



Patientsäkerhetskultur vid en kirurgisk resultatenhet

En jämförelse mellan åren 2014 och 2016

Erika Smeds

EXAMENSARBETE	
Yrkeshögskolan Arcada	
Utbildningsprogram: Avancerad klinisk vård	
Identifikationsnummer: 6618	
Författare: Erika Smeds	
Arbetets namn: Patientsäkerhetskultur vid en kirurgisk resultat enhet – en jämförelse mellan åren 2014 och 2016	
Handledare (Arcada): Heikki Paakkonen	
Uppdragsgivare: Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS)	
Sammandrag:	
<p>För att kunna handskas med de utmaningar patientsäkerhet innebär, är det viktigt att hälso- och sjukvårdsorganisationer uppmärksammar patientsäkerhetskulturen. En god patientsäkerhetskultur är ett steg mot en säkrare och mer patientcentrerad vård. Studier har visat att en god patientsäkerhetskultur har samband med personalens benägenhet att rapportera incidenter, bättre säkerhetsutfall och större patientbelåtenhet. I en positiv patientsäkerhetskultur mår även personalen bättre. För att mäta patientsäkerhetskultur har flera enkätinstrument utvecklats varav Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) är ett av de mest använda. HSOPSC beskriver patientsäkerhetskulturen utgående från 12 dimensioner, indelade på tre nivåer. Syftet med den här kvantitativa studien är att beskriva patientsäkerhetskulturen vid en kirurgisk resultat enhet i Finland under åren 2014 och 2016 samt lyfta fram eventuella skillnader mellan åren. Inom sjukvårdsdistriktet har den finska versionen av HSOPSC använts år 2014 och 2016. Enkäten har distribuerats elektroniskt till hela personalen. Materialet i det här examensarbetet kommer från dessa undersökningar. Metoden är en sekundäranalys och analysen gjordes utifrån HSOPSC's sju dimensioner på enhetsnivå. Dimensionen <i>Samarbete inom vårdenheten</i> visade sig vara den dimension som fick den största andelen positiva omdömen år 2016 (71 %) och var således den dimension som är bäst fungerande ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Den dimension där största utvecklingsbehovet visade sig, var dimensionen <i>Återföring och kommunikation kring avvikelser</i> (38 % positiva svar år 2016). Denna dimension visade också på den största skillnaden mellan de två åren där det 2016 var 14 % färre som gav positiva omdömen om dimensionen än år 2014. Avvikelse rapportering har en viktig roll i utvecklandet av patientsäkerheten. De dimensioner vilka visat sig ha störst inverkan på benägenheten att rapportera avvikelser är <i>Återföring och kommunikation kring avvikelser</i> och <i>Lärande organisation</i>. Av samma anledning är det viktigt att utveckla dessa områden inom patientsäkerhetskulturen.</p>	
Nyckelord: Hospital Survey on Patient Safety Culture, HSOPSC, patientsäkerhetskultur, enhetsnivå, sekundäranalys	
Sidantal: 61	
Språk: Svenska	
Datum för godkännande: 17.4.2018	

DEGREE THESIS	
Arcada UAS	
Degree Programme:	Advanced Clinical Care
Identification number:	6618
Author:	Erika Smeds
Title:	Patient Safety Culture at a surgical department – a comparison between the years 2014 and 2016
Supervisor (Arcada):	Heikki Paakkonen
Commissioned by:	The Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS)
<p>Abstract:</p> <p>In order to deal with the challenges that patient safety implicates, health care organizations are advised to develop their patient safety culture. A good patient safety culture is a step towards a safer and a more patient-centered care. Studies have shown, that a good patient safety culture is related to the staff's motivation to report incidents, better safety outcomes and greater patient satisfaction. In a positive patient safety culture, the staff also thrives. Several surveys for assessing patient safety culture exist. Of these, Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) is one of the most widely used. HSOPSC measures 12 dimensions of patient safety culture at three different levels. The purpose of this quantitative study was to describe the patient safety culture at a surgical department in a hospital district in Finland in 2014 and in 2016. Also the purpose was to highlight any differences between these years. Within the healthcare district, the Finnish version of the HSOPSC has been distributed electronically to the whole staff in 2014 and in 2016. The material in this thesis derives from these studies. The method was a secondary analysis and the analysis was done for the patient safety dimensions at unit level. The dimension <i>Teamwork within Units</i> was found to be the one to receive the highest percentage of positive responses (71 % in year 2016), it was therefore the dimension that was functioning the best from a patient safety perspective. The dimension with the greatest need for development was <i>Feedback and Communication about Error</i> (38 % positive responses in year 2016). This dimension also had the biggest percentual difference between the two studied years, where 2016 received 14 % fewer positive responses than year 2014. Error reporting has an important role in the development of patient safety. The dimensions that have shown to have the greatest impact on the inclination to write error reports are <i>Feedback and Communication about Error</i> and <i>Organizational Learning -Continuous Improvement</i>. For the same reason, it is important to further develop these areas of patient safety culture.</p>	
Keywords:	Hospital Survey on Patient Safety Culture, HSOPSC, patient safety culture, unit level, secondary analysis
Number of pages:	61
Language:	Swedish
Date of acceptance:	17.4.2018

OPINNÄYTE	
Arcada UAS	
Koulutusohjelma:	Kliininen asiantuntijuus
Tunnistenumero:	6618
Tekijä:	Erika Smeds
Työn nimi:	Potilasturvallisuuskulttuuri kirurgisessa tulosyksikössä - vertailu vuosien 2014 ja 2016 välillä
Työn ohjaaja (Arcada):	Heikki Paakkonen
Toimeksiantaja:	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS)
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen on terveyden- ja sairaanhoidon organisaatioille tärkeää, jotta ne voivat käsitellä potilasturvallisuuden sisältämiä vaatimuksia. Hyvä potilasturvallisuuskulttuuri on askel kohti varmempaa ja potilaskeskeisempää hoitoa. Tutkimusten mukaan hyvällä potilasturvallisuuskulttuurilla on positiivinen vaikutus turvallisuustuloksiin, potilastyytyväisyyteen sekä henkilöstön halukkuuteen laatia vaaratapahtumaraportteja. Lisäksi positiivinen potilasturvallisuuskulttuuri vaikuttaa myönteisesti myös henkilöstön hyvinvointiin. Potilasturvallisuuskulttuurin arviointia varten on kehitetty useita mittareita, joista yksi käytetyimmistä on Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). HSOPSC kuvaa 12 potilasturvallisuuden osa-aluetta jaettuna kolmelle tasolle. Tämän määrällisen tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla yhden suomalaisen sairaanhoitopiirin kirurgisen tulosyksikön potilasturvallisuuskulttuuria vuosina 2014 ja 2016. Samalla tarkasteltiin mahdollisia eroja näiden vuosien välillä. HSOPSCn suomenkielinen versio on jaettu sairaanhoitopiirin koko henkilöstölle vuosina 2014 ja 2016. Tämän tutkielman aineisto on peräisin näistä kyselyistä. Tutkimusmenetelmänä oli sekundäärianalyysi ja se koski HSOPSCn seitsemää potilasturvallisuuskulttuurin osa-aluetta yksikkötasolla. Osa-alue <i>Tiimityö työyksikössä</i> osoittautui potilasturvallisuuden kannalta parhaiten toimivaksi. Tämän osa-alueen positiivisten vastausten prosentuaalinen keskiarvo oli 71% vuonna 2016. Suurin kehittämistarve osoittautui olevan osa-alueessa <i>Palautteet ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen</i> (38 % positiivisia vastauksia vuonna 2016). Tässä osa-alueessa oli myös suurin ero tutkimusvuosien välillä. Vuonna 2016 <i>Palautteet ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen</i> sai 14 % vähemmän positiivisia arvioita kuin vuonna 2014. Vaaratapahtumien raportoinnilla on tärkeä asema potilasturvallisuuden kehittämisessä. Osa-alueilla <i>Palautteet ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen</i> ja <i>Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa</i> on suurin vaikutus henkilökunnan raportointihalukkuuteen. Samasta syystä on tärkeää edelleen kehittää näitä potilasturvallisuuskulttuurin alueita.</p>	
Avainsanat:	Hospital Survey on Patient Safety Culture, HSOPSC, potilasturvallisuuskulttuuri, yksikkötaso, sekundäärianalyysi
Sivumäärä:	61
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	17.4.2018

INNEHÅLL

1 INLEDNING	8
2 BAKGRUND OCH BEGREPP	9
2.1 Patientsäkerhet	9
2.2 Systemperspektiv.....	10
2.3 Säkerhetskultur och säkerhetsklimat	11
2.4 Säkerhetskulturens betydelse.....	13
2.4.1 Att mäta patientsäkerhetskultur.....	15
2.4.2 Mätinstrument	16
2.4.3 Hospital Survey on Patient Safety Culture	16
3 PROBLEMFÖRMULERING	19
4 METOD	21
4.1 Material och avgränsning	22
4.2 Data-analys.....	23
5 RESULTAT	25
5.1 Öppenhet i kommunikation.....	26
5.2 En icke-skuldbeläggande kultur	27
5.3 Närmaste chefens agerande kring patientsäkerhet	28
5.4 Bemanning	30
5.5 Lärande organisation.....	31
5.6 Samarbete inom vårdenheten	32
5.7 Återföring och kommunikation kring avvikelser	33
6 DISKUSSION	34
6.1 Resultatdiskussion	34
6.2 Validitet och reliabilitet.....	37
6.3 Metoddiskussion.....	39
7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	41
8 SAMMANFATTNING	43
KÄLLOR	44

Bilaga 1 HSOPSC-enkätinstrumentet (AHRQ 2016)

Bilaga 2 Databassökning hösten 2016

Bilaga 3 Databassökning januari 2018

Bilaga 4 Resultat per dimension

FÖRORD

Det examensarbete du håller i din hand har gjorts som ett sista led i studierna för en högre yrkeshögskoleexamen (HYH) med inriktning på patientsäkerhet. Idén till arbetet föddes redan i början av studierna. Under studiernas gång har sedan intresset för kulturens inverkan på patientsäkerheten växt och jag hoppas även i fortsättningen kunna arbeta med dessa frågor.

Jag vill rikta ett stort tack till min handledare vid Arcada, Heikki Paakkonen, som snabbt svarat på mina frågor och hjälpt mig framåt i arbetet. Likaså vid sjukvårdsorganisationen som arbetet gäller har man varit tillmötesgående och hjälpsam i de frågor som jag haft. Tack även till min kurskamrat Anna Granö som uppmuntrat mig på vägen.

Ett speciellt omnämnande förtjänar docent Jyrki Kettunen utan vars statistiska expertis det hade varit svårt att slutföra arbetet.

Helsingfors i mars 2018

Erika Smeds

1 INLEDNING

Bristande patientsäkerhet är världsomfattande problem. Exakta siffror är svåra att finna men uppenbart är att flera miljoner personer per år skadas inom vården. Enligt beräkning dör cirka 400 000 patienter per år i USA på grund av medicinska misstag, det vill säga över 1000 människor per dag. En av tio får vårdrelaterade skador på brittiska sjukhus och den bedömningen verkar i stort sett överensstämma med situationen i övriga länder. Uppskattningsvis dör mellan 750-1500 patienter årligen i Finland på grund av vårdskador. (Reason 2013 s. 149, Ulrich & Kear 2014, Turunen et al. 2013)

För att kunna handskas med de utmaningar patientsäkerhet innebär, rekommenderas att hälso- och sjukvårdsorganisationer utvecklar patientsäkerhetskulturen. En god patientsäkerhetskultur är ett steg mot en säkrare och mer patientcentrerad vård. (Gambashidze et al. 2017 s.1; Verbakel et al. 2015 s. 823)

I Finland har man sedan början av 2000-talet systematiskt arbetat för att främja patientsäkerheten. Den första patientsäkerhetsstrategin i Finland utarbetades av social- och hälsovårdsministeriet för åren 2009-2013. Hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft 2011 har också haft en stor roll i främjandet av patientsäkerheten i Finland. Patientsäkerhetsstrategin har år 2017 uppdaterats till en patient- och klientsäkerhetsstrategi i vilken kvaliteten och patient- och klientsäkerheten behandlas ur fyra perspektiv; säkerhetskultur, ansvar, ledning och bestämmelser. Syftet med strategin är att bidra till utveckling av en enhetlig säkerhetskultur inom hälso- och sjukvården i Finland. (Social- och hälsovårdsministeriet 2017:10 s 12-21)

Den social- och hälsovårdsreform som planeras träda i kraft 1.1.2020 ger landskapen ansvar för att säkerställa att i synnerhet producenterna av social- och hälsovårdstjänster utarbetar ett program för egenkontroll och följer det. Med hjälp av egenkontrollen skall bland annat patientsäkerheten tryggas (Statsrådet, 2018). Den kommande reformen

skapar möjligheter till att stärka säkerhetskulturen genom att se över och förenhetliga arbetssätt som förbättrar säkerheten. (Social- och hälsovårdsministeriet 2017:10 s 12-21)

2 BAKGRUND OCH BEGREPP

De bärande begreppen i detta examensarbete är ”patientsäkerhet”, ”systemperspektiv” och ”patientsäkerhetskultur”. Tyngdpunkten i arbetet ligger i patientsäkerhetskultur och mätning av densamma. Eftersom både "patientsäkerhetsklimat" och "patientsäkerhetskultur" används i litteraturen, har begreppen i detta arbete används så som de förekommit i källorna.

2.1 Patientsäkerhet

Patientsäkerhet är ett av de centrala måtten på kvalitet inom i social- och hälsovården och infördes i den finska lagstiftningen år 2010. Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) styr kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i Finland. Institutet för hälsa och välfärd (THL) har i sin tur som uppgift att stödja social- och hälsovårdens verksamhetsenheter i utvecklingen av kvalitet och patientsäkerhet. Utöver SHM och THL verkar även olika tillstånds- och tillsynsmyndigheter inom social- och hälsovården i Finland. (Institutet för hälsa och välfärd 2017a; Social- och hälsovårdsministeriet 2017:10 s. 23)

Begreppet patientsäkerhet är numera allmänt använt och bekant för de flesta men definitionen av begreppet är inte enkel. Patientsäkerhet kan ses dels som en egenskap hos hälso- och sjukvårdssystemet, dels som ett eget kunskapsområde med eftersträvan mot ett tillförlitligt system (Ödegård 2013 s. 17). Patientsäkerhet kan definieras på olika sätt varav det bredaste kan antas handla om patientens väl och ve överlag (Rollenhagen 2013 s. 172). Enligt Institutet för hälsa och välfärd (2017b) innebär patientsäkerhet säker vård, säker läkemedelsbehandling och säkra medicintekniska produkter. Ur patientens per-

spektiv innebär det här att patienten får rätt vård, i rätt tid och på rätt sätt så att vården medför så få nackdelar som möjligt. Ansvaret för förverkligandet av patientsäkerheten ligger på de enskilda hälso- och sjukvårdsenheterna.

2.2 Systemperspektiv

”När vi använder termen patientsäkerhet pratar vi alltid om en egenskap hos ett system som uppstår ur de interaktioner som sker inom det systemet” (Cook 2013 s. 145)

Det systemorienterade tankesättet fokuserar på den omgivning människor arbetar i och utgår från antagandet att vi bör granska hur ett system fungerar, för att kunna förstå de mänskliga misstagen. Ett grundantagande i systemperspektivet är, att människor felar och att misstag är oundvikliga. En bärande tanke är att man bör ändra de omständigheter under vilka människor arbetar för att minimera risken för tillbud. Organisationer med en hög säkerhetskultur (High reliability organisations, HRO) har enligt Reason en medvetenhet om risken för tillbud och arbetar för att minimera denna risk. Samtidigt har HRO handlingsplaner och beredskap att fungera även under avvikande förhållanden. (Reason 2000 s. 768-770)

Enligt Dekker finns ett område (discretionary space) i alla system, där endast en människa som arbetar i systemet kan göra beslut. Hit når inte regler eller processbeskrivningar utan det är människan/individerna som tar besluten. I det här utrymmet hittar vi fenomen som mångtydighet, osäkerhet och moraliska val. Systemet kan inte ersätta individens ansvar i det här utrymmet. De val och tolkningar som görs i detta utrymme ger även arbetet innebörd för dem som arbetar i systemet. Rädsla för reprimander ifall något går fel skyddar inte mot mänskliga misstag. Oro för bestraffning kan däremot öka risken för att fel uppstår genom att rädsla och stress stjälar fokus från den specifika uppgiften. I situationer där systemet inte ger frihet till individuella val, men kräver individuellt ansvar om något går fel, uppstår omöjliga och orättvisa situationer för arbetstagaren. Ett exempel kan vara en situation där organisationen ger en icke-behörig dispens för vissa uppgifter men om något sedan går fel, kräver att densamme ställs till svars för det skedda. (Dekker 2012 s. 73-84)

En icke-skuldbeläggande atmosfär rekommenderas även av Social- och hälsovårdsnämnden (2017 s. 23) som ett steg mot ökad patientsäkerhet.

2.3 Säkerhetsklimat och säkerhetskultur

För att få klarhet i begreppen ”säkerhetskultur” och ”säkerhetsklimat” gjordes en första sökning i december 2016 med sökorden "patient safety culture" AND "definition", "patient safety climate" AND "definition", "safety culture" AND "definition", "safety climate" AND "definition" (se bilaga 2). För sökningen användes de databaser som fanns tillgängliga via skolans bibliotek. Beroende på vilken databas som användes var sökningens avgränsningar referentgranskning (peer reviewed) och full text. Artiklarna i denna sökning var från åren 2002-2016. Ur denna sökning valdes 13 artiklar för en begreppsutredning som enskild studieprestation *Säkerhetsklimat eller säkerhetskultur - är en begreppsdistinktion nödvändig?* (Smeds 2016). En ny sökning gjordes i januari 2018 för att uppdatera materialet (se bilaga 3). Även några Pro Gradun och HYH-examensarbeten inkluderades i materialet, främst för att dokumentation om mätningarna var svår att hitta annorstädes. De äldsta artiklarna i den nya sökningen var från 2010 och de nyaste från 2017. På basen av denna sökning inkluderades ytterligare sju källor i arbetet

Säkerhetsklimat har första gången förekommit i akademisk litteratur 1980 då Zohar undersökte vilka organisatoriska karaktäristika som särskiljer företag med hög respektive låg olycksfrekvens. Begreppet säkerhetskultur i sin tur, myntades 1986 i samband med kärnkraftsolyckan i Tjernoby. Den första definitionen av säkerhetskultur hade en otydlig teoretisk bas och det här kan antas ha bidragit till fortsatt otydlighet i definitionen av begreppet samt till sammanblandningen med säkerhetsklimat. De definitionsmässiga utmaningar som funnits och till viss del fortfarande existerar har bland annat lett till ifrågasättande av om säkerhetskultur/säkerhetsklimat är av betydelse för den uppmätta säkerheten i en organisation. (Törner 2010 s. 13-15; Reiman & Rollenhagen 2014 s. 9)

Begreppen säkerhetskultur och säkerhetsklimat har sina ursprung i olika vetenskapliga traditioner. Säkerhetsklimat-begreppet kommer från organisationsklimatteori med en socialpsykologisk bas. För att studera fenomenet har i huvudsak kvantitativa metoder använts. Säkerhetskultur härstammar ur organisationskulturteori där basen är en antropologisk forskningstradition med kvalitativa forskningsmetoder. Begreppen har vissa överlappande delar (bland annat att de är socialt konstruerade, omfattar flera olika dimensioner och att de är gemensamma för en grupp) och detta komplicerar relationen dem emellan. (Törner 2010 s. 13-15)

Inom patientsäkerhetsområdet har begreppet säkerhetskultur dykt upp efter att Institute of Medicine (IOM) gav ut sin rapport "To Err Is Human" år 2000 (Halligan & Zecevic 2010 s. 1).

Förhållandet mellan säkerhetskultur och säkerhetsklimat beskrivs av Sabin et al. (2012 s. 2) med hjälp av en modell där säkerhetskulturen presenteras som en pyramid (Figur 1, s. 12). I toppen finns säkerhetsbeteenden och under det säkerhetsklimat. Nedanom säkerhetsklimatet finns säkerhetsstrategier och i botten av pyramiden de grundläggande säkerhetsvärderingarna. Enligt den här modellen består således säkerhetskulturen av fyra delområden, varav säkerhetsklimatet är ett.



Figur 1. Säkerhetskulturpyramiden, egen översättning. Safety culture pyramid (Patankar & Duncan 2014 efter Sabin et al. 2012)

Social- och hälsovårdsministeriet (2017 s. 25) definierar patientsäkerhetskultur:

” Inom social- och hälsovården innebär säkerhetskultur att individer och gemenskapen är verksam på att sådant sätt att man säkerställer att de tjänster patienter och klienter får är säkra. Säkerhetskulturen omfattar ledning, värderingar, attityder och verksamhetsätt som stödjer en säker verksamhet. Metoder som främjar säkerhetskulturen är riskbedömning, förebyggande och korrigerande åtgärder samt kontinuerlig utveckling av verksamheten. Genom att stärka säkerhetskulturen hanterar man riskerna i anslutning till verksamheten och därigenom de skador som patienter och klienter orsakas. Det här förutsätter ett gemensamt ansvar för säkerhetskulturen.”

Trots många försök att utreda begreppen har någon samstämmighet inte nåtts i hur begreppen skall avgränsas och definieras (Halligan et al. 2011 s. 2; Lee et al. 2017 s. 21; Pietikäinen et al. 2008 s. 2; Rollenhagen 2013 s. 360). Det finns en stor variation i hur begreppen används och ofta står de som synonymer. Begreppen blandas även samman med till exempel organisationskultur och organisationsklimat. Vid en noggrann granskning kan man dock skönja att definitionerna är på väg mot att bli mer enhetliga och att man verkar vara överens om att säkerhetsklimat och attityder är en del av säkerhetskulturen. (EuNetPas 2010 s. 4; Social- och hälsovårdsministeriet 2017 s. 25, Sorra et al. 2016a s. 1)

I det här examensarbetet är ett grundantagande att patientsäkerhetsklimatet är en mätbar och kvantifierbar del av patientsäkerhetskulturen men att klimatet inte ger en fullständig bild av kulturen. Med tanke på läsbarhet och konsekvens i texten används i huvudsak begreppen ”patientsäkerhetskultur” och ”säkerhetskultur”, trots att i vissa fall ”patientsäkerhetsklimat” och ”säkerhetsklimat” vore bättre lämpade. I de fall hänvisningar till tidigare forskning görs, används begreppen såsom de förekommit i källorna.

2.4 Säkerhetskulturens betydelse

En av kärnfrågorna vad gäller undersökningar av säkerhetskulturen och säkerhetsklimatet är självfallet huruvida fenomenen har något prediktivt värde för säkerhetsutfallet. Enligt bland annat Törner (2008 s.14) och Schwatka et al (2016 s.6) kan ett gott säkerhetsklimat kan vara positivt relaterat till säkerhetskunskap och säkerhetsbeteende hos personalen. En

god säkerhetskultur har också visat sig ha samband med personalens benägenhet att rapportera incidenter, bättre säkerhetsutfall och större patientbelåtenhet (Ulrich & Kear 2014 s. 450; Hartmann et al. 2009 s. 331-332; Sammer & James 2011; Smith et al. 2017 s. 8; El-Jardali 2011 s. 10-11)

I en god säkerhetskultur behövs ledningens (och politiska beslutsfattares) engagemang och personalen skall göras delaktig och fortbildas i säkerhetsfrågor. Patientmedverkan ingår också som en del i säkerhetsarbetet. Säkerhet byggs upp av många faktorer som myndigheter, lagstiftning, beslutsfattande, teknologi och personalens utbildning. (Rollenhagen 2013 s. 367)

Vifladt et al. (2016b s. 33) har konstaterat att i en positiv patientsäkerhetskultur mår även personalen bättre. Utbrändhet är ovanligare och personalens känsla av sammanhang (*coherence*) och förmåga att hantera stressande situationer är bättre då en positiv säkerhetskultur råder.

Det finns även motstridiga resultat om säkerhetskulturens betydelse för säkerhetsutfallet och kulturens samband med patientsäkerhet. Farup (2015 s. 3) konstaterade bland annat att den avdelning som hade ett bättre resultat mätt med Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC noggrannare beskriven i kap. 2.4.3) hade flera patientsäkerhetsincidenter än en avdelning med svagare resultat.

I en översiktsartikel från 2017 fann Lee et al. stor variation i resultaten, bland annat att ett negativt samband förekom mellan patientsäkerhetskultur och patientsäkerhetsutfall, till exempel i fråga om medicineringsfel. Även det faktum att patientsäkerhetskultur mäts och analyseras på många olika sätt, gör det svårt att komma till konsensus om kulturen är av betydelse eller ej. (Lee et al. 2017 s. 10, 18-19)

Meddings et al. (2017 s. 226-233) kunde inte finna samband mellan säkerhetskultur mätt med HSOPSC och kateterinfektioner på intensivvårdsavdelningar utan konstaterade att förekomsten av kateterinfektioner kan minskas utan att göra förändringar i patientsäkerhetskulturen mätt med HSOPSC.

I en intervjustudie (n=27) undersökte Verbakel et al. (2015) hur resultaten av en randomiserad interventionsstudie inverkade på säkerhetskulturen. Den ena interventionsgruppen hade enbart svarat på en (kvantitativ) enkät om säkerhetskultur emedan den andra hade både svarat på enkäten och deltagit i en 3,5 timmar lång workshop i patientsäkerhet. Resultaten jämfördes sedan mot kontrollgruppen. Över tid sågs ingen skillnad i resultaten av patientsäkerhetskultur mellan de tre grupperna. Trots detta så upplevde gruppen som deltagit i workshopen en ökad riskmedvetenhet och en starkare teamkänsla. Gruppen upplevde även att atmosfären var mer öppen och det var lättare att diskutera patientsäkerhetsfrågor efter workshopen.

2.4.1 Att mäta patientsäkerhetskultur

Det finns flera orsaker till varför det är av värde att mäta säkerhetskulturen/-klimatet i en organisation. Genom en mätning av patientsäkerhetskulturen fås värdefull information om styrkor och svagheter i organisationens patientsäkerhetskultur. Man kan studera förändringar i förhållningssätt samt öka insikten om patientsäkerhet hos personalen genom en kartläggning. Likaså kan en mätning av patientkulturen användas för att jämföra enheter och yrkeskategorier sinsemellan. (Sveriges Kommuner och Landsting 2013 s. 7; Sorra & Dyer 2010 s. 1)

En mätning av patientsäkerhetskulturen medför redan i sig självt en intervention för ökad medvetenhet i patientsäkerhet. En mätning fäster bland annat uppmärksamhet vid patientsäkra arbetssätt. En mätning av patientsäkerhetskulturen bör länkas till undersökningar eller utvecklingsarbeten och inte endast vara en isolerad händelse. Genom en mätning av patientsäkerhetskulturen kan en grund för utvecklandet av patientsäkerheten erhållas. (Manser et al 2016 s. 64; Nieva & Sorra 2003 s. 22)

Mätning av säkerhetsklimat är ett sätt att kvantitativt beskriva säkerhetskulturen i en organisation och kan därför ha en nyckelroll i utvecklandet av patientsäkerhetskulturen. Även kritiska röster mot kvantitativa mätare av patientsäkerhetskultur har höjts. Reiman och Rollenhagen (2014 s. 10) anser att kvantitativa säkerhetskulturmätningar i huvudsak

räknar upp dimensioner av säkerhetskulturen vilket i slutändan leder till att man mäter lite av varje med en förhoppning om att personalens uppfattningar om säkerhetskulturen är en prediktor för uppmätt säkerhet. Moghri et al. (2013 s. 1063) konstaterar att de dimensioner i HSOPSC som är negativt formulerade tenderar få sämre resultat än de positivt formulerade dimensionerna. Det här föranleder en diskussion om att "acquiescence bias" (tendensen att respondenten "håller med" i påståenden) förklarar en del av resultaten i attitydskalor som HSOPSC.

2.4.2 Mätinstrument

Från början av 2000-talet har det utvecklats flera olika instrument för mätning av patientsäkerhetsklimat. De två som används mest internationellt är Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) och Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Hospital Survey on Patient Safety Culture har flera förkortningar; HSPSC, HSOPS, Hospital SOPS och HSOPSC. I det här arbetet används förkortningen HSOPSC. SAQ och HSOPSC har flera gemensamma dimensioner; ledarskap, policy, procedurer, bemanning, kommunikation och incidentrapportering. (Manser et al 2016 s. 61-62)

Som tidigare konstaterats, används "klimat" och "kultur" ofta som synonymer i patientsäkerhetssammanhang. Utmaningen med begreppsdefinitionerna kan även ses i hur mätinstrument namnges. Rollenhagen (2013 s. 363), Scwatka et al (2016 s.4) och Manser et al. (2016 s. 60) anser att både SAQ och HSOPSC mäter säkerhetsklimat. SAQ används för team och enheter emedan HSOPSC används på organisationsnivå. Både HSOPSC och SAQ har använts som grund för utvecklandet av ytterligare instrument för mätning av patientsäkerhetsklimat.

2.4.3 Hospital Survey on Patient Safety Culture

Enkätinstrumentet Hospital Survey on Patient Safety Culture HSOPSC (se bilaga 1) har utvecklats av Sorra & Nieva för The Agency for Healthcare Research and Quality

(AHRQ) år 2004. Instrumentet är utvecklat för personal vid sjukhus och undersöker personalens uppfattning (*opinion*) om patientsäkerhetskulturen, både vid enheten/avdelningen och vid sjukhuset som helhet. HSOPSC har använts 71 länder och är översatt till 32 språk (mars 2017), bland annat finska och svenska (AHRQ 2017). HSOPSC rekommenderas för användning i samband med kvalitetsförbättrande arbete och interventioner gällande patientsäkerhet inom organisationer (Sorra et al. 2016a s. 1; Giai et al. 2017 s. 686; Sorra & Dyer 2010 s. 11).

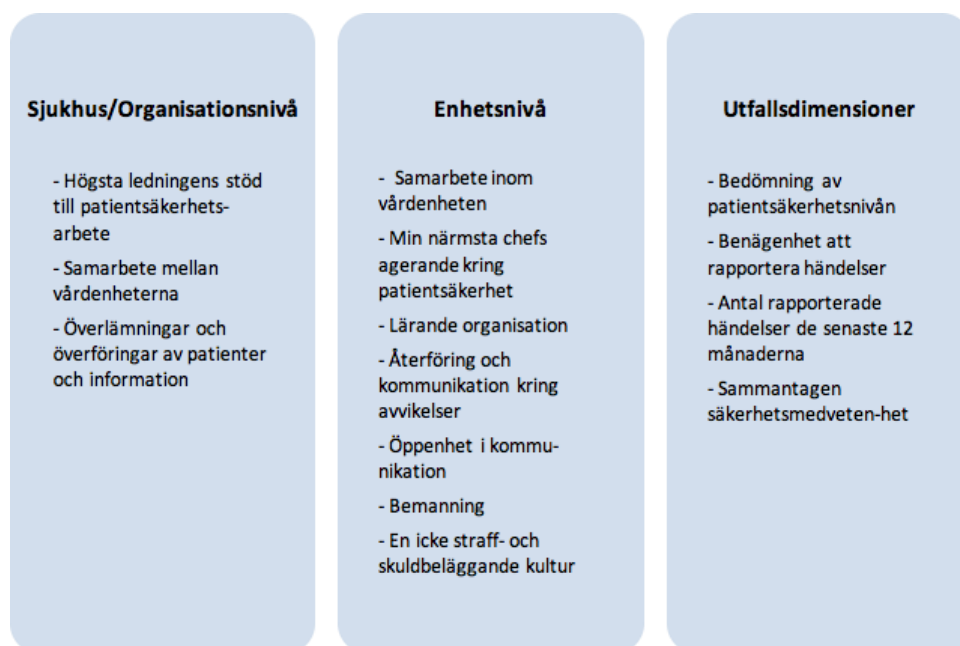
HSOPSC är bäst lämpad för personal med tillräcklig insikt i sjukhusets dagliga verksamhet, till exempel sjukskötare, farmaceuter, laboratoriepersonal, läkare och sjukhusledning. (Sorra et al. 2016a s. 2-3)

HSOPSC har 12 dimensioner för att beskriva patientsäkerhetskultur och varje dimension har 3-4 påståenden, sammanlagt 42 stycken (Sorra et al. 2016a s. 3, Sorra & Nieva 2004 s. 3). De 12 dimensionerna är; *Närmaste chefers agerande kring patientsäkerhet, Lärande organisation, Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete, Sammantagen säkerhetsmedvetenhet, Återföring och kommunikation kring avvikelser, Öppenhet i kommunikationen, Benägenhet att rapportera händelser, Samarbete mellan vårdenheterna, Samarbete inom vårdenheten, Bemanning, Överlämningar och överföringar av patienter och information, Icke- straff och skuldbeläggande kultur.*

Svaren ges på en Likert-skala 1-5 (1= stämmer mycket dåligt /aldrig, 2= stämmer ganska dåligt / sällan, 3= varken eller/ ibland, 4= stämmer ganska bra / ofta, 5= stämmer mycket bra / alltid), där en högre siffra innebär en mer positiv uppfattning om patientsäkerheten. I en del av påståendena innebär ett negativt svar (aldrig / sällan, stämmer ganska dåligt / stämmer mycket dåligt) en positiv uppfattning om patientsäkerheten (till exempel vid påståendet ”personal upplever att deras misstag läggs dem till last”). HSOPSC omfattar även demografiska detaljer gällande till exempel kön, ålder, antal år i yrket samt två enskilda frågor gällande självskattad patientsäkerhetsnivå och antal rapporterade avvikelser. Enkäten har även en öppen fråga om hur patientsäkerheten upplevs.

Dimensionerna ger en uppskattning av säkerhetskulturen. Resultatet visar utfall av positivt besvarade frågor ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Då dimensionerna redovisas kan enskilda svar bli utslagsgivande, speciellt om svarsgruppen är liten eller många svarat neutralt på frågan. Således bör svarsfrekvensen alltid beaktas då data analyseras. (Sveriges Kommuner och Landsting 2011 s. 23)

Dimensionerna indelas i tre nivåer, se figur 2 (Sorra & Nieva 2004 s. 3; Sorra & Dyer 2010 s. 2; Moghri et al. 2013 s. 1060; Vifladt et al. 2016a s. 60)



Figur 2. Patientsäkerhetskulturens dimensioner (HSOPSC) indelat i tre nivåer

- Enhetsnivån beskriver personalens uppfattning om den enhet de arbetar på och består av sju dimensioner; *Samarbete inom enheten, Närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet, Lärande organisation, Återföring och kommunikation kring avvikelser, Öppenhet i kommunikationen, Bemanning, Icke straff- och skuldbeläggande kultur*
- Sjukhus / organisationsnivå relaterar till uppfattningar om samarbetsenheter och sjukhusledningen och den här nivån består av dimensionerna; *Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete, Samarbete mellan vårdenheterna, Överlämningar och överföringar av patienter och information*

- Utfallsdimensioner: *Benägenhet att rapportera händelser och Sammantagen säkerhetsmedvetenhet*. Till dimensionen hör även de ensamstående frågorna gällande *Självskattad patientsäkerhetsnivå* och *Antal rapporterade händelser*.

Vad gäller validitet och reliabilitet har HSOPSC i ett stort antal internationella studier konstaterats ha goda psykometriska egenskaper. (Robida 2013 s. 471; Hedsköld et.al. 2013 s. 2; Sorra & Dyer 2010 s. 12; Gambashidze et al. 2017 s 6).

HSOPSC har enligt Gambashidze et al. (2017 s. 6, 11) tillfredsställande stabilitet över de olika språkversionerna och lämpar sig även för internationella jämförelser, även om fyra av dimensionerna (*Lärande organisation, Öppenhet i kommunikationen, Överlämningar och överföring av patienter och information* och *Bedömning av patientsäkerhetsnivån*) kräver ytterligare granskning.

Angående sampelstorlek och svarsfrekvens vid HSOPSC-mätningar rekommenderas att i en organisation med 1000-2999 anställda, sampelstorleken vara minst 600 anställda. Har organisationen över 3000 anställda, minst 800 i samplet. Förväntad svarsfrekvens ligger enligt AHRQ mellan 30-50% (Sorra et al. 2016a s. 12)

3 PROBLEMFÖRMULERING

Ett av perspektiven på patientsäkerhet är patientsäkerhetskultur. Patientsäkerhetskulturen består av flera olika dimensioner, till exempel ledarskap, kontinuerlig utveckling och en icke-skuldbeläggande atmosfär (Sammer 2010 s. 158; Manser et al. 2016 s. 62-63). För att kunna utveckla patientsäkerhetskulturen inom en organisation och följa upp effekten av interventioner, behöver vi utföra mätningar. För mätningar används kvantitativa säkerhetsklimatmätare vilka ger en indirekt bild av patientsäkerhetskulturen.

Vid sjukvårdsdistriktet inom vilken enheten som granskades i detta arbete befinner sig, arbetar man systematiskt för att främja patientsäkerheten. En av utgångspunkterna är att en god patientsäkerhetskultur innebär bättre patientsäkerhet, vilket framgår ur

organisationens patientsäkerhetsplan för år 2016-2017. I planen lyfts patientsäkerhetskultur således fram som ett utvecklingsområde. För att mäta patientsäkerhetskulturen inom sjukhuset har HSOPSC använts både år 2014 och 2016. En ny mätning är planerad för år 2018. (Helsingfors och Nylands sjukvårdsförbund, 2016)

Organisationen har använt sig av en till finska översatt version av HSOPSC. Den finska versionen har varit i användning sedan år 2008 och är validerad för finska förhållanden (Laurema 2015 s. 26; Turunen et al. 2013 s. 611).

Sjukvårdsdistriktet har en personalstyrka på ca 22 000 personer och hela personalen har inkluderats i HSOPSC-mätningarna åren 2014 och 2016. Resultaten från HSOPSC-mätningen år 2014 (N=5327, 26%) visade att personalen bland annat upplevde att teamarbetet och samarbetet mellan enheterna fungerar bra samt att man vågar lyfta fram och rapportera patientsäkerhetsrisker och avvikelser. Utvecklingsområden identifierades inom bland annat förebyggande patientsäkerhetsarbete, koordination i samarbetet mellan enheterna samt ledningens engagemang i patientsäkerhetsarbetet. (Helsingfors och Nylands sjukvårdsförbund 2015 s. 9)

Hela sjukvårdsdistriktets resultat för mätningen 2016 fanns inte tillgänglig för detta arbete. Resultaten presenterades lokalt under hösten 2016. (Helsingfors och Nylands sjukvårdsförbund 2016 s. 30).

Ett kirurgiskt resultatområde vid sjukvårdsdistriktet har önskat en djupare analys av materialet från HSOPSC-mätningarna samt eventuella åtgärdsförslag på basen av detta. Resultatenheten vårdar årligen cirka 53 000 patienter och är en av de tolv enheter som finns inom sjukvårdsdistriktet. Resultatenheten är fördelad på fyra olika sjukhus. Patienterna är dels inbokade för elektiv kirurgi och dels akut inkomna. Man vill få reda på om det skett förändringar i personalens uppfattning om patientsäkerhetskulturen mellan åren 2014 och 2016. Eftersom det skett organisatoriska förändringar mellan de två mätgångerna, ligger intresset främst i att se om det skett någon skillnad på resultatenhetsnivå och därför har inte demografiska faktorer beaktats i arbetet. Resultatet utgör ett underlag utifrån vilket uppdragsgivaren vid behov kan ta beslut om eventuella

utvecklingsåtgärder samt använda för att jämföra mot kommande HSOPSC-undersökningar.

Forskningsfrågan lyder:

- Har det vid resultatenheten skett någon förändring i personalens uppfattning om patientsäkerhetskulturen mellan åren 2014 och 2016?

4 METOD

För att svara på forskningsfrågan har kvantitativ data analyserats. I arbetet användes data från sjukvårdsdistriktets HSOPSC-undersökningar år 2014 och 2016, för ett av resultatområdena. Det här innebär att det handlade om en sekundäranalys av befintlig data för att undersöka samband mellan variabler i en specifik del av originalsamplet (Polit & Beck 2011 s. 266).

Fördelar med sekundäranalyser är bland annat att de är resurssparande då datainsamlingen redan är gjord och att existerande data kan vara till hjälp för att formulera forskningsfrågor och hitta nya vinklingar värda att utreda. Sekundäranalyser lämpar sig för olika forskningsdesigner som till exempel trend-, kohort- eller tidsseriestudier. Sekundäranalysen har även begränsningar. I en studie av tvärsnittskaraktär i vilken sekundärdata används kan populationen se annorlunda ut nu än vid datainsamlingen (Lantz 2014 s. 52), vilket var fallet i det här examensarbetet.

Magee et al. (2006 s. 55), rekommenderar forskare som arbetar med sekundäranalyser att konsultera statistiker för att förbättra möjligheterna till nya vinklingar. Det här gjordes i flera omgångar under examensarbetets gång och visade sig vara av största vikt för att kunna slutföra arbetet.

Då syftet var att beskriva personalens uppfattning om patientsäkerhetskulturen var en deskriptiv (non-experimentell) design lämpad. Deskriptiva studier är lämpade för att

observera, beskriva och dokumentera en situation eller ett fenomen. Deskriptiva studier är även värdefulla vid utformandet av interventioner. (Polit & Beck 2011 s. 226, 229)

Eftersom den data som använts i det här examensarbetet kommer från två mättillfällen och urvalet skiljer sig mellan mätgångerna, var det fråga om en trendstudie (Polit & Beck 2011 s.186). Materialet som är tillgängligt för detta arbete möjliggör inte en verklig jämförelse (upprepad mätning) mellan avdelningar inom resultatområdet, eftersom organisatoriska förändringar skett. Endast en jämförelse för hela resultatområdet är möjlig. Av resultaten kan således trenden ses men man kan inte avgöra huruvida en verklig ändring i enskilda personers inställning till patientsäkerhetskulturen har skett. På resultatet inverkar bland annat personalomsättning och organisatoriska förändringar. (Paakkonen – Smeds 20.9.2016)

4.1 Material och avgränsning

HSOPSC-undersökningarna har utförts i hela sjukvårdsdistriktet åren 2014 och 2016. Enkäten har skickats till hela personalen per e-post. Deltagandet var frivilligt. Sjukvårdsdistriktet har kodat och fört in svaren i Microsoft Excel-format och dessa tabeller (rådata) delgavs mig vänligen för det här examensarbetet.

Mellan åren 2014 och 2016 har organisatoriska förändringar skett inom resultatområdet. Den rådata som varit tillgänglig för detta arbete har från sjukvårdsdistriktets sida bearbetats så att enheterna inom resultatområdet motsvarar varandra och således var en jämförelse möjlig. Forskningslovet för detta examensarbete gällde ifrågavarande resultatenhet, därav kunde inte jämförelser mot hela sjukhusorganisationen göras.

Både den enhet och det sjukhus man arbetar på inverkar på hur patientsäkerhetskulturen upplevs (Sorra & Dyer 2010 s.11). Tyngdpunkten i HSOPSC- enkätinstrumentet ligger på enhetsnivån, eftersom personal i allmänhet är mest bekant med hur säkerhetskulturen på den egna enheten fungerar (Sorra & Nieva 2004 s. 4). En avgränsning gjordes för att gälla dimensionerna på enhetsnivå (se figur 2) på grund av examensarbetets omfattning

samt eget intresse. De dimensioner som ingår i enhetsnivån är: *Öppenhet i kommunikationen, En icke straff-och skuldbeläggande kultur, Min närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet, Bemanning, Lärande organisation, Samarbete inom vårdenheten, Återföring och kommunikation kring avvikelser*. Enligt resonemanget tidigare i arbetet, det vill säga att personalen och avdelningarna har förändrats mellan de två mättidpunkterna utelämnades bakgrundsfrågor gällande till exempel avdelning, kön och befattning. Tillika innebär detta att en identifiering av deltagarna inte är möjlig.

Från sjukvårdsdistriktets sida har information om påståendena och bakgrundsvariablerna givits. För att försäkra rätt förståelse för den version av instrumentet som sjukvårdsdistriktet använt, har HSOPSC-frågeformuläret som sjukvårdsdistriktet använde år 2014 studerats (Rantanen 2015). Frågorna i formuläret samt rådata gällande 2014 och 2016 har sedan noggrant gått igenom och jämförts sinsemellan och med HSOPSC-originalinstrumentet för att se att påståenden och frågor varit formulerade på samma sätt de båda åren. Skillnader i bakgrundsfrågorna finns emedan påståendena har sett likadana ut under båda mätningarna. De variabler som i det här arbetet granskats, har motsvarat varandra.

4.2 Data-analys

Sjukvårdsorganisationen i fråga har tidigare gjort analyser enligt ARHQ´s rekommendationer varav det föll sig naturligt att data-analysen även i detta arbete gjordes enligt samma rekommendationer. Den svenska versionen av instrumentet (Sveriges Kommuner och Landsting 2011, 2013) användes bland annat som stöd för översättning.

I samband med en första analys av data för det här examensarbetet, konstaterades att svarsalternativen 1-5, (1= stämmer mycket dåligt / aldrig, 2= stämmer ganska dåligt/ sällan, 3=varken eller / ibland, 4= stämmer ganska bra / ofta, 5= stämmer mycket bra / alltid) vid något skede av de ursprungliga undersökningarna vid sjukvårdsdistriktet, givits omvänd ordning (1=stämmer mycket bra / alltid, 2= ofta / stämmer ganska bra, 3=varken eller / ibland, 4= stämmer ganska dåligt / sällan, 5= stämmer mycket dåligt / aldrig). Enligt AHRQ motsvarar en högre siffra en mer positiv uppfattning av patientsäkerhetskulturen

emedan i den rådata som delgavs för detta examensarbete, en lägre siffra visade sig vara förenlig med en mer positiv uppfattning. Någon närmare information om när denna omkodning är gjord, har i skrivandets stund inte funnits tillgänglig. Den omvända ordningen har beaktats i analysen och inverkar således inte på resultaten.

För att förtydliga framställningen av resultatet sammanslogs de fem svarsalternativen till tre kategorier (Sorra & Nieva 2004 s. 34; Djurfeldt et al. 2009 s. 153): svarsalternativen 1 och 2 (stämmer bra / stämmer ganska bra, ofta / alltid) blev kategori 1 (stämmer bra / ofta), svarsalternativ 3 (varken eller / ibland) blev kategori 2 (varken eller / ibland), svarsalternativ 4 och 5 (stämmer mycket dåligt / stämmer ganska dåligt, aldrig / sällan) blev kategori 3 (stämmer dåligt / sällan).

I de påståenden där ett negativt svar (aldrig / sällan, stämmer ganska dåligt / stämmer mycket dåligt) innebär en positiv uppfattning om patientsäkerheten (till exempel ”personal upplever att deras misstag läggs dem till last”), har svarsalternativen 1-5 fått stå i sin ursprungliga ordning. De här påståendena är märkta (neg). Det här ses i tre av dimensionerna, sammanlagt i åtta av påståendena.

Eftersom de variabler som undersöktes ligger på ordinalskalenivå lämpar sig frekvenser och procent för att beskriva data. Korstabulering användes i det här arbetet mellan de tredelade svarsalternativen och årtalen. (Djurfelt et al. 2009 s. 38-49, 225-226; Polit & Beck 2011 s. 380, 389-390)

Statistiska test kan indelas i parametriska och icke-parametriska test. De parametriska testerna används för variabler på intervall- eller kvotskalenivå. Icke-parametriska metoder är lämpade för data på nominal- eller ordinalskalenivå och Chi-square är ett av de mest använda icke-parametriska testen. Den version som är mest använd är den som konstruerades av Karl Pearson och därför är det Pearsons Chi-square som i första hand avses då man talar om Chi-square. Chi-square används bland annat för test av samband i korsstabeller. (Aronsson 2008 s. 253-254; Djurfeldt et al. 2009 s. 225-233; Polit & Beck 2011 s. 411)

För att konstatera om statistisk signifikans förelåg, användes således Chi-square i det här examensarbetet och signifikans konstaterades då $p < 0.05$. Ett p-värde på < 0.05 betyder att i färre fall än 5 på 100 är det slumpen som åstadkommer den fördelning som observerats. (Polit & Beck 2011 s. 412; Djurfelt et al. 2009 s. 196, 209)

Statistikprogrammet IBM SPSS Statistics 24.0 användes för de statistiska analyserna. Dels visas resultatet som andel positiva svar per dimension och dels som svarsfrekvenser och procent där även det neutrala svarsalternativet (3= varken eller / ibland) framkommer (Sveriges Kommuner och Landsting 2011 s. 23; Sorra et al. 2016a s. 29-31).

Värdet för en dimension, det vill säga andelen positiva svar i procent, räknas på följande sätt:

- Räkna antalet giltiga svar per påstående. Antalet giltiga svar fås genom att dra ifrån summan av ej besvarade frågor från det totala antalet svar.
- För varje påstående summeras antalet ”stämmer ganska bra” och ”stämmer mycket bra” eller ”alltid” och ”ofta”. I det fall frågan är negativt formulerad (till exempel ”personal upplever att deras misstag läggs dem till last”) summeras ”stämmer mycket dåligt” och ”stämmer ganska dåligt” eller ”aldrig” och ”sällan”, i övrigt räknas andelen positiva procent på samma sätt.
- Dividera summan med antalet giltiga svar och multiplicera med 100 vilket ger andelen positiva svar för påståendet i fråga
- Värdena som fås för varje påstående summeras och summan divideras med antalet påståenden inom dimensionen. (Sorra & Nieva 2004 s. 35; Sveriges Kommuner och Landsting 2011 s.13)

5 RESULTAT

Resultatet för analysen presenteras i kommande kapitel dimensionsvis som andel positiva svar i procent samt med svarsfrekvenser, svarsprocent och p-värden för de enskilda frågorna. Resultaten återfinns även i bilaga 4.

År 2014 (N=183) hade 31% arbetat i sitt nuvarande yrke mindre än 10 år. Över en tredjedel (33%) av de som svarat på enkäten arbetat i sitt nuvarande yrke 11-20 eller över 21 år (likaså 33%). Största delen (93%) hade direkt patientkontakt i sitt arbete. En fjärdedel (25%) var under 35 år gamla, 58% var 36-55 år och 16% var över 55 år.

År 2016 (N=210) hade 91% av respondenterna direkt patientkontakt i sitt arbete. Vad gäller år i yrket hade 36% en yrkeserfarenhet på under 10 år. Lite mindre än en tredjedel (27%) hade arbetat i samma yrke mellan 11-20 år. Den största gruppen (37%) var de som arbetat över 21 år. I åldersgruppen 18-35år befann sig en femtedel (21%), 36-55-åringarna var även här den största åldersgruppen (58%) och 21% var över 55 år.

En positiv uppfattning om patientsäkerhetskulturen innebär svarsalternativen "alltid/ofta" eller "stämmer mycket bra / stämmer ganska bra". I de fall där frågan är omvänt/negativt formulerad (till exempel "personal upplever att deras misstag läggs dem till last") gäller det omvända – "aldrig/sällan" eller "stämmer ganska dåligt / stämmer mycket dåligt" innebär en positiv uppfattning om patientsäkerheten. De negativt formulerade påståendena är märkta med (neg). Enligt AHRQ's instruktioner (Famolaro et al. 2016 s. 30) kan en skillnad på 5 procentenheter användas som riktlinje då man jämför om resultatet är bättre eller sämre än vid till exempel ett annat sjukhus. Då det inom en dimension är färre än 50% som svarat positivt, uppfattas den fungera otillfredsställande och åtgärder bör vidtas. Över 75% positiva svar innebär ett gott resultat och således en välfungerande dimension (Sorra & Nieva 2004 s. 34; Turunen et al. 2013 s.614).

5.1 Öppenhet i kommunikationen

Dimensionen *Öppenhet i kommunikationen* innebär att personalen vågar diskutera saker som de upplever att kan inverka negativt på patienternas vård och att personalen känner att de kan ifrågasätta förmännens agerande (Sorra & Dyer 2010 s. 6). Den sammanlagda andelen positiva svar för dimensionen var 60% år 2014 och 55% år 2016.

Tabell 1 Dimension "Öppenhet i kommunikationen", N=antal personer som svarat på frågan, svarsfördelning (%) och andelen positiva svar för hela dimensionen (%), p= jämförelse av svarsfördelning per fråga mellan 2014 och 2016

	2014				2016				P-värde	
	N	Stämmer bra/ofta %	Stämmer dåligt/sällan %	Varken eller/ibland %	Andelen positiva svar %	N	Stämmer bra/ofta %	Stämmer dåligt/sällan %		Varken eller/ibland %
Öppenhet i kommunikationen				60%					55%	
Personalen lyfter till diskussion om de ser något som kan påverka vården negativt	181	63	6	31	202	58	7	35		0.591
Personalen upplever lätt de ritt kan fråga chefer om deras beslut och handlingar	179	51	24	25	202	49	24	27		0.866
Personalen vågar ställa frågor när något inte verkar stå rätt till	180	67	6	27	202	59	12	29		0.076

År 2014 upplevde 63% av de som svarat att de kan säga ifrån om de ser något som kan påverka vården av patienterna negativt emedan det år 2016 var 58% som var av den åsikten. Att fråga chefer om deras beslut och handlingar kände hälften att ofta eller alltid var möjligt (år 2014 51% och år 2016 49%). Då något inte verkade stå rätt till hade över hälften (2014 67% och 2016 59%) vågat ställa frågor om situationen. På alla påståenden i denna dimension är $p > 0.05$, så någon signifikant skillnad i påståendena kan ej ses mellan åren.

5.2 En icke straff- och skuldbeläggande kultur

Dimensionen *En icke straff- och skuldbeläggande kultur* innebär att personalen känner att de inte skuldbeläggs för sina misstag och att misstag inte sparas i personalakter (Sorra & Dyer 2010 s.6). Den sammanlagda andelen positiva svar för dimensionen var 57% år 2014 och 52 % år 2016. Mellan åren finns en skillnad på 5 procentenheter.

Tabell 2 Dimension "En icke straff- och skuldbeläggande kultur", N=antal personer som svarat på frågan, svarsfördelning (%) och andelen positiva svar för hela dimensionen (%), p= jämförelse av svarsfördelning per fråga mellan 2014 och 2016

	2014				2016				P-värde	
	N	Stämmer bra/ofta %	Stämmer dåligt/sällan %	Varken eller/ibland %	Andel positiva svar %	N	Stämmer bra/ofta %	Stämmer dåligt/sällan %		Varken eller/ibland %
En icke-skuldbeläggande kultur				57%					52%	
Personalen upplever att deras misstag läggs till last (neg)	180	16	56	28	208	13	54	33		0.593
När en utveckling rapporteras, känns det som att det är personen som utpekats för problemet (neg)	180	21	59	20	205	19	54	27		0.255
Personalen tror att de gör misstag som sparas i deras personalakt (neg)	182	11	57	32	208	12	50	38		0.446

Vad gäller den icke straff- och skuldbeläggande kulturen kan man säga att i stort hälften anser att det inte förekommer skuldbeläggande. År 2014 var 56% av den åsikten att deras misstag inte läggs dem till last och år 2016 var 54% av den åsikten. Ungefär hälften ansåg att personer inte utpekades (59% år 2014 och 54% år 2016). Huruvida misstag sparas i personalakten eller inte, var 57% av åsikten att så inte är fallet år 2014, år 2016 var 50% av den åsikten. Inom den här dimensionen låg p-värdet över 0.05 i alla påståenden, någon statistisk skillnad kunde således inte ses.

5.3 Närmaste chefens agerande kring patientsäkerhet

Dimensionen *Närmaste chefens agerande kring patientsäkerhet* handlar om i hur stor grad den närmaste chefen beaktar personalens utvecklingsförslag och hur inställningen till patientsäkerhet visar sig (Sorra & Dyer 2010 s. 6). Andelen positiva svar för hela dimensionen var 70% år 2014 och 65% år 2016.

Tabell 3 Dimension "Närmaste chefens agerande kring patientsäkerhet", N=antal personer som svarat på frågan, svarsfördelning (%) och andelen positiva svar för hela dimensionen (%), p= jämförelse av svarsfördelning per fråga mellan 2014 och 2016

	2014					2016					P-värde
	N	Stämmer bra/ofta %	Stämmer dåligt/sällan %	Varken eller/ibland %	Andel positiva svar%	N	Stämmer bra/ofta %	Stämmer dåligt/sällan %	Varken eller/ibland %	Andel positiva svar%	
Närmaste chefens agerande kring patientsäkerhet					70%					65%	
Min närmaste chef uttrycker uppskattning eller tillfredsställelse över uppgiftsförloppet fastställda patientsäkerhetsrutiner	179	53	23	24		206	50	26	24		0.823
Min närmaste chef beaktar på vilket sätt medarbetarnas förslag till förbättringar av patientsäkerheten	179	78	6	16		207	72	7	21		0.28
När arbetsbelastningen ökar vill min närmaste chef att vi ökar tempot, även om det innebär vissa måttliga avvärjar (neg)	179	7	71	22		205	9	67	24		0.668
Min närmaste chef förbiser patientsäkerhetsproblem som upprepas och omöjligt (neg)	179	4	80	16		205	7	70	23		0.053

Då personalen tillfrågades om närmaste chefens agerande kring patientsäkerhet, var bedömningarna överlag goda. Mer än två tredjedelar av personalen ansåg att den närmaste chefen inte förbiser de patientsäkerhetsproblem som förekommer (år 2014 80% och år 2016 70%). Även på punkten om hur den närmaste chefen beaktar förbättringsförslag så har andelen positiva svar varit uppmuntrande (år 2014 78% och år 2016 72%). I påståendena gällande närmaste chefens uttryck av uppskattning för patientsäkert arbete (53% år 2014 och 50% år 2016) och närmaste chefens önskemål om tempoökning i skyndsamma situationer (70% år 2014 och 67% år 2016), har inte stora förändringar i andelen positiva svar skett. Inget av påståendena har haft statistiskt signifikanta skillnader mellan åren utan alla har $p > 0.05$.

5.4 Bemanning

Dimensionen *Bemanning* beskriver huruvida bemanningen är tillräcklig och hur arbetsbelastningen inverkar på den vård patienterna får (Sorra & Dyer 2010 s.6). Det sammanlagda värdet för dimensionen är 61% för år 2014 och 50% för år 2016.

Tabell 4 Dimension "Bemanning", N=antal personer som svarat på frågan, svarsfördelning (%) och andelen positiva svar för hela dimensionen (%), p= jämförelse av svarsfördelning per fråga mellan 2014 och 2016

	2014				2016				P-värde	
	N	Stämmer bra/oftast %	Stämmer dåligt/sällan %	Varken eller/ibland %	Andelen positiva svar %	N	Stämmer bra/oftast %	Stämmer dåligt/sällan %		Varken eller/ibland %
Bemanning				61%					50%	
Vi har tillräcklig bemanning för att klara arbetsbelastningen	182	49	39	12	205	36	48	16		0.045
Personal på den här arbetsplatsen är fler än vad som är bra för vården av patienterna (neg)	182	20	55	25	206	22	47	31		0.221
Vi använder personal från bemanningsföretag eller tillfällig personal mer än vad som är bra för vården av patienterna (neg)	181	8	81	11	207	11	67	22		0.009
Vi arbetar under mycket hård press och försöker göra allt för mycket, allt för snabbt (neg)	180	26	57	17	204	30	48	22		0.170

År 2014 var 49% av åsikten att bemanningen på arbetsplatsen var tillräcklig, då det år 2016 var 36% som var av den åsikten. Här är skillnaden mellan de två åren 13% (p=0.045). Vad gäller arbetstimmarna var andelen positiva svar år 2014 (55%) och år 2016 (47%). Mängden tillfällig personal ansågs av hälften eller över hälften inte vara för hög, år 2014 hade 81% en positiv uppfattning och år 2016 var de positiva svarens andel 67%. Här kan man se en skillnad åren emellan, p=0.009. Hård press i arbetet upplevdes av en tredjedel av personalen emedan ungefär hälften (57% år 2014 och 48% år 2016) ansåg det inte vara så.

5.5 Lärande organisation

Dimensionen *Lärande organisation* beskriver i vilken grad misstag leder till förbättringar och om förbättringarna isåfall utvärderas (Sorra & Dyer 2010 s.6). Vid en beräkning av dimensionen sammanlagda värde, var andelen positiva svar 56% år 2014 och år 2016 var andelen 51%.

Tabell 5 Dimension "Lärande organisation", N=antal personer som svarat på frågan, svarsfördelning (%) och andelen positiva svar för hela dimensionen (%), p= jämförelse av svarsfördelning per fråga mellan 2014 och 2016

	2014				2016				P-värde	
	N	Stämmer bra/ofta %	Stämmer dåligt/sällan %	Varken eller/ibland %	Andel positiva svar	N	Stämmer bra/ofta %	Stämmer dåligt/sällan %		Varken eller/ibland %
Lärandeorganisation				56%					51%	
Vi arbetar aktivt med att förbättra patientsäkerheten	182	69	8	23	208	68	8	24		0.948
Misstag lett till positiva förändringar här	179	49	10	41	207	43	11	46		0.505
När vi har infört förändringar för att förbättra patientsäkerheten utvärderar vi effekten	181	50	19	31	204	44	17	39		0.252

Av de som svarat på punkten "Vi arbetar aktivt med att förbättra patientsäkerheten", har under båda åren mer än hälften (69% respektive 68%) varit av åsikten att detta stämmer helt eller delvis, det vill säga givit ett positivt svar. Lite färre än hälften var av åsikten att misstag lett till positiva förändringar, 49% år 2014 och 43% år 2016. Vad gäller punkten om till vilken grad effekten av eventuella förändringar utvärderas, har år 2014 hälften (50%) varit av åsikten att så är fallet. Två år senare har det varit 44% som ansett att förändringsåtgärder utvärderas. Inga statistiska skillnader kan ses mellan åren, i alla påståenden är $p > 0.05$

5.6 Samarbete inom vårdenheten

Dimensionen "Samarbete inom vårdenheten" visar till vilken grad personalen stöder och respekterar varandra samt hur väl teamarbetet fungerar (Sorra & Dyer 2010 s.6). Den sammanlagda andelen positiva svar för dimensionen år 2014 var 79% och 2016 71%.

Tabell 6 Dimension "Samarbete inom vårdenheten", N=antal personer som svarat på frågan, svarsfördelning (%) och andelen positiva svar för hela dimensionen (%), p= jämförelse av svarsfördelning per fråga mellan 2014 och 2016

	2014				2016				P-värde	
	N	Stämmer bra/oftast %	Stämmer dåligt/sällan %	Varken eller/ibland %	Andelen positiva svar %	N	Stämmer bra/oftast %	Stämmer dåligt/sällan %		Varken eller/ibland %
Samarbete inom vårdenheten				79%					71%	
På den arbetsplatsen stöttar vi varandra	181	92	4	4	208	80	8	12		0.003
När det är mycket arbete måste utföras snabbt, arbetar vi tillsammans som ett team för att arbetet avklarar	182	78	14	8	201	68	13	19		0.110
På den arbetsplatsen behandlar vi varandra med respekt	182	81	7	12	206	68	15	17		0.009
När det blir tidspress kommer ändringar hjälper till	181	63	26	11	203	66	17	17		0.034

Överlag har dimensionen om samarbete inom vårdenheten fått goda vitsord. Personal upplever att de stöttar varandra (92% år 2014 och 80% år 2016, p=0.003) och behandlar varandra med respekt (81% år 2014 och 68% år 2016, p=0.009). Då det blir skyndsamt hjälps man åt (63% år 2014 och 66% år 2016, p=0.034) och arbetar tillsammans som ett team (78% år 2014 och 68% år 2016, p=0.011). Trots att dimensionen har en stor andel positiva svar, kan en skillnad mellan åren ses i alla av påståendena, med en lägre andel positiva svar år 2016.

5.7 Återföring och kommunikation kring avvikelser

Dimensionen *Återföring och kommunikation kring avvikelser* handlar om informationsgången kring avvikelser och hur man diskuterar sätt att förhindra liknande misstag från att hända igen (Sorra & Dyer 2010 s. 6). Den sammanlagda andelen positiva svar för år 2014 var 52% och för 2016 var siffran 38%.

Tabell 7 Dimension "Återföring och kommunikation kring avvikelser", N=antal personer som svarat på frågan, svarsfördelning (%) och andelen positiva svar för hela dimensionen (%), p= jämförelse av svarsfördelning per fråga mellan 2014 och 2016

	2014				2016				P-värde	
	N	Stämmer bra/ofta %	Stämmer dåligt/sällan %	Varken eller/ibland %	Andelen positiva svar %	N	Stämmer bra/ofta %	Stämmer dåligt/sällan %		Varken eller/ibland %
Återföring och kommunikation kring avvikelser										
Vi återkopplar om förändringar som genomförts baserade på avvikelserapporter	181	35	26	39	202	20	32	48		0.006
Vi informeras om misstag som görs på vår arbetsplats	181	65	8	27	202	44	18	37		0.000
På den arbetsplatsen diskuterar vi hur vi ska undvika att fel inträffar igen	180	58	5	37	200	50	9	41		0.117

Av de som svarat på påståendet om att man på arbetsplatsen diskuterar hur fel kan undvikas, har ungefär hälften svarat positivt (58% år 2014 och 50% år 2016). Återkoppling om förändringar som genomförts, upplevde 35% att de fick alltid eller ofta år 2014 emedan endast 20% upplevde att så var fallet år 2016. Skillnaden mellan åren är således 15% (p=0.006). Information om misstag som hänt på arbetsplatsen, upplevde mer än hälften (65%) av personalen att de fick ofta eller alltid år 2014. Resultatet för år 2016 var något lägre (44% positiva svar, p=0.000). Här kan i två av påståendena inom dimensionen ses en skillnad i andelen positiva svar, där år 2016 har något mindre andel positiva omdömen.

6 DISKUSSION

Examensarbetet gjordes på basen av önskemål från en resultatenhet vid ett finländskt sjukvårdsdistrikt. Syftet var att undersöka om det skett någon förändring i personalens uppfattning om patientsäkerhetskulturen vid en kirurgisk resultatenhet mellan åren 2014 och 2016. Tillika önskades förslag på eventuella åtgärder på basen av resultaten. Arbetet avgränsades till att gälla dimensioner på enhetsnivå.

Trots att det finns mycket forskning kring mätning av patientsäkerhetskultur, verkar det ändå inte entydigt att resultaten överensstämmer med verkligheten. Det finns även frågetecken kring huruvida patientsäkerhetskulturen har prediktivt värde för säkerhetsutfallet eller ej.

6.1 Resultatdiskussion

Inom alla de dimensioner som granskats sågs en lägre andel positiva omdömen om patientsäkerhetskulturen på enhetsnivå år 2016 än vad som varit fallet år 2014 (se tabell 8 s. 35). Ingen av dimensionerna når upp till 75% vilket vore ett gott resultat. Enligt AHRQ visar en skillnad på 5% i andelen positiva svar på en förändring. Då p-värden per påstående granskades, kunde statistiskt signifikanta skillnader ses i sammanlagt i sju av påståendena (i tre olika dimensioner). De största procentuella skillnaderna sågs i dimensionerna; *Bemannning* (-11%), *Samarbete inom vårdenheten* (-8%) och *Återföring och kommunikation kring avvikelser* (-14%). Enligt Vifladt et al. (2016a s. 63) står de dimensioner som är mest sårbara vad gäller organisatoriska förändringar att finna inom enhetsnivån. Eftersom organisatoriska förändringar skett vid den resultatenhet som granskades kan detta till viss del förklara varför resultaten har varit svagare år 2016 än år 2014. Åtgärdsförslag på basen av resultatet ges i sammanfattningen (kap 8).

De starkaste resultaten fick *Närmaste chefens agerande kring patientsäkerhet* och *Samarbete inom vårdenheten*. Trots att dimensionen *Samarbete inom vårdenheten* hade en lägre andel positiva svar år 2016 än 2014, låg resultatet ändå på 71% och var således det

bästa resultatet inom de dimensioner som granskades. Liknande resultat har även beskrivits av Laurema (2015, s. 62) som i sin Pro gradu-avhandling behandlade patientsäkerhetskultur vid ett sjukhus i Finland och såg att endast dimensionen Samarbete inom vårdenheten med sina 76% i andel positiva svar nådde över gränsvärdet på 75%. I sin Pro gradu har också Kukko 2016 (s. 50, 55) konstaterat att *Samarbete inom vårdenheten* fått flest positiva omdömen (73%). Även Enala & Peura (2017 s. 26) redovisar resultat av en finländsk HSOPSC-undersökning där endast samarbete inom vårdenheten når upp till goda resultat. Internationellt kan ses att samarbete inom enheten är ett av de starkaste delområdena (Famoilaro et al. 2016 s. 19)

Tabell 8 Andelen positiva svar i procent (medelvärde per dimension) för år 2014 och 2016 (<50% = dimensionen behöver utvecklas, >75% = välfungerande dimension)

ENHETSNIKIVÅNS DIMENSIONER	2014	2016	Skillnad
Öppenhet i kommunikation	60%	55%	-5%
En icke-skuldbeläggande kultur	57%	52%	-5%
Närmaste chefens agerande kring patientsäkerhet	70%	65%	-5%
Bemanning	61%	50%	-11%
Lärande organisation	56%	51%	-5%
Samarbete inom vårdenheten	79%	71%	-8%
Återföring och kommunikation kring avvikelser	52%	38%	-14%

De tre dimensioner vilka hade lägsta andelen positiva omdömen år 2016 var *Återföring och kommunikation kring avvikelser* (38%), *Lärande organisation* (51%) och *Bemanning* (50%). Då en dimension får ett värde på under 50% i andel positiva svar, behöver detta område utvecklas. I det här examensarbetet visade en dimension lägre än 50% år 2016. Dimensionen var *Återföring och kommunikation kring avvikelser* med en andel positiva svar på 38%. Dimensionen *Bemanning* låg på gränsen med sina 50%. Sorra et al. (2016b, s. 3) rekommenderar att uppmärksamhet fästs vid en eller två områden man vill utveckla på basen av analysresultaten. Eftersom *Återföring och kommunikation kring avvikelser* hade det svagaste resultatet samt den största skillnaden mellan de två mätgångerna (-14%), diskuteras denna dimension här.

Vid en närmare granskning av dimensionen *Återföring och kommunikation kring avvikelser* ses att de påståenden där den procentuellt största skillnaden i positiva omdömen mellan åren kan ses är: "Vi får återkoppling om de förändringar som genomförts baserade på avvikelserapporter" (-15%, $p=0.006$) och "Vi informeras om de misstag som görs på vår arbetsplats" (-21%, $p=0.00$). Om man för samma påståenden granskar de negativa och de neutrala svaren ser man att det även skett en förskjutning i dessa. Då de positiva svaren minskat i antal, har både de neutrala och de negativa svaren ökat vilket kan tyda på att det inte endast handlar om svårbedömda påståenden (då de neutrala svaren skulle få ett större utrymme) utan att verklig skillnad i personalens åsikter föreligger. Dimensionen *Återföring och kommunikation kring avvikelser* har visat sig problematisk även i tidigare studier. Turunen et al. (2013 s. 612-613) rapporterar om skillnader i hur sjukskötare och deras chefer upplever dimensionen. Bland annat upplever chefer oftare än vårdpersonalen att återkoppling om förändringar ges. Laurema (2015 s. 57, 59, 66) har likaså rapporterat om att återkoppling kring avvikelser är ett område av patientsäkerhetskulturen där utrymme för utvecklingsåtgärder finns. Kukko (2016 s. 29) har studerat ett finskt sjukvårdsdistrikt och jämfört resultatet med internationella undersökningar. I studien konstateras att resultaten för dimensionen *Återföring och kommunikation kring avvikelser* (40% positiva svar) ligger ca 20 procentenheter lägre än internationellt.

Som bland annat Richter et al. (2014 s. 550), Sorra & Dyer (2010 s.11) och Turunen et al. (2013 s. 615) konstaterar, är avvikelserapportering en viktig del i utvecklandet av patientsäkerheten och underrapportering är fortfarande ett stort problem i sammanhanget. I en stor studie ($n=515\ 637$) undersökte Richter et al. (2014 s. 550-558) vilka faktorer som inverkar mest på benägenheten att rapportera avvikelser. Den data som användes var insamlad med HSOPSC-enkätinstrumentet från 1047 olika sjukhus. Resultatet i studien visade att de dimensioner vilka hade störst inverkan på avvikelserapportering var *Återföring och kommunikation kring avvikelser* och *Lärande organisation*. Enligt Richter et al. (2014 s. 556) bör feedback på avvikelserapporter komma inom en rimlig tid efter att rapporten gjorts och de närmaste cheferna bör visa att rapporterna tas på allvar och har betydelse. Personalen behöver känna att deras rapporter beaktas i patientsäkerhetsförbättrande arbete. Praktiskt och ekonomiskt är det inte möjligt att genomföra alla önskade förändringar i patientsäkerhetsfrågor. Att ge personal återkoppling på avvikelserapporter

och diskutera eventuella förändringar är dock delar som kan vara genomförbara utan stora och kostsamma organisatoriska omarbetningar.

6.2 Validitet och reliabilitet

I det här arbetet har endast enhetsnivån analyserats. Det går således inte att göra anspråk på att en heltäckande bild av patientsäkerhetskulturen givits. Analysen har gjorts med data från en resultatenhet, där organisatoriska förändringar skett mellan mätgångerna. Av denna anledning är det inte heller möjligt att tala om direkt förändring eftersom det är oklart hur personalomsättningen inverkar på resultatet mellan mätgångerna. Avgränsningen har däremot möjliggjort en djupare granskning av ett specifikt område och utmynnar i konkreta åtgärdsförslag till beställaren.

Enkätundersökningar, som i detta fall HSOPSC, är effektiva för att samla en stor mängd data över flera olika områden. Med enkätundersökningar nås en stor grupp relativt enkelt genom till exempel elektroniska plattformar. Däremot kan den information som fås ur enkätundersökningar vara ytlig och når inte på djupet av det fenomen man önskar granska. De svar som fås är också beroende av hur villiga undersökningsdeltagarna är att rapportera om ämnet i fråga. Frågeformulären kan även förstås på olika sätt och vissa av frågorna kan missförstås av deltagarna. (Polit & Beck 2011 s. 264-265)

Idealet är att kvantitativa studier producerar sanningsenlig, meningsfull och hållbar data (Polit & Beck 2011 s. 293). Självrapporteringsinstrumentet HSOPSC som använts vid de primära undersökningarna vid sjukvårdsdistriktet har i flera internationella studier konstaterats ha goda psykometriska egenskaper, även om det också finns motstridiga resultat.

Eftersom detta examensarbete endast analyserade andelen positiva svar kan man ej se om de som svarat neutralt första gången senare svarat mer negativt eller mer positivt – en förändring mellan dessa svarsalternativ syns således ej. Att se på dimensionerna som helheter gör att information går förlorad. De enskilda frågorna blir obehandlade, även om en

förändring inom dimensionen skett. Då man sammanslår flera svarsalternativ till kategorier såsom här gjordes, kan likaså information missas. (Djurfelt 2009 s. 154)

Deltagandet i originalstudierna var frivilligt, det går därför inte att avgöra ifall selektionsbias förekommer. De som svarat på HSOPSC-formuläret kan ha ett speciellt intresse eller kännedom om patientsäkerhet. Vilken åsikt de som inte svarat har, är således fördold. (Polit & Beck 2011 s. 244) .

De statistiska analyserna har gjorts med hjälp av en sakkunnig inom området och i resultatredovisningen har läsbarheten hållits i åtanke. Vad gäller kritik av statistiska analyser överlag bör man beakta bland annat huruvida informationen är adekvat, är urvalsstorleken tillräcklig, om rätt statistisk metod har använts för att besvara forskningsfrågan, har statistiska test gjorts för att stärka resultatet och om resultaten presenteras tydligt och överskådligt. (Polit & Beck 2011 s. 429)

Enligt Magee et al. (2006 s. 51) bör forskaren i sekundäranalyser beakta att det teoretiska ramverket inom vilken data ursprungligen är insamlad, även begreppsmässigt är lämpad för den planerade studien. Teori och begrepp skall finnas som stöd vid utarbetandet av forskningsfrågan och genom att försäkra att begreppsmässig samstämmighet råder, kan validitet och reliabilitet i sekundäranalysen förbättras.

Sekundäranalyser har vissa begränsningar, främst i fråga om den data som används. Data kan vara svår att komma över och kvaliteten på datan kan variera. Syftet med den primära undersökningen kan ha varit ett annat än det som planerats för sekundäranalysen. Det här problemet kan lösas genom att antingen hitta en forskningsfråga som passar data eller hitta rätt sorts data för forskningsfrågan. (Bibb 2007 s. 97-98) Den data som användes i det här examensarbetet var ursprungligen insamlad för att mäta patientsäkerhetskulturen och även den aktuella sekundäranalysen hade liknande syfte. Således kan utgå från att data varit lämpat för syftet i fråga och motsvarade det fenomen som undersöktes.

Den externa validiteten handlar om hur generaliserbart resultatet är i en större skala (Polit & Beck 2011 s. 236-237). Magee et al. (2006 s. 51) diskuterar sekundäranalysen som

metod och menar att den externa validiteten vara hotad genom att populationen inte nödvändigtvis är representativ för att svara på forskningsfrågan i sekundäranalysen. Eftersom data som här användes ursprungligen var insamlad för ett liknande syfte (undersökning av patientsäkerhetskultur) kan man utgå från att populationen är representativ för att ge svar på forskningsfrågan.

Med intern validitet menas hur trovärdiga slutsatserna i studien är, hur väl de stämmer överens med verkligheten (Polit & Beck 2011 s. 236-237). Slutsatsernas trovärdighet i det här arbetet försvagas av att det är oklart ifall samma personer svarat båda åren eller hur stor inverkan personalomsättningen har på resultatet. Då man ser till andra liknande studier utförda i Finland kan dock en samstämmighet i resultaten ses, vilket i sin tur styrker de slutsatser som här kommits fram till.

Under arbetets gång har flera frågor gällande data väckts och dessa har utretts enligt bästa förmåga. Det föreligger trots detta en risk för att information gått förlorad i något skede av utredningen. Från sjukvårdsdistriktets sida har man vänligen svarat snabbt på e-postförfrågningar men det har trots detta varit svårt att få information bland annat om HSOPSC-datainsamlingen och -kodningen. Ett förslag till lösning på detta kan vara att man i samband med processen kring forskningslovet för examensarbeten, även tar ställning till hur data finns tillgänglig för den studerande.

6.3 Metoddiskussion

Då instrument för att mäta säkerhetskultur diskuteras är det även relevant att definiera hur säkerhetskultur kan mätas. Instrument för att mäta säkerhetsklimat (kvantitativa mätare) är kostnadseffektiva och kan vara ett sätt att indirekt mäta den underliggande säkerhetskulturen. Sorra & Dyer, (2010 s. 12), Sabin et al. (2012), Schwatka et al. (2016 s. 11) samt Manser et al. (2016 s. 64) förespråkar mixad metod för att studera säkerhetskultur. Säkerhetsklimatstudier ger en bild av en del av säkerhetskulturen. För att få en mer heltäckande bild behövs även kvalitativa metoder för att förstå underliggande värden och antaganden.

För det här examensarbetet föll sig valet av metod naturligt, eftersom beställaren önskade en djupare förståelse för det material som redan fanns insamlat. I analysen har AHRQ´s rekommendationer följts, i enlighet med riktlinjer från uppdragsgivaren. AHRQ rekommenderar att man räknar det procentuella medelvärdet av de positiva svaren (stämmer helt / stämmer delvis samt alltid / ofta) för att få ett värde för varje dimension.

Det sätt hur resultatet per dimension rent matematiskt uträknas, har stor betydelse för det resultat man får. Giai et al. (2017) har i en tvärsnittsstudie undersökt skillnaden mellan tre olika sätt att räkna summan för dimensionerna i HSOPSC-instrumentet. Alla tre sätt förekommer i internationella forskningsrapporter och variationen försvårar även jämförelse mellan olika resultat eftersom uträkningsmetoden har en stor inverkan på det resultat som fås. Viktigt i sammanhanget är således att man inom organisationen genomgående använder sig av samma uträkning vid alla mättillfällen. Eftersom resultatet av HSOPSC-mätningar inverkar på de val man gör för att utveckla patientsäkerheten inom organisationen, kan metoden för uträkning av värdena per dimension således vara ett kritiskt moment. Med tanke på uppdragsgivarens fortsatta arbete med att förbättra patientsäkerhetskulturen, är detta värt att beakta.

Eftersom de neutrala svaren i AHRQ´s metod tolkas som icke-positiva, leder detta till en förlust av information (man vet inte om de som svarat negativt i en tidigare mätning nu har svarat neutralt, vilket skulle innebära en förbättring). Genom att räkna det procentuella medelvärdet av de positiva svaren kan det även leda till att de svagaste områdena får ett lägre resultat än vad som vore möjligt med andra statistiska metoder. Giai et al. (2017 s. 691) lyfter dock fram att metoden med att räkna procentuellt medelvärde för de positiva svaren eventuellt kan ha fördelar då det gäller att se förändringar över tid. Den stora variation som kan ses i HSOPSC-resultat väcker ändå frågor om hur användbara resultaten är inom beslutsfattning i sjukvårdsorganisationer. (Giai et al. 2017 s. 698-691)

Sekundäranalyser kan vara tidssparande i fråga om datainsamlingen, men databearbetningen är ofta en omfattande process, vilket var fallet även här. Data behöver förberedas för analysen och till exempel tekniska problem kan förekomma i överföring

av data från ett ställe till ett annat. "Missing data", svarsalternativ som lämnats tomma, är ett problem i all forskning, så även i sekundäranalyser. I det här examensarbetet har bortfall behandlats i enlighet med AHRQ's riktlinjer, det vill säga endast giltiga svar har analyserats. I sekundärdata kan även problem med tidsaspekten förekomma. Den sammanlagda tiden studien tar, har visat sig vara densamma även då sekundärdata används, även om datainsamlingskedet faller bort. (Magee et al. 2006 s. 50, 53-54)

7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Då planerandet av examensarbetet inleddes, kontaktades ett sjukvårdsdistrikt i Finland för att utreda ifall det fanns behov av att granska något inom patientsäkerhetsområdet. Examensarbetet planerades sedan i samarbete med representanter för resultatenheten i fråga. Under arbetets gång har kontakt med sjukvårdsdistriktet hållits. Ett forskningslov från sjukvårdsdistriktet samt skolan behövdes och ansökan gjordes enligt givna instruktioner. Forskningslovet från sjukvårdsdistriktet gavs 15.6.2017. Efter detta började sökandet efter rådata och data var tillgänglig för arbetet 2.10.2017. Rådatan väckte frågor om bland annat bakgrundsvariabler och svarsalternativens riktning, dessa svar fanns tillgängliga 15.11.2017. En etisk granskning har inte behövts.

Eftersom det här examensarbetet var en sekundäranalys av befintlig data, har datainsamlingen gjorts innan arbetet inleddes. Respondenterna har således inte varit medvetna om att deras svar kommit att användas i detta syfte. Det här strider mot principen om självbestämmanderätt och kan således ses vara en etisk svaghet (Polit & Beck 2011 s. 154, 157). Sjukvårdsdistriktet har ansvarat för den ursprungliga datainsamlingen och informationen till respondenterna. Identifiering av respondenter är inte möjlig i det här examensarbetet, bland annat har information om kön, avdelning och ålder utelämnats. De öppna frågorna har likaså lämnats utanför arbetet.

Nyttoprincipen (Polit & Beck 2011 s. 152-153) innebär att forskning skall vara till nytta och minimera skada. Skada kan innebära fysisk, emotionell, social eller finansiell påverkan och forskaren bör försäkra sig om att riskerna minimeras. I detta examensarbete

har det inte förekommit direkt kontakt med den grupp människor som studerats men eventuellt kan det i datainsamlingen ha förekommit moment som stressat eller väckt otrevliga minnen hos en del av deltagarna. Oro för identifiering kan också ha förekommit och isåfall eventuellt inverkat på de svar som givits. Nyttan med detta examensarbete är att det kan tjäna som ett led i resultatenhetens arbete i utvecklandet av patientsäkerheten och i förlängningen således minska lidande, både för patienter men även för personal på enheten.

Rättvisprincipen (Polit & Beck 2011 s. 155-156) innebär att människor behandlas lika i forskning och att det till exempel inte inverkar på bemötandet ifall någon väljer att inte delta i en studie. Eftersom den ursprungliga datainsamlingen har skett anonymt med en elektronisk svarsblankett, så kan man anta att det inte inneburit någon risk för särbehandling bland de som deltagit eller inte deltagit i studien. Likaså bör till exempel män och kvinnor behandlas lika och med detta i åtanke har i detta examensarbete valts att inte jämföra dessa grupper mot varandra.

Forskningsetiska delegationen (TENK) i Finland har gett ut riktlinjer för god vetenskaplig praxis. Centrala utgångspunkter i etiskt godtagbar forskning är bland annat omsorgsfullhet, hederlighet, etiskt hållbara datainsamlingsmetoder, öppenhet i resultatredovisning, korrekta hänvisningar av andra forskares arbete samt datasekretess. (Forskningsetiska delegationen 2012 s.16-19)

I det här arbetet har noggrannhet iakttagits i förhållande till bland annat data, litteratur, och resultatredovisning. En förståelse för området i sin helhet har eftersträvat och beställarens nytta av resultatet har hållits i åtanke genom arbetet. Data har förvarats i elektronisk form på en lösenordsskyddad dator och säkerhetskopior lösenordsskyddade på skolans server. Data har bearbetats i samarbete med lärare från skolan, utomstående har inte haft tillgång till datan. Källor har återgivits såsom de har förståtts av skribenten. I de fall litteraturen varit på annat språk än svenska, finns risker att missuppfattningar i översättning har skett på grund av språkförbistring. Data-analysen har utförts med hjälp av en sakkunnig inom området. I de fall haltande logik eller feltolkningar hittas i examensarbetet, härrör sig dessa till skribentens eventuella kunskapsluckor.

8 SAMMANFATTNING

Det här examensarbetet beskriver hur patientsäkerhetskulturen på enhetsnivå har uppfattats av personalen år 2014 och 2016 samt skillnader mellan åren. På basen av resultaten kan ses att det år 2016 varit en mindre andel av deltagarna i studien som givit positiva svar i HSOPSC-undersökningen. Den lägsta andelen positiva svar fick dimensionen Återföring och kommunikation kring avvikelser. På basen av resultaten föreslås;

- En enhetlig rutin kring avvikelserapporters feedbacksystem, där återkoppling ges inom en rimlig tid efter att rapporten givits
- Tydliggörande av de patientsäkerhetsåtgärder som gjorts på basen av eventuella avvikelserapporter
- Försäkra att samma analysmetod används genomgående för alla HSOPSC-undersökningar inom organisationen för att nå största möjliga jämförbarhet i resultaten
- Inför HSOPSC-undersökningen 2018 föreslås att eventuella patientsäkerhetsinterventioner som gjorts mellan 2016 och 2018 rapporteras för att tydliggöra de effekter på patientsäkerhetskulturen som interventionerna haft. I undersökningen 2018 kunde även de neutrala svaren beaktas för att se om någon förändring i dessa kan skönjas.

Den information som fås från HSOPSC-mätningarna är värdefull och kan användas i många patientsäkerhetsförbättrande projekt och rapporter som kan vara till nytta för hela organisationen. För att underlätta användandet av datan vore det bra att information angående frågeformulär, kodning och så vidare fanns samlad på en nivå varifrån forskare och studenter kunde ansöka om tillgång till materialet. I fortsatta studier kunde undersökas vad personalen önskar i förhållande till dimensionen *Återföring och kommunikation om avvikelser*. På vilket sätt önskas återkopplingen, inom vilken tidsram och så vidare. Även en analys av de öppna frågorna eller intervjuer med personalen kunde ge en djupare förståelse för patientsäkerhetskulturen inom organisationen.

KÄLLOR

- AHRQ 2017, *International use of the surveys on patient safety culture*. Tillgänglig: <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/pscintusers.html> Uppdaterad april 2017. Hämtad 2.1.2018
- Aronsson, Å. 2008, *SPSS En introduktion till basmodulen*. Upplaga 1:9. Studentlitteratur, Malmö. 369 s.
- Bibb, S. C. G. 2007, Issues associated with secondary analysis of population health data. *Applied Nursing Research*, årg. 20 nr 2, s.94-99.
- Cook, R. 2013, Systemperspektivet och säkerhet. . I: Ödegård Synnöve, red. *Patientsäkerhet i teori och praktik*. Stockholm: Liber AB, s. 142-147
- Dekker, S. 2012, *Just Culture: Balancing Safety and Accountability*, 2 uppl., Ashgate-Publishing Ltd, 200 s.
- Djurfeldt G; Larsson R; Stjärnhagen O. 2009, *Statistisk verktygslåda - samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Upplaga 1:8. Studentlitteratur AB, Lund, 508 s.
- El-Jardali, F; Dimassi, H; Jamal; Jaafar, M & Hemadeh, N. 2011, Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research*, årg. 11, nr 1. Tillgänglig: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-45> Hämtad 9 Sept. 2016.
- Enala, K & Peura, A. 2017, *Potilasturvallisuuskulttuuri Kanta-Hämeen keskussairaalassa*. HYH-examensarbete, Hämeen ammattikorkeakoulu.
- EuNetPaS, The European Network for Patient Safety. 2010, *Use of patient safety culture instruments and recommendations*. Tillgänglig: http://www.pasq.eu/DesktopModules/BlinkQuestionnaires/QFiles/448_WP4_RE-PORT%20%20Use%20of%20%20PSCI%20and%20recommandations%20-%20March%20%202010.pdf Hämtad 2.11.2017
- Famolaro T; Yount N; Burns W; Flashner E; Liu H & Sorra J. *Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2016. AHRQ Publication No. 16-0021-EF. Tillgänglig: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalsops_report_pt1.pdf Hämtad 2.11.2017

Farup P. 2015, Are measurements of patient safety culture and adverse events valid and reliable? Results from a cross sectional study. *BMC health services research*, nr 15, s 1-7.

Forskningssetiska delegationen (TENK). 2012, *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland 2012* Tillgänglig: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Hämtad 9.2.2018

Gambashidze, N; Hammer, A; Brösterhaus, M & Manser, T. 2017, Evaluation of psychometric properties of the German Hospital Survey on Patient Safety Culture and its potential for cross-cultural comparisons: a cross-sectional study. *BMJ open*, årg 7, nr 11

Giai, J; Boussat, B; Occelli, P; Gandon, G; Seigneurin, A; Michel, P & François, P. 2017, Hospital survey on patient safety culture (HSOPS): variability of scoring strategies. *International Journal for Quality in Health Care*, årg. 29, nr 5, s. 685-692.

Halligan, M & Zecevic, A. 2011, Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ quality & safety*, årg. 20, nr 4, s.338-343.

Hartmann, C.W; Meterko, M; Rosen, A.K; Zhao; Shokeen, P; Singer, S and Gaba, D.M. 2009, Relationship of hospital organizational culture to patient safety climate in the Veterans Health Administration. *Medical Care Research and Review*, årg. 66, nr 3, s.320-338. Tillgänglig <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558709331812> Hämtad 9.2.2018

Hedsköld, M; Pukk-Härenstam, K; Berg, E; Lindh, M; Soop, M; Øvretveit, J & Andreen Sachs, M. 2013, Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample. *BMC Health Services Research*, årg. 13, nr 332, s 1-11. Tillgänglig <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3765335/> Hämtad 17.3.2017

Helsingfors och Nylands sjukvårdsförbund. 2015, *Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) potilasturvallisuusraportti 2014*. Tillgänglig: http://www.hus.fi/potilaalle/Documents/HUS_potilasturvallisuusraportti_2014_18%205%202015_hallitukseen.pdf Hämtad 9.2.2018

Helsingfors och Nylands sjukvårdsförbund. 2016, *Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) potilasturvallisuussuunnitelma 2016–2017*. Tillgänglig <http://www.hus.fi/potilaalle/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuusuhussa/Documents/HUS%20Potilasturvallisuussuunnitelma%202016-17.pdf> Hämtad 9.2.2018

Institutet för hälsa och välfärd, hemsida. 2017a. Uppdaterad 8.3.2017 Tillgänglig: <https://www.thl.fi/fi/thl/mika-on-thl> Hämtad 2.11.2017

Institutet för hälsa och välfärd 2017b. Uppdaterad 31.3.2017. Tillgänglig: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu> Hämtad 2.11.2017

- Kukko, H. 2016, *Potilasturvallisuuskulttuuri sairaaloissa*. Pro gradu-avhandling. Institutionene för vårdvetenskap, Åbo Akademi. 60 s.
- Lantz, B. 2014, *Den statistiska undersökningen – grundläggande metod och typiska problem*. Studentlitteratur, Lund.
- Laurema, S. 2015, *Potilasturvallisuuskulttuurin tila sairaalassa sekä johtamisesta tehtyjen arviointien yhteys siihen : analyysi sairaalahenkilöstön kyselyaineistosta*. Pro Gradu-avhandling Östra Finlands Universitet Tillgänglig: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150995/urn_nbn_fi_uef-20150995.pdf Hämtad 2.1.2010
- Lee S; Scott L; Dahinten, S; Vincent C; Lopez K & Park C. 2017, Safety Culture, Patient Safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review. *Western journal of nursing research*, s.1-26. Tillgänglig: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945917747416> Hämtad 20.1.2018
- Magee, T; Lee, S. M; Giuliano, K. K & Munro, B. 2006, Generating new knowledge from existing data: The use of large data sets for nursing research. *Nursing Research*, årg. 55, nr2, s. 50-56.
- Manser T; Brösterhaus M & Hammer A. 2016, You can't improve what you don't measure: Safety climate measures available in the German-speaking countries to support safety culture development in healthcare. *Z.Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ)*, nr 114, s.58-71.
- Meddings, J; Reichert, H; Greene, M. T; Safdar, N; Krein, S. L; Olmsted, R. N; Watson, S; Edson, B; Leshner, M & Saint, S. 2017, Evaluation of the association between Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) measures and catheter-associated infections: results of two national collaboratives. *BMJ Qual Saf*, årg. 26, nr 3, s. 226-235. Tillgänglig: <http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/early/2016/05/24/bmjqs-2015-005012.full.pdf> Hämtad 9.2.2018
- Moghri, J; Sari, A. A; Yousefi, M; Zahmatkesh, H; Ezzatabadi, M. R; Hamouzadeh, P; Rezaei, S & Sadeghifar, J. (2013). Is Scores Derived from the Most Internationally Applied Patient Safety Culture Assessment Tool Correct? *Iranian journal of public health*, årg. 42, nr 9, s. 1058-1066.
- Nieva V & Sorra J. 2003, Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organisations. *Qual Saf Health Care*, nr 12, s. 17-23
- Patankar M & Duncan J. 2014, Safety Culture. Image Wisely. Tillgänglig: <http://www.imagewisely.org/imaging-modalities/fluoroscopy/articles/patanker-duncan-safety-culture> Hämtad 28.12.2016
- Pietikäinen, E; Reiman, T; Oedewald, P. 2008, *Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa*. VTT.

Polit, D.F & Beck, C.T. 2011, *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, 9. uppl. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rantanen, A. 2015, *HYKS-päivystysalueen hoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista*. HYH-examensarbete, Metropolia ammattikorkeakoulu.

Reason, J. 2000, Human error: models and management. *BMJ*, nr 320, s. 768-770.

Reason, J. 2013, Individ- och systemmodeller för felbehandlingar – att skapa rätt balans i hälso- och sjukvården. I: Ödegård Synnöve, red. *Patientsäkerhet i teori och praktik*. Stockholm: Liber AB, s.148-169

Reiman, T & Rollenhagen, C. 2014, Does the concept of safety culture help or hinder systems thinking in safety? *Accident Analysis & Prevention*, nr 68, s.5-15.

Richter, J; Scheck McAlearney, A & Pennell, M. 2014, Evaluating the effect of safety culture on error reporting – A Comparison of managerial and staff perspectives. *American Journal of Medical Quality*, årg. 30, nr 6, s. 550 - 558

Robida, A. 2013, Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: a psychometric evaluation, *International Journal for Quality in Health Care*, årg. 25, nr 4, s. 469–475

Rollenhagen, C. 2013, Systemtänkande och säkerhet. I: Ödegård Synnöve, red. *Patientsäkerhet i teori och praktik*. Stockholm: Liber AB, s. 171-194, 352-370.

Sabin, E J; Bigda-Peyton, T G & Brown, Jeffrey P. 2012, *Safety Culture : Building and Sustaining a Cultural Change in Aviation and Healthcare*. Farnham, GB: Ashgate, Tillgänglig: <https://ebookcentral.proquest.com>
Hämtad 27.12.2016.

Sammer, C; Lykens, K; Singh, K; Mains, D & Lackan, N. 2010, What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, årg. 42, nr 2, s. 156-165.

Sammer, C & James, B. 2011, Patient safety culture: The nursing unit leader's role. *Online J Issues Nurs*, nr 16, s. 3. Tillgänglig: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No3-Sept-2011/Patient-Safety-Culture-and-Nursing-Unit-Leader.html> Hämtad 25.11.2016

Schwatka, N. V; Hecker, S & Goldenhar, L. M. 2016, Defining and measuring safety climate: a review of the construction industry literature. *Annals of occupational hygiene*, årg. 60, nr 5, s. 537-550.

Smith, S. A; Yount, N & Sorra, J. 2017, Exploring relationships between hospital patient safety culture and Consumer Reports safety scores. *BMC Health Services Research*, 17. Tillgänglig: <https://search.proquest.com/docview/1873435961?pq-orig-site=gscholar> Hämtad 9.2.2018

Social- och Hälsovårdsministeriet Publikationer 2017:10, *Patient- och klientsäkerhetsstrategi 2017-2021*. Tillgänglig: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80353/10_2017_Patient-och%20klientsakerhetsstrategi%202017-2021.pdf?sequence=1 Hämtad 1.11.2017

Sorra, J & Dyer, N. 2010, Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC health services research*, årg. 10 nr 1, s. 199.

Sorra J; Gray L; Streagl S; Famolaro T; Yount N; Behm J. 2016a, *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide*. AHRQ Publication No. 15-0049-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Tillgänglig: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/index.html> Hämtad 2.11.2017

Sorra J; Gray L; Franklin M; Streagle S; Tesler R; Vithidkul A. 2016b, *Action Planning Tool for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; AHRQ Publication No. 16-0008-EF. Tillgänglig: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/planningtool.pdf> Hämtad 5.1.2017

Sorra J & Nieva V. 2004, *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality

Statsrådet. 2018, *Landskaps- och vårdreformen. Tillsyn och egenkontroll*. Tillgänglig: <http://alueuudistus.fi/sv/handbok-om-organiseringssuppgiften/styrning-och-tillsyn/tillsyn-och-egenkontroll> hämtad 24.1.2018

Sveriges kommuner och landsting, SKL. 2011, *Att mäta patientsäkerhetskultur: tipsguide - från mätning till åtgärder*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Tillgänglig: <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/att-mata-patientsakerhetskultur-tipsguide-fran-matning-till-atgarder.html> Hämtad 14.12.2017

Sveriges kommuner och landsting, SKL. 2013, *Att mäta patientsäkerhetskulturen Handbok för patientsäkerhetsarbete* Tillgänglig: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-901-0.pdf?issuusl=ignore> Hämtad 14.12.2017

Turunen, H; Partanen, P; Kvist, T; Miettinen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013, Patient safety culture in acute care: A web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals. *International journal of nursing practice*, årg. 19, nr 6, s. 609-617

Törner, M. 2008, Säkerhetsklimat och dess betydelse för säkerheten i arbetet – en översikt. *Arbetsmarknad & arbetsliv*, årg 14, nr 1, s. 11-27.

Törner, M. 2010, *Kunskapsöversikt: bra samspel och samverkan skapar säkerhet: om klimat och kultur på arbetsplatsen*. Arbetsmiljöverket. Tillgänglig: <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/rapporter/bra-samspel-och-samverkan-skapar-sakerhet-kunskapssammanstallning-rap-2010-01.pdf> Hämtad 10.12.2016

Ulrich, B & Kear, T. 2014, Patient safety and patient safety culture: foundations of excellent health care delivery. *Nephrology Nursing Journal*, årg. 41, nr 5, s. 447-457.

Verbakel, N. J; de Bont, A. A; Verheij, T. J; Wagner, C. & Zwart, D. L. 2015, Improving patient safety culture in general practice: an interview study. *Br J Gen Pract*, årg. 65, nr 641, s. e822-e828.

Vifladt, A; Simonsen, B ; Lydersen, S & Farup, P. 2016a, Changes in patient safety culture after restructuring of intensive care units: Two cross-sectional studies. *Intensive and Critical Care Nursing*, 32, s. 58-65

Vifladt, A; Simonsen, B ; Lydersen, S & Farup, P. 2016b, The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: A cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 36, s. 26-34.

Övriga källor:

Paakkonen –Smeds *Handledningsdiskussion* 20.9.2016, Arcada

Smeds, Erika. 2016, *Säkerhetsklimat eller säkerhetskultur - är en begreppsdistinktion nödvändig?* Projektarbete i Evidensbaserad vård (15 sp) vid Arcada, 16 s.

Hospital Survey on Patient Safety

Instructions

This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10 to 15 minutes to complete.
 If you do not wish to answer a question, or if a question does not apply to you, you may leave your answer blank.

- An **“event”** is defined as any type of error, mistake, incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in patient harm.
- **“Patient safety”** is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery.

SECTION A: Your Work Area/Unit

In this survey, think of your “unit” as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend **most of your work time or provide most of your clinical services.**

What is your primary work area or unit in this hospital? Select ONE answer.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Many different hospital units/No specific unit | <input type="checkbox"/> h. Psychiatry/mental health | <input type="checkbox"/> n. Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> b. Medicine (non-surgical) | <input type="checkbox"/> i. Rehabilitation | <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> c. Surgery | <input type="checkbox"/> j. Pharmacy | |
| <input type="checkbox"/> d. Obstetrics | <input type="checkbox"/> k. Laboratory | |
| <input type="checkbox"/> e. Pediatrics | <input type="checkbox"/> l. Radiology | |
| <input type="checkbox"/> f. Emergency department | <input type="checkbox"/> m. Anesthesiology | |
| <input type="checkbox"/> g. Intensive care unit (any type) | | |

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit.

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. People support one another in this unit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. We have enough staff to handle the workload.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. In this unit, people treat each other with respect	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

BILAGA 1/2 (5) HSOPSC-enkätinstrumentet (Sorra et al. 2016)

SECTION A: Your Work Area/Unit (continued)

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
6. We are actively doing things to improve patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Staff feel like their mistakes are held against them	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Mistakes have led to positive changes here	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. When one area in this unit gets really busy, others help out	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Patient safety is never sacrificed to get more work done	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. We have patient safety problems in this unit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION B: Your Supervisor/Manager

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report.

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

BILAGA 1/3 (5) HSOPSC-enkätinstrumentet (Sorra et al. 2016)

SECTION C: Communications

How often do the following things happen in your work area/unit?

Think about your hospital work area/unit...	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. We are given feedback about changes put into place based on event reports.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. We are informed about errors that happen in this unit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECTION D: Frequency of Events Reported

In your hospital work area/unit, when the following mistakes happen, how often are they reported?

	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. When a mistake is made, but is <i>caught and corrected before affecting the patient</i> , how often is this reported?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. When a mistake is made, but has <i>no potential to harm the patient</i> , how often is this reported?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. When a mistake is made that <i>could harm the patient</i> , but does not, how often is this reported?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECTION E: Patient Safety Grade

Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	B	C	D	E
Excellent	Very Good	Acceptable	Poor	Failing

SECTION F: Your Hospital

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital.

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. Hospital management provides a work climate that promotes patient safety.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Hospital units do not coordinate well with each other.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Things "fall between the cracks" when transferring patients from one unit to another	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. There is good cooperation among hospital units that need to work together	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

BILAGA 1/4 (5) HSOPSC-enkätinstrumentet (Sorra et al. 2016)

SECTION F: Your Hospital (continued)

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
5. Important patient care information is often lost during shift changes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Problems often occur in the exchange of information across hospital units.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Hospital units work well together to provide the best care for patients	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Shift changes are problematic for patients in this hospital.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECTION G: Number of Events Reported

In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. No event reports | <input type="checkbox"/> d. 6 to 10 event reports |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 2 event reports | <input type="checkbox"/> e. 11 to 20 event reports |
| <input type="checkbox"/> c. 3 to 5 event reports | <input type="checkbox"/> f. 21 event reports or more |

SECTION H: Background Information

This information will help in the analysis of the survey results.

1. How long have you worked in this hospital?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years | <input type="checkbox"/> f. 21 years or more |

2. How long have you worked in your current hospital work area/unit?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years | <input type="checkbox"/> f. 21 years or more |

3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 20 hours per week | <input type="checkbox"/> d. 60 to 79 hours per week |
| <input type="checkbox"/> b. 20 to 39 hours per week | <input type="checkbox"/> e. 80 to 99 hours per week |
| <input type="checkbox"/> c. 40 to 59 hours per week | <input type="checkbox"/> f. 100 hours per week or more |

BILAGA 1/5 (5) HSOPSC-enkätinstrumentet (Sorra et al. 2016)

SECTION H: Background Information (continued)

4. What is your staff position in this hospital? Select ONE answer that best describes your staff position.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Registered Nurse | <input type="checkbox"/> j. Respiratory Therapist |
| <input type="checkbox"/> b. Physician Assistant/Nurse Practitioner | <input type="checkbox"/> k. Physical, Occupational, or Speech Therapist |
| <input type="checkbox"/> c. LVN/LPN | <input type="checkbox"/> l. Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology) |
| <input type="checkbox"/> d. Patient Care Asst/Hospital Aide/Care Partner | <input type="checkbox"/> m. Administration/Management |
| <input type="checkbox"/> e. Attending/Staff Physician | <input type="checkbox"/> n. Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> f. Resident Physician/Physician in Training | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> g. Pharmacist | |
| <input type="checkbox"/> h. Dietician | |
| <input type="checkbox"/> i. Unit Assistant/Clerk/Secretary | |

5. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?

- a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients.
- b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients.

6. How long have you worked in your current specialty or profession?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years | <input type="checkbox"/> f. 21 years or more |

SECTION I: Your Comments

Please feel free to write any comments about patient safety, error, or event reporting in your hospital.

THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.

BILAGA 2 Databassökning hösten 2016

DATABASSÖKNING 26.9.2016				
DATABAS	SÖKORD	AVGRÄNSNING	TRÄFFAR	ANVÄNDA
Medic	potilasturvallisuuskulttuuri	ingen	6	0
	potilasturvallisuusilmapiiri	ingen	0	0
Academic Search Elite	"patient safety culture" AND definiti	Peer reviewed	4	2
	"patient safety climate" AND definiti	Peer reviewed	1	0
	"safety culture" AND definition	Peer reviewed	28	1 (gick ej att hitta
	"safety climate" AND definition	Peer reviewed	10	
Cinahl	"patient safety culture" AND definiti	Peer reviewed	1	1 (samma som tic
	"patient safety climate" AND definiti	Peer reviewed	1	0
	"safety culture" AND definition	Peer reviewed	7	2
	"safety climate" AND definition	Peer reviewed	3	1 (samma som tic
Ovid Nursing Collection	"patient safety culture" AND definiti	ingen	22	0
	"patient safety climate" AND definiti	ingen	2	0
	"safety culture" AND definition	ingen	53	1
	"safety climate" AND definition	ingen	14	0
PubMed	"patient safety culture" AND definiti	ingen	2	0
	"patient safety climate" AND definiti	ingen	0	0
	"safety culture" AND definition	ingen	23	0
	"safety climate" AND definition	ingen	3	1
Science Direct	"patient safety culture" AND definiti	2006-2016	150	0
	"patient safety climate" AND definiti	2006-2016	31	1
Sage Journals	"patient safety culture" AND definiti	ingen	49	1
	"patient safety climate" AND definiti	ingen	22	0
Cochrane	"patient safety culture" AND definiti	ingen	0	0
	"patient safety climate" AND definiti	ingen	0	0
	"safety culture" AND definition	ingen	1	0
	"safety climate" AND definition	ingen	0	0
DATABASSÖKNING 14.11.2016				
DATABAS	SÖKORD	AVGRÄNSNING	TRÄFFAR	ANVÄNDA
Academic Search Elite	"patient safety culture" AND concep	Peer reviewed	8	5
	"patient safety climate" AND concep	Peer reviewed	0	0
	"safety culture" AND concept	Peer reviewed	72	2
	"safety climate" AND concept	Peer reviewed	27	1
	climate AND concept AND "health c	Peer reviewed, full text	74	0
	culture AND concept AND "health c	Peer reviewed, full text, abstract	70	0

Bilaga 3 Databassökning januari 2018

Databassökning 060118	Sökord	Avgränsning	Träffar	Använda
Medic	Potilasturvallisuuskulttuuri	ingen	7 (Pro Gradun)	Kukko, Hanna 2016
	Potilasturvallisuusilmapiiri	ingen	0	
	"Hospital survey on patient safety culture"	ingen	0	
SweMed	Patientsäkerhetskultur	peer reviewed	0	
	Patientsäkerhets klimat	ingen	0	
	"Hospital survey on patient safety culture"	ingen	0	
Arto	Potilasturvallisuuskulttuuri	ingen	1	
Academic search elite (EBSCO)	Patient safety culture AND HSOPSC OR	peer reviewed	14	Hedsköld, Mats 2013; El-Jardali Fadi 2011;
	HSPSC OR HSOPS	english		Farup Per 2015; Soo-Hon Lee et al 2016
		full text		
	"Hospital survey on patient safety culture"	peer reviewed	25	Sorra 2010; Smith et al. 2017;
		english		Turunen Hannele et al. 2013
		full text		
Cinahl (EBSCO)	Patient safety culture AND HSOPSC OR	peer reviewed	18	Meddings Jennifer et al. 2017
	HSPSC OR HSOPS	english		
Cochrane	"patient safety culture"	ingen	22	Verbakel Natasha et al. 2015

BILAGA 4/1 (2) Resultat per dimension

Tabell 1 Personalens uppfattning om patientsäkerhetskulturen på enhetsnivå, andelen positiva svar per dimension (% svarsfrekvens (N) och svarsfördelning (%) per fråga

Dimension	2014					2016					P-värde ²
	N ¹	Stämmer bra /ofta %	Stämmer dåligt /sällan %	Varken eller /ibland %	Andelen positiva svar %	N ¹	Stämmer bra /ofta %	Stämmer dåligt /sällan %	Varken eller /ibland %	Andelen positiva svar %	
Öppenhet i kommunikation					60%					55%	
Personalen lyfter till diskussion om de ser något som kan påverka vården negativt	181	63	6	31		202	58	7	35		0.591
Personalen upplever att de fritt kan fråga chefer om deras beslut och handlingar	179	51	24	25		202	49	24	27		0.866
Personalen vågar ställa frågor när något inte verkar stå rätt till	180	67	6	27		202	59	12	29		0.076
En icke-skuldbeläggande kultur					57%					52%	
Personal upplever att deras misstag läggs dem till last (neg)	180	16	56	28		208	13	54	33		0.593
När en avvikelse rapporteras, känns det som att det är personen som utpekats istället för problemet (neg)	180	21	59	20		205	19	54	27		0.255
Personalen oroar sig för att de misstag de gjort sparas i deras personalakt (neg)	182	11	57	32		208	12	50	38		0.446
Närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet					70%					65%	
Min närmaste chef uttrycker sin uppskattning när han eller hon ser att en uppgift utförs enligt fastställda patientsäkerhetsrutiner	179	53	23	24		206	50	26	24		0.823
Min närmaste chef beaktar på allvar medarbetarnas förslag till förbättringar av patientsäkerheten	179	78	6	16		207	72	7	21		0.28
När arbetsbelastningen ökar vill min närmaste chef att vi ökar tempot, även om det innebär att vi måste ta genvägar (neg)	179	7	71	22		205	9	67	24		0.668
Min närmaste chef förbiser patientsäkerhetsproblem som upprepas om och om igen (neg)	179	4	80	16		205	7	70	23		0.053

BILAGA 4/2 (2) Resultat per dimension

Bemanning					61%					50%	
Vi har tillräcklig bemanning för att klara arbetsbelastningen	182	49	39	12		205	36	48	16		0.045
Personal på den här arbetsplatsen arbetar fler timmar än vad som är bra för vården av patienterna (neg)	182	20	55	25		206	22	47	31		0.221
Vi använder personal från bemanningsföretag eller tillfällig personal mer än vad som är bra för vården av patienterna (neg)	181	8	81	11		207	11	67	22		0.009
Vi arbetar under mycket hård press och försöker göra alltför mycket, alltför snabbt (neg)	180	26	57	17		204	30	48	22		0.17
Lärande organisation					56%					51%	
Vi arbetar aktivt med att förbättra patientsäkerheten	182	69	8	23		208	68	8	24		0.948
Misstag har lett till positiva förändringar här	179	49	10	41		207	43	11	46		0.505
När vi har infört förändringar för att förbättra patientsäkerheten utvärderar vi effekten	181	50	19	31		204	44	17	39		0.252
Samarbete inom vårdenheten					79%					71%	
På den här arbetsplatsen stöttar vi varandra	181	92	4	4		208	80	8	12		0.003
När det är mycket arbete som måste utföras snabbt, arbetar vi tillsammans som ett team för att få arbetet avklarat	182	78	14	8		201	68	13	19		0.11
På den här arbetsplatsen behandlar vi varandra med respekt	182	81	7	12		206	68	15	17		0.009
När det blir hektiskt för några på arbetsplatsen, kommer andra och hjälper till	181	63	26	11		203	66	17	17		0.034
Återföring och kommunikation kring avvikelser					52%					38%	
Vi får återkoppling om de förändringar som genomförts baserade på avvikelserrapporter	181	35	26	39		202	20	32	48		0.006
Vi informeras om de misstag som görs på vår arbetsplats	181	65	8	27		202	44	18	37		0.00
På den här arbetsplatsen diskuterar vi hur vi ska undvika att fel inträffar igen	180	58	5	37		200	50	9	41		0.117

¹ Antal personer som svarat på påståendet

² χ^2 -test; jämförelse av svarsfördelning mellan åren 2014 och 2016

Stämmer bra/oftra = svarsalternativen "stämmer mycket bra / stämmer ganska bra" samt "ofta / alltid"

Stämmer dåligt/sällan = svarsalternativen "stämmer mycket dåligt / stämmer ganska dåligt" samt "sällan / aldrig"

Varken eller / ibland = svarsalternativen "varken eller" samt "ibland"

