

Christian Pollock Fjellstad

Pasientsikkerhet, struktur og kultur

**En studie av lederes oppfatninger
om pasientsikkerhetsarbeid ved norske helseforetak**

Sammendrag

Gjennom de siste 8 årene har det vært et tiltagende fokus og oppmerksomhet rundt pasientsikkerhetsarbeid i norsk helsevesen. Nasjonale myndigheter; departement og tilsyn, har vært av den oppfatning at til tross for at norske helsetjenester er blant verdens beste er det fortsatt rom for forbedringer.

Kvalitetsforbedring blir ansett som et lederansvar på alle nivåene i sykehusene og gjennom lovarbeid, utvikling av nasjonale veiledere og retningslinjer, forskning og kampanjer, har norske myndigheter uttrykt en klar forventning til at ledere i helsetjenestene skal inneha engasjement for, og utvikle kunnskaper om pasientsikkerhet.

Denne oppgaven er en kvalitativ studie gjennomført med semistrukturerte intervju med informanter ved ulike helseforetak og en dokumentanalyse av de regionale helseforetakenes oppdrags-dokumenter til sine underliggende lokale helseforetak. Gjennom å rette fokus på styring, pasientsikkerhet, pasientsikkerhetskulturundersøkelser, pasientsikkerhetsvisitter og læring, belyser studien lederes oppfatninger av ulike aspekter av pasientsikkerhetsarbeid ved helseforetak i Norge og pasientsikkerhetskultur i norsk helsevesen.

Oppgaven belyser lederes arbeid med å bedre pasientsikkerhetskultur og pasientsikkerhetsarbeid ved norske helseforetak, og trekker på både på et instrumentelt og kulturelt perspektiv i organisasjonsteori for offentlig sektor.

Abstract

During the last 8 years, there has been an increasing focus and attention directed towards patient safety work in Norwegian health services. National authorities; The Ministry and The Board of Health Supervision have been of the opinion that although Norwegian health services are among the best in the world there is still room for improvement.

Improvement of quality is viewed as a leaders responsibility, at all levels in hospitals. Through legislative work, developing national guidelines, research and campaigns, Norwegian authorities clearly expect leaders in health services to be both committed to and develop knowledge about patient safety.

This qualitative study uses interviews with informants at different local health authorities (hospitals) and document studies of mission documents from the regional health authorities to the local health authorities. By focusing on management, patient safety, patient safety culture questionnaires, patient safety leadership walkrounds and learning, this study highlights managers' perceptions of different aspects of patient safety work in hospitals in Norway and of patient safety culture in Norwegian health services.

The study sheds light on the work done by managers to improve patient safety culture and patient safety work in Norwegian hospitals and draws upon an instrumental and a cultural perspective in organization theory for the public sector.

Forord

At et treårig deltids masterstudium i styring og ledelse skulle avsluttes med en masteroppgave om pasientsikkerhet i norsk helsevesen var ingen selvfølge da jeg søkte om opptak til studiet våren 2012. Interessen for helsepolitikk har jeg lenge hatt, og med flere semesteroppgaver om ulike felt i helsevesenet underveis i studiet, ble ideen om å skrive om noe relatert til pasienter og sikkerhet etterhvert ganske så klar. Vi vil alle være pasienter på et eller annet tidspunkt i våre liv, trolig ikke bare en, men flere ganger. Hvem vil vel ikke ønske at vårt neste møte med helsevesenet skal foregå så sikkert som mulig?

Takk til alle informantene som i intervju, telefonsamtaler og eposter har vist stort engasjement for pasientsikkerhet generelt og entusiasme for oppgavens tema spesielt. Det er betryggende å vite at så mange dyktige mennesker sitter i ledende posisjoner og hver dag jobber for at helsevesenet skal være sikkert.

Å ha en arbeidsgiver som legger til rette for ansattes egenutvikling og kompetanseheving, ut over det som kan strengt tatt favner organisasjonens nedslagsfelt, er ikke alle forunt. En takk til alle i Europabevegelsen som gjennom tre år har tilført mye støtte og motivasjon for å gjennomføre studiet.

Sist, men ikke minst: En stor takk til Inger Marie Stigen som med stor iver har motivert og veiledet meg i arbeidet med denne oppgaven. De mange interessante samtale om teori og forskning, og de mange konstruktive tilbakemeldingene, har ført denne oppgaven i havn.

Christian P. Fjellstad

Oslo, 28. april 2015

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	3
Forord	4
1. Innledning	7
2. Teori	13
Styring	16
Pasientsikkerhet	17
Pasientsikkerhetskulturundersøkelser	19
Pasientsikkerhetsvisitter	22
Læring	25
Komplekse og dynamiske handlingslogikker	28
3. Metode	30
Dokumentanalyse	31
Intervjuguide, utvalg av informanter og gjennomføring av intervju	31
Reliabilitet og validitet	33
Etikk	34
Samtykke	35
4. Empiri	36
4.1 Nasjonale oppdrag og regionale føringer	36
Helsedirektoratets rundskriv	36
Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument	36
De regionale helseforetakenes oppdragsdokument	37
4.2 Lokal implementering	39
Styring	39
Oppfatninger av pasientsikkerhet og pasientsikkerhetsarbeid	39
Oppfatninger om pasientsikkerhetskulturundersøkelsene	40
Oppfatninger om pasientsikkerhetsvisittene	41
Læring	44
5. Analyse	45
Myk styring	46
Ulike oppfatninger av pasientsikkerhet	49
Pasientsikkerhetskulturundersøkelser til besvær	50
Lokal implementering av pasientsikkerhetsvisitter	51

Lite læring	53
6. Konklusjon.....	55
Kilder	57
Vedlegg	64
1. Presentasjon av informantene	64
2. Intervjuguide - Pasientsikkerhetskultur	65
3. Pasientsikkerhetsvisitter ved norske helseforetak, 2010-2014	68

1. Innledning

Temaet for denne oppgaven er å undersøke hvordan ledere ved norske helseforetak oppfatter og jobber med pasientsikkerhet, og ser nærmere på ulike aspekter som pasientsikkerhetsvisitter, pasientsikkerhetskulturundersøkelser og læring som en del av pasientsikkerhetskulturen i norsk helsevesen.

Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur fikk fornyet fokus i løpet av sommeren 2010 da det verserte to store saker relatert til pasientsikkerheten ved Helse Nord: En pasient ved Universitetssykehuset i Nord-Norge i Tromsø var havnet i «feil kø» og en ondartet lidelse utviklet seg under ventetiden, og ved Nordlandssykehuset i Bodø var kreftoperasjoner gjennomført i strid med vedtatte retningslinjer. Media jaktet på syndebukker og ved Nordlandssykehuset måtte til slutt både en klinikkjef og administrerende direktør gå av, mens pasienten ved UNN forlangte administrerende direktørs avgang og politianmeldte sykehuset. I ettertid ble begge sakene vurdert av Helsetilsynet (2011).

Blant annet som en følge av disse sakene og andre tilsvarende saker presenterte helseministeren høsten 2010 ti tiltak for å bedre pasientsikkerheten i helsevesenet, herunder økt satsning på pasientsikkerhetsarbeid gjennom et nytt lærings- og rapporteringssystem, lovfesting av krav til kvalitets- og sikkerhetsarbeid og gjennomføring av en pasientsikkerhetskampanje fra og med 2011. Selve oppdraget for planlegging av en slik kampanje var allerede gitt i 2009.

Arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er imidlertid ikke et nytt fenomen. I 1995 lanserte det daværende Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn den første nasjonale strategien for kvalitetsutvikling for den norske helsetjenesten. Målet var at det innen år 2000 skulle etableres helhetlige og effektive kvalitetssystem. Men en enhetlig og helhetlig satsning uteble, og de neste ti årene var helsetjenestene mer preget av fragmentering enn koordinering.

I mellomtiden ble den banebrytende rapporten *To Err Is Human* lansert i 1999. Her estimerte The Institute of Medicine (IOM) at det i USA var 1 000 000 mennesker som ble skadet og 98 000 mennesker som døde, årlig, som en følge av feil ved medisinsk behandling (Leape 2009). Rapporten beregnet at uønskede hendelser i helseomsorgen var den tredje mest vanlige dødsårsaken i USA. Dette funnet brakte pasientsikkerhet til topps i den internasjonale helseagendaen (McLoughlin 2006). Heller ikke i Norge gikk dette arbeidet upåaktet hen.

I 2005 utga det daværende Sosial- og helsedirektoratet veilederen «*Og bedre skal det bli - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*» (Helsedirektoratet 2005). Her introduserte direktoratet et overordnet rammeverk for arbeidet med å gi tjenester av god kvalitet og sikre ressurser gjennom fokus på rett tjeneste til rett bruker på rett måte til rett tid. Gjennom blant annet å vektlegge pasientansvar, tverrfaglighet og arbeid med pasientforløp skulle alle tjenester være preget av samordning og kontinuitet.

Veilederen danner utgangspunktet for styrkingen av pasientsikkerheten i dagens helsevesen gjennom for eksempel lovfestet plikt til systematisk kvalitets- og sikkerhetsarbeid gjennom helse- og omsorgstjenesteloven for kommuner (Lovdata 2011 - Helse- og omsorgsdepartementet) og spesialisthelsetjenesteloven (Lovdata 1999 - Helse- og omsorgsdepartementet), et lovfestet ansvar for utvikling av kvalitetsindikatorer og et kvalitetsindikatorsystem i Helsedirektoratet.

Det er også utviklet en forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten der plikten til å etablere et styringssystem som overvåker sikkerheten og korrigerer avvik når uønskede hendelser oppstår, er forankret. Her fremgår også virksomhetenes ansvar for å sørge for at arbeidstakere har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter, og at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes (Lovdata 2013 - Helse- og omsorgsdepartementet).

Forskningen om pasientsikkerhet tiltok også utover 2000-tallet og et viktig bidrag her var Peter F. Hjorts publikasjon (2007) «Uheldige hendelser i helsetjenesten». Her viste Hjort at det i Norge både skades og dør pasienter unødvendig grunnet svikt i systemene, og tok til orde for at det i Norge må bygges opp en sterkere pasientsikkerhetskultur. Gjennom å oppsummere internasjonale studier av omfanget med uønskede hendelser ved somatiske sykehus beregnet og vurderte Hjort at ved norske somatiske sykehus ble 10 % av pasientene rammet av uønskede hendelser, hvorav 5 % var dødelige og halvparten av hendelsene kunne vært avverget ved forebygging.

På bakgrunn av arbeidet til blant annet Peter F. Hjort ble det i 2007 etablert en Nasjonal enhet for pasientsikkerhet som ble lagt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det var denne enheten som på oppdrag fra helse- og omsorgsministeren i 2009 fikk i oppdrag å forberede en nasjonal pasientsikkerhetskampanje.

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» ble lansert i januar 2011 og skulle vare frem til og med 2013. Kampanjen skulle gjennomføres både i spesialhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og hadde som formål å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge. Pasientsikkerhet går ut på å forhindre pasientskader som kan unngås, og internasjonal erfaring viser at halvparten av skadene som oppstår sannsynligvis kan unngås (Pasientsikkerhetsprogrammet 2012).

Helsetjenestens mange enheter er avhengige av god koordinering og godt samarbeid. Når dette ikke finner sted, øker risikoen for svikt i behandling. I 2010 pådro ca. 16 % av pasienter ved norske sykehus seg minst en skade som følge av behandlingen eller ikke-behandlingen de fikk. For nær en av ti resulterte skaden i enten forlenget sykehusopphold, reinnleggelse eller andre mer alvorlige konsekvenser (Pasientsikkerhetsprogrammet 2012).

Kampanjen hadde som mål at pasientskader som kunne forebygges skulle reduseres med 20% innen utgangen av 2013.

Etter en bred gjennomgang og prioritering av eksisterende initiativ i helsetjenesten identifiserte norske fagmiljøer elleve innsatsområder med konkrete tiltak for forbedring. I tillegg ble det også utviklet tiltak på et tolvte innsatsområde; ledelse, som virket på tvers av alle innsatsområdene i kampanjen. Pasientsikkerhet ble med andre ord ansett som et ledelsesansvar i helsetjenesten.

Blant annet ut fra erfaringene fra kampanjens to første år lanserte regjeringen i 2013 et fem-årig nasjonalt program for pasientsikkerhet i stortingsmelding nr. 10 (2012-2013) *God kvalitet – trygge tjenester*, og i 2014 gikk Pasientsikkerhetskampanjen over til å bli Pasientsikkerhetsprogrammet. Fortsatt ved navnet *I trygge hender*.

Kampanjen identifiserte, og programmet har opprettholdt, tolv innsatsområder med ulike tiltak for å bedre pasientsikkerheten i helsetjenesten. Disse områdene er:

1. Trygg kirurgi med særlig oppmerksomhet på postoperative sårinfeksjoner
2. Samstemming av legemiddellister (foretak-fastlege)
3. Riktig legemiddelbruk i sykehjem (legemiddelgjennomganger)
4. Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten (samstemming og legemiddelgjennomganger)
5. Behandling av hjerneslag
6. Forebygging av selvmord

7. Forebygging av overdosedødsfall
8. Forebygging av fall
9. Forebygging av trykksår
10. Forebygging av kateterrelaterte urinveisinfeksjoner
11. Forebygging av blodbaneinfeksjoner knyttet til sentralt venekateter
12. Ledelse av pasientsikkerhet

Ledelse av pasientsikkerhetsarbeid var, og er, et innsatsområde som er viet særskilt oppmerksomhet i bygging av pasientsikkerhetskultur, og tiltakene skal implementeres i hele helsetjenesten og forankres i lederlinjen. *Pasientsikkerhetsvisitter* er et av tiltakene som fremmes under innsatsområdet *Ledelse for pasientsikkerhet*.

Det ble på nasjonalt nivå utviklet en egen veileder for pasientsikkerhetsvisitter som forklarer rammen og innholdet for hvordan ledelsen ved foretakene kan gjennomføre slike visitter. Pasientsikkerhetsvisitter er et tiltak for å fremme pasientsikkerhetsarbeid og gjennomføres i de avdelinger der det foregår pasientbehandling i den hensikt å forhindre, oppdage og dempe skade av pasienter. Erfaringer fra USA og Storbritannia viser at i en systematisk gjennomgang av pasientsikkerhetsvisitter fremstår tiltaket som en sterk strategi med tanke på å gi et positivt bidrag til pasientsikkerhetskulturen ved sykehus (www.ihi.org, Toolkit 2013).

Vitenskapen rundt pasientsikkerhetskultur er ikke gammel, men fokus fra blant annet norske myndigheter på hvilke resultater denne forskningen produserer, er ganske høy (Deilkås, 2010). Undersøkelser av pasientsikkerhetskultur anbefales å gjennomføres tidlig i utvikling av strategier for å forbedre pasientsikkerheten. Slik vil en avdekke hvilke anbefalte tiltak som bør tas i bruk hos den enkelte behandlingsenhet som sliter med pasientsikkerhetskulturen (Botwinick Bisognano & Haradan, 2006).

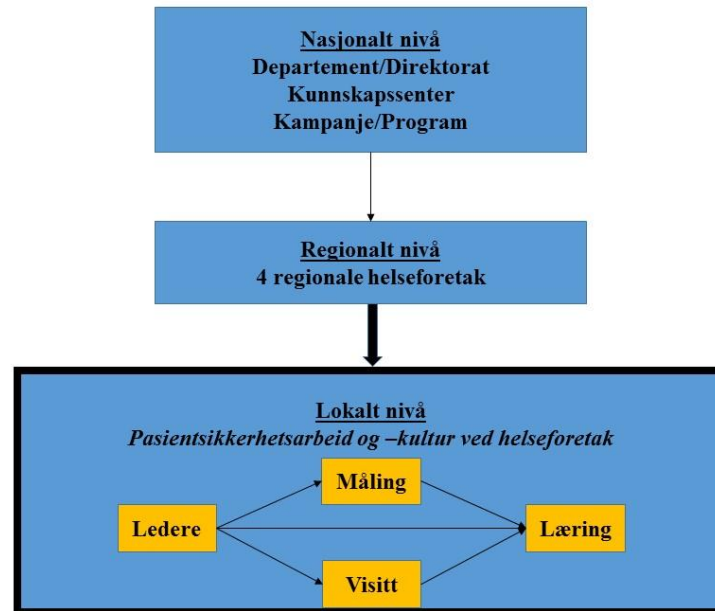
Pasientsikkerhetskulturundersøkelser og *-visitter* er altså to tiltak som fra nasjonalt nivå fremmes som kulturbyggende virkemidler, og jeg antar at både *visitter* og *måling av pasientsikkerhetskultur* oppleves å ha effekt.

Jeg vil i denne oppgaven se nærmere på forhold som berører pasientsikkerhetsarbeid, pasientsikkerhetskultur og ledere ved helseforetak i Norge i perioden 2010-2014, og vil se nærmere på følgende fem tema:

1. Styring
2. Pasientsikkerhet

3. Pasientsikkerhetskulturundersøkelser
4. Pasientsikkerhetsvisitter
5. Læring

Oppgaven legger til grunn følgende figur som rammeverk.



I denne modellen ser vi hvordan pasientsikkerhetsarbeidet begynner på nasjonalt nivå og implementeres på lokalt nivå gjennom de regionale helseforetakene. Oppdraget er å jobbe for en bedre pasientsikkerhet i helsevesenet.

Hovedfokuset for oppgaven retter seg mot hvordan ledere på lokalt nivå utfører oppdraget fra overordnet nivå. Men jeg vil i denne oppgaven også se på hvordan de fire regionene har fungert som mellomledd og stiller spørsmål om det er innenfor en hard eller myk styringsform implementeringen av oppdraget er skjedd.

Lederne ved foretakene kan bruke en rekke virkemidler for å avdekke og jobbe med pasientsikkerhetskulturen, deriblant undersøkelser og visitter, og skape arenaer og utvikle metoder for læring og kunnskapsdeling. Det er ulike aspekter ved pasientsikkerhetskulturen og lederes oppfatninger som søkes forklart gjennom et teoretisk rammeverk basert på to tilnærminger i organisasjonsteori for offentlig sektor; en strukturell-instrumentell tilnærming og en institusjonell tilnærming (Christensen 2013).

Den strukturell-instrumentelle tilnærminger kommer til uttrykk som et instrumentelt perspektiv der en har fokus på kontroll gjennom en underliggende mål-middel-rasjonalt. Den institusjonelle tilnærmingen kan uttrykkes gjennom et kulturelt perspektiv og et myteperspektiv. Forskjellen mellom disse to er at kulturperspektivet først og fremst fokuserer på hva organisasjonens kultur og tradisjoner gir av begrensninger og muligheter i en organisasjon, mens myteperspektivet forklarer endringer i organisasjonen ved de verdier og oppfatninger som omgivelsene har.

Denne oppgaven legger til grunn styringskjeden fra det nasjonale nivået; departementet og direktorat, gjennom regionsforetakene og ned til de lokale helseforetakene. Det er helsevesenets indre handlingsmiljø, først og fremst på laveste nivå, som er tema for oppgaven og jeg vil av plasshensyn derfor ikke ta med ytre omstendigheter og internasjonale forhold som en del av oppgaven. Med det følger at det tredje perspektivet i organisasjonsteori for offentlig sektor (Christensen 2013), myteperspektivet, legges til side.

Jeg underkjenner ikke det faktum at de ytre omgivelsene også kan være premissgivere for arbeidet med pasientsikkerhet, men oppgavens nedslagsfelt er først og fremst av intern karakter, det vil si hvordan pasientsikkerhetsarbeid kan forstås som struktur eller kultur innad i helseforetakene. Oppgaven legger følgelig til grunn det instrumentelle perspektivet og det kulturelle perspektivet.

Opgaven vil først presentere bakgrunnen for arbeidet med pasientsikkerhet i Norge og så i det neste kapitlet legge til grunn organisasjonsteori for offentlig sektor. Det teoretiske rammeverket benytter seg av et instrumentelt perspektiv og et kulturelt perspektiv for forklare og fremme antagelser om styring, pasientsikkerhet og ledere, måling av pasientsikkerhetskultur, pasientsikkerhetsvisitter og læring i organisasjoner.

I den neste delen presenteres intervju og dokumentanalyse som de kvalitative metodene som er brukt for å frembringe data.

I empirikapitlet presenteres intervju av ansatte ved ti helseforetak, sammen med oppsummeringer av oppdragsdokument og rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet til underliggende helseforetak.

I nest siste del kobles de teoretiske antagelsene med innsamlet empiri i en analyse og oppgavens konklusjoner utgjør oppgavens siste kapittel.

2. Teori

I denne oppgaven stiller jeg spørsmål om ledere ved norske helseforetak definerer og forstår pasientsikkerhet likt, og om ledere anser pasientsikkerhetskulturundersøkelser og -visitter som relevante verktøy i pasientsikkerhetsarbeidet. Jeg spør også om ledere med utgangspunkt i undersøkelsene og visittene legger systematisk til rette for læring i den hensikt å styrke pasientsikkerhetsarbeidet ved foretakene.

For å studere pasientsikkerhetskultur må flere begreper avklares og settes i sammenheng. Jeg vil i dette teorikapittelet se på begreper som organisasjon, struktur, kultur, organisasjonskultur, subkultur, pasientsikkerhet, pasientsikkerhetskulturundersøkelse, ledelse og læring. Dette gjør jeg gjennom et instrumentelt og et kulturelt perspektiv hentet fra organisasjonsteori for offentlig sektor (Christensen 2013).

Det instrumentelle perspektivet

I det instrumentelle perspektivet ses organisasjoner på som verktøy for å nå mål og i denne oppgaven betyr det at helseforetakene er viktige for nå mål om økt pasientsikkerhet i Norge. Jeg legger til grunn at organisasjoner kjennetegnes ved en struktur som sier noe om gruppering, koordinering og fordeling av oppgaver, i den hensikt å nå et eller flere felles mål, gjennom et avklart ansvarsforhold mellom ledere og medarbeidere (Jacobsen 2013). Ut i fra dette kan vi forstå helseforetakene som organisasjoner, men avdelinger og enheter innad i foretakene kan også forstås som organisasjoner. Videre kan vi forstå hele helsevesenet som en stor organisasjon.

Da det er de enkelte helseforetakene og ledere ved disse helseforetakene, og forskjellene mellom disse, som studeres, legges det til grunn at det er foretaksnivået som er det mest relevante organisasjonsnivået for denne oppgaven.

Organisasjoner her er sammensatt av ulike enheter med en struktur som sier noe om hvem som skal gjøre hva, hvordan oppgaver skal utføres og hvilke mål som skal oppnås. Strukturen kan komme til uttrykk i en hierarkisk variant eller en forhandlingsvariant.

I den hierarkiske varianten fremstår organisasjonen som enhetlig, og ledere innehar kunnskap om mål-middel-sammenhenger og makt til å oppnå målene. I forhandlingsvarianten forstås strukturen som en sammensatt organisasjon av flere enheter med ulike interesser og der utfall er påvirket av forhandlinger blant flere aktører. Dette gjør at det er vanskeligere for ledere å tilpasse organisasjonen ønsket styring. «Offentlige organisasjoner er karakterisert av målkonflikter og heterogenitet» skriver Christensen (2013, s 22), og med det legger jeg i

denne oppgaven til grunn at helseforetak først og fremst forstås som en organisasjon der ledere opptrer forhandlende fremfor beordrende.

At «offentlige organisasjoner er karakterisert av målkonflikter og heterogenitet» kan også forklares av at organisasjoner, og med det ledere, har ufullstendig informasjon og begrenset kapasitet av tid og ressurser til å innhente kunnskap. Med slike begrensninger må ledere styre og foreta valg for å nå en måloppnåelse som viser seg å være suboptimal, men tilfredsstillende og god nok, snarere enn optimal og fullstendig (Christensen 2013).

Gjennom en slik forståelse av begrenset rasjonalitet i det instrumentelle perspektivet ønsker jeg å forklare lederes syn på pasientsikkerhet, og bruk og forståelse av pasientsikkerhetskulturundersøkelsene, pasientsikkerhetsvisitter og læring. Med det stiller jeg blant annet spørsmål om hvordan ledere definerer pasientsikkerhet, hvordan de tolker resultatene fra undersøkelsene, hva de vil oppnå med visitter og hvordan de legger til rette for læring i sin egen organisasjon. Kort sagt er det lederes arbeid gjennom struktur og styring som gir god pasientsikkerhet?

Ut ifra det instrumentelle perspektivet forventer jeg å finne strukturelle uttrykk i formell organisering og hierarki. Videre antar jeg også at jeg vil finne en sterk sammenheng mellom tiltakene og ønsket måloppnåelse i form av bedret pasientsikkerhetskultur.

Men, en pasientsikkerhetskampanje og et program som fokuserer på bygging av en pasientsikkerhetskultur må etter mitt syn også kunne vurderes gjennom det kulturelle perspektivet, der uformelle normer verdier som er nedfelt i en organisasjonskultur står sentralt. Dette bringer oss til det neste perspektivet.

Det kulturelle perspektivet

I det kulturelle perspektivet settes fokus på ideer, forståelser, uformelle normer, verdier, kulturelle uttrykk og konvensjoner innad i en organisasjon. Kultur er ofte sett på som det som skal endres eller det som må tas hensyn til når en vil endre noe i organisasjoner (Alvesson 2008) og kan bli sett på som en kollektiv programmering av individer som gjør at vi kan se forskjeller på en gruppe i et samfunn, fra en annen (Hofstede 1984, s. 81-99.).

Kultur i en organisasjon kan forstås som en variabel eller en ramme, og kan følgelig forskes på som noe en organisasjon har eller noe en organisasjon er. Noen vil hevde at organisasjonskultur først fremst skal forstås som uformell forståelse, oppfattelse og betydninger og legger til grunn en streng forståelse av organisasjonskultur som meningskonstruksjon (Alvesson

2008). Mens andre vil si at organisasjonskultur kan sies å bestå av to lag. Det ytre synlige laget manifesterer seg gjennom synlig oppførsel, uniformer, rutiner, rapportering, hilsninger og som fysiske uttrykk i form av arkitektur. Det indre laget består av verdier, forståelser, holdninger, tro og underliggende antagelser, som gir medlemmer av en gruppe en referanseramme for å tolke oppførsel hos andre og for å innpasse sin egen. (Helmreich & Merritt 1998 og Schein 1990, s. 109-119). Her kommer kultur til uttrykk som språk, historier og myter, så vel som ritualer og seremonier (Alvesson 2008).

At kultur er noe en organisasjon har, kan forstås i et instrumentelt perspektiv og med det som noe ledere kan manipulere og styre, men dette vil trolig først og fremst gjelde det som anses som det ytre laget av en organisasjonskultur. Det indre laget av organisasjonskultur kan ses i et kulturelt perspektiv som vektlegger kultur som et uttrykk for en institusjon fremfor en organisasjon (Christensen 2013). Kulturen i en institusjon sier noe om hvordan «det er her», altså verdier og konvensjoner som internaliseres gjennom sosialisering over tid.

Handlingslogikken som ligger til grunn i det kulturelle perspektivet er derfor logikken om det kulturelt passende i den individuelle unike organisasjonen. Måloppnåelse er følgelig noe som kan ta tid da organisasjonskulturens verdier kan stå i motstrid til nye krav og mål. Et eventuelt endringsarbeid må komme gradvis og inkrementelt, gjennom økt kunnskap, forståelse og læringsarbeid om hva som er passende, og kan kun tidvis oppstå gjennom radikale brudd.

Komplekse organisasjoner som helseforetak har dessuten ikke nødvendigvis kun en homogen kultur, men vil kunne være preget av kulturell inkonsistens og kulturelt mangfold. Å legge til grunn at det finnes unike og enhetlige organisasjonskulturer kan være omstridt. Det utfordres både av at en organisasjonskultur kan ses på som et produkt av makronivåfenomen, som for eksempel samfunn og klasse, og av at variasjoner innad i en organisasjon oppstår grunnet et mangfold av grupper, profesjoner og enheter, som gjør seg mer gjeldende enn enhetlige mønster og strukturer. Subkulturer oppstår fordi kulturelle manifestasjoner tolkes ulikt av ulike individer og grupper, og fordi organisasjoner kan forstås som en kompleks differensiering av arbeidsoppgaver, avdelinger og enheter, med ulike hierarkiske nivå, som potensielt gir opphav til forskjeller i meninger, verdier og symboler (Alvesson 2008 og 2013).

Med tanke på de ulike nivåene som er å finne innad i helsevesenet, da gitt til uttrykk som de enkelte helseforetakene som organisasjoner, og at foretakene selv kan bestå av flere underliggende organisasjoner, legges det til grunn for denne oppgaven at helsesektoren best forstås som en stor organisasjonskultur med flere subkulturer. De enkelte helseforetakene kan både

representere en subkultur i helsevesenet, men også selv fremstå som en samlet organisasjonskultur med underliggende subkulturer. Ledere må i et slikt komplekst klima ta flere forbehold, og må kjempe en hardere kamp for endring og måloppnåelse.

Ut ifra det kulturelle perspektivet vil jeg anta at pasientsikkerhet forstås ulikt i de forskjellige helseforetakene. Dette antar jeg videre vil ha noe å si for hvordan ledere anser og tolker resultatene fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsene, hvordan de utøver pasientsikkerhetsvisitter og hvordan de legger til rette for læring innad i sine egne foretak. Dette vil i sum gi et mangfoldig kulturelt uttrykk innad i helsevesenet.

Styring

Denne oppgaven legger til grunn at det er det nasjonale nivået som er utgangspunkt for pasientsikkerhetsarbeidet i helsevesenet. Arbeidet har først og fremst startet i Helse- og omsorgsdepartementet, som i 2009 ga Kunnskapssenteret i oppgave å legge til rette for en kampanje. Gjennom et nasjonalt sekretariat og styringsgruppe har arbeidet fulgt linjen fra nasjonalt til regionalt nivå, og videre til lokalt nivå. Dette kan ses på som et uttrykk for hierarkisk organisering, der en kan forvente at ordre fra øverste nivå effekteres på relevant nivå under, og kan forstås med et instrumentelt perspektiv.

Generelt kan forholdet mellom nasjonale myndigheter og helseforetakene beskrives i en styringsmodell der man skiller mellom harde og myke virkemidler for å fremme en bestemt politikk eller agenda (Ladegård og Vabo 2010). Styringsverktøy i offentlig politikk er teknikker offentlige myndigheter bruker for å utøve makt i forsøk på oppnå støtte og påvirke eller forebygge endringer i samfunnet. Altså gjennom styringsverktøy, på hard eller myk måte (Vedung 2008).

I NOU 2004 nr. 13, *En ny arbeids- og velferdsforvaltning*, beskrives skillet mellom harde og myke styringsformer. Harde styringsformer forstås vanligvis som tekniske og juridiske reguleringer, lover og forskrifter, og økonomistyring, særlig gjennom økonomiske virkemidler som rammebevilgninger (Ladegård og Vabo 2012). Eksempler på myke styringsformer er veiledninger, bruk av forsøk- og utviklingsarbeid, og bruk av utdanningstiltak og pedagogiske virkemidler.

I denne oppgaven legger jeg til grunn at hard styring forstås i et instrumentelt perspektiv, mens myk styring forstås i et kulturelt perspektiv.

Med utgangspunkt i det instrumentelle perspektivet vil jeg anta at både Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet instruerer underliggende foretak, gjennom henholdsvis oppdragsdokument og rundskriv, med klare referanser til lovverk, forskrifter og andre tekniske reguleringer, samt at generelle økonomiske rammer og spesielle økonomiske insentiv omtales. Videre antar jeg at klare formuleringer for implementering og forventinger om måloppnåelse som styringsparametere og rapportering også er å finne. Fra det regionale nivået og videre til det lokale vil ytterligere spesifiseringer fremkomme, men innenfor rammen av den til enhver gjeldende overordnede instruksjon.

Gjennom det kulturelle perspektivet antar jeg derimot at aktørene på nasjonalt nivå ikke fremstår som sterkt styrende og at detaljeringsgraden for arbeidet er liten. Målformuleringer og generell diskurs vil være på overordnet plan og føringer av juridisk, teknisk og økonomisk art vil i liten grad tilknyttes et så spesifikt område som pasientsikkerhet. En slik myk styringsform vil videre gi stort handlingsrom for tolkning og tilrettelegging av pasientsikkerhetsarbeidet.

Pasientsikkerhet

*Sterkt og effektivt lederskap trengs
for å bygge en sikkerhetsorientert organisasjonskultur. (Toolkit 2013)*

Michael Leonard og Allan Frankel (2012), to nestorer i pasientsikkerhetsarbeid, har skrevet mye om hvordan en sikkerhetskultur gjennom kontinuerlig læring og forbedring er grunnlaget for en trygg og sikker helsetjeneste, der det er lederes oppgave å legge til rette for dette arbeidet ved å definere organisasjonens mål og verdier.

Ledere må også sikre og bygge gode systemer for god behandling og god rapportering. En forutsetning for et godt rapporteringssystem er en «skyld fri» -kultur, hvor årsaker til feil og feilbehandling søkes avdekket i organisasjonens strukturer fremfor hos den enkelte som har feilet. Dårlige systemer for å levere behandling kan lenge skjule latente feil i systemene, som først aktiviseres når en uheldig helsearbeider utløser ikke-tilsiktete reaksjoner.

Videre mener Leonard og Frankel at ledere først og fremst må kommunisere at sikkerhet er et hovedmål som ikke kan forhandles om, og adressere ødeleggende oppførsel som gir opphav til uakseptabel risiko. Det må klart kommunisere hva som ikke vil tolereres. En leders respons følges nøye og sender tydelige signaler til organisasjonen om kulturen, og ledere må kontinuerlig kommunisere organisasjonens kulturelle verdier.

Som en del av en organisasjonskultur referer sikkerhetskultur til individuelle, og grupper av, verdier, holdninger, forståelser, kompetanse og oppførsel, som spesifikt avgjør en organisasjons fokus på sikkerhet. Det må tas høyde for variasjoner i forståelsen av sikkerhet blant de enkelte medlemmene, og se dette i sammenheng med hvilket nivå i organisasjonen man befinner seg (Deilkås 2010). Et aspekt ved å bygge en pasientsikkerhetskultur vil være at aktørene innad i en kultur forstår det samme med de samme uttrykkene. I et instrumentelt perspektiv forstås helsevesenet som en hierarkisk struktur der det er viktig at ledere som et mellomledd mellom det nasjonale og det lokale forstår pasientsikkerhet på samme vis. Men gjør de det? Og videre hva er organisasjonens og dets medlemmers forståelse av pasientsikkerhet?

Med utgangspunkt i en forståelse av pasientsikkerhetsarbeid i helsevesenet som mer preget av myk enn hard styring vil ikke en nasjonal definert beskrivelse av pasientsikkerhet nødvendigvis være forankret hos den enkelte leder. Jeg ønsker derfor i denne oppgaven å undersøke hvorvidt dette er tilfelle og stiller spørsmål ved hvorvidt ledere på tvers av helseforetakene definerer og forstår pasientsikkerhet likt.

Ut ifra et instrumentelt perspektiv vil jeg anta at det er en ensartet forståelse av pasientsikkerhet i helsevesenet. I et kulturelt perspektiv vil definisjonen og forståelsen av hva pasientsikkerhet er, variere mellom de ulike helseforetakene.

Om forståelsen av pasientsikkerhet kan variere hos den enkelte leder kan en også stille spørsmål ved hvorvidt organisasjonenes forhold til pasientsikkerhet vil variere. Dette vil også være i tråd med teori om utvikling av subkulturer. Jeg vil derfor også undersøke hva ledere oppfatter at organisasjonsmedlemmenes forhold til pasientsikkerhet er, og antar at ledere opplever at ansatte har ulike forståelser.

Hvorvidt man faktisk kan styre en organisasjonskultur er åpent for debatt. Bang (2011, s 78) hevder ledere har stor påvirkning i utvikling av organisasjonskulturen da de i større grad enn andre kan påvirke holdninger, rutiner og strukturer i organisasjonen. Spørsmålet blir da om lederes forståelse av pasientsikkerhet og de er løsninger de velger best forstås innenfor det instrumentelle perspektivet eller det kulturelle perspektivet. Er det gjennom struktur eller kultur?

Schein (2010) trekker frem ledere av organisasjoner som med sine virkelighetsdefinisjoner er de fremste kulturskaperne og Schein beskriver 6 kanaler for ledere til å påvirke organisasjonskulturen. Følgende fire kanaler forstår jeg et instrumentelt perspektiv

1. Hva ledere systematisk retter oppmerksomhet mot, måler og kontrollerer i organisasjonen.
2. Hvordan ledere allokere ressurser.
3. Kriterier for fordeling av belønning og status.
4. Kriterier for rekruttering og seleksjon, forfremmelse, pensjonering og avskjedigelse.

Denne oppgaven vil legge vekt på de to første kanalene, og videre forstår jeg de følgende to siste kanalene i et kulturelt perspektiv:

5. Lederes reaksjoner på kritiske hendelser og kriser i organisasjonen.
6. Bevisst rollemodellering, veiledning og trening.

Jeg antar at ledere først og fremst søker løsninger og jobber med pasientsikkerhet gjennom struktur fremfor kultur. Med det følger at ledere trolig prioriterer å måle, kontrollere, allokere ressurser og omorganisere, fremfor å utnytte handlingsrom ved kritiske hendelser, veilede og legge til rette for trening gjennom læring.

Men hvordan vet ledere hva de ansatte tenker om pasientsikkerhet, pasientsikkerhetsarbeid og pasientsikkerhetskultur?

Det har man fra nasjonalt hold prøvd å legge til rette for ved å gjennomføre pasientsikkerhetskulturundersøkelser.

Pasientsikkerhetskulturundersøkelser

Det ble i 2011 besluttet at man skulle gjennomføre en undersøkelse av pasientsikkerhetskulturen i Norge i 2012. Hensikten med undersøkelsen var å avdekke hvilke rutiner og holdninger blant ansatte og ledere som påvirket pasientbehandlingen og innhente kunnskap om hvordan ansatte opplevde arbeidet med å redusere risiko for pasientskade. Videre var også en av hensiktene å gi ansatte og lokale ledere mulighet til å fortelle om hvor lett eller vanskelig de synes det var å snakke om uønskede hendelser på arbeidsplassen (Pasientsikkerhetsprogrammet 2014).

Pasientsikkerhetskulturundersøkelsene ble gjort med en modifisert utgave av spørreskjemaet Safety Attitude Questionnaire (SAQ), som i 2012 var blitt benyttet ved over to tusen sykehus i

elleve land. SAQ er i tillegg til å være den mest brukte metoden, sannsynligvis også den best dokumenterte (Sexton et al. 2006 og Colla, Bracken & Kiney 2005). Videre er SAQ den eneste undersøkelsen som kobler pasientsikkerhet med pasienters prognose. (Deilkås, 2010).

Skjemaet er oversatt til norsk og validert for norske forhold (Deilkås 2010). Respondentene fikk i alt 16 spørsmål i form av utsagn som de skulle gradere på en femtrinnskala alt etter som hvor enig eller uenig de var i utsagnet. De 16 spørsmålene ble sortert inn i tre hovedkategorier: Sikkerhetsklima, teamarbeid og ledelse.

Det ble satt mål om en oppslutning av minst 70 % blant alle ansatte ved de enkelte foretakene og to av tre enheter oppnådde dette (Pasientsikkerhetskampanjen 2014). Etter undersøkelsen i 2012 ble svarene bearbeidet på lokalt nivå og det ble laget en egen veileder for bruk av resultatene for å strukturere tverrfaglige diskusjoner på de enkelte enhetene. Leger, terapeuter, sykepleiere og i noen tilfeller vaskepersonale skulle inngå i bearbeidingen av resultatene og et særskilt fokus skulle rettes mot å diskutere utfordringer, styrker og mulige utbedringer av kulturen ved den enkelte enhet. Særlig spørsmål med mindre enn 60 % enighetsskår skulle behandles.

Etter 2012 undersøkelsen tilbød pasientsikkerhetskampanjen ledere ulike verktøy og tiltak som kunne benyttes for oppfølging av resultatene. For å følge opp arbeidet med og eventuell utvikling av pasientsikkerhetskulturen ble undersøkelsen gjennomført på ny i 2014.

Kulturundersøkelsene ble først og fremst utført på seksjons- og enhetsnivå, og omfattet sengeposter, poliklinikker, operasjonsavdelinger og akuttmottak, altså i enheter som til vanlig deltar direkte i pasientbehandling eller har direkte pasientkontakt.

Undersøkelsene stiller spørsmål innenfor tre hovedkategorier: Sikkerhetsklima, teamarbeid og ledelse, og jeg har i denne studien sett nærmere på den siste kategorien.

De tre ledelsesspørsmålene er:

Spørsmål 14: *Mine forslag om sikkerhet ville bli behandlet om jeg la dem fram for ledelsen.*

Spørsmål 15: *Ledelsen her i enheten gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten.*

Spørsmål 16: *Sykehusledelsen gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten.*

Bruken av undersøkelser for å avdekke kunnskap om organisasjonen og pasientsikkerhetskulturen, kan forstås som verktøy i et instrumentelt perspektiv. Er kunnskapen begrenset er også den underliggende handlingsrasjonaliteten begrenset. Gjennom å øke kunnskapen skal man kunne sikre at de valg man foretar i det videre pasientsikkerhetsarbeidet fattes med større sikkerhet og med større effekt og måloppnåelse.

Men en ting er å innhente kunnskap, en annen ting er å sikre at man har innhentet riktig kunnskap, og så tolker og bruker kunnskapen riktig.

Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen er validert for bruk i Norge (Deilkås 2010) og med det forutsettes at man måler det man vil måle, men da undersøkelsen kom som en standardisert pakke fra nasjonalt hold til lokal gjennomføring er det ikke sikkert at den ga svar på det ledere ved helseforetakene ønsket å finne svar på. Jeg ønsker derfor å finne ut hvordan lederne ved foretakene forholder seg til undersøkelsene og om de oppleves som relevante for pasientsikkerhetsarbeidet. Har de gjennomført undersøkelsene slik forutsatt fra nasjonalt hold? Er lederne fornøyd med oppslutning om undersøkelsen? Hvordan forklarer lederne resultatene? Hvordan fulgte lederne opp undersøkelsen fra 2012? Innførte lederne nye tiltak basert på resultatene i 2012?

Ut ifra en forståelse om myk styring og teori om kulturelt mangfold gjennom subkulturer antar jeg at det varierer betraktelig i gjennomføring, tolkning og oppfølging av undersøkelsene og at resultatene forklares ulikt. Dette vil være i tråd med det kulturelle perspektivet.

Videre ut i fra et kulturelt perspektiv kan undersøkelsene si noe om hvor stort det kulturelle mangfoldet er og hvorvidt organisasjonsmedlemmenes forståelse av ledernes pasientsikkerhetsarbeid er på linje med ledernes syn på eget pasientsikkerhetsarbeid. Er mangfoldet stort og det er lite samsvar i verdier og holdninger, kan jobben med å fremme en enhetlig pasientsikkerhetskultur ta lang tid. Spørsmålet blir da hvordan lederne ser på denne oppgaven? Et annet spørsmål er om dette svekker ledernes anerkjennelse av undersøkelsene? Et tredje spørsmål er om lederne rent faglig har innsigelser om spørsmålene og metoden som ligger til grunn for undersøkelsene? Her igjen antar jeg det vil være stor variasjon mellom de ulike foretakene.

I oppfølgingen av undersøkelsen av 2012 ble flere tiltak og verktøy fremmet for å jobbe videre med pasientsikkerhetskulturen, deriblant pasientsikkerhetsvisitter som oppgaven nå vil gå videre til.

Pasientsikkerhetsvisitter

En strukturert og planlagt pasientsikkerhetsvisitt er et verktøy for å fremme kommunikasjon mellom ledelse og frontlinjepersonell i den hensikt å heve kunnskapen om sikkerhet hos toppledelsen og tydelig signalisere over frontpersonell ledelsens engasjement for å fremme en sikkerhetskultur (www.ihl.org, Carthy 2009, Pasientsikkerhetsprogrammet 2011).

Allen Frankel (2009) som er opphavet til dette verktøyet legger til grunn at toppledelsen bør gå ukentlige pasientsikkerhetsvisitter for å signalisere organisasjonens forpliktelse til å bygge en sikkerhetskultur. Visittene skal gjennomføres i de avdelinger der det foregår pasientbehandling, i den hensikt å forhindre, oppdage og dempe skade av pasienter.

Personer i toppledelsen kan alternere på å gå visitter, men ideelt sett bør alle i ledelsen gå visitter hver uke. På visittene skal den som innehar høyest posisjon lede visittene og det bør aldri være flere i visitt-teamet enn de som møter av frontpersonell. På visittene bør det være en toveis kommunikasjon der både toppledelsen og ansatte snakker åpent og ærlig, og lytter nøye.

For å sikre kontinuitet er det viktig at toppledelsen utpeker en person som får ansvar for koordineringen av visittene, og at denne personen innehar autoritet, tid og ressurser til å forvalte oppgaven.

I Norge ble pasientsikkerhetsvisitter utprøvd ved Nordlandssykehuset i 2010 som et ledd i sykehusets interne pasientsikkerhetskampanje. Fra og med 2011 inngikk dette arbeidet som et pilotprosjekt for den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Nordlandssykehuset fikk med det støtte fra det nasjonale sekretariat gjennom veiledning og tilgang på relevant vitenskapelig kompetanse. Sekretariatet brukte så erfaringen fra pilotprosjektet til å spre tiltaket til andre helseforetak. Det ble utviklet en veileder for pasientsikkerhetsvisitter på nasjonalt hold og denne har fungert som et utgangspunkt for flere helseforetak i ettertid.

Kort forklart består visittene av tre faser: forberedelse, gjennomføring og oppfølging.

I første fase avgjøres hvem som skal besøke og hvor det skal gås visitt. En koordinator oppnevnes for å legge til rette for visitten. Koordinatoren sender så ut informasjon til enheten

om rammene og forventningene til visitten, og det avtales når det er mest hensiktsmessig å gjennomføre en visitt. Før selve visitten skal koordinator gjennomføre et forberedelsesmøte med besøksstedet for blant annet å avklare eventuelle spørsmål vedrørende visitten.

I neste fase gjennomføres selve visitten som et times langt besøk ved en enhet, det være seg poliklinikk, sengepost eller avdeling, der en stiller et representativt utvalg av ansatte et sett med forhåndsdefinerte spørsmål om de største risikoene ved arbeidsplassen. Visittene avsluttes ved at visitt-team og besøksteam formulerer tre risikoforhold og tiltak som skal følges opp og behandles på relevant nivå.

I siste fase har koordinator ansvar for å skrive referat og spre informasjonen om det som fremkom under visitten. De tre risikoforholdene og tiltakene skal loggføres i en database og følges opp. Når tiltakene innføres og løsninger er funnet skal saken avsluttes. Dersom det viser seg at det ikke kan gjennomføres på det daværende tidspunkt og alle er enige om dette, kan saken også avsluttes. I begge tilfeller skal deltagerne fra de besøkte informeres om hvorfor saken er avsluttet.

Det er lagt til grunn i pasientsikkerhetskampanjen at visittene kan være en måte å følge opp målinger av pasientsikkerhetskulturen og kampanjen skriver i sin sluttrapport at flere av helseforetakene begynte å gjennomføre visitter på bakgrunn av resultatene fra undersøkelsen i 2012 (Pasientsikkerhetsprogrammet 2014, Sluttrapport, s 27).

Jeg vil i denne oppgaven undersøke hvorfor så er tilfelle. Hvilke resultater ga seg utslag i at helseforetakene ønsket å prioritere pasientsikkerhetsvisitter? Min antagelse er at det var først og fremst lav skår på kategorien ledelse, og da resultatene for det siste spørsmålet (16: *Sykehusledelsen gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten.*), som var avgjørende.

Ut ifra et instrumentelt perspektiv kan pasientsikkerhetsvisitter ses på som et verktøy for å vise ansatte at ledelsen tar pasientsikkerhetsarbeid på alvor. Videre kan en også anta at nye pasientsikkerhetskulturundersøkelser vil vise fremgang i resultatene. Gitt at visittene kan ha den effekten.

Frankel (2009) gjennomførte fra 2002 til 2005 en studie på effekten av pasientsikkerhetsvisitter på kategorien sikkerhetsklima. Studien viste en signifikant forbedring i skåren for sikkerhetsklima og at resultatene kunne være retningsgivende for å identifisere enheter som trengte oppfølging. Denne studien inngår også i en systematisk gjennomgang av trettifem

studier, gjennomført av Morell og Brand i 2011. Denne gjennomgangen identifiserte elleve strategier for å bedre pasientsikkerhetskulturen, hvorav pasientsikkerhetsvisitter er en av to strategier som kan vise en signifikant virkning (Morello 2013). Jeg har ikke kunnet finne noen undersøkelser som tilsier at pasientsikkerhetsvisitter skal kunne påvirke ledelsesskåren og legger derfor til grunn at en ikke kan måle fremgang i pasientsikkerhetskulturundersøkelsen fra 2012 til 2014. Ut ifra et kulturelt perspektiv vil jeg heller ikke forvente at en vil kunne måle eventuelle endringer og effekter før etter lang tid. Hvor lang tid vil være avhengig av bruken av pasientsikkerhetsvisitter.

I et instrumentelt perspektiv vil pasientsikkerhetsvisitter, som pasientsikkerhetskulturundersøkelsene, også være en metode for å innhente kunnskap om foretakene. I et slikt perspektiv vil jeg anta at ledere tar til seg veilederen som kommer fra nasjonalt hold og bruker denne metodisk for å innhente kunnskap om organisasjonen. I komplekse organisasjoner som helseforetak vil jeg anta det er mange risikoforhold som avdekkes og dertil mange tiltak som formuleres. Dette vil ha effekt på prosedyrer, rutiner og organisering av arbeidet og jeg antar også jeg vil kunne se endringer i organisasjonsstruktur. Videre vil jeg anta at ledere vil forholde seg formalistisk til organisasjonen og bruke ledelseslinjen for å implementere og følge opp erfaringene og tiltakene fra visittene.

Ut ifra et kulturelt perspektiv kan pasientsikkerhetsvisitter forstås som en arena for sosialisering og utvikling av relasjonen mellom ledere og ansatte. Visittene er da mer å forstå som en uformell ramme der man til dels kan gå ut av sine formelle roller og snakke sammen om verdier og normer i pasientsikkerhetsarbeidet. I et slikt perspektiv vil jeg anta at dette er en holdning som ledere tar med seg inn i planlegging, gjennomføring og oppfølging av visittene. Fokus vil rettes mot utviklingen av en felles forståelse og motivasjon, samt at ledere og ansatte sammen identifiserer utfordringer og løsninger på disse.

Som i et instrumentelt perspektiv vil visitter antageligvis generere mange tiltak for å møte risiko, men ut ifra tanken om subkulturer antar jeg at risikoforhold og tiltak forstås ut i fra sin lokale kontekst. Jeg antar derfor at visittene forstås best ut i fra et kulturelt perspektiv.

Hvorvidt erfaringene og løsningene kan bringes ut og oppover i organisasjonen, eventuelt ned i andre enheter, er et åpent spørsmål. For å finne ut av dette vil jeg derfor i dette kapittelets nest siste del fokusere på læring.

Læring

Læring kan beskrives som en prosess der man først registrerer noe av relevans for virksomheten, som enten er negativt eller positivt, og gjennom ulike tilnærminger, for eksempel revisjon, gjennomganger, problemutforskning eller medarbeidersamtaler, tilegner seg kunnskap og på grunnlag av dette kan endre eller forsterke adferd og praksis, blant annet gjennom å bygge nye strukturer og å gjøre kollektiv læring til kollektiv handling (Jacobsen 2013). Det er en forutsetning at ledelsen må legge til rette for at læring, kunnskap og kompetanse kan overføres fra det enkelte individ og den enkelte enhet, til kollektivet.

Det er mange teorier om hvordan læring kan skje både i organisasjoner og hos individer, og med utgangspunkt i systemnivået, det vil si organisasjonen, eller individnivået, altså den enkelte ansatte. Men hva skal læres og hvordan?

James G. March (1991) skiller mellom to typer kunnskap; 1) Kunnskap om bedre utnyttelse av ressursene man har til rådighet og 2) kunnskap gjennom utforskning av noe nytt. For å avdekke hvilke ressurser man har til rådighet retter teorier om kunnskapsproduserende systemer fokus på hvordan man kan utnytte taus kunnskap, mens teorier om organisasjoners absorptive kapasitet fokuserer på hvor god man er til å ta til seg kunnskap som er utviklet utenfor organisasjonens grenser. Et sentralt forhold her er en organisasjonskultur som oppmuntrer medlemmene til å kontinuerlig stille kritiske spørsmål.

Mulighet til å stille spørsmål ved systemet er også en sentral form for læring i læringsteorien til Argyris (1990). I denne teorien stilles spørsmål ved hva man egentlig lærer og egentlig endrer av adferd, og med det prøver å beskrive læring som skjer når man betviler at forbedret praksis gir forbedrede resultater. Her flyttes man fra en læring som fokuserer på hvordan man lærer, til fokus av hvorfor man lærer. Disse to læringsformene betegnes som henholdsvis enkelkretslæring og dobbelkretslæring. I enkelkretslæring tas de mål og verdier som styrer adferd for gitt, men dobbelkretslæring kjennetegnes av man konstant vurderer og stiller spørsmål ved de mål og verdier man setter seg. Jeg forstår enkelkretslæring i et instrumentelt perspektiv, mens dobbelkretslæring kan ses i et kulturelt perspektiv. Spørsmålet blir da hvilke form for læring som fremmes ved helseforetakene?

Leonard og Frankel (2012) legger til grunn at ledere må fremme systematisk læring og forbedringsarbeid overfor frontlinjepersonell slik at både uønsket oppførsel og bruk av snarveier ikke blir akseptert, og ei heller at ledere oppfattes som om de ikke bryr seg. Gjennom å påvirke og styrke sikkerhetskulturen ved å fremme læringssystemer som tar opp i seg de

bekymringer, varsler og tilbakemeldinger som frontlinjepersonell kommer med, kan ledere vise at de bryr seg, at tilbakemeldinger medfører utbedring og at når forbedringer skjer gis det systematiske tilbakemeldinger til de som først varslet. Et læringssystem som fanger og følger opp forbedringer bygger tillit og både motivasjon og evne for videre forbedringer.

Læring kan følgelig også forstås både i et instrumentelt og et kulturelt perspektiv og det er i vektleggingen av struktur eller kultur at det avdekkes hvilket perspektiv som er det gjeldende. Å vise at ledere bryr seg er et utgangspunkt for pasientsikkerhetsvisitter, noe som styrker antagelsen om at læring i denne oppgaven først og fremst skal forstås i et kulturelt perspektiv. Gjennom å vise at de bryr seg vil ledere styrke den mellommenneskelige relasjonen og bygge tillit, men dette vil også trolig ta tid.

Videre i det kulturelle perspektivet er forståelsen av en sykehuskultur som et lappeteppe og ikke et helt sømløst stoffstykke hva gjelder læringskultur. Variasjonen fremkommer gjerne på grunn av lederskap på lokalt nivå og organisasjonslæring kan ses på som det kumulative produkt av læring i små grupper og team. Både Firth-Cozens (2000) og Edmondson (2004) legger til grunn at læring må skje, og er mest effektivt, på laveste mulige nivå for å kunne identifisere, analysere og forhindre trusler mot pasientsikkerheten. Men dette utfordrer organisasjoners kollektive evne til å lære av feil, blant annet fordi det er individer som lærer, ikke organisasjoner, og overføring fra lokalt nivå er vanskelig (Carroll 2002). Hvordan forholder ledere seg til dette? Jeg vil anta ut i fra et kulturelt perspektiv at ledere først og fremst vil søke å løse problemene og legge til rette for læring lokalt og ikke aktivt forsøker å spre erfaringene, men slår seg til ro med at slik kunnskap vil spre seg etter hvert.

En motsats til dette vil være ledere, som ut i fra et instrumentelt perspektiv vil søke å finne den mest effektive måten å sørge for at risikoforhold avdekkes, at tiltak og løsninger finnes, og at linjeledelsen vil anses som den mest effektive måten å kvittere ut forholdene på. Et av målene ved pasientsikkerhetsvisitter er også å «opprette kommunikasjonslinjer vedrørende pasientsikkerhet mellom ansatte, avdelingsledere og toppledelsen» (Pasientsikkerhetsprogrammet 2011, s 4). Ved å sikre at linjeledelsen er involvert vil jeg anta at læring først og fremst ses som å være ivarettatt ved at linjeledelsens kompetanse og erfaring blir styrket og at denne kunnskapen systematisk spres videre, når det er bruk for den. Er det slik? Hvis så, vil jeg anta at når behovet for læring er stort vil læringsarenaer opprettes, prosedyrer og rutiner endres, kunnskapen tas til seg umiddelbart og ledere vil ha en forventning om nær umiddelbar effekt.

Spørsmålet blir hvorvidt helseforetakene, med utgangspunkt i erfaringene og kunnskapen fra pasientsikkerhetsvisittene, har opprettet og brukt arenaer for læring. Eller om læring først og fremst skjer lokalt ut ifra den unike og individuelle konteksten de ulike enhetene jobber i? Jeg antar at læring først og fremst forstås best med et kulturelle perspektiv og at ledere i liten grad oppretter læringsarenaer eller aktivt jobber med kunnskapsspredning med utgangspunkt i pasientsikkerhetsvisittene.

Oppsummering av forventningene ut fra ulike perspektiv

	Instrumentell	Kulturell
Styring	Hard	Myk
Pasientsikkerhet	Enhetlig forståelse av pasientsikkerhet. Systematisk bruk av kontroll, måling, og allokering av ressurser.	Mange ulike forståelser av pasientsikkerhet. Bruke handlingsrom ved kritiske hendelser, veilede og bygge mellommenneskelige relasjoner.
Pasientsikkerhets-kulturundersøkelser	Korrekt gjennomføring i henhold til kriterier. Verktøy for nøyaktig måling av kulturen. Resultater avgjørende for valg av tiltak.	Variasjon i gjennomføring av undersøkelsen. Verktøy for å forstå organisasjonen bedre, med stort rom for tolkning. Resultat ikke avgjørende for videre arbeid i organisasjonen.
Pasientsikkerhets-visitter	Visitter som verktøy for å innhente kunnskap om hva man kan jobbe med for å nå mål. Generer mange forbedringstiltak for hele organisasjonen. Forankring i ledelseslinjen. Visitter gjennomført som oppfølging av pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. Forventninger om bedre resultater ved neste pasientsikkerhetskulturundersøkelse.	Visitter som verktøy for å bygge mellommenneskelige relasjoner. Fokus på visitter som skyldfri arena. Generer mange forbedringstiltak lokalt. Forankring utover ledelseslinjen.

Læring	<p>Enkelkretslæring – mål og verdier tas for gitt.</p> <p>Systematisk tilrettelegging av læring gjennom kunnskapsdeling og opprettelse av læringsarenaer.</p> <p>Læring sentrert i ledelseslinjen.</p> <p>Læring igangsettes ved behov.</p> <p>Aktiv spredning gjennom endring av rutiner og prosedyrer som forventes å ha effekt med en gang.</p>	<p>Dobbelkretslæring – mål og verdier stilles spørsmål ved.</p> <p>Lokal læring tilpasset situasjonen. Ingen aktiv spredning av kunnskap.</p> <p>Læring tar tid.</p>
---------------	--	--

Komplekse og dynamiske handlingslogikker

Rene teoretiske modeller slik presentert gjennom henholdsvis det instrumentelle og det kulturelle perspektivet manifesterer seg sjelden i den virkelige verden. Som tidligere nevnt er helsesektoren en stor og kompleks sektor, likt mye av annen offentlig sektor. Det kan derfor være mer hensiktsmessig å kombinere de ulike perspektivene, enn en endimensjonal tilnærming gjennom et perspektiv.

For eksempel kan den underliggende handlingslogikken i en organisasjon springe ut i fra både formelle rammer og kulturelle hensyn, og det er et samspill mellom en mål-middel rasjonalitet og logikk om det passende (Christensen 2013).

Et kompleks og dynamisk samspill kan gi opphav til ulike analyser. En modell for dette er en analyse som legger til grunn begge perspektivene, der de gjensidig påvirker, informerer og komplementerer hverandre. En annen analysemodell vil være å ta utgangspunkt i et perspektiv og modifierer dette gjennom å trekke inn elementer fra et annet.

For foretakene i helsesektoren er det vektleggingen av de ulike elementene i styring, hos ledere, i undersøkelser, visitter og læring som blir kjennetegnende for hvilken teoretisk ramme som best forklarer utviklingen av pasientsikkerhetskulturen.

Til tross for at kulturbegrepet er fremtredende i denne oppgaven legger jeg til grunn at det er både det instrumentelle perspektivet og det kulturelle perspektiv som sammen gir den beste forklaringsmodellen for pasientsikkerhetsarbeidet i det norske helsevesenet. Perspektivene er komplementerende i den grad at tilrettelegging for pasientsikkerhetsarbeid både gjøres utfra

en rasjonell handlingslogikk og det som er passende for å løse utfordringer på laveste nivå og i ulike subkulturer. Det er også gjennom den instrumentelle styringen og påvirkningen av både formelle og uformelle normer, at ledere etablerer og utvikler organisasjonskulturen.

Videre antar jeg at ledere gjennom undersøkelser og visitter ønsker å tilegne seg kunnskap om organisasjonskulturen for å finne de riktige virkemidlene for å endre denne. Men jeg antar også at ledere ikke forventer en umiddelbar styrking av pasientsikkerheten. Med det følger også at endring av pasientsikkerhetskulturen vil ta tid.

3. Metode

Gjennom de siste 8 årene har det vært et tiltagende fokus og oppmerksomhet rundt pasientsikkerheten i norsk helsevesen og denne oppgaven er gjennomført i den hensikt å undersøke aspekter ved pasientsikkerhetskultur i helsevesenet og med ønske om å bidra til økt kunnskap om pasientsikkerhetsarbeid i Norge. I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for hvilke metodiske valg som er gjort i gjennomføringen av studien.

I samfunnsvitenskapelig forskning går det klassiske skillet mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Det klare skillet mellom disse uttrykkes i hvordan data registreres og analyseres. Den kvalitative metode opererer med tekst, mens kvantitativ metode opererer med tall (Johannessen 2011). I denne oppgaven rettes fokus på rådende oppfatninger, forståelser og normer ved de enkelte helseforetak og blant ledere som gjennomfører pasientsikkerhetsvisitter ved helseforetak i Norge. Metoder i kvalitativ forskning bygger på teorier om erfaring og tolkning, og målet er å utforske de involvertes oppfatninger om det som har skjedd (Malterud 2011). Jeg har derfor valgt å gjennomføre studien med bruk av semistrukturerte intervjuer som metode for å kartlegge aspekter ved pasientsikkerhetskulturen ved ulike helseforetak, det vil si ulike lederes oppfattelser av kulturen og arbeidet.

I tillegg har jeg foretatt en dokumentanalyse av oppdragsdokumentene Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene til underliggende foretak, samt Helse- direktoratets rundskriv til alle foretak. Disse to kildene brukes for å besvare ulike spørsmål og adresserer ulike antagelser jeg har om pasientsikkerhetsarbeidet, og styrker også studien gjennom bruk av triangulering.

Teori er innhentet gjennom søk på Google Scholar på norsk og på engelsk for å avdekke relevant forskning på feltet i Norge og internasjonalt, i særdeleshet USA og Storbritannia. Sammen med relevant teorikunnskap og litteratur tilegnet gjennom et snart tre år masterstudie i styring og ledelse for offentlig sektor har dette utgjort bakgrunnen for teorikapitlet.

Studien startet med søk på nettsidene til Pasientsikkerhetsprogrammet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapssenteret, Helsedirektoratet og de regionale, og dertil underliggende lokale, helseforetak. Gjennom å konsentrere søk med spesifikke ord som pasientsikkerhet, pasientsikkerhetsvisitt og pasientsikkerhetskulturundersøkelse, avgrenset studien omfanget av antall foretak til de som faktisk gjennomfører pasientsikkerhetsvisitter samtidig som jeg fant frem til gode henvisninger til dokumenter, teori og definisjoner til bruk både i teorikapittel og for å gjennomføre en dokumentanalyse.

Med utgangspunkt i dette vurderte jeg det som mest hensiktsmessig å bruke intervju som metode for å innhente erfaringer fra de forskjellige foretakene og en intervjuguide ble utformet i den hensikt å gjennomføre semistrukturerte intervjuer.

Dokumentanalyse

Gjennom bruk oppdragsdokument og rundskriv har jeg kartlagt den formelle styrings-linjen fra nasjonalt nivå, via fire regionale foretak, og ned til tjuetre lokale helseforetak i perioden 2010-2014.

For hvert av de enkelte oppdragsdokumentene og rundskrivene er det gjort søk på nøkkelordene pasientsikkerhet*, kultur*, kampanje*, program* og læring*. For oppdragsdokumentene for Region Vest er tilsvarende nøkkelord på nynorsk brukt. I beskrivelsene og tabellen presentert i empirikapitlet foreligger oppsummeringer av dokumentene. De relevante avsnittene i hvert dokument for hvert foretak ble først samlet i en altomfattende oversiktstabell, for så å oppsummeres i tabell for de fire regionene og de fem temaene.

Oppdragsdokumentene til sykehusapotekene og ambulansetjenestene, som er ulikt organisert i de enkelte regionene, er ikke tatt med. Det har heller ikke vært mulig å finne oppdragene og rammeavtalene til de private og ideelle foretakene som sorterer inn under Region Vest og Region Sør-Øst.

Intervjuguide, utvalg av informanter og gjennomføring av intervju

Intervjuene har hatt som mål å foregå som en åpen samtale rundt de valgte temaene der en intervjuguide ga retning og struktur for gjennomføring av intervjuene (Vedlegg 2).

Intervjuguiden ble utformet med utgangspunkt i ulike teoretiske innfallsvinkler, foreløpige funn gjort i innhenting av dokumenter til dokumentanalysen og annen litteratur og teori lest i forberedelse av studien.

Følgende fire tema ble valgt som utgangspunkt for problemstillinger og spørsmål som skulle besvares:

1. Pasientsikkerhet
2. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsene av 2012 og 2014
3. Pasientsikkerhetsvisitter
4. Læring

Intervjuguiden ble ikke fulgt stramt og informantene fikk stort rom i intervjuene til å rette fokus mot de tema og problemstillinger de selv mente var relevant for samtalen. Likevel ble alle spørsmål i intervjuguiden enten besvart, eller ikke besvart, etter en vurdering på stedet av hvorvidt spørsmål eller problemstilling var relevant for den enkelte informant. Styring som er det femte tema som behandles i denne oppgaven var først og fremst tema for dokumentanalysen, ikke intervjuene. Jeg har derfor sortert ut relevante spørsmål og svar fra fire temaene i intervjuene og samlet disse under tema styring i empirikapitlet.

Gjennom først et søk på nett og så å ta kontakt med de regionale helseforetakene ble det avdekket hvilke helseforetak som jobbet med pasientsikkerhetsvisitter, men samtlige helseforetak ble også tilskrevet med en forespørsel om hvorvidt foretaket jobbet med pasientsikkerhetsvisitter.

Ved de fleste regionale helseforetakene var det koordinatører fra den tidligere pasientsikkerhetskampanjen som kunne videreformidle kontakt med de lokale ressurspersonene ved de enkelte foretak. Også helseforetakene der det ikke er gjennomført pasientsikkerhetsvisitter bekreftet per epost at det ikke er gjennomført visitter.

I alt tretten av helseforetakene i Norge, inkludert to private/ideelle sykehus gjennomførte pasientsikkerhetsvisitter i perioden 2010-2014. Tolv foretak, hvorav fire private/ideelle sykehus har bekreftet at de ikke gjennomførte visitter i denne perioden og seks private/ideelle sykehus har ikke respondert på forespørsler.

Utgangspunktet for oppgaven var å foreta intervjuer ved alle helseforetak der pasientsikkerhetsvisitter var gjennomført i perioden 2010-2014. Gjennom en slik kartlegging ville oppgaven ha et utvalg med høy informasjonsverdi og ivareta et helhetsperspektiv i bredden av helseforetakene. Av de tretten foretakene som praktiserte pasientsikkerhetsvisitter har jeg intervjuet tolv informanter ved ti av foretakene.

I henvendelsene til foretakene har jeg fremmet ønske om å intervju øverste ansvarlige i visitt-teamet ved gjennomføring av pasientsikkerhetsvisittene ved foretakene. Det er i de aller fleste tilfellene administrerende direktør. En slik henstilling til foretakene har ikke alltid ført frem og intervjuene har i de fleste tilfellene vært gjennomført med ansvarlig direktør som også inngikk i pasientsikkerhetsvisitt-teamet. I noen tilfeller ble intervju gjennomført med annen leder eller rådgiver tilknyttet visitt-teamet.

Halvparten av intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt og halvparten av intervjuene ble gjennomført som telefonintervju. Hvert intervju tok mellom 30 minutter og 1 time og 15 minutter.

Jeg har intervjuet administrerende direktører, direktører med ansvar for pasientsikkerhetsarbeid blant sine arbeidsoppgaver, kvalitetsledere, leger og rådgivere ansatt i stab. For å nærmere anonymisere informantene omtales de alle ved hunkjønnspronomen. Videre blir administrerende direktører og direktører ført opp som direktører, kvalitetssjefer og kvalitetsledere ført opp som kvalitetsledere, og kvalitetsrådgivere, leger i stab og rådgivere er ført opp som rådgivere. Jeg legger også til grunn at også informanter som ikke er ledere per se, men jobber i stab til leder forstås som en del av ledelsen ved foretakene.

Ved to tilfeller er det gjennomført intervju med to informanter tilstede. I disse to tilfellene behandler jeg intervjuene som om de var med en informant og personen med høyest posisjon er brukt for å identifisere på hvilket nivå i organisasjonen informanten befinner seg (Vedlegg 1).

For å kvalifisere seg til å være informant var det et absolutt krav at informanten deltok på pasientsikkerhetsvisitter. Det var også ønskelig at informanten hadde kunnskap om pasientsikkerhetskulturundersøkelsene. Informant nummer 9 kunne ikke svare på spørsmål om pasientsikkerhetskulturundersøkelsene, men har vært med som fast medlem av pasientsikkerhetsvisitt-teamet siden oppstart av tiltaket ved hennes helseforetak.

Intervjuene er ikke transkribert i sin helhet da dette ikke var relevant for studien. Hvert intervju er tatt opp og en generell oppsummering av helhetene i de enkelte intervju nedskrevet. Videre er mer inngående oppsummeringer av intervjuene kategorisert i henhold til studiens fire hovedkategorier.

Reliabilitet og validitet

Kvaliteten på samfunnsvitenskapelige data vurderes ut fra hvor godt datamaterialet belyser problemstillingen. En grunnleggende forutsetning for å sikre god samfunnsvitenskapelig forskning er høy reliabilitet og validitet. Høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet (Ringdal, 2013).

I denne oppgaven er det først og fremst intervjuene og dokumentene som ligger til grunn for dokumentanalysen som brukes for å belyse problemstillinger og antagelser. I det overgående har jeg inngående gjort rede for den metodiske innhenting og analysen som er brukt i det

videre arbeidet med denne oppgaven slik at tilsvarende studie kan gjennomføres. Med dette har jeg etter beste evne forsøkt å sikre oppgaven høy reliabilitet.

Der reliabilitet er et rent empirisk spørsmål, krever validitetsvurderingen også en teoretisk vurdering. Med dette menes at validitet alltid må referere til den teoretiske sammenhengen den brukes i. Validitet handler om resultatenes gyldighet, mer bestemt om vi faktisk måler det vi ønsker å måle, og videre om det er overførbarhet av funnene utover oppgavens rammer.

Gjennom en altomfattende kartlegging av rundskriv og oppdragsdokument i perioden 2010-2014 har jeg sikret en mest mulig korrekt fremstilling av styringslinjen fra nasjonalt til lokalt nivå. Materialet er så analysert med utgangspunkt i relevant teori.

Videre har jeg i en sammenstilling og analyse av så mange intervju som mulig, basert på en intervjuguide, gitt grunnlag for økt innsikt og forståelse av lederes arbeid med pasient-sikkerhet i norsk helsevesen. Dette vil ha overføringsverdi helseforetakene imellom og være av verdi for de som jobber med tematikken på nasjonalt nivå.

Informantene har også hatt mulighet til å lese igjennom deler av forskningsmaterialet og hatt muligheten til å komme med innspill, og med det styrket validiteten av studien. I en tverrgående analyse av flere informanters bidrag er det summen av dataene som utgjør konklusjonen og helheten og dette behøver ikke nødvendigvis stemme overens med hva den enkelte informant har sagt (Malterud 2011). En slik analysemetode kan fremstå som etisk problematisk fordi informantenes utsagn fremstår som løsrevet fra helheten, men for en forsker er det sammenligningen og oppsummeringen av informantene bidrag som er i fokus, ikke den enkelte informant. At utsagn og beskrivelser ikke er beskrevet i sin helhet styrker med det anonymiteten til den enkelte informant.

Etikk

Etikk er i utgangspunktet læren om hvordan vi bør handle, og er således et vidt begrep. Etikk i samfunnsforskning består av både skrevne og uskrevne regler og normer. Personopplysningsloven regulerer noe av området etikk, og man er som forsker forpliktet til å følge disse. Det er også vedtatt forskningsetiske retningslinjer av den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora. Innenfor disse retningslinjene er det tre typer hensyn en må være oppmerksom på, informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv, forskerens ansvar til å unngå skade (Johannessen 2011).

Disse retningslinjene er viktigst ved bruk av kvalitativ metode og i forhold til denne oppgaven er det få etiske problemstillinger.

Hverken pasienter eller pasientopplysninger inngår i denne studien/oppgaven og faller dermed utenfor helseforskningslovens bestemmelser §2. Det er gjennomført personintervjuer med ledende personell ved flere helseforetak og behandling av dette datagrunnlaget er meldepliktig etter personopplysningsloven. Prosjektet er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) som har funnet databehandlingen tilfredsstillende i henhold til lovkravene.

Samtykke

Før hvert intervju er informantene bedt om å lese et informasjonsskriv med samtykkeerklæring og signert samtykke er innhentet fra alle informantene. I informasjonsskrivet er alle informantene opplyst om muligheten for å kunne trekke seg når de selv måtte ønske og alle data vil bli slettet. Ingen av informantene har trukket seg under prosjektet løpetid. Informantene har også hatt mulighet til å høre på intervjuet med seg selv og lese oppsummeringen som er gjort av intervjuene. Lydfiler av intervjuet og dokumenter er gjort tilgjengelig for den enkelte informant gjennom en begrenset tilgang til individuelle mapper i skylagringsmediumet Dropbox og dokumentene er også tilsendt den enkelte per epost.

4. Empiri

I det følgende kapitlet presenteres oppsummeringer av Helsedirektoratets rundskriv, oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartement til regionene, oppdragsdokumentene fra det enkelte regionsforetak til underliggende helseforetak, og en gjennomgang av intervjuene.

4.1 Nasjonale oppdrag og regionale føringer

Helsedirektoratets rundskriv

Fra 2010 til 2014 var det en gradvis økning av informasjon og forventet engasjement om pasientsikkerhetsarbeidet (Helsedirektoratet IS 1/ 2010-2014), fra foretakene i 2010 ble gjort oppmerksom på at det kom en kampanje, til de i 2011 ble bedt om å gjøre seg «kjent med tiltak for økt pasientsikkerhetsarbeid» (IS 1/2011). Videre i 2012 ble helseforetakene bedt om å sørge for «et systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i foretakene og *bidra* aktivt i Pasientsikkerhetskampanjen» (IS 1/2012). I 2013 var det forventet at foretakene både deltok i utformingen og implementeringen av kampanjen og til slutt i 2014 ba Helsedirektoratet om at regionsforetakene prioriterte pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker med den underliggende forventning om at dette arbeidet nå var å anse som en del av sykehusenes ordinære aktivitet.

Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument

I oppdragsdokumentet fra 2010 ble regionsforetakene bedt om å delta i en styringsgruppe og legge til rette for et arbeid med å utforme en nasjonal pasientsikkerhetskampanje, videre var det en oppgave å gjennomgå alvorlige hendelser og bruke dette til læring.

For 2011 var det et mål å redusere antall uønskede hendelser, og avviksmeldinger skulle følges opp ut ifra et system- og læringsperspektiv. Kampanjens mål ble omtalt og regionsforetakene skulle sørge for at alle virksomhetene deltok «i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen på de nasjonale innsatsområdene som styringsgruppen» besluttet (Oppdragsdokument 2011).

I 2012 var færre uønskede hendelser referert til som et overordnet mål samtidig som det også lå til grunn at antall meldte uønskede hendelser skulle øke. Ledelsen på alle nivå skulle sikre at velfungerende systemer og avviksmeldinger ble fulgt opp ut i fra et system- og læringsperspektiv. Det var et mål at alle helseforetak skulle delta i kampanjen i henhold styringsgruppens beslutninger, og at ledere fulgte «aktivt opp egne resultater i kampanjen»

(Oppdragsdokument 2012). Videre ble 100 % deltakelse i den kommende pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen introdusert som et styringsparameter regionene ville bli målt på.

2013 la til grunn mer eller mindre de samme overordnede føringene som 2012, minus undersøkelsen som ikke skulle gjennomføres. Det var videre et mål at «alle sykehus og helseforetak implementerte alle tiltakspakkene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» og rapporterte egne resultater» (Oppdrag 2013). (Bruk av kursiv for verbbøyning)

Fra 2013 til 2014 skjedde et stort skifte. Kampanjen hadde blitt et program og slik som beskrevet i rundskrivet var det et mål at programmet skulle inngå, «som en del av sykehusenes ordinære aktivitet» (Oppdrag 2014). Det var ingen øvrig referanse til pasientsikkerhetskultur, ei heller til undersøkelsen som skulle gjennomføres i 2014.

De regionale helseforetakenes oppdragsdokument

I den følgende tabellen følger en oppsummering av de fire regionsforetakenes oppdragsdokument til tjuetre underliggende helseforetak i perioden 2010-2014.

Nord	Midt	Vest	Sør-Øst
<p>2010 -Sikre deltagelse i faggruppene i forberedelse av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen.</p>	<p>2010 -Fokus på reduksjon av feil og uønskede hendelser, oppfølging i system og en trygg meldekultur som følges opp ut fra et system- og læringsperspektiv.</p>	<p>2010 -Fokus på reduksjon av feil og uønskede hendelser, oppfølging i system og en trygg meldekultur som følges opp ut fra et system- og læringsperspektiv.</p> <p>-Sikre deltagelse i faggruppene i forberedelse av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen.</p> <p>-Regionen vil bidra til kulturbygging gjennom konferanse, prisutdeling og såkornsmiddel.</p> <p>-Foretakene skal legge til rette for en kultur for forbedring der organisasjonene skal lære av feil og svikt.</p> <p>-Foretakene skal rapportere for hvordan de arbeider for å bedre pasientsikkerheten.</p>	<p>2010 -Fokus på reduksjon av feil og uønskede hendelser, oppfølging i system og en trygg meldekultur som følges opp ut fra et system- og læringsperspektiv.</p> <p>-Det skal dokumenteres reduksjon i sykehusinfeksjoner, feilmedisinering og andre alvorlige uønskede hendelser i alle helseforetak.</p>
<p>2011 -Deltagelse i den nasjonal sikkerhetskampanje.</p> <p>-Rapportering på gjennomførte tiltak etter 2. tertial og i Årlig melding.</p>	<p>2011 -Pasientsikkerhet i relasjon til økonomi.</p> <p>-Lederansvar å fokusere på reduksjon av feil og uønskede hendelser, oppfølging i system og en trygg meldekultur som følges opp ut fra et system- og læringsperspektiv.</p> <p>-Deltagelse i den nasjonal sikkerhetskampanje.</p>	<p>2011 -Lederansvar å fokusere på reduksjon av feil og uønskede hendelser, oppfølging i system og en trygg meldekultur som følges opp ut fra et system- og læringsperspektiv.</p> <p>-Deltagelse i den nasjonal sikkerhetskampanje.</p> <p>-Rapportering på gjennomførte tiltak etter 2. tertial og i Årlig melding.</p>	<p>2011 -Pasientsikkerhet i relasjon til økonomi.</p> <p>-Lederansvar å fokusere på reduksjon av feil og uønskede hendelser, oppfølging i system og en trygg meldekultur som følges opp ut fra et system- og læringsperspektiv.</p> <p>-Deltagelse i den nasjonal sikkerhetskampanje.</p>

	- Rapportering på gjennomførte tiltak etter 2. tertial og i Årlig melding.		-Rapportering på gjennomførte tiltak etter 2. tertial og i Årlig melding.
<p>2012</p> <p>-Følge opp kravene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen.</p> <p>-Deltagelse i pasientsikkerhetskulturundersøkelsen.</p> <p>-Styrebehandling av statusrapporter fra pasientsikkerhetskampanjen</p> <p>Oppfølging av punkt fra tidligere år</p> <p>-Samarbeide med Nasjonal enhet for pasientsikkerhet for å sikre læring og forbedring som følge av uønskede hendelser. (2009)</p>	<p>2012</p> <p>-Pasientsikkerhet i relasjon til økonomi.</p> <p>-Samtlige overordnede mål og mål 2012 fra regionens oppdragsdokument videreført.</p> <p>-Deltagelse i pasientsikkerhetskulturundersøkelsen.</p>	<p>2012</p> <p>-Fokus på reduksjon av pasientskader, feil og uønskede hendelser</p> <p>-Samtlige overordnede mål og mål 2012 fra regionens oppdragsdokument videreført.</p> <p>-Deltagelse i pasientsikkerhetskulturundersøkelsen.</p> <p>-Brukerinvolvering av i pasientsikkerhetskampanjen.</p> <p>-Strategisk kompetansestyling med mål om læringsarenaer og kultur for tilegnelse og iverksetting av kunnskap.</p>	<p>2012</p> <p>-Pasientsikkerhet i relasjon til økonomi.</p> <p>-Samtlige overordnede mål og mål 2012 fra regionens oppdragsdokument videreført.</p> <p>-Deltagelse i pasientsikkerhetskulturundersøkelsen.</p> <p>-Utdanning av helsepersonell skal ivareta pasientsikkerhet i tjenestene.</p>
<p>2013</p> <p>-Helse Nords viktigste mål for de nærmeste årene er: Et målrettet kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid som reduserer risiko for skader og ulykker til et minimum og gir foretakene løpende oversikt over sine data.</p> <p>-Oppfølging av mål fra 2013 og enkelte av målene fra tidligere år, slik formulert i OD rettet til regionen.</p> <p>Oppfølging av punkt fra tidligere år</p> <p>-Innhente og anvende egne og eksterne pasientsikkerhetsdata for læring og forbedring i eget helseforetak. (2012)</p> <p>-Styrebehandling av statusrapporter fra pasientsikkerhetskampanjen (2012)</p> <p>-Samarbeide med Nasjonal enhet for pasientsikkerhet for å sikre læring og forbedring som følge av uønskede hendelser. (2009)</p>	<p>2013</p> <p>-Pasientsikkerhet i relasjon til økonomi.</p> <p>-Samtlige overordnede mål og mål 2013 fra regionens oppdragsdokument videreført.</p> <p>-Utdanning av helsepersonell skal ivareta pasientsikkerhet i tjenestene.</p>	<p>2013</p> <p>-Fokus på reduksjon av pasientskader, feil og uønskede hendelser.</p> <p>-Brukerinvolvering av i pasientsikkerhetskampanjen.</p> <p>-Deltagelse og bidrag til i regionens kvalitetssatsning og pasientsikkerhetsprogram.</p> <p>-Samtlige overordnede mål og mål 2013 fra regionens oppdragsdokument videreført.</p> <p>-Strategisk kompetansestyling med mål om læringsarenaer og kultur for tilegnelse og iverksetting av kunnskap.</p>	<p>2013</p> <p>-Pasientsikkerhet i relasjon til økonomi.</p> <p>-Samtlige overordnede mål og mål 2013 fra regionens oppdragsdokument videreført.</p> <p>-Utdanning av helsepersonell skal ivareta pasientsikkerhet i tjenestene.</p> <p>-Tilretteleggelse ved ledelse på alle nivå for systematisk kvalitets-, pasientsikkerhets- og HMS-arbeid.</p>
<p>2014</p> <p>-Virksomhetsstyringen er i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet.</p> <p>- mål at programmets «tiltaksplaner inngår som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i ledelseslinjen»</p> <p>-Deltagelse i pasientsikkerhetskulturundersøkelsen, med minst 70% respons.</p> <p>-Styrebehandling av statusrapporter fra pasientsikkerhetskampanjen.</p>	<p>2014</p> <p>-Pasientsikkerhet i relasjon til økonomi.</p> <p>-Særsilt gjennomgående ledelsesfokus i 2014 på færre pasientskader.</p> <p>- mål at programmets «tiltaksplaner inngår som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i ledelseslinjen»</p> <p>-Deltagelse i pasientsikkerhetskulturundersøkelsen.</p> <p>-Styrebehandling av statusrapporter fra pasientsikkerhetskampanjen.</p>	<p>2014</p> <p>-Deltagelse og bidrag til i regionens kvalitetssatsning og pasientsikkerhetsprogram.</p> <p>-Brukerinvolvering av i pasientsikkerhetskampanjen.</p> <p>- mål at programmets «tiltaksplaner inngår som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i ledelseslinjen».</p>	<p>2014</p> <p>-Pasientsikkerhet i relasjon til økonomi.</p> <p>- mål at programmets «tiltaksplaner inngår som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i ledelseslinjen».</p>

	-Pasientsikkerhet som fast punkt på agendaen i styremøter og ledermøter på alle nivå.		
--	---	--	--

En videre behandling av disse dataene foretas i analysen. Eksempler på ulike oppdragsdokument fra de fire regionsforetakene til underliggende helseforetak er listet opp i egen dokumenttabell etter kilder.

4.2 Lokal implementering

I perioden medio januar til medio mars 2015 ble det gjennomført ti intervjuer med tolv informanter. Informantene er sortert inn i vedlegg 1 og listet opp i den rekkefølgen som intervjuene er foretatt. Det er lagt vekt på å fortelle det generelle synet innad i de fem temaene, samt å trekke frem de enkelte informantenes avvikende syn, når det er relevant.

Styring

Alle informantene delte oppfatningen av at et økt fokus på pasientsikkerhet gjennom en kampanje, og nå program, var et kjærkomment tilbud som gavnet foretakenes eget arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Men graden av forpliktelse overfor de mål og tiltak som ble introdusert fra nasjonalt og regionalt nivå varierte. Kun informant 5 henviste til at det var et helhetlig sett med innsatsområder som skulle prioriteres og oppfattet at foretaket fra regionalt hold var forpliktet til å innføre og jobbe med samtlige innsatsområder.

Hoveddelen av foretakene (informant 1,2, 4, 6 og 8) var innforstått med at det var et sett av tolv innsatsområder, men i sin implementering hadde foretakene kun tatt til seg de områdene de selv anså som relevante.

De aller fleste foretakene beskrev en gradvis implementering av innsatsområder, og tok med seg erfaringene fra en innføringsrunde videre med seg til påfølgende innsatsområde. Også når det gjaldt tiltak innad i innsatsområdene vurderte foretakene hva som ville være den mest praktiske gjennomføringen og hvorvidt de var enig i veiledningene og de anbefalte prosedyrene. Innsatsområdene Trygg kirurgi og Samstemming av legemidler ble ofte nevnt som områder der både innføring ble opplevd som krevende, og der lokale tilpasninger måtte gjøres. I noen tilfeller ga informantene også klart inntrykk av faglig uenighet med de nasjonale føringene.

Oppfatninger av pasientsikkerhet og pasientsikkerhetsarbeid

I hvert intervju ble informantene spurt om hvordan de selv definerte pasientsikkerhet og dette ga ti intervjuer med ti forskjellige syn på pasientsikkerhet. Samtlige informanter la til grunn at

pasientsikkerhet kunne forstås som vern mot unødig skade, og informant 1 og 6 henviste til den formelle definisjonen som lå til grunn for kampanjen og nå programmet.

Informantene anså pasientsikkerhetsbegrepet som både så uspesifikt og så bredt at begrepet kunne inneholde det aller meste ved et foretaks virke. Informant 3, 4, 5, 6 og 8 henviste konkret til pasientsikkerhetsarbeid som daglig drift.

For informant 1, 2, 4, 7 og 8 var pasientsikkerhetsarbeid et arbeid som foretakene kunne begynne med etter de gjennom en periode på midten av 2000-tallet hadde gjennomgått økonomiske innstramminger og omorganiseringer. To av de ti informantene opplyste om egne avsatte midler til pasientsikkerhetsarbeid i foretakets budsjetter.

Flertallet av informantene (2, 5, 6, 7, 8, 9 og 10) forholdt seg til pasientsikkerhetsarbeid som struktur og beskrev arbeidet gjennom henvisning til organisasjon, prosedyrer, rutiner og lovverk. Flere av disse henviste videre til egne kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg på foretaksnivå eller klinikknivå.

Informant 3 og 4 beskrev pasientsikkerhetsarbeid som et helhetlig holdningsarbeid og kulturvirke.

Klare motsetninger var også å finne hos enkelte av informantene. Informant 1 anså ikke HMS-arbeid som en del av pasientsikkerhet, mens informant 5 og 6 anså både HMS-arbeid og forhold tilknyttet arbeidsmiljøloven som en del av foretakets videre pasientsikkerhetsarbeid. For informant 2 var det et klart skille mellom arbeidet med kvalitet i tjenestene og pasientsikkerhetsarbeid, mens for informant 7 var dette klart to sider av samme sak.

Oppfatninger om pasientsikkerhetskulturundersøkelsene

Informantene var delt i to like store grupper i sin helhetlige bedømmelse om dette verktøyet var å anse som nyttig og relevant og informant 2, 4 og 10 leverte klar kritikk av både spørsmålene i undersøkelsene og metoden for beregning av resultatene. Flere av informantene (1, 2, 5 og 8) fremmet kritikk vedrørende terminologi i undersøkelsens tekst.

Informant 2, 4, 5 og 6 opplevde at de så og si klarte å oppfylle målsetningen om 70 % oppslutning i 2012, mens informant 1, 3 og 7 klarte det ikke. For enkelte av foretakene med utilfredsstillende skår i 2012 ble det igangsatt et iherdig arbeid for å heve oppslutningsprosenten i 2014. Halvparten av disse opplevde at de lyktes i dette arbeidet.

Gjennomføring av undersøkelsene i henhold til kriteriene satt av nasjonalt nivå varierte. Ved to av foretakene hadde samtlige ansatte blitt forespurt om å delta i undersøkelsene, men de fleste foretakene hadde først og fremst sendt ut undersøkelsene i henhold til kriteriene, det vil si til frontpersonal og ansatte i minst 30 % stilling. Likevel hadde mange av foretakene etter hvert begynt med åpne invitasjoner til alle ansatte ved foretakene med det mål om å heve oppslutningsprosenten. To av foretakene har ekskludert samtlige merkantilt ansatte.

Informantene opplevde at det var stor variasjon i resultatene mellom de ulike ansattegruppene og mellom de ulike enhetene ved foretakene. Ofte var det gjerne en enhet som stakk se ut, det være seg positivt eller negativt. Generelt sett opplevde de foretakene som hadde inkludert merkantilt ansatte at pasientsikkerhetsarbeidet skåret gjennomsnittlig lavere i denne gruppen enn i de andre ansattegruppene.

Informant 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 og 10 ga uttrykk for at resultatene fra spørsmål 16 (*Sykehusledelsen gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten*) var dårlige og for enkelte av informantene opplevdes resultatene som veldig dårlig.

På bakgrunn av 2012-undersøkelsen ved foretakene til informant 4, 8 og 10 ble pasientsikkerhetsvisitter fremmet som konkret tiltak for å jobbe videre med utfordringer med ansattes forståelse av ledelse og pasientsikkerhetsarbeidet. For disse foretakene og foretakene til informant 5 og 6 ble det på bakgrunn av undersøkelsene generelt sett fremmet tiltak for å jobbe videre med pasientsikkerhetsarbeidet, på ulike nivå. Hos foretakene 1, 3 og 7 ble det ikke innført spesifikke tiltak med utgangspunkt i undersøkelsen.

Oppfatninger om pasientsikkerhetsvisittene

Av det jeg har kunnet kartlegge har tretten foretak innført pasientsikkerhetsvisitter i løpet av 2010-2014 og blant disse tretten finnes to private/ideelle foretak i Region Vest.

I denne oppgaven har jeg gjennomført intervju ved ti av disse tretten foretakene. Blant disse ti foretakene varierte kjennskapen og førstehåndskunnskapen om tiltaket. Halvparten av informantene (1, 3, 5, 6 og 9) hadde fått kjennskap om tiltaket fra ressurspersoner tilknyttet pasientsikkerhetskampanjen i oppkjøringen eller under implementeringen av kampanjen, mens de andre informantene opplyste om andre kilder og opphav til tiltaket. Informant 7 og 8 begynte med tiltaket etter å ha lært om det fra Nordlandssykehuset, men informant 4 og 10 henviste til henstillinger fra deres respektive regionsforetak. Informant 1 og 2 henviste også til kjennskap via internasjonal erfaring.

Også motivasjonen for å sette i gang med tiltaket varierte mellom foretakene. I den overstående delen om undersøkelsene fremgår det at det for informant 4, 8 og 10 var resultatene fra undersøkelsen i 2012 som var den direkte årsaken til at man ved deres foretak begynte med visitter. Videre hadde det for informant 1, 2 og 10 vært viktig å finne frem til verktøy som kunne forbigå linjen ved foretakene. For informant 3 og 8 var det først og fremst eksponeringen og synligheten av ledelsen som var det drivende elementet, mens det for informant 1 og 2 var et klart opplæringselement i tiltaket. Da med henholdsvis læring for ledelsen (1) og læring for frontpersonalet (2). For både informant 7 og 9 var det å legge til rette for en dialog om pasientsikkerhet med ansatte generelt viktig og videre for informant 9 ble visittene også tillagt et element av revisjon.

Bare informant 5 gjennomførte det første året med visitter i henhold til malen utarbeidet av det nasjonale sekretariatet, mens informant 1, 3, 7, 9 og 10 henviste til «Nordlandsmalen» for implementering av tiltaket. For informantene 2, 3, 4, 6, 8 og 9 var det den lokale tilpasningen av enten den nasjonale veilederen eller «Nordlandsmalen» som gjorde seg gjeldende. Også for informant 5 ble det etter et år gjort lokale tilpasninger.

For alle informantene utenom informant 3 var administrerende direktør nå en del av visittteamet, mens hos informant 2 var fagdirektøren den som ikke deltok i visittene. For de aller fleste foretakene var også et medlem av direktørens stab med på visittene. Halvparten av informantene kunne også fortelle om tilfeller der ledere på lavere nivå var inkludert i visittteamet og ved to av foretakene var man nå på vei til å inkludere enten et styremedlem eller en brukerrepresentant (pasient eller pårørende) som en del av teamet.

De fleste av informantene tilkjennega en viss systematikk (2, 4, 5, 7, 9 og 10) i utplukk av og forberedelse av visittene, enten det gjaldt full implementering på tvers av geografi, faglig spesialisering og størrelse, eller bruk av resultatene fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsene og meldinger i avvikssystemene.

Visittfrekvens varierte mellom de ulike foretakene. For informant 3 og 8 ble det gjennomført visitter oftere enn en gang i måneden og for informant 1, 2, 7 og 9 var månedlige visitter normalen. Hos informant 5 ble det gjennomført annenhver måned, hos informant 4 hvert kvartal og hos informant 6 hvert tertial.

Bare en av informantene kunne fortelle om bruk av forberedelsesmøter som et ledd i gjennomføringen av visittene. Hos informant 5 ble det slutt på slike forberedelsesmøter etter

et år. Hos informant 2, 5, 6 og 9 ble det lagt vekt på at forberedelse på ledermøter og møter i enhetene ble gjennomført før selve visittene.

Foretakene delte seg i synet på hvorvidt enhetsledere kunne være med på pasientsikkerhetsvisittene eller ikke. Hos informant 2, 3, 5, 6, 7 og 8 hadde enhetsledere anledning til å delta, men hos 1, 4, 9 og 10 fikk ikke ledere lov til dette. Et videre skille gikk også på tilstedeværelse av merkantilt ansatte, der informant 7 og 8 spesifikt la til rette for at de skulle delta.

I halvparten av foretakene (1, 3, 5, 7 og 9) ble visittene gjennomført som åpne møter, der alle ansatte på enheten og i noen tilfeller hele avdelingen, fikk lov til å delta. Generelt på de andre foretakene var det 3-5 ansatte på enheten som tok imot visitt-teamet.

Som i henhold til veilederen og malen, ble de fleste visittene oppsummert med tre tiltak til forbedringer, men ikke alltid. Hos informant 6 ble det kun plukket ut et tiltak, hos informant 3 kunne det hende at det var færre enn tre tiltak, mens det hos informant nummer 9 også var tilfeller av flere enn tre tiltak.

Mange av foretakene fremholdt et lokalt fokus, og løsningsgrad, på laveste nivå som kriterium for utplukk av forbedringsområde eller utfordring. Dette medfulgte også erkjennelsen av at en del utfordringer var strukturelle og sjelden kunne løses uten en total ombygging av infrastrukturen eller en gjennomgående omorganisering av driften. Disse to sistnevnte forholdene ville således være utfordringer som toppledelsen eventuelt skulle ta i, og som alle erkjente at ytterst sjelden ville bli vurdert. En gjennomgående «klage» var ofte driftsrelaterte utfordringer tilknyttet ressursituasjonen, noe som i svært liten grad ble anerkjent som legitimt hos ledere.

De aller fleste foretakene gjennomførte et oppfølgingsmøte hos enheten som ble besøkt, men for halvparten av foretakene var det oppfølging gjennom det enkelte foretaks avvikssystem som var avgjørende. Her ble det først og fremst lagt vekt på hvorvidt det var åpnet en sak i systemet og ikke hvorvidt man hadde lukket saken eller funnet en løsning. For informant 1, 6, 8 og 9 var det først og fremst det lokale nivået som stod ansvarlig for oppfølgingen av tiltakene i ettertid, men en rapportering i linjen var forventet. Ved enkelte av foretakene fikk også egne kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg tillagt oppfølgingsrolle.

Alle foretak anså pasientsikkerhetsvisitter for nå å være en del av daglig drift ved foretakene sine. Informant 1, 3, 4 og 6 tok til ordet for visittene som et avgjørende kulturbyggende tiltak ved foretakene i den daglige driften, mens informant 7 og 8 tok til ordet for å begrense forventningene om tiltakets effekt.

Læring

I den del av intervjuene som dreide seg om læring var det gjennomgående lite å hente hos informantene. Pasientsikkerhetsvisittene ble ansett for nå å være en del av daglig drift ved alle helseforetakene, men erfaringene og kunnskapen som kom frem i visittene var ikke opphav til nye læringsarenaer, ei heller til særskilt behandling i utdanningsøyemed på allerede eksisterende arenaer.

For informant 1, 6 og 9 kunne visittene først og fremst bli ansett som et læringstiltak for toppledelsen, og sammen med informant 2, 7 og 8 var det også fokus på den læringseffekten visittene hadde på de enhetene som ble besøkt.

De fleste informantene henviste til at det var stort sett lokale forhold og lokale løsninger som var gjenstand for behandling ved visittene og at dette generelt sett ikke var overførbart eller ble overført mellom enhetene. Selv om referater og rapporter fra visittene i teorien ble tilgjengeliggjort for alle ved foretakene var det ingen systematikk utover selve registreringen i datasystemene.

Kunnskapen som eventuelt ble avdekket ble først og fremst behandlet i linjen (informant 1, 5, 7, 8 og 9) og i den grad man kunne snakke om kompetanseoverføring kom dette vertikalt mellom nivåene, og ikke på tvers av enhetene.

5. Analyse

Jeg har i denne oppgaven brukt en instrumentell og en institusjonell tilnærming, ved henholdsvis et instrumentelt perspektiv og et kulturelt perspektiv. Hovedforskjellen mellom disse er at det instrumentelle perspektivet ser på organisasjoner som redskap som lederne kan bruke, mens i det kulturelle perspektivet har organisasjoner egne normer, verdier, kulturelle uttrykk m.m. som kan påvirke adferd og beslutninger.

Gjennom disse to perspektivene har jeg sett nærmere på tema som styring, pasientsikkerhet og ledere, pasientsikkerhetskulturundersøkelser, pasientsikkerhetsvisitter og læring. Med perspektivene har jeg fremmet en rekke antagelser om pasientsikkerhetsarbeidet i norsk helsevesen.

Pasientsikkerhetsstruktur – det instrumentelle perspektivet

I et instrumentelt syn styrer ledelsen gjennom å foreta valg mellom ulike virkemidler og alternativer for å oppnå ønsket effekt. Organisasjonens struktur er utformet etter mål-middel-vurderinger som avgjør organisasjonsmedlemmenes handlemåte og kan sammenlignes med et skjelett, som angir organisasjonsform, så vel som formelle krav til organisasjonsmedlemmene. Gjennom ulike mekanismer kan man påvirke adferd i en viss retning. Men dette avhenger av hvorvidt man har en fullstendig eller begrenset kunnskap om organisasjonen og forståelse for hvilke mål, alternativer, handlinger og effekter som kan oppnås.

Med et instrumentelt perspektiv til grunn forventet jeg å se styringslinjen fra nasjonalt til lokalt nivå preget av hard styring og med en enhetlig forståelse av pasientsikkerhet. Ledere styrer her gjennom systematisk bruk av kontroll og målinger, for så å treffe tiltak som effektivt allokerte ressurser og sikrer bedre måleresultater. Med utgangspunkt i resultatene fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen i 2012 begynner ledere så å gjennomføre pasientsikkerhetsvisitter for både å styrke det generelle pasientsikkerhetsarbeidet, og vise overfor de ansatte at ledere prioriterer dette arbeidet. Visittene vil videre avdekke risiko-forhold og generer tiltak som bli effektuert av linjeledelsen. Endring av prosedyrer og etablering av læringsarenaer skjer fortløpende ved behov og forventes å ha effekt både som høynet pasientsikkerhet og som bedre resultater i fremtidige pasientsikkerhetskulturundersøkelser.

Pasientsikkerhetskultur – det kulturelle perspektivet

Slik som struktur kan påvirke en organisasjon, så kan også kultur påvirke adferden til organisasjonsmedlemmer, blant annet gjennom å skape tilhørighet og fellesskap. Dette gir en

ramme for hva som anses som passende adferd i et sosialt fellesskap, som både samler og integrerer medlemmer av organisasjonen.

Jeg har i denne oppgaven også lagt til grunn at det ikke bare er en kultur i helsevesenet, men et bredt mangfold av subkulturer. Subkulturer speiler gjerne organisasjonens inndeling i avdelinger og seksjoner da det her en finner sterkest samhandling. Dette representerer ikke nødvendigvis et problem, men skal man prøve å endre kulturen bør endringstiltak skreddersys den enkelte enhet (Adams-Pizarro 2008).

Med et kulturelt perspektiv til grunn forventet jeg at det var myk styring som preget linjen fra nasjonal til lokalt nivå og at et mangfold av kulturer kunne leses i ulike forståelser av pasientsikkerhet og pasientsikkerhetsarbeid. Både pasientsikkerhetskulturundersøkelsene og pasientsikkerhetsvisittene implementeres og ville gjennomføres med store variasjoner mellom foretakene. Videre var det først og fremst de mellommenneskelige relasjonene i et skyldfritt miljø og læring tilpasset de enkelte lokale forholdene, som er satt i fokus.

Med dette som bakgrunn vil jeg i den videre analysen nå se på de fem temaene i studien.

Myk styring

Arbeidet med pasientsikkerhet og oppfølging av kampanjen, fulgte styringslinjen fra Helse- og omsorgsdepartementet og ble omtalt som et prioritert område i oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til spesialisthelsetjenesten, det vil si regionsforetakene, og til Helsedirektoratet som har i oppgave å følge opp helseforetakene på regionalt og lokalt nivå.

Pasientsikkerhetsarbeidet inngikk i Helsedirektoratets rundskriv IS-1, til helseforetakene, om viktige nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet. Foretakene skulle bruke informasjonen fra rundskrivet i sin virksomhetsplanlegging.

Rundskrivene må vurderes som veldig generelle når det gjelder pasientsikkerhetsarbeidet. Med det mener jeg at detaljeringsgraden er liten. Rundskrivene sier for eksempel ikke noe om hvordan man skal jobbe systematisk med arbeidet eller hvordan kampanjen skal implementeres.

Gitt pasientsikkerhetskampanjens omfang skjedde det et stort steg fra 2013 til 2014 når det i rundskrivene var forventet at kampanjens tiltakspakker nå i sin helhet skulle være implementert og ble ansett som en del av foretakenes ordinære drift. For å forstå denne utviklingen er det derfor også nødvendig å se til oppdragsdokumentene. Helse- og

omsorgsdepartementet har først sendt oppdrag til de regionale helseforetakene og så har regionene sendt oppdrag videre til sine lokale helseforetak.

Oppdragsdokumentene fra departementet til regionsforetakene fremstår i det store og det hele ganske like i innhold. Jeg har i sammenligningen av dokumentene i perioden 2010-2014 ikke funne noe avvikende informasjon hva gjelder pasientsikkerhetsarbeidet på tvers av regionene.

Som rundskrivet er oppdragsdokumentene til regionsforetakene fra Helse- og omsorgsdepartementet ganske overordnede av karakter. Et oppdragsdokument skal behandles i eget møte i form av en styringsdialog mellom departementet og regionsforetakene og det foreligger protokoll fra slike møter. Så langt har jeg ikke funnet i noe ytterligere informasjon om arbeidet tilknyttet pasientsikkerhet fra møtene. Dog kan jeg ikke ta høyde for hva som er sagt, men ikke nedfelt i protokollene.

At det på nasjonalt nivå ikke fremkommer ytterligere spesifiseringer om pasientsikkerhetsarbeidet betyr ikke nødvendigvis at regionsforetakene tok oppgaven mindre alvorlig eller ikke fulgte opp helseforetakene i økt detaljeringsgrad. Regionsforetakene er tross et nivå nærmere foretakene og vil inneha mer informasjon om aktivitet og handlingsrom hos foretakene. Jeg har derfor også gjennomgått oppdragsdokumentene fra de fire regionene til underliggende tjuetre helseforetak i perioden 2010-2014.

Som på nasjonalt nivå er det lite forskjeller i oppdragsdokumentene fra de regionale helseforetakene til de underliggende helseforetakene innad i regionene, men det er forskjell mellom regionene.

I stortingsmelding nr. 10 (2012-2013), står det at styringsdialogen med de enkelte regionale helseforetakene har gitt pasientsikkerhetsarbeidet større plass, men utover å rette fokus mot pasientsikkerhetsarbeid har regionsforetakene i liten grad knyttet spesifikke økonomiske midler opp mot dette arbeidet. Pasientsikkerhet skal i det store og det hele skje innenfor den til enhver gjeldende økonomiske ramme. Kun i Region Vest har det vært stilt såkornsmidler tilgjengelig for utvikling av slikt arbeid.

Videre har ikke regionsforetakene anledning til å bruke tekniske eller juridiske virkemidler da slik maktutøvelse tilligger Helse- og omsorgsdepartementet og i noen grad Helsedirektoratet. Som vi kan se av oversiktene i empirikapitlet er det først og fremst pasientsikkerhetskulturundersøkelsen av 2012 som har hatt et særskilt fokus som obligatorisk aktivitet, og der

region og departement har brukt måling av deltagelse (forventet 100%) som eksplisitt styringsparameter.

Vi kan også lese at det er forskjeller i hva regionene har prioritert i sine oppdragsdokumenter og at de nasjonale føringene fra departementets oppdragsdokument ikke alltid når ut. Eksempelvis er fokus på en trygg meldekultur som skal følges oppi et system- og læringsperspektiv ikke nevnt oppdragsdokumentene i Nord, men refereres jevnlig til av de andre regionene.

Ved enkelte tilfeller legger også regionene til momenter som ikke er å finne i overordnede oppdrag, for eksempel er Region Vest den eneste regionen som setter mål om bruker-involvering i pasientsikkerhetskampanjen. Et annet eksempel er pasientsikkerhetskultundersøkelsen av 2014 som ikke er nevnt i oppdragsdokumentene til regionene, men som Region Nord og Region Midt tar med i sine oppdragsdokument til underliggende helseforetak. Region Nord setter endatil krav om 70 % oppslutning.

Heller ikke informantene gir inntrykk av at det har vært en spesielt hard styring ovenfra. Det beste eksemplet på dette er det store skiftet fra 2013 til 2014. I 2013 videreformidlet regionene mer eller mindre alle mål fra overordnede oppdragsdokument og med det forventingen om at «alle tiltakspakkene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen» var implementert og ble rapportert på, og i 2014 ble det videre lagt til grunn at tiltakspakkene nå var «en del av sykehusenes ordinære aktivitet». Kun en informant refererte til dette og hun stilte seg uforstående til at man kunne velge å la være. De resterende informantene relaterte implementeringen til hva de anså som relevant for foretakenes drift. Hvilket jeg tolker som et uttrykk for tilpasning, etter logikken om det passende i det kulturelle perspektivet. For de mindre og mer spesialiserte foretakene fremstår det også logisk rasjonelt, og med det inngår det fint i begge perspektivene.

Helhetlig sett fremstår Region Midt og Region Sør-Øst som de som regionsforetakene som tar opp i seg og videreformidler de fleste overordnede føringene fra nasjonalt nivå uendret. Region Vest har funnet sin egen vri og har gitt kampanjen et sterkt regionalt preg, mens region Nord er den regionen som i minst grad oppleves å videreformidle nasjonale mål og prioriteringer i pasientsikkerhetsarbeidet. Jeg tolker dette som et uttrykk for et mulighetsrom som oppstår i myk styring, der de regional leddene har funnet sine forskjellige måter å utøve oppdraget på.

Videre referer regionsforetakene, som Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, til den nasjonale styringsgruppens føringer, og foruten om det regionene har tatt opp i oppdragsdokumentene, er det først og fremst gjennom myke virkemidler i pasientsikkerhetskampanjen og -programmet at implementering og gjennomføring er skjedd.

I kampanjens sluttrapport kan vi lese at det ble utviklet veiledere, arrangert konferanser og opprettet faggrupper innenfor ulike innsatsområder. Gjennom foredrag og undervisning ble kampanjens mål, metoder og resultater formidlet av sekretariatet som også deltok aktivt med foredrag på seminarer, ledersamlinger og kurs arrangert av helsetjenesten, fagforeninger, brukerorganisasjoner og andre interesseorganisasjoner (Pasientsikkerhetsprogrammet 2014).

Det nasjonale nivået har satt pasientsikkerhetskulturen på agendaen ved norske helseforetak, men slik jeg tolker empirien i henhold til teori, har de nasjonale myndighetene og de regionale foretakene, først og fremst har brukt myke, fremfor harde virkemidler. Det er således det kulturelle perspektivet, fremfor det instrumentelle perspektivet som forklarer styring på dette feltet best.

Ulike oppfatninger av pasientsikkerhet

Denne studien har avdekket at det ikke er en helhetlig og gjennomgående forståelse av hva pasientsikkerhetsarbeid er eller kan defineres som. Selv om alle informantene kunne enes om at «vern mot unødig skade» var en sentral del av arbeidet, kom dette til uttrykk gjennom forskjellige måter å utføre og forstå pasientsikkerhetsarbeid. Dette forstås best med et kulturelt perspektiv. At alle informantene omtalte arbeidet med pasientsikkerhet som svært krevende overfor ansatte med vide og til dels motstridende syn på hva pasientsikkerhet betydde, styrker tendensene i forståelsen av et kulturelt perspektiv fremfor et instrumentelt perspektiv.

Informant 1, 5 og 8 fremholdt legene som den gruppen av ansatte som den mest utfordrende å jobbe med og vi ser med det spor av profesjonskultur i motstrid til ledes definerte pasientsikkerhetskultur. En gjengs tone blant denne profesjonsgruppen, da gjengitt fra informantene, var at det som oftest var systemets begrensninger gjennom organisering og ressurstilgang som var til hinder for å utøve godt pasientsikkerhetsarbeid. Et argument informantene for det meste ikke anerkjente, men var en sentral utfordring i arbeid med å veilede og bygge de mellommenneskelige relasjonene. Pasientsikkerhetsarbeidet opplevdes følgelig som både frustrerende og gledelig i møte med de ansatte, og fremfor alt noe som kom til å ta tid.

Leonard og Frankel (2012) mener at dyktige ledere vet å bruke normative holdninger og oppførsel for bygge en sikkerhetskultur og ledere må klart kommunisere normene overfor pasienter og ansatte i hele organisasjonen. Men det var bare to av informantene som kunne sies å ha en kulturell forståelse av pasientsikkerhetsarbeidet som et holdningsarbeid, fremfor et arbeid som ble søkt løst gjennom struktur. De fleste av informantene henviste ofte til hvordan de organiserte pasientsikkerhetsarbeidet gjennom bruk av prosedyrer og rutiner, og oppfølging i ledelseslinjen og egne utvalg. Pasientsikkerhetskultur ble altså forstått som pasientsikkerhetsstruktur og for de fleste informantene kom dette til uttrykk som et godt avviks- og meldesystem.

Pasientsikkerhetskulturundersøkelser til besvær

De regionale helseforetakene fikk ansvar for å sikre at undersøkelsen i 2012 ble gjennomført i underliggende helseforetak, samt tilknyttede institusjoner som ikke opererte på anbud. Videre hadde de regionale helseforetakene også ansvar for at det ble iverksatt forbedringstiltak i etterkant av målingen.

Foruten Nordlandssykehuset som hadde gjennomført pasientsikkerhetsundersøkelsen i 2011, gjennomførte alle foretakene undersøkelsen i 2012, og alle, inkludert Nordlandssykehuset, gjentok undersøkelsen i 2014. Men gjennomføringen varierte sterkt ved de forskjellige foretakene med henblikk på hvem som kunne delta. De fleste foretakene endte opp med en lokal variant i gjennomføring, noe som best forstås med logikk om det passende i det kulturelle perspektivet.

I 2012 kom fire av foretakene i mål med 70 % oppslutning og var vel fornøyd med det, mens tre av foretakene opplevde å være langt unna målet og dette medførte skjerpet fokus i gjennomføringen i 2014. Ønske om å nå det nasjonale målet om 70 % kan forstås som etterlevelse i henhold til hard styring og således forstås best ut ifra et instrumentelt perspektiv. Men for tre av foretakene var en skår på lavere enn 60 % «greit nok», all den tid de opplevde at det generelt sett ble utført for mange undersøkelser ved foretakene og at så lenge negativ utvikling ikke gikk ut over signifikant nivå «var det til å leve med» (Informant 3).

Pasientsikkerhetskulturundersøkelsene ble av alle informantene oppfattet som svært tidkrevende øvelser i planlegging, gjennomføring og etterarbeid for foretakene, og informantene var uenige om hvorvidt undersøkelsene fremstod som et godt verktøy. Foretak med nær 70 % eller bedre oppslutning var gjennomgående mer positive enn de med lav oppslutning.

Manglende respons og dårlige oppslutning ble ofte forklart med dårlig tid, dårlige forberedelser, og vanskelige IKT-forhold. Mange av informantene mente også at «pasientsikkerhet» var en term av så vid og uklar karakter for de ansatte som skulle besvare, at dette vanskeliggjorde bruken av resultatene fra undersøkelsene. Det var heller ikke i mange informanternes syn noen klar eller presis forståelse av hva «ledelse» betydde. Dette hadde nær sammenheng med foretakenes skår på ledelsesspørsmålene i undersøkelsene og i særdeleshet for spørsmål 16.

Oppfølgingene varierte mye blant foretakene. Fem av foretakene fremmet ulike tiltak for å jobbe videre med pasientsikkerheten, hvorav tre foretak grep tak i tiltaket pasientsikkerhetsvisitter, mens tre av foretakene valgte ikke å innføre noen tiltak i det hele tatt. Da altså med utgangspunkt i undersøkelsen av 2012.

I et kulturelt perspektiv kan resultatene fra undersøkelsene fremstå som et slags ytre bekreftet sjokk og med det legge til rette for plutselige innføringer av tiltak og radikale endringer. Dette synes å være tilfelle for de tre foretakene som begynte med pasientsikkerhetsvisitter med utgangspunkt i resultatene fra undersøkelsen av 2012. Men for foretak med tilsvarende dårlige resultater gir det ikke utløp i innføring av tiltak. Jeg konkluderer derfor med at sammenhengen mellom undersøkelse og visitter er svak.

For enkelte av foretakene er undersøkelsene helt klart ansett som et godt måleinstrument og verktøy, som ved riktig bruk gir et korrekt bilde av kulturen og med den følge at konkrete tiltak fremmes for å bedre kulturen, og med det endrede resultater på sikt. Dette forstås best i det instrumentelle perspektivet. Men helheten i det mangfoldet foretakene presenterer av forståelse for og bruk av undersøkelser, samt tolkning og bruk av resultatene tilser at dette best forstås innen ramme av et kulturelt perspektiv. Undersøkelsene oppleves ikke å være relevante nok for foretakene som helhet og mer til besvær enn nytte.

Lokal implementering av pasientsikkerhetsvisitter

Leonard og Frankel (2012) tar til orde for at ledere bør sørge for at det lages læringssystemer der engasjerte ledere møter frontlinjepersonell for å diskutere sikkerhetsforbedrende tiltak og at pasientsikkerhetsvisitter er blant de fremste tiltakene for dette.

Pasientsikkerhetsvisitter skal fremme kulturendring og en bedre pasientsikkerhetskultur, blant annet gjennom å etablere rutiner og planer for raskt å teste og prøve ut sikkerhetsforbedringer. Dette kan måles blant annet gjennom antall feilrapporteringer per måned, antall sikkerhets-

forbedrende tiltak som settes i gang og endringer i målinger av for eksempel infeksjoner. Et annet mål kan være respons målt i kulturundersøkelser av frontlinje-personell og mellomledere slik det ble gjort i pasientsikkerhetskulturundersøkelsene av 2012 og 2014, og slik vist over var det for noen foretak slik at 2012-undersøkelsen var utgangspunktet for at man begynte med visitter.

Informantene opplevde pasientsikkerhetsvisitter som et godt tiltak for å sette toppledelsen i direkte kontakt med frontpersonalet for å bedre dialogen om pasientsikkerhetsarbeid ved foretakene. Gjennomgående tok alle informantene til orde for visitter som en «skyld-fri» arena, som adresserte mange risikoforhold og genererte mange tiltak på lokale utfordringer. Slik sett fremstår visittene i et instrumentelt perspektiv som er verktøy for å innhente kunnskap om og forbedre pasientsikkerheten, samtidig som den mellommenneskelige relasjonen ble dyrket gjennom den åpne tillitsfulle samtalen, noe som best forstås i et kulturelt perspektiv.

Denne studien har avdekket stor variasjoner i bruk av pasientsikkerhetsvisitter. Ingen foretak praktiserer tiltaket likt, og alle har en løs forankring til enten den nasjonale veilederen eller «Nordlandsmalen». Lokal tilpasning til et mangfold av enheter og subkulturer fremstår som gjennomgangstonen hos informantene og med det forstås tiltaket best i det kulturelle perspektivet. Jeg har registrert forskjeller i alle tre faser av pasientsikkerhetsvisittene, i hvem som får delta i visitt-teamet og hos de som besøkes, i utplukk av sted for å gjennomføre visitt, variasjon i hyppighet av gjennomføring og ulike former for oppfølging etter gjennomført visitt.

Som ved pasientsikkerhetskulturundersøkelser forstås helheten av empirien tilknyttet pasientsikkerhetsvisittene best i et kulturelt perspektiv, men for enkelte av informantene er tiltaksbruken best forstått i et instrumentelt perspektiv, spesielt med tanke på forankring i linjen og utplukk av enheter å besøke.

Alle informantene anså pasientsikkerhetsvisittene som et bra tiltak som nå var inkludert i daglig drift. Stort sett var også tiltaket brukt i den hensikt å rette fokus på pasientsikkerhet på lokalt nivå, men i enkelte tilfeller hadde noen foretak også brukt visittene som en ventil for å lufte ansattes generelle frustrasjoner, gjerne tilknyttet større pasientsikkerhetsutfordringer i organisasjonen, flytting, infrastruktur m.m. I enkelte tilfeller fremkom også eksempler på pasientsikkerhetsvisitter som ble bevisst brukt av ledere til å snakke om noe helt annet enn pasientsikkerhet – «for å få ut gørra». For så vidt skrives det i den nasjonale veilederen at «det

er ingen fasit for hvordan pasientsikkerhetsvisitter skal gjennomføres», men at forhold utover pasientsikkerhetsarbeid skal inngås i dette anser jeg som tvilsomt.

Lite læring

Ansatte vet ofte mer enn nærmeste leder om pasientsikkerheten ved enhet, avdeling og virksomhet. Det handler om hvordan den enkelte ansatte opplever egen og andres behandlingspraksis, om hvordan ledelsen legger til rette for trygg behandling og hvordan den enkelte opplever at miljøet oppfordrer til å diskutere og lære av uønskede hendelser og svikt. En organisasjons evne til å lære av svikt kan måles ved hvordan organisasjonen håndterer også små feil, ikke bare hvordan organisasjonen håndterer store feil, og alvorlige og høyst synlige kriser og uhell. Når små feil hverken blir identifisert, analysert eller diskutert er det vanskeligere å forhindre store feil (Edmondson 2004).

Organisasjoner som fremmer læring bygger strukturer som informasjonssystemer, treningsprogrammer og møteplasser, og har ledere som gir trygghet og inviterer til tilbakemeldinger og deltagelse. Det er altså en kombinasjon av verdier, ferdigheter og strukturer som legger grunnlaget for en systematisk læring (Carroll 2002). Det er med det mulig å forstå læring både i et instrumentelt og et kulturelt perspektiv.

Med dette som utgangspunkt brukte jeg siste del av intervjuene for å undersøke hvordan ledere ved foretakene brukte erfaringene og kunnskapen generert gjennom de mange pasientsikkerhetsvisittene. Men informantene hadde i liten grad reflektert over potensiell lærings-effekt i visittene utover at tiltak ble fremmet for å imøtekomme et risikoforhold. Ingen læringsarenaer var opprettet eller ble brukt til kunnskapsspredning i ettertid.

Tre av informantene var tilbøyelig å tolke pasientsikkerhetsvisitter som et læringstiltak for toppledelsen, mens ytterligere tre informanter anerkjente visittene som en anledning for å bedrive opplæring hos lokal besøkt enhet. Først og fremst var det linjen som ble oppfattet som det medium der kompetanse eventuelt skulle erverves, da forstått som vertikal kunnskapsforvaltning, ikke horisontal.

For informant 2 og 10 var linjen også et verktøy for horisontal læring og spredning da erfaring og løsning ville først vandre fra en enhet og opp i systemet og så ned til en enhet et annet sted. Informant 10 var også den eneste av informantene som henviste til at erfaringene og kunnskapen fra visittene ga endringer i opplæringsrutinene og prosedyrene, og med den intensjon om å nå alle i foretaket. Disse to foretakene var de som klarest kunne forstås i et

instrumentelt perspektiv, men helheten av foretakene forstås best med det kulturelle perspektivet, da læring først og fremst var ansett som lokal problemløsning og ikke preget av systematisk tilrettelegging.

6. Konklusjon

Med utgangspunkt i to organisasjonsteoretiske perspektiv har jeg i denne oppgaven sett på fem tema for å undersøke hvordan ledere på lokalt nivå jobber med pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur. Ved å følge styringslinjen fra nasjonalt nivå til det lokale, via det regionale, har studien avdekket en relativt myk styringsform som gir rom for lokale tilpasninger av oppdraget og målet om å skape et bedre helsevesen. Videre har studien avdekket et bredt mangfold i forståelser og oppfatninger av hvordan pasientsikkerhet kan defineres. Det varierer også i gjennomføringen av og bruken av både pasientsikkerhetskulturundersøkelser og pasientsikkerhetsvisitter fra foretak til foretak, og i oppfølgingen er det fortsatt for de fleste foretakene et langt stykke å gå hva gjelder en systematisk læring på tvers av enheter innad i foretakene.

Helheten i denne studien tegner et bilde av et helsevesen av kompleks karakter, med kulturer av ulike meninger om så mangt og så meget. I så henseende er et kulturelt perspektiv den beste teoretiske rammen for å forstå sektorens pasientsikkerhetsarbeid. Men jeg har også avdekket at de fleste foretakene nærmer seg pasientsikkerhetsoppdraget også gjennom strukturpregede forståelser og med en underliggende mål-middel-rasjonalitet, når dette har vist å passe seg. Pasientsikkerhetskultur synes først og fremst å forvaltes gjennom pasientsikkerhetsstruktur, og kun enkelte av informantene anerkjente normer og holdninger som generelle drivere i dette arbeidet. Generelt for alle informantene er pasientsikkerhet både struktur og kultur, og det er i vekslingen mellom og kombinasjonen av de to perspektivene dette kan forstås best.

Alle lederne oppfattet visittene som et godt verktøy for å styrke kommunikasjonen med ansatte på laveste nivå og var videre av den oppfatning at dette ga bedre pasientsikkerhet på lokalt plan. Jeg har ikke intervjuet ansatte på laveste nivå og nye studier vil kunne avdekke hvorvidt ansatte, i samme grad som ledere, opplever pasientsikkerhetsvisitter som et godt tiltak for å bygge pasientsikkerhetskultur.

Jeg hadde i utgangspunktet ønsket å bruke resultater fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsene i 2012 og 2014 som en tredje kilde til empiri i denne oppgaven. Sammen med intervjuene og dokumentanalysen ville slike data kunnet styrke trianguleringen i studien. Men, det viste seg å være veldig vanskelig å innhente resultatene fra de ulike foretakene. Den nasjonale styringsgruppen bestemte i 2012 at resultatene for 2012-undersøkelsen skulle behandles på lokalt nivå, og det ikke gjort en nasjonal innsamling av dataene. Flere av

foretakene har henvist til både Kunnskapssenteret bestemmelser og styringsgruppens avgjørelse om lokal bearbeiding fremfor nasjonal innsamling og har med det avslått forespørsler om innsyn. Mange foretak har ikke svart på forespørslene i det hele tatt.

For 2014-undersøkelsen er praksis endret og det vil i løpet av 2015 komme en nasjonal rapport med data fra alle helseforetak. Det er også bestemt at undersøkelsen skal gjentas i 2016, og trolig i 2018. Gjennom disse pasientsikkerhetskulturundersøkelsene vil nye studier i økende grad kunne avdekke hvorvidt ledere lykkes i sitt arbeid med å bygge pasientsikkerhetskultur.

Å jobbe med pasientsikkerhet i den hensikt å bygge en sterk pasientsikkerhetskultur er et prosjekt som må ses i et langt tidsperspektiv. Myk styring og lokal tilpasning er muligens nøkkelen for å best legge til rette for slikt kulturarbeid, men det finnes forbedringspotensial på dette området, som på mange andre områder i helsevesenet. Arbeidet vil trolig kunne styrkes gjennom et økt fokus på systematisk kunnskapsoverføring og læring mellom ulike enheter ved helseforetakene, og på sikt en mer strukturert oppfølging på regionalt og nasjonalt nivå.

Kilder

Aamot, S. og Sørhaug H.C. *Skip og samfunn*, API-rapport, Arbeidsforskningsinstituttene, 1980

Adams-Pizarro, Inga, ZeAmmma Walker, Janet Robinson, Susan Kelly og Margaret Toth, *Using the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture as an Intervention Tool for Regional Clinical Improvement Collaboratives*, i Henriksen K., Battles J. B., Keyes M. .A, et al. editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign)*. Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality (US) Aug. 2008

Alvesson, Mats og Stefan Sveningsson, *Changing Organizational Culture*, Routledge, New York, 2008

Alvesson, Mats, *Understanding Organizational Culture*, 2nd edition, Sage Publications Ltd, London, 2013

Argyris, C., *Overcoming Organizational Defences. Facilitating Organizational Learning*, Allyn & Bacon, Boston, 1990

Bang, Henning Organisasjonskultur (4. Utgave) Oslo: Universitetsforlaget, 2011

Botwinick L., Bisognano M., Haradan C., *Leadership Guide to Patient Safety*, Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006.

Carlsson, Y. *Du skal ikke stå på krava* Arbeidsnotat nr. 226, Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo, 1984

Carroll, J. S. og A. C. Edmondson, *Leading organizational learning in health care*, *Quality Safety Health Care* 2002; 11: 51-56, 2002

Carthy, Jane og Julie Clarke, *The 'How to Guide' for Implementing Human Factors in Healthcare*, Patient Safety First, www.patientsafetyfirst.nhs.uk, 2009

Institute for Healthcare Improvement, *Conduct Patient Safety Leadership Walkrounds*, <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ConductPatientSafetyLeadershipWalkRounds.aspx>, 2015

Institute for Healthcare Improvement, *Develop a Culture of Safety*, <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ConductPatientSafetyLeadershipWalkRounds.aspx>, 2015

Deal, T.E. og Kennedy, A.A.; *Corporate Cultures*, Reading, Massachusetts: Addison-Wesley, 1982

Deilkås, E. C. T., *Patient safety culture - opportunities for healthcare management : The Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006*, Norwegian version - 1) Psychometric properties, 2) Variation by organizational level and 3) by position. Digitale utgivelser ved UiO; 2010

Edmondson, A. C., *Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers*, *Quality Safety Health Care* 2004; 13 (Suppl II): ii3-ii9, 2004

Firth-Cozens, J., *Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork*, i Vincent C., ed. *Clinical Risk Management*, London BMJ Books, 2000

Frankel A., Grillo S. P., Pittman M., Thomas E. J., Horowitz L., Page M., et al. *Revealing and Resolving Patient Safety Defects: The Impact of Leadership Walkrounds on Frontline Caregiver Assessments of Patient Safety*. *Health Serv Res* 2009; 43 (6): 2050-66, 2009

Helsedirektoratets rundskriv IS 1/2010-2014, *Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet*, <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-mal-og-prioriteringer-pa-helse-og-omsorgsomradet>, 2010-2014

Helsedirektoratets rapport IS-1162/2005, *Og bedre skal det bli - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*, <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-betre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>, 2005

Helsetilsynet, *Kirurgisaken ved Nordlandssykehuset HF*, www.helsetilsynet.no, 2011

Helmreich R. L., Merritt A.C., *Culture at Work in Aviation and Medicine*, Burlington: Ashgate 1998

Helsedirektoratet, *Nasjonale faglige retningslinjer*, Oslo, 2011

Helsedirektoratet, *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*, Oslo, 2012

Helse- og omsorgsdepartementet, stortingsmelding 10 (2012-2013) *God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*, Oslo, 2012

Helse- og omsorgsdepartementet, stortingsmelding 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015*, Oslo, 2011

Hjort, P. F., *Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke- og faktabok*, Oslo, Gyldendal akademisk. 2007

Hofstede G., *Cultural dimensions in management and planning*, Asia Pacific Journal of Management Jan 1;1, 1984

Interkontrollforskriften, *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter*, Arbeidsmiljøforlaget, Oslo 2012

Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik, *Hvordan organisasjoner fungerer*, 4. utgave, Fagbokforlaget, Bergen, 2013

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A., *Forskningsmetode og økonomisk-administrative fag (3. utg.)*, Oslo: Abstrakt forlag AS. Side 67, 78, 95, 255, 467-469, 2011

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L., *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt, 2010

Kunnskapssenteret - Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, *Pasientsikkerhet*, <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/pasientsikkerhet>, 2015

Leape, L., D Berwick, C. Clancy, J. Conway, P. Gluck, J. Guest, D. Lawrence, J. Morath, D. O’Leary, P. O’Neill, D. Pinakiewicz, T. Isaac for the Lucian Leape Institute at the National Patient Safety Foundation, *Transforming healthcare: a safety imperative*, Quality Safety Health Care 2009; 18:424-428, 2009

Leonard, Michael og Allan Frankel, *How can leaders influence a safety culture?*, Thought paper May 2012, www.health.org.uk, The Health Foundation, London, 2012

Lovdata, *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)*, LOV-1999-07-02-61, Helse- og omsorgsdepartementet, 1999

Lovdata, *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse og omsorgstjenesteloven)*, LOV-2011-06-24-30, Helse- og omsorgsdepartementet, 2011

Lovdata, *Forskrift om endring i forskrifter som følge av vedtakelsen av kommunal helse- og omsorgstjenestelov*, FOR-2013-01-17-61, Helse- og omsorgsdepartementet, 2013

Lundberg, C.C.; On the feasibility of cultural intervention in organizations. I P.J. Frosts et al (red); *Organizational Culture*, s 169-185, Beverly Hills: Sage Productions, 1985

March, J.G., *Exploration and Exploitation in Organizational Learning*, Organizations Studies, 1991, no. 2: 71-87, 1991

Malterud, K., *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*, Oslo: Universitetsforlaget, 2011

McLoughlin, Vivienne, John Millar, Søren Mattke, Margarida Franca, Pia Maria Jonsson, David Somekh og David Bates, *Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries*, International Journal for Quality in Health care, September 2006 side 14-20, 2006

Morello R. T., Lowthian J. A., Barker A. L., McGinnes R., Dunt D., Brand C., *Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review*, BMJ Qual Saf. 2013;22(1):11-8, 2013

Oppdragsdokument: Se under i tabell.

Pasientsikkerhetsprogrammet, *Pasientskader i Norge*, www.pasientsikkerhetsprogrammet.no, 2012

Pasientsikkerhetsprogrammet, *Pasientsikkerhetskampanjen midtveisrapport*, www.pasientsikkerhetsprogrammet.no, 2014

Pasientsikkerhetsprogrammet, *Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen 2011-2013*, www.pasientsikkerhetsprogrammet.no, 2014

Pasientsikkerhetsprogrammet, *Veileder for pasientsikkerhetsvisitter*, www.pasientsikkerhetsprogrammet.no, 2011

Ringdal, K. *Enhet og mangfold – Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode (3. utg.)*, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS., 2013

Schein, E. H. *Organizational Culture and Leadership (4. Utgave)*, San Francisco, California: Jossey-Bass, 2010

Schein, E. H. *Organizational Culture*, American Psychologist Feb; 45, 1990

Sexton J., Helmreich R., Neilands T., Rowan K., Vella K., Boyden J., et al., *The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research*. BMC Health Serv Res 2006; 61 (1): 44, 2006

Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn, *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten: rapport og evaluering for 1995*, Oslo, 1996

Toolkit - *Quality and Safety Walk-rounds*, Quality and Patient Safety Directorate, Health Service Executive, Dublin, Ireland, May 2013

Tupper, Judith, Andrew Cobrun, Stephenie Loux, Ira Moscovice, Jill Klinger og Mary Wakefield, *Strategies for Improving Patient Safety in Small Rural Hospitals* i Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al. editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign)*. Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality (US), Aug. 2008

Zohar D., Luria G., *The use of supervisory practices as leverage to improve safety behavior: A cross level intervention model*. Journal of Safety Research 2003; 34 (5): 587-77, 2003

OPPDRAKSDOKUMENT

HELSE OG -OMSORGSDEPARTEMENTETS OPPDRAGSDOKUMENT TIL REGIONENE 2010-2014
https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/
NORDLANDSSYKEHUSET HF
Oppdragsdokument 2010
http://www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH_bilde%20og%20filarkiv/Internett/Styresak%204%20Oppdragsdokumentet%202010.pdf
Oppdragsdokument 2011
http://www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH_bilde%20og%20filarkiv/Pulsen/Oppdragsdokument%20til%20helseforetakene%202011.PDF
Oppdragsdokument 2012
http://www.sykehusapotek-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/Styret/Oppdragsdokument/Oppdragsdokument_2012_fra_RHF_til_HF.pdf
Oppdragsdokument 2013
http://www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH_bilde%20og%20filarkiv/Styret%20NLSH/Vedlegg_sak_6_Oppdragsdokument_2013_med_endringer_styrevedtak(1).pdf
Oppdragsdokument 2014
http://www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH_bilde%20og%20filarkiv/Styret%20NLSH/Styresak%206-2014%20Oppdragsdokument%202014%20Nordlandssykehuset%20HF_med%20vedlegg.pdf
ST. OLAVS HOSPITAL HF
Oppdragsdokument 2010
https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmtter/Styringsdokument%202010%20til%20St%20Olavs.pdf
Oppdragsdokument 2011
https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmtter/Styringsdokument%202011%20St.%20Olavs%20Hospital%20HF.pdf
Oppdragsdokument 2012
https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmtter/St.%20Olav%20Styringsdokument%202012.pdf
Oppdragsdokument 2013
https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmtter/Styringsdokument%202013%20St%20%20Olavs%20Hospital%20HF.pdf
Oppdragsdokument 2014
https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmtter/Styringsdokument%202014%20St%20Olavs%20Hospital%20HF.pdf

HELSE FONNA HF
Oppdragsdokument 2010
http://helse-fonna.no/no/OmOss/styret/Documents/2010/styremote12032010/styremote-12-03-2010-sak-20-10-vedlegg-1-styringsdokument-2010.doc.pdf
Oppdragsdokument 2011 (NB! Stavanger HF)
http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/styret/Documents/2011/2011-03-30/Styresak%20032-11%20vedlegg%201%20styringsdokument%20for%20Helse%20Stavanger%20HF%202011.pdf
Oppdragsdokument 2012
http://helse-fonna.no/no/OmOss/styret/Documents/2012/styremote03282012/sak-24-12-styringsdokument-for-helse-fonna-hf-2012-vedlegg.pdf
Oppdragsdokument 2013
http://helsefonna.no/no/OmOss/styret/Documents/2013/styremote20130321/sak-31-13-styringsdokument-for-helse-fonna-hf-2013-vedlegg.pdf
Oppdragsdokument 2014
http://helse-fonna.no/no/OmOss/MI%20og%20strategiar/Styringsdokument%202014.pdf
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF
Oppdragsdokument 2010
http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/styret_/Documents/2010/17.%20februar%202010/Styresak%202010-006-02%20%20Oppdrag%20og%20bestilling%202010%20-%20Oslo%20universitetssykehus%20HF.pdf
Oppdragsdokument 2011
http://www.helse-sorost.no/omoss_/avdelinger_/styre-og-ieroppfolging_/oppdragsdokument_/Documents/Oppdragsdokument%202011/Oslo%20universitetssykehus%20HF%20oppdragsdokument%202011.pdf
Oppdragsdokument 2012
http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/styret_/Documents/2012/29.%20mars%202012/Styresak%200015-2012%20Vedlegg%202%20Oppdrag%20og%20bestilling%202012%20-%20Oslo%20universitetssykehus%20HF_20120329.pdf
Oppdragsdokument 2013
http://www.helse-sorost.no/omoss_/avdelinger_/styre-og-ieroppfolging_/oppdragsdokument_/Documents/Oppdragsdokument%202013/Oppdrag%20og%20bestilling%202013%20-%20Oslo%20universitetssykehus%20HF.pdf
Oppdragsdokument 2014
http://www.helse-sorost.no/omoss_/avdelinger_/styre-og-ieroppfolging_/oppdragsdokument_/Documents/Oppdragsdokument%202014/Oppdrag%20og%20bestilling%202014%20-%20Oslo%20universitetssykehus%20HF.pdf

Vedlegg

1. Presentasjon av informantene

Informant 1 Direktør med helsefaglig bakgrunn med flere års erfaring i helseforetak og høyere utdanningsinstitusjoner.
Informant 2 Rådgiver med helsefaglig bakgrunn, med flere års erfaring i helseforetak og høyere utdanningsinstitusjoner
Informant 3 Direktør uten helsefaglig bakgrunn, med flere års erfaring i foretak utenfor og innenfor offentlig helsesektor. Annen sikkerhetsfaglig bakgrunn/kompetanse fra jobb og/eller utdanning.
Informant 4 Kvalitetsleder med helsefaglig bakgrunn, med flere års erfaring i helseforetak.
Informant 5 Direktør med helsefaglig bakgrunn, med flere års erfaring i helseforetak.
Informant 6 Kvalitetssjef med helsefaglig bakgrunn, med flere års erfaring i helseforetak.
Informant 7 Direktør uten helsefaglig bakgrunn, med flere års erfaring i foretak utenfor og innenfor offentlig helsesektor. Annen sikkerhetsfaglig bakgrunn/kompetanse fra jobb og/eller utdanning.
Informant 8 Direktør uten helsefaglig bakgrunn, med flere års erfaring i foretak utenfor og innenfor offentlig helsesektor.
Informant 9 Rådgiver uten helsefaglig bakgrunn, med flere års erfaring i foretak utenfor og innenfor offentlig helsesektor.
Informant 10 Direktør med helsefaglig bakgrunn, med flere års erfaring i helseforetak.

2. Intervjuguide - Pasientsikkerhetskultur

Innledning

- hvem er jeg og hva er mitt prosjekt
- bakgrunnen og hensikt med intervjuet
- konfidensialitet
- bruk av data, tilbakemeldingsrapport
- bruk av opptaksutstyr, tilstede og på telefon

Organisasjonen

Din rolle i organisasjonen

- Hva er din bakgrunn?
- Hva er din jobb i organisasjonen?

Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhetskampanjen og pasientsikkerhetsprogrammet

- Hvordan vil du definere pasientsikkerhet?
- Hva var organisasjonens forhold til pasientsikkerhet for 5 år siden?
- Hvordan ble denne organisasjonen involvert i kampanjen fra 2011 til 2013?
- Hvilke tiltak gjennomførte dere i kampanjeperioden?
- Hvilke erfaringer gjorde dere i denne perioden?
- Hvordan evaluerte dere kampanjen?
- Hva er organisasjonens forhold til pasientsikkerhetsprogrammet i dag?
- Hvordan vil du beskrive organisasjonens forhold til pasientsikkerhet i dag?

Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen

Det ble gjennomført en pasientsikkerhetskulturundersøkelse i 2012 og 2014.

2012

- Deltok organisasjonen i undersøkelsen i 2012?
- Hvordan ble undersøkelsen gjennomført i denne organisasjonen?
- Beskriv resultatene. Hva avdekket undersøkelsen om pasientsikkerhetskulturen i denne organisasjonen?
- Hvordan behandlet dere resultatene fra undersøkelsen?
- På hvilke områder var dere fornøyde?
- Avdekket undersøkelsen noen (overraskende) utfordringer?
- Hvordan tolker du resultatene som kom frem på de tre ledelsesspørsmålene?
- Hvordan har dere fulgt opp undersøkelsen?
 - Ble det gjort noen endringer i organisering?
 - Hva nytt ble innført?

2014

- Deltok organisasjonen i undersøkelsen i 2014?
- Hvordan ble undersøkelsen gjennomført organisasjonen denne gang?
- Beskriv resultatene.
 - Hva avdekket undersøkelsen om pasientsikkerhetskulturen i denne organisasjonen?
 - Hva hadde endret seg fra 2012?
 - Hva tror du endringene skyldes?
- På hvilke områder var dere fornøyde?

- Avdekket undersøkelsen noen (overraskende) utfordringer?
- Beskriv resultatene som kom frem av de tre ledelsesspørsmålene.
 - Sett i lys av resultatene fra 2012?
- Hvordan har og vil dere følge opp undersøkelsen videre?

Pasientsikkerhetsvisitter

Visittene er et av tiltakene som både kampanjen og programmet fremmer som et tiltak for ledelsen ved sykehus. Denne organisasjonen har i løpet av noen år gjort noen erfaringer med tiltaket.

- Hvordan ble dere først kjent med tiltaket?
- Hvorfor bestemte dere at dere ville prøve dette tiltaket ved denne organisasjonen?
- Beskriv deres første erfaringer med pasientsikkerhetsvisitter
 - Hvordan planla dere å gjennomføre visittene?
 - Hvilken avdeling prøvde dere ut tiltaket på først?
 - Hvorfor denne avdelingen?
 - Hva ble resultatet?
 - Hvordan fulgte dere opp?
- Hvordan valgte dere så å gå videre med pasientsikkerhetsvisitter i organisasjonen?
- Hvordan ser du på visittene i sammenheng med mål og indikatorer dere blir bedt om å rapportere på i oppdragsdokumentene?
- Beskriv organisasjonens forhold til pasientsikkerhetsvisitter i dag
 - Hvordan gjennomføres visittene i dag?
 - Hvordan bestemmer dere hvilke enheter som skal besøkes?
 - Når gjennomfører dere visittene?
 - Hvordan følger dere opp resultatene fra visittene?
- Beskriv pasientsikkerhetsvisitter som en del av pasientsikkerhetskulturen ved denne organisasjonen
 - Hva er visittenes status?
 - Hvordan vil du plassere visittene i forhold til ordinær drift?
 - Hvordan bruker dere visittene i dere arbeid med pasientsikkerhetskulturen?
 - Se for deg organisasjonens arbeid med pasientsikkerhet om 5 år.
 - Gjennomfører dere fortsatt slike visitter?
 - Hvordan tror du visittene gjennomføres, sammenlignet med i dag?
- Beskriv forholdet mellom pasientsikkerhetskulturundersøkelsen og pasientsikkerhetsvisitter
 - Er det et forhold?
 - Hvordan påvirker de hverandre? Hvilken vei?
 - Tror du bruk av visitter vil medføre endringer i resultatene fra undersøkelsen? Hva?
- Har du noen siste kommentarer vedrørende pasientsikkerhetskulturen og de tiltakene dere gjennomfører ved denne organisasjonen?

Læring

Både på nasjonalt nivå og på regionalt nivå er gitt uttrykk for at foretakene må legge til rette for læring i organisasjonen. Med utgangspunkt i pasientsikkerhetskulturundersøkelsen og pasientsikkerhetsvisittene:

- Hvilke erfaringer og kunnskaper har tiltakene gitt?

- Er det gjort et arbeide for å legge til rette for læring av denne kunnskapen og erfaringen?
- Hvordan brukes styringslinjen i dette arbeidet?
- Hvilke arenaer har vært naturlig å bruke i dette arbeidet?
- Er det opprettet nye arenaer?
- Hvilke andre tiltak har organisasjonen vurdert for å fremme læring fra disse tiltakene?

3. Pasientsikkerhetsvisitter ved norske helseforetak, 2010-2014

Har gjennomført pasientsikkerhetsvisitter	
Akershus Universitetssykehus	Sykehuset i Vestfold
Haraldsplass Diakonale Sykehus	Sykehuset Innlandet
Haugesunds Sanitetsforenings Revmatismesykehus	Sykehuset Telemark
Nordlandssykehuset	Sykehuset Østfold
Oslo universitetssykehus	Sørlandet Sykehus
St.Olav Hospital	Vestre Viken
Sunnaas Sykehus	

Har ikke gjennomfører ikke pasientsikkerhetsvisitter	
Finnmarkssykehuset	Helse Nord-Trøndelag
Helgelandssykehuset	Helse Stavanger HF
Helse Bergen	Lovisenberg Diakonale Sykehus
Helse Fonna	Revmatismesykehuset
Helse Førde	Solli Distriktpsykiatriske Senter
Helse Møre og Romsdal	UNN

Uavklart om gjennomføring	
Betanien Hospital	Martina Hansens hospital
Betanien Sykehus	NKS Jæren distriktpsykiatriske senter AS
Diakonhjemmet sykehus	NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus