofta lugnt på andra också (108:351). Problemet med underbemanning särskilt stort på helger och semestrar. Omöjligt att bevaka riskpatienter hela tiden, ex. äldre. När man är tillräckligt bemannad är patientsäkerheten hög. Låg nattbemanning gör att man inte alltid hinner ta ordinerade prover (84:5). Patienternas behov blir allt tyngre samtidigt som bemanningen minskar (84:187). Lågt eget inflytande över övertid (66:201). Beordrad övertid över längre perioder ger otillräcklig vila (23:61). Vårdtygden har inget linjärt samband med antalet patienter utan beror på patienternas tillstånd (25:193). Om en patient plötsligt blir sämre måste andra patienter prioriteras ned (83:323). Vid fullbeläggningar kan patienter få vänta på viktig medicinering (83:319), och risk för felmedicinering ökar (83:12). Tidsbrist gör att man alltför snabbt tar till aktiv behandling istället för att ge patienten en egen chans, ex. att komma igång och äta (25:98). Tillfällig personal kan ha sämre kännedom om patienterna (100:155).

*SK 25: "det mesta, ur patientsäkerhet, det är väl egentligen, det enda..det är alltså, till nittio procent så hänger det på personaltätheten här...det är inte alltid mer jobb med mer patienter utan man kan ha fem tomma vårdplatser och hur mycket och göra som helst, det beror ju på va det är med patienterna, faktiskt, så man kan ha tre överbeläggningar utan att det är så mycket jobb också...så det, det är inte så enkelt".*

För svårt akut sjuka fungerar flödet mycket bra. Alla finns på plats när ambulansen kommer till akuten och får rapport samtidigt (148:135). Bra standardiserade vårdflöden har utvecklats för vissa patientgrupper (typer av trauma) (98:27). Bra flöden ger god effektiv vård: tid för bra mottagning av patienten, läkaren kan komma snabbt, operation kan ta emot snabbt. Bra med direkttriage i ambulansen (148:127). Effektivt med direktinläggning för återkommande patienter. Personalen känner patienten väl och kan förbereda sig för patientens ankomst. Att hålla en redundant vårdplats för dessa patienter fungerar dock inte i praktiken (100:91-ff).

Bra när tvärprofessionella team gemensamt kan utveckla riktlinjer för hantering av olika typer av situationer. Bra när problemlösande diskussioner kan föras på APT så att gemensamma riktlinjer kan utvecklas (83:122; 100:69). Utvecklingsarbete får stå tillbaka av tidsskäl. Tidspress gör att man glömmer bort förbättringsidéer så att de aldrig förs fram (57:102). Man hinner inte ta del av utbildningar (115:141). Långsiktigt förbättringsarbete orkar man inte engagera sig i p.g.a. ständig tidsbrist (100:179-181).

Mycket skulle kunna göras bättre ganska enkelt men man hinner inte ta itu med detta (100:185).

SK 100: *"Vi har gått igenom på arbetspassträffar hur dom rutinerna är då. Det har blivit bättre efter det."*

SK 83: *"Då är det att vi sitter och diskuterar om det är nåt vi kan förbättra eller nåt som vi inte tycker är bra... Ja då genomför vi det. Då finns det nedskrivet på papper, alla får reda på det, så ska det va".*

Personalbrist vid tillfällig frånvaro gör att man får uppgifter man vanligen inte har, vilket skapar fördröjning (25:34), och lidande för patienten (25:30). På grund av hög arbetsbelastning kan patienter ej mobiliseras i tid, vilket leder till ex. trycksår (108:57). Patienter får vänta på sin rullator vilket kan leda till ökade risker genom förlängd immobilisering eller att de går upp ändå (108:389). Tidsbrist gör att katetrar inte tas bort i tid. Det ger infektionsrisk och försenad mobilisering (98:29-ff).

Tidsbrist hos läkarna gör att utskrivningar inte hinner förberedas i tid så att de kan administreras, ex. läkemedel från apotek, transporter, överrapportering till mottagande vårdgivare. Detta leder till försenade utskrivningar, vilket onödigtvis tar vårdplatser i anspråk (100:243). För få vårdplatser leder till sämre effektivitet, exempelvis genom försenade utskrivningar (100:241). Man tvingas vänta på jourhavande läkare (83:331).

SK 100: *"Men i många fall så... har det att göra med att dom inväntar undersökningar... läkarna hinner inte skriva ut dom tidigare. Läkarna har inte hunnit förbereda dan innan för dan innan har dom haft massa andra... saker."*

Man hinner inte förbereda arbetet, varför handhavandet blir fel (100:137). Det kan uppstå situationer då det helt saknas personal på enheten (omsorg) (2:122).

Nattbemanningen saknar redundans om något utöver det planerade händer. Att söka hjälp på andra avdelningar fungerar inte eftersom redundans saknas även där (84:33).

Man hinner inte övervaka patienterna i tillräcklig grad (10:34; 16:100) och det är risk att något förbises (85:184). Vårdförhållanden som är utvecklade för patienter med lågt bevakningsbehov tas p.g.a. resursbrist (ibland tidigare i flödet) i bruk för patienter med högre bevakningsbehov, samtidigt som resursbrist gör att de brister som därvid uppstår i säkerheten kring patienten inte kan kompenseras. Ex: Överbeläggning på Förlossningen gör att man tvingas placera mödrar som inte uppfyller kriterierna och är alltför sköra på BB eftervårdsavdelning, EVA (avsedd för nyförlösta mödrar som mår bra och förväntas klara sig själva. De bevakas ej och har inte tillgång till larm) (85:10-ff). Riskerna med

detta ökar med avstånd och personalneddragning (85:86). Patienter som får komplikationer och måste övervakas ofta ligger på vårdavdelning fast de egentligen bör vårdas på IVA (84:13). Patienter lämnar IVA trots att läkarkompetens saknas på vårdavdelningen utanför kontorstid och jourläkarna inte kan patienterna tillräckligt. SSK, som annars kan backa upp/kompensera jourläkaren, känner inte heller alltid till de nya patienterna (97:108-ff). SSK upplever att jourläkarna försöker hålla ifrån sig besök på avdelningarna, för att de dels har fullt upp på egen avdelning, dels för att ansvaret för jourverksamheten har flyttats runt och därför inte är helt klart för alla (97:122-ff).

*SK 84: "Har man så ofta kontroller som en gång i timmen så är han ju inte egentligen lämpad att vara på avdelningen....Dom [IVA] tyckte inte dom hade plats där nere."*

Redundans skapas genom informella rutiner för att säkra systemet (ex SSK som dubbelkollar läkarordinationer) men kan falera om någon frångår dessa informella rutiner för att man ex. är oerfaren eller ny i teamet och inte känner till dem (118:35). Sunt förnuft kan också vara otillräckligt för att upptäcka fel, ex. vid ordination till barn (23:35). Tidspress minskar möjligheten till dubbelkontroll av ordinationer. Förenklade tumregler såsom tillit till enskilda personers kompetens gör också att man inte dubbelkollar dessa, varför misstag kan slippa igenom även de informella rutinerna (23:37).

*SK 23: "och så va en läkare som ja hade väldigt förtroende för som alltid ordinerar jättebra men, men denna gången hade han ordinerat fel och jag drog upp det här [i sprutan] och tänkte inte att det va rimligt eller nåt."*

Överbeläggningar, bl. a. p.g.a. nedläggningar på andra enheter (100:207; 100:223) och ökat antal äldre (115:147). Överbeläggningar äventyrar patientsäkerheten (83:309; 98:41) och personalsäkerheten (25:102). Överbeläggning skapar press på snabba utskrivningar. Ibland får då patienten otillräcklig information eller man hinner inte säkerställa att patient/anhörig förstått informationen (85:188-92). Överbeläggning gör att patienten blir kvar för länge på mottagningen, hamnar utanför rutinerna och riskerar att glömmas. Personalen försöker utveckla egna rutiner för att undvika att kvarliggande patienter glöms bort (72:79). Väntetiden på mottagningen är oförutsägbar vilket minskar möjligheten till bra vård (72:59-ff).

*SK 83: "har man fullbelagt på avdelningen så kan man ju inte säga att patientsäkerheten är hög."*

Avsaknad av extra rum ger stor extra belastning även vid små öknings i patientvolym (72:170). Specialutrustade eller specialutformade rum kan/får (84:203) inte reserveras för ändamålet utan beläggs av "vanliga" patienter (84:201). Får man svårt

sjuka patienter som kräver enkelrum, rum med speciell övervakningsutrustning eller med taklyft måste omfattande och tidsödande patientomflyttningar göras på avdelningarna (105:182; 108:85; 100:153). Ingen redundans i lokaler vid infektionsepidemier gör att vårdavdelningarna måste ta emot smittsamma patienter som inte kan isoleras tillfredsställande (23:67).

***SSK/USK: Beroenden och betydelsen av välfungerande flöden och kommunikation***

Bra vård när patientflödet fungerar, d.v.s. när hela vårdteamet har tid att i förväg diskutera igenom hur patienten ska tas emot, planera och förbereda (105:154), när man hinner förbereda sig så man vet vad som väntar och hinner planera (105:174), när alla personalkategorier kan sköta sin hantering av patienten vid rätt tidpunkt utan att flödet stoppas upp (98:77). Om någon länk i kedjan inte kan göra sin insats vid rätt tid stoppas hela flödet upp (98:81-ff).

Samverkan och kommunikation mellan olika huvudmän vid ROS-planering (patienter med en social problematik) i samband med barnafödelse: BVC, förlossning, socialtjänst. Bristande kunskap hos dessa instanser om BB's organisatoriska förutsättningar. Gäller både inkommande och hemgående patienter (85:115-ff).

Lätt skriva ut patienter som ska hem men svårt om de ska till kommunal omsorg (108:359).

Informationsöverföringen mellan sjukhus. När patienten flyttas mellan sjukhus hinns skriftlig omvårdnadsepikris inte alltid med varför överrapporteringen istället blir muntlig (108:79; 108:87). Vid överlämningar är man också beroende av att det elektroniska patientdatasystemet är fullständigt uppdaterat (100:5). När brister i samverkan mellan sjukhus uppdagas, och avvikelser anmäls av ett av sjukhusen, får det andra sjukhuset ingen återkoppling om åtgärd (100:38).

Informationsöverföring och samverkan mellan enheter. När en patient flyttas mellan olika specialistenheter rondar läkare på de olika enheterna och identifierar samma behov av undersökningar vilket leder till att flera läkare remitterar till samma undersökning, ex röntgen. Röntgen uppdagar inte heller alltid problemet (oklart varför) utan kan ringa efter en patient som redan röntgats (108:124-ff). Bristande informationsöverföring mellan akut- och specialistenhet. Bristar i hanteringen av provsvar mellan olika enheter (115:7). Tidsbrist ligger ofta bakom bristande kommunikation mellan enheter (105:178). Bra vård när man väntade en patient som krävde vård man var ovan vid och IVA gav en särskild genomgång i förväg, lämnade ut viktig utrustning och gav löfte om kontinuerlig support vid behov (105:162-166).



SK 108: *För att patienterna flyttas runt där och det är olika doktorer som rondar och.....doktorerna är eniga om att dom ska till exempel på en röntgen och då har en doktor skrivit en röntgenremiss och sen kommer....flyttar patienten och då skriver denna doktorn en ny röntgenremiss...Inte så att dom har kollat det så för det har jag vart med om att dom.....har....ringt efter dom att dom ska ner på röntgen och så har dom vart nere på den röntgen innan."*

Bra när man ställer upp för varandra över avdelningsgränser vid behov (2:18), men viljan finns inte alltid (97:185). Ett hinder för detta är att man behöver återhämtningen om det någon gång är lugnt (84:273). Samarbete och personalbyte över enhetsgränser och team ökar chansen att man frivilligt ställer upp för varandra vid behov.

Bra med flexibel redundans i form av löpare som kan stötta upp personalmässigt på flera moduler/enheter efter behov (1:78) men risk att dessa har otillräcklig patientinformation (16:128; 105:312-ff; 97:193; 23:47).

SK 16: *"Ja, om jag frågar varför inte patienten inte har gått hem, så talar kanske den sköterskan om varför den inte har gått hem. Nu har vi två korridorer här och har man då varit i den ena korridoren och man då byter korridor efter några dar, då har man ju inte riktigt koll på va som hänt på den ena korridoren."*

Bristande informationsöverföring mellan moduler försvårar också att enhetsplacerad personal rycker in och stöttar upp i andra moduler/enheter än den egna vid behov.

Man får ingen information om risker som uppstått på en annan avdelning (57:172).

Genom att arbeta nära patienterna och samarbeta väl med rehab-personal genom såväl formella som informella kontakter, kan god och säker vård ges (2:66-68; 59:28; 59:112-116; 59:122; 57:94-96) Sjukgymnasterna ger även kunskap om lyftteknik och arbetsutrustning för personalens bästa (16:197; 57:92; 59:134).

Ambulans: bra med triage redan i ambulansen. Då blir länkarna färre och risken för informationsmissar mindre. En flaskhals är att rapport från ambulans till akut/specialistenhet ska ske till SSK som kan vara upptagen. Då uppstår väntan och tidsförlost. Att avdela en särskild SSK för informationsmottagning från ambulans ger ytterligare en länk i informationsöverföringen där missar kan uppstå (148:100-ff).

Informationsöverföringen mellan personal inom en enhet. USK tvingas till informella informationssätt (fråga doktorn, fråga varandra) när en negativ händelse inträffat (16:120). Formella informationssystem vid vårdskada otillräckliga och ofta tidsfördröjda (16:126). Fast personal som missat informationstillfället p.g.a. reguljär

ledighet får ofta otillräcklig information (97:62), liksom ny eller tillfällig personal (105:100) som kan tvingas själva se till att informera sig (16:134). Bra när alla tar ansvar och tar upp problem för diskussion och lösning vid APT (83:276; 57:164).

SK 16(USK): *”Vi frågar nog doktorerna lite grann vad som hände.... och så pratar vi nog lite ibland sinsemellan....vid kafferasten eller så ...vi läser ju operationsberättelser och, när vi går på eftermiddagspassen, så får vi en muntlig rapport. ...så ja tycker nog vi får reda på utan att vi behöver fråga allt...Men man kanske får en två, tre dar efteråt då....och då undrar man Varför ligger den här kvar?”*

Samverkan mellan professioner. SSK mkt hårt belastade (84:269-ff). Förväntningar från USK, understödda av organiseringen av arbetet, att SSK ska ta del i USKs uppgifter (84:279). SSK förväntas göra allt (108:405; 108:365; 108:423; 108:417). Problemet är känsligt att tala om (108:423). Modulorganisering ökar belastningen på SSK (ansvar för fler patienter) varför SSK har mindre tid att hjälpa USK (84:277). USK ser inte vad SSK faktiskt gör - ser bara att man sitter vid datorn, vilket skapar konflikter mellan grupperna (108:411-ff). Mindre enhet bidrar till bättre gruppssammanhållning mellan USK och SSK (83:387). I större enhet upprätthålls skarpare rollgränser. Bra att komma överens SSK och USK om arbetsfördelningen i laget (85:242). Fungerar bra att arbetsuppgifterna inte är strikt uppdelade mellan SSK och USK utan att man hjälps åt (85:248). Viktigt att det inte finns hierarkiska skillnader mellan USK och SSK utan man känner att man arbetar mot gemensamma mål (97:144). I etablerade gruppen kan sådan samverkan USK/SSK fungera bra, men nya SSK kan ha förväntningar om att bli servade av USK (85:240). När det kommer nya SSK vågar man inte lita på varandras kompetens utan kontrollerar varandra (85:234; 83:333). Det är viktigt att SSK är trygga i den egna rollen och vågar (85:266) och kan (108:13) lita på USK (85:234; 85:240; 85:270; 100:83). Vilken är den bästa fördelningen USK/SSK? (84:287). Om konflikter mellan professionerna inte uppmärksammas sopas problemet under mattan – det kvarstår men man talar inte om det. Rollgränser byggs med ökad erfarenhet av besvärliga situationer men också av gemensam reflektion i grupp över svåra händelser och hur de kunnat hanteras bättre (97:241). Rollgränser kan också diskuteras med en enskild kollega man känner förtroende för. Viktigt att sådana nära relationer finns (97:245). Bra samarbete mellan USK ger effektivare arbete och säkrare vård (83:401; 1:18).

SK 85: *”Man hör ju det från andra som jobbar. Där är det ju väldigt uppdelat att en barn.....en sjuksköterska kan inte en gå in och hjälpa till och bädda en säng liksom. Det känns ju väldigt skrämmande som det är nu då att.....att dom bara måste sitta och....jag känner att så mycket kan dom inte ha och*

*skriva och titta i journaler hela tiden. Att dom inte kan lyfta sig och gå och hjälpa till.”*

Felaktiga medicinordinationer i journalsystemet uppmärksammas ofta av SSK som ser till att det blir korrigerat – och läkarna förlitar sig ofta på detta - men tillfälliga och oerfarna SSK kan lättare missa detta (100:113). SSK ogillar detta ansvar och har påtalat det för läkarna, men påpekandena tar inte på allvar och då ger man upp.

Brister i teamkänsla mellan dag- och nattpersonal. Känsligt ha synpunkter på varandras arbete (100:255). Bättre fördelningen av arbetet mellan dag och natt skulle kunna göra vården effektivare (100:251).

SSK tar ogärna itu med problem som rör specialistläkarbemannning (108:172). Sköterskorna talar med varandra om problem som involverar läkarna, men inte med läkarna (108:285). Funktionen som hygienombud ger makt/mandat att även gå på läkarna och läkarna accepterar deras påpekanden (83:114-ff). Svårt annars för en SSK att kritisera en läkare varför problem här inte hanteras systematiskt utan med enskild person i enskilt fall (105:276). Svårt även för en USK att kritisera en SSK 883:48).

*SK 105: ”Alltså jag kan väl säga att jag ser väl i stort sätt dagligdags mediciner som inte är ordinerade på rätt tider.....och som inte jag kanske alltid påtalar då. ... För att när jag har gjort det så många gånger så orkar jag kanske inte fler gånger...Och sen har vi ju mycket olika läkare, vi har ju nåra som är.....är här på enheten.....och sen så har vi ju ST underläkare som.....dom roterar ju så.....det är olika dom är.....det varierar.....dom kanske är här en vecka, dom kanske är här två veckor, dom kanske är här tre månader, det är olika.....och sen är det inte alltid det tas emot väl att det kommer från mig heller.”*

Om de tvärprofessionella teamen har ett bra gruppklimat ger de tillgång till bred kompetens, alla lyssnar aktivt på alla och respekterar varandras kompetens. Men med många inblandade kan det ibland bli oklart vem som har ansvar för genomförandet av olika uppgifter (97:261-ff).

Information om, till och från patienterna. Beredskap att förebygga våldssituationer finns om patienten är känd sedan tidigare, annars inte (105:201). För ambulanspersonal kan beredskap för hotfulla situationer skapas genom informell information från SOS Alarm om hur man där uppfattat patienten/situationen (148:229). P.g.a. att läkarna har få återbesökstider och bristande flexibilitet i förläggning av återbesökstider träffar patienten sällan samma läkare vid återbesök, vilket ställer stora krav på informationshanteringen.

Att sätta sig in i dokumentationen och eventuellt kontakta tidigare läkare tar tid och minskar effektiviteten (72:13).

Information från patienten om överkänslighet mot vissa preparat tas inte alltid på allvar och dokumenteras inte. Kan innebära problem om visst preparat byts mot billigare alternativ (105:106-ff). Dilemma: För att säkra tillförlitlighet av information i det elektroniska patientdatasystemet bör så få som möjligt ha skrivrättigheter, detta förutsätter mer muntlig informationsöverföring vilket ökar risken att information missförstås och förvanskas (97:80), eller att viktig patientnära information utelämnas (97:72). Utökade skrivrättigheter ställer stora krav på att SSK och USK är klara över gränserna för egen kompetens och ansvar. Otillräcklig information om patienten (från USK till SSK) kan leda till missbedömning av patientens förmåga och kan innebära risk för fall men även risk för fysisk överbelastning på personalen (för att rädda fall) (108:7).

*SK 97: "Jag tycker också att det kan bli en.....risk att det går från en och så uppfattar sköterskan fel och så skriver den in fel. Om jag upplever situationen och sen ska ju sköterskan dokumentera det och då har kanske det blir, missförstod mig, så det är risk för missförstånd där. Samtidigt som om vi.....vi underskötersker som inte har.....kanske kompetensen på alla områden skriver saker.....alltså som inte vi ska skriva, då gäller det att veta för oss vilka, vad våran gräns är, var är våran kompetens och var är sköterskans kompetens."*

God information till patienten kan minska antalet ringningar orsakade av att patienten inte vet vad han/hon får göra (N:N). Press på snabba utskrivningar gör att ibland får patienten otillräcklig information eller man hinner inte säkerställa att patient/anhörig förstått informationen (85:188-92). Bra med avvikelssystem som tillåter patientklagomål som annars kan vara svåra att fånga upp. Viktigt förmå kommunicera med patienten i oklara lägen så att egen osäkerhet i bedömning av patienttillstånd (i avvaktan på läkarbedömning) och rädsla att skapa onödigt oro inte äventyrar patientsäkerheten (85:78; 85:104).

Goda förutsättningar för god vård föreligger när hela vårdteamet från vårdavdelningen träffar patienten på IVA, informerar om enhetens arbetssätt, får utförlig information från patient och anhöriga om tillstånd, särskilda behov och önskemål. Då upprättas tidigt en relation som grundlägger förtroende och patientsäkerhet (97:154-ff).

Samverkan med anhöriga krävs för vissa säkerhetsåtgärder, ex avlägsna farliga föremål i boendes rum (omsorg) (1:26). Bra med god kontakt med anhöriga (59:14). God information till anhöriga är viktigt för att undvika konflikter med anhöriga, som även kan påverka patienten (16:213-ff). Information från anhöriga om patientens allmäntillstånd

kan minska risker, ex. för fall (16:96). Att involvera anhöriga i vården kan minska belastningen på personalen och förbättra säkerheten för patienten (83:136). Anhöriga följer inte alltid föreskrivna hygienregler (83:250). Anhöriga kan ha orimliga krav på service från personalen. Då är det viktigt att själv vara klar över rollen och klargöra det för de anhöriga (97:239).

*SK 97: "med anhöriga ibland, dom kommer liksom, dyker på en och "nu är det si och så och så och det här"....alltså relationer till varandra ...kan du göra det, kan du lösa det, då får man bara "Stopp" att "nej det är inte min roll" och det kan ju va lite svårt i ett samtal och säga det. Nu, stopp det här är utöver min kompetens och det gör inte vi, då måste du också va säker på dig själv."*

**LÄK: Tillåts särintressen konkurrera om resurser, till förfång för patientsäkerhet och arbetsmiljö?**

Uppfattningen fanns, att beslutsprocesserna gav utrymme för konkurrens mellan medicinska specialiteter och andra särintressen. Företrädarnas status och retoriska skicklighet (såsom i konstruktion och användning av kvantitativa underlag) uppfattades kunna få större tyngd än vårdsäkerhetsrelaterade argument.

**LÄK: Den specialiserade och fragmentiserade vårdorganisationen**

Allmän organisationsnivå: Funktionell organisation skapar beroendekedjor och gränsövergångar i vilka riskabla förhållanden kan uppstå

Vårdssystemets organisation beskrevs som funktionsuppbyggd. Man syftade då på funktion i meningen medicinsk specialitet respektive plats i kedjan mellan primärvård och de mest högspecialiserade delarna av systemet. Även specialiseringen mellan olika kategorier av vårdarbetare hörde hit.

Organisationsstrukturen skapade sekventiella beroenden, innebärande att funktioner som patienten möter tidigt blir beroende av funktioner som kommer in senare och vice versa. Ur patientsäkerhetsperspektiv uppstod risker när patienten måste röra sig längs olika "spår" i detta system.

Den funktionella organisationen i kombination med hög belastning och låg resurstillgång bidrog till förhandlingssituationer, konflikter och kommunikationsproblem i samband med patienters rörelse över funktionella organisationsgränser. Dessa problem blev allvarigare när personal var stresspåverkad och problemen bidrog i sig till denna påverkan.

De mest högspecialiserade funktionerna, på region- respektive universitetssjukhusen, tenderade att bli fokus för stora remissmängder, varför gränshanteringen blev extra kritisk där. Detta kunde inte minst bidra till prioriteringsproblem och stress för personalen.

Systemets storlek gjorde det svårpåverkbart för säkerhetshöjande initiativ. Enskilda patienter kom i sin rörelse genom systemet att belasta olika budgetar och påverkas av olika rutiner (och prioriteringar?). Väntetider uppstod.

*L19: "det kan ofta va så att man kommer på remiss till [mottagning X] och så träffar man en doktor som beslutar ihop med patienten om operation och sen när man kommer inför operation så det är en annan doktor kanske som ritar en pil på det /.../som ska opereras för att markera vilken sida det är, en tredje doktor som opererar, en fjärde som skriver hem patienten från avdelningen och sen i värsta fall en femte som sen följer upp den".*

#### Lokal organisationsnivå: Oklara ledningsförhållanden bidrar till osäkerhet för patienter och personal

Inte bara patienter rör sig över organisatoriska gränser. Läkarna berättade om hur vårdpersonal som rör sig över sådana gränser kan bli osäkra på vilka rutiner som gäller vid en viss enhet. Förutom risk för misstag och missförstånd kunde detta bidra till risk för konflikter och dålig stämning, samt givetvis till ökad stressbelastning för individen genom ökad komplexitet i arbetet. Rörelser över gränserna kunde också skapa osäkerhet rörande vem som var chef över den enskilde läkaren. Förhållandet bidrog också till att göra ansvarsförhållandena otydliga.

#### Allmän organisationsnivå: Specialisering, fragmentering, suboptimeringar och oklara ansvarsförhållanden skapar risker för patienter och personal

Den funktionella organisationen bidrog till fragmenterade och oklara vårdansvarsupplevelser hos inblandade läkare. Fragmenterade och specialiserade vårdbeställningar samt den tilltagande medicinska specialiseringen beskrevs som drivande krafter bakom processen. Detta kunde begränsa tid och intresse för kontakt mellan specialiteter och skapa incitament för suboptimeringar som kunde drabba patienter ur personcentreringsperspektiv. Specialisering och funktionell organisation försvårade kommunikationen mellan olika personer som arbetade med en patient. För patienternas vidkommande kunde detta medföra att ingen hade en helhetsbild över patienten och att denne riskerade att "falla mellan stolarna". Det kunde vidare öka risken för informationsfel i samband med att patienter rörde sig över specialitetsgränser. Smala specialistkunskaper kunde också bidra till att patienters problem som inte lät sig förklaras inom ramen för enskilda specialiteter kunde anses inte höra hemma på sjukhuset, varvid patienter kunde avvisas och risker följa av detta.

Läkare berättade också om att statuskillnader mellan specialiteter avspeglas i inflytande över beslut och vem som behöver bry sig om vem. Säkerhetsrelaterade synpunkter från läkare med lägre status skulle i enlighet med detta riskera att lämnas obeaktade.

Allmän organisationsnivå: Fragmenterade vårdbeställningar skapar utrymme för oklarheter i rutiner och ansvar

Situationer där funktioner och specialiteter måste kommunicera och samordna sig skapade risker. Vårdbeställningar och budgetar indelade enligt funktion och specialitet kunde motverka samarbete, effektiv kommunikation och samordning som var nödvändig då patienter för sin vård måste röra sig över gränserna mellan enheter och specialistområden.

Lokal organisationsnivå: Oklar ansvarsfördelning i praktiken bidrar till risker för patienter

I intervjuerna framkom en dualitet mellan å ena sidan formell ansvarsfördelning och ansvarsfördelning i praktiken. Läkare kunde begå misstag vid ordinationer eller dokumentation. Av belastningsrelaterade skäl kunde det vara praktiskt taget omöjligt för läkaren att ha kontroll över allt som han/hon formellt sett ansvarade för. Därmed uppstod ett beroende av kollegers och inte minst sköterskors uppmärksamhet och ansvarstagande för att hjälpa läkaren bli uppmärksam på sina misstag. Detta krävde då att läkaren kunde ta emot sådan hjälp utan att gå i försvar.

Av dessa orsaker, liksom på grund av kommunikationsbrister och eftersom detaljerade direktiv från chefer inte fanns i alla situationer, kunde oklarheter rörande vem som i praktiken var ansvarig uppstå.

Då patienter vårdades av olika, specialiserade, enheter/personer uppkom ytterligare en möjlig ansvarsoklarhet. Denna oklarhet kunde utnyttjas för att undgå upplevelsen av personligt ansvar vilket kunde orsaka att misstag inte blev påtalade – någon annan uppfattades ha ansvaret. Medicinska bedömningar är komplexa och tillstånd är inte renodlade. Detta gjorde att ansvaret för patientens hälsa mer i helhetsperspektiv kunde attribueras till någon annan läkare eller någon annan specialitet.

Individnivån: Oklar ansvarsfördelning möjliggör stressreducering på individnivån men kan bidra till risker för patienter

Stresspåverkan, relaterad till hög belastning, kunde förstärka behovet att förenkla den egna rollen genom att fransäga sig personligt ansvar för patientsäkerheten och i det perspektivet kunde den oklara ansvarsfördelningen vara kortsiktigt fördelaktig ur personalsäkerhetssynpunkt på så vis att den skapade en möjlighet för stressreducering, men på det hela taget ändå dysfunktionell ur patientperspektiv.

Individ- och lokal organisationsnivå: Att hjälpas åt och att balansera specialisering och kategoriuppdelning med ömsesidigt ansvarstagande är bra för patientsäkerheten

Det var lättare att upprätthålla en god säkerhet i vården när personalen hjälptes åt rent praktiskt och med att ta ansvar för helheten, inte endast det som i strikt mening var det egna formella ansvaret. I kritiska situationer kunde säkerheten bli särskilt beroende av att kolleger var beredda att ändra sina egna planer för att rycka in och hjälpa en kamrat i svårighet. Sköterskor som kunde och ville ta praktiskt ansvar för att dubbelkontrollera och påtala felaktigheter eller normavvikelser i läkares ordinationer var då fördelaktigt för säkerheten.

**LÄK: Kommunikation och information**

*L24: "ett mikroskopisvar.....som jag tyckte va väldigt viktigt och jag gick och vänta på det. Tittade i lådan varje dag och tänkte "vad fan kommer det inte för?"/.../ Då får man ju det både i pappersform och i datan alltså man, jag håller ju inte reda på mina patienter så att för att bli påmind om såna här viktigheter så, så, så får man ett papper. Sen kan jag gå in och läsa precis samma sak i datan/.../sen /.../jag råkade komma på vad patienten hette och gick in och titta och då fanns det där sedan drygt en vecka tillbaka. /.../då gick jag upp till avdelningen och då va det rond där och då såg jag att det låg liksom utspritt ungefär som det här bordet här, ligger utspritt liksom svar lite överallt så."*

Individnivån: Missförstånd mellan vårdpersonal kan skapa risker för patienter

Interindividuell kommunikation kunde vara sårbar för missförstånd. Både sändare och mottagare måste ha förmåga att kommunicera tydligt. Det kunde handla om samtal mellan vårdgivare respektive mellan vårdgivare, sekreterare och patienter. Förmågan är sårbar för stresspåverkan.

Individnivån: Noggrannhet och initiativ för att säkerställa god informationsöverföring bidrar till god säkerhet

Att vara noggrann i rapportering till efterföljande led i vårdkedjor bidrog till säkerhet, att ge feedback och information om patienter till inremitterande instanser, att se till att validera och uppdatera medicineringsdokumentation, att ta initiativ till förbättrade rapporteringsrutiner, att ta initiativ till att via samtal försäkra sig om att väsentlig information om patient nått och förstås av vårdpersonal som skall ta hand om patienten. Vidare var det viktigt att på motsvarande sätt ta kontakt med föregående led för att försäkra sig om att man fått all information. Detta innebar alltså att man inte tog för givet att olika skriftliga system bar all nödvändigt information om en patient. Eftersom skriftlig dokumentation kunde vara icke-valid var alla initiativ till att granska och uppdatera sådan



av godo för patientsäkerheten. Specifikt nämnde fler läkare medicinlistorna som ett problemområde i det här avseendet.

Individnivån: Prestigelöshet hos seniora underlättar kommunikation och bidrar till bättre säkerhet

När seniora läkare var prestigelösa underlättades öppen kontakt och kommunikation med juniora läkare och med annan vårdpersonal. En mindre auktoritär läkarroll underlättade också informationsutbytet med patienterna samt fungerande normsändande till yngre kollegor. Därmed kunde kommunikationsrelaterade säkerhetsproblem motverkas.

Lokal organisationsnivå: Ohanterliga informationsmängder skapar osäkerhet och utrymme för misstag

En aspekt av risker i samband med informationshantering var mängden information som skulle dokumenteras och hanteras. Mängden kunde göra att remisser, remissvar, läkemedelsdokumentation med mera inte bevakades eller validerades. Problemet var relaterat till antal patienter, tidspress och hur pass god tillgång läkaren hade till sina kognitiva resurser.

Lokal organisationsnivå/teknologi: Svårtillgänglig, splittrad eller otydlig information, olämpliga informationsrutiner och ofullkomliga informationsteknologier skapar risker för både patienter och personal

Inte endast mängden information kunde vara problematisk ur säkerhetssynpunkt. Information om patienter fanns i olika IT-baserade system som hade olika syften, liksom i muntliga och pappersbaserade system. Därmed uppstod risker för att information missades och att olika system innehöll olika, motsägande, information. De olika systemen kunde också ha tillgänglighetsproblem. Sålunda kunde IT-system ha begränsad tillgänglighet och uppfattas som svåränvända. Papperssystem var känsliga för ordning och reda. Muntliga system var beroende av individers tillgänglighet samt tillgången till telefoner. Sådana praktiska besvärligheter i kombination med brådskan och stresspåverkan kunde leda till att för säkerheten viktig information missades.

Dålig organisation av hur information skulle hanteras inom enheter ökade risken för att viktig information, till exempel provsvar, blev svårtillgänglig eller inte uppmärksammades.

Läkarna berättade om hur ofullkomligheter i informationsteknologiska system skapade öppningar för att vårdgivare använde sig av icke-valid eller ofullständig information i samband med vård av patienter. Det handlade om journalsystemet som uppfattades som otympligt och tidsödande att arbeta med, varför dokumentationen kunde bli lidande. Systemet uppfattades även kunna försvåra kommunikationen över

organisatoriska gränser inom sjukhus och mellan sjukhus och primärvård, vilket skapade behov av parallella muntliga och pappersburna rutiner liksom av patienters förmåga att förmedla information om sig själva. Digitalt burna provsvars tillgänglighet var beroende av att läkare kom ihåg patienters namn. Kvalitetsregister efterfrågade information som kunde vara tidsödande att hitta, varvid icke valid information kunde läggas in för att ”tillfredsställa” systemet.

Centralstyrning eller sjukhusextern styrning av de digitala systemens utformning bidrog till ofullständig anpassning till lokala förhållanden och behov. Läkare hade vidare dålig kunskap om hur de skulle kunna påverka systemen och vilken instans som ansvarade för systemen.

Lokal organisationsnivå: Oklar ansvarsfördelning avseende dokumentation och information gör att information kan missas och åtgärder utebli eller försenas

I praxis oklar ansvarsfördelning avseende dokumentation och information gör att information kan missas och åtgärder utebli eller försenas. Man nämnde specifikt journalföring, läkemedelsdokumentationens validitet samt uppföljning av prov- och remissvar. Som orsaker till dessa problem nämndes chefer som inte styr mot att tydliggöra vem som har det praktiska ansvaret och kräva validitet, rutiner som inte knyter provsvar till individuell läkare samt frånvaro av rutiner som säkerställer att man kontrollerar att provsvar kommer till beställande enhet. När det gällde läkemedelsdokumentation kunde informationsbrister mellan vårdgivare göra att dokumentationens validitet bli beroende av den grad i vilken patienten kunde ge sådan information till läkare. Åter visade det sig hur de sekventiella beroendena i vårdkedjan kunde skapa risker.

Personalomsättning bidrog till att oklarheter rörande läkemedel, remisser och provsvar uppstod. Nya läkare blev inte tillräckligt insatta.

Funktionell organisation skapar beroendekedjor: Information

I intervjuerna identifierade vi berättelser som handlade om hur den funktionsuppdelade organisationen med sina gränser skapade beroenden av fungerade informationsflöden och –system för att överbrygga dessa gränser. Patientsäkerheten nödvändiggjorde att valid och reliabel information rörande patienten kunde flöda över de organisatoriska gränserna. Detta framkom som en klart problematisk aspekt för patientsäkerheten och en källa till stress för personalen på grund av osäkerhet. På motsvarande sätt skapade vårdpersonalens kategoriuppdelning beroenden mellan dessa: Läkare, sköterskor, paramedicinare, sekreterare, m fl.

Informationssystem

De datorbaserade informationssystemen för journalföring och läkemedelsdokumentation beskrivs som begränsande. De kunde vara otillgängliga för vissa delar av vårdsystemet, olika vårdgivare kunde ha olika system och de datorbaserade systemen kunde upplevas som krångliga och långsamma. Dokumentationen i dem kunde därmed bli mindre väl skött p.g.a. dåliga systemkunskaper eller tidsbrist.

*L28: "Vi har ju /.../en apoteksbunden läkemedelslista där läkemedel delas automatiskt via ett dos system. Det finns ingen koppling mellan den och med slutenvårdssystemet så det blir ingen uppdatering och kommunikation. Och det är klart att det är ju datasystem som ska samköras och det är ju inte alltid tillåtet det kanske inte lätt och göra och sådär men det blir fel då, och då har man inget riktigt grepp om vad det är dom har för läkemedel egentligen".*

Runt de datorbaserade systemen uppstod parallella system: pappersbaserade och/eller muntliga. Oklarheter, informationsmissar riskerade därmed att uppstå. En orsak till det senare problemet kunde vara att sökande efter papper och muntlig information tar tid. Tidspress bidrog då att endast IT-baserad information hämtades in vilken, som antydde ovan, kunde vara otillförlitlig. Personlig kommunikation kunde också vara möjlig endast vissa tider, då aktuella personer var tillgängliga. För patientsäkerheten viktig information kunde därmed missas.

#### Allmän organisationsnivå: Sårbarhet i samband med informationsflöden över gränser

Eftersom patienter rörde sig över organisatoriska gränser blev deras säkerhet beroende av informationsflöden över dessa gränser. På motsvarande sätt var patienterna beroende av att olika kategorier av personal hade välfungerande kommunikation sinsemellan. Det kunde handla om olika vårdgivarkategorier, vårdgivare-sekreterare och vårdgivare-beställare av ny medicinsk utrustning.

#### Lokal organisationsnivå: Systematiserad informationsöverföring i beroendekedjor kan främja säkerheten

Patientsäkerheten kunde främjas när man med kollegor på mottagande enheter verkligen kunde samtala om en patients tillstånd och behov och att beslut fattas på basis en samlad genomtänkt bedömning. Detta byggde på att den som avlämnar hade tid och tillgång till fungerande kommunikationskanaler samt att mottagaren tog ansvar för och initiativ till att skaffa all nödvändig information om en patients tillstånd och behov. Till detta tema hör också att parterna aktivt sökte respektive gav feedback.

*L30: "...där vi efter några kontakter med dom på [specialistenhet] beslöts det då, det va verkligen man till man diskussion och uppföljning och bildgenomgång beslöts att patienten skulle tas till [specialistenhet]".*

Ett formaliserat sätt att hantera informationsöverföringsproblemet bestod i att mottagande enhet inte tog emot en patient om inte informationen om denna var utformad enligt ett visst system. Krav kunde exempelvis ställas på att informationen skulle komma i form av utskrifter i pappersform. På motsvarande sätt kunde man ha rutiner innebärande att patienter som skrevs ut fick med sig dokument som beskriver vad som hänt under vårdtiden, diagnoser mm.

Läkare talade också om att de trodde att endast tvingande krav på systematisk omsorg om läkemedelsdokumentation skulle kunna lösa problemen med denna. Samtidigt bedömde man dock att detta skulle bli omöjligt att hantera inom ramen för nuvarande organisation av läkararbetet. Särskilda läkare skulle behöva anställas och ansvara för läkemedelsdokumentationens validitet och att slå larm när patient stod på olämplig medicinering. En teknologisk variant på denna lösning skulle kunna innebära ett nationellt datasystem där all läkemedelsordination från alla vårdgivare dokumenterades.

### ***SSK/USK: Betydelsen av kompetenstillgång, god kompetensanvändning och kompetensutveckling***

Mycket som rör säkerhet lär man av erfarenhet (100:51; 25:161-163) och erfarenhet och kunskap gör att man upptäcker och kan korrigera fel (84:159; 66:10-16). Man lyssnar och lär av erfarna SSK, som också rådfrågar och lär av varandra (25:165). När det kommer in många nya SSK får USK inte tillräckligt kompetensstöd (83:333). Det finns en insikt att olika personer är bra på olika saker och detta tas tillvara genom riklig kommunikation och diskussion om arbetssätten. Genom att man rådfrågar kolleger skapas gruppsammanhållning, trygghet och gemensamma arbetssätt (25:167). Chanstagning accepteras ej (25:171). Feedback och kollegialt stöd ges även om tiden är knapp, men tidsbrist är det största hindret för gemensamt lärande och stöd (25:169). Med erfarenhet får man bättre struktur på sitt arbete och risken för fel minskar (85:238). Bristande erfarenhet, motstånd mot att kontakta och rådfråga erfaren SSK, rädsla att skapa oro hos patient kan leda till riskfylld väntan på kompetent bedömning (85:100). Det är en särskild kunskap att veta hur man kommunicerar med patienten i olika lägen (85:104). Det är mycket dilemman i vården och det är genom dem man lär sig och bygger upp sin rollbild (97:237).

*SK 25: "Man får lyssna på dom erfarna... och lära sig av dom och vi frågar ju varandra hela tiden, även dom erfarna frågar ju varandra hela tiden, hur tycker du vi gör nu och kan du hjälpa mig räkna, så räknar vi tillsammans och så att man, vi pratar ju oerhört mycket med varandra på det viset att man har varandra som back up och diskuterar hur gör vi nu och va tycker du här och kan du titta på det här åt mig, jag har ju alla olika bakgrunder och så så man är ju bra på olika saker..och det gör vi mycket..de, vi ventilerar mycket*

*så och det är väl just för att det ska vara säkert, man vill inte göra misstag...så det är bra.”*

Bra med särskilda arbetsgrupper som ansvarar för att ta fram gemensamma riktlinjer (148:227). Gemensamma vård-PM för standardiserad vård är viktigt för patientsäkerheten (66:128), men tid till detta medges ej längre (66:112). Ambulanspersonal får återkommande utbildning om hot och våld och riktlinjer för hantering av sådana situationer tas fram i teamarbete (148:225). Bra också med organisering i subteam som specialiserar sig på behandling av vissa tillstånd (ex trycksår) (100:173). Bra med särskilda funktioner såsom hygiensköterskor (83:150), liksom hygienombud på enheten (83:110-12). Bra när två personer delar på rollen som hygienombud, för det finns mycket att göra (148:298). Bra med särskild funktion som materialansvarig som presenterar nya produkter på APT (105:239-41).

Patienter tvingas lämna IVA tidigt av beläggningsskäl vilket ställer högre krav på kompetensen hos personalen på vårdavdelningarna (23:53). Vården är god för enhetens ”vanliga” patientgrupp där det finns klara procedurer som alla känner väl till och som följs fullt ut. Svårigheter med patienter utanför den egna specialiteten (66:190) och där tillgång till specialistjour saknas delar av dygnet (100:101; 108:152-ff). Sammanslagningar av enheter gör att SSK tvingas arbeta med patientgrupper utanför egen specialitet. Detta är svårt då man saknar kompetens och man ges otillräcklig kompetensutveckling och handledning/bredvidgång (84:241-ff). Det är också oönskat eftersom man vill jobba inom den specialitet man valt. En nackdel med personalomflyttningar är att man inte känner vare sig personal, patienter eller arbetsrutiner, vilket skapar otrygghet, gör det tuffare för annan personal och äventyrar patientsäkerheten (66:192-98). Personalomflyttningar till andra specialiteter kan göra att man saknar specialkunskap om den nya patientgruppen (66:190). Man förväntas utföra arbetsuppgifter man inte fått utbildning i (115:63). Man försöker själv skaffa sig kunskap genom att se någon annan utföra uppgiften och göra egna anteckningar (115:77-ff).

*SK 66: patienter är ju inte bara en stor klump utan det är ju människor som har olika behov ...informationsbehov till exempel eller planering, behov framåt, det skiljer sig väldigt mycket beroende på va man har för sjukdom och hur ser det ut och, vi som jobbar med XXpatienter vi är inte så duktiga på det här med YY och YY-rehabilitering för dom flesta har aldrig jobbat med det långsiktigt... men då ska jag då flyttas ur mitt sammanhang här till och det är ju patientsäkerhetsvidrigt helt klart.”*

Utbildning i användning av ny vårdutrustning ges men det förekommer att utrustningen tas i bruk, ibland under lång tid, innan personalen fått sådan utbildning

(105:245). Nya mediciner kommer i nya spädningar och olika spädningar förekommer för samma läkemedel (23:51). SSK informeras inte om nya mediciner utan får själva inhämta information i FASS (23:53).

Kunskap saknas om hur vissa hjälpmedel för att undvika överbelastningsskador ska användas (105:237). Utbildningar i ergonomi ges (59:38) men behöver uppdateras för att upprätthålla efterlevnad (66:146). Utbildning av nya USK genom bredvidgång med SSK är svårt och fungerar dåligt (66:114).

Personalomsättning viktig orsak till försämrad patientsäkerhet (98:155). Stort patientantal ökar behovet av ordinarie personal (100:257). Kompetensflykt leder till nyrekrytering av personal som ofta är nyutbildad och saknar erfarenhet (25:66-ff). Mycket bemanningspersonal bland läkarna försvårar SSKs arbete och leder till personalomsättning även bland sköterskorna (108:240). När många SSK är nya och oerfarna känner USK bristande tillit och dubbelkontrollerar SSKs arbete. SSK lägger själva schema och det är då viktigt att cheferna inte accepterar att två oerfarna SSK tillåts att arbeta samtidigt (83:341-345). Bästa teamsammansättning är två SSK och en USK, för då kan båda parter få kompetent hjälp (108:335-339). Negativ spiral: I en tidigare välfungerande och sammansvetsad grupp gjordes en omorganisation i standardiseringssyfte, varvid SSK delvis ersattes av USK, vilket ledde till personalflykt av SSK. Nyrekryterade SSK saknade erfarenhet och samarbete mellan SSK och USK fungerar dåligt. SSK litar inte på USK och dubbelarbete uppstår, vilket även besvärar patienterna. USK känner sig ifrågasatta och detta leder till konflikter som förstärks av att man inte känner varandra så väl. Resultatet blir personalflykt bland USK, vilket leder till ytterligare kompetensförlust. (66:88-ff). Personalflykt ger förlust av kompetens (25:66) vilket äventyrar patientsäkerheten (66:166-ff).

SK 100: *"Det har vi sagt med att ska du ha trettio patienter så okej men då får ni ju ändå liksom ha ordinarie personal för det funkar inte och bemanna en avdelning med 30% eller vad det nu kan va....personal utifrån då."*

Bra samarbete mellan USK och SSK bidrar till *empowerment* och kompetensutveckling av USK (85:254). Då är det frustrerande när det kommer nya SSK som inte vågar släppa ansvar till USK (85:266). När USK och SSK arbetat länge tillsammans vet man vad andra parten kan. När det kommer nya känner båda parter behov att kontrollera varandra (85:234; 83:333).

Bemanningspersonal saknar ibland tillräcklig kompetens (100:213) och kunskap om rutiner och patienter (100:255). Även när så inte är fallet kan de bara upprätthålla vård på basnivå (83:401; 100:213; 100:255). Rekryteringsproblem finns (108:254).

Brist på specialistkompetens hos akutläkarna kan ge felaktiga diagnoser och därmed ordinationer (100:107).

På ett sjukhus finns tillgång till hög kompetens och informationsbanker där man själv kan söka information (97:257).

**LÄK: Orealistiska resursberäkningsmodeller och kompetensanvändning**

Resursberäkningen tar inte hänsyn till vilken faktisk kompetens eller vilken tillgång till sina optimala funktioner personal har. Man räknar antal och kategoritillhörighet. Men beroende på personalens faktiska kompetens och funktion kan den faktiska förmågan att hantera vårdarbetets problem variera avsevärt och i kritiska situationer kan patientskaderisker uppstå.

*L 19.123: "jag tror att har man, har man jobbat länge så har man kanske mer lagt det bakom sig den här unga osäkerheten och tycker mer att ett huvud är ett huvud och då kan man placera det lite hur som helst" .*

**SSK/USK: Kontakter med andra öppnar för förändring och lärande, men kräver tid och tillit**

Motstånd mot förändring förekommer (118:277). Omorganisation öppnar ett fönster mot utveckling, innan bestämd praktik etablerats. Man ser då sådant som inte fungerar bra och kan reflektera tillsammans (115:305). Uppmärksamhet och öppenhet för nya hjälpmedel är positivt. Kontakt med andra avdelningar ger kunskapsöverföring (118:261; 118:307; 100:219; 148:334; 97:187; 16:195). Information om rutiner vid andra enheter kan bryta motstånd mot förändring i den egna enheten. Det finns behov att diskutera och komma överens om gemensamma förhållnings- och arbetssätt, men tiden saknas ofta (25:90, 25:98). Att en fråga diskuterats mycket betyder inte att man ändrar sitt beteende (83:214-15). Initiativ att utveckla PM är bra för vården och för att involvera olika professioner i utvecklingsarbetet. Detta kan även underlätta anpassning mellan grupper vid omorganisering, men det förutsätter stöd från chef. Lärande sker genom ständiga samtal i vardagen (148:171). Reflektion i grupp över dagens händelser, ex. genom frekventa men korta möten, genererar idéer till förbättringar (97:134; 23:69). Tidsbrist är en fiende och om någon inte kan delta i mötena finns risken att de inte blir av alls (97:136). Viktigt att kollegerna är beredda att ompröva sitt arbetssätt när man kommer med förändringsförslag (115:297). Man fungerar som varandras förebilder (148:169). Introduktionen av ny personal är ofta bra, men kontinuerlig utbildning eftersatt (66:146; 85:54). En del händelser tas upp till reflektion i gruppen vid rapport, men ofta tar man bara upp händelsen med en enskild person och då sker inget organisatoriskt lärande (97:38). Kan vara svårt diskutera misstag öppet. Systematiska samrådsmöten mellan olika enheter är bra för lärandet över gränser (148:234). Föränderlig teamsammansättning

(148:175) och kolleger som kommer utifrån motverkar hemmablindhet (115:299). Kunskapsutveckling genom bra samarbete med rehab (59:62; 10:106; 2:46). Samrådsmöten mellan fack och arbetsgivare gör att många kommer till tals (148:316). Arbetsmiljöromd uppmärksammar vissa problem (23:147) men genomförs bara om chefen driver detta.

SK 115: *"Eftersom det är en sån ny arbetsplats om man säger, vi har inte riktigt hamnat i våra fack så utan det är lite flytande fortfarande och det är nu förändringarna, under detta året som....man kan ju....."detta fungerar ju inte så bra, hur ska vi göra istället?"Du vet såna här flödes analys och allt vad det finns, värdeanalys och.....då kan det va bra".*

### **LÄK: Kunskapsnivån hos vårdpersonalen**

Individnivån: Kunskapsbrister hos vårdpersonal kan bidra till sämre säkerhet för patienter

Bristande kunskaper kunde bidra till riskexponering för patienter. Det kunde handla om otillräcklig medicinsk kompetens eller bristande kunskap om vådrutiner och administrativa rutiner. Otillräcklig kunskap/information om den enskilde patienten och dess behandling kunde också bidra till felmedicinering eller felaktiga ingrepp.

Kunskapsbrist på den individuella nivån förklarades med en mängd förhållanden: Otillräckliga satsningar på vidareutbildning och att oerfarna läkare gavs för stort ansvar nämndes. Sådana problem kunde förklaras av önskan att spara pengar, personalbrist, personalomsättning.

Men även högspecialisering förknippades med en form av kunskapsbrist, nämligen otillräcklig information om patientens hälsoproblem i ett helhetsperspektiv.

Individnivån: Att ha, inhämta och dela med sig av kunskap kan bidra till bättre säkerhet för både patienter och personal

God medicinsk kunskap hos den som vårdar en patient var viktig. Förmågan att hålla sig uppdaterad i medicinska frågor var då fördelaktig, bland annat för att läkaren skulle kunna ta initiativ till utveckling på sin enhet. I situationer av våld och hot från patienter eller anhöriga var den individuella läkarens, inte minst seniora läkares, auktoritet och sociala skicklighet av betydelse för säkerheten. Givetvis var läkarens individuella kunnighet också en fråga om satsningar på vidareutbildning av personalen.

Den enskilde läkarens motivation och förmåga att dela med sig av sin kunskap kunde också främja säkerhet. Detta gällde inte minst seniora och mer erfarna läkare.

Lokal organisationsnivå: Lokalt lärande baserat på erfarenhet



I intervjuer berättade läkare om erfarenheter av att man på olika systematiska sätt verkade för att sprida erfarenhet och kunskap som fanns i eller utanför verksamheten. Det handlade om samtal kring intressanta fall och ny kunskap samt även frågor kring organisering. Sådan aktivitet kunde ha en regelbunden struktur. Även mer informell praxis var fördelaktig i de här avseendena.

Mer erfarna läkare kunde ha en viktig funktion när det gällde att förmedla kunskap om ovanliga tillstånd. Rutiner som möjliggjorde kontakt med pensionerade kollegor kunde då vara bra. Hit hörde också att kontakterna med jourläkare fungerade effektivt och att de senare välkomnade att bli konsulterade även på mindre bekväma tider.

Till temat hör också kontakter med andra sjukhus för att ta del av deras erfarenheter samt systematiskt samarbete med primärvården för att till denna överföra specialistkunskap och erfarenhet.

Allmän organisationsnivå: Otillräcklig satsning på kompetensförsörjning bidrar till risker för patienter och personal

Säker vård krävde att patienten vårdades av personal med i situationen adekvat kompetens. Stresspåverkan skapade som sagt problem i detta avseende. Andra, komplementära, orsaker som nämndes hade att göra med otillräcklig kunskap och erfarenhet hos personal. Mer specifikt berättade man om att operationer kunde utföras av alltför erfarna läkare utan tillräckligt stöd från jour eller handledare, att ny utrustning användes utan adekvat utbildning eller träning, att yngre läkare inte utbildats tillräckligt om vikten av och osäkerheten runt läkemedelsdokumentationens validitet, bristande samordning mellan vårdorganisation, specifikt att erbjuda mer högspecialiserad vård, och åtgärder för att säkerställa motsvarande kompetensnivå hos personalen. Det nämndes också att kompetensöverföringen mellan olika led i vårdkedjor, såsom specialist- och primärvård, var eftersatt p.g.a. resursbrist.

Det faktum att den medicinska kunskapen hela tiden utvecklas och växer ställde ökande krav på kompetensförsörjning/utveckling. Utvecklingen leder också till tilltagande specialisering därför att det finns gränser för individens förmåga att inhämta och bära kunskap. Kompetensförsörjningstemat hade alltså kopplingar till vårdens organisationsstruktur.

Läkarnas kompetensutveckling kunde bli eftersatt på grund av personalbrist, tidsbrist samt brist på ekonomiska medel. Akuta prioriteringsproblem, att läkare tvingades arbeta med logistik och vårdplatsplanering, ingen kompetensutvecklingsbudget respektive att ersättare ej sattes in för personal som utbildades, vad några bakgrundsfaktorer som nämndes.

I intervjuerna nämndes också att ST-läkare användes för att fylla ut luckor i bemanningen på ett sätt som gjorde att Socialstyrelsens anvisningar för ST-utbildning kringgicks. Därmed skulle specialisläkare kunna komma att ha sämre faktisk kompetens än vad titeln i mer formell mening kunde antas betyda. Vidare nämndes att vårdorganisationen i kombination med ST-utbildningens uppläggning (som ju speglar vårdorganisationen) gjorde att unga läkare aldrig fick uppleva betydelsen av att relatera till patienter som personer snarare än organ(system) och specifika funktioner.

Brist på eller bristande planering av tid för att lära sig använda ny utrustning gör att personal kunde vara närvarande vid operationer endast som observatörer. Syftet var då att lära sig ny utrustning. Infektionsrisk förknippades med detta.

Koppling fanns här även till hur man definierade resurstillgången vid en enhet. Man kompenserade inte resursmässigt för personal som var upptagen av utbildningar.

### **SSK/USK: Kognitiv överbelastning, splittring och stress motverkar säkerhet**

Kognitiv överbelastning, splittring och stress ger risk för misstag (84:131; 10:104), såsom felmedicinering (23:51; 108:108), ex. genom att SSK glömmet signera läkemedelslistan och patienten därför får dubbel dos (100:61). Medicindelning görs ibland öppet ute i enheten, där störningar är vanliga, och ej i avskilt rum (100:77; 108:112). Även om den sker i avskilt rum respekteras inte stängd dörr (83:24). Dörren lämnas avsiktligt öppen, och om flera SSK delar medicin samtidigt pågår samtidigt samtal mellan dem. Dosad medicin underlättar och stärker säkerheten (108:118). Krav på SSKs uppmärksamhet från olika håll (108:409). Detta fungerar inom vissa gränser men blir det för mycket kan fel uppstå. Mental stress är ett mer påtagligt problem än fysisk belastning (72:174). Stressande när en boende larmar på personlarmet men man är upptagen med en annan boende (10:92). Oro att göra fel skapar stress (25:36). Dementa som kommer i konflikt med andra patienter skapar stress för personalen (10:90). Arbetsbelastningen är hög vilket bidrar till konflikter i arbetsgruppen (115:287-93). För SSK att framhärda i följsamhet till regelverk gentemot läkare innebär hög press (115:153). Friska (BB) patienter kan lägga hög press och ha bristande förståelse för personalens arbetsvillkor (85:174). Stress kan orsakas av konflikter mellan (dementa) patienter (10:90).

*SK 84: "Fram på dan så kan det vara en fem och du ska sätta nålar, du ska ta prover och så. Och så ska man starta droppen också så att.....då är det ju lite.....då är det ju lite på varje.....nästan varje.....eller går emellan dom eller så då. Oftast är du inte så stressad men den dan minns jag också, då hade vi en...en kille som var lite... besvärlig. Men då var det lite mer pyssel kanske*

*där.... Men sen kommer det ju ibland nån som kommer och frågar och..... det ringer i telefonen ibland och så med.”*

*SK 100: ”Ja läkemedels hantering, det har jag vart med om några gånger också. Patienter både har fått fel läkemedel, kanske inte fel läkemedel för.....sig då eller liksom, dom kanske är ordinerade dom här läkemedlen men dom har fått dom vid fel tidpunkt eller men även att dom har fått.....ja dubbla doser kanske, att en sköterska har vart och delat ut medicinen och gett patienten och sen inte signerat i våran läkemedelslista.”*

Överbelastning (85:166), splittring och övertid pressar personalen hårt (2:120; 108:106; 66:156), ex. finns inte tid att äta (108:409; 108:333), att ta rast (1:75), skapar sömnstörningar (108:353), bristande arbetstillfredsställelse (115:157), fysiska smärtor, att man tar risker för egen del (10:86) och även genvägar med patientsäkerheten (1:69), personalomsättning, bristande personligt ansvarstagande ex. för ordning och reda (100:87). Man har svårt att koppla bort jobbet på fritiden (66). Ibland ger underbemanningen en känsla av katastrofläge (97:183).

*SK 97: ”Och sen stress över huvud taget.....man.....vi hade inte en rast på hela sommarn och särskilt inte kvällar och helger, kanske nån gång på dan vi hann och sätta oss.....för att vi tog mat i farten.....hela tiden. Pulsen va väl i två hundra, det tog ju ett tag innan man kom hem innan den hade gått ner och så. Så att.....och det va ju katastrof... Men det va... det är patientsäkerhet naturligtvis i allra högsta grad också.”*

Stress ökar risken för fel (84:291), ex. felmedicinering (57:36; 57:44; 108:77). Stress ökar även risken att skada sig själv ex genom stickskadorna (85:176), och stickskadorna skapar stress (148:189).

Arbetsförhållandena i vården gör att få söker sig till USK-yrket (2:14).

### ***LÄK: Stress som risk för patienter och personal***

Individnivån: Funktionspåverkan på grund av stress bidrar till sämre säkerhet för patienter och personal

Okoncentration, minnesstörningar, bristande uppmärksamhet och noggrannhet bidrog till misstag vid läkemedelshandling, identifiering av patienten, dokumentation samt medicinska bedömningar och skapade därmed risker för patienterna. Kognitiv funktionsnedsättning och energibrist p.g.a. stress och trötthet förekom som förklaring till dessa risker. Risken för personalskador p.g.a. skär- och stickskadorna respektive infektioner hade också samband med stresspåverkan. Stressen uppfattades i sin tur vara betingad av kvantitativ belastning i kombination med läkararbetets krav kognitivt, emotionellt och

socialt. Påverkan kunde bli särskilt kritisk i samband med långa arbetspass och nattarbete samt extraordinära akuta situationer.

*L28.39: "Att man uppfattar det, det är jag, jag måste göra göra nåt åt det sen kan man naturligtvis glömma av eller man...det går för fort eller..."*

*L8: "Det va en stressande situation där [en patient] va dålig och /.../ [patienten] försökte jag lägga in på en avdelning där det fanns mer kompetenta systrar och fick alltså då själv ringa runt på tre, fyra avdelningar upprepade gånger för ingen svarade. Dom avdelningen hade ingen plats /.../ fick jag då snabbt ordinera den här medicinen/.../ Sen har jag.....va det då en syster som frågade mig "ska det vara så mycket?" Och då sa jag första gången "ja, ja" för jag hade räknat två eller tre gånger men tittat fel i det här PM. Och sen frågade hon då en gång och så blev ja ändå, när hon frågade tänkte, räknade jag en gång till och sen tittade jag även en gång till i det här PM:et och då upptäckte jag det men då hade man redan påbörjat infusionen".*

Individnivån: Personalens stresstålighet/villighet att acceptera hög belastning kan i det korta perspektivet förbättra patientsäkerheten

Som en följd av att stresspåverkan och hög belastning förekom och kunde innebära risker, var individens förmåga att fungera under stress relaterad till säkerheten för patienterna. Och i och med att information, dokumentation och utredningar var viktiga för patientsäkerheten kunde denna bli beroende av individuella läkares möjlighet och villighet att arbeta ikapp med sådant på övertid som inte alltid blev kompenserad. På motsvarande sätt kunde läkares uppdatering av de medicinska kunskaperna ibland bli beroende av villighet och förmåga att göra detta på fritiden

*L 28.166: "Så då har jag börjat en timme tidigare varje dag för att försöka hinna ifatt det här"*

*L 23.19: "...patientsäkerheten lider med den bemanningen vi har här men [vi har] alltså aldrig fått gehör för detta och nu, nu försöker vi att göra så gott vi kan men alltså jag tycker ibland synd om, om, om syrrorna här"*

Individnivån: Accepterande av egna skaderisker är del i läkares yrkeskultur och bidrar till risk för både personal och patienter

Läkare hade uppfattat att det fanns normer inom läkarkollegiet som innebar att man helt enkelt skulle acceptera de risker för egna skador som yrket innehöll. Det kunde handla om såväl fysiska skador som skador relaterade till stresspåverkan. Endast allvarigare skador eller tillbud skulle förtjäna att tas på allvar och anmälas. Dessa normer

hade också samband med tendensen att ta medicinskt (för patienter) såväl som arbetsmiljömässigt diskutabla förhållanden, såsom långa arbetspass med nattarbete samt stort ansvar i förhållande till erfarenhet, för givna. Dessa normer förmedlades under läkarutbildningen och förstärktes och blev till rutiner när man började arbeta som läkare på sjukhusen.

*L9.133: "Och när man pratar om det så är det som ..."sluta mesa dig nu, du är läkare för fan"*

Lokal organisationsnivå: Högra prestations/produktivitetskrav och begränsade kontrollmöjligheter bidrar till stress och negativ funktionspåverkan

Tidsbrist framhölls i intervjuerna som en orsak till en mängd för patient- eller personalsäkerheten riskabla förhållanden eller processer. Tidsbristen uppstod när låg bemanning, orsakad av neddragningar eller personalbrist, sammanföll med högt patienttryck och en arbetsutformning för läkare vilken innefattade administrativa uppgifter och akut vårdplatslogistisk problemlösning. Sådana förhållanden kunde tillhöra normaltillståndet och blev särskilt kritiska vid belastningstoppar. Kritisk belastning kunde vara särskilt sannolik vid akutenheter och vid högspecialiserade enheter som var slutpunkter i vårdkedjor och där man inte kunde remittera patienter vidare.

Tidsbristen skapade prioriteringskonflikter, mellan akuta och mindre akuta uppgifter liksom mellan patientkontakt och administration, och orsakade stress hos läkarna. Stressen ledde i sin tur till negativ kognitiv funktionspåverkan som ökade risken för felhandlingar och felbedömningar. Tidsbristen och stressen bidrog också till att samarbete och ömsesidigt stöd mellan vårdpersonal fungerade sämre. (Eftersom bra samarbete mellan vårdpersonal kunde vara kritiskt ur patient- såväl som personalsäkerhetssynpunkt uppstod här utrymme för risker.)

Mer specifikt berättade läkarna om hur tidsbrist och stressrelaterad funktionspåverkan bidrog till ofullständiga utredningar, misstag i hanteringen av provsvar, remisser, läkemedelsordinationer, läkemedelsdokumentation och annan journalföring. Vården var beroende av flera olika informationsmedia (se nedan). Tidsbrist kunde medföra att endast IT-baserad information hämtades in och att man alltså missade viktig information.

Den stora arbetsmängden bidrog vidare till att läkare inte engagerade sig i utvecklingsarbete. Tidsbristen bidrog också till att läkarnas vidareutbildning, i form av traditionella utbildningar liksom i form av systematiskt lärande utifrån erfarenheter, blev eftersatt. Därmed ökade risken för att patienten inte möttes av bästa möjliga kompetens.

Tidsbristen bidrog också till att avvikelser och observerade säkerhetsrisker inte blev rapporterade eller på annat sätt kommunicerade.

Tidsbrist och stress var en orsak till upplevelser av minskad trivsel och stimulans i arbetet. Kombinationen av tidspress och långa arbetspass kunde, förutom akut kognitiv och social funktionsnedsättning, leda till dålig återhämtning. Stressen var således en riskfaktor även ut personalsäkerhetssynpunkt.

*L31: "Tidsbrist är ju en väldigt avgörande faktor för mycket av det vi pratat om, detta med genomgång av aktuella ordinationer och läkemedelslistan och provsvar. Och informationsöverföringen också faktiskt. Det är oerhört centralt tidsbristen"*

*L30.28: "vi kan ju inte föra logg, alla remisser alla analyser och som vi beställer är fullständigt omöjligt, det går ju hela tiden ut på att man beställer en undersökning så förväntar man sig ett svar. Man kan inte föra privata arkiv över alla"*

#### Lokal organisationsnivå: Läkares arbete med vårdplatsanskaffning och administration bidrar till risk för patienter och personal

Som nämndes ovan var mångfalden av uppgifter för läkarna en källa till tidsbrist, stress och eftersatt medicinsk fortbildning. Man berättade om att planeringen av läkares arbetsmängd inte tog hänsyn till att de inom vissa verksamheter måste lägga tid på vårdplatsplanering och platsanskaffning. Vidare att registrering och dokumentation tog stor del av deras arbetstid vilket bidrog till att patienter fick vänta längre på att träffa läkare.

*L28.69: "...och den tid vi har upptas väldigt mycket av det som är just det här...logistik tänkande. När jag nu tittar efter hur mycket av min arbetstid som tas upp av ren medicinsk fortbildning, diskussion kring kärnämnen, kärnan i det hela nämligen hur hanterar vi dom här åkommorna och alltså informationsöverföring att lära sig mer om saker och ting, så har det blivit en extrem marginalisering av den delen"*

*L24.215: "Man har tagit bort administration, det finns ingen administration på schemat liksom utan det, det får man göra på obefintlig tid, provsvar och sånt det får man göra...Det finns liksom ingen schemalagd tid för det"*

#### Lokal organisationsnivå: Schemaläggning och arbetstider som bidrar till risk för patienter och personal

En tematik berörde schemaläggning och planeringen av läkarnas arbetstid. Det handlade om långa arbetspass och nattarbete som försämrade läkarnas återhämtning och skapade negativ psykisk funktionspåverkan vilken i sin tur ökade risken för misstag och

felhandlingar som kunde drabba patienter såväl som läkarna själva. Stressen och återhämtningsproblemen innebar hälsorisker för personalen.

Ett specifikt problemområde som läkarna berättade om var hanteringen av formell övertid och arbete utöver ordinarie arbetstid. På grund av för små personalresurser förekom sådana arbetstider systematiskt och det kunde av samma anledning vara mycket svårt att kompensera sig genom ledighet. Läkare menade också att det förekom mycket oregistrerat merarbete. I samband med direktiv om att undvika formell övertid anpassades inte produktionskraven, varför tidspressen ökade.

Ett annat specifikt problemområde var att planeringen av läkarnas arbetstid och arbetsmängd inte tog hänsyn till alla de uppgifter de i praktiken var tvungna att utföra, exempelvis vårdplatsanskaffning.

*L 24.206: " Under två års tid tog jag nästan inte ut någon komplidighet för det fanns liksom schemamässigt men kände inte att det fanns några utrymmen och göra det. Enorma berg och sen så genereras det övertid och den bara försvinner liksom och...då känner man ju det här, det är ju liksom överbelastning, sjukskrivning nästa steg"*

#### Lokalt ledarskap: Chefer som sätter mål och gränser för att motverka överbelastning på sin personal

När individens ambitioner orsakar stor arbetsinsats är det ur risksynpunkt fördelaktigt om chefen kan gå in och styra upp målnivån i stället för att lägga över ansvaret på individen. Andra aspekter av ledarskap var att se till att komplidighet ("plusflex") verkligen tas ut. Detta kunde ske i samband med läggningen av läkares scheman. När läkare låg efter med dokumentation eller var splittrad kunde chefen aktivt styra upp läkares planering genom att sätta av tid för att jobba ikapp respektive planera för en mindre splittrad arbetssituation.

*L28.170: "... då är frågan, var går gränsen mellan att man inte kan organisera sitt jobb bra och när det är för mycket så att ingen annan hade klarat att organisera det på ett bättre sätt /.../eller när kan man tycka att det är bra nog eller den som är så fruktansvärt noga så han kan liksom inte släppa ifrån sig det"*

*L28.176: "...då måste ju också chefen gå in i och se "vad är det för jobb det gäller, var det faktiskt tillräckligt bra"?"*

Lokal och allmän organisationsnivå: Svagt ledarskap och svaga rutiner för stressprevention och hantering av psykiska skaderisker konserverar riskabla förhållanden för personal

Erfarenheten, att systematiska och/eller professionella insatser, liksom utbildning, för att hantera psykiskt traumatiska händelser (hot och våld respektive allvarliga misslyckanden i vården) saknades, var ett tema som dök upp i relativt många intervjuer. Läkarna blev beroende av kollegialt stöd. När det gällde risker relaterade till stress och psykosocial arbetsmiljö var erfarenheterna likartade. Det handlade om brist på systematik och om individualisering av ansvaret för sådant som hantering av övertid, återhämtning efter högbelastande episoder, avvägningen mellan medicinsk kvalitet och hur snabbt man skulle arbeta.

*L9.123: "Det finns ingen respekt för medarbetaren, det finns inget stöd för medarbetaren/.../ [Hon har] sett ganska groteska saker. Psykiska patienter som har skurit sig i halsen hela vägen ner...handleder och hon får inget psykologiskt stöd utan... kör på, ut därifrån och köra på igen."*

*L14.74: "Ja inom läkargruppen så har vi ju egentligen inget sånt fast forum för det men jag vet att vårdpersonalen för övrigt kan ha som en sån här, vad heter det? Ja nu har jag tappat ordet"*

Lokal organisationsnivå: Kollegialt stöd i samband med psykisk belastning minskar risker för personalen

Läkarna berättade om hur bearbetning och hantering av akut stressande situationer såsom allvarliga misstag/anmälningar samt incidenter med desperata, aggressiva eller våldsamma patienter/anhöriga, blev beroende av arbetskamrater och seniora kollegor, då rutiner för sådan bearbetning/hantering saknades. Likaså beskrevs förmedlingen av erfarenhet och kunskap, när det gällde risker relaterade till desperation och aggression, byggde på muntlig trädning och individuell erfarenhetsuppbyggnad.

*L23.55: "Man sätter sig efteråt och försöker bearbeta vad som hänt och sen i behov om det va nu en väldigt omtumlande situation eller till och med ett dödsfall eller så att man sen säger okej då, då dricker vi kaffe om två dagar igen eller så men alltså det finns inga formella grejer/.../det är tur att det är så att, att vi är ett gäng där det funkar helt enkelt va, men alltså det finns inga...alltså inga formella stresshanteringshjälpmedel "*

Lokal organisationsnivå: Buffertresurser i kritiska situationer kan balansera risker på grund av allmän resursbrist

Läkare berättade om hur kritiska situationer kunnat undvikas eller hanteras tack vare tillgången till buffertresurser i form av personal samt lokaler (hantering av smitta). I det



förra fallet handlade det om läkare som ryckte in i vården på sin administrationstid då belastningstoppar uppstod eller på annat sätt hade möjlighet att rycka in genom egna omprioriteringar. Konsekvens blir då att det nedprioriterade måste ges en ny plats i tiden vilken måste skaffas, givetvis helst utan att orsaka andra prioriteringsproblem och stress.

*L37.138: "det är innan helgen det är speciellt....det har blivit att patienter kommer ibland till luckan här och ber om vård. Och sen ringer dom från andra kliniker eller från vårdcentralen och det blir överbelastat här. Men vi brukar att lösa den...att be om hjälp från andra kollegor som har möjlighet att ta patienter"*

#### Ledarskap och lokalt samarbete för att motarbeta och balansera överbeläggningar

Överbeläggningar var säkerhetsproblem för patienter såväl som för personal. Läkare berättade om hur överläkare och enhetschefer kunde bidra till bättre förhållanden genom att aktivt motarverka överbeläggningar, exempelvis genom att vägra ta emot fler patienter. De kunde också vara aktiva i att utveckla samarbete mellan enheter för att hantera och balansera överbeläggningsproblem och därmed sammanhängande belastningsproblem.

*L14: "Ja det kan innebära till exempel att vi inte tar hit patienter från intensivvården eller från neonatal eller att vi i värsta fall får stoppa intag av nya patienter då från väntelista...för att det inte finns nån kapacitet och det är grunden då för att upprätthålla patientsäkerheten egentligen".*

#### Allmän organisationsnivå: Underbemanning och platsbrist skapar risker för patienter och personal

Vid belastningstoppar sattes systemet på prov och det var i synnerhet då som risker kunde utlösas på grund av att rutiner inte kunde följas eller att personalen blev stresspåverkad och kunde göra misstag. Systemets säkerhetsmarginaler var för små.

*L9: "hon grät va och hon hade inte hunnit äta nånting eller gå på toaletten....och då fick vi verkligen.....och hon säger att "så är det när trycket ökar, då hinner man inte med nånting annat", då är man så pass effektiv, då ska man va.....det är ju det dom har gjort, dom vill helst att folk inte ska sitta och rulla tummarna så dom har låg bemanning och när det blir toppar på belastningen så tvingar dom då personalen att jobba över sin kapacitet."*

Platsbrist orsakade överbeläggningar och ökade kraven på personalen ledde till minskade resurser per patient och kunde också skapa risker för de patienter som måste avvisas, som hamnade i köer eller som skrevs ut för att frigöra platser. Platsbristen drev

fram hårdare bedömningar av patienters vårdbehov och ökade pressen på personalen. Grunder för problemen är omfattningen av vårdbehov och vårdefterfrågan samt tillgången till personal och infrastruktur. Inte minst de senare aspekterna styrs av beslut och prioriteringar på högre nivåer inom vårdsystemet och på den politiska nivån.

*L28: "/.../ man trycker in mer och mer inom en förutbestämd ram och nånstans så är det någonting annat som måste puttats ut nånstans och det kan ju va, det kan ju vara [att], försöka förstå....vad står det här labvärdet för och vad handlar det om? Hur ska jag göra i nästa steg i .....utredningen? "*

Allmän organisationsnivå: God bemanning och små enheter underlättar samarbete och bidrar till lägre stressnivå

Mindre enheter och god bemanning bidrog till lägre stressnivåer, underlättade samarbete, bidrog till engagemang och trivsel, minskade hierarkier, gjorde att läkaren kunde ägna mer tid åt varje patient, både avseende bedömning och behandling. Sådana förhållanden gjorde det också lättare för läkaren att ta ansvar för patienten i ett helhetsperspektiv. Låg personalomsättning bidrog också till det senare genom att läkarkontakten kunde bli mer långsiktig och kontinuerlig samt till smidiga kontakter mellan olika läkare.

När tillgången på personal är god underlättas också kompetens- och erfarenhetsöverföring mellan kolleger och personalkategorier.

Sådana här goda förhållanden kunde vara mer sannolika på enheter där vårdens inriktning var relativt smal och till sin natur relativt lätt att planera.

*L28: "Det är en liten enhet, den är inte så stor. Man försöker väl att motverka allt för överdrivna hierarkier. Att alla ska kunna umgås någorlunda i en grupp tillsammans, kunna fika tillsammans, man känner att man jobbar tillsammans. Och då kanske man skapar en känsla av gemensamt ansvarstänk ändå."*

## **Rutiner, procedurer - Sammanfattande beskrivningar av underteman**

**SSK/USK: Goda rutiner och vaksamhet skapar säkerhet. Bristande procedurer skapar oklarhet och risker. Illegitima krav och skuld skapar kringgående procedurer och motverkar synliggörandet av risker**

*I grunden finns goda rutiner. Regelefterlevnaden varierar mellan grupper och för olika typer av risker. Förbättring har skett inom vissa områden. Särskild vaksamhet*

*tillämpas på personer med fallrisk genom såväl formella som informella rutiner och procedurer. Bra med time in och time out i samband med operation, men oklart vem som har ansvar för att ta initiativet. Vid arbete i ambulans är det viktigt att tänka proaktivt för att undvika risker under färd.*

*Tidsbrist och skuldkänslor motverkar rapportering av avvikelser och arbetsskador vilket gör att problemen glöms bort och inte synliggörs. Faktiska skador liksom allvarliga och upprepade avvikelser rapporteras. Avvikelser som åtgärdas snabbt rapporteras inte. Närmaste chef hinner ofta inte hantera avvikelse rapporter som avsett och personalen saknar feedback, vilket minskar motivationen att rapportera. Endast allvarligare arbetsskador rapporteras. Omfattande utredningar vid stickskador gör att man avstår från att anmäla. Rapport om arbetsskada leder sällan till åtgärd.*

*Brister i kommunikation och dokumentation. Det saknas gemensam strategi för användandet av datoriserat journalsystem på olika enheter. Otillräcklig kännedom om vem som har ansvar för att sätta ut mediciner i samband med operation, och medicinlistor är otillräckligt uppdaterade. Oklarhet i ansvarsfördelningen i SSKs skiftbyten om vem som signerar i läkemedelsmodulen i journalsystemet. Behovet av informationssäkerhet då uppgifter om patienter lämnas ut per telefon står i konflikt med behov av smidig informationshantering till behöriga.*

*Riktlinjer som får oönskade etiska konsekvenser och som därför inte upplevs som etiskt legitima hanteras genom kringgående procedurer. Detta förstärks av sanktioner, och gör även att resursbrister osynliggörs.*

*Ibland ger USK vid-behovsordinerad medicin utan att inhämta godkännande av SSK. Då signerar inte läkemedelsanvändningen i journalen. Språksvårigheter kan vara en orsak till att man undviker att kontakta SSK per telefon (Äldreomsorg).*

*Tar ofta tid att få tag i medicinjouren på natten för att ge lugnande medicin.*

*Saknas tillräckliga rutiner för förebyggande och hantering av hotfulla situationer.*

### **LÄK: Rutiner och avvikelshantering**

*Vårdrutiner bidrog till säkerheten i situationer då de upplevdes som motiverade och lämpliga, genom att balansera individuella tillkortakommanden. Rutiner som däremot var sårbara för stress, som var otydliga, komplexa eller motsägelsefulla, okända eller upplevdes som omotiverade kunde däremot skapa skaderisker. Läkare ifrågasatte om rutiner löser säkerhetsproblem relaterade till trötthet och kompetensbrister och det nämndes att följsamhet med framför allt administrativa rutiner kräver arbete för vilket tid inte avsattes i planering och schemaläggning.*

*När det gällde rutiner för avvikelshantering berättade läkare om brist på återkoppling på inlämnade rapporter; man visste inte vad som hände med dem. Detta gällde inte minst rapporter kring personalskador som man ansåg betraktas som något normalt. Stressproblematik individualiserades i termer av dålig organisering av det egna arbetet.*

*Man uppfattade individuell skuldbeläggning i stället för kritisk granskning av och åtgärder inom organisering och resurstilldelning. Men det fanns även berättelser om när avvikelserapporter hanterats på en sätt som man upplevde som konstruktivt, utan skuldbeläggning.*

## **Procedurer och rutiner - Fullständiga beskrivningar av underteman**

***SSK/USK: Goda rutiner och vaksamhet skapar säkerhet. Bristande procedurer skapar oklarhet och risker. Illegitima krav och skuld skapar kringgående procedurer och motverkar synliggörandet av risker***

I grunden finns goda rutiner (72:182). Vissa enheter har hög följsamhet till hygienregler (83:100). Läkarna har ibland lägre följsamhet till hygienregler än SSK/USK (83:116). Regelefterlevnad viktigt, men graden av följsamhet är olika för olika typer av risker: bristande hygienrutiner vid vissa moment (148:10; 25:151), men noggrannhet med procedurer för att undvika kemiska hälsorisker (25:149), blodsmitta (148:191), för bältning av patient i ambulans (148:145). Förbättring har också skett inom vissa områden (105:142).

Tidigare bristande identitetskontroll i samband med provtagning, men man tar lärdom av tidigare misstag (72:125).

Svårt hinna rapportera avvikelser (66:26; 25:116) och arbetsskador (25:116) och då synliggörs inte problemen för ledningen (66:214; 25:124). Rapporterar man inte genast är det svårt att komma ihåg (97:78) och hålla isär händelser (66:216). Allvarliga händelser rapporteras (97:58), liksom avvikelser som inträffar upprepade gånger (84:61). Vissa typer av risker rapporteras (blodsmitta) (105:308). Endast faktiska skador rapporteras i Medcontrol (66:26). Tillbud, eller risker som åtgärdas snabbt, rapporteras inte (97:60). Cheferna trycker på för att man ska rapportera avvikelser (100:189) men närmaste chef hinner inte hantera avvikelserapporter som avsett (100:197; 84:69) och man får ingen feedback (66:46; 25:128; 84:65). Bristande återkoppling på rapporter till Medcontrol, ex. avseende åtgärder man föreslagit, minskar motivationen att rapportera (100:189; 66:32).

SK 66: *”Ja i den bästa av världar gör man väl Medcontrol, men dom flesta av oss hinner nog inte riktigt med det, i det dagliga arbetet, därför att det är så, många gånger upplever vi nog att vi hinner inte, utan det är när det är riktigt stora saker som man, man sätter sig ner och sammanfattar i en Medcontrol.”*

SK 25: *”Det är sällan vi hinner skriva dom[arbets-skaderapporter och avvikelserapporter] också...det är inte alltid vi gör det, det borde man göra mycket mer.”*

Viktigt att alltid rapportera arbetsskador (118:245). Arbetsskada rapporteras bara vid allvarligare skada. Omfattande utredningar vid stickskador gör att man avstår från att anmäla (23:141; 23:57). Utredningarna omfattar även besvär för patienten och bidrar till att man avstår (23:143). Rapport om arbetsskada leder sällan till åtgärd (59:82).

Våra främsta brister är kommunikation (97:138) och dokumentation (97:94). Det saknas gemensam strategi för användandet av det elektroniska patientdatasystemet på olika enheter (97:102; 97:106). Mycket viktigt att medicinlistor uppdateras, men det finns många problem med detta (66:12-14). Oklarhet mellan narkosläkare och operationsläkare om vem som har ansvar för att sätta ut mediciner i samband med operation. Formell ansvarsfördelning finns men alla läkare känner inte till den (84:145-ff). Viktigt att statusrapport i det elektroniska patientdatasystemet är uppdaterad vid SSK-skiftbyte (97:64). Skuld bidrar till att avvikelser inte rapporteras. Viktigt att upprätthålla disciplinen att inte nonchalera ringningar även om man misstänker överutnyttjande (16:207-11).

Oklarhet i ansvarsfördelningen mellan SSK-skift avseende vem som signerar i läkemedelsmodulen: medicindelande eller –utlämnande SSK (115:19; 100:63).

SK 97: *”Det handlar väl också om kommunikation, dokumentation. Ja, kommunikation, att vi känner att det blir saker som missas...för att, vi måste sätta oss och prata igenom så att vi...också att vi har mycket patienter som kanske behöver väldigt behov av...samma typ av strategi.... Och då det här att man pratar ihop sig...”*

Bra med *time in* och *time out* (118:349), men oklart vem som har ansvar för att ta initiativet (118:357-ff).

Man har särskild vaksamhet på personer med fallrisk (57:60; 105:148-152; 66:54). När fall inträffar gör man en egen analys av orsaken och försöker förebygga upprepning. Försiktighet tillämpas med insomningstabletter för att minska fallrisk (66:58; 66:68).

Rutiner för att förebygga fall: ankomstsamtal, dokumentation, iakttar patienten, utvecklar andelningsegna rutiner för att underlätta bevakning av fallriskpatienter, tar upp fallriskpatienter vid rapporter (66:48), arbetar två och två (66:56), analys av händelser för att förebygga bättre (66:58).

Riktlinjer (ex. vårdgarantin) som får oönskade etiska konsekvenser och som därför inte upplevs som etiskt legitima hanteras genom kringgående procedurer. Detta förstärks av sanktioner, och gör även att resursbrister osynliggörs (23:177-ff).

Otillräcklig informationssäkerhet då uppgifter om patienter lämnas ut per telefon, men samtidigt är smidig informationshantering viktig (72:216-ff).

Viktigt att tänka proaktivt vid arbete i ambulans (ex. att innan avfärd med ambulansen sätta kateter och tänka igenom vilken utrustning man kommer att behöva under färd) (148:159; 148:167).

Ibland ger USK vid-behovsorderad medicin utan att inhämta godkännande av SSK. Då signeras inte läkemedelsanvändningen i journalen. Språksvårigheter kan vara en orsak till att man då inte kontaktar SSK per telefon (Äldreomsorg) (10:122-ff).

Rutiner saknas för hantering av hotfulla situationer, förutom att ringa vaktmästeriet (23:124), vilket i och för sig fungerar väl (105:213). Samtidigt får man budskapet att det är dyrt att kalla in vakten (66:138). Bättre information om potentiellt aggressiva patienter (23:127) och proaktiva rutiner som ex. extravak när sannolikt våldsbenägen patient (om patienten är känd) väntas, skulle kunna förebygga risker (105:217), men att få tag i extravak är svårt (105:213). Tar ofta tid att få tag i medicinjouren på natten för att ge lugnande medicin till våldsam patient (105:213). Man har sällan framförhållning och beredskap för hot när man tar emot missbrukare. Försöker se om det finns risk för abstinens men agerar akut vid behov (105:223).

Arbete två och två skapar trygghet för patienten (1:6; 2:24).

Medicindelning sker (på vissa enheter) alltid på rummen för att undvika fel (ej i ex. korridor) (omsorg) (57:40; 10:72).

*SK 10: "Jag kan ta det exempel att ge medicin in på sitt rum, dom vet att det är rätt boende med rätt patient med namn och att medicin stämmer så att inte jag tar medicinen och går ut och letar efter, kanske det kan bli fel person som du ger medicinen åt. Jag vet att hon bor där och det är rätt person och så hon får sin medicin in på sitt rum, än att tidigare, länge sen, använde vi samlingsmediciner och så ge i köket när dom satt och åt. Det fick vi också*

*kritik av, det var inte bra, då ändrade vi. Det systemet tycker vi är rätt och det är bra.”*

Särskilda åtgärder för att bättre kunna bevaka dementa personer (som kan skada sig själva eller andra) (59:50; 10:58). Men ibland står patientens integritet i konflikt med säkerheten (ex. sänggrindar) (59:126-ff). Låser avdelningen när man lämnar den kvällstid (omsorg) (1:119)

*SK 10: ”Antingen tar vi henne till köket där vi sitter och lagar mat så får hon sitta där och så se på oss. Det blir lite lugnare.”*

### ***LÄK: Rutiner och avvikelshantering: problem och möjligheter***

#### Sårbara, otydliga, okända, obefintliga eller omotiverade rutiner skapar skaderisker

Rutiner fanns vilka inte var helt säkra eller heltäckande. De kunde också vara otydliga. Rutiner kunde också anses onödiga eller överdrivet detaljerade. De kunde också vara okända därför att de ändrats utan att berörd personal informerats tillräckligt. Olikheter i rutiner mellan olika enheter var också ett problem när vårdgivare arbetade vid flera enheter. Komplexitet eller otydlighet i och mångfald av rutiner gjorde dem mer sårbara för stressrelaterad funktionspåverkan hos personalen, liksom för tidspress. Rutiners trovärdighet och förankring bland läkarna kunde påverkas negativt i de fall där läkarna inte varit delaktiga i rutinernas utformning.

*L24: ”Jaha, nu måste man ägna tid åt det och bakterier kan väl inte sprida sig på detta viset ändå och liksom. Man tror inte riktigt på det. Och sen så, ja tidsmässigt”.*

#### Rutiner underlättar i situationer där de är lämpliga

När sådant var möjligt kunde rutinstyrda och icke individberoende arbetssätt vara bra för säkerheten, bland annat genom att skydda mot förhastade beslut av stresspåverkad personal. Det kunde handla om operationer, dokumentation, hantering av remisser och provsvar, utredningsprocedurer, hygienrutiner/smittprevention, hantering av hot och våld.

*L31: ”Vad som är bra hos oss här i, det kanske jag skulle säga med, som faktiskt har med säkerhet och göra, det är att vi arbetar på ett väldigt likartat sätt inom /.../, att vi har, jag tror nog, vi kan säga att vi har ett /.../ förhållningssätt som inte skiljer sig så mycket från individ till annan då”.*

För standardprocedurer kunde det vara fördelaktigt att använda sig av personal som var specialiserade på just dessa.

#### Säkerhetsrutiner som säkerhetsproblem

Rutiner och system kunde bli komplexa och svåra att hålla reda på. Därmed uppstod risker. Samordningen dem emellan uppfattades som mindre tillfredsställande. Det fanns tvivel på att komplicerade problem, exempelvis de som rörde informationshanteringen i vårdsystemet, kunde lösas eller förenklas genom ytterligare rutiner. Säkerhet var alltid beroende av den individuella förmågan till ansvar och noggrannhet. Därmed finns åter en koppling till stresspåverkan och de organisationsförhållanden som orsakar sådan, liksom till säkerhetsklimatet.

*L28: "Det är väldigt mycket säkerhetssystem och alltså journalföring, mängder av lab- värden, anteckningar, signeringar, så väldigt mycket runt omkring som tar tid. Som man ska hinna med och göra, och alltså, allting det tar tid om det ska göras noggrant, inte slarvas med./.../ Det innebär checklistor, prover, det innebär väldigt mycket mer."*

#### Rutiner löser inte säkerhetsproblem relaterade till trötthet och kunskapsbrist

Som framgår på annan plats uppfattades trötthet och kompetensbrister på individnivån ligga bakom skaderisker. Läkare ifrågasatte vidare om rutiner löser säkerhetsproblem relaterade till trötthet och kompetensbrister.

*L33: "Nej, mänskliga faktorn menar jag att man helt enkelt, att man är trött, gör fel därför att man bara gör fel, man gör fel ibland. Eller att man av okunskap inte förstår vad man gör".*

#### Följsamhet mot rutiner kräver arbete för vilket man inte tillför resurser

Följsamhet med inte minst administrativa rutiner, samt dokumentation, medförde extra arbetsuppgifter. Vid hög arbetsbelastning fanns inte resurser att noggrant tillämpa rutinerna. Därmed kvarstod risker som avsågs elimineras samt, i de fall läkare trots redan hög belastning försökte följa rutinerna, uppstod nya relaterade till stresspåverkan. Rutinerna gav alltså inte det avsedda resultatet. Det skisserade fenomenet uppfattades av läkare också som en indikation på brister i hur man inom sjukhusorganisationen känner till och vid implementering av nya rutiner tar hänsyn till dessas konsekvenser för läkarnas arbetsmängd.

*L28: "Men insikten om att sånt här är.....alltså en mer komplex väv ständigt.....tar tid.....det går inte att hitta den. Där märker man väl att man aldrig är....man aldrig är ikapp utan det ständigt ligger efter med saker och ting, det är alltid nånting i burken eller nånstans som man borde gjort. Och skapa en sorts känsla "jag är aldrig ifatt egentligen."*

#### Reaktivit förhållningssätt till och normalisering av personalskaderisker



Läkare uppfattade att organisationen hade ett reaktivt förhållningssätt till risker, d.v.s. att man reagerade först då skador eller tillbud inträffat.

*L17: "...det känns som att det, det är många såna här säkerhetsrisker som bara är för stora,/.../man är inte i närheten av att kunna förändra det och då gör man ingenting./.../ man kan göra såna här Medcontrol som det heter, man gör en intern utredning...för det blir ju fel..."*

Rutiner för att uppmärksamma och hantera personalskadehändelser är beroende av att inblandade aktiverar dem genom att signalera skada, eller att vittnen aktiverar dem. På så vis är rutinerna sårbara för kulturelement och individuella egenskaper som motverkar rapportering och normaliserar skadehändelser/risker. Läkarna berättade om skade/tillbuds/avvikelse-rapportering endast om skada inträffat, däremot inte vid tillbud. Till detta tema hörde också erfarenheten att man på ibland inte informerade ny personal om de specifika risker som kunde finnas på enheten.

*L23: "Nej, nej, nej det gör man ju bara rent formellt om det skulle vara nåt, om man skulle blivit efter tre månader råka ut vara positivt och då är det ju sedan en riktig arbetsskada och då går det ju vidare men om alla prover är negativa då, då tror jag det är mer en formell sak."*

#### Individualisering av ansvar motverkar gemensamt lärande för bättre säkerhet

Läkare berättade om hur säkerhetsarbetet vid sjukhuset fokuserade individuella beteenden snarare än problem som handlade om samarbete och organisering. Avvikelsehantering exempelvis, uppfattades vanligtvis bestå i kritik mot direkt inblandade individer snarare än analys av förhållanden på högre systemnivå. Därigenom stannade eventuellt lärande på individnivån och kom inte hela systemet till del. Man talade även om att trots att cheferna kände till och accepterade risktagande, så skuldbelades individuella vårdgivare på lägre organisatorisk nivå. Det kunde i pressade situationer råda brist på stöd från cheferna.

*L24: "Konsekvensen är att det, den kollegan då exempelvis eller en sköterska eller vad det kan va....får en tillrättavisning och inser då att "jaha, det va han som hade sladdrat på mig, det va vi som va inblandade i detta, så måste han ha skrivit, sladdrat på mig här att jag gjorde fel" och det va lite pinsamt."*

När det gällde läkarens egen säkerhet kunde ansvaret för arbetstider, arbetsmängd och kompatibilitetsproblem, mellan medicinska behovsbedömningar och resurser ifråga om tid till patienter läggas på den enskilde läkaren. Stressproblematik individualiserades i termer av dålig organisering av det egna arbetet.

*L28: "Och så kan då en chef säga till honom "du måste organisera ditt jobb bättre, du kan inte sitta så här och göra så här" så då är frågan, var går gränsen mellan att man inte kan organisera sitt jobb bra och när det är för mycket så att ingen annan hade klarat att organisera det på ett bättre sätt?"*

Aktiv avvikelshantering utan skuldbeläggning främjar gemensamt lärande för bättre säkerhet

*L28: "Det blir inte nånting som.....för det är inte säkert att jag har förstått hela problematiken.....jag behöver inte gå och märka en person, utan jag bara noterar ett skeende som va fel. Det tror jag gör att det, att det är ett sätt att förbättra säkerheten".*

Man berättade om hur mjukvaran Medcontrol underlättar avvikelserapportering och hur överblick över avvikelser underlättades om det fanns en person som hade som uppgift att sammanställa rapporterna. På dessa sätt kunde man få en bild av var och av vem misstag begicks. Man hade erfarenheten att det senare underlättade riktat interventionsarbete för bättre säkerhet. Emellertid fanns också uppfattningen att det var bättre om avvikelshantering undvek individuell skuldbeläggning, eftersom detta kunde motverka rapportering och lärande av erfarenhet. Man talade också om att då avvikelser sker eller fel begås, så skall den formellt ansvarige ta det fulla ansvaret utan att klandra den som gjort ett fel och som varit i informell och praktisk mening ansvarig.

Det fanns också erfarenheter som innebar att formella avvikelserapporteringssystem som befriar från bördan att ge personlig negativ feedback kunde öka sannolikheten att man rapporterade. Saken blir då inte lika interpersonellt svår.

En form av rapportering som läkare uppskattade var när sjukhus införde rutiner för rapportering av förhållanden som kunnat påverka personalens hälsa negativt. Man såg en retorisk fördel med sådana system genom att de möjliggör kvantifieringar.

Brist på feedback efter tillbuds-, skade- eller avvikelserapport minskar motivationen att rapportera

Man berättade om att man inte visste vad som hände med rapporter och att man inte fick tillräcklig feedback på de rapporter man lämnade in. Relaterat till detta var observationen att säkerhetsansvarig överläkare kunde anse att han/hon inte hade ansvar för att känna till hur skaderapporter hanteras inom sjukhusorganisationen.

*L23: "Jag har alltså inte hört nånting om dom...officiellt är det väl så att dom omhändertas för att dom värderas och utvärderas och diskuteras men alltså*

*jag personligen och så upplever också mina kollegor, okej man skickar dom och sen får man ett kvitto sen, sen händer det ingenting.”*

## **Fysisk omgivning: datorsystem, lokaler, utrustning**

### **Sammanfattande beskrivningar av underteman**

#### **SSK/USK: Datorsystemen har för- och nackdelar för säkerheten**

*Datoriserade system minskar risken för läsfel men har lägre överskådlighet och ökar sårbarheten, och fel kan vara svåra att uppdaga och spåra.*

#### **SSK/USK: Utformning av och tillgänglighet till lokaler och utrustning viktig för säkerheten**

*Nybyggda, rymliga lokaler ger bättre arbetsförhållanden och bättre vårdhygien men nybyggda lokaler är delvis redan underdimensionerade. Lokaler som medger att anhöriga kan stanna hos patienten periodvis skapar avlastning för personalen.*

*Trånga lokaler och lokaler som inte är avsedda för aktuell verksamhet ger svåra arbetsförhållanden. Rum och toaletter som delas av flera patienter innebär sämre hygienförhållanden. Brister i underhåll av lokaler, fysiska hinder, tung utrustning, suboptimal arbetsplatsutformning, utrustning utformad utan hänsyn till hanteringskrav förekommer och ger risk för arbetsskador. Hotfulla situationer har inte beaktats vid lokalutformning. Viktigt med god ordning.*

*Utformningen och tillgängligheten av utrustning i ambulans behöver förbättras och likformas men oklart vad som är tillåtet att ändra i en ambulans. Ambulanserna medger inte säker transport av nyförlöst kvinna med barn.*

*Personburna larm på rörliga patienter (boende) ger svårighet att lokalisera patienten.*

*Förväxlingsrisker med sprutor och läkemedel, speciellt i kombination med brådska och kognitiv överbelastning.*

#### **SSK/USK: Skyddsanordningar och hjälpmedel finns men är inte alltid tillgängliga**

*I allmänhet bra gehör för önskemål om anskaffning av hjälpmedel. Lyftar och hygien- och skyddsutrustning används om den är lättillgänglig.*

*Taklyftar, som är bra, finns inte i alla rum, och rum med denna utrustning kan inte reserveras för patienter med sådana behov. Vissa skydd kan både minska och öka risken för patienten.*

### **LÄK: Lokaler och medicinsk utrustning**

*Missar i samband med planeringen av lokaler, oklara ansvarsförhållanden, brist på ordningsföreskrifter samt konkurrens om lokaler kunde göra att olämpliga lokaler måste användas. På motsvarande sätt kunde man vara tvungen att använda olämplig medicinsk utrustning och där spelade också rigid inköpsbyråkrati en negativ roll.*

*När ny utrustning skulle tas i bruk kunde möjligheterna att lära sig använda denna vara dåliga, p.g.a. tidsbrist.*

*De positiva berättelserna om lokaler och utrustning handlade om hur man genom uppfinningsrikedom på lokal nivå lyckats hantera problem samt belyste det fördelaktiga i ett gott samarbete mellan medicinsk personal och inköpare samt lokalansvariga, en form av delaktighetsbaserat utvecklingsarbete. Kraftfullt agerande av chefer för att värna den egna verksamhetens behov av lokaler och utrustning nämndes också som positivt.*

## **Fysisk omgivning - Fullständiga beskrivningar av underteman**

### **SSK/USK: Datorsystemen har för- och nackdelar för säkerheten**

Datoriserade ordinationer minskar risken för läsfel (23:49). Datoriserade journaler är bra men ökar sårbarheten vid ex. datoravbrott (23:85). Vid själva införandet av det elektroniska patientdatasystemet uppstod en latenstid då informationen inte var åtkomlig (23:89). Det elektroniska patientdatasystemet minskar åtkomlighet till tidigare information om patienten eftersom inscanning av dokument måste beställas dagar i förväg (23:93). Det elektroniska patientdatasystemet har försvårat överblicken, det kan vara svårt att orientera sig och hitta uppgifter man söker (23:99). Detta leder ibland till att prover tas om och onödiga extrabesök (23:101-103). Anteckningar (ex omvårdnadsanteckningar) faller bakåt i systemet vartefter tiden går och kan vara svåra att hitta, trots att de fortfarande är aktuella (97:102). Förvalda standardiserade medicineringstider i det elektroniska patientdatasystemet (ex. medicin som ska ges 3 ggr/dag) kan leda till misstag när medicinen ska ges vid tider som avviker från förvalen och det krävs manuell korrigerande av de förvalda tiderna (ex. mediciner som ska ges i samband med måltid, eller smärtstillande som ska spridas över dygnet. Patienten fortsätter medicinera enligt schemat efter hemgång). Andra förval i det elektroniska patientdatasystemet, ex. volymsenhet, innebär också risk för felordination (105:6).

*SK 23: "Nu ordineras ju allt via data, då tror jag inte de blir så riktigt så mycket fel...jag tror att det blir tydligare. Ordinationerna, man kan ju inte se om det är fel liksom, man kan inte tyda det, skrivstilen och så, att det är fel.. Men sen det är klart, rimliga doser och så, jag vet inte, det kan kanske fortfarande kan bli fel."*

*SK 23: "Så är det svårt under vilka flikar dom kan ligga, är ett jätte bläddrande visst i, i att hitta, säger doktorerna, och hitta alla provsvar. Ja, det blir ju det att man kan få ta om prover....som man inte hittar svar på. Så får dom komma tillbaka kanske en annan dag på ett extra besök."*

Felregistrering i datoriserat system kan få allvarliga konsekvenser genom att det är svårt att spåra problemet (ex. prov som var registrerat och signerat i journalen "försvann" p.g.a. att mottagaren felregistrerat det. Fel person skuldbelades) (115:11).

Bra med nytt avvikelssystem där även patientklagomål kan registreras (97:42).

### **LÄK: Informationsrutiner och informationsteknologi kan vara positiva för säkerheten**

Flera olika sätt på vilka informationsrutiner och -teknik kunde bidra till säkerheten nämndes i intervjuerna. Man berättade om system som gör ordinationer oberoende av läsbarheten hos läkares handskrift och om rutiner för sjuksköterskors dubbelkontroll av ordinationer. Datorbaserade checklistor för olika tillstånd förknippades med positiva erfarenheter.

Samtidigt uttrycktes att en fördel med fysiska informationssystem i pappersform var att de, genom sin materiella natur, fungerade som minneshjälp på ett sätt som digitala systemet inte gjorde. Risken att glömma viktiga ärenden minskade.

Även om de digitala systemen hade sina brister så fanns erfarenheten att de positivt bidragit till patientsäkerheten. De kunde bidra till att minska sårbarheten för individuella tillkortakommanden när det gäller informationshantering och kommunikation.

*L31: "...och allting implementerades i hjärtjournalen då. Och för att kunna så att säga...för och kunna...vara, känna sig förvissad om att allting gjordes rätt så hade man det här som ett instrument."*

### **SSK/USK: Utformning av och tillgänglighet till lokaler och utrustning viktig för säkerheten**

Trånga lokaler (72:150), och lokaler som inte är avsedda för aktuell verksamhet ger svåra arbetsförhållanden (98:5-ff; 72:160). Rum och toaletter som delas av flera patienter innebär sämre hygienförhållanden (98:71; 85:324). Nybyggda, rymliga lokaler ger bättre arbetsförhållanden och bättre vårdhygien (108:307). Nybyggda lokaler är delvis redan

underdimensionerade och lokaler för särskilda ändamål måste användas som patientrum. Bra om BB-lokalerna medger att pappor/anhöriga stannar kvar några dagar eftersom det avlastar personalen (85:326). Vissa brister i underhåll av lokaler (16:168), fysiska hinder (16:166), tung utrustning (83:198; 16:166), suboptimal arbetsplatsutformning (23:121; 23:147), utrustning där hänsyn inte tagits till personalens hantering vid utformningen, utan bara till funktion för patienten (ex. saknas fixeringsmöjlighet av hävert på sängar) (16:162) ger risk för arbetsskador. Utrustning kan även innebära risker för barn (148:147; 23:19). Dörr till medicinrum ofta öppen vid medicindelning, vilket ökar risken för störningar. Hade undvikits om dörren varit självstängande (83:68). Vid rumsutformning tas inte hänsyn till att patienter kan uppträda hotfullt – saknas reträttväg för personalen (72:272). Bra med porttelefon i äldreomsorgen då detta förhindrar intrång (1:113). Viktigt med god ordning. Föremål på oväntade platser utgör risk om man har bråttom. Utformningen och tillgängligheten av utrustning i ambulans behöver förbättras men oklart vad som är tillåtet att ändra i en ambulans (148:42). Man kan fråga medicinteknisk enhet om råd (148:50). Olika bilmodeller (ambulanser) som används har olika utformning (148:50). Viktigt att ambulanser får mer likartad utformning, för poolpersonal tjänstgör i olika bilar (148:54). Ambulanserna medger inte säker transport av nyförlöst kvinna med barn, då det saknas plats för bebisen (148:151).

*SK 108: ”Jag kan ju tycka när vi flytta in här i [nya] huset och patienterna ficka varsina rum. För innan när dom låg....fyra på samma rum så, det va ju jättetrångt. Och jag är ju inte särskilt stor men jag tyckte det va svårt och få nån plats ändå när man skulle greja och man fastna i allt. ...Ja, det är mycket bättre nu.”*

*SK 98: ”...vi har ju stora salar, fyrbäddssalar det är ju också en risk, och en toalett, det är ju där risk när fyra personer använder samma toalett.....operationspatienter”.*

När boende larmar med personlarm syns larmet vid rummet men det framgår inte var vederbörande faktiskt befinner sig. Kan ta tid att hitta personen (10:92).

Sprutor som ska användas till olika ändamål är lika varandra och kan förväxlas (83:76; 83:86). Nya mediciner kommer i nya spädningar och olika spädningar förekommer för samma läkemedel (23:51). Nya blandningar av olika preparat innebär också risk för misstag (105:82). Liknande medicinnamn i kombination med brådska och kognitiv överbelastning kan leda till felmedicinering (84:81). Nya kanyler med modern utformning minskar stickrisken avsevärt (108:435; 59:86). Viktigt med bra kvalitet på utrustningen (148:187).

*SK 23: "Och att telefonen ringer och man blir avbruten och man springer ifrån och då ska man, man kanske står och blandar [medicin] och sen så får man springa tillbaka och så får man liksom börja om från början och se va det va man skulle blanda och sen är det väldigt svårt när man har ny läkemedel och nya blandningsförfaranden. Det är så mycket lättare om det är samma... samma spädningar och så, det är lättare då än om man ska räkna om..... för det hade vi ett, jag blev inbeordrad här inne på, på [avdelningsnummer] här nu då en vecka, och då också det att det va antibiotika här som skulle blandas, samma medicin men det var två helt olika blandningsförfaranden och två helt olika styrker på samma medicin... och det är lätt att det blir fel då, kan jag känna..."*

### **LÄK: Lokaler och medicinsk utrustning**

#### Ofullkomliga lokaler

Missar i samband med planeringen av lokaler, oklara ansvarsförhållanden, brist på ordningsföreskrifter samt konkurrens om lokaler kunde göra att olämpliga lokaler måste användas. Detta kunde leda till fysisk överbelastning på personal, utrustning som inte fungerade, otillgänglig hygienutrustning samt onödig exponering av patienter för obehörigas blickar.

*L24: "ett litet trångt rum uppe på avdelningen, nyligen vi har liksom fixat i ordning som undersökningsrum,/.../ och då liksom har hela gynstolen åkt upp och står och balanserar på nån såndär jätteliten truck liksom och när den åker undan då så smäller ju hela stolen ner med ett brak liksom och patienten gungar till, hon hade faktiskt kunnat åkt i golvet."*

#### Olämplig medicinsk utrustning

Medicinsk utrustning kunde vara mer eller mindre användarvänlig. Säkerheten blev då beroende av att inköpare och användare hade fungerande kommunikation. Detta gällde kravspecifikationer, feedback samt aviseringar i tillräckligt god tid för att möjliggöra förberedelser, då ny utrustning var på ingång. Då ny utrustning köptes in uppstod behov av att lära sig använda denna och det kunde hända att detta inte hanns med. Därmed kunde misstag inträffa när man använde ny utrustning i skarpa lägen. Likaså kunde onödiga infektionsrisker uppstå då personal deltog vid ingrepp för att genom observation lära sig ny utrustning.

*L33: "Nej man kan säga så här då att dom köptes in och sen tog det väl nära dar till en vecka när dom började skicka med dom här nya katetrarna*

*[och]under den veckan hade vi inte hunnit och landa i det att vi skulle använda dom”.*

#### Chefer som verkar för bättre lokaler och lämplig utrustning kan eliminera riskmoment

Chefer kunde genom att vara aktiva gentemot andra delar av organisationen motverka risker som drabbade egen personal och patienter. Man berättade då om chefsagerande för att förbättra olämpliga lokaler och få bort olämplig utrustning.

*L24: ”Vad hon kommer att göra.....hon tog bort den, hon fick bort den här trucken så det va en omedelbar åtgärd så skulle hon gå vidare med det.”*

#### Inköpsbyråkrati förhindrar snabbt agerande för att hantera risker

Byråkrati avseende inköpsrutiner förhindrar snabbt agerande på operativ nivå för att minimera risker relaterade till utrustningen. Snabba situationsanpassade lösningar för ökad säkerhet omöjliggörs av inköpsbyråkrati.

*L23: ”och tyvärr såna enkla lösningar som, som men åk till Elgiganten och köp ett då funkade tyvärr inte”.*

#### **LÄK: Tillgång till lämplig utrustning är bra för personalsäkerheten**

Tillgång till lämplig utrustning kunde minska skaderisken för personalen. Man talade om utrustning med relevans för stick- och skärskador samt fysisk överbelastning i samband med lyft. Här kunde lokal uppfinningsrikedom för att modifiera befintlig utrustning, liksom gott samarbete med inköpare av utrustning vara positivt. Positivt var också att chefer reagerar och agerar då olämplig utrustning finns i den egna verksamheten.

#### **SSK/USK: Skyddsanordningar och hjälpmedel finns men är inte alltid tillgängliga**

Takliftar är mycket bra (100:151), men dyra (72:246) och finns inte i alla rum. När de behövs är de rummen oftast redan upptagna och tillgång kräver omflyttningar av patienter (108:23). Takliftarna används sällan. Man upplever inte att de finns (108:40-ff). Lift för akuta händelser förvaras i förråd, vilket alla förväntas känna till (59:32). Patientlyft är ovanliga på mottagningarna och därför är lokalerna inte anpassade för lift och det finns inga patientliftar när lyft krävs, vilket ger svåra arbetsställningar (72:160). Lämplig förvaringsplats för lyfthjälpmedel finns inte på mottagningarna (72:99). Lyfthjälpmedel måste vid behov hämtas på avdelningarna. Detta är besvärligt (72:89) och görs oftast inte (59:36). Lyfthjälpmedel finns inte alltid på plats (59:44). Taklift hade varit fördelaktiga (72:105). Skydds- och hygienutrustning används om den är lättillgänglig (108:67; 72:262). Svårare anpassa lyfthjälpmedel efter patientens förmåga i



slutenvården än inom äldreomsorgen. Inom omsorgen följer man den boendes utveckling mer kontinuerligt över tid (108:15). Ibland kan skydd istället öka risken för patienten, ex sänggrindar (10:112).

Saknas ibland tillräckliga skyddsanordningar mot kemiska hälsorisker för personalen (ex dragskåp). Man får ofta bra gehör för önskemål om anskaffning av hjälpmedel (16:199; 108:225; 108:377-ff; 2:58). Problematiskt när man inte får gehör för sådana önskemål (98:97-ff). Ibland saknas resurser för skyddsanordningar för personalen (23:107-111).

*SK 100: "Ja.....sen vi fick.....vi hade fått mycket bättre hjälpmedel senaste åren tycker jag. Med takliftar och sånt, vi har ju mycket, mycket patienter som behöver väldigt mycket hjälp liksom och innan hade man ju såna där mobila liftar då som man fick köra in på rummen och krångla med, på många rum har vi ju takliftar som fungerar jättebra. Och det har ju säkert gjort att...mycket såna belastningsskador har minskat då."*

*SK 108: "Ja, handhygien, det tror jag också att det är brister i. Nu så ska vi få upp sprit utanför dörren, det tycker jag ska bli bra, nära tillgängligt."*

*SK 72: "Ja, men.....att handskar och sånt....såna saker.....skyddskläder eller vi använder ju alltid dom förkläden som finns lättillgängligt, finns överallt, på alla rum, finns liksom tillgängligt också. Så man inte behöver springa och leta efter såna saker."*

## **Synen på vård, på egna rollen och på patienten, samt "sakens natur"**

### **Sammanfattande beskrivningar av underteman**

#### **SSK/USK: Yrkesetiken är viktig**

*Yrkesetiken är viktig. Det är arbetet med människor som lockar till vårddyrken.*

*Tidsbristen är ett stort problem för att kunna arbeta tillfredsställande, med respekt för patienten. Det skapar etisk konflikt. Äldre patienter övervårdas ibland i specialistvården vilket uppfattas som ovärdig vård.*

#### **SSK/USK: Förvirrade patienter innebär särskilda risker**

*Dementa personer med fallrisk kan inte bevakas tillräckligt. Skydd för patienten kan samtidigt innebära inskränkningar i patientens personliga integritet.*

**SSK/USK: Förebyggande av hot- och våldssituationer kräver tid och planering**

*I arbetet med dementa måste man vara uppmärksam för det kan uppstå farliga situationer. Våld kan uppstå p.g.a. konflikter mellan föräldrar, och i vård av missbrukare och brottslingar. Det kan vara svårt att få grepp om patientens psykiska tillstånd om man inte hinner tala tillräckligt med vederbörande.*

**SSK/USK: Patientens säkerhet och integritet kontra personalens säkerhet**

*Viktigt att patienten känner tillit till personalen Det skapar trygghet för patienten och säkerhet för personalen.*

*Personalsäkerhet är inget man talar om. Ibland svårt att balansera patientens behov (av mobilisering), med personalens skydd (mot plötslig fysisk överbelastning). Ibland svårt att balansera egen säkerhet med patientens integritet. I kontakten med aggressiva dementa patienter kan konflikt uppstå med hygienregler. I akuta lägen tänker man främst på patientens bästa.*

**SSK/USK: Sakens natur - vårdssituationer kan innefatta risker**

*Inte alltid man uppmärksammar vårdskador som just vårdskador, svårt skilja från komplikationer. Operation och hantering av nålar, tunga och plötsliga lyft och fysiskt och psykiskt våld från dementa, frustrerade eller missbrukande personer, bilkörning (ambulans), samt variabla/extrema/hotfulla förhållanden utgör typiska risker för personalen i vård och omsorg. För ambulanspersonal är vädret en försvårande faktor.*

**Synen på vård, på egna rollen och på patienten, samt "sakens natur" - Fullständiga beskrivningar av underteman**

**SSK/USK: Yrkesetiken är viktig**

Yrkesetiken är viktig, viktigt att följa de professionella riktlinjerna. Under utbildningen kan man känna viss skepsis till vårdteorierna, men det påverkar ändå sättet att behandla människor. Man tar till sig en del och gör till sitt (118:235). Patientens integritet är viktigt och måste värnas (118:332-ff; 72:133). Man försöker skapa livskvalitet för boende och patienter (59:6; 1:45, 1:55; 2:60; 98:87). Det är arbetet med människor som lockar till vårdyrken (85:320). Viktigt att vara lyhörd för patientens önskemål (10:102). Är patienten nöjd är man själv nöjd (10:79). Är personalen missnöjd blir vården sämre (85:226). En patient som ska sövas ska känna sig trygg. Som SSK är man patientens företrädare när denne/a är sövd (118:233). Kontakt dagen innan operation kan bidra till patientens trygghet. Om patienten är lugn blir hela operationsförloppet bättre (118:225; 118:229).

*SK 10: "Först och främst är det..... vi lyssnar på dom, deras önskemål ska.....uppfyllas. Precis som dom är, då känner jag att om hon är nöjd, jag är också nöjd. Sen det tittar vi på rutiner så att det blir både för hennes bästa och mig som personal gör vi så för att det ska funka."*

*SK 85: "Så att det, dom som jobbar inom sjukvården gör ju det för att man tycker om att jobba med människor och liksom tycker att det.....att man vill göra det. Det är ju inte för lönen skull man är här. Och jag menar som sagt va sommarvikarier dom jobbar ju oftast för lönen."*

Misstag i vården undergräver patientens förtroende och försämrar vårdrelationen (100:25). Tidsbristen är ett stort problem för att kunna arbeta på ett tillfredsställande sätt, med respekt för patienten. (66: 156). Det skapar etisk konflikt när förutsättningarna att arbeta tillräckligt patientsäkert inte finns (66:124). De boende inom omsorgen skulle behöva erbjudas mer aktiviteter. Det är tråkigt att man inte hinner göra mer för dem, exempelvis utflykter (2:126-134). Framfördes att omvårdnaden är bättre i omsorgen än i slutenvården (108:429).

*SK 66: "så känner vi väl alla att, att det här personliga ansvaret... det ligger där som en liten tyngd nästan, därför vi hinner inte riktigt med och vi får inte riktig verktygena för arbeta patientsäkert. men det pratas mycket om patientsäkerhet vi får det ju till oss det är ett ord som, som vi... jag och mina kollegor känner att används lite slentrianmässigt för det ser snyggt ut, för att det låter så bra, men våra verktyg för att arbeta patientsäkert det tas ifrån oss och det som återstår det är ju sjuksköterskans personliga ansvar, inte mitt professionella utan att jag känner för patienten och att jag vill patienten väl inte för att jag är sjuksköterska utan för att jag är människa och för att jag bryr mig om dom människor, förhoppningsvis så gör väl dom allra flesta av oss det, än så lång i alla fall, bryr oss om dom människor vi vårdar och vill dom väl, det är ju en drivkraft och den det håller på att urvattnas också, för vi orkar inte riktigt upprätthålla det för att det påverkar oss inte bara i vårt yrke utan det påverkar oss privat."*

I specialistvården övervårdas ibland äldre av doktorer som ska göra allt som går att göra (108:261; 108:297; 108:293). Detta uppfattas av SSK som ovärdig vård (108:188-ff; 108:271-275; 108:281). Det framfördes önskemål om särskilt äldresjukhus med specialiserade doktorer (108:293).

**SSK/USK: Förvirrade patienter innebär särskilda risker**

Gamla som kommer till nytt ställe kan bli förvirrade och fallrisken ökar då när de går upp (108:79). Patienter tar av sig skorna [halkrisk] (59:44). Dementa personer med fallrisk kan inte bevakas tillräckligt (100:55; 98:75) och endast i extrema fall tar man in extravak (100:55). Skydd för patienten kan samtidigt innebära inskränkningar i patientens personliga integritet, ex. sänggrindar. Tidigare beslutade SSK i samråd med läkaren om användning av sänggrind för dement person, men nu skjuts ansvaret över på USK att komma överens med den boende, vilket är mycket svårt om personen är dement (omsorg) (10:114).

[Avseende användning av sänggrind:]

*SK 10: " För att den vill inte till exempel sköterskan ta ansvar. Hon tycker att vi får prata...alltid med en... i en situation...prata med en person som är dement, som inte förstår vad du säger eller jag inte förstår vad hon säger till mig. Och jag vill stå där och tänker på hennes bästa eller hans bästa med och ta upp grinden. Det där är problem... Det står hos oss nuförtiden, vi får avgöra..."*

#### **SSK/USK: Förebyggande av hot- och våldssituationer kräver tid och planering**

Dementa kan komma i konflikt med andra patienter (59:46; 10:54). Sådana kritiska situationer kan uppstå plötsligt (2:88). I arbetet med dementa måste man vara uppmärksam för det kan uppstå farliga situationer (66:134-ff; 59:98; 59:74; 59:154; 1:32; 2:30-ff), speciellt om man är ensam med personen (2:40). Lyhördhet för patienten är särskilt viktigt i relation till dementa. Man måste lära sig tolka de dementa, deras önskemål (10:60). Det är viktigt att vara lugn (59:156).

Våld uppstår ibland p.g.a. konflikter mellan föräldrar (vård av barn) (83:176), och i vård av missbrukare (105:203). Med en tillbakadragen person kan det vara svårt att få grepp om det psykiska tillståndet om man inte hinner tala tillräckligt med patienten (105:227).

#### **SSK/USK: Patientens säkerhet och integritet kontra personalens säkerhet**

Personalsäkerhet är inget man talar om. Det tillhör inte vår värld (66:228). Ibland svårt att balansera patientens behov (av mobilisering), med personalens skydd (mot plötslig fysisk överbelastning) (98:95). I akuta lägen kan man inte invänta hjälp. Då tänker man främst på patientens bästa. Man upplever inget val (66:144). Barn är mer känsliga och därför är man särskilt noggrann i vården av barn (25:139-41). Ibland kompromissar man med den egna säkerheten för att ge god vård till barn (23:137). I kontakten med aggressiva dementa patienter kan konflikt uppstå mellan hygienregler och personalens säkerhet (kortärmad rock) (59:94-96). Man försöker skapa rutiner som är bra

både för patienternas och personalens säkerhet. Viktigt att patienten förbereds väl och att patienten inte känner att personalen är stressad (25:62). Viktigt för personalsäkerheten att personen är kunnig om arbetsmetoder och hur man påverkar patienten, så att patienten känner tillit till personalen (66:156). Viktigt att vårdteamet är överens om hur man ska hantera patienten. Det skapar trygghet för patienten och säkerhet för personalen (66:154).

*SK 66: "Vi försöker hjälp, hjälp mig och vända här. Så teamar man upp sig, nu går vi in där tillsammans om en stund och hjälps åt och vända och så men just dom här akuta situationerna ... där står vi nog och drar och sliter rätt mycket själva för att vi vill patienten väl, för att dom ska må bra för att vi vill hjälpa dom och då, då försvinner min rygg, min nacke, mina axlar i det, sen kommer man hem på kvällen och undrar varför man har så himla ont i ryggen... Det händer nog var och varenda vecka att någon gör nåt lyft man inte borde ha gjort, patienter som är dåliga, därför att vi känner inte att vi har nåt val i det.*

I kontakten med brottslingar är det ibland svårt att balansera egen säkerhet med patientens integritet. Man vill vara öppen för att en patient som tidigare varit våldsam inte behöver vara det igen (105:221).

Anhöriga kan ha orimliga förväntningar och det kan vara svårt att själv vara klar över ens rollgräns (97:235-239).

Riskerna för personalen ökar när man är under press, ex. då man är få (2:60), inte hinner hjälpa varandra och har mycket som ska göras på kort tid (105:189-ff), eller känner sig stressad (85:176).

### **SSK/USK: Sakens natur - vårdssituationer kan innefatta risker**

Operation (118:251; 118:252) och hantering av nålar (85:176; 23:137) speciellt i vård av rädda barn (23:137), eller om man är oerfaren (118:253), tunga och plötsliga lyft (108:53; 108:212; 59:66; 10:116; 1:22; 66:130; 105:189; 2:60) och fysiskt och psykiskt våld från dementa (66:130; 2:106), frustrerade (23:119) eller missbrukande (148:213) personer, bilkörning (ambulans) (148:326), samt variabla/extrema/hotfulla förhållanden (ambulans) (148:344; 148:346) utgör typiska risker för personalen i vård och omsorg. För ambulanspersonal är klimatet en medverkande faktor, ex. svårt att på vintern använda handsprit som kyler (148:32), att använda kortärmad klädsel (148:24), eller alltför varma skyddskläder (148:199). Ambulansuttryckningar till vissa adresser [kända eller socialt belastade] gör en extra vaksam (148:221). Misstag från anhöriga kan också utgöra risk för patienter och personal [spis glömdes på] (83:238). Inte alltid man uppmärksammar vårdskador som just vårdskador, svårt skilja från komplikationer (16:108).

*SK 2: "Ja, det är väldigt tufft... man blir spottad i ansiktet och sparkad på, klösta och...plus massa svär, de värsta svärorden som finns... Ja man är van, man är så van vid det...så...ja, man blir väldigt härdad när man jobbar i vården... Men det har vart väldigt trevligt också, man tycker det är jätteroligt och trevlig med dom boende. Vi har väldigt många trevliga situationer också..."*

### **Fokusgruppsintervjuer**

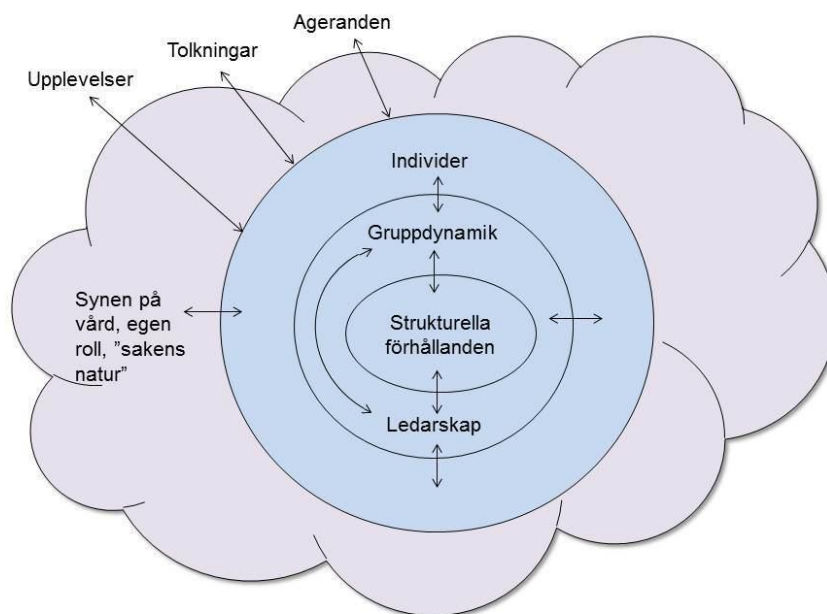
De teman som identifierades i data från fokusgrupperna anslöt mycket väl till de som framkom ur det individuella intervjumaterialet. I den konkreta vårdsituationen var det viktigt att personalen inte var negativt funktionspåverkad på grund av stress eller av annan anledning saknade situationsadekvat kompetens, annars kunde felbedömningar och felhandlingar inträffa. Samarbete med patient och anhöriga var viktigt för att undvika hotfulla situationer och för att information från och till patient skulle fungera bra. På motsvarande sätt krävdes omsorg, skärpa och noggrannhet vid dokumentation liksom vid överföring av patientinformation mellan olika delar av vårdsystemet. Väl utvecklade samarbetsrelationer inom och mellan delar av vårdsystemet var också viktigt för informationsflöden, för lärande och utveckling och för bearbetning av problem och traumatiska erfarenheter. Allt detta var sårbart för stress orsakad av resursbrist, otillräcklig kompetens och dålig planering. Det var i våra data tydligt hur informanterna kopplade konkreta händelser med bra eller dålig säkerhet till organisatoriska förhållanden. Det handlade om den högre ledningens förmåga att planera realistiskt och förmågan hos beslutsfattare att kommunicera och samarbeta sinsemellan. Det handlade om att vårdens funktionsuppdelade organisation, med specialistvård, primärvård och kommunal omsorg, skapade oklarheter rörande ansvarsfördelning och bedömningar av patienters behov. En strukturellrelaterad tematik rörde också bristen på samordnade, användarvänliga och behovsanpassade IT-system.

En detaljerad beskrivning av innehållet i de teman som framkom i fokusgruppsintervjuerna redovisas i Appendix 2 där de också sammanställts enligt en gemensam temastruktur.

I valideringsdelen av fokusgruppsintervjuerna framkom inte i några synpunkter som problematiserade den temastruktur som framkommit baserat på de individuella intervjuerna. Deltagarna uttryckte att de kände igen de positiva och negativa förhållanden som temana beskrev samt instämde i att dessa var relaterade till patient- respektive personalsäkerhet.

## ***Relationen mellan olika kategorier av förhållanden av betydelse för säkerhetsklimatet***

De olika kategorier av förhållanden som i intervjustudierna med sjuksköterskor och undersköterskor utmejslades som förutsättningar för hög säkerhet för patienter och personal, och för delaktigt säkerhetsbeteende, och som därmed kan anses vara betydelsefulla för kvaliteten på gruppens säkerhetsklimat, var relaterade till varandra på ett sätt som illustreras i Figur 2.



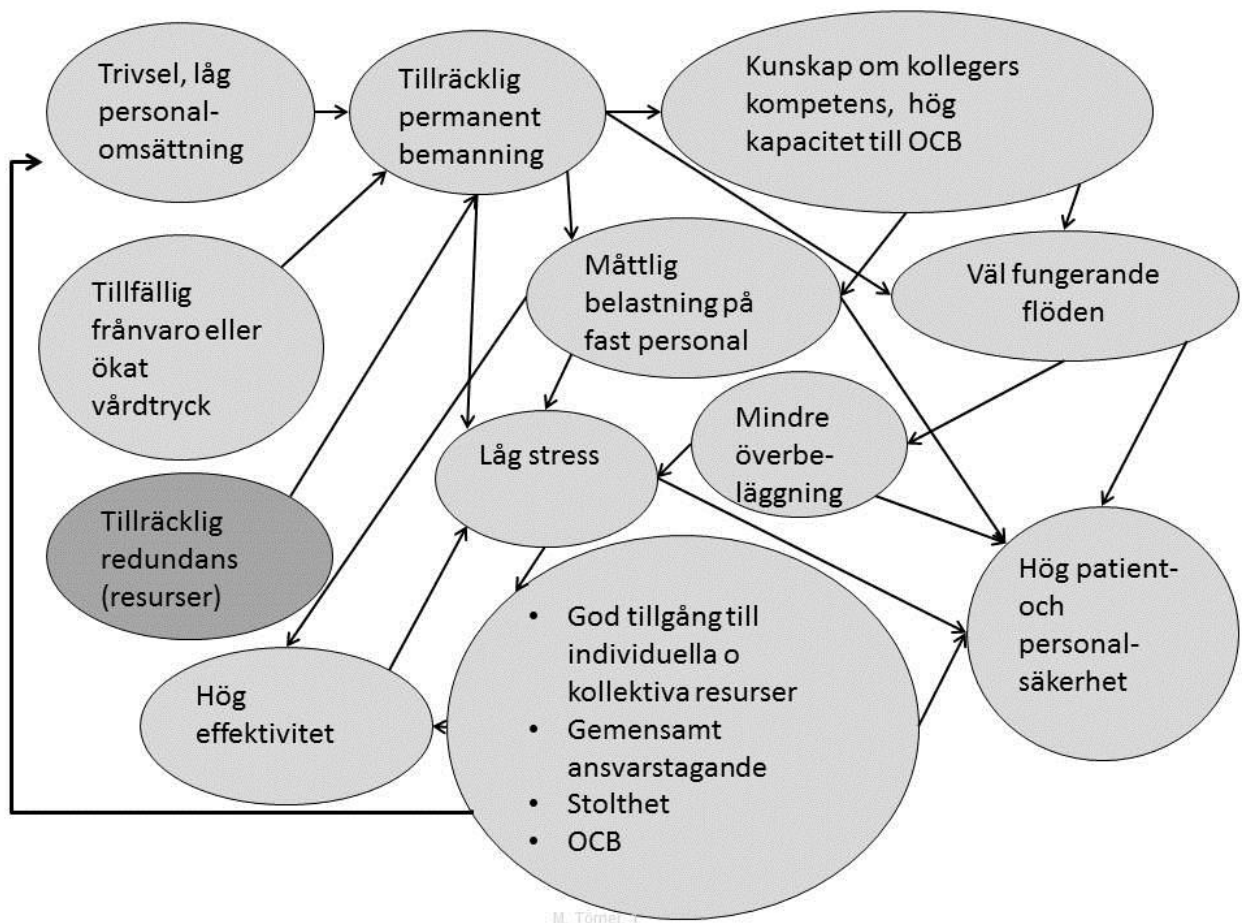
Figur 2. Relationerna mellan de kategorier som framträdde i analyserna av intervjuer med sjuksköterskor, undersköterskor och läkare avseende faktorer som kan antas ha betydelse för kvaliteten på säkerhetsklimatet i arbetsgruppen.

Resultaten indikerade följande: Sjukvård och omsorg sker inom ramen för en yttre kontext som anger ett slags yttre begränsningar för vad som uppfattas som möjligt av medarbetarna. Denna kontext definieras dels av professionsetiska normer som kommer till uttryck i synen på vård, på den egna rollen och relationen till patient/omsorgstagare. Den definieras också av "sakens natur", exempelvis att de personer man vårdar har vissa förutsättningar som i sig inte kan påverkas. Det kan exempelvis handla om att man vårdar dementa personer som plötsligt kan bli aggressiva, eller barn som kan vara rädda. Inom denna kontextuella ram finns strukturella förhållanden i form av resurser och

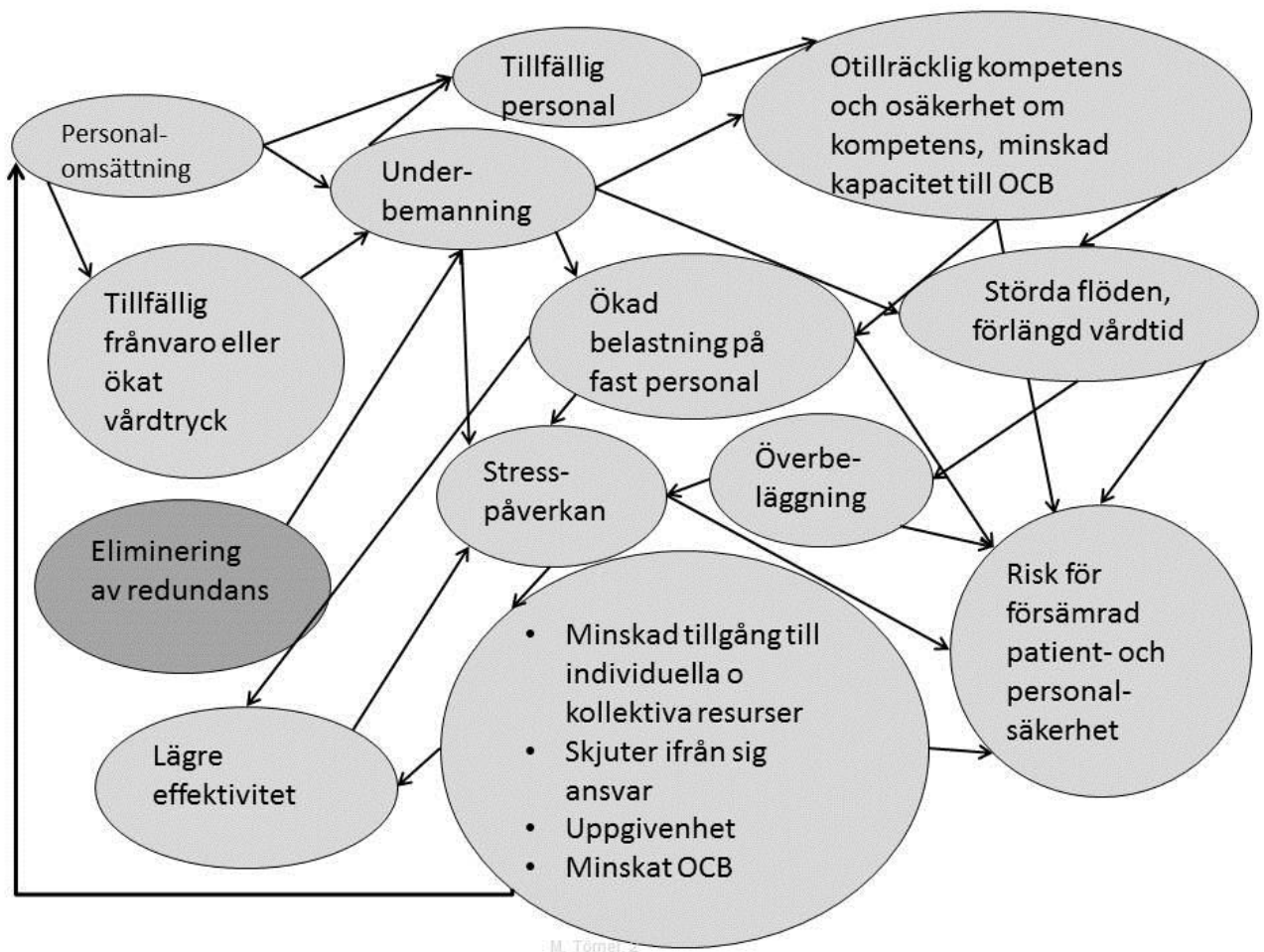
resursanvändning, organisering, rutiner och procedurer, kommunikation, samt utformning av lokaler och utrustning. Dessa strukturella förhållanden skapar förutsättningarna för övriga kategorier och bildar på så sätt kärnvillkor för säkerhetsklimatet. Dessa kärnvillkor påverkar förutsättningarna i chefsrollen och därmed ledarskapet. De strukturella kärnvillkoren, liksom i sin tur ledarskapet påverkar också arbetsgruppens dynamik. Såväl chefer som i någon mån grupp kan också ha viss reciprok inverkan på de strukturella förhållandena, exempelvis genom att en chef som står upp för arbetsgruppens behov uppåt i organisationen kan påverka resurstillgången, liksom en grupp där dynamiken är god lättare kan agera kollektivt och därmed både våga och vilja hävda gruppens operationella intressen i form av organisatoriska lösningar och även i viss mån resursfördelning. Kvaliteten på ledarskapet påverkas förstås även av individuella karaktäristika hos chefen, liksom personlighet och förutsättningar hos enskilda medarbetare i gruppen påverkar meningsskapande och dynamik i gruppen. Enskilda medarbetares personlighet påverkar också cheferna liksom chefernas personlighet påverkar gruppen. Även här är påverkan reciprok. Genom detta system av interaktioner skapas en väv av mening, säkerhetsklimat och normer som vägleder individen i hur denna uppfattar och tolkar sin omgivning och bildar härigenom en referensram för beteendet.

Resultaten av intervjustudierna kunde även syntetiseras i form av en systemorienterad process, som under förutsättning att det fanns viss redundans avseende resurser skapade ett resilient system med förmåga att hantera variabilitet i verksamhetens förutsättningar. Resultatet av detta beskrevs som goda arbetsvillkor, hög säkerhet för såväl personal som patienter, hög effektivitet, och en stabil personalgrupp. Denna process illustreras i Figur 3. Om sådan redundans emellertid saknades blev systemet mycket sårbart för variabilitet och resultatet beskrevs som hög stresspåverkan, försämrad säkerhet för såväl patienter som personal, försämrad effektivitet och förhöjd personalomsättning eller intention att lämna organisationen. Denna process beskrivs i Figur 4.





Figur 3. Illustration över den positiva process för hög patient- och personalsäkerhet som framträder i resultaten av intervjustudierna och som uppstår när systemet har tillräcklig resilience, d.v.s. där den variabilitet i krav på verksamheten och i personaltillgång som karakteriserar vård och omsorg kan hanteras inom systemet utan att funktionen försämras. Den avgörande faktorn för detta är att det finns resurser som medger viss redundans, d.v.s. kapacitet som kan mobiliseras i perioder av ökande krav, utan att öka trycket på den befintliga personalen.



Figur 4. Illustration över den process genom vilken kombinationen av variabilitet i krav på verksamheten och i personaltillgång, som båda är karaktäristiska för vård och omsorgsverksamhet, och rationaliseringar som innebär eliminering av redundans, gör systemet extremt känsligt för normal variabilitet, och där störningarna propagerar i systemet. När detta sker blir effekten av det som var avsett att skapa högre effektivitet precis den motsatta. OCB står för s.k. Organisational Citizenship Behaviour, dvs ett beteende som går utanför den egna kärnuppgiften och som bidrar till att organisationen fungerar så bra som möjligt.

## Diskussion

### *Enkätstudien*

Resultaten av delstudie 1 visade att organisatoriska enheter med ett högt patientsäkerhetsklimat också har ett högt personalsäkerhetsklimat, och tvärtom. Det innebär att lyckas man understödja utvecklingen i positiv riktning av den ena av dessa säkerhetsklimattyper är det sannolikt att man får en positiv effekt även på det andra. Starkast var sambandet mellan HSOPS – internt och NOSACQ – grupp. Detta indikerar att man särskilt på gruppnivå kan tala om ett övergripande säkerhetsklimat och att om säkerhet är värderat i gruppen så omfattar det såväl patienternas som personalens säkerhet. Resultaten visade också starkare samband mellan klimatdomänerna (patienter respektive personal) än mellan skattningarna av olika nivåer inom respektive klimatdomän. Detta indikerar att man bildar sig en mer generell uppfattning om förhållandena inom gruppen respektive utanför gruppen.

Delstudie 2 visade att samtliga fyra prediktorer, d.v.s. arbetsresurser, arbetskrav, tillit till chef, och sammanhållning i vårdenheten, var betydelsefulla för samtliga aspekter av säkerhetsklimatet. Den höga samvariationen mellan de olika klimatdimensionerna som konstaterades i delstudie 1 kunde till stor del förklaras genom de gemensamma prediktorernas inverkan. Det förefaller således vara så att dessa prediktorer kan ha stor betydelse för säkerheten för såväl personal som patienter.

I delstudie 3 studerade vi relationerna mellan å ena sidan de olika studerade aspekterna av personalens psykosociala arbetssituation, nämligen arbetsresurser, arbetskrav, tillit till närmaste chef, och gruppsammanhållning vid vårdenheten och å andra sidan självskattat säkerhetsbeteende, *under kontroll* av säkerhetsklimat. Vi fick då stöd för att Tillgång till arbetsresurser var positivt relaterat till såväl regelföljande som participativt (delaktigt) patientsäkerhetsbeteende. Vi fann också att Hanterbara arbetskrav var positivt relaterat till regelföljande patient- och personalsäkerhetsbeteende men att det också var negativt relaterat till participativt patient- och personalsäkerhetsbeteende. Likaså var Tillit till närmaste chef negativt relaterat till participativt personalsäkerhetsbeteende, medan Gruppsammanhållning var positivt relaterat till participativt patient- och personalsäkerhetsbeteende. Detta, menar vi, ska inte tolkas så att om man saknar tillit till sin närmaste chef och har höga arbetskrav, så gynnar det ett delaktigt säkerhetsbeteende hos medarbetarna. Resultaten ska sannolikt ses mer som ett komplex. Vi menar att om arbetskraven är höga så ökar behovet av att varje medarbetare tar ett betydande eget ansvar för säkerheten, genom ett så kallat organisatoriskt medborgerligt beteende (Organizational Citizenship Behaviour, OCB) (Organ, 1997). Organ definierade OCB

som "individuell självpåtagat beteende, som inte är direkt uppmärksammat i de formella belöningsystemen, och som totalt sett gynnar effektiv funktion i organisationen" (s.86; förf. översättn). Participativt säkerhetsbeteende kan ses som en specifik aspekt av OCB. En förutsättning för att man ska ta ett sådant övergripande ansvar för "gruppens gemensamma goda" är att gruppssammanhållningen är god. Om dessutom tilliten till den närmaste chefen är lågt upplever sig gruppen mer utlämnad åt sig själv och behovet av OCB, i detta fall ett participativt säkerhetsbeteende, ökar ytterligare. Resultaten indikerar således att betydelsen av en väl sammansatt grupp med god sammanhållning är av central betydelse för såväl patientsäkerheten som för personalsäkerheten i vård och omsorg. I detta sammanhang är det intressant att konstatera att i en studie av mekanismen mellan personalsäkerhetsklimat och säkerhetsbeteende fann Fugas, et al. (2012) att delaktigt säkerhetsbeteende prediceras av gruppnormer som kom till uttryck i arbetskamraternas beteende, vilket ytterligare poängterar arbetsgruppens betydelse för det delaktiga säkerhetsbeteendet.

I föreliggande studie fann vi att Delaktigt säkerhetsbeteende däremot inte prediceras av säkerhetsklimatet i någon större utsträckning. Detta kan tolkas så att det är de generella psykosociala förhållandena på arbetsplatsen som är av störst betydelse här, och att deras inverkan är direkt, snarare än indirekt, via säkerhetsklimatet. Däremot prediceras det regelföljande säkerhetsbeteendet avseende såväl patientsäkerhet som personalsäkerhet av olika aspekter av säkerhetsklimatet. I tolkningen av dessa resultat ska man hålla i åtanke att det är de regelföljande aspekterna av säkerhetsbeteende som i stort sett alla sammanhang efterfrågas och poängteras i relation till säkerhetsarbetet inom vård och omsorg (Weingart & Page, 2004), kanske i synnerhet avseende patientsäkerhetsarbetet som också är den typ av säkerhetsfrågor som för närvarande röner mest uppmärksamhet avseende vård och omsorg såväl inom vårdsystemet som i samhällsdebatten i stort. Säkerhetsklimatet utgörs, såsom tidigare beskrivits, av gruppens gemensamma uppfattning om vad som är värderat i organisationen, inte minst av dess ledning, och baserat på dessa gemensamma perceptioner skapas beteendenormer. Under rådande förhållanden är det således att förvänta att om man uppfattar att säkerhet är högt värderat och efterfrågat i organisationen så avser detta framför allt regelföljande säkerhetsbeteende. Om säkerhetsklimatet är högt kan man i så fall förvänta en positiv relation framför allt till regelföljande säkerhetsbeteende. I ovan nämnda studie av Fugas, et al. (2012) konstaterades att regelföljande säkerhetsbeteende framför allt prediceras av chefernas uttalade säkerhetsförväntningar, vilket ytterligare stöder våra resultat.

Till skillnad från det delaktiga säkerhetsbeteendet så fann vi i föreliggande studie att det regelföljande säkerhetsbeteendet gynnas av en inte alltför hög arbetsbelastning. Säkert beteende innebär ofta kortsiktigt en "kostnad" i form av tid eller visst besvär (Zohar & Erev, 2007). Om arbetsbelastningen är hanterbar är det mer sannolikt att man som individ

ska finna utrymme att ta denna extra kostnad. Schulman (2004) diskuterar vad som karaktäriserar säkra och resilienta vårdorganisationer och hävdar att hög tillförlitlighet i ett sådant system inte handlar om att försöka skapa invarians, utan att kunna hantera fluktuationer. Hög tillförlitlighet, menar Schulman, karaktäriseras inte av perfekta organisatoriska strukturer i form av arbetsbeskrivningar, rapportering, regler och procedurer, utan kräver aktiva, nytänkande och uppmärksamma ledare. Det är då viktigt att chefer ges adekvata organisatoriska förutsättningar att agera på sådant sätt.

### ***Intervjustudierna***

Skadehändelser har i allmänhet ett kort förlopp. De inträffar i kritiska situationer då olika omständigheter sammanfaller. Genom att studera berättelser om sådana situationer ville vi undersöka vilka slags omständigheter som sammanfaller vid skadehändelser. På motsvarande sätt ville vi undersöka omständigheter som uppfattas ligga bakom situationer som förknippas med god säkerhet. Vi ville också i berättelserna identifiera hur individen och arbetssystemet reagerade på och hanterade kritiska situationer. Detta i syfte att få kunskap om vad som bidrog till säkerhetsklimatet på arbetsplatsen.

Metoden var kvalitativ med inriktning mot kritiska händelser. Detta betyder av våra resultat handlar om förhållanden som råder då skadehändelser inträffar eller riskerar att inträffa, alternativt effektivt hindras eller förebyggs. Resultaten kan alltså inte förstås som en bild av sjukvårdens normaltillstånd (om man i detta inte inkluderar förekomsten av förhållanden som om de uppträder i vissa kombinationer skapar kritiska situationer). Vi har heller inte i den kvalitativa delstudien haft som avsikt att undersöka hur vanliga olika förhållanden är. Detta vore möjligt att göra i fortsatt forskning.

De flesta av våra resultat handlar om förhållanden på vård- och omsorgsavdelningar, mottagningar och kliniker. Det var en styrka i vår studie att resultaten baseras på berättelser från personal som dagligen lever i och observerar detta. I resultaten finns också bilder av hur vårdens högre ledningssystem uppfattades fungera i förhållande till säkerhet. Det är viktigt att komma ihåg att dessa resultat ger en indirekt bild av ledningssystemet. De ger dock en valid bild av föreställningar om ledningssystemet vilka finns bland personal på kliniker och det är som sådana de utgör en grund för organisationsklimatet och därmed kvaliteten på säkerhetsklimatet. Hur vanliga och utpräglade sådana föreställningar är skulle också kunna undersökas i vidare forskning.

### **Sätt på vilka man hanterar kritiska situationer definierar säkerhetsklimatet**

Kritiska situationer är av särskilt intresse därför att det är då som mönster i hur säkerhet hanteras på en arbetsplats blir synliga. Dessa mönster uppfattas av medarbetarna och blir

normerande för beteendet i sådana situationer, hur man i efterhand bör hantera den gjorda erfarenheten och hur man uppfattar vad som är viktigt och värderat i organisationen. Vi betraktar alltså i denna studie berättelser om kritiska situationer också som berättelser om hur säkerhetsklimat kommer till uttryck och (åter)skapas.

Resultaten indikerade att bra säkerhetsklimat skapas där ledningen prioriterar patienter och vårdkvalitet framför administrativa krav; där ledningen aktivt ser till att ledighet tas ut, att arbetsscheman inte läggs så att personals återhämtning allvarligt hotas eller där oerfarna sätts på arbetspass där olämpligt svåra insatser kan antas krävas. Det skapas där ledningen aktivt begränsar beläggningen inom enheten (varvid dock problemet flyttas till annan enhet). Det skapas när man utvecklar fungerande arbetsformer som snabbt kan fånga upp och bearbeta akut stresspåverkan, där man arbetar med delaktighetsbaserat utvecklingsarbete och där personalen hjälps åt inom ramen för tydlig formell ansvarsfördelning och där chefer och seniora professionsföreträdare aktivt arbetar för bra vård och arbetsmiljö. Resultaten av en litteraturöversikt av Kunzle et al. (Kunzle, Kolbe, & Grote, 2009) visar också på den centrala betydelsen av gott ledarskap för team-effektivitet och hög säkerhet i vården. Bra klimat skapas där resurser finns som möjliggör skapande av positiva klimatprocesser. Negativt säkerhetsklimat skapas, enligt resultaten i föreliggande studie, där man skolar in medarbetare i en arbetskultur som innebär att man utan klagomål skall acceptera och tåla höga psykiska krav i arbetet, där man utan att göras delaktig tvingas underordna sig beslut som man menar är fattade på ur medicinsk säkerhetssynpunkt bristfälliga underlag och där man saknar välfungerande arbetsformer i vilka negativ funktionspåverkan på personalen uppmärksammas, hanteras och förebyggas. Det är heller inte bra för säkerhetsklimatet när rapporter om fel och avvikelser inte leder till snabb och tydlig återkoppling. Dåligt klimat skapas där mer eller mindre kronisk resursbrist bryter ned och försvårar positiva klimatprocesser.

## **Rutinernas roll**

Säkerhets- och andra vårdrutiner var ändå värdefulla ur både personal- och patientsäkerhetshänseende, då de kunde skapa klarhet när det gällde vad som borde göras i olika situationer och de kunde därmed i viss mån minska arbetets psykiska krav och balansera negativ funktionspåverkan hos personalen. Rutiner fungerade i standardiserade vårdssituationer där allt flöt enligt planer. Frågan är hur vanliga sådana situationer är och i vilken grad det är möjligt att åstadkomma dem. Om de är ovanliga och svåra att åstadkomma, till exempel p.g.a. den medicinska kunskapens liksom sjuklighetens stora komplexitet, torde standardisering inte vara någon kungsväg till patient- eller personalsäkerhet. Rutiner kunde också vara en källa till säkerhetsproblem.

Rapporteringsrutiner skapade extra arbetsmoment som adderade till arbetets kvantitativa krav, utan att motsvarande tidsresurs tillfördes, och utan att de uppfattades tillföra den kvalitet i vården som sades vara deras syfte. Rutiner var inte heller heltäckande eller

tillämpliga i alla situationer, varvid ökad belastning på grund av osäkerhet kunde uppstå. Rutiner kunde också vara medicinskt kloka men så pass omfattande att befintlig tidspress kunde göra att man inte ansåg sig ha tid att följa rutinerna i alla detaljer. I det senare fallet följde osäkerhet rörande det kloka i att berätta eller formellt rapportera avvikelser, framför allt i de fall där ansvarsutkrävande var individualiserat.

### **Lärande och kompetensutveckling**

Berättelser i vårt material handlade om att olika slags kompetensutveckling blev satt på undantag på grund av resursbrist. När detta, vilket sades förekomma, sammanfaller med att man anlitar oerfaren personal eller personal under utbildning samtidigt som medicinska och tekniska nyheter införs, framträder en mindre önskvärd bild. Personalen är då helt beroende av lärande i arbetet och tillgången till kollegialt stöd och mer spontant uppkommet lärande. Sådant lärande är antagligen mycket effektivt, men individens förmåga att ta till sig ny kunskap och nya sätt att agera försämras kraftigt av stresspåverkan och trötthet. Detta sätt att lära kan också vara mindre effektivt då det kan lämna brister i kompetensen som inte är kända. Den bild som framträder är en vård som till det yttersta utnyttjar de resurser som finns tillgängliga i nuet men försummar att investera i, vårda och odla den resurs på vilken hela systemet vilar: personalen. Lokala initiativ för förmedling av kunskap liksom för bearbetning av problem var de positiva former av lärande som man berättade om. Detta kan vara en för lärandet i vården helt nödvändig resurs och implikationen är att all form av strategisk vårdplanering som riskerar denna resurs torde bidra till ökande risker för patient- och personalskador.

Betydelsen av ovanstående resultat understryks av resultaten av en studie av hur olika typer av uppfattade organisatoriska värden påverkade säkerheten i ett spektrum av organisationer med högriskverksamhet (Colley, Lincolne, & Neal, 2013). Författarna, som utgick från så kallade *competing values* som teoretisk ram fann där att i organisationer där medarbetarna uppfattade att organisationen var produktionsinriktad (rationella mål) och samtidigt värnade personalens förutsättningar såsom utvecklingsmöjligheter, öppen kommunikation, delaktighet och grupsammanhållning var säkerhetsklimatet högt och olyckor och tillbud färre, medan i organisationer som värnade rationella mål i kombination med internt processfokus, såsom formaliserade strukturer och procedurer, regler och kontroll var säkerhetsklimatet lågt (Colley, et al., 2013).

### **Stöd och teamklimat**

Lärande, förbättringsinitiativ, balansering av höga krav, informationsöverföring, hantering av trauman, effektivt samarbete - många funktioner som var relaterade till säkerhet hade att göra med socialt stöd och gruppens förmåga att fungera som team (vilket i korthet innebär att man har gemensamma mål, tydliga roller samt har förmågan

till rak och öppen kommunikation). Dessa sociala kvaliteter kan också betraktas som arbetsmiljöaspekter, vilka i annan forskning visats ha samband med stress, psykisk ohälsa, motivation, kreativitet med mera. Organisationsförhållanden, såsom illa genomförda omorganisationer, personalomsättning och hög kravnivå kunde alltså bidra till att för säkerheten väsentliga funktioner på gruppnivån bröts ned. Resultaten visade också att egna misstag och etisk konflikt gav upphov till stress. Tidigare forskning har visat att tillbud inte bara innebar risk för patienten att skadas utan att även den professionella identiteten stod på spel (Dixon-Woods, Suokas, Pitchforth, & Tarrant, 2009). Det är lätt att förstå att detta ökar den upplevda stressen i samband med misstag.

### **Resursberäkning med hänsyn till personalens funktionsnivå**

Funktionspåverkan på personal tenderade, som tidigare nämnts, att dyka upp som tema när läkarna, sjuksköterskorna och undersköterskorna berättade om kritiska händelser, både negativa och positiva. En given personalresurs, uttryckt i antal personer inom olika vårdyrken i relation till en viss vårdvolym, kan emellertid vara ett dåligt mått på resurstillgång. För att realistiskt kunna bedöma storleken på den reella personalresursen måste hänsyn tas dels till hur god tillgång som finns till god funktionsnivå hos individerna i gruppen, men även till individens kompetens i relation till den aktuella situationen, och kompetensbehovet i relation till situationens krav. En person som hoppar in som extra i en vårdenhets har inte samma kännedom om vare sig patienter/boende, arbetskamraternas kompetens eller arbetssätt och rutiner, som den ordinarie personalen, och kan alltså i den situationen inte likställas kompetensmässigt med ordinarie personal, även om den extrainsatta personen i sig är mycket kompetent inom sitt yrke. På samma sätt kan en viss bemanningsstyrka vara fullt adekvat med en viss patientvolym med visst vårdbehov, medan samma personalstyrka kan vara inadekvat vid samma patientvolym men med högre vårdbehov. Detta pekar på att resursfördelning och bemanningsplanering borde ha sätt att väga in funktionsnivå, funktionsmöjligheter och funktionskrav. Bra sådana sätt skulle också kunna innebära att den högre sjukhusledningen fick kompletterande information om läget i den egna verksamheten.

### **Gränsövergångar som kritisk situation**

Gränsövergångar, då patienter, personal eller information om patienter måste röra sig över organisatoriska eller sociala gränser är särskilt kritiska och detta är ju i grunden ett strukturproblem avseende vårdorganisationen. Det framkom också att man inom olika funktionella specialenheter, liksom mellan organisationer, försöker motverka stresspåverkan genom att noggrant bevaka den grind genom vilken patienter kommer in i enhetens område. På motsvarande sätt tycks andra enheter ha behov av att avbörda sig belastning genom att skicka patienter vidare till andra enheter. Detta innebär en uppenbar risk för patientsäkerheten.



## **Information som riskfaktor**

Vid gränsövergångar är säkerheten beroende av validiteten i den information som förs över. Förutom missförstånd och misstag, vilket kunde vara särskilt sannolikt vid stress, kunde användningen av flera komplementära informationsmedia, som kunde vara motsägande, ofullständiga och splittrade, bidra till misstag och osäkerhet. IT-system som användes kunde vara svårhanterliga, tidskrävande och inkompatibla. Dessa svårigheter i kombination med tidsbrist och oklara ansvarsförhållanden gjorde även informationen i dessa system otillförlitlig. Ett återkommande exempel på bristande tillförlitlig IT-buren information var patienternas medicinlistor. Enhetliga och teknologibaserade rutiner och system för att säkerställa valida och tillförlitliga informationsflöden över organisatoriska och sociala gränser är givetvis önskvärda med framstår som en (ouppnåelig?) vision snarare än en verklighet inom en överskådlig framtid.

Bra klimatskapare med avseende på att ge och söka valid information var i våra resultat att kunna och våga ta sig tid att grundligt söka, utvärdera och uppdatera information om patienten. Att våga omfattar att ta sig tiden trots högt patienttrycket, men också att sådan grundlighet inte alltid uppskattas av chef och seniora kollegor.

## **Sjukvårdens ledningsstruktur**

I våra intervjuer sökte vi inte aktivt efter erfarenheter relaterade till vårdens olika chefsnivåer men detta hindrade inte våra informanter från att delge oss perspektiv på dessa nivåers roll för säkerheten. Den centrala betydelsen av närmaste chef framstod tydligt. Närmaste chef beskrevs ofta som stödjande, och på så sätt fyllande en viktig funktion för såväl individ som grupp. Men när närmaste chef att inte erbjuda ett tillräckligt gott stöd fanns en önskan att lämna enheten eller ibland till och med verksamheten. Sådant som karakteriserade ett icke stödjande chefskap var att information filtrerades på vägen mellan golvet och högre beslutsfattare, vilket resulterar i beslut som i praktiken medför risker för patienters och personals säkerhet.; att lagar och myndighetsdirektiv, liksom tryck från politiker, media och allmän opinion, med krav på felfri och säker vård, kan antas skapa en kraft som motverkar att information om förhållanden som kan bidra till skador på patienter och personal förs uppåt i beslutssystemet. För att skydda idén om felfri vård, eller inte bryta mot det tabu mot problematisering som skyddar den, görs säkerhet till en individuell fråga för legitimerad personal medan man undviker att diskutera grundläggande strukturella säkerhetsproblem och dessas beroende av resurser.

## **Reflektioner kring vården som system**

Kritiska situationer är situationer då något ur säkerhetssynpunkt bra eller dåligt hände. Våra resultat visade hur sådana, i tid begränsade och tydligt lokaliserade, händelser var beroende av förhållanden som kunde växa fram under längre tidsperioder eller som

skapades för länge sedan. Yrkeskulturer och sociala klimat är exempel på sådana förhållanden, men även traditioner när det gäller vårdorganisering, utbildning av vårdpersonal och hur olika medicinska specialiteter och med dem förknippade patientkategorier traditionellt värderas inom vårdsystemet har betydelse. Här finns naturligtvis också de beslut som bestämmer sjukvårdens långsiktiga resursramar.

Denna insikt talar emot ensidiga satsningar på individen och på formella säkerhetsrutiner som skal l reglera den individuella vårdarbetaren. Det verkar snarare vara så att säker vård kräver bra strukturer och processer, där etiskt svåra beslut kan tas, vilka inbegriper hela kedjan från vårdens golv till politiken.

På de lokala nivåer i organisationen där vård produceras uppträder specifika kombinationer av ur risksynpunkt goda och dåliga förhållanden vilka bör förstås och beaktas vid beslut rörande omorganisation, resursfördelning och så vidare, för att man skall ta tillvara och undvika att slå sönder goda lokala förhållanden respektive kunna fatta kloka beslut om var säkerhetshöjande satsningar är mest motiverade. Att nöja sig med mer övergripande mått på isolerade faktorer riskerar att leda till att man missar väsentlig kunskap om den lokala komplexitet som skapar eller förebygger skaderisker. Våra resultat visar också att det i denna strävan inte självklart går att lita på att de existerande och etablerade kommunikationsvägarna mellan konkret vårdarbete och högre ledningsnivåer verkligen fungerar för att förmedla valid information om för säkerheten relevanta förhållanden.

Resultaten pekade på att när personals arbetsutformning blir komplicerad, kvantitativt krävande och kan antas orsaka stresspåverkan eller sömnbrist, samt när de omgivande villkoren i termer av socialt stöd, tillgänglig tid och välfungerande hjälpmedel, såsom it-system, inte räcker till, så uppstår skaderisker. Det förefaller saknas ett helhetsperspektiv över och förståelse för vårdpersonals arbetsutformning, d.v.s. vilka uppgifter som faktiskt ingår i jobbet och vilka krav dessa ställer på individen och på de omgivande organisatoriska villkoren. Beslut som rör kvantitativ prestation och vårdbeställningar, och tilldelning av resurser för att genomföra detta, bör för att på ett reellt sätt bidra till säker vård och omsorg, bland underlagen ha kvalificerade analyser av olika beslutsalternativs konsekvenser för vårdpersonalens arbetsutformning och därmed sammanhängande risker för negativ funktionspåverkan.

Enligt säkerhetsklimatteori baseras kvaliteten på säkerhetsklimatet på en arbetsplats på gemensamma uppfattningar och tolkningar i arbetsgruppen av hur man på arbetsplatsen hanterar patient- och personalskaderisker. Studiens övergripande slutsats, vilken motiveras i följande två avsnitt, är att patient- och personalskaderisker skapades av kombinationen mellan strukturellt krävande arbetsförhållanden och personal som inte har tillgång till de individuella och sociala funktioner som är nödvändiga under dessa

förhållanden. Förbättrade strukturer och vård och utveckling av personalresursen tycks alltså vara vägar mot bättre säkerhet och säkerhetsklimat. Dessa vägar medverkar och samverkar mellan en kedja av individer från vårdens golv, via organisationens mellanchefer och toppledning, till överordnad landstingsledning och ytterst den politiska nivån.

En intressant observation var att på frågor om säkerhet (patient- och personal-) berättade informanterna huvudsakligen om förhållanden som vanligtvis sorteras under rubriken arbetsmiljöfrågor. Säkerhetsfrågorna var inbäddade i berättelser som handlade om hur man utförde sina kärnuppgifter som läkare, sjuksköterska eller undersköterska, och de organisationsstrukturella och -kulturella villkor under vilka man hade att utföra dem. Säkerhet och arbetsmiljö uppfattades således inte som områden separerade från kärnuppgifterna och möjliga att hantera genom särskilda säkerhetsrutiner och programmatiska åtgärdssystem, utan i hög grad integrerade aspekter av arbetet.

Våra resultat visade hur skaderisker uppstår i (negativt) kritiska situationer. Sådana kritiska situationer kännetecknades av mötet mellan negativt funktionspåverkad personal och besvärliga strukturella förhållanden. Exempel på funktionsnedsättning var nedsatt kapacitet till uppmärksamhet, noggrannhet, koncentration och andra kognitiva funktioner men också empati och förmåga att hantera emotionell påverkan. Exempel på negativa strukturella förhållanden var överbeläggningar, underbemanning, personalomsättning, för svåra uppgifter i förhållande till individens kompetens, oklar ansvarsfördelning, förflyttningar över organisatoriska gränser utan adekvat stöd, otillräckliga personalresurser eller komplex, splittrad, inkomplett och svårtillgänglig information.

När det gäller de positiva faktorerna, som betecknade situationer där säkerheten varit god, handlade det om lokal förmåga till att hantera och förebygga funktionspåverkan hos personalen, liksom strukturella förhållanden som understödde möjligheterna att göra ett bra jobb. Detta kunde ha formen av, huvudsakligen lokalt, organiserade rutiner för hur akut stresspåverkan i samband med mer dramatiska händelser kunde hanteras genom emotionellt stöd och möjligheter att prata igenom och bearbeta den inträffade. Vidare genom lokalt delaktighetsbaserat utvecklingsarbete, där välfungerade arbetsgrupper med engagerade och utvecklingsintresserade medarbetare var viktiga och där utvecklingsstödjande operativa chefer och seniora professionsföreträdare hade viktiga roller som pådrivare och normsändare. Här var tid en kritisk faktor. Om möjligheten fanns till en ganska ringa tidsinvestering i rätt skede blev vården effektiv, säkerheten hög, och arbetstillfredsställelse god. Sådan tidsinvestering kunde exempelvis bestå i att mottagandet på en vårdavdelning av en ny patient kunde förberedas genom att hela vårdteamet kunde möta upp på IVA, få en bra avlämning därifrån och gemensamt kunna planera vården av patienten ifråga; genom att det fanns tid till dagliga korta reflektioner över kritiska händelser under dagen, så att fel kunde diskuteras och förebyggas genom

gemensamma överenskommelser om hantering av typhändelser; eller genom regelbundna inomprofessionella möten för kollegialt kunskapsutbyte och därmed –utveckling, på exempelvis veckobasis. Det förebyggande arbetet kunde också ha inslag av direkt styrning när operativa chefer bevakade att personal tog ut ledighet, försökte undvika långa arbetspass, och tog individualiserad hänsyn till personalens behov. Informanterna berättade om högt engagemang för patientsäkerheten och att man i grunden stimulerades av arbetets utmaningar. Det är väl etablerat att engagemang och stimulans är faktorer som motiverar till noggrannhet och stor arbetsinsats. Våra resultat visade att också säkerheten på detta vis var beroende av personalens engagemang. Det är därför viktigt att uppmärksamma sådana faktorer som upplevdes erodera engagemang och motivation och istället drev en utveckling mot resignation och distansering från arbetet.

### **Den kvalitativa metoden**

Kvalitativ metodik är ofta arbetskrävande, men kompletterar på ett betydelsefullt sätt kvantitativ metodik eftersom det erbjuder fördjupad förståelse för de studerade fenomenen, och kan på så sätt öka utbytet av de kvantitativa mätningarna (Gordon et al., 2005) och även vidga forskarens perspektiv utanför förvalda fenomen. Mays och Pope (2000) framhöll att validitet och relevans är betydelsefullt i såväl kvantitativ som kvalitativ forskning, men att de måste operationaliseras på olika sätt i de båda fallen. Mays och Pope (2000) föreslog därför sex kriterier som krävs för att tillförsäkra validiteten i kvalitativ forskning. Kriterierna diskuteras här i relation till den föreliggande studien.

1. Metodtriangulering. I föreliggande studie tillförsäkrades detta dels genom att studien omfattade såväl kvalitativ som kvantitativ metodik för att studera gemensamma fenomen, dels genom att de individuella djupintervjuerna följdes upp av fokusgruppsintervjuer, med samma typer av frågeställningar. Resultaten av delstudierna stödde i hög grad varandra.
2. Respondent validering av de kvalitativa resultaten genom att dessa återrapporteras till informanterna i syfte att reducera fel, men också i någon mån för att uppnå fullständighet. Resultaten av de individuella intervjuerna återrapporterades i del två av fokusgruppsintervjuerna. Resultaten igenkändes av samtliga fyra fokusgrupper och inga kompletteringar erbjöds.
3. Tydligt redovisande av metodik för datainsamling och –analys. Detta kriterium har emotsetts i metoddelen av denna rapport.
4. Reflexivitet avseende hur forskarna och forskningsprocessen kan ha påverkat data, inklusive påverkan av förförståelser, liksom ”distansen” mellan forskare och informanter. Med ett undantag, där informanten själv valde annorlunda, genomfördes samtliga intervjuer på informanternas arbetsplatser, i avsikt att dessa skulle känna sig ”hemma”. Informanterna tillförsäkrades också att data skulle skyddas så att de inte kom obehöriga till del, samt att resultaten skulle presenteras

på ett sätt så att enskilda informanter eller enheter inte skulle kunna identifieras. Det är också vår uppfattning att samtalen var mycket öppenhjärtliga. I syfte att minska påverkan av forskarnas förförståelser använde vi oss av så kallad critical incident metod, där informanterna ombads att så detaljerat som möjligt beskriva självvalda egna såväl positiva som negativa upplevelser. I enlighet med fenomenografisk metodik ställdes därpå endast uppföljande frågor för att så fullödigt som möjligt tömma ut de teman informanterna själva erbjöd men utan att intervjuaren själv introducerade teman eller idéer. För att kvalitetssäkra detta genomfördes först var och en av de intervjuande forskarna var sin intervju som transkriberades och genomlästes kritiskt för att uppdaga eventuell påverkan från intervjuaren. Dessa intervjuer diskuterades av intervjuarna inför de fortsatta intervjuerna.

5. Uppmärksammande av motsägande fenomen, d.v.s. aktivt sökande efter data som motsäger de emergerande kategorierna. Intervjumetodiken var inspirerad av fenomenografisk metod som syftar till att utvinna en så fullödig bredd av perspektiv på de fenomen som identifieras, snarare än att hitta gemensamma nämnare i informanternas perspektiv. Detta minskar risken att man ignorerar ”negativa fall”. Samtliga intervjuer och intervjuresultat genomlästes och diskuterades också av båda intervjuarna, i syfte att tillförsäkra att båda forskarna kunde känna igen sig i de resultat som emergerade.
6. Rättfärdig hantering, d.v.s. tillförsäkrande av att forskningsdesignen omfattar ett brett spektrum av olika perspektiv. Detta tillförsäkrades dels genom den ovan beskrivna urvalsmetoden och där informanterna hämtades från samtliga typer av deltagande organisationer, från samtliga studerade yrkeskategorier och från enheter med såväl höga som låga resultat i de kvantitativa mätningarna av patientsäkerhetsklimat, personalsäkerhetsklimat och delaktigt säkerhetsbeteendet.

Mays och Pope (2000) diskuterade också frågan om extern validitet, d.v.s. vilka generella slutsatser som kan dras på basis av en specifik studie. Även om inga definitiva slutsatser kan dras avseende extern validitet för de här presenterade resultaten så menar vi att urvalet innebär en bred täckning av den aktuella populationen. Resultaten stärktes ytterligare genom metodtrianguleringen med fokusgruppsintervjuerna.

## **Slutsatser**

Våra resultat visade tydligt att patientsäkerhetsklimat och personalsäkerhetsklimat går hand i hand. Samtliga fyra prediktorer för säkerhetsklimatet som studerades kvantitativt, d.v.s. arbetsresurser, arbetskrav, tillit till chef, och sammanhållning i vårdenheten, var

betydelsefulla för samtliga aspekter av säkerhetsklimatet. Dessa prediktorer befanns alltså ha stor betydelse för säkerheten för såväl personal som patienter.

Under kontroll för säkerhetsklimat var Tillgång till arbetsresurser positivt relaterat till såväl regelföljande som participativt (delaktigt) patientsäkerhetsbeteende, Hanterbara arbetskrav var positivt relaterat till regelföljande patient- och personalsäkerhetsbeteende men att också negativt relaterat till participativt patient- och personalsäkerhetsbeteende. Likaså var Tillit till närmaste chef negativt relaterat till participativt personalsäkerhetsbeteende, medan Gruppsammanhållning var positivt relaterat till participativt patient- och personalsäkerhetsbeteende. Vi menar att dessa resultat bör ses som ett komplex. Om arbetskraven är höga så ökar behovet av att varje medarbetare tar ett betydande eget ansvar för säkerheten, genom ett så kallat organisatoriskt medborgerligt beteende (Organizational Citizenship Behaviour, OCB) där participativt säkerhetsbeteende kan ses som en specifik aspekt av OCB. En förutsättning för att man ska ta ett sådant övergripande ansvar för ”gruppens gemensamma goda” är att grupsammanhållningen är god. Om dessutom tilliten till den närmaste chefen är låg upplever sig gruppen mer utlämnad åt sig själv och behovet av OCB, i detta fall ett participativt säkerhetsbeteende, ökar ytterligare. Resultaten indikerar således att betydelsen av en väl sammansvetsad grupp med god sammanhållning är av central betydelse för såväl patientsäkerheten som för personalsäkerheten i vård och omsorg.

Delaktigt säkerhetsbeteende befanns däremot inte prediceras av säkerhetsklimatet i någon större utsträckning. Detta tolkar vi så att det är de generella psykosociala förhållandena på arbetsplatsen som är av störst betydelse här, och att deras inverkan i hög grad är direkt. Däremot predicerades det regelföljande säkerhetsbeteendet avseende såväl patientsäkerhet som personalsäkerhet av olika aspekter av säkerhetsklimatet. Här bör man hålla i åtanke att det är de regelföljande aspekterna av säkerhetsbeteende som i hart när alla sammanhang efterfrågas och poängteras i relation till säkerhetsarbetet inom vård och omsorg och säkerhetsklimatet utgörs av gruppens gemensamma uppfattning om vad som är värderat i organisationen, inte minst av dess ledning, och baserat på dessa gemensamma perceptioner skapas beteendenormer.

Det regelföljande säkerhetsbeteendet gynnades av en måttlig arbetsbelastning. Säkert beteende innebär ofta kortsiktigt en ”kostnad” i form av tid eller visst besvär. Om arbetsbelastningen är hanterbar är det mer sannolikt att man som individ ska finna utrymme att ta denna extra kostnad.

Våra kvalitativa resultat visade hur skaderisker uppstår i (negativt) kritiska situationer. Sådana kritiska situationer kännetecknades av mötet mellan negativt funktionspåverkad personal och besvärliga strukturella förhållanden. Exempel på funktionsnedsättning var nedsatt kapacitet till uppmärksamhet, noggrannhet, koncentration och andra kognitiva funktioner men också empati och förmåga att hantera emotionell påverkan. Exempel på negativa strukturella förhållanden var överbeläggningar, underbemanning, personalomsättning, för svåra uppgifter i förhållande till individens kompetens, oklar ansvarsfördelning, förflyttningar över organisatoriska gränser utan adekvat stöd, otillräckliga personalresurser eller komplex, splittrad, inkomplett och svårtillgänglig information.

När det gäller de positiva faktorerna, som betecknade situationer där säkerheten varit god, handlade det om lokal förmåga till att hantera och förebygga funktionspåverkan hos personalen, liksom strukturella förhållanden som understödde möjligheterna att göra ett bra jobb. Detta kunde ha formen av, huvudsakligen lokalt, organiserade rutiner för hur akut stresspåverkan i samband med mer dramatiska händelser kunde hanteras genom emotionellt stöd och möjligheter att prata igenom och bearbeta den inträffade. Vidare genom lokalt delaktighetsbaserat utvecklingsarbete, där välfungerade arbetsgrupper med engagerade och utvecklingsintresserade medarbetare var viktiga och där utvecklingsstödande operativa chefer och seniora professionsföreträdare hade viktiga roller som pådrivare och normsändare. Här var tid en kritisk faktor.

Utifrån detta mönster går det att direkt peka ut vägar vilka säkerhetsförbättrande arbete kunde gå. Det handlar om att tillförsäkra adekvat tillgång till personal som inte är negativt funktionspåverkad. Detta handlar om att erbjuda medicinskt och psykosocialt rimliga arbetsscheman som följs upp och implementeras; att junior personal inte tillåts/tvingas arbeta självständigt med uppgifter som är för svåra; att effektiva, välfungerande arbetsgrupper understöds; operativa chefer som ges rimliga möjligheter till hög närvaro och ett individanpassat ledarskap och att i handling visa att personalens behov uppmärksammas och respekteras så att man lyckas behålla och vidareutveckla kunnig och erfaren personal; och att man har former för hantering av akut hög stresspåverkan. Detta inbegriper också insikt från politiker och landstingsledning om att det finns en gräns för i vad mån effektivisering av vård kan uppnås genom kostnadsneddragningar med bibehållna krav på volym och kvalitet i vården, och att när denna gräns har nåtts riskerar resultatet att bli det rakt motsatta, nämligen försämrad effektivitet och försämrad kvalitet. I det emiriska underlaget för denna studie finns tydliga tecken på en sådan negativ utveckling.

## **Erkännanden**

Studien finansierades av AFA Försäkring, vilket härmed tacksamt uppmärksammas.



## Appendix 1. Intervjuguide, individuella intervjuer

### *Patientsäkerhet*

Intervjun inleds med att vi definierar begreppet vårdskada, och presenterar detta på ett kort som läggs på bordet. På baksidan av kortet anges olika typer av riskområden för uppkomst av patientskada (baserat på Socialstyrelsens kategorier).

- Beskriv ett tillfälle som du känner väl till då en patient/omsorgstagare kommit till skada eller hade kunnat komma till skada (du kommer sedan att få beskriva en situation då patientsäkerheten istället varit bra).
- Beskriv ett tillfälle som du känner väl till då patienten/omsorgstagaren tagits omhand på ett sätt så att säkerheten för patienten verkligen har varit bra.

### *Personalsäkerhet*

Nu definieras begreppet arbetsolycka och ett kort med definitionen läggs på bordet. På baksidan av kortet anges ett antal typiska risker för personal i vård- och omsorgsarbete (baserat på statistik över arbetsolyckor i vård och omsorg).

- Beskriv ett tillfälle som du känner väl till då du eller någon annan i din enhet/arbetsgrupp råkat ut för en arbetsolycka eller varit nära att råka ut för en arbetsolycka.
- Beskriv ett tillfälle som du känner väl till då säkerheten för personalen i din enhet/arbetsgrupp har hanterats bra.

### *Delaktigt säkerhetsbeteende*

- Beskriv en situation då du eller en arbetskamrat tagit eget initiativ till något för att förbättra säkerheten på din arbetsplats. (Detta kan gälla antingen personalsäkerheten eller patientsäkerheten)
- Beskriv en situation då du eller en arbetskamrat låtit bli att ta eget initiativ för att förbättra säkerheten på din arbetsplats, trots att det hade behövts. (Detta kan gälla antingen personalsäkerheten eller patientsäkerheten)

### *Skattning av patientsäkerheten på enheten*

Du har nu beskrivit en situation då patientsäkerheten fungerat bra på din arbetsplats och en situation då den fungerat mindre bra. Vad skulle du säga förekommer oftast på din enhet, situationer där patientsäkerheten är hög (A) eller situationer där patientsäkerheten inte är hög (B)?

Du har också beskrivit en situation då personalsäkerheten fungerat bra på din arbetsplats och en situation då den fungerat mindre bra. Vad skulle du säga förekommer oftast på din

enhet, situationer där personalens säkerhet är hög (A) eller situationer där personalens säkerheten inte är hög (B)?

*Komplettering*

Nu närmar vi oss slutet på intervjun. Har du något ytterligare att säga om någon av de frågor vi samtalat om eller finns det något som är viktigt när det gäller personalsäkerhet eller patientsäkerhet som vi har missat att ta upp?

**TACK FÖR DIN MEDVERKAN!**

## Appendix 2. Temastruktur, fokusgruppsintervjuer

I nedanstående tabell redovisas de teman relaterade till patient- respektive personalsäkerhet, som identifierades i de fyra fokusgruppsdiskussioner som genomfördes med vårdpersonal.

Id	Övergripande och specifika teman	
	Positiva förhållanden	Negativa förhållanden
<b>Ledning och organisering</b>		
1*,3	God planering och organisering	Avsaknad av riktlinjer och rutiner
2	Ledning som planerar och förutser	
		Organisationsförändringar utan planering för att det tar tid att ställa om till nya samarbeten, lokaler, rutiner.
1	Fungerande vårdflöden med tillgång till rätt part och kompetens vid rätt tillfälle	Bemanningsplanering utan hänsyn till faktisk kompetens
3		Personal som tvingas rotera mellan enheter där man inte kan rutiner och känner patienterna
1		Läkare ges ansvar för patienter för vilka man inte har lämplig kompetens
1		Fokus på produktion gör att kompetensförsörjningen blir eftersatt
1		Otillräcklig satsning på läkares och sköterskors kompetensutveckling
1		Läkare med för dåliga svenskakunskaper sätts att arbeta på klinik
1		Jourläkare som inte är tillgängliga på grund

		av dubbla åtaganden inom sjukhuset
2		Besparingar utan hänsyn till resurser för nödvändig patientadministration
1	Bra ledarskap	Dålig ledning
1	Klinik- och verksamhetschefer som har bra kommunikation med läkarna	
1	Bra kommunikation mellan chefer vid olika delar av sjukhuset	
1	Chef som stöder utvecklingen av öppet kommunikationsklimat inom en klinik	
2	Chef som agerar och stöttar personal som blir anklagad och angripen av patienter, anhöriga, medier osv	
<b>Den funktionsindelade sjukhusorganisationen</b>		
2		Patienter som förflyttas mellan avdelningar och kliniker kan orsaka att helhetssynen blir dålig och att motsägelsefulla bedömningar görs
2		Möjligt att avsäga sig ansvar för patient och hävda att annan enhet/klinik har ansvaret
2		Patienter läggs in på enhet efter huvuddiagnos vilket kan leda till att annan behandling blir undermålig.  Patient läggs in på olämplig enhet relativt medicinsk status
<b>Samarbete</b>		
1	Gott samarbete mellan vårdpersonal	
1	Samarbete mellan hemsjukvård och specialistvård	Dåligt eller för lite samarbete mellan primär- och specialistvård
2	Samverkan mellan vårdgivare	Vi-dom mentalitet och gränsdragningar

		mellan olika vårdgivare
2	Samverkan över gränser (sjukhus, primärvård, kommunal vård) för samordnade individuella vårdplaner	Dåligt samarbete mellan enheter inom sjukhuset
2	Specialister utbildar, stöder och har personkontakt med vårdpersonal inom primärvård och kommunal vård	
1	Bra kommunikation inom vårdenheter	
1	Kunskapsutbyte inom kliniken	
1,2	Öppet kommunikationsklimat inom kliniken	Rädsla och osäkerhet inför att ta upp problem och även nya idéer
1,2,3	Bra gruppklimat	Dåligt teamarbete
2	Gemensamma mål och strategier i grupper	
2	Förtroende för varandras kompetens	
2	Att känna sig trygg i sin grupp	
<b>Arenor för lärande och problembearbetning</b>		
2,3	Tid för daglig reflektion i arbetsgruppen	När tid för reflektion saknas
2	Handledning, samtalsgrupper	
2	Möjligheter att med kollegor bearbeta särskilt belastande händelser	
<b>Kommunikation. Information om patient</b>		
1,2	Väl fungerande IT-system som underlättar arbetet	Oöverskådliga informationssystem, icke användarvänliga informationssystem
1		Flera icke-kompatibla informationssystem
2		Tekniska och formella hinder för informations och dokumentöverföring mellan sjukhus, primärvård och kommunala

		vårdgivare
1		Otillräckliga kunskaper och utbildning i informationssystem
		Otillräckliga kunskaper om formella regler kring delning av patientinformation mellan vårdgivare
1,2	System för att se till att dokumentation om läkemedel och ordinationer är valid	Dåligt uppdaterade och felaktiga medicinlistor
1	Tillgång till relevanta journaluppgifter och aktuella läkemedelsordinationer	Otillräcklig journalföring och överrapportering
2		Brister i administrativa rutiner
2		Oklar ansvarsfördelning rörande patientadministration
2		Informationsöverföring mellan enheter öppnar för missförstånd
1	Tydlig kommunikation mellan individer och enheter	Hylläkare kommer och går: Patienter glöms bort p.g.a. dålig informationsöverföring
1,2,3	Anhöriga som följer med patient och bidrar med information om denne, samt blir effektivt informerad	Icke svensktalande patienter i kombination med tolkbrist eller otillräckliga språkkunskaper bland personalen
2		Beroendet av att patienten kan förklara sina problem och har insikt i att den har problem
1		Läkare med dåliga kunskaper i svenska
1	Personals initiativ till egna rutiner för samordning av läkemedelsordinationer	
<b>Rätt kompetens- och funktionsnivå hos personalen</b>		
1	Professionalitet och fokus	
1,3	Full bemanning med ordinarie personal	Personal som inte känner till rutinerna

1,3		Oerfaren personal
1		Personal som saknar rätt utbildning och kompetens
1		Läkare med dåliga kunskaper i svenska
1		Personalflykt på grund av missnöje med utvecklingsmöjligheter för erfarna medarbetare
2		Bristande kontinuitet i bemanningen bidrar till informationsmissar och motsägelsefulla bedömningar av patient
1		Kompetensbrist
<b>Tillgång till tillräckliga resurser</b>		
1,3	Full bemanning	Underbemanning
1		Brist på vårdplatser för utredning och behandling
1		Jourläkare som inte är tillgängliga på grund av dubbla åtaganden inom sjukhuset
2		För lite tid för patientadministration
1,2		Resursbrist
1,2		Besparingar, dålig ekonomi
<b>Tidsbrist och stresspåverkan på personalen</b>		
1		Oreflekterat agerande pga stress
1		Tidsbrist
1		Långa jourpass
2	Tid att tänka efter och ta del av information som finns om patient	Tidspress gör att saker glöms bort eller missas
3		Ej tid att ta rast

2		Osäkerhet på grund av risk för missförstånd vid informationsöverföring
<b>Misstag och bristande ansvarstagande på individnivån</b>		
1		Bristande ansvarstagande/tillgänglighet från jourläkare
2		När individer begår misstag
2		Att ta genvägar
2		Ovilja att ta ansvar för patient
2		Vårdpersonal som ej läst dokumentation om patient
<b>Avvikelseberättelse</b>		
2,3		Otydlig feedback på avvikelserapporter
<b>Lokaler och utrustning.</b>		
2	Utformning av lokalerna med detaljhänsyn till vad den specifika vård som skall ske där kräver (t ex kräver vård av suicidbenägna särskilda lokalmässiga hänsynstaganden)	
3		System för läkemedelsdosering som leder till felaktigheter eller att mediciner saknas ("Apodos")
3	Lokal för ostörd koncentrerat dokumentationsarbete	Inga larmsystem vid hot och våld
3		Stelbent upphandlingsbyråkrati
<b>Hot och våld. Relationer till patienters anhöriga</b>		
2	Att lyckas göra anhöriga delaktiga i patientens vård	Anhöriga som man ej lyckas samarbeta med kan blir aggressiva och hotfulla



2,3	Förmåga att klara av att avstyra hotfulla situationer	Att bli utsatt för hot och våld
Yrkeskulturen		
2		"Lite skall man väl tåla" – risk för personalskada
2		Övertro på att vårdande med god vilja skyddar mot hot och våld – risk för personalskada
<b>Patientens tillstånd ökar risken för skada</b>		
2		Patienter betar sig riskabelt på grund av bristande insikt i sin sjukdomsrelaterade funktionsnedsättning, exempelvis efter hjärnskada

## Appendix 3. Utveckling av skalor för att mäta säkerhetsbeteende i vården

Utvecklingsarbetet tog sin utgångspunkt i behovet av specifika skalor för att mäta säkerhetsbeteende i vårdarbete. Inga användbara skalor hade hittats i tidigare studier. De skalor som identifierades var i allmänhet av så generell karaktär så det kunde förväntas att validiteten skulle vara bristfällig.

Skalorna avsåg mäta säkerhetsbeteende inom två övergripande områden: patientsäkerhet och personalsäkerhet. Inom varje sådant beteendeområde konstruerades item utifrån en matris bestående av riskdomäner som rader och tre slag av beteenden som kolumner. Dessa tre beteenden var:

C: 'compliance', att följa föreskrifter och rutiner. Frågorna formulerades omvänt, som avvikelser från föreskrifter och rutiner.

P: 'participative', att delta aktivt i det gemensamma ansvarstagandet för en säker arbetsplats, tex genom att säga till en arbetskamrat som gör en avvikelse.

I: 'initiative', att ta initiativ till förbättringsarbete för att höja säkerhetsstandarden, förbättra rutiner etc.

Aktuella riskdomäner för *patientsäkerhet* hämtades från Socialstyrelsen:

- 1 Vårdrelaterade infektioner
- 2 Operativa och invasiva ingrepp, inkl katetervård
- 3 Läkemedelsbehandling, felmedicinering
- 4 Fallskador
- 5 Kommunikation och informationsöverföring vid överlämningar mellan vårdgivare
- 6 Trycksår
- 7 Självmod i anslutning till vård
- 8 Användning av medicintekniska produkter

Aktuella riskdomäner för *personalsäkerhet* hämtades från arbetsskadestatistik:

- 1 Rörelse med belastning
- 2 Fall av person, halkolyckor
- 3 Hot och våld
- 4 Stick- och skärskador
- 5 Övrigt (användning av skyddsutrustning mot infektion)

En bärande designtanke var att fråga om konkreta utförda handlingar inom en angiven tidsperiod (snarare än generella bedömningar av hur man brukar göra). Som tidsperiod valdes tre månader som bör vara en tillräckligt lång period för att ge en provkarta på även mer sällsynta beteenden men inte så lång att minnesproblem skulle uppstå i alltför hög grad. Som svarsformat valdes tre kategorier: Aldrig/Någon gång/Flera gånger. Dessutom gavs möjligheten att svara 'Ej aktuellt' eftersom det kunde antas att samtliga områden inte var aktuella för alla personalkategorier.

Minst ett item formulerades i varje cell i matriserna. Den preliminära itemuppsättningen prövades i en responspsykologisk studie på undersköterskor, sjuksköterskor och läkare såväl i primärvård som på sjukhus. I stort sett uppfattades påståendena som relevanta och förståeliga. Vissa förslag på klargöranden framkom och formuleringar justerades. Några nya item formulerades också.

## **Metod**

En pilotstudie genomfördes vid verksamhetsområdet Geriatrik vid SU. Prototyperna för skala A Patienssäkerhetsbeteende (31 item), skala B Personalsäkerhetsbeteende (18 item) och tre bakgrundsfrågor (avdelning, arbetsledande befattning och personalkategori) samlades i en enkät. Enkäten distribuerades av vårdutvecklaren till respektive avdelning samt till läkargruppen. Totalt gick 177 enkäter ut och 142 besvarade enkäter lämnades in. Svarefrekvensen var därmed 80%. Vid de sex avdelningarna (undersköterskor och sjuksköterskor) besvarade mellan 72% och 93% enkäten. Bland läkarna var svarefrekvensen 69%. Eftersom antalet läkare var litet i målgruppen (n=16) så var underlaget litet för att dra slutsatser om hur skalorna fungerar för läkare. Antalet svarande i de tre yrkesgrupperna var: undersköterskor n=62, sjuksköterskor n=62, läkare n=11. En person hade svarat 'annan befattning' och sex personer hade inte bevarat frågan om befattning.

## Resultat

Inledande analyser visade att patientsäkerhetsbeteende respektive personalsäkerhetsbeteende är flerdimensionella begrepp. Minst två dimensioner behövs inom vardera området. c item verkar utgöra en dimension och p/i item en annan dimension. Alltså behöver fyra beteendeskalor skapas.

Tabell 1 visar en sammanställning över bortfallet på enstaka frågor (internt bortfall). Detta var av två slag: att frågan var överhoppad respektive att man markerat 'Ej aktuellt'. Merparten av bortfallet var av det senare slaget. Det kan konstateras att många item har högt internt bortfall. Vidare att bortfallsmönstret var starkt knutet till yrkesgrupperna. Enbart ett fåtal item hade lågt internt bortfall i alla yrkesgrupper. En strategi att välja item med lågt bortfall verkar oframkomlig eftersom alltför få item blir kvar. Tvärtom, ett betydande internt bortfall behöver accepteras och databehandlingsmetoderna anpassas efter detta.

För patientsäkerhetsbeteende kan särskilt konstateras följande:

- Fråga a21i. *"Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken att provsvar blir liggande och inte når mottagaren"* har hög andel missing i alla yrkeskategorier.
- Frågorna om självmord (a25-a27) har hög andel missing i alla yrkeskategorier. (De upplevs inte som relevanta för respondenterna).

För personalsäkerhetsbeteende kan särskilt konstateras följande:

- Frågorna om hot- och våld (b10-b11) har hög andel missing i alla yrkeskategorier.

Tabell 1. Missing data analys för enkätfrågor *patient-* och *personalsäkerhet*. Antal missing (med procent inom parentes) redovisas för det totala samplet, samt uppdelat på yrkeskategorier undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. (En respondent har angett ”annan” befattning och 6 respondenter har inte angett någon befattning.) Fetstil har använts för att markera item där andelen missing överstiger 20%.

<i>Item</i>	<i>Totalt</i> <i>n = 142</i>	<i>Undersköt</i> <i>n = 62</i>	<i>Sjuksköt</i> <i>n = 62</i>	<i>Läkare</i> <i>n = 11</i>
<b><i>Patientsäkerhet</i></b>				
1c. Jag har låtit bli att använda handsprit <i>före</i> patientnära arbete	4 (2,8%)	2 (3,2%)	1 (1,6%)	0 (0,0%)
2c. Jag har låtit bli att använda handsprit <i>efter</i> patientnära arbete	4 (2,8%)	3 (4,8%)	1 (1,6%)	0 (0,0%)
3c. Jag har burit ring, armband eller klocka vid patientnära arbete	1 (0,1%)	1 (1,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
4c. Jag har använt arbetskläder med lång ärm vid patientnära arbete	1 (0,1%)	1 (1,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
5p. Jag har pratat med en arbetskamrat när jag sett att denne inte har följt föreskrivna hygienregler	13 (9,2%)	5 (8,1%)	7 (11,3%)	1 (9,1%)
6i. Jag har tagit initiativ till en förbättring med avseende på infektionsrisker för patienter	17 (12,0%)	9 (14,5%)	6 (9,7%)	1 (9,1%)
7c. Jag har av tidsbrist eller annat skäl kompromissat med föreskriven säkerhetsstandard i samband med invasiva ingrepp såsom kirurgi eller katetervård	23 (16,2%)	10 (16,1%)	2 (3,2%)	<b>8 (72,7%)</b>
8p. Jag har tagit upp en säkerhetsfråga kring invasiva ingrepp med en arbetskamrat	<b>37 (26,1%)</b>	<b>22 (35,5%)</b>	7 (11,3%)	<b>4 (36,4%)</b>

<i>Item</i>	<i>Totalt</i> <i>n = 142</i>	<i>Undersköt</i> <i>n = 62</i>	<i>Sjuksköt</i> <i>n = 62</i>	<i>Läkare</i> <i>n = 11</i>
9i. Jag har tagit initiativ till en förbättring av något förhållande som skulle kunna utgöra en risk i samband med invasiva ingrepp såsom kirurgi eller katetervård	<b>34 (23,9%)</b>	<b>19 (30,6%)</b>	7 (11,3%)	<b>3 (27,3%)</b>
10c. Jag har av tidsbrist eller annat skäl kompromissat med föreskriven säkerhetsstandard vid läkemedels-hantering	<b>64 (45,1%)</b>	<b>53 (85,5%)</b>	2 (3,2%)	<b>6 (54,5%)</b>
11p. Jag har tagit upp en säkerhets-fråga kring läkemedelshantering med en arbetskamrat	<b>48 (33,8%)</b>	<b>37 (59,7%)</b>	3 (4,8%)	<b>4 (36,4%)</b>
12i. Jag har tagit initiativ till en förbättring av något förhållande som skulle kunna utgöra en risk i samband med läkemedelshantering	<b>57 (40,1%)</b>	<b>46 (74,2%)</b>	3 (4,8%)	<b>4 (36,4%)</b>
13c. Jag har uppmärksammat en fallrisk hos en patient, men av tidsbrist eller annat skäl inte ingripit eller vidtagit en åtgärd	9 (6,3%)	4 (6,4%)	1 (1,6%)	<b>4 (36,4%)</b>
14p. Jag har tagit upp en säkerhets-fråga kring patients fallrisk med en arbetskamrat	5 (3,5%)	2 (3,2%)	1 (1,6%)	1 (9,1%)
15i. Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken för fallskador hos patienter	5 (3,5%)	1 (1,6%)	2 (3,2%)	1 (9,1%)
16c. Jag har av tidsbrist eller annat skäl gjort avsteg från de informationsöverföringsrutiner vi har vid överlämning av patienter till annan	<b>47 (33,1%)</b>	<b>37 (59,7%)</b>	5 (8,1%)	1 (9,1%)

<i>Item</i>	<i>Totalt</i> <i>n = 142</i>	<i>Undersköt</i> <i>n = 62</i>	<i>Sjuksköt</i> <i>n = 62</i>	<i>Läkare</i> <i>n = 11</i>
vårdgivare				
17c. Jag har skyndat mig igenom ett patientsamtal utan att försäkra mig om att patienten korrekt har förstått vad jag sagt	18 (12,7%)	<b>15 (24,2%)</b>	2 (3,2%)	0 (0,0%)
18c. Jag har av tidsbrist eller annat skäl gjort avsteg från de rutiner vi har för remisshantering och provsvar	<b>50 (35,2%)</b>	<b>41 (66,1%)</b>	5 (8,1%)	1 (9,1%)
19p. Jag har påtalat ett ofullständigt informationsutbyte i samband med överlämning av patienter till annan vårdgivare eller avdelning	<b>62 (43,7%)</b>	<b>50 (80,6%)</b>	8 (12,9%)	1 (9,1%)
20i. Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken för missförstånd eller ofullständigt informationsutbyte i samband med överlämning av patienter	<b>60 (42,2%)</b>	<b>47 (75,8%)</b>	8 (12,9%)	2 (18,2%)
21i. Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken att provsvar blir liggande och inte når mottagaren	<b>69 (48,6%)</b>	<b>44 (71,0%)</b>	<b>16 (25,8%)</b>	<b>5 (45,5%)</b>
22c. Jag har av tidsbrist eller annat skäl gjort avsteg från de rutiner vi har för förebyggande av trycksår	7 (4,9%)	0 (0,0%)	1 (1,6%)	<b>3 (27,3%)</b>
23p. Jag har påtalat en situation där en patient riskerat att drabbas av trycksår	6 (4,2%)	1 (1,6%)	1 (1,6%)	2 (18,2%)
24i. Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken att	10 (7,0%)	1 (1,6%)	4 (6,5%)	2 (18,2%)

<i>Item</i>	<i>Totalt</i> <i>n = 142</i>	<i>Undersköt</i> <i>n = 62</i>	<i>Sjuksköt</i> <i>n = 62</i>	<i>Läkare</i> <i>n = 11</i>
patienter drabbas av trycksår				
25c. Jag har av tidsbrist eller annat skäl gjort avsteg från de rutiner vi har för förebyggande av självmord hos patienter	<b>95 (66,9%)</b>	<b>41 (66,1%)</b>	<b>40 (64,5%)</b>	<b>8 (72,7%)</b>
26p. Jag har tagit upp en fråga kring patients självmordsrisk med mina arbetskamrater	<b>83 (58,4%)</b>	<b>36 (58,1%)</b>	<b>34 (54,8%)</b>	<b>7 (63,6%)</b>
27i. Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken att patienter begår självmord	<b>98 (69,0%)</b>	<b>45 (72,6%)</b>	<b>40 (64,5%)</b>	<b>7 (63,6%)</b>
28c. Jag har hanterat medicinteknisk utrustning trots att jag inte varit helt säker på hur den ska handhas	25 (17,6%)	<b>13 (21,0%)</b>	6 (9,7%)	<b>4 (36,4%)</b>
29p. Jag har uppmuntrat en arbetskamrat att fråga och söka kunskap när denne verkat osäker på hur medicinteknisk utrustning ska handhas	22 (15,5%)	<b>13 (20,1%)</b>	2 (3,2%)	<b>5 (45,4%)</b>
30i. Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risker för felaktigt handhavande av medicinteknisk utrustning	<b>34 (23,9%)</b>	<b>17 (27,4%)</b>	5 (8,1%)	<b>8 (72,7%)</b>
31p. Jag har tagit upp en fråga med ledningen avseende ett förhållande som skulle kunna äventyra patienters säkerhet	<b>29 (20,4%)</b>	<b>19 (30,6%)</b>	6 (10,7%)	1 (9,1%)



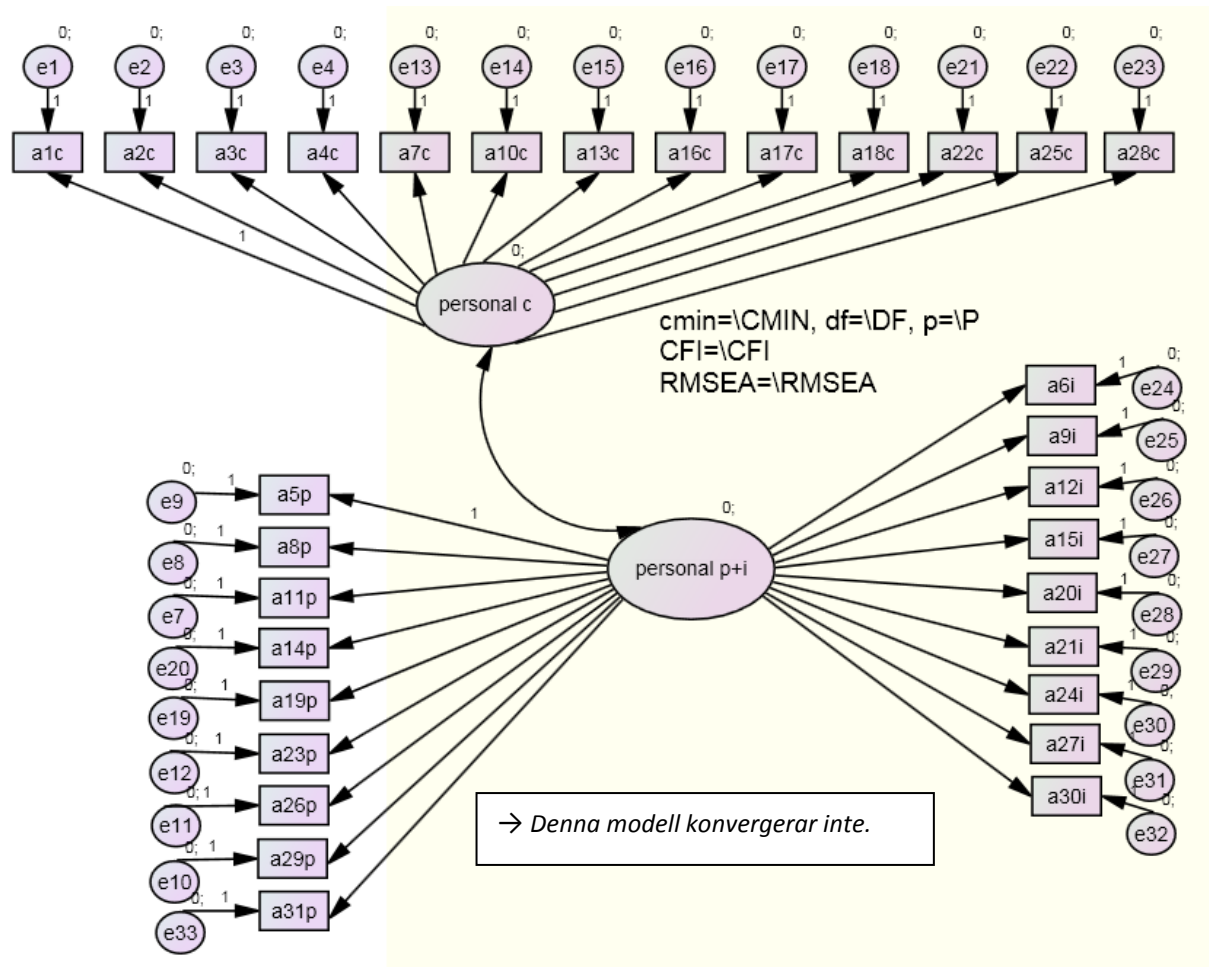
<i>Item</i>	<i>Totalt</i> <i>n = 142</i>	<i>Undersköt</i> <i>n = 62</i>	<i>Sjuksköt</i> <i>n = 62</i>	<i>Läkare</i> <i>n = 11</i>
<b><i>Personalsäkerhet</i></b>				
1c. Jag har av tidsbrist eller annat skäl låtit bli att använda adekvata lyfthjälpmedel vid förflyttning av en patient eller utrustning	13 (9,2%)	0 (0,0%)	1 (1,6%)	<b>10 (90,9%)</b>
2c. Jag har av tidsbrist eller annat skäl gjort ett lyft på egen hand trots att man egentligen borde varit två	12 (8,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	<b>10 (90,9%)</b>
3p. Jag har pratat med en arbetskamrat när jag sett att denne inte använt lyfthjälpmedel	17 (12,0%)	2 (3,2%)	4 (6,5%)	<b>9 (81,8%)</b>
4i. Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken för överbelastningsskador	20 (14,1%)	7 (11,3%)	3 (4,8%)	<b>7 (63,6%)</b>
5c. Jag har av tidsbrist eller annat skäl prioriterat snabbhet och därmed utsatt mig för risk att halka eller falla	11 (7,7%)	1 (1,6%)	2 (3,2%)	<b>6 (54,5%)</b>
6c. Jag har spillt vätska på golvet, men av tidsbrist eller annat skäl låtit bli att åtgärda detta	8 (5,6%)	1 (1,6%)	2 (3,2%)	<b>5 (45,5%)</b>
7p. Jag har hjälpt till att undanröja en halk- eller fallrisk på min arbetsplats	8 (5,6%)	1 (1,6%)	2 (3,2%)	<b>4 (36,4%)</b>
8i. Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken för halk- och fallolyckor bland personalen	20 (14,1%)	7 (11,3%)	6 (9,7%)	<b>5 (45,5%)</b>
9c. Jag har av tidsbrist eller annat skäl gjort avsteg från bästa praxis	<b>64 (45,1%)</b>	<b>27 (43,5%)</b>	<b>28 (45,2%)</b>	2 (18,2%)

<i>Item</i>	<i>Totalt</i> <i>n = 142</i>	<i>Undersköt</i> <i>n = 62</i>	<i>Sjuksköt</i> <i>n = 62</i>	<i>Läkare</i> <i>n = 11</i>
för förebyggande av hot och våld i patientarbetet				
10p. Jag har tagit upp en säkerhets-fråga kring hot- och våld med mina arbetskamrater	<b>54 (38,0%)</b>	<b>24 (38,7%)</b>	<b>23 (37,1%)</b>	<b>3 (27,3%)</b>
11i. Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken för hot och våld	<b>58 (40,8%)</b>	<b>24 (38,7%)</b>	<b>27 (43,5%)</b>	<b>3 (27,3%)</b>
12c. Jag har av tidsbrist eller annat skäl åsidosatt säkerhetsinstruktioner vid hantering av kanyler eller annat stickande material	13 (9,2%)	4 (6,5%)	3 (4,8%)	<b>5 (45,5%)</b>
13c. Jag har av tidsbrist eller annat skäl lagt ifrån mig stickande avfall, utan att omedelbart lägga det i avsedd container	9 (6,3%)	2 (3,2%)	3 (4,8%)	<b>3 (27,3%)</b>
14c. Jag har av tidsbrist eller annat skäl genomfört blodprovstagning eller venflonsättning på en orolig patient ensam, trots att man egentligen borde varit två	24 (16,9%)	9 (14,5%)	7 (11,3%)	<b>6 (54,5%)</b>
15p. Jag har pratat med en arbetskamrat när jag sett att denne riskerat en stick- eller skärskada	<b>32 (22,5%)</b>	9 (14,5%)	<b>13 (21,0%)</b>	<b>6 (54,5%)</b>
16i. Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken för stick- och skärskador	28 (19,7%)	11 (17,7%)	7 (11,3%)	<b>7 (63,6%)</b>
17c. Jag har av tidsbrist eller annat skäl låtit bli att använda handskar vid risk för kontakt med	<b>4 (28,2%)</b>	0 (0,0 %)	2 (3,2%)	1 (9,1%)

<i>Item</i>	<i>Totalt</i> <i>n = 142</i>	<i>Undersköt</i> <i>n = 62</i>	<i>Sjuksköt</i> <i>n = 62</i>	<i>Läkare</i> <i>n = 11</i>
kroppsvätskor				
18c. Jag har av tidsbrist eller annat skäl låtit bli att använda plastförkläde och visir vid risk för stänk från kroppsvätskor	5 (3,5%)	0 (0,0%)	2 (3,2%)	2 (18,2%)

En serie av konfirmatoriska faktoranalyser gjordes. Analyserna gjordes separat för patientsäkerhetsbeteende och personalsäkerhetsbeteende.

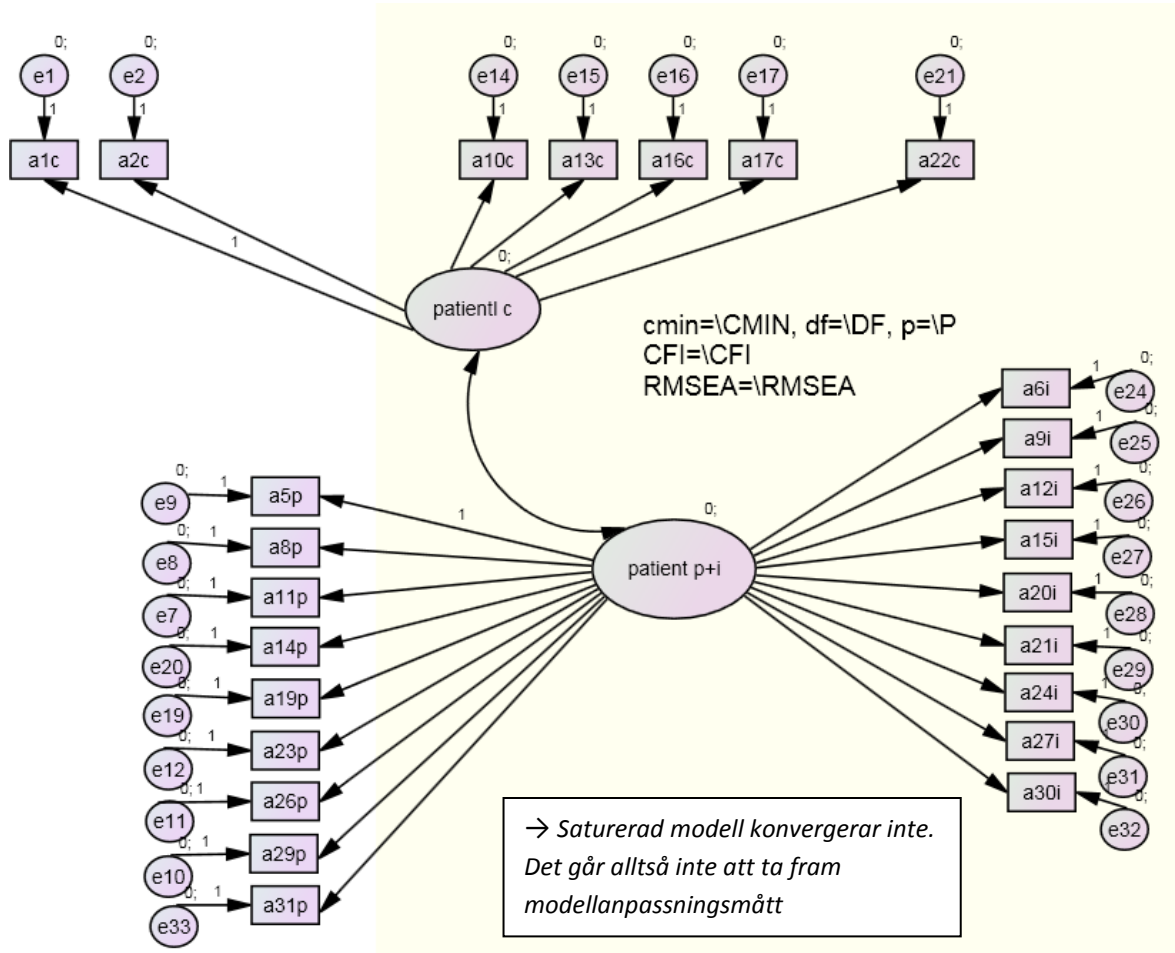
## PATIENTSÄKERHET



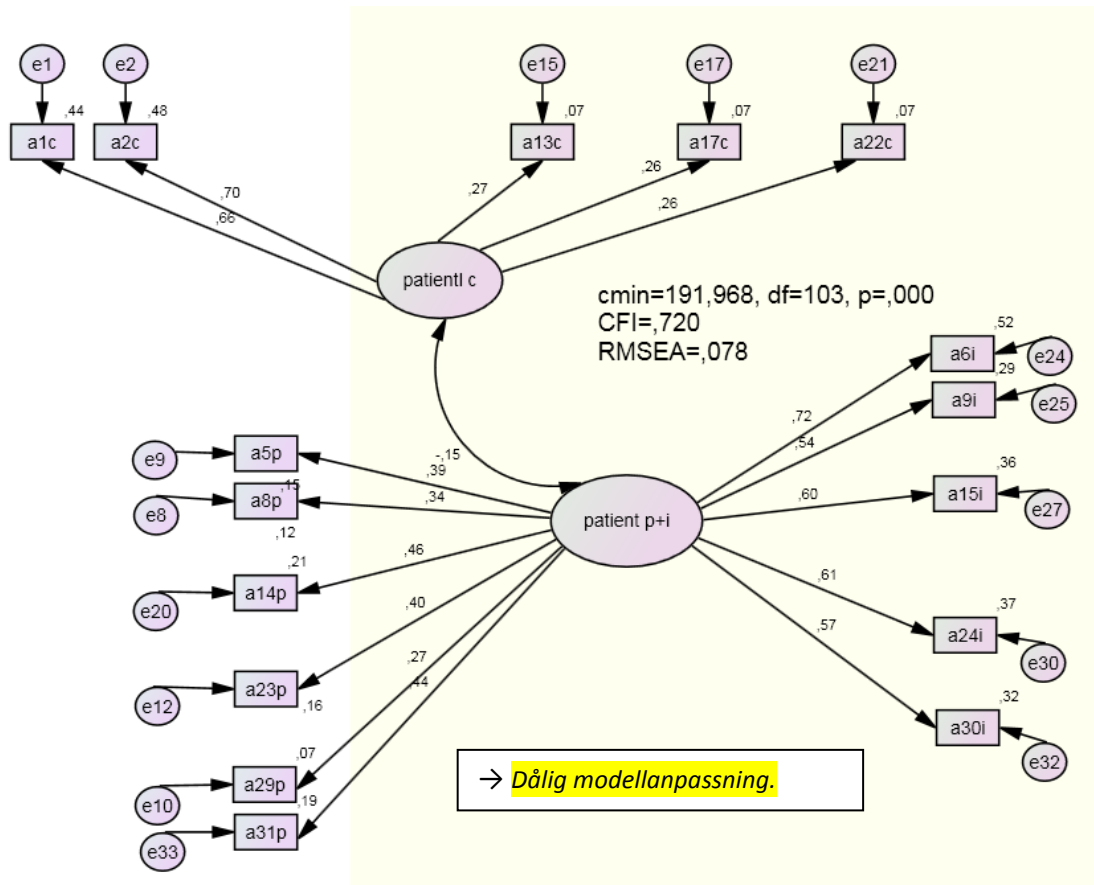
- 6 item har mycket liten variation:
  - a3 ”Jag har burit ring, armband elelr klocka vid patientnära arbete”
  - a4 ”Jag har använt arbetskläder med lång ärm vid patientnära arbete”
  - a7 ”Jag har av tidsbrist eller annat skäl kompromissat med föreskriven standard i samband med invasiva ingrepp”
  - a18 ”Jag har av tidsbrist eller annat skäl gjort avsteg från de rutiner vi har för remisshantering och provsvar”
  - a25 ”Jag har av tidsbrist eller annat skäl gjort avsteg från de rutiner vi har för förebyggande av självmord hos patienter”

- a28 *"Jag har hanterat medicinteknisk utrustning trots att jag inte varit helt säker på hur den ska hanteras"*
- 15 item har hög andel missing:
  - a8 *"Jag har tagit upp en säkerhetsfråga kring invasiva ingrepp med en arbetskamrat"*
  - a9 *"Jag har tagit initiativ till en förbättring av något förhållande som skulle kunna utgöra en risk i samband med invasiva ingrepp såsom kirurgi eller katetervård"*
  - a10 *"Jag har av tidsbrist eller annat skäl kompromissat med föreskriven säkerhetsstandard vid läkemedelshantering"*
  - a11 *"Jag har tagit upp en säkerhetsfråga kring läkemedelshantering med en arbetskamrat"*
  - a12 *"Jag har tagit initiativ till en förbättring av något förhållande som skulle kunna utgöra en risk i samband med läkemedelshantering"*
  - a16 *"Jag har av tidsbrist eller annat skäl gjort avsteg från de informationsöverföringsrutiner vi har vid överlämning av patienter till annan vårdgivare"*
  - a18 *"Jag har av tidsbrist eller annat skäl gjort avsteg från de rutiner vi har för remisshantering och provsvar"*
  - a19 *"Jag har påtalat ett ofullständigt informationsutbyte i samband med överlämning av patienter till annan vårdgivare eller avdelning"*
  - a20 *"Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken för missförstånd eller ofullständigt informationsutbyte i samband med överlämning av patienter"*
  - a21 *"Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken att provsvar blir liggande och inte når mottagaren"*
  - a25 *"Jag har av tidsbrist eller annat skäl gjort avsteg från de rutiner vi har för förebyggande av självmord hos patienter"*
  - a26 *"Jag har tagit upp en fråga kring patients självmordsrisk med mina arbetskamrater"*
  - a27 *"Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken att patienter begår självmord"*
  - a30 *"Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risker för felaktigt handhavande av medicinteknisk utrustning"*
  - a31 *"Jag har tagit upp en fråga med ledningen avseende ett förhållande som skulle kunna äventyra patienters säkerhet"*

Reviderad modell där item med mycket liten variation tagits bort:



Reviderad modell där item med mycket hög andel missing (> 30 %) tagits bort:



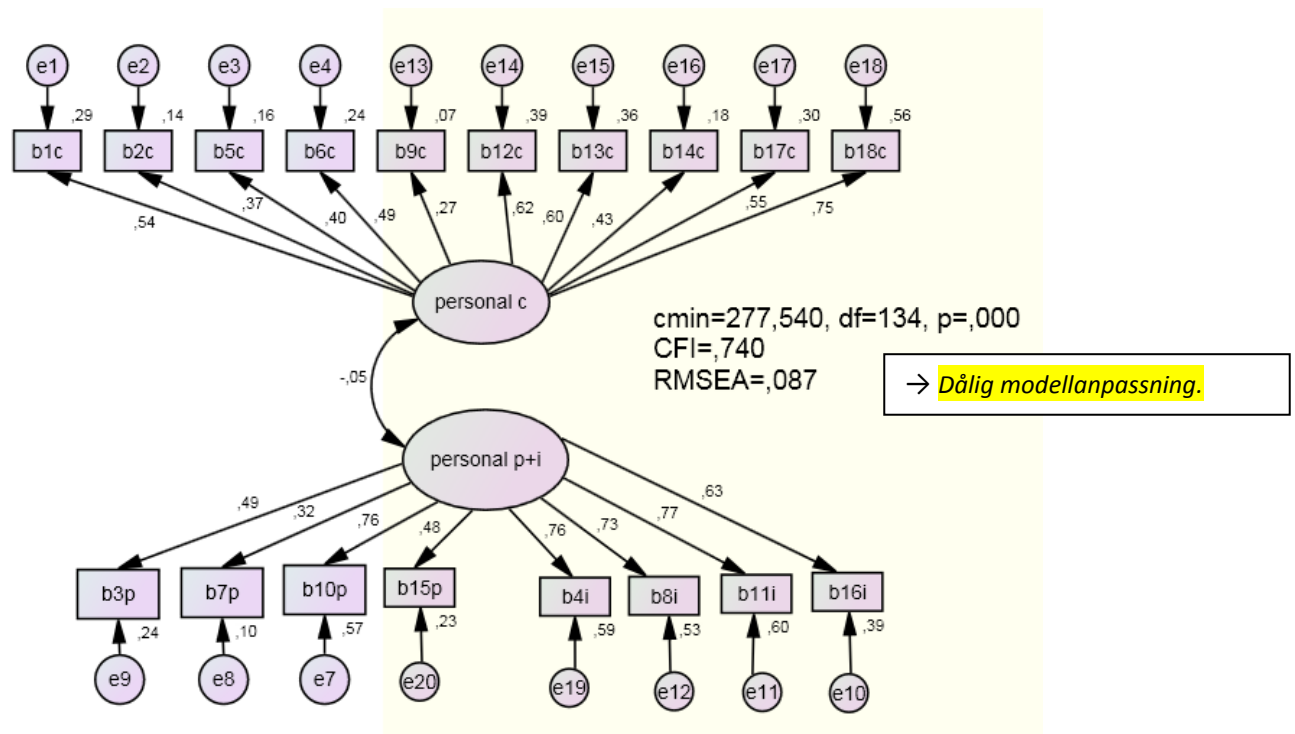
#### Patientsäkerhet C

- Samtliga faktorladdningar är signifikanta. Item a13, a17, a22 har faktorladdningar (std) <.30
- Patientsäkerhet compliance:  $\alpha = .56$

#### Patientsäkerhet P + I

- Samtliga faktorladdningar är signifikanta. Item a29 har en faktorladdning (std) <.30
- Patientsäkerhet p + i:  $\alpha = .79$

## PERSONALSÄKERHET



### Personalsäkerhet C

- Item b6 "Jag har spillt vätska på golvet, men av tidsbrist eller annat skäl låtit bli att åtgärda detta" har mycket liten variation.
- Ett item har en hög andel missing (> 20%):
  - Item b9 "Jag har av tidsbrist eller annat skäl gjort avsteg från bästa praxis för förebyggande av hot och våld i patientarbetet" (45 % missing)
- Samtliga faktorladdningar är signifikanta. Item b9 har en faktorladdning (std) <.30
- Personalsäkerhet compliance:  $\alpha = .81$

### Personalsäkerhet P + I

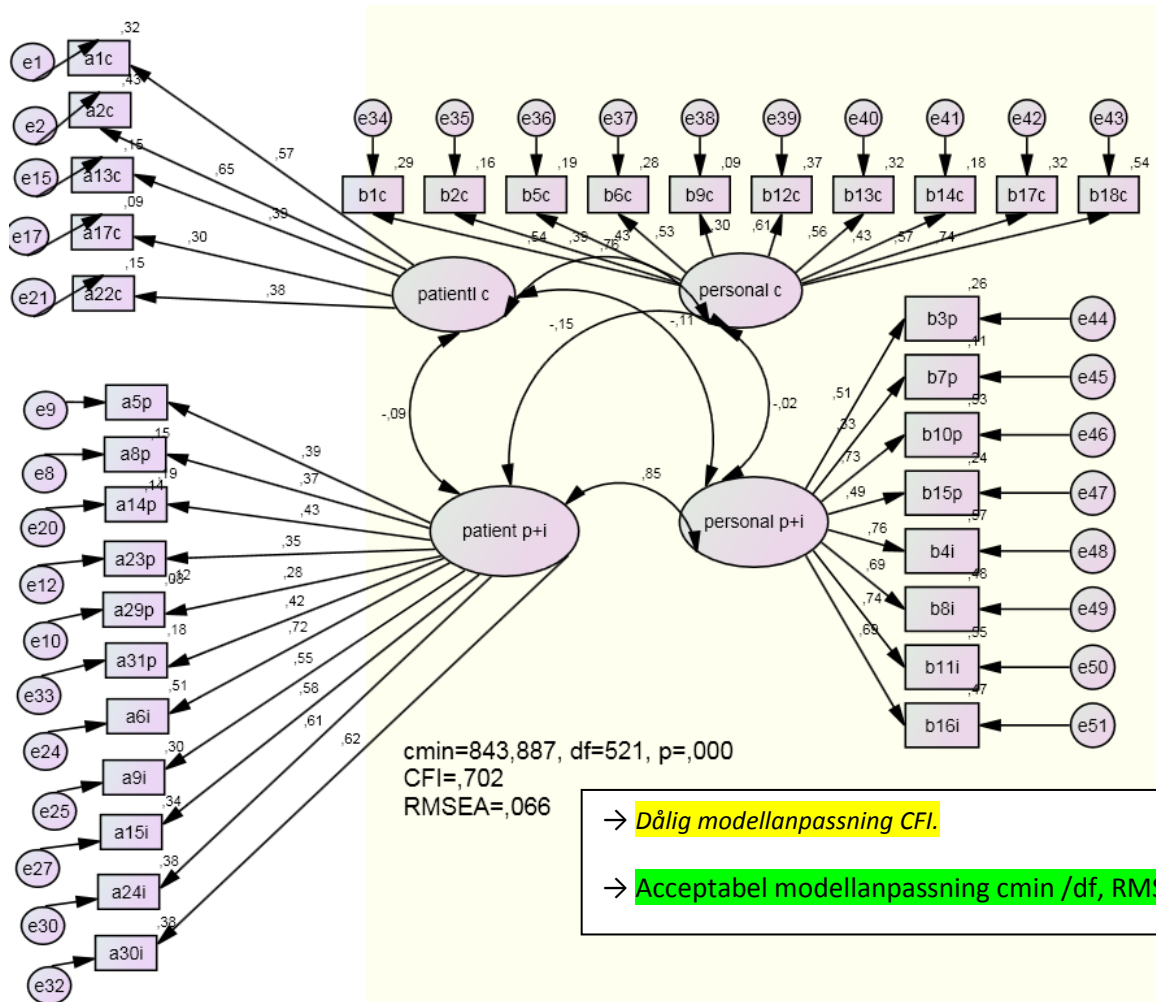
- Inget item har mycket liten variation.
- Fyra item har en hög andel missing (> 20%):
  - Item b10 "Jag har tagit upp en säkerhetsfråga kring hot- och våld med mina arbetskamrater" (38 % missing)



- Item b11 "*Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken för hot och våld*" (41 % missing)
  - Item b15 "*Jag har pratat med en arbetskamrat när jag sett att denne riskerat en stick- eller skärskada*" (23 % missing)
  - Item b16 "*Jag har tagit initiativ till en förbättring för att minska risken för stick- eller skärskador*" (20 % missing)
- Samtliga faktorladdningar är signifikanta. Inget item har en faktorladdning (std)  $<.30$
  - Personalsäkerhet p + i:  $\alpha = .84$  ( $\alpha = .86$  om item b7 tas bort)

Kompletterande analyser (i ett subsampel utan missing data) ger förslag på ett antal "modification indices" (korrelerade feltermen). Teoretiska argument för att korrelera feltermen eftersöktes.

## PERSONAL- OCH PATIENTSÄKERHET SAMTIDIGT



- Samtliga faktorladdningar signifikanta.
- Patient c korrelerar med personal c, patient p+i korrelerar med personal p+i. Övriga faktorkorrelationer är icke-signifikanta.

Rasch-analyser gjordes av de fyra beteendeskallorna. Resultatet framgår av Tabell 2 till Tabell 5 nedan. Analyserna har gjorts på såväl hela samplet samt på ett urval observationer bestående av de ”stora” yrkeskategorierna undersköterskor och sjuksköterskor.

Följande kan konstateras:

- patientsäkerhetsbeteende av c-typ ger besvärande låg reliabilitet även när samtliga 13 item inkluderas. Ett item visade omkastade skaltrösklar. Det har förmodligen att göra med fåtalet svar i två av svarskategorierna. I ett större sampel behöver inte detta innebära problem. Modellanpassningen är acceptabel. Inga markanta DIF item.
- patientsäkerhetsbeteende av p/i-typ har godtagbar reliabilitet med alla 18 item inkluderade. Modellanpassningen är dock inte acceptabel. Några item uppvisar markant DIF, vilket kan vara en förklaring till den bristande modellanpassningen. Detta kan hanteras inom ramen för Rasch-modellen. Visst utrymme för att reducera antalet item finns.
- personalsäkerhetsbeteende av c-typ har godtagbar reliabilitet med alla 10 item inkluderade. Modellanpassningen är acceptabel. Några item uppvisar markant DIF som är av uniform typ. Detta kan hanteras inom ramen för Rasch-modellen.
- personalsäkerhetsbeteende av p/i-typ har godtagbar reliabilitet med alla 8 item inkluderade. Modellanpassningen är acceptabel. Inga markanta DIF item.

Tabell 2. Rasch-resultat patientsäkerhetsbeteende av c typ (compliance). Item fit residuals, item-trait interaction, separation index samt DIF analys

Modell	Sam- pel	vali- d n *	No- ite- m	Item resid- ual mean	Item resid- ual SD	Total Chi2	df	p	Sep. inde- x	Item med fit residual s >+/-2,5	DIF uniform /nonuniform Med Boferronkorre- ktion /utan (p<0,05)	Kommentar
<i>Del A Patientsäkerhet c-beteenden</i>												
Alla c-item	a	128	13	- 0,196	0,839	33,3	26	0,15 2	0,60 6			Item 3 uppvisade reversed thresholds
Alla c-item med item 3 omkodat	a	128	13	- 0,199	0,825	32,9	26	0,16 4	0,60 2	inga	inga/ inga 13c p=0,022 u 16c p=0,016 u 28c p=0,009 u 18c p=0,042 nu	
Alla c-item med item 3 omkodat	b	112	13	- 0,209	0,821	28,4	26	0,33 8	0,63 7	inga	inga/ inga 28c p=0,006 u 2c p=0,044 nu 18c p=0,044 nu	
Urval av 7 c item (1c, 2c, 10c, 13c, 16c, 17c, 22c). Borttaget item med mycket liten variation.	a	126	7	0,111	0,691	12,7	14	0,54 4	0,52 0	inga	inga/inga 13c p=0,008 u 16c p=0,012 u	
Urval av 5 c item (1c, 2c, 13c, 17c, 22c). Borttaget item med mer än 30% missing.	a	123	5	0,057	0,894	7,7	10	0,66 0	0,51 7	inga	inga/inga 13c p=0,021 u	

Sampelbeskrivning: a) alla observationer (alla yrkesgrupper samt uppgift saknas) n=142 b) urval undersköterskor och sjuksköterskor (n=124).

\* Valida n är exklusive extrema observationer.

Tabell 3. Rasch-resultat patientsäkerhetsbeteende av p och i typ (participativ och intitiativ). Item fit residuals, item-trait interaction, separation index samt DIF analys

Modell	Sam- pel	vali- d n *	No- ite- m	Item resid- ual mean	Item resid- ual SD	Total Chi2	df	p	Sep. inde- x	Item med fit residual s >+/-2,5	DIF uniform /nonuniform Med Boferronkorre- ktion /utan (p<0,01)	Kommentar
<i>Del A Patientsäkerhet pi-beteenden</i>												
Alla pi-item	a	142	18	0,020	1,006	61,4	36	0,00 5	0,76 3	inga	24i/inga 5p p=0,027 u 31p p=0,008 u 9i p=0,046 u 24i p=0,001 u 21i p=0,032 nu	högt chi2: 11p sign F: 30i
Alla pi-item	b	124	18	0,017	1,019	57,8	36	0,01 2	0,77 8	inga	inga/inga 11p p=0,027 u 12i p=0,037 u 24i p=0,002 u	högt chi2: 11p
Urval av 11 pi item (5p 8p 14p 23p 29p 31p 6i 9i 15i 24i 30i). Borttaget item med mer än 30% missing.	a	142	11	0,043	1,147	36,4	22	0,02 7	0,71 3	inga	31p/6i 31p p=0,001 u 9i p=0,014 u 24i p=0,008 u 6i p=0,002 nu	
Urval av 11 pi item (5p 8p 14p 23p 29p 31p 6i 9i 15i 24i 30i). Borttaget item med mer än 30% missing.	b	124	11	0,027	1,188	32,5	22	0,06 8	0,73 8	inga	inga/inga 29p p=0,033 u 24i p=0,007 u 6i p=0,008 nu	sign F: 6i

Sampelbeskrivning: a) alla observationer (alla yrkesgrupper samt uppgift saknas) n=142 b) urval undersköterskor och sjuksköterskor (n=124).

\* Valida n är exklusive extrema observationer.

Tabell 4. Rasch-resultat personalsäkerhetsbeteende av c typ (compliance). Item fit residuals, item-trait interaction, separation index samt DIF analys

Modell	Sam- pel	vali- d n *	No- ite- m	Item resid- ual mean	Item resid- ual SD	Total Chi2	df	p	Sep. inde- x	Item med fit residual s >+/-2,5	DIF uniform /nonuniform Med Boferroni- korrektion och utan (p<0,05)	Kommentar
<i>Del B Personalsäkerhet c-beteenden</i>												
Alla c-item	a	135	10	- 0,073	1,064	27,0	20	0,13 6	0,73 1	inga		item 6c uppvisar reversed threshold
Alla c-item med item 6 omkodat	a	135	10	- 0,073	1,037	28,1	20	0,10 7	0,72 4	inga	2c 12c 13c/inga 2c p=0,001 u 12c p=0,002 u 13c p=0,000 u 6c p=0,033 nu 12c p=0,035 nu	
Alla c-item med item 6 omkodat	b	121	10	- 0,088	0,984	30,5	20	0,06 2	0,73 4	inga	2c 12c 13c/inga 2c p=0,000 u 9c p=0,032 12c p=0,001 u 13c p=0,000 u 12c p=0,017 nu	Sign F: 18c

Sampelbeskrivning: a) alla observationer (alla yrkesgrupper samt uppgift saknas) n=142 b) urval undersköterskor och sjuksköterskor (n=124).

\* Valida n är exklusive extrema observationer.

Tabell 5. Rasch-resultat personalsäkerhetsbeteende av p och i typ (participativ och intitiativ). Item fit residuals, item-trait interaction, separation index samt DIF analys

Modell	Sa m pel	vali d n *	No ite m	Item resid ual mean	Item resid ual SD	Total Chi2	df	p	Sep. inde x	Item med fit residual s >+/-2,5	DIF uniform /nonuniform Med Boferroni- korrektion och utan (p<0,05)	Kommentar
<i>Del B Personalsäkerhet p i - beteenden</i>												
Alla pi-item	a	132	8	- 0,241	1,070	23,2	16	0,10 9	0,77 1	inga	inga/inga 4i p=0,030 u	
Alla pi-item	b	119	8	- 0,312	1,053	28,8	16	0,02 6	0,76 4	inga	inga/inga 4i p=0,007u	högt chi2: 7p

Sampelbeskrivning: a) alla observationer (alla yrkesgrupper samt uppgift saknas) n=142 b) urval undersköterskor och sjuksköterskor (n=124).

\* Valida n är exklusive extrema observationer.

## Slutsatser

- Det är fyra olika beteendekområden som behöver mätas.
- Varje delskala kräver många item för att uppnå godtagbar reliabilitet. Instrumentet för att mäta säkerhetsbeteende kan därför inte bli kort.
- Tre av delskalorna verkar fungera acceptabelt i nuvarande utformning: patientsäkerhetsbeteende av p/i-typ, personalsäkerhetsbeteende av c-typ, personalsäkerhetsbeteende av p/i-typ.
- För en delskala, patientsäkerhetsbeteende av c-typ, är det problem med reliabiliteten. Det behöver skapas fler item.
- Man kan överväga att lyfta ut ett fåtal item med liten variation (t.ex. a3, a4) eller stort bortfall i alla yrkesgrupper (a26-a27). Pilotstudien är dock gjord i en specifik specialitet på ett ganska litet sampel. Vi vet inte i vilken mån resultaten är sampelspecifika eller går att generalisera.
- För både patientsäkerhet och personalsäkerhet är delskalorna med c-typ beteende respektive p/i beteende praktiskt taget ortogonala. De har alltså inget samband med varandra. Om resultatet står sig i ett större sampel betyder det att de inte kan ha gemensamma prediktorer, tex klimat. Olika förhållanden ligger i så fall bakom att människor följer regler och rutiner respektive är proaktiva på den sociala arenan med att främja säkerhet.
- Däremot är regelföljande inom patientsäkerhet och personalsäkerhet starkt relaterat till varandra. Samma sak gäller p/i beteende inom patientsäkerhet och personalsäkerhet.



## Referenser

- Aase, K., Højland, S., Olsen, E., Wiig, S., & Nilsen, S. T. (2008). Patient safety challenges in a case study hospital - of relevance for transfusion processes? *Transfusion and Apheresis Science*, 39, 167-172.
- Andriessen, J. (1978). Safe behaviour and safety motivation. *Journal of Occupational Accidents*, 1, 363-373.
- Arbetsmiljöverket. (2008). Arbetssskador 2007 preliminära uppgifter (Occupational accidents and work-related diseases, preliminary report) *Arbetsmiljöstatistik* (Vol. 2008:2).
- Ashleigh, M. J., & Stanton, N. A. (2001). Trust: Key elements in human supervisory control domains. *Cognition, Technology & Work*, 3, 92-100.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demand-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Belkic, K. L. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health*, 30(2), 85-128.
- Bergentz, S.-E., & Ödegård, S. (1999). Finn latent fel istället för syndabockar. *Läkartidningen*, 96(9), 1032-1033.
- Beus, J., Payne, S., Bergman, M., & Arthur, W. (2010). Safety climate and injuries: an examination of theoretical and empirical relationships. *Journal of Applied Psychology*, 95(4), 713-727.
- Blau, P. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: Wiley.
- Bollen, K. A., & Hoyle, R. H. (1990). Perceived Cohesion: A conceptual and empirical examination. *Social Forces*, 69(2), 479-504.
- Bongers, P. M., Kremer, A. M., & terLaak, J. (2002). Are psychosocial factors risk factors for symptoms and signs of the shoulder, elbow or hand/wrist?: A review of the epidemiological literature. *American Journal of Industrial Medicine*, 41, 315-342.
- Bowden, J. (2000). The nature of phenomenographic research. In J. Bowden & E. Walsh (Eds.), *Phenomenography*. Melbourne, Australia: RMIT Publishing.
- Butler, J. K. (1991). Towards understanding and measuring conditions of trust: Evolution of a conditions for trust inventory. *Journal of Management*, 17(3), 643-663.
- Carmeli, A., Friedman, Y., & Tishler, A. (2013). Cultivating a resilient top management team: the importance of relational connections and strategic decision comprehensiveness. *Safety Science* 51, 148-159.
- Catino, M. (2008). A review of literature: Individual blame vs. organisational function logics in accident analysis. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 16(1), 53-62.
- Chin, W. W., Salisbury, W. D., Pearson, A. W., & Stollak, M. J. (1999). Perceived cohesion in small groups: Adapting and testing the perceived cohesion scale in a small-group setting. *Small Group Research*, 30, 751-766.
- Christian, M., Bradley, J., Wallace, C., & Burke, M. (2009). Workplace safety: a meta-analysis of the roles of person and situation factors. *Journal of Applied Psychology*, 94(5), 1103-1127.
- Clark, M. C., & Payne, R. L. (1997). The nature and structure of workers' trust in management. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 205-224.
- Colley, S. K., Lincolne, J., & Neal, A. (2013). An examination of the relationship amongst profiles of perceived organizational values, safety climate and safety outcomes. *Safety Science*, 51, 69-76.
- Conchie, S. M., & Donald, I. J. (2006). The role of distrust in offshore safety performance. *Risk Analysis*, 26(5), 1151-1159.
- Cox, S., Jones, B., & Collinson, D. (2006). Trust relations in high-reliability organizations. *Risk Analysis*, 26(5), 1123-1138.

- Dixon-Woods, M., Suokas, A., Pitchforth, E., & Tarrant, C. (2009). An ethnographic study of classifying and accounting for risk at the sharp end of medical wards. *Social Science & Medicine*, *69*, 362-369.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, *71*(3), 500-507.
- Flin, R. (2007). Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*, *45*(6), 653-667.
- Flin, R., Mearns, K., O'Connor, P., & Bryden, R. (2000). Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety Science*, *34*(1-3), 177-192.
- Fugas, C. S., Silva, S. A., & Meliá, J. L. (2012). Another look at safety climate and safety behavior: deepening the cognitive and social mediator mechanisms. *Accident Analysis and Prevention*, *45*, 468-477.
- Glendon, I. (2008). Safety culture: snapshots of a developing concept. *Journal of Occupational Health and Safety - Australia and New Zealand*, *24*(3), 179-189.
- Gordon, D. R., Ames, G. M., Yen, I. H., Gillen, M., Aust, B., Rugulies, R., . . . Blanc, P. D. (2005). Integrating qualitative research into occupational health: A case study among hospital workers. [Article]. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *47*(4), 399-409. doi: 10.1097/01.jom.0000158702.67246.49
- Hofmann, D., & Mark, B. (2006). An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Personnel Psychology*, *59*, 847-869.
- Hopkins, A. (2006). Studying organisational cultures and their effects on safety. *Safety Science*, *44*(10), 875-889.
- Jeffcott, S., Pidgeon, N., Weyman, A., & Walls, J. (2006). Risk, trust, and safety culture in UK train operating companies. *Risk Analysis*, *26*(5), 1105-1121.
- Karazek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life* (1st ed.). New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Katz-Navon, T., Naveh, E., & Stern, Z. (2005). Safety climate in health care organizations: A multidimensional approach. *Academy of Management Journal*, *48*(6), 1075-1089.
- Kerr, A. (2009). A problem shared...? Teamwork, autonomy and error in assisted conception. *Social Science & Medicine*, *69*, 1741-1749.
- Kines, P., Lappalainen, J., Lyngby Mikkelsen, K., Olsen, E., Pousette, A., Tharaldsen, J., . . . Törner, M. (2011). Nordic Safety Climate Questionnaire (NOSACQ): a new tool for diagnosing occupational safety climate. [Journal article]. *International Journal of Industrial Ergonomics*, *41*, 634-646.
- Koh, T. Y., & Rowlinson, S. (2011). Relational approach in managing construction project safety: a social capital perspective. *Accident Analysis and Prevention*. doi: 10.1016/j.aap.2011.03.020
- Kristensen, T. S., Borg, V., & Hannerz, H. (2002). Socioeconomic status and psychosocial work environment: results from a Danish national study. *Scandinavian Journal of Public Health*, *30*, 41-48.
- Kuenzi, M., & Schminke, M. (2009). Assembling fragments into a lens: a review, critique, and proposed research agenda for the organisational work climate literature. *Journal of Management*, *35*, 634-717.
- Kunzle, B., Kolbe, M., & Grote, G. (2009). Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: a literature review. *Safety Science* *21*, 93-111., in press.
- Larsson-Tholén, S., Pousette, A., & Törner, M. (2013). Causal relations between psychosocial climate, safety climate and safety behaviour - a multi-level investigation. *Safety Science*, *Accepted*.
- Larsson, T. J., Normark, M., Oldertz, C., & Tezic, K. (2009). Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro. Stockholm: AFA Försäkring.

- Lundberg, I., Allebeck, P., Forsell, Y., & Westerholm, P. (2013). Systematiska kunskapsöversikter; 3. Kan arbetsvillkor orsaka depressionstillstånd? En systematisk översikt över longitudinella studier i den vetenskapliga litteraturen 1998-2012. *Arbete och Hälsa*, 47(1).
- Marton, F. (1986). Phenomenography - a research approach to investigating different understandings of reality. *Journal of Thought*, 21(3), 28-49.
- Marton, F., & Säljö, R. (1976). On qualitative differences in learning. I Outcome and process. *British Journal of Educational Psychology*, 46, 4-11.
- Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709-734.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care: Assessing Quality in qualitative research. *BMJ*, 320(1 January), 50-52.
- McEvily, B., Perrone, V., & Zaheer, A. (2003). Trust as an organizing principle. *Organization Science*, 14(1), 91-103.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Nahrgang, J., Morgeson, F., & Hofmann, D. (2007). *Predicting safety performance: a meta-analysis of safety and organizational constructs*. Paper presented at the 22nd Annual Conference of the Society for Industrial and Organizational Psychology, New York.
- Neal, A., & Griffin, M. A. (2002). Safety climate and safety behaviour. *Australian Journal of Management*, 27(Special Issue), 67-76.
- Neal, A., Griffin, M. A., & Hart, P. M. (2000). The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety Science*, 34(1-3), 99-109.
- Olsen, E. (2008). Reliability and validity of the Hospital Survey on Patient Safety at a Norwegian hospital. . In J. Ø. a. P. J. Sousa (Ed.), *Quality and Safety Improvement Research: Methods and Research Practice from the International Quality Improvement Research Network (QIRN)* (pp. 173-186). Lisbon: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Organ, W. D. (1997). Organizational Citizenship Behavior: It's construct clean-up time. *Human Performance*, 10(2), 85-97.
- Ovretveit, J. (2009). The contribution of new social science reserach in patient safety. *Social Science & Medicine*, 69(12), 1780-1783.
- Parker, S. K., Axtell, C. M., & Turner, N. (2001). Designing a safer workplace: Importance of job autonomy, communication quality, and supportive supervisors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(3), 211-228.
- Perrow, C. (1984). *Normal accidents: living with high-risk technologies*. New York: Basic Books.
- Poortinga, W., & Pidgeon, N. F. (2003). Exploring the Dimensionality of Trust in Risk Regulation. *Risk Analysis*, 23(5), 961-972.
- Pousette, A. (2001). *Feedback and stress in human service organisations*. Doctoral, University of Gothenburg, Gothenburg.
- Schneider, B. (1975). Organizational climates: an essay. *Personnel Psychology*, 28, 447-479.
- Schneider, B., & Reichers, A. E. (1983). On the etiology of climates. *Personnel Psychology*, 36, 19-39.
- Schneider, B., Salvaggio, A. N., & Subirats, M. (2002). Climate strength: a new direction for climate research. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 220-229.
- Schulman, P. R. (2004). General attributes of safe organisations. *Quality & Safety in Health Care*, 13, 39-44.
- Scott, T., Mannion, R., Marshall, M., & Davies, H. (2003). Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *Journal of Health Ser Res Policy*, 8(2), 105-117.
- Seo, D. C., Torabi, M. R., Blair, E. H., & Ellis, N. T. (2004). A cross-validation of safety climate scale using confirmatory factor analytic approach. *Journal of Safety Research*, 35(4), 427-445.

- Theorell, T., Mickelsen, H., & Nordemar, K. (1991). Tre arbetsmiljöindex som använts i Stockholmsundersökningen. Stockholmsundersökningen 1. In M. H. a. C. Hogstedt (Ed.), *MUSIC Books* (pp. 150-154). Stockholm.
- Törner, M. (2011). The "social-physiology" of safety. An integrative approach to understanding organisational psychological mechanisms behind safety performance. *Safety Science, 49*, 1262-1269. doi: 10.1016/j.ssci.2011.04.013
- Weingart, S. N., & Page, D. (2004). Implications for practice: challenges for health care leaders in fostering patient safety. *Quality & Safety in Health Care, 13*, 52-56. doi: 10.1136/qshc.2003.009621
- Westerholm, P. (Ed.). (2008). *Psykisk arbetsskada, Arbeta och hälsa* (Vol. 42): Göteborgs universitet.
- Vincent, C. (2009). Social scientists and patient safety: critics or contributors? *Social Science and Medicine, 69*, 1777-1779.
- [www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient\\_klientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Vardskador](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Vardskador). (2008) Retrieved Jan 09, 2009
- Yin, R. K. (2006). *Fallstudier: design och genomförande*. Malmö: Liber.
- Zacharatos, A., Barling, J., & Iverson, R. D. (2005). High-performance work systems and occupational safety. *Journal of Applied Psychology, 90*(1), 77-93.
- Zohar, D. (1980). Safety Climate in Industrial Organizations: Theoretical and Applied Implications. *Journal of Applied Psychology, 65*(1), 96-102.
- Zohar, D. (2010). Thirty years of safety climate research: reflections and future directions. *Accident Analysis and Prevention, 42*, 1517-1522.
- Zohar, D., & Erev, I. (2007). On the difficulty of promoting workers' safety behaviour: overcoming the underweighting of routine risks. *International Journal of Risk Assessment Management, 7*(2), 122-136.