

Ida Leirheim Fagerli

Pasientsikkerhet i operasjonsrom

- En kvalitativ studie av sikkerhetskultur og pasientsikkerhet i operasjonsrom

Masteroppgave i psykologi,
studieretning arbeids- og organisasjonspsykologi.

Trondheim, juli 2014

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse
Psykologisk Institutt

Forord

Denne oppgaven har vært siste del av min mastergradstudie i arbeids- og organisasjonspsykologi ved NTNU.

Jeg har med denne oppgaven ønsket å undersøke ansattes syn på menneskelige feil og hvordan dette kommer til uttrykk gjennom sikkerhetsarbeidet som blir gjort. Oppgaven er basert på intervjuer av operasjonssykepleiere, leger og anestesisykepleiere tilknyttet operasjonsrom ved samme klinikk. Studien har vært i samarbeid med sykehuset og en organisasjon tilknyttet det aktuelle sykehuset. Jeg og en medstudent har samarbeidet om prosjektet frem til analysen av datamaterialet.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder, Karin Laumann, for god hjelp og gode tilbakemeldinger gjennom hele arbeidet med oppgaven og interessante faglige diskusjoner, som har vært motiverende for meg i oppgaveprosessen. Jeg vil takke min biveileder, Gunhild Sætren, for god hjelp og gode innspill i begynnelsen av studien og for grundige konstruktive tilbakemeldinger på oppgaven.

Jeg ønsker også å rette en stor takk til de 9 informantene som i en travel hverdag tok seg tid til å la seg intervjuer av meg og min medstudent og delte sine erfaringer og opplevelser. Jeg vil også takke andre på sykehuset, og i tilknytning til sykehuset, for god hjelp med informasjon og formidling av informanter til studien. Uten deres hjelp og bidrag kunne jeg ikke ha gjennomført den.

Sist men ikke minst vil jeg takke min medstudent, Cecilie Liseth for et hyggelig samarbeid og god støtte. Vi har hatt mange oppmuntrende og motiverende samtaler underveis, og mange faglige diskusjoner som har vært til stor hjelp i oppgaveskrivingen.

Bergen, Juli 2014

Ida Leirheim Fagerli

Sammendrag

Helsevesenet er ikke så trygt som det burde være, og i USA er det funnet at medisinske feil som kunne vært forhindrede fører til død for en betydelig andel mennesker hvert år. Selv om tallene på dette er noe omdiskutert kan de likevel gi en indikasjon på at det medisinske feltet med fordel kan igangsette tiltak for å unngå uønskede hendelser av denne type. Det er ingen grunn til å tro at dette ikke er et problem her i Norge også. Det har ikke vært forsket mye på sikkerhetskultur ved norske sykehus, og det er med bakgrunn i det at denne studien undersøkte dette temaet. Problemstillingen oppgaven søker å besvare er: Hvilket syn på menneskelige feil har denne organisasjonen og hvordan kommer dette til uttrykk i arbeidet for å redusere menneskelige feil? Studien har et eksplorerende kvalitativt design med semistrukturerte intervju som metode for innsamling av data. Ni informanter, ved et norsk sykehus, fra ulike yrkesgrupper tilknyttet operasjonsrom på samme klinikk ble intervjuet, og tematisk analyse ble benyttet for å analysere data.

Tre hovedtema ble identifisert i analysen: Persontilnærming til menneskelige feil, kommunikasjon og samarbeid i operasjonsteam og uklarheter med avvikssystemet. Resultatene indikerer at klinikken har en persontilnærming til menneskelige feil, noe som kom til uttrykk i hvordan informantene vektla individuelle faktorer som det å være skjerpet når de snakket om hvorfor feil skjedde og hva som ble gjort for å forebygge mot feil. Dette kan hemme godt sikkerhetsarbeid. På operasjonsstuen så teammedlemmene blant annet ut til å ha lite innsikt i hverandres arbeidsoppgaver på tvers av yrkesgruppene. Sett opp i mot egenskaper ved robuste organisasjoner og team er det en rekke forbedringer som kan være fordelaktig for å bedre teamarbeidet og pasientsikkerheten på operasjonsstuen. Avvikssystemet har et tilsynelatende ubrukt potensiale, da det var svært variabelt hva informantene meldte avvik på, og det var et sterkt fokus på individet som årsak til feil og som forebyggende løsning. Flere tiltak blir anbefalt for å øke antall innsendte avvik og kvaliteten på disse. Da vil potensialet for læring økes og avvikssystemet vil kunne gi et mer representativt bilde av situasjonen på klinikken. Funnene i studien er liknende det som er funnet ved sykehus i andre land.

Innholdsfortegnelse

FORORD	I
SAMMENDRAG	III
INNHOLDSFORTEGNELSE	V
INNLEDNING	1
FORSKNINGSTEMA OG PROBLEMSTILLING	2
OPPGAVENS STRUKTUR	2
TEORETISK BAKGRUNN	5
SIKKERHETSKULTUR	5
Tilnærminger til menneskelige feil	7
<i>Persontilnærming</i>	7
<i>Systemtilnærming</i>	7
Robuste organisasjoner	9
Sikkerhetskulturen innen det medisinske feltet	11
TEAM.....	13
Robuste team.....	14
RAPPORTERINGSSYSTEMER.....	16
METODE	19
VALG AV METODE	19
UTVALG OG REKRUTTERING	19
UTARBEIDING AV INTERVJUGUIDE	20
GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE	20
TRANSKRIPSJON	20
OBSERVASJON.....	21
ANALYSE AV DATA	21
ETISKE HENSYN OG VURDERINGER	22
RESULTAT	23
INFORMANTER - KONTEKST.....	24
PERSONTILNÆRMING TIL MENNESKELIGE FEIL.....	24
Individuelle feil som kilde til uønskede hendelser	24
Skjerpe seg som forebyggende tiltak	25
Feil er ikke vanlig i vårt yrke.....	25
KOMMUNIKASJON OG SAMARBEID I OPERASJONSTEAM.....	26
Samarbeid	26

<i>Godt samarbeid innad i samme yrkesgruppe</i>	26
<i>Lite samarbeid på tvers av yrkesgrupper</i>	27
Kommunikasjon	29
<i>Trygg kirurgi som verktøy for å bedre kommunikasjon og samarbeid</i>	29
<i>Humør viktig for samarbeid og en god tone i teamet</i>	29
<i>Ulike oppfattelser av hvor lett/vanskelig det er å si i fra og å gi og motta tilbakemelding</i>	30
UKLARHETER MED AVVIKSSYSTEMET	31
Det som blir meldt er de alvorlige hendelsene og ikke nesten-hendelsene	31
Usikkerhet rundt meldeprosessen og hva som skjer med meldingene	33
Ulik forståelse av formålet med å melde avvik	33
DISKUSJON	35
OPPSUMMERING AV FUNN	35
Persontilnærming til menneskelige feil	35
Kommunikasjon og samarbeid i operasjonsteam	35
Uklarheter med avvikssystemet	36
SAMMENLIGNING AV FUNN I DENNE STUDIEN MED TEORI OG FORSKNING ..	37
Tilnærming til menneskelige feil	37
Arbeidet med å redusere sannsynlighet for menneskelige feil og hvordan tilnærming til menneskelige feil påvirker dette	38
<i>Et vedvarende fokus på feil</i>	39
<i>Avvikssystemet</i>	39
<i>En forpliktelse til å være robust</i>	41
<i>En tendens til å benytte seg av ekspertbedømmelser</i>	42
VALIDITET	44
VIDERE FORSKNING OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	44
OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	47
REFERANSER	48
VEDLEGG	53
VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE	53
VEDLEGG 2: INFORMERT SAMTYKKE	63
VEDLEGG 3: GODKJENNING FRA NSD	65

Innledning

Helsevesenet er ikke så trygt som det burde være, og mye peker i retning mot at feil innen medisinskbehandling står som en ledende årsak til skade og død i USA (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). Mange industrier har sikkerhetsutfordringer og i helseindustrien ser det ut til å være særlig akutt (Sutcliffe, 2011). En standard av feilfri prestasjon er forventet av helsearbeidere, imidlertid er ikke systemer eller mennesker innen helsevesenet feilfrie (Kingston, Evans, Smith, & Berry, 2004). Feil er skyld i en stor del av pasientskade, lidelse og død, og i USA alene er det funnet at medisinske feil som kunne vært forhindret fører til død for mellom 44 000 og 98 000 amerikanere hvert år (Kohn, et al., 2000). Tallene på dette området er noe omdiskutert og usikre fordi det er vanskelig å operasjonalisere hva som er menneskelige feil og ikke, hva som kunne vært unngått og ikke. Tallene kan likevel gi en indikasjon på at det medisinske feltet med fordel kan igangsette konkrete tiltak for å unngå uønskede hendelser (Dekker, 2011). Andelen feil som kunne vært forhindret fører ikke bare til høyere risiko og tap for individet, men også til betydelige kostnader for samfunnet (Kohn et al., 2000). Når det gjelder fokus på sikkerhet ligger det medisinske feltet langt etter andre industrier, som luftfart, atomkraft, og olje og gass, der de har klart å gjøre arbeidsplassene så sikre at arbeiderne er tryggere på jobb enn på vei til jobb (Hudson, 2003). Det var først når rapporten *To err is human* kom ut i år 2000 at pasientsikkerhet for alvor kom på agendaen innen det medisinske feltet (Leape, 2009). Helseorganisasjoner har allerede begynt å bli bevisst viktigheten av å endre på organisasjonskulturen for å forbedre pasientsikkerhet (Nieva & Sorra, 2003).

Overskrifter som ”slik sikkerhet tolereres ikke av andre” og ”bedre sikkerhet offshore enn på norske sykehus” viser at debatten om sikkerhetskultur og pasientsikkerhetskultur også er aktuell også i Norge (Bakke, 2013; Tonstad, 2010). Det har ikke vært forsket mye på sikkerhetskultur ved norske sykehus, men det er et område som har fått økt oppmerksomhet innen det medisinske feltet. I 2007 var det tidligere ikke foretatt systematiske kartlegginger av sikkerhetskultur i det norske helsevesen, noe som gjør at vi har lite kunnskap om hvor god eller dårlig sikkerhetskulturen er (Olsen, 2007). Det er sannsynlig at uønskede hendelser også utgjør et stor problem her i Norge, og at en medvirkende årsak til disse skyldes aspekter ved sikkerhetskulturen (Olsen, 2007).

Denne oppgaven skal fokusere på menneskelige feil og hva som kan gjøres for å unngå de. Det er likevel viktig å huske på at mennesker stort sett er reliable og at det er svært få mennesker som velger å gjøre feil. De fleste helsearbeidere er mennesker som gjør sitt

ytterste for at pasientene skal få best mulig behandling. Forskning viser også at mennesker bidrar til reliabilitet med sin unike evne til å tilpasse seg endringer, uventede situasjoner og feil i design (Hollnagel, Woods, & Leveson, 2006). Innen studien av robuste organisasjoner (Weick & Sutcliffe, 2007) og resiliente organisasjoner (Hollnagel, 2010) blir mennesker sett på som en kilde til sikkerhet heller enn en trussel. Dette gjelder også sykehus der ansatte i de aller fleste tilfeller er en kilde til mer friskhet og ikke skade. Forskning på robuste og resiliente organisasjoner vektlegger at det er viktig å studere arbeidsbetingelser som bidrar til gode arbeidspresentasjoner og god sikkerhet for å forstå hva som kan gjøres for å fremme dette. Dette står i motsetning til å bare studere og forsøke å forstå hva som har gått galt når feil og ulykker oppstår.

Forskningstema og problemstilling

Med bakgrunn i at sikkerhetskultur innen det norske helsevesen har vært lite forsket på, er dette et området det kan være fordelaktig å undersøke videre. Hovedtemaet i denne studien var sikkerhetskultur og uønskede hendelser i operasjonsrom og formålet var å gå i dybden på sikkerhetskulturen ved et norsk sykehus og undersøke holdninger til menneskelige feil og sikkerhetsantakelser tilknyttet operasjonsrommet for å se funnene i lys av relevant empiri og teori på sikkerhetskultur. Jeg håper at denne oppgaven kan bidra til gi bedre kunnskap om endringer som kan gjøres for å øke pasientsikkerhet i norske operasjonsrom.

Fordi temaet var lite forsket på i Norge ble det valgt å utføre en utforskende studie for å finne det som utpekte seg i forhold til sikkerhetskultur i den aktuelle klinikken. Jeg har derfor valgt å ha et bredt fokus i min analyse for å fange opp de temaene som utpekte seg tydeligst.

Problemstilling i oppgaven: **Hvilken tilnærming til menneskelige feil har denne organisasjonen og hvordan kommer dette til uttrykk i arbeidet for å redusere menneskelige feil?**

Oppgavens struktur

Kapittelet **teoretisk bakgrunn** i oppgaven starter med en redegjørelse for begrepet sikkerhetskultur og viser videre til to teoretiske retninger som har diskutert sikkerhetskultur. Disse to retningene er tilnærminger til menneskelige feil (Reason, 2000) og robuste organisasjoner (Weick og Sutcliffe, 2007). Hvordan sikkerhetskulturen har vært innen det medisinske feltet blir også presentert. Teamarbeid er viktig på operasjonsrommet derfor blir

litteratur på dette presentert, samt litteratur om robuste team, da denne typen team har vist seg å være spesielt flinke på sikkerhet. Til slutt vil teori på avvikssystemer bli presentert.

Under **metode**kapittelet i oppgaven blir forskningsprosjektet presentert. Her beskrives prosjektet fra datainnsamling til analyse av datamaterialet. Til slutt blir etiske betraktninger diskutert.

Under kapittelet **resultat** presenteres resultatene av studien. Under **diskusjon**skapittelet vil hovedfunnene fra studien bli sett i lys av relevant litteratur, og problemstillingen vil bli diskutert. Deretter vil validiteten ved studien bli diskutert samt implikasjoner for praksis og videre forskning. Oppgaven vil avslutte med en konklusjon.

Teoretisk bakgrunn

Temaet i denne oppgaven handler om sikkerhetskultur i konteksten av operasjonsrommet, derfor vil litteratur om sikkerhetskultur bli presentert først. To teoretiske retninger som har diskutert dette vil bli presentert. De to retningene er tilnærminger til menneskelige feil (Reason, 2000) og teorien om robuste organisasjoner (Weick & Sutcliffe, 2007). Deretter vil forskning på sikkerhetskultur mer spesifikt innen det medisinske feltet bli beskrevet. Siden operasjonsteamet består av mennesker som arbeider i team vil forskning på teamarbeid og robuste team også bli presentert. Til slutt vil litteratur rundt effektive avvikssystem og hvordan dette kan bidra til økt sikkerhet bli presentert, da dette var et av hovedtemaene i resultatene fra intervjuene.

Sikkerhetskultur

Begrepet kultur er langt fra entydig og kan oppfattes på mange måter. Man kan for eksempel se på kultur som medfødt eller lært (Sætre, 2009). Organisasjonskultur kan sees på som et mønster for hvordan man tenker, føler og reagerer i en organisasjon. Denne typen kultur er ikke alltid like lett å gripe fatt i og det er en pågående debatt vedrørende om organisasjonskulturer kan endres eller ikke (Sætre, 2009). Organisasjonskultur som konsept har også blitt kritisert for å være så abstrakt og overordnet at det står i fare for å bli helt uten mening (Guldenmund, 2000). Schein er en av de mest siterte forskerne på organisasjonskultur og ha definerer organisasjonskultur slik:

Organisasjonskultur er et mønster av antakelser – skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene. (Sætre, 2009 sin oversettelse av Schein, 1992, s. 12).

Det er også stor uenighet rundt definisjonen av begrepet sikkerhetskultur, samt om dette begrepet er forskjellig fra begrepet sikkerhetsklima (Wiegmann, Zhang, von Thaden, Sharma & Gibbons, 2004). Sikkerhetskultur kan forklares som organisasjonskulturen vedrørende sikkerhet, og en definisjon med utgangspunkt i Schein sin definisjon av organisasjonskultur beskriver sikkerhetskultur som: "de aspektene ved en organisasjonskultur som vil påvirke holdninger og atferd relatert til å øke eller minske risiko" (Min oversettelse av Guldenmund, 2000, s. 251).

Det er noe enighet om begrepet sikkerhetskultur i sin generelle form, men detaljene er ikke fastsatt (Cox & Flin, 1998). Det er derfor nødvendig med økt kunnskap om hvilke faktorer som inngår i dette begrepet i tillegg til hvordan disse faktorene kan påvirke sikkerhet og skape forskjeller mellom ulike grupper (Pronovost & Sexton, 2005).

Sikkerhetskultur kan studeres på flere måter. Innen forskning på sikkerhetskultur har spørreskjema vært det vanligste måleinstrumentet (Guldenmund, 2000), og Guldenmund (2010) beskriver dette som vanlig innen en analytisk tilnærming til å studere sikkerhetskultur. Innen den analytiske tilnærmingen søker man å beskrive nåværende kulturelle manifestasjoner (Guldenmund, 2010). Ved å bruke spørreskjema kan man raskt og lett nå mange i en organisasjon, resultatene er også umiddelbart kvantifiserbare. Dette er noe av det som appellerer til bruk av spørreskjema (Guldenmund, 2007). Det er store forskjeller på de ulike spørreskjemaene brukt til å måle sikkerhetskultur, og uenigheten rundt begrepet sikkerhetskultur er en av grunnene til dette. Forskjellene gjør det svært vanskelig å sammenlikne skårer fra de ulike skjemaene noe som fører til at man ikke kan referere til generelle normer eller skalaskårer (Guldenmund, 2000). Dette fører til at skårene fra spørreskjemaene gir liten mening (Guldenmund, 2007). Et annet problem som flere forskere hevder oppstår ved bruk av spørreskjema på dette området er at man ser på organisasjonen som en helhet. I følge Guldenmund (2007) bør man skille mellom tre ulike nivåer i en organisasjon når man benytter spørreskjema. Organisasjonsnivå, gruppenivå og individnivå. Wiegmann et al. (2004) påpeker også at man bør ta hensyn til de ulike avdelinger og nivåer i organisasjoner og lage ulike spørreskjema til disse. Kultur er lokalt og man har med få unntak funnet større variasjon i sikkerhetskultur mellom arbeidsenheter på et sykehus enn man har funnet mellom ulike sykehus, derfor er det viktig å fokusere på enhetsnivå (Pronovost & Sexton, 2005). I følge Mearns et al. (referert i Cox & Flin, 1998) vil spørreskjema passe best til å se på sikkerhetsklima enn på sikkerhetskultur, da spørreskjema bare vil klare å oppfatte overflatestruktur fra arbeidstakernes oppfattelser og meninger.

Guldenmund (2010) beskriver også to andre tilnærminger til å studere sikkerhetskultur, den akademiske og den pragmatiske. Innen den akademiske tilnærminger er man ute etter rike beskrivelser og det er vanlig å benytte kvalitative metoder. Blant vanlige datainnsamlingsmetoder finner man blant annet intervju og observasjon. Her er det viktig at informasjon blir samlet inn med nok kontekst til at det kan tolkes korrekt, og organisasjoners bakgrunn er et fokusområde. Innen den pragmatiske tilnærmingen ligger fokuset på endring og organisasjonens ønskelige fremtid. Her tar man ikke utgangspunkt i empirisk forskning men heller i ekspertbedømmelser og erfaring. Guldenmund (2010) argumenterer for at de

ulike tilnærmingene til å studere sikkerhetskultur ikke bør sees på som motsetninger, men at de heller bør kombineres.

Videre vil jeg presentere ulike teoretiske retninger som har diskutert sikkerhetskultur. Jeg har da valgt ut de teoriene som har vært mest diskutert innen det medisinske feltet. Jeg vil begynne med Reason (2000) sin teori om tilnærminger til menneskelige feil, for så å kort beskrive hva Reason (1997) legger i en god sikkerhetskultur. Deretter vil jeg presentere teorien om robuste organisasjoner for så å beskrive sikkerhetskulturen innen det medisinske feltet.

Tilnærminger til menneskelige feil. Reason (1990) definerer menneskelige feil som ”de gangene en planlagt sekvens av mental eller fysisk aktivitet ikke oppnår det planlagte resultatet, og når disse feilene ikke kan attribueres til tilfeldigheter” (min oversettelse, s. 9). Det er to tilnærminger til menneskelige feil i følge Reason (2000). Persontilnærming og systemtilnærming. Disse tilnærmingene har ulike forklaringer på hva som forårsaker feil og hver forklaring fører dermed til ulike filosofier for hvordan man skal håndtere feil og forebygge mot feil (Reason, 2000). Hvilken tilnærming man har vil derfor i stor grad påvirke hvilke tiltak man setter i verk.

Persontilnærming. Ved en persontilnærming til menneskelige feil er fokuset på de risikable handlingene, feil, og prosedyrebrudd utført av personer i ”den spisse enden”. Man tenker her at feil skjer fordi mennesker har vært glemsom, uoppmerksom, uforsiktig, har dårlig motivasjon, eller at de tar sjanser. Fordi de utøvende ansatte blir sett på som hovedårsaken til at feil oppstår, er det de som er primærmålet for forebyggendetiltak og disse går ut på å redusere uønsket variasjon i menneskelig atferd. Her er det vanlig å bruke holdningskampanjer og disiplinære tiltak. Ofte er tanken at problemet vil forsvinne hvis ansatte bare er mer forsiktig (Woods, Dekker, Cook, Johannesen & Sarter, 2010).

Systemtilnærming. Grunntanken i en systemtilnærming til menneskelige feil er at denne typen feil er naturlig og dermed er å forvente. Menneskelige feil blir sett på som en konsekvens av faktorer i systemet og omgivelsene, og man fokuserer på de bakenforliggende årsakene som fører til at menneskelige feil kan føre til uønskede hendelser. Systemforsvar er sentralt innen denne tilnærmingen, og blir basert på tanken om at man ikke kan endre menneskets natur, men man kan endre forholdene mennesker jobber under. Innebygde forsvar og barrierer kan beskytte mot farer og forhindre at feil og mangler utvikler seg til større ulykker. Man har ofte flere lag med disse, barrierene vil ideelt sett være intakte, men i realiteten er det som oftest flere hull i disse. At det er hull i en barriere er ikke nødvendigvis så farlig, det er når det er hull i flere barrierer samtidig at det kan føre til større uønskede

hendelser. Det er to årsaker til at det oppstår hull i barrierene, aktive feil og latente forhold. Aktive feil er ulike typer feil begått av personer som er i direkte kontakt med pasientene. Latente forhold oppstår fra beslutninger tatt av ledere, designere, og de som utvikler prosedyrer. Disse forholdene kan føre til feil på to måter. De kan være forhold som legger til rette for feil, som tidspress, underbemanning, lite erfaring, og utslitte ansatte. Latente forhold kan også føre til feil ved å lage mer langvarige hull eller svakheter i barrierene, som alarmer og indikatorer som ikke er til å stole på, prosedyrer det ikke er mulig å gjennomføre, og feil i design og konstruksjon. Denne type forhold kan finnes i systemet i lang tid før de sammen med andre forhold, som aktive feil, skaper en mulighet for uønskede hendelser. I motsetning til aktive feil, som kan være vanskelig å forutse, er det ofte mulig å identifisere og ordne latente forhold før de fører til uønskede hendelser. Når ulykken er ute er ikke fokuset på hvem som gjorde feil, men hvorfor og hvordan forsvarerne ikke fungerte. For å forebygge mot feil fokuserer man på å analysere uønskede hendelser og nesten-hendelser, og jobbe kontinuerlig for å finne faktorer som kan føre til feil og fjerne disse før de bidrar til å skape uønskede hendelser. Feil kan forhindres ved å designe systemer som gjør det vanskelig for ansatte å gjøre feil og lett for dem å gjøre det som er riktig (Kohn et al., 2000). Psykologiske faktorer som det å være uoppmerksom, distraherert eller glemsom er de siste og minst håndterbare aspektene av en ulykkesekvens. Denne type individuelle usikre handlinger er vanskelige å forutse og kontrollere. Organisasjonsfaktorene og de kontekstuelle faktorene som er med på å føre til ulykker er derimot til stede før det skjer en uønsket hendelse og de er dermed lettere å gjøre noe med (Reason, 2005) I likhet med andre komplekse teknologier er også ulykker innen anestesi vanligvis et resultat av den uforutsigbare kombinasjonen av menneskelige- og organisasjonsfeil og tilstedeværelsen av en svakhet eller hull i systemets mange barrierer og sikkerhetstiltak (Reason, 2005).

I følge Reason (1997) vil en god sikkerhetskultur inkludere de fire karakteristikkene rapporteringskultur, rettferdigkultur, fleksibel kultur og en læringskultur. Rapporteringskultur handler at man må ha et miljø der det er trygt å snakke om feil og rapportere disse. Fordi det er på denne måten man kan oppdage hvilke problemer man har og fikse dem. En rettferdig kultur handler om at mennesker ikke blir straffet for å gjøre feil, men overlagte overtredelser og tjenesteforsømmelse blir ikke tolerert. En fleksibel kultur betyr at organisasjonen er i stand til å tilpasse seg effektivt til skiftende krav. En lærende kultur er en kultur der alle er nysgjerrig på hvorfor feil skjer, man undersøker feil, og ønsker å lære av de slik at de ikke forekommer igjen.

Reason (2000) trekker frem robuste organisasjoner som de beste eksemplene på en systemtilnærming til menneskelige feil. Dette er organisasjoner som kjennetegnes av å jobbe under farlige betingelser, men som likevel opplever få ulykker på grunn av et strengt og kontinuerlig sikkerhetsfokus (Sutcliffe, 2011).

Robuste organisasjoner. Menneskers begrensede evner i kombinasjon med komplekse organisasjoner og omgivelser gjør at menneskelige feil blir unngåelig, dette gjelder også innen helsevesenet. Til tross for at menneskelige feil er unngåelig finnes det organisasjoner som jobber under komplekse forhold, som likevel klarer å opprettholde eksepsjonelt sikre arbeidsplasser (Wilson, Bruke, Priest, & Salas, 2005). Disse organisasjonene kalles robuste organisasjoner. Denne type organisasjoner jobber i farlige omgivelser der konsekvensene av feil er veldig alvorlige, men forekomsten av feil er ekstremt lav på grunn av deres strenge og kontinuerlige sikkerhetsfokus (Baker, Day, & Salas, 2006; Sutcliffe, 2011). Robuste organisasjoner eksisterer innenfor mange typer organisasjoner som har et høyt sikkerhetsfokus som, for eksempel atomkraftverk og luftfart. Denne type organisasjoner har likevel en rekke likheter; Organisasjonene opererer i utilgivelige sosiale og politiske miljø. Teknologien de bruker er risikabel og gir potensiale for feil, og de mulige konsekvensene av feil er så store at det utelukker å lære gjennom eksperimentering. Forskning på robuste organisasjoner ligger nært opp til forskning på sikkerhetskultur (Sutcliffe, 2011). Weick og Sutcliffe (2007) har oppsummert forskningen på robuste organisasjoner i en teori om hva som karakteriserer disse organisasjonene. De hevder at robuste organisasjoner er organisert på en måte som øker oppmerksomhet i organisasjonen på detaljer som gjør at ansatte kan oppdage små variasjoner i betingelser som kan påvirke sikkerhet. I følge Sutcliffe (2011) vil det være mer nyttig og nøyaktig å tenke på robust utførelse som en dynamisk prosess som man kontinuerlig jobber med, heller enn noe man er. Weick og Sutcliffe (2007) hevder at disse organisasjonene er organisert på en måte som øker den kollektive bevisstheten (collective mindfulness) i organisasjonen. De fem prinsippene som karakteriserer disse organisasjonene er: 1) Et vedvarende fokus på feil. 2) En uvillighet til å forenkle tolkninger. 3) Sensitivitet og bevissthet ovenfor nåværende operasjoner og situasjoner. 4) En forpliktelse til å være robust. 5) En tendens til å benytte seg av ekspertbedømmelser (Weick & Sutcliffe, 2007). Hvert av disse prinsippene vil nå bli presentert mer i detalj.

Robuste organisasjoner har *et vedvarende fokus på feil* og alt som kan føre til feil. De er svært opptatt av feil og behandler alle småfeil som et tegn på at noe kan være galt med systemet og dermed føre til større ulykker sammen med andre småfeil (Weick & Sutcliffe, 2007). Robuste organisasjoner er kjennetegnet av å kontinuerlig søke etter potensielle

feilkilder for å unngå feil, og at de behandler enhver feil som en indikator på potensielt større problemer (Weick, Sutcliffe, & Obstfeldt, 1999).

Robuste organisasjoner er kjennetegnet ved at de har *en uvillighet til å forenkle tolkninger* og en tendens til å søke alternative tolkninger. Disse organisasjonene er bevisst at den verden de jobber i er kompleks, ustabil og uforutsigbar. Av den grunn prøver de bevisst å danne nyanserte og helhetlige bilder av seg selv og omverdenen. Disse organisasjonene ønsker variert erfaring og en skeptisk tilnærming til kunnskapen de allerede har, og benytter seg av forhandlingstaktikker der ulike meninger blir forent uten å miste nyansene (Weick & Sutcliffe, 2007). Robuste organisasjoner unngår overforenkling, og forsøker å avdekke eventuelle blindsoner, og å identifisere endrede krav i organisasjonen (Sutcliffe, 2011).

Robuste organisasjoner har *sensitivitet og bevissthet ovenfor nåværende operasjoner og situasjoner*, og er oppmerksomme på hva som skjer i den utøvende enden i organisasjonene (Weick & Sutcliffe, 2007). Denne situasjonsbevisstheten, hvor de er oppmerksomme på det som skjer her og nå, gjør at de kan hindre utviklingen av små problemer eller feil ved å gjøre små justeringer (Sutcliffe, 2011).

Robuste organisasjoner har *en forpliktelse til å være robust* og kunne takle uforutsette hendelser (Weick & Sutcliffe, 2007). Denne type organisasjoner er ikke nødvendigvis helt feilfrie, men er kjennetegnet av at feil ikke setter dem ut av spill. Organisasjonene fremmer motstandsdyktighet ved å kontinuerlig utvikle ferdighetene de har til å forutse potensielle farer og overraskelser, ta inn over seg belastninger og opprettholde driften i organisasjonen selv i møte med motgang. Det er også viktig at de klarer å komme seg raskt etter uventede hendelser og at de har ferdigheten til å lære og vokse av tidligere episoder med motstandsdyktig handling (Sutcliffe, 2011; Weick & Sutcliffe, 2007). Ferdigheter som improvisasjon, læring, multitasking og tilpasning er viktig for å utvikle motstandsdyktighet (Sutcliffe, 2011).

Robuste organisasjoner har *en tendens til å benytte seg av ekspertbedømmelser* der autoritet flytter seg til de med mest ekspertise uansett rank. I svært hierarkiske organisasjoner har feil høyt i hierarkiet en tendens til å øke og kombinere seg med andre feil lavere i systemet, noe som resulterer i store problemer som er vanskelig å forstå og gjøre noe med (Weick & Sutcliffe, 2007). Robuste organisasjoner skiller seg fra hierarkiske organisasjoner ved å være fleksible når det kommer til avgjørelsesstruktur. Dersom problemer bygger seg opp benytter de seg av ekspertbedømmelser i avgjørelsesprosesser (Weick et al., 1999). Hierarkisk rang kan med andre ord sees som underordnet ekspertise, dette bidrar til evnen å ta tak i problemer tidlig og på den måten unngå større problemer (Sutcliffe, 2011). Avgjørelser

blir tatt av arbeidere i den utøvende enden og autoritet blir overført til menneskene med mest ekspertise uavhengig av stilling (Weick & Sutcliffe, 2007).

Sikkerhetskulturen innen det medisinske feltet. En persontilnærming til menneskelige feil har vært den dominante tradisjonen innen det medisinske feltet, og det har vært en mangel av fokus på menneskelige faktorer og systemtenkning (Barack & Small, 2000; Reason, 2000). Det var først etter tusenårsskiftet at pasientsikkerhet kom i fokus innen det medisinske feltet (Leape, 2009). Allerede har man sett at systemteori fungerer, feil og skader kan forhindres gjennom å redesigne systemer for å gjøre det vanskelig og noen ganger umulig for helsearbeidere å gjøre feil (Leape, 2009). Konseptet om at det er dårlige systemer, og ikke dårlige folk, som fører til flesteparten av feil og skader er et viktig vitenskapelig grunnlag for forbedring av sikkerhet i alle suksessrike robuste organisasjoner, og begynner også å bli en mer utbredt tenkemåte innen det medisinske feltet (Leape & Berwick, 2005). Det har vært økende forståelse innen helseindustrien om at ulike faktorer kombineres til å danne en kultur som er motstridende i forhold til kravene for pasientsikkerhet (Nieva & Sorra, 2003). Eksempler på disse faktorene er vektlegging av produksjon, effektivitet og kostnadskontroll (Gaba, Howard, & Jump, 1994), organisasjonens og individets manglede evne til å erkjenne feilbarlighet, og profesjonsnormer om perfektjon blant helsearbeiderne (Leape, 2009).

Selv om forskningen viser at nesten alle feil er forårsaket av systemfeil, ikke individuell uforsiktighet, har det vist seg å være vanskelig for leger og sykepleiere å akseptere dette konseptet og lage miljø der det er trygt å snakke om sine feil og hvor responsen er å søke de underliggende systemfeilene og ikke skyld på individet (Leape, 2009). Det medisinske feltet må bevege seg bort fra å kreve perfekt og feilfri prestasjoner fra individene og istedenfor fokusere på å designe systemer for sikkerhet (Nieva & Sorra, 2003). Å skyld på individet er verken rettferdig eller effektivt som fremgangsmåte for å øke pasientsikkerhet. Den mest effektive metoden for å forbedre bredspektret sikkerhet eller kvalitet er å endre på systemene (Leape & Berwick, 2005). Hittil har utdanningssystemene vektlagt individuelle prestasjoner, og leger og sykepleiere har lært at hvis de gjør jobben sin riktig vil det ikke være noen problemer. Her er det viktig å spre kunnskap om at sikkerhet ikke oppnås på egenhånd, og at sikkerhet handler om å jobbe i team. Det å tenke på systemfeil og jobbe i team krever en endring i kultur (Leape, 2009). Nieva og Sorra (2003) påpeker at en fundamental kulturendring er nødvendig for å forsikre at tiltak innført for å forbedre pasientsikkerhet faktisk oppnår deres potensiale.

Reason (2004) påpeker det han mener er forskjeller fra det medisinske feltet og andre risikodomener. Her nevner han blant annet det store mangfoldet blant aktivitet og utstyr som

brukes, den høye graden av usikkerhet og pasientens sårbarhet. Innen andre domener, som atomkraftverk, er det få personer som betjener et stort antall brukere. I helsevesenet er det mer en til en kontakt. Innen andre domener er også operatøren passet på av automatiserte sikkerhetsfunksjoner, og derfor skal det mye til for at mennesker klarer å skape store ulykker. Innen helsearbeid er det svært nært mellom menneske og ulykke og alvorlig skade er bare et par ubevoktede øyeblikk unna (Reason, 2004).

Hudson (2003) nevner de ulike konsekvensene av feil som mulig medvirkende årsak til at helsevesenet ligger så langt etter når det gjelder sikkerhetskultur i forhold til andre industrier. Innen industrier som luftfart og olje og gass kan feil få store og tydelige konsekvenser, mens innen det medisinske feltet får feil vanligvis bare konsekvenser for pasienten som har blitt feilbehandlet. Helsearbeiderne lider ikke sammen med pasientene sine, slik en pilot styrter med passasjerene. Innen helsevesenet skades og dør vanligvis bare en og en pasient, og ikke flere hundre på en gang. Dette kan gjøre det vanskeligere å se mengden skadde og døde innen helsevesenet i forhold til andre industrier.

Det har tidligere vært lite forskning på sikkerhetskultur innen det norske helsevesenet, dermed har vi ikke godt bilde av hvordan forholdene er her. En studie av sikkerhetskultur ved Stavanger universitetssykehus fant at sikkerhetskulturen var forskjellig for ulike klinikker, faggrupper og andre sub-grupper. Det norske utvalget hadde også en generelt dårligere oppfatning av pasientsikkerheten enn referansedataene fra USA. Resultatene fra studien indikerte at det var et behov for å satse på sikkerhetskultur i det norske helsevesen (Olsen, 2007).

I 2011 ble den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* lansert i Norge. Målsetningene for denne kampanjen var å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse- og omsorgstjenesten (Skjellanger et al., 2014). Kunnskapssenteret har definert pasientsikkerhet som ”vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser” (Saunes & Sperre, 2011, s. 3). I forbindelse med denne kampanjen har helsevesenet i Norge foretatt en kartlegging av pasientsikkerhetskulturen og i 2012 ble denne kartlagt ved alle sengeposter, poliklinikker, operasjonsavdelinger og øvrige behandlingenheter i den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Pasientsikkerheten ble målt med et spørreskjema som skulle kartlegge ansattes opplevelse av hvordan pasientsikkerheten ble prioritert (Dahl et al., 2013). Disse foretakene er nå i gang med å definere og implementere tiltak på bakgrunn av egne resultater fra denne kartleggingen (Dahl et al., 2013). Sjekklisten for trygg kirurgi er et tiltak i forbindelse med pasientsikkerhetskampanjen (Dahl et al., 2013). Sjekklisten er et

hjelpemiddel implementert i Norge de siste årene ment å redusere avvik fra etablerte prosedyrer i forbindelse med kirurgiske inngrep, og dermed redusere skader og komplikasjoner som følge av dette (Kunnskapssenteret, 2010). Sjekklisten fungerer som et redskap for effektiv kommunikasjon og utveksling av kritisk informasjon mellom medlemmene i operasjonsteamet (Saunes & Krogstad, 2010).

Team

Et team kan defineres å bestå av to eller flere individer som har spesifikke roller, utfører oppgaver som er avhengig av hverandre, er tilpasningsdyktige, og deler et felles mål (Salas, referert i Baker et al., 2006)

Innen helsevesenet er vanligvis teammedlemmer opplært innen separate disipliner og utdanningsprogram og leger, sykepleiere og andre helsearbeidere har historisk fungert som en samling med adskilte helsearbeidere (Baker et al., 2006). Rapporten "To Err Is Human" av the Institute of Medicine (IOM) påpekte behovet for å forbedre teamarbeid innen det medisinske feltet (Kohn et al., 2000). IOM fungerer som en rådgiver til regjeringen i USA, og skal på eget initiativ finne problemstillinger innen medisinsk behandling, forskning og utdanning (Kohn et al., 2000). Det å installere en teamstruktur, og plassere ansatte sammen, betyr ikke at teamarbeid vil skje automatisk. Det er avhengig av hvor villig de er til å samarbeide for å oppnå felles mål (Baker et al., 2006). Ideen av teamarbeid inne helsevesenet er kjent, men konseptet er vagt og har generelt vært begrenset til å fremme trivelige arbeidsrelasjoner mellom kolleger (Morey et al., 2000). Leger og sykepleiere er godt trent i den individuelle utførelsen av kliniske arbeidsoppgaver, men det har vært lite trening i de atferdene som inngår i teamarbeid (Morey et al., 2002). IMO anbefalte å igangsette interdisiplinære team-treningsprogram for arbeidere innen kritiske omsorgsområder som operasjonsrom. En av grunnene til dette er at mennesker gjør færre feil når de arbeider i team (Kohn et al., 2000). I alle situasjoner som krever sanntidskombinasjoner av ulike ferdigheter, erfaringer, og vurderinger skaper team, i forhold til en samling med individer, bedre prestasjoner (Knox & Simpson, 2004). Når prosessene er planlagte og standardiserte, vil hvert teammedlem være klar over sine egne, så vel som teammedlemmenes ansvarsområder, og medlemmer vil passe på for hverandre, og bli klar over feil før de fører til ulykker (Kohn et al., 2000).

På operasjonsstuen utfører de ansatte oppgaver som er gjensidig avhengige mens de fungerer i sine spesifikke roller og deler det samme målet om sikker behandling (Baker et al., 2006). Kirurgen må for eksempel vente med inngrepet til pasienten er i narkose. I følge Baker

et al. (2006) er det viktig at teammedlemmene innehar spesifikk kunnskap, ferdigheter og holdninger for å jobbe effektivt sammen. For eksempel ferdigheten til å overvåke hverandres prestasjoner, kunnskap om teammedlemmenes og deres eget ansvar, og en positiv holdning mot å jobbe i team. Teamarbeid krever ikke at teammedlemmene jobber sammen permanent, teamarbeid blir opprettholdt gjennom at medlemmene jobber med et felles sett av teamferdigheter (Morey et al., 2002). Baker et al. (2006) argumenterer for at teamarbeid er en vesentlig for å oppnå høy reliabilitet, spesielt innen det medisinske feltet. Videre argumenterer de for at godt teamarbeid er avhengig av at hvert teammedlem kan forutse de andres behov, tilpasse seg hverandres atferd, og ha en felles forståelse for hvordan en prosedyre bør utføres.

Robuste team. Forskning har indikert at team, spesielt de som arbeider i komplekse omgivelser, ikke alltid er effektive. Det er likevel en kategori av organisasjoner der team tilsynelatende klarer å balansere det å være effektiv med det å jobbe med fokus på sikkerhet til tross for det komplekse miljøet de jobber under. Disse organisasjonene er robuste organisasjoner (Wilson et al., 2005). Innen robuste organisasjoner er teamarbeid hovedmåten de jobber på og sikkerhet blir sett på som skapt av team og ikke av individer (Knox & Simpson, 2004). For å være et robust team må teammedlemmene vise atferd som fremmer karakteristikkene og verdiene organisasjonen har og bruker. Robuste team demonstrerer disse atferdene konsekvent og effektivt over tid innen komplekse og dynamiske omgivelser mens de jobber under høye stressnivåer (Wilson et al., 2005).

Wilson et al. (2005) viser til flere ferdigheter robuste team har. I denne oppgaven er det spesielt interessant å se på syv av disse i forhold til resultatene: støttende atferd, ytelsesovervåkning, delte mentale modeller, selvsikkerhet, tilbakemelding, og selvkorrigerende av teamet. *Støttende atferd* referer til teammedlemmenes evne til å gi, oppsøke og motta oppgaveveiledende tilbakemeldinger. Det å hjelpe teammedlemmer i sine oppgaver og ved behov ta over disse. *Ytelsesovervåkning* handler om teamets evne til å overvåke prestasjonene til sine teammedlemmer og gi konstruktiv tilbakemelding. *Delte mentale modeller* går på teamets evne til å dele kunnskap vedrørende individets, og de andre teammedlemmenes roller i teamet, deres karakteristikk og de delte kravene for at teamet skal interagere effektivt. For eksempel at teamet har en felles og overlappende forståelse av prosedyren de skal utføre. I dag er det svært uvanlig at en kirurg, sykepleier og anestesilege møtes for å diskutere et inngrep på forhånd. I forhold til robuste organisasjoners forventinger om teamkommunikasjon er dette ganske urovekkende (Lingard et al., 2004). Felles bevissthet blant medlemmene i teamet om situasjonen hjelper på å forbedre sikkerhet ved å varsle medlemmene om latente forhold og

ved å påvirke beslutninger om strategi og teamkoordinasjon når man skal begrense feil som forekommer (Wilson et al., 2005). Robuste team må utvikle felles mentale modeller som tillater medlemmer å overvåke hverandres prestasjon og tilby assistanse når det trengs. Ved å ha en felles forståelse av situasjonen og oppgaven som skal gjøres vil teamet kunne jobbe mer effektivt sammen uten å eksplisitt måtte legge frem forventningene man har. Hvert teammedlem vil vite hva det skal gjøre og når, og vil gi relevant informasjon uten å bli spurt. Mangel på felles forståelse kan få alvorlige konsekvenser (Wilson et al., 2005). *Selvsikkerhet* handler om at medlemmene i teamet er villig til å formidle ideer og observasjoner på en måte som er overbevisende for de andre teammedlemmene. Dette tillater teammedlemmer å komme med tilbakemeldinger, uttrykke og opprettholde meninger, henvende seg til opplevd tvetydighet, initiere handling, og tilby potensielle løsninger. Et eksempel kan være en sykepleier som stiller spørsmål ved en leges ordre på grunn av pasientens allergier. I følge Wilson et al. (2005) er det vanlig å bruke status og rank til å bestemme hvor tungt man skal veie råd eller input fra medlemmer i team, robuste team gjenkjenner verdien i medlemmers input uavhengig av hvilket nivå det kommer fra. En sykepleier skal oppleve det som komfortabelt å si i fra om bekymringer til kirurgen uten frykt for represalier, selv om bekymringen var uberettiget. *Tilbakemelding* referer til teamets evne til å gi konstruktiv tilbakemelding, oppsøke tilbakemelding på egen prestasjon, og akseptere tilbakemelding fra andre. *Selvkorrigerende av team* omhandler teamets evne til å overvåke og kategorisere deres egen atferd for å bestemme teamets effektivitet, noe som vil gi instruerende tilbakemelding slik at teammedlemmene kan vurdere prestasjonsepisoder og korrigere svakheter. Selvkorrigerende av team foregår ved at medlemmene følger med på sin egen og andres atferd for så å ha en åpen diskusjon om positive og negative eksempler på teamarbeidet. Ved å gi tilbakemeldinger på de positive og negative aspektene ved oppgaven etter en operasjon gir det teammedlemmene muligheten til å reflektere over hva som ble gjort riktig og hva man trenger å forbedre for å sikre pasientsikkerheten (Wilson et al., 2005). For at et team skal klare å minimere eller eliminere barrierer som hindrer dem fra å fungere effektivt, må medlemmene kunne identifisere hvilke barrierer det er som begrenser dem fra dette. En av de mest effektive måtene å overvinne disse barrierene er ved å utvikle strategier for å kontinuerlig vurdere og overvåke hvordan teamet fungerer og presterer (Heinemann, 2002).

Et tiltak for å bedre teamarbeidet innen helsevesenet er å trene de ulike yrkesgruppene til å jobbe i team (Leape & Berwick, 2005). Wilson et al. (2005) foreslår blant annet trening for å lære teammedlemmene opp i hvilke ansvarsområder teammedlemmene har og hvordan

det påvirker de andre i teamet. Trening på hva de skal holde øye med, hvordan gi konstruktive tilbakemeldinger og hindre at samme feil gjentar seg

Rapporteringssystemer

Innen industrisektorer som atomkraftverk og luftfart har hendelsesrapportering lenge vært en viktig del av sikkerhetsstyringsprogrammer, men innen medisin var det først rundt siste århundreskiftet det ble oppmerksomhet på pasientsikkerhet og hvordan meldesystemer kan spille en viktig rolle for det (Leape, 2009; Shaaf & Kanse, 2004).

Innen sikkerhetsstyringssystemer blir hendelsesrapportering og etterforskning sett på som essensielle elementer for å sikre læring og kontinuerlig forbedring (Van der Schaaf et al. referert i Grote, 2012). Man har da mulighet til å lære av erfaring, og å utnytte de mindre hendelsene (nesten-hendelser) som muligheter til å forbedre sikkerheten (Grote, 2012). Ved å fokusere på nesten-hendelser kan man få en betraktelig bedre kvalitetsforbedring enn et ensidig fokus på negative hendelser, da nesten-hendelser forekommer mye hyppigere og uten de negative konsekvensene (Barach & Small, 2000). Ved å rapportere nesten-hendelser i tillegg til hendelser med alvorlige utfall vil rapporteringssystemet også bidra med å kunne holde et øye med fremgangen man har i å forhindre feil (Leape, 2002).

Hovedpoenget med rapportering er å lære fra erfaring, og et godt rapporteringssystem vil bidra til at alle ansvarlige parter er bevisst farer og risiko (Leape, 2002). Rapportering av ulykker og hendelser representerer også en viktig tilbakemeldingskanal mellom ansatte og ledelse, og arbeidstakeres oppfattelse av hvordan ledelsen vil reagere på en rapport har vist seg å ha stor påvirkning på om hendelser blir rapportert (Clarke, 1998). Det er viktig at rapportene kan gi et representativt bilde av de uønskede hendelsene og nesten-hendelsene i en organisasjon for at man skal få best mulig utbytte av rapporteringssystemet, derfor kan underrapportering være et problem (Clarke, 1998). Hvem som rapporterer og rapportererens vurdering av hendelse og oppfattelse av hva som skal rapporteres inn påvirker hvilke hendelser som blir meldt inn. Det er derfor viktig med god informasjon om hva som skal rapporteres for å få så representative rapporter som mulig (Evans et al., 2006).

Sett fra melderens sitt ståsted grupperte Schaaf og Kanse (2004) faktorer som påvirket hendelsesrapportering inn i fire kategorier. Disse var frykt, aksept, opplevd nytteløshet og praktiske årsaker. Frykt er frykt for andres reaksjoner eller disiplinære reaksjoner som følge av en kultur som straffer de som gjør feil. Akseptering er akseptering av risiko i organisasjonene, hvor man ser på en andel uønskede hendelser som en del av jobben og noe man ikke kan avverge. Opplevd nytteløshet er en opplevelse av at det er nytteløst å rapportere

da man opplever at ledelsen sannsynligvis ikke vil gjøre noe med det. Praktiske årsaker er at det å melde er for vanskelig eller tar for mye tid.

Flere påpeker viktigheten av å holde skyld og straff ute av bildet for at hendelsesrapportering skal fungere (Barack & Small, 2000; Leape, 2002). Det å holde hendelsesrapportering frivillig er også anbefalt, samt å oppfordre til at det blir rapportert inn hendelser som blir observert i tillegg til hendelser personene selv har vært involvert i (Grote, 2012). Når man har undersøkt suksessfulle ikke-medisinske områder har følgende kvaliteter ved meldesystemer vist seg å være viktig for kvaliteten og suksessen til denne type systemer: Vedvarende støtte fra ledelsen; at det er lett å rapportere, rask og meningsfylt tilbakemelding til de som rapporterer og alle interesserte parter; immunitet (så langt det er praktisk); konfidensialitet; rapportene meldes til et uavhengig organ og blir analysert av fagfelleeksperter (Barach & Small, 2000).

Helsevesenet har ikke vært flinke til å rapportere systemfeil eller feil begått av individer, og det har vært en tendens til å skyte budbringeren (Hudson, 2003). I den grad hendelser har blitt rapportert har det vært kun vært ved de store og hyppige hendelsene at analyser med systemiske konsekvenser har blitt utført (Hudson, 2003). Lawton og Parker (2002) påpeker at den rådende kulturen innen det medisinske feltet er lite egnet til å tilrettelegge for rapportering av feil. I deres studie av barrierer som påvirker hendelsesrapportering i helsevesenet var type atferd og dens konsekvenser for pasienten viktig for sannsynligheten for om atferden til andre helsearbeidere ble rapportert. Det varierte også mellom de ulike yrkesgruppene hvor tilbøyelige de var til å rapportere, noe som indikerte at jordmødre, sykepleiere og leger benyttet seg av ulike standarder når de skulle bedømme kollegaers atferd. Når atferden enten reflekterte samsvar med prosedyrer eller improvisasjon der det ikke fantes prosedyrer indikerte studien også at helsearbeidere generelt var motvillige til å rapportere atferd som hadde negative konsekvenser for pasienten. Ved brudd på prosedyrer var det mer sannsynlig at det ble rapportert, muligens fordi personene ble sett på som mer ansvarlig i disse situasjonene. Olsen (2007) fant også store variasjoner mellom faggruppene når det gjelder rapportering av hendelser ved et norsk sykehus.

Waring (2005) fant, i motsetning til det som tidligere har blitt antatt, at leger ikke hadde en holdning om at de var ufeilbarlige, men heller at feil var en uunngåelig og noen ganger fordelaktig del av arbeidet deres. Derfor ble rapportering av feil ofte sett på som bortkastet tid eller meningsløst fordi denne type denne type feil aldri kunne utryddes helt, og dermed heller burde aksepteres. Legene i studien så dermed ikke noe poeng i å rapportere uønskede hendelser.

Metode

Denne studien er i samarbeid med et norsk sykehus. Det var en organisasjon tilknyttet dette sykehuset samt min veileder og biveileder som igangsatte studien. Jeg og en medstudent meldte interesse for å skrive masteroppgave om temaet, og har jobbet sammen om prosjektet frem til analysen av intervjuene. Det overordnede temaet for prosjektet var sikkerhetskultur og uønskede hendelser i operasjonsrom. Vi ønsket å gå i dybden av sikkerhetskulturen ved et norsk sykehus og blant annet se på holdningene til menneskelige feil. I dette kapitlet vil jeg beskrive hvordan jeg gikk frem for å svare på problemstillingen i oppgaven. Først beskrives valget av metode, deretter redegjøres det for hvordan jeg gikk frem for å hente inn data, og til slutt beskrives analyseringen av data og etiske vurderinger.

Valg av metode

I og med at det var relativt lite å finne om sikkerhetskultur ved norske sykehus, valgte vi et eksplorerende kvalitativt design på studien vår og hovedsakelig semistrukturerte intervju som metode for innsamling av data (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi ønsket å undersøke hva som var interessant å se på med tanke på sikkerhetskultur ved klinikken, og hvilken tilnærming informantene hadde til sikkerhet og menneskelige feil.

Noen forskningsområder er naturlig mer tilgjengelig ved kvalitativ forskning, for eksempel når man prøver å avdekke en persons erfaring med et fenomen. Kvalitativ metode kan bli brukt for å få nytt og friskt perspektiv på noe man vet en del om allerede, men kan også gi intrikate detaljer om et fenomen som det er vanskelig å formidle med kvantitative metoder (Strauss & Corbin, 1990).

Utvalg og rekruttering

Informantene i denne studien ble valgt ut i fra deres relevans for tema og problemstilling. Inkluderingskriteriene var at de hadde en jobb som innebar arbeid med operasjoner. Sammen med organisasjonen tilknyttet sykehuset kom vi frem til at utvalget skulle bestå av ni personer fra ulike yrkesgrupper tilknyttet flere operasjonsrom på samme klinikk. Dette ble da yrkesgruppene som inngår i et typisk operasjonsteam som er operasjonssykepleiere, kirurger, og anestesisykepleiere. Vi intervjuet fire operasjonssykepleiere, tre anestesisykepleiere og to kirurger. Informantene ble rekruttert og kontaktet av sykehuset, før intervjuet ble det gjort klart at deltakelse var frivillig.

Utarbeiding av intervjuguide

Intervjuguiden ble utarbeidet sammen med veileder, biveileder og min medstudent. Denne ble revidert sammen med min medstudent og veileder etterhvert som det ble mer tydelig i de utførte intervjuene hvilke spørsmål som ikke fungerte, hvilke man burde få mer utdypende svar på, og eventuelt hvilke nye spørsmål som burde stilles. Vi valgte å utføre semistrukturerte intervju (Kvale & Brinkmann, 2009) og dermed bestod intervjuguiden av spørsmål og emner vi ville innom under intervjuene, men rekkefølgen og hva vi kom innom varierte fra intervju til intervju avhengig av hva informanten hadde å fortelle. Dette tillot også informantene å snakke om nye tema. Ved å ha en ganske åpen intervjuguide ønsket vi å se hvilke områder som ville vise seg å være interessante. Hvert intervju begynte med at informantene beskrev deres tidligere arbeidsdag, for så å bevege seg mot mer spissede beskrivelser. Intervjuguiden var delt inn i ulike emner, som var: arbeidsdagen og hvordan arbeidsplassen var organisert, gruppeprosesser og psykososialt arbeidsmiljø, og sikkerhet. Eksempler på spørsmål fra intervjuguiden er: Kan du si noe om hvem som er din typiske samarbeidspartner på jobb? Kan du beskrive en uønsket hendelse som hadde negative konsekvenser for pasient, ansatt, eller utstyr? Intervjuguiden er lagt som vedlegg til oppgaven (se vedlegg 1).

Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble utført på arbeidsplassen til informantene i arbeidstiden deres. Tid og sted ble avgjort av sykehuset og det var sykehuset som rekrutterte informantene. Intervjuene ble utført i lukkede rom, der ingen andre hadde mulighet til å lytte til det som ble sagt. Informantene fikk informert samtykke på forhånd (Se vedlegg 2). Alle skrev under på dette før intervjuet begynte. Intervjuene ble utført av meg selv og min medstudent. Under intervjuene var en av oss hoved-intervjuer, og den andre konsentrerte seg mer om å stille oppfølgingsspørsmål og ta notater. Dette byttet vi på, så det ble annenhver gang. Alle intervjuene ble tatt opp med en digital opptaker. Hvert intervju tok i underkant av en time, og det ble totalt utført ni intervjuer.

Transkripsjon

Fordi transkripsjon i seg selv anses som første steg i analysen (Kvale & Brinkmann, 2009) valgte vi å transkribere alle intervjuene. Transkripsjon innebærer en del fortolkningsmessige og tekniske problemstillinger (Kvale & Brinkmann, 2009), og vi valgte å transkribere alle intervjuene på bokmål fremfor dialekt for å hindre at informanter ble

gjenkjent. Transkripsjonene inneholdt informasjon om lange pauser, og det ble oppgitt om informantene lo under intervjuet der dette hadde relevans for oppfattelsen av det som ble sagt. Vi valgte å ikke transkribere tonefall og pauselyder som for eksempel ”eh”. Transkripsjonene ble ellers gjort så ordrett som mulig. Transkripsjon av alle intervjuene ble utført av meg selv og min medstudent. Vi diskuterte hvordan vi skulle gjøre transkripsjonene på forhånd for å få så like transkripsjoner som mulig, i tillegg sjekket vi igjennom hverandres transkripsjoner for å rette opp i feil og diskutere uttalelser vi hadde forstått forskjellig. To transkripsjoner ble gjort i perioden vi gjorde intervjuene de andre ble gjort etter.

Observasjon

Vi utførte observasjon, som datainnsamlingsmetode, i tillegg til intervjuene. I og med at feltet var så nytt for oss så vi på dette som en mulighet som kunne gi oss bedre forståelse av feltet og det som ble sagt i intervjuene. Observasjonen skjedde etter intervjuene. Vi gjennomførte ikke-deltakende observasjon (Gold, referert i Brannan & Oultram, 2012) i to operasjoner. Observasjonene skjedde samme dag og bestod av to like inngrep med samme operasjonsteam. Etter å ha introdusert oss selv satt vi for det meste i hjørnet av operasjonsstuen og observerte og tok notater. Vi samhandlet ikke med andre deltakere gjennom selve observasjonsrundene, men observerte kun hendelsene (Gold referert i Brannan & Oultram, 2012).

Analyse av data

Tematisk analyse ble brukt som analysemetode av data i denne oppgaven. Dette ble valgt fordi forskningen på feltet er ganske ny, og dette kan være en god kvalitativ metode for å skaffe informasjon om et nytt felt. Tematisk analyse er en fleksibel analysemetode med teoretisk frihet. Denne type analyse blir brukt for å identifisere, analysere og rapportere mønstre og kategorier i datasettet, og det å organisere og beskrive data i detalj (Braun & Clarke, 2006). Data ble analysert ved bruk av stegene beskrevet i Braun og Clarke (2006).

Første steg i analyseprosessen var å bli godt kjent med data, noe jeg gjorde ved å utføre halvparten av transkripsjonene selv, i tillegg til å ha flere gjennomlesninger før jeg begynte på selve kodingen. *Andre steg* i analyseprosessen var å generere innledende koder. Transkripsjonene ble overført til dataprogrammet NVivo, som ble benyttet for å kode transkripsjonene. Her ble alle intervjuene kodet inn i mange forskjellige kategorier og underkategorier. Under første delen av kodingen ble det brukt mange kategorier og koder på samme uttalelser, og for å ikke miste konteksten ble store deler kodet. Allerede der ble det

tydelig at noen deler av intervjuene ikke var særlig relevant for studieområdet. *Tredje steg* i analyseprosessen var å søke etter tema i datamaterialet og kodene jeg allerede hadde laget. De ulike kategoriene og kodene ble gjennomgått og her forsøkte jeg å ha et bredere fokus på tema enn det jeg hadde hatt i de tidligere fasene, og se etter sammenhenger mellom de ulike kodene og kategoriene. Som hjelp i denne prosessen benyttet jeg meg av tankekart. Når jeg så igjennom kodene var det visse koder som passet inn i hovedkategorier eller temaer. Det *fjerde steget* i analyseprosessen var å gå igjennom de temaene jeg hadde funnet for så å vurdere disse. Her ble det tydelig at noen av temaene ikke inneholdt nok data, og dermed ble disse forkastet. Andre tema ble slått sammen, og noen ble gitt nye navn. Her var det også viktig å vurdere om de temaene jeg hadde valg reflekterte datasettet. Jeg valgte de mest fremtredende temaene ut i fra det de fleste informantene snakket om, og de temaene som var rikest på informasjon. Det *femte steget* i analyseprosessen var å videre definere og bedre temaene og underkategoriene. Det *sjettesteget* i analysen var å skrive oppgaven, gjengi datasettet på en god måte og vise hvordan det relaterte seg til problemstillingen. Her var det blant annet viktig å velge ut sitater som gjengav datasettet på en god måte. Under hele analyseprosessen gikk jeg frem og tilbake mellom de ulike analysestegene, noe som er i tråd med hvordan Braun og Clarke (2006) beskriver analyseprosessen.

Etiske hensyn og vurderinger

Det ble først søkt om godkjenning av prosjektet hos *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk* (REK), men de vurderte studien som utenfor deres område. Prosjektet ble da meldt til *Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste* (NSD), og studien ble godkjent fra NSD før datainnsamlingen ble satt i gang (se vedlegg 3).

Vi har anonymisert data som kan identifisere informanter, hendelser, og klinikk i transkripsjonene (Kvale & Brinkmann, 2009), og valgt å skrive disse i bokmål for å ikke vise til dialekt. Data har blitt brukt som grunnlag, og det er kun anonymiserte enkeltsitater som har blitt benyttet i selve oppgaven. Alle informanter fikk lese igjennom informert samtykke, og skrev under på dette før vi satte i gang intervjuene.

Det er kun jeg og min medstudent som har hatt tilgang på lydfilene fra intervjuene, disse ble oppbevart på to krypterte minnepinner. Informasjonen om hvilken informant som tilhørte hvilket nummer ble oppbevart innelåst hos vår veileder. All rådata vil bli slettet når oppgaven er fullført. Det er kun ansatte tilknyttet operasjonsrommet som har blitt intervjuet, og helseopplysninger om pasienter har ikke blitt benyttet.

Resultat

Temaene som viser i tabell 1 var de mest fremtredende temaene under analysen. Hovedtemaene var *persontilnærming til menneskelige feil, kommunikasjon og samarbeid i operasjonsteam og uklarheter med avvikssystemet*. Disse har også underkategorier. Dette var de temaene som var mest dominante og de viktigste i forhold til sikkerhetskultur og hvordan dette kom til uttrykk. Først vil oppgaven kort presentere kontekst for operasjonsteamene, konteksten dette arbeidet foregår i og hvordan operasjonsteamene er organisert. Deretter vil de ulike temaene og underkategoriene bli presentert.

Tabell 1: Tema og underkategorier

Tema	Underkategori
Persontilnærming til menneskelige feil	<p>Individuelle feil som kilde til uønskede hendelser</p> <p>Skjerpe seg som forebyggende tiltak</p> <p>Feil er ikke vanlig i vårt yrke</p>
Kommunikasjon og samarbeid i operasjonsteam	<p>Samarbeid</p> <ul style="list-style-type: none"> - Godt samarbeid innen samme yrkesgruppe - Lite samarbeid på tvers av yrkesgrupper - <p>Kommunikasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trygg kirurgi som verktøy for å bedre kommunikasjon og samarbeid - Humør er viktig for samarbeid og en god tone i teamet - Ulike oppfattelser av hvor lett/vanskelig det er å si i fra og å gi og motta tilbakemelding
Uklarheter med avvikssystemet	<p>Det som blir meldt er de mer alvorlige hendelsene og ikke nesten-hendelsene</p> <p>Usikkerhet rundt meldeprosessen og hva som skjer med meldingene</p> <p>Ulik forståelse av formålet med å melde avvik</p>

Informanter- kontekst

Informantene i denne studien tilhørte samme klinikk. Operasjonsteamene på klinikken er ikke faste, og teamene består av ulike sammensetninger av helsepersonell fra operasjon til operasjon. I de fleste operasjoner er det tilstede en anestesisykepleier, to operasjonssykepleiere og to leger. Informantene vi har intervjuet har ikke nødvendigvis alle jobbet sammen i operasjonsteam. De ulike yrkesgruppene møtes på operasjonsstuen og samarbeider om pasienten der, men har ellers ganske lite å gjøre med hverandre. De tre yrkesgruppene (operasjonssykepleier, anestesisykepleier og lege) er organisert noe ulikt. De har egne avdelinger, med egne ledere og det er her man tar opp uønskede hendelser eller andre saker. Operasjonssykepleierne og anestesisykepleierne deler lunsjrom, men legene spiser ikke der. På operasjonsstuen kommer ikke legene inn før etter at anesthesi- og operasjonssykepleierne har gjort ferdig forarbeidet. Operasjonssykepleierne og anestesisykepleierne jobber tilknyttet operasjonsstuene det aller meste av tiden, men legene gjerne bare opererer rundt to dager i uken.

Persontilnærming til menneskelige feil

Under dette temaet har jeg samlet uttalelser og beskrivelser fra informantene som jeg synes gir en indikasjon på hvilken tilnærming til menneskelige feil de har. Informantene nevnte i hovedsak menneskelige individuelle feil som kilde til uønskede hendelser, og det å være oppmerksom og å gjøre jobben slik den skulle gjøres var nevnt som forebyggende tiltak. Mange av informantene også uttalte at menneskelige feil ikke var noe de forventet skulle skje ofte innen deres yrke.

Individuelle feil som kilde til uønskede hendelser. Noe som ble nevnt ofte som både kilde til feil og som tiltak for å unngå at det skulle gjenta seg var det å være konsentrert eller skjerpet og det å utføre jobben slik den skulle gjøres. Individuelle feil var noe som ble nevnt ofte når det var snakk om årsaker til uønskede hendelser. Innenfor dette var det å ikke utføre jobben slik den skulle gjøres og ikke følge planen som var satt, faktorer som ble nevnt: "(....) *hvis du ikke gjør jobben din som du skal gjøre den, kan jo føre til uheldige hendelser.*" "Hvis jeg er for snar, hvis jeg ikke kontrollerer meg selv, hvis jeg ikke får hjelp til å kontrollere det jeg gjør, så.. særlig hvis ting skal gå veldig fort og det ikke er gjort etter den planen vi har, så kan det skje feil."

Det å ikke være skjerpet nok og det å ikke være konsentrert nok var også ofte nevnt som årsaker til uønskede hendelser: "At man er ukonsentrert om det man holder på med."

”Men altså de fleste mistak i dag er jo menneskelig svikt. (...) Hvis jeg ikke er konsentrert nok.”

”Nei, det er jo hvis man ikke er skjerpet nok, for eksempel. Eller... Ja, vi er jo ikke alle like samvittighetsfull, da. Så det har jo litt med mennesketyper å gjøre og. For hvis man tenker at det går bra likevel, på en måte, så kan det jo skje feil. Men vi har akkurat samme samvittigheten på det med å kontrollere ting og sånn, så det skal ikke oppstå feil, egentlig på det da.” Dette sitatet synes jeg illustrerer godt at fokuset hos mange av informantene ligger på individet og ikke på organisasjonelle faktorer som påvirker menneskelige feil.

Skjerpe seg som forebyggende tiltak. Informantene nevnte rutiner og prosedyrer blant tiltak for å øke sikkerheten og unngå uheldige hendelser. Men et forebyggende tiltak som ble nevnt gjennomgående blant informantene var det å skjerpe seg og blir mer oppmerksom på mulige fallgruver. Dette var også det flere av informantene trakk frem som løsning når de snakket om å lære av feil som hadde skjedd tidligere. Når informantene snakket om avvikssystemet var det også omtalt som en måte å lære av egne og andres feil, og dermed bli mer skjerpet og oppmerksom. *”Nei, det er klart hvis du gjør en feil så vil du jo neste gang skjerpe deg litt og.. liksom tenke at nå må du gjøre det her rett.”*

Det å gjøre jobben riktig og: *”Å følge de rutinene, sjekkerutinene vi har.”* er også blant det informantene har snakket om som svært viktig for ivaretagelse av sikkerhet og hvor sjekklisten for trygg kirurgi ble nevnt mye. Det å skjerpe seg og bli oppmerksom var et gjennomgående tema når det var snakk om forebyggende tiltak blant informantene. Det så også ut til at mange av informantene hadde en oppfatning av at hvis man bare gjør jobben som den skal gjøres så skal det ikke skje feil.

Feil er ikke vanlig i vårt yrke. Da informantene ble spurt om de tenkte at det var vanlig at mennesker gjorde feil svarte alle som ble spurt ja. Når vi da spurte videre om de tenkte at det også var vanlig i deres yrke het det de fleste informantene mer mot at det kan skje, men at det ikke var vanlig eller noe som skjedde ofte. *”Ja, det er ikke vanlig i den forstand at det er noe vi forventer eller at det er noe som skjer ofte.”*

”Det kan skje, klart det kan skje.”

”Altså, det er vel ikke vanlig at det skal skje hver dag.”

”Menneskelig svikt er jo vanlig, ja. Hvis du ikke er skjerpet og ikke har kolleger som følger med på hva du gjør og.. Det kan alltid skje.” I dette sitatet omtaler informanten menneskelige feil som utfall hvis man ikke er skjerpet nok eller ikke blir sjekket av andre kolleger. En informant beskriver jobben slik: *”For det at det er et stort ansvar. Det er et potensielt litt farlig, nært sagt. Du må være veldig skjerpet og veldig på.”*

Kommunikasjon og samarbeid i operasjonsteam

Under dette temaet er det samlet uttalelser fra informantene om samarbeidet på operasjonsstuen, samt kommunikasjonen der og det de har sagt påvirker denne. Under underkategorien *samarbeid* er det skilt mellom uttalelser om samarbeid innad i samme yrkesgruppe og mellom de ulike yrkesgruppene, da dette var ganske ulikt. Her så vi også på om de var klar over hverandres arbeidsoppgaver og kunne se om noe prekært ikke ble gjort. Underkategorien *kommunikasjon* inneholder uttalelser om kommunikasjonen på operasjonsstuen og det som informantene trakk frem som viktige påvirkende faktorer. Her er det også sett på om det er lov å være uenig og hvordan det er å si i fra hvis noe ikke er som det skal, samt om det gis tilbakemeldinger på jobben som gjøres på operasjonsstuen.

Samarbeid. I denne underkategorien er det samlet uttalelser fra informantene vedrørende samarbeidet på operasjonsstuen. Hvordan informantene snakket om samarbeidet innen sammen yrkesgruppe og samarbeidet på tvers av yrkesgrupper var ganske ulikt, derfor ble det naturlig å skille dette inn i to ulike underkategorier.

Godt samarbeid innen samme yrkesgruppe. Informantene beskrev generelt sett en god tone og et godt samarbeid mellom de i samme yrkesgruppe. Det ble også beskrevet at det var vanlig med faglige diskusjoner, og at de ulike avdelingene hadde faste møter hvor dette var vanlig. De fleste beskrev at de fikk støtte fra de andre kollegene, både faglig og personlig, og at det var åpent for å stille spørsmål og be om hjelp. En informant beskrev det slik:

”så da gir vi hverandre støtte, mener jeg. Og vi trenger det og vi får det. (...) når vi ber om hjelp og ber om gode råd, så får vi det. Jeg synes at vi har en god tone og et godt samarbeidsklima der.”

Flere informanter beskrev at det var vanlig å spørre hverandre om hjelp. ”Folk er veldig flink til å spørre om råd og hjelp.” En informant beskrev det slik: ”Vi stiller spørsmål og vi stiller dumme spørsmål, som du sier. Og det er det åpning for. Jeg føler aldri at jeg dummer meg ut.”

Innen samme yrkesgruppe beskrev informantene at de var flinke til å følge med på hverandre, og at de hadde relativt god kunnskap om og oversikt over hverandres arbeidsoppgaver. Mange av informantene snakket om praksisen med å passe på hverandre og kontrollere hverandre for å unngå uønskede hendelser, og hvordan dette var en viktig del av sikkerheten på operasjonsstuen. ”Vi passer på hverandre så vi ikke skal skade pasienten. Altså vi er flinke til det altså.” En informant beskrev det på denne måten: ” Hvis jeg har glemt noe så kan det komme noen å si ”[X] har du ikke det og det?” ” Å nei, det har jeg

ikke.” Og da er det ikke noe sånt ”Hallo, det der hadde hun glemt..” Det føler jeg at går helt fint, for det er hver sin gang.”

Lite samarbeid på tvers av yrkesgrupper. Når informantene ble spurt om samarbeidet på operasjonsstuen meddelte de selv at samarbeidet var bra, og at det foregikk i hele prosessen inkludert for- og etterarbeid ved en operasjon. ” Så vi må jo samarbeide om hele forløpet egentlig.” ”Jeg opplever kjempegodt samarbeid med operasjonsstuen egentlig.” ”Jeg synes vi jobber bra sammen, i hvert fall her. Jeg synes det er veldig god kommunikasjon. Ting fungerer greit.”

Når samarbeidet ble beskrevet fikk vi et litt mer nyansert bilde. De i samme yrkesgruppe ble trukket frem som den typiske samarbeidspartner, mens de andre yrkesgruppene fremstod som mer perifere samarbeidspartnere, og i flere tilfeller ble ikke alle yrkesgruppene nevnt når det var snakk om hvem de samarbeidet med på operasjonsstuen. Dette sitatet mener jeg illustrerer det godt: ”Min typiske [samarbeidspartner], det er jo en annen [i samme yrkesgruppe]. (...)Også [en annen yrkesgruppe]. Men det er jo en gruppe for seg, men de er jo med i teamet vårt.” Her ble ikke den ene yrkesgruppen nevnt, og den andre yrkesgruppen ble klassifisert som en gruppe for seg, dette var en ganske vanlig måte å snakke om operasjonsteamet på blant informantene. Når informantene ble spurt om hvem de så på som sine kolleger var det ganske likt. En yrkesgruppe i operasjonsteamet ble tidvis utelatt når kolleger ble nevnt. I første omgang var det egen yrkesgruppe informantene så på som sin typiske kollega, så tilsynelatende de som informantene delte lunsjrom med. Noen ganger kunne man få inntrykk av at det er ulike yrkesgrupper som kommer sammen, men at det egentlig ikke er noe ordentlig samarbeid. ”Vi må jo samarbeide om pasienten. Det er jobben vår. Vi har forskjellige arbeidsoppgaver når det gjelder pasienten. Jeg gjør mine ting som jeg kan best, så gjør [en annen yrkesgruppe] ting som de kan best.”

”Og så samarbeider jeg jo da med [annen yrkesgruppe] og [annen yrkesgruppe] inne på operasjonsstuen. Men, de gjør sin jobb og jeg gjør min jobb. Der er det ganske delt. For det at vi.. jeg er opptatt med mitt og kan ikke hjelpe de veldig mye og andre veien heller. Sånn at vi sørger for å klare oss selv. Og så blir det bare en bonus når vi kan støtte hverandre og hjelpe hverandre.”

Uttalelser som dette gav ett inntrykk av at det var lite samarbeid mellom yrkesgruppene utover det som var mest nødvendig. Under intervjuene snakket informantene mest om egen yrkesgruppe og det var oftest når vi presiserte at vi ønsket å høre om teamet at de refererte til det.

Flere informanter fortalte om at det var hektiske dager og at de hadde et visst arbeidspress. Her ble det at operasjonsprogrammet ble satt opp realistisk brakt opp som en viktig faktor for at samarbeidet på operasjonsstuen gikk bra. Dette var noe flere nevnte som blant annet en kilde til frustrasjon og uenighet mellom yrkesgruppene.

Når informantene ble spurt om hva som ble gjort fra organisasjonen sin side for å legge til rette for eller bedre teamarbeidet på operasjonsstuen var dette noe de meddelte det ikke var fokus på fra organisasjonen sin side. En informant nevnte et par felleskurs eller møter og en annen nevnte at det ville bli satt i gang tiltak hvis det skulle være spesielt dårlig stemning på operasjonsstuen.

Det å kontrollere hverandre beskrev mange informanter som et sikkerhetstiltak som var vanlig praksis innen samme yrkesgruppe. En informants beskrivelse av en tidligere hendelse illustrerte at det kanskje ikke var like vanlig på tvers av yrkesgrupper og at det å skulle sjekke hverandre ikke alltid var så lett å forene med å ikke skulle trække andre på tærne. Informanten beskrev det som: *"og jeg ville ikke stå der å kontrollere hun og se om hun gjorde rett. (...) For jeg tenkte at jeg skal ikke stå å overvåke henne."* Informantene beskrev at de hadde ganske god oversikt over og kontroll på arbeidsoppgavene til de i samme yrkesgruppe. På tvers av de ulike yrkesgruppene varierte det derimot mye mer hvor god oversikt og kontroll informantene fortalte de hadde over hverandres arbeidsoppgaver og om de ville kunne merke hvis det var noe prekärt som ikke var gjort. Noen fortalte at de hadde god innsikt i de andres oppgaver: *"Ja. Det kan jeg. Jeg vet hva som er jobben deres ja."* Andre fortalte at de hadde fokus på sine egne oppgaver og at de gjerne ikke hadde så mye kunnskap om de andres arbeidsoppgaver. *"Men hva [den andre yrkesgruppen] gjør til en hver tid, det har jeg ikke kontroll på."* *"Hovedfokus er på den andre i feltet [egen yrkesgruppe] og det som skjer der, og det må vel være naturlig."* Da en annen informant ble spurt om personen hadde kontroll på andres arbeidsoppgaver var svaret: *"Nei, ikke i den forstand at (...) jeg ser alltid hvilke arbeidsoppgaver de gjør og hvorfor. Nei, det har jeg ikke. Jeg konsentrerer meg veldig mye om mine egne."* En annen informant sa: *"Det er jo mange på [min yrkesgruppe], som ikke vet hva som skjer på andre siden av bøylen."* Denne type utsagn var det mange som kom med og gav inntrykk av at de ulike yrkesgruppene jobber ganske delt og at det ikke er så vanlig å kontrollere hverandre på tvers av yrkesgruppene. Flere av informantene nevnte at innsikten i hverandres arbeidsoppgaver var lav. Det er viktig å påpeke at her var det variasjon i uttalelsene og vi fikk noen eksempler der medlemmene av operasjonsteamet gav hverandre tilbakemeldinger og passer på hverandre på tvers av yrkesgruppene, men dette skjedde i hovedsak innad i samme yrkesgruppe.

Kommunikasjon. Denne underkategorien består av informantenes uttalelser angående kommunikasjonen på operasjonsstuen og mellom de ulike yrkesgruppene som inngår i et typisk operasjonsteam. Underkategoriene *trygg kirurgi* og *humør* var noe informantene sa påvirket samarbeidet og kommunikasjonen på operasjonsstuen, og underkategorien *si i fra* går mer inn på informantenes beskrivelser av hvordan det var si i fra og være uenig på operasjonsstuen, samt om informantene fikk eller gav tilbakemeldinger på jobben som ble gjort og hvordan det foregikk.

De fleste informantene fortalte at de hadde god kommunikasjon, spesielt på avdelingene, men også på operasjonsstuen. ”Nei, jeg synes vi jobber bra sammen, i hvert fall her. Jeg synes det er veldig god kommunikasjon. Ting fungerer greit.” ”Det er god stemning.” Mange informanter trakk frem lunsjrommet som en viktig sosial arena. ”Det er lettere å kommunisere med de man snakker med og de som man kanskje både deler pauserom med og arbeidshverdag med.” Det at kirurgene holder til andre plasser i pausene og mellom operasjonene er det en som har påpekt at gjør det litt vanskeligere å kommunisere med den yrkesgruppen. En informant fortalte at de ulike yrkesgruppene hadde vært med på et kurs sammen og at: ”Da ble det plutselig et team.” Informanten fortalte at det å bli kjent med dem på en annen måte hjalp til at det ble mer åpenhet og bedre kommunikasjon.

Trygg kirurgi som verktøy for å bedre kommunikasjon og samarbeid. Sjekklister for trygg kirurgi ble nevnt av flere informanter som et verktøy i samarbeidet og noe som kunne bidra til å fremme kommunikasjonen mellom yrkesgruppene på operasjonsstuen. ”*Sånn at informasjonen skal komme ut til alle på teamet. Både før, og under, og etter.*” Noen av informantene har nevnt at gjennomgangen av sjekklister dessverre ikke alltid fungerte slik den skulle, og at det hadde vært litt murring mellom yrkesgruppene om hvem som skulle ta ansvar for hvilken del, og at ikke alle har vært helt med når den har blitt gjennomgått. ”*De er så opptatt med sitt at de ikke hører på det som blir sagt.*” Flere sa også at dette hadde blitt bedre.

Humør er viktig for samarbeid og en god tone i teamet. Humør er noe mange av informantene har nevnt som en viktig faktor for en god tone i teamet og godt samarbeid. ”*Man prøver jo å ha en vennlig tone, selvfølgelig. Og.. en litt sånn smilende og imøtekommende stil. Det må man gjøre for å, på en måte, kunne trives sammen.*” En informant fortalte om en dag personen synes samarbeidet gikk veldig bra, beskrev stemningen og det positive humøret på operasjonsstuen som noe av det viktigste for det gode samarbeidet. En informant fortalte at det personen la i god kommunikasjon var: ”*Måten ting blir sagt på.*” Spesielt har humør blitt trukket frem som noe som kan påvirke kommunikasjonen og

samarbeidet i negativ retning: ” *Det kan jo være hvis en er sur. Så kan det påvirke hele gruppen. Hele stuen.*” Flere av informantene fortalte at de hadde opplevd litt ufin kommunikasjon på operasjonsstuen: ”*kanskje de [en annen yrkesgruppe] er litt hissige.*” ”[En yrkesgruppe]*opplever jeg som mer mutt, og de har liksom lov å være liksom kvassere i tonen, på en måte.*” Noe en informant trakk frem som gjorde at samarbeidet gikk dårlig var: ”*At når kollegaene dine kommer å møter på stuen og ikke hilser. Ikke snakker til deg. Overser deg...*” En annen informant fortalte å ha opplevd noe liknende som nyutdannet og at det tok flere år før det gikk over.

Ulike oppfattelser av hvor lett/vanskelig det er å si i fra og å gi og motta tilbakemelding.

Informantene fortalte at det var lov å være uenig på operasjonsstuen, flere sa at dette skjedde ofte og at de var flinke til å finne ut av ting. Informantene var også tydelig på at alle på operasjonsstuen hadde et ansvar for å si i fra hvis noe ikke var som det skulle.

En informant fortalte at det noen ganger var litt vanskelig å si i fra fordi det kunne tas personlig. Dette var en grunn til at man helst tok ting opp etter operasjonen hvis det for eksempel var en prosedyre som var gjort litt feil. Det var flere informanter som fortalte at det ikke alltid var så greit å si i fra om ting inne på selve operasjonsstuen, og at man gjerne ventet til etterpå. Noen av de andre grunnene til dette var at det gjerne ikke passet seg å ta ting opp mens pasienten var våken, og at det var travelt og mye annet å gjøre på operasjonsstuen.

Når informantene ble spurt om hierarkiet ved sykehuset, var det delte meninger og erfaringer. Noen mente det ikke var et tema, og at det hadde mye mindre betydning nå enn før. Andre mente det var gjeldende, men greit så lenge det var en faglig begrunnelse for det. En svarte: ”*Jeg tenker ikke over det jeg.*”

Når vi spurte om alle ble like mye lyttet til på operasjonsstuen fikk vi litt variasjon i svarene, en informant mente ikke det, men de fleste informantene helte mot at så lenge man hadde en faglig begrunnelse var det stor åpning for å komme med innspill. Men at erfaring og utdanning (tittel) spilte en rolle i hvor tungt argumentene falt. ”*Jeg opplever at alle blir like mye lyttet til, men ikke like.. altså, det vil jo være mer tyngde i en som har vært.. har mer erfaring, på en måte, enn en som ikke har det.*” Noen av informantene fortalte at det var vanlig å ha faglige diskusjoner hvor man delte hvilken faglig begrunnelse man hadde for de ulike valgene. Dette var mest vanlig innen samme yrkesgruppe.

En informant fortalte om tidligere å ha sagt i fra til en annen yrkesgruppe og at: ”*... da fikk jeg vel litt smekk på fingeren hvis jeg sa i fra.*” Informanten fortalte her at dette endret seg etter hvert som personen fikk mer erfaring og kontakter på operasjonsstuen. Ut i fra dette

eksempelet ser det ut til å være litt forskjell i forhold til om man er nyutdannet eller har litt mer erfaring og kontakter.

Når det gjelder tilbakemeldinger på jobben som blir gjort var det stor forskjell blant informantene. Noen fortalte at det ikke var så mye av positive tilbakemeldinger og at det først var hvis det var noe som gikk galt at andre gav dem tilbakemelding på jobben som ble gjort.

”Det er ingen som ser hvordan jeg gjør jobben min med mindre jeg gjør en feil. Eller med mindre det går litt sakte, at ting baller seg til. Da ser de at jeg gjør noe som er negativt. Men så lenge jeg gjør det bra, så er det ingen som ser det og da er det jo..”

Andre informanter fortalte at de ble sett og fikk positive tilbakemeldinger på jobben de gjorde. Både fra ledelse, og kolleger både i samme og ulike yrkesgrupper. *”Jeg synes i hvert fall at du får nå høre hvis du har gjort noe positivt.”*

En informant fortalte at det var uvanlig at de som hadde en lavere erfaring eller stilling gav negative tilbakemeldinger på den jobben man gjorde, mens positiv tilbakemelding var noe alle kunne gi til alle. *”Det er sjelden at de som er på en måte ”under” deg gir deg negativ feedback. Det er dumt synes jeg. Man kan godt stille spørsmålstegn ved hva en mer erfaren kollega har gjort. Men det er det få som tør. Men positiv feedback er man flinkere til. Og det er hyggelig å gi, ikke sant. Mens negativ feedback kan man få fra de som er over deg selv. Det tror jeg er ganske sånn gjengs i arbeidsliv, tror jeg. At det er lettere å.. Hyggelig å gi ros, men å gi ris til en som er høyere på strå enn deg, det føles litt rart. Tror jeg. Så, feedback får jeg, vil jeg si, både av andre arbeidsgrupper og kolleger. Både av mer erfaren og mindre erfaren art.”*

Noen informanter nevnte en felles debrifing med teamet etter operasjoner som har endt svært uheldig, men til vanlig var det ikke noen felles arena for yrkesgruppene som inngår i operasjonsteamet. Det var ikke vanlig at operasjonsteamet tok seg tid til å gi hverandre tilbakemeldinger på hverandres arbeid og se på hva som gikk bra og hva man burde forbedre.

Uklarheter med avvikssystemet

Avviksmeldinger var et tema alle informantene snakket om under intervjuene, og noe de fortalte sykehuset hadde mye fokus på. Flere nevnte at det å melde avvik var noe som man ble oppfordret til å gjøre fra både organisasjonen, ledelsen og andre avdelinger. Under dette temaet så vi på hvordan avvikssystemet og premissene for det ble oppfattet av informantene, og hva som ble meldt inn og eventuelt ikke meldt inn.

Det som blir meldt er de mer alvorlige hendelsene og ikke nesten-hendelsene.

Informantene fortalte at alt fra små til store uønskede hendelser skulle meldes avvik på eller

meldes inn via andre meldesystemer. Da vi spurte en informant om det var en grense for hvor stor eller liten en ting måtte være før man meldte avvik fikk vi som svar: *”Nei, det er egentlig ikke noen grense for slikt. Hvis vi mener noe må varsles, så blir det varslet.”* En annen sa: *”Alt som ikke er som det skal, skal meldes som avvik.”* Det at pasienten ikke var ordentlig forberedt til operasjon, for eksempel på grunn av manglende navlevask, var noe flere informanter nevnte det var vanlig å melde avvik på.

I flere tilfeller kom det likevel frem at det ikke var alt som ble meldt. En informant gav oss et eksempel på en uønsket hendelse, der feilen ble oppdaget og rettet opp i før den påvirket pasienten. Fordi feilen ikke påvirket pasienten ble den ikke rapportert. *”Så det er ikke noen grunn til å rapportere det.”* Andre gav liknende beskrivelser der et av kriteriene for om uønskede hendelser ble meldt eller ikke var om pasienten ble påvirket av feilen. *”Man varsler om hendelser.. unødige inngrep som andre kan lære av. Som påvirker pasienten.”* Det kan derfor se ut til at det ikke har vært så vanlig å melde avvik på nesten-hendelser, der feilen er fanget opp før den når pasienten. Et par av informantene har også nevnt at det gjerne ikke blir meldt avvik på unike hendelser eller hendelser som har skjedd sjeldent. En informant sa:

”Selvfølgelig er det noen det gjelder inne på operasjonsstuen, så prøver man jo å snakke sammen først. Men hvis det er noe som går igjen så kan det være greit å sende en avviksmelding på det, sånn at det blir tatt opp med hele gruppen.”

Det er et språk mellom hva informantene har sagt skal meldes og hva flere informanter har fortalt at de faktisk har meldt avvik på. Et par informanter har fortalt at det de som oftest meldte om i praksis var mer alvorlige hendelser, og ikke de mindre tingene. *”Fra min side så skal det være veldig alvorlig før jeg melder det.”* En annen informant som ble spurt om hva personen gjerne ikke ville melde inn om svarte:

”Nei, det kan jo være småting(...) Utstyr som ikke er helt i orden. Altså det er ikke noe sånn at.. det ville ikke ført til at det hadde blitt til en katastrofe. Da ville jeg sagt i fra, selvfølgelig. Det er graden av feil, på en måte. Men småting som kunne gjort at flyten kunne blitt enda bedre.”

Informantene oppga flere og ulike grunner til at de ikke alltid benyttet seg av avvikssystemet for å melde i fra om de mindre avvikene. Dårlig tid, usikkerhet på hvem mottakeren av avvikene egentlig var, og manglende tro på avvikssystemet var noen av grunnene. Flere sa de heller tok ting muntlig enn å melde avvik.

”Men jeg er ikke noen hyppig melder. Jeg er vel mer sånn som sier i fra, for å si det sånn. Men.. så det har vel absolutt skjedd ting hvor jeg kanskje burde ha meldt, men som jeg heller har tatt det.. Ja.” Intervjuer: *”Muntlig?”* *”Ja, jeg har veldig troen på det da.”*

Det å ta det muntlig ble av noen beskrevet som mer effektivt, og for å unngå byråkratiet. Andre synes avviksprosessen, og meningen bak var litt uklart og at det på grunn av tidspress og mange andre arbeidsoppgaver ikke alltid ble prioritert å melde avvik.

”Det er ikke noen motvilje for å gjøre det(...) Hvem skal man ta det opp med? Det er jo en ting. Hvem er mottakeren her? Da er det igjen tilbake til tidspresset og den arbeidsdagen vi har. Du har mange tanker i hodet samtidig, hele tiden. Du forholder deg til problemstillinger hele tiden. Det er.. så det er ikke alltid du gjør det, dessverre. Jeg tror jeg var flinkere før, faktisk. Ja.”

Det var også en av informantene som aldri hadde meldt avvik. Denne informanten hadde snakket mye om avvikssystemet i intervjuet, dette var også et tema de andre informantene hadde snakket mye om. Dette mener jeg illustrer godt at det er et språk mellom hva informantene fortalte skulle gjøres og hva som faktisk ble gjort.

Usikkerhet rundt meldeprosessen og hva som skjer med meldingene. Når informantene ble spurt om selve meldeprosessen og hva som skjedde etter at man meldte inn et avvik fikk vi litt ulike svar. Noen visste ikke og flere var litt usikker i forklaringen på hva som skjedde videre i prosessen.

”Ja, hva skjer med det ja. Nei, det.. det blir nå registrert da. Og så er det noen som tar i mot det en eller annen plass. Det er sannsynligvis, jeg antar at det er klinikkjefen som får det. Og så kanskje deler ut til.. avvikene, og så må de jo gå igjennom de da. Men.. Jeg har hørt det, men jeg har glemt litt hvor det havner ja.”

Andre informanter har forklart en litt annen prosess etter at avvikene blir meldt inn: ”Ja, den går til lederen min. Og hun sender den videre til, jeg tror det er til lederen, til den avdelingen det gjelder. Så tar den personen det opp med sine ansatte.”

Informantene oppgav at det ikke var vanlig å få tilbakemelding på hvordan avviket ble behandlet videre eller utfallet av avviksmeldingen etter å ha meldt avvik. Mange informanter nevnte at avviksmeldinger ble brukt under faste møter med samme yrkesgruppe for å sette fokus på avvikene, diskutere de og lære fra de.

Ulik forståelse av formålet med å melde avvik. Når informantene omtalte avvikssystemet og det de så på som formålet med det var det stor variasjon blant uttalelsene. En informant sa: *”Formålet må da være å unngå at det skal skje igjen.”* Men at dette ikke var slik informanten oppfattet at det fungerte i praksis *”Jeg synes det er bare masse byråkrati, som bare er tull og ikke fører noen steds hen. Men der er vi.. kan vi være uenig.”* Informanten opplevde at det var store forskjeller i hvordan avvikssystemet ble brukt blant de ulike

yrkesgruppene på operasjonsstuen og at enkelte yrkesgrupper: *”...melder til dels banaliteter, det går sånn sport i å melde mest mulig av og til.”*

Blant de andre informantene var det noen som i uttalelsene la vekt på hvordan man benyttet avvikssystemet for å unngå at de samme avvikene skulle skje igjen, mens andre fokuserte mest på hvordan man kunne bruke det som verktøy for å lære og dele informasjon. Det var da snakk om å benytte avvikssystemet for å settes fokus på avviket, slik at det ble belyst i avdelingene og for at andre skulle bli mer oppmerksom. Et par informanter nevnte også at avvikssystemet kunne brukes til å endre systemet og for å gjøre utbedringer for dermed å unngå flere uheldige hendelser i tillegg til at man skulle bli mer oppmerksom. *”Det er jo ikke sånn for å henge ut folk. Det er faktisk noe i systemet som gjør at.. som kan prøve å forbedres og sånn at folk blir obs på det.”*

Flere informanter presiserte at det er menneskelig å gjøre feil, og at poenget med å melde avvik ikke var å ta personer, men å få bukt med avvikene. Det var ingen av informantene som hadde fått noen eksplisitt straff som følge av avviksmeldinger. Til tross for at informantene stort sett er enig om at det ikke er personer man skal ta når det meldes avvik nevner noen at *”...man kan ta det veldig personlig (...) Kan sikkert føles som en straff.”*

Det var heller ingen eksplisitt belønning tilknyttet det å melde avvik. Noen av informantene fortalte at de fikk positive tilbakemeldinger og ros, mens andre ikke hadde opplevd dette. En informant sa: *”Ofte så ordner de jo opp så merker man bare at der er bedre. Og det er jo en belønning i seg selv og, hvis de tar det på alvor det du skriver avvik om.”*

Diskusjon

Først vil jeg presentere en oppsummering av resultatene i oppgaven, så vil jeg diskutere problemstillingen: Hvilket syn på menneskelige feil har denne organisasjonen og hvordan kommer dette til uttrykk i arbeidet for å redusere menneskelige feil? Her vil jeg sammenligne mine funn med Reason (2000) sin teori på menneskelige feil og teorier og forskning på teamarbeid, robuste organisasjoner og avviksmeldinger. Metodiske betraktninger og begrensninger med studien blir gjennomgått før jeg illustrerer hvordan denne studien kan ha implikasjoner for praksis og forskning. Oppgaven avslutter med en oppsummering og konklusjon.

Oppsummering av funn

Persontilnærming til menneskelige feil. Menneskelige feil ble ofte nevnt som kilde til uønskede hendelser. Informantene mente at årsaken til feilhandlinger var at de ikke var skjerpet eller konsentrert nok rundt oppgavene som skulle utføres. Det å skjerpe seg ble også nevnt som forebyggende tiltak, for å forhindre flere uønskede hendelser. Flere informanter sa også at menneskelige feil innen deres yrke ikke skjedde ofte, og at det ikke var så vanlig at det var noe man forventet.

Kommunikasjon og samarbeid i operasjonsteam.

Samarbeidet. Beskrivelser av samarbeidet på operasjonsstuen tegnet et litt ulikt bilde av samarbeidet innad i samme yrkesgruppe og samarbeidet på tvers av de ulike yrkesgruppene i operasjonsteamet. Innad i samme yrkesgruppe ble det beskrevet et godt samarbeid med en god tone, hvor det var åpent for faglige diskusjoner og dumme spørsmål. Her ble praksisen med å ha kontroll på hverandres arbeidsoppgaver og sjekke hverandre beskrevet som vanlig og en viktig del av sikkerhetsarbeidet på operasjonsstuen. Samarbeidet mellom de ulike yrkesgruppene ble generelt sett beskrevet som bra, men ved mer konkrete beskrivelser ble bildet mer nyansert. Andre yrkesgrupper ble ofte ikke nevnt som samarbeidspartnere, eller de ble omtalt som mer perifere samarbeidspartnere. Dette ga et inntrykk av at det var lite samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene utover det som var nødvendig. Det å skulle sjekke hverandre virket ikke å være like vanlig på tvers av yrkesgruppene, og det varierte veldig hvor god oversikt informantene fortalte at de hadde over de andre yrkesgruppens arbeidsoppgaver og om de ville merke det om noe prekært ikke var gjort. Dette ga et inntrykk av at de ulike yrkesgruppene jobbet ganske delt.

Videre ble det at operasjonsprogrammet ble satt opp realistisk nevnt som en viktig faktor for at samarbeidet på operasjonsstuen skulle gå bra.

Kommunikasjon. Kommunikasjonen ble generelt beskrevet som bra både på avdelingen og operasjonsstuen. Sjekklister for trygg kirurgi ble nevnt som et verktøy som fremmet samarbeid og kommunikasjon på tvers av de ulike yrkesgruppene. Humør var noe mange trakk frem som viktig for god kommunikasjon og et godt samarbeid, og det var flere som hadde opplevd ufin kommunikasjon på operasjonsstuen. Informantene fortalte at det var lov å være uenig på operasjonsstuen og at alle hadde et ansvar for å si i fra om noe ikke var som det skulle. Beskrivelser av konkrete situasjoner viste at det ikke alltid var så lett å si i fra. Det var ikke alltid anledning for å ta ting opp på selve operasjonsstuen, blant fordi det var for travelt, eller man var redd for at det kunne tas personlig av mottaker, eller hvis pasientene var våken. Det var også flere som oppga at ikke alle ble like mye hørt på, men de fleste sa at så lenge man hadde en faglig begrunnelse for innspillene man hadde var det åpent for å komme med innspill. Her spilte erfaring og stilling inn i hvor tungt argumentene falt. Det var stor forskjell på hvilke tilbakemeldinger informantene fikk på jobben de gjorde. Noen fikk kun tilbakemeldinger hvis det var noe negativt som skjedde, mens andre fikk positive tilbakemeldinger fra flere hold. En informant påpekte at personen fikk og ga tilbakemeldinger, men at det var uvanlig at personer med mindre erfaring og lavere stilling kom med negative tilbakemeldinger. Vanligvis var det ingen fellesarenaer for de ulike yrkesgruppene å treffes. Det var heller ikke satt av tid der operasjonsteamet kunne gi hverandre tilbakemeldinger på hverandres arbeid og reflekter over hva som gikk bra og hva som eventuelt burde forbedres etter en operasjon.

Uklarheter med avvikssystemet. Dette var et tema alle informantene snakket om og noe de fortalte at sykehuset hadde høyt fokus på.

Det var et sprik mellom hva informantene fortalte at det skulle meldes avvik på og hva informantene fortalte at det ble meldt avvik på i praksis. Det var store forskjeller mellom informantene i forhold til hva det ble meldt avvik på, der et par kun meldte de mer alvorlige hendelsene. Flere informanter meldte ikke inn uønskede hendelser som ikke påvirket pasienten, eller hendelser som skjedde sjeldent, og mange tok ofte ting muntlig istedenfor å melde avvik. Dette kan indikere at det da ikke blir meldt inn nesten-hendelser.

Informantene virket usikker på selve meldeprosessen og hadde litt ulik forståelse av hvordan den foregikk. Tilbakemelding på hvordan avviket ville bli håndtert eller utfallet av håndteringen etter å ha meldt avvik var uvanlig.

Det var stor variasjon blant informantenes uttalelser rundt formålet med avvikssystemet. En informant synes avvikssystemet bare var byråkrati som ikke hadde noe for seg. Andre informanter oppfattet systemet annerledes og noen fokuserte på hvordan det skulle hindre at den type avvik skulle skje igjen, mens andre fokuserte på hvordan man kunne benytte systemet for å lære og dele informasjon. Et par av informantene fortalte at det kunne benyttes for å gjøre utbedringer og endringer i systemet for å hindre flere uønskede hendelser. Det var mange av informantene som i tillegg til dette påpekte at man brukte systemet for å bli mer oppmerksom på ulike fallgruver.

Sammenligning av funn i denne studien med teori og forskning

Tilnærming til menneskelige feil. I følge Reason (2000) sine to tilnærminger til menneskelige feil er det en systemtilnærming som er den ønskelige i forhold til det å jobbe for å forbedre sikkerhet og det å ha en god sikkerhetskultur. Innen den tilnærmingen er en av grunntankene at man ikke kan endre menneskets natur, men man kan endre forholdene de jobber under. Fokuset er derfor på de bakenforliggende faktorene som påvirker menneskelig feil. Informantenes tilnærming til menneskelige feil ser ut til å helle mot en persontilnærming til menneskelige feil. Informantene i studien hadde generelt et fokus på mennesker som årsak til uønskede hendelser og nevnte også det å skjerpe seg og være mer oppmerksom blant forebyggende tiltak. Det er bra at de har bevisstgjøring av fallgruver og potensielle farer, men hovedfokuset lå på at de ansatte skulle være obs, ekstra bevisst eller skjerpet i forhold til disse farene, og ikke på barrieretenkning og endringer på systemet. Dette er beskrivelser som kjennes igjen fra Reason (2000) sin beskrivelse av en persontilnærming til menneskelige feil, der fokuset ligger på individuelle faktorer. Et par informanter heller litt mot en systemtilnærming, men dette er unntaket. Selv om flere av informantene kommer med generelle uttalelser som heller mot et systemfokus, ser jeg ikke at dette blir reflektert i den praksis de beskriver. Flere av informantene nevner at det er menneskelig å gjøre feil, men at dette er noe som sjelden forekommer og ikke er noe de forventer skal skje. Innen en systemtilnærming på menneskelige feil er denne type feil nettopp noe man skal forvente (Reason, 2000). En persontilnærming til menneskelige feil fører til at fokuset ligger på individet (Reason, 2000). I og med at individuelle psykologiske faktorer er de siste og minst håndterbare aspektene ved ulykkesekvenser (Reason, 2005), blir dette fokuset lite nyttig hvis man ønsker å øke sikkerhet.

I følge litteratur om sikkerhetskultur innen det medisinske feltet er funnene i denne studien ganske lik det som er funnet i andre land. Innen det medisinske feltet har det vært

vanlig å vektlegge individuell prestasjon og kreve nær feilfri arbeidsutførelse (Leape, 2009; Nieva & Sorra, 2003). Det har også vært en tendens til å fokusere på individ og ikke faktorer i omgivelsene når uønskede hendelser har skjedd (Leape, 2009). Denne måten å tenke på er tilsynelatende tilstede blant informantene i denne studien også. Flere av informantene nevner det å ikke gjøre jobben slik den skal gjøres som årsak til feil, og det å gjøre jobben riktig som et forebyggende tiltak. Det var også lite fokus på faktorer i miljøet som kunne påvirke menneskelige feil. Dette gir et inntrykk av at informantene har en urealistisk forventning om at bare man gjør jobben riktig så skal ikke feil forekomme, og at dette er mulig. En slik tankegang er noe Leape (2009) påpeker er en tradisjonell oppfattelse innen det medisinske feltet. Dette indikerer også en mangel av forståelse for hva som påvirker menneskelige feil, og hvor uunngåelig det er at mennesker gjør feil. Informantene har tilsynelatende en urealistisk forventning til egen og andres arbeidsevne. Dette kan føre til at man legger mesteparten av ansvaret på egne skuldre når man gjør feil, og at man skylder på individet når andre gjør feil. I slike tilfeller vil gjerne det å se på medvirkende faktorer i miljøet sees på som overflødig eller unødvendig. En slik oppfatning kan også skape miljø der det er utrygt å snakke om egne feil (Leape, 2009). Det å skylde på individet er lite effektivt for å bedre pasientsikkerheten, og innen en systemtilnærming vil man ikke fokusere på hvem som gjorde feil, men hvorfor feilen skjedde og hvorfor ikke forsvarerne fungerte (Leape & Berwick, 2005; Reason, 2000). Individuelle faktorer er vanskelige å forutse, mens systemfaktorene vanligvis finnes i systemet i forkant av uønskede hendelser og kan fjernes før de fører til ulykker (Reason, 2000). Når fokuset i hovedsak ligger på individuelle faktorer som å være oppmerksom og skjerpet vil man gjerne ikke oppfatte systemfaktorer som kan føre til uønskede hendelser og dermed gå glipp av sjansen til å fjerne disse før de fører til en ulykke.

Arbeidet med å redusere sannsynlighet for menneskelige feil og hvordan tilnærming til menneskelige feil påvirker dette. Jeg vil her diskutere funnene fra temaene *kommunikasjon og samarbeid i operasjonsteam og uklarheter med avvikssystemet* i forhold til noen av prinsippene for organisering i robuste organisasjoner og robuste team. Jeg vil også sammenlikne funnene i forhold til det litteratur og forskning beskriver som suksessfulle avvikssystem. Det vil også bli diskutert hvordan en persontilnærming påvirker arbeidet med sikkerhet.

Weick og Sutcliffe (2007) fremhever fem egenskaper som kjennetegner robuste organisasjoner: et vedvarende fokus på feil; en uvillighet til å forenkles tolkninger; sensitivitet og bevissthet ovenfor nåværende operasjoner og situasjoner; en forpliktelse til å være robust;

og en tendens til å benytte seg av ekspertbedømmelser. Jeg vil nå diskutere funnene i forhold til tre av disse ferdighetene og de korresponderende teamferdighetene presentert tidligere i oppgaven.

Et vedvarende fokus på feil. Et kjennetegn ved robuste organisasjoner er deres sterke fokus på feil og alt som kan føre til feil. De er også svært opptatt av å søke etter potensielle feilkilder for å unngå feil, og ser på småfeil som en indikasjon på at noe kan være galt med systemet (Weick et al., 1999; Weick & Sutcliffe, 2007). I robuste team manifesterer dette fokuset seg blant annet i teamferdighetene *tilbakemelding* og *selvkorrigering* (Wilson et al., 2005). Ferdigheten tilbakemelding handler om hvor bra teammedlemmene klarer å gi og motta konstruktiv kritikk (Wilson et al., 2005). Ferdigheten selvkorrigering er viktig for å ha et vedvarende fokus på sikkerhet og for å jobbe forebyggende (Heinemann, 2002; Wilson et al., 2005). Team gjør dette ved at teammedlemmene gir hverandre tilbakemeldinger og for eksempel ved å diskutere et inngrep de har gjort for så å komme frem til hva de gjør bra og bør fortsette med og hva som må forbedres for å øke pasientsikkerheten (Wilson et al., 2005).

På klinikken vi undersøkte var det ikke vanlig å gå igjennom uønskede hendelser med operasjonsteamet, med mindre det hadde skjedd noe svært alvorlig. Uønskede hendelser ble også oftest diskutert på egen avdeling med egen yrkesgruppe og ikke yrkesgruppene i mellom. Det var heller ikke vanlig for alle i operasjonsteamet å gi hverandre tilbakemeldinger på hverandres arbeid eller å reflektere over hvordan de som team kunne forbedre samarbeid og kommunikasjon. Operasjonsteamene møtes ikke i forkant av en operasjon for å diskutere hva som skal skje, og det er ikke anledning til å diskutere operasjoner med teammedlemmene i etterkant. Det er tilsynelatende lite fokus på evaluering og forbedring av teamarbeidet mellom de ulike yrkesgruppene på operasjonsrommet, noe som kan eksemplifiseres ved at det kun er ved alvorlige hendelser at teamet møtes for å diskutere teamarbeidet og arbeidet på operasjonsstuen. Det var heller ingen tiltak fra organisasjonens side for å tilrettelegge for godt teamarbeid.

Det å ha fokus på de små feilene er essensielt for å jobbe med sikkerhet innen robuste organisasjoner, og det er en del av det som lar dem jobbe proaktivt for å finne feil og mangler før det fører til større ulykker (Weick et al., 1999; Weick & Sutcliffe, 2007). Det informantene beskriver kan tolkes til at sikkerhetsarbeidet på klinikken i stor grad er reaktivt, altså at det skjer en alvorlig uønsket hendelse og man undersøker og setter inn tiltak, og ikke proaktivt slik man jobber med sikkerhet innen robuste organisasjoner (Hudson, 2003). For at teamene på klinikken skal bevege seg mer mot robuste team er det viktig at det blir satt av tid

og en arena der alle yrkesgruppene er med, og der teamet kan snakke sammen og evaluere hvordan de jobber sammen.

Avvikssystemet. Innen andre industrier er avvikssystem en viktig del av sikkerhetsarbeidet (Shaaf & Kanse, 2004), og innen robuste organisasjoner blir de ansatte oppmuntret til og belønnet for å melde avvik (Weick et al., 1999). For robuste organisasjoner er det viktig å lære av nesten-hendelser, og disse blir sett på som en god mulighet for å forbedre sikkerheten (Grote, 2012; Weick et al., 1999). Noen av informantene meldte ikke avvik på hendelser der feilen ble fanget opp før det påvirket pasienten, og andre meldte nesten bare avvik på veldig alvorlige hendelser. Det foregikk tilsynelatende lite rapportering av nesten-hendelser blant informantene, som gjør til at klinikken går glipp av en viktig informasjonskilde til læring. Nesten-hendelser skjer mye oftere og uten de negative konsekvensene av alvorlige uønskede hendelser, og er derfor en god mulighet for å lære (Barach & Small, 2000). Ut i fra det informantene har fortalt var det store forskjeller mellom de i forhold til hva de meldte avvik på. Det var også flere som sa de heller tok ting muntlig når dette var mulig. Dette gir et inntrykk av at det foregår en del underrapportering av uønskede hendelser og nesten-hendelser på klinikken, noe som kan føre til at avvikene som meldes inn ikke vil kunne gi et godt representativt bilde av situasjonen på klinikken og dermed vil ikke klinikken få best mulig utbytte av avvikssystemet (Clarke, 1998). I følge Grote (2012) vil det være en fordel om de ansatte skriver avvik på hendelser de har observert i tillegg til de de selv er med på for å få et godt bilde av situasjonen. Ut i fra det informantene fortalte var ikke dette noe som ble gjennomført på denne klinikken. Blant informantene som meddelte at de kun meldte inn alvorlige uønskede hendelser var noen av grunnene dårlig tid og mangel på tro på systemet, dette er faktorer andre også har funnet påvirker bruk av meldesystem (Schaaf og Kanse, 2004). For at organisasjonen og de som jobber der skal kunne ha et vedvarende fokus på sikkerhet, i retning av mer robuste organisasjoner (Sutcliffe, 2011), og ha mulighet til å jobbe forebyggende er det essensielt at de ansatte har tid til dette, og at det blir en naturlig del av jobbeskrivelsen. Melders oppfattelse av en hendelse og hva som skal meldes inn vil påvirke hva som til slutt meldes, det å informere godt om dette er derfor viktig slik at organisasjonen kan få så representative rapporter som mulig (Evans et al., 2006). Det var stor variasjon blant informantene i forhold til hva de meldte avvik på, det å gi bedre informasjon om dette på klinikken kan bidra til å øke rapportering av uønskede hendelser og nesten-hendelser.

Det at de ansatte i hovedsak legger vekt på personlig ansvar når det gjelder skyld i feil og forebyggende tiltak, gjør at klinikken går glipp av kunnskap om andre faktorer som

påvirker feil. I følge Reason (2000) ville kunnskap og fokus på mer bakenforliggende forhold i organisasjonen og arbeidsmiljøet være bedre for å utvikle forebyggende tiltak. Ved for eksempel rapportskriving vil en slik kunnskap og fokus kunne skape en bedre forståelse både for den som rapporterer samt mottaker. Informantenes fokus når det gjelder uønskede hendelser kan indikere at avvikene som meldes inn ikke inneholder god informasjon om faktorer i omgivelsene som påvirker menneskelige feil. Hvis dette er tilfellet vil ikke de som mottar avviksmeldingene få god informasjon om forhold som de kan jobbe videre med for å øke sikkerheten og hindre at slike hendelser skjer igjen.

Blant informantene så det ut til å være en viss uklarhet i hva som skjer videre i prosessen etter at man har meldt et avvik. Dette i kombinasjon med en tilsynelatende mangel på tilbakemelding kan anses som svakheter i meldesystemet (Barack & Small, 2000). Når de som skal benytte seg av meldesystemet ikke har fullgod oversikt over hvorfor det skal føres avvik eller hva som skjer med rapportene i ettertid vil dette sannsynligvis gi mindre rapportering og mindre læring. Informantene hadde varierende uttalelser når det gjaldt formålet med avvikssystemet, og det kan tolkes som at en del ikke helt visste hva som var formålet med det. I de samme sitatene som nevner endringer på system, tiltak for å forbedre og utbedring, noe som heller mot en systemtilnærming, blir det å være oppmerksom nevnt når det var snakk om formålet med avvikssystemet, noe som peker mer mot en persontilnærming til menneskelige feil. Det at informantene snakker så mye om å benytte avvikssystemet for å bli mer oppmerksom og skjerpet gjør at man kan sette spørsmålsteget ved hvordan systemet blir benyttet, og om det virkelig blir brukt for å finne feil og mangler i systemet før det fører til ulykker. Dette kan også indikere at det ikke er en gjennomgående systemtenkning i praktiseringen av avvikssystemet. Det tolkes dithen at de ikke benytter seg fullt ut av muligheten til å bruke nesten-hendelser for å fjerne kilder til feil før det sammen med andre faktorer kan føre til større uønskede hendelser, som er et av kjennetegnene ved robuste organisasjoner og en systemtilnærming til menneskelige feil (Reason, 2000).

Det å holde skyld og straff ute av bildet når det er snakk om hendelsesrapportering er sett på som svært viktig for at slike systemer skal fungere bra (Barack & Small, 2000; Leape, 2002). De fleste informantene fortalte at det ikke var knyttet noen form for straff til avvikssystemet. Det var likevel en informant som fortalte at det kunne tas veldig personlig å få avviksmeldinger på seg selv, og at det kunne oppleves som en straff. Dette kombinert med det sterke fokuset på individuelt ansvar med å være skjerpet og oppmerksom kan føre til at de som får avviksmelding på noe de har gjort kan oppleve at dette er en form for straff. Dette

styrker inntrykket om at avvikssystemet kanskje ikke fokuserer på faktorer i omgivelsene i den grad det burde det.

En forpliktelse til å være robust. Robuste organisasjoner er kjennetegnet av en forpliktelse til å være robust og takle uforutsette hendelser (Weick & Sutcliffe, 2007). På teamnivå viser dette seg i ferdighetene *støttende atferd*, *ytelsesovervåkning*, og *delte mentale modeller* (Wilson et al., 2005). Delte mentale modeller går ut på at teammedlemmene deler informasjon om hverandres roller i teamet og at de har en felles forståelse av operasjonen de skal utføre. Delte mentale modeller bidrar til at team jobber mer effektivt og øker sikkerhet ved at det blant annet lar teammedlemmene overvåke hverandres atferd og dermed vil de ha mulighet til å oppdage når noe ikke er som det skal (Wilson et al., 2005). Team praktiserer ytelsesovervåkning når de overvåker prestasjonen til teammedlemmene og gir konstruktiv tilbakemelding. Støttende atferd viser til evnen teammedlemmene har til å gi og motta oppgaveveiledende tilbakemeldinger og at de hjelper hverandre i å utføre oppgaver ved behov (Wilson et al., 2005).

Innad i samme yrkesgruppe hadde informantene god innsikt og kontroll over hverandres arbeidsoppgaver, og det ble beskrevet som vanlig praksis at man fulgte med på hverandre og at dette var et viktig for å ikke gjøre feil. Dette ble ikke overført på tvers av yrkesgruppene. Ut i fra informantenes utsagn kan det se ut til at de fleste informantene hadde liten innsikt i og kunnskap om de andre yrkesgruppene arbeidsoppgaver, og at det ikke var vanlig praksis å passe på hverandre på tvers av yrkesgrupper. Dette gir et inntrykk av at operasjonsteam på denne klinikken fungerer som en samling med adskilte helsearbeidere, slik Baker et al. (2006) beskrev det, og vanligvis bare samarbeider om det mest nødvendige. Ut i fra det informantene beskriver er ikke ferdighetene *støttende atferd*, *ytelsesovervåkning*, og *delte mentale modeller* tilstrekkelig tilstede i teamene. Når disse ferdighetene ikke er tilstede kan det begrense teamenes mulighet til å forbedre pasientsikkerhet. Hvis teammedlemmene ikke har innsikt i hverandres oppgaver vil de heller ikke kunne vise tilstrekkelig støttende atferd eller praktisere ytelsesovervåkende atferd og gi hverandre tilbakemeldinger på jobben som blir gjort.

En tendens til å benytte seg av ekspertbedømmelser. Robuste organisasjoner er fleksible når det kommer til avgjørelsesstruktur, og autoritet blir flyttet til arbeiderne med mest ekspertise uavhengig av stilling (Weick et al., 1999; Weick & Sutcliffe, 2007). Dette bidrar til evnene deres til å ta tak i problemer tidlig og hindre at de utvikler seg (Sutcliffe, 2011). På teamnivå blir dette kjennetegnet blant annet vist gjennom ferdigheten *selvsikkerhet* (Wilson et al., 2005). Det er viktig at team har åpen kommunikasjon der man formidler det

man vil si på en måte som er overbevisende for andre (Wilson et al., 2005). Ved å uttrykke meninger klart, begrunne disse, samt undersøke andre teammedlemmers syn på saken bidrar til at man baserer beslutninger på bredere informasjonsgrunnlag (Schwarz, 2002). Det bør også være rom for ulike meninger og team bør verdsette input fra teammedlemmer uansett hvilket nivå det kommer fra (Wilson et al., 2005). Informantene fortalte at det var vanlig med faglige begrunnelser når man diskuterer på operasjonsstuen, noe som er viktig for å fremstille forslagene sine på en overbevisende måte (Schwarz, 2002), og en del av det som inngår i teamegenskapen selvsikkerhet. De fleste informantene sa det var muligheter for å komme med innspill på operasjonsstuen, men at erfaring og utdanning spilte inn på hvor tungt disse ble veid. Det er også flere informanter som beskrev at det av ulike grunner ikke alltid var rom for å ta ting opp inne på selve operasjonsstuen. Humør ble trukket frem som viktig når det gjelder samarbeid og kommunikasjon. Bortsett fra at teammedlemmene må være positivt innstilt til å jobbe i team (Baker et al., 2006), er ikke dette noe teamlitteraturen har tatt opp. Flere informanter hadde opplevd ufin kommunikasjon på operasjonssalen, og det kan tolkes til at dette kan påvirke kommunikasjonen mellom teammedlemmene og hvordan det oppleves å si i fra på operasjonsstuen. Ufin kommunikasjon kan være en indikator på problemer med andre teamferdigheter. Dette er et område det kanskje burde forskes mer på.

Det var delte meninger og opplevelser blant informantene når det gjaldt hierarkiet på operasjonsstuen. Ut i fra informantenes beskrivelser ser det ut til å være mindre hierarki og mer åpen kommunikasjon innad i samme yrkesgruppe enn det er på tvers av yrkesgruppene. Innad i samme yrkesgruppe var det flere informanter som fortalte at det var lov å stille ”dumme” spørsmål. Fordi operasjonsteamene består av minst tre ulike yrkesgrupper, og at kommunikasjonen de i mellom er oppgitt som ganske variabel, kan dette føre til at enkelte teammedlemmer ikke ytrer motstridende meninger og at teamet dermed går glipp av viktig informasjon. Innen robuste team er kunnskapen og atferden til alle teammedlemmene viktig og det er viktig at alle føler at de kan tilby sin ekspertise uansett om den skulle vise seg å være uviktig (Wilson et al., 2005). Jeg har ikke inntrykk av at det er slik situasjonen på klinikken vi har undersøkt.

På operasjonsrommet er det kirurgen som har det juridiske ansvaret. Dette er til tross for at kirurgen ikke er tilstede under forarbeidet eller etterarbeidet av operasjonen. Det kan diskuteres om dette er en helt heldig måte å organisere ansvaret på, og om det muligens kunne blitt gjort på andre måter.

Validitet

I følge Kvale og Brinkmann (2010) handler en bred fortolkning av validitet om hvilken grad en metode undersøker det den er ment til å undersøke, og validering bør i følge dem prege alle fasene av en intervjuundersøkelse. Jeg har i denne oppgaven forsøkt å beskrive hvordan jeg har gått frem for å besvare problemstillingen i oppgaven, samt beskrive de metodiske valgene jeg har tatt. Dette er for å gjøre den vitenskapelige prosessen klar og dermed bedre validiteten (Yardley, 2000). Analysen ble gjort induktivt, der data ble kodet uten at det skulle passe inn i en bestemt ramme. Intervjuene ble tolket ut i fra det informantene sa ordrett og det ble ikke lagt vekt på å finne latente tolkninger i det som ble sagt (Braun & Clarke, 2006). Jeg har etterstrebet å tolke data så objektivt som mulig.

Innen kvalitativ forskning vil det å ha et utvalg stort nok til å bli statistisk representativt bli umulig å analysere i dybden, derfor er det foretrukket å ha et ”teoretisk” utvalg av et lite antall mennesker som har blitt valgt ut fra deres spesielle egenskaper (Yardley, 2000). Dette har vi gjort i vår studie ved å ha informanter som representerer de ulike yrkesgruppene som inngår i et typisk operasjonsteam.

Temaet uønskede hendelser kan ha vært et vanskelig tema for informantene å snakke om, og det er mulig at de har prøvd å presentere seg og kolleger i et bedre lys og at det har påvirket data. Om informantene snakker sant, eller om de forteller det de tror vi vil høre er noe de fleste forskere kan stille spørsmål ved. Jeg og min medstudent var ikke kjent med denne arenaen på forhånd, det kan ha gjort at informantene tilpasset noen av beskrivelsene og språket for å gjøre det lettere for oss å forstå, og det er mulig de ville svart litt annerledes hvis vi hadde vært kjent med området på forhånd.

Informantene og andre på sykehuset har hatt mulighet til å komme med tilbakemeldinger på det vi har funnet. Jeg og min medstudent holdt presentasjoner for klinikken og organisasjonen som igangsatte prosjektet der vi presenterte og diskutert våre funn. De som deltok på presentasjonene ble også oppfordret til å gi oss tilbakemeldinger via mail i etterkant. Det var ingen som meddelte at de var uenig i funnene eller at følte seg feilaktig fremstilt.

Videre forskning og implikasjoner for praksis

Klinikken som har blitt undersøkt kan tolkes til å ha en persontilnærming til menneskelige feil, noe som kan hemme sikkerhetsarbeid (Reason, 2000). Fordi sikkerhetskultur kan være forskjellig mellom yrkesgrupper og ulike klinikker innad i samme organisasjon (Pronovost & Sexton, 2005), ville det vært interessant å undersøke

sikkerhetskulturen ved andre klinikker og innen de ulike yrkesgruppene. Med bakgrunn i en slik undersøkelse ville det vært interessant å sette i gang en intervensjonsstudie hvor en forsøkte å endre sikkerhetskulturen mot en systemtilnærming til menneskelige feil og robuste organisasjoner, da en slik kultur har vist seg å være bedre egnet til å øke sikkerhet (Reason, 2000). Det kunne også vært en mulighet å til forske på hva som vil være en god intervensjon.

I følge Weick og Sutcliffe (2007) vil organisasjoner som ikke beveger seg mot robust organisering hemme robust prestasjon og forstørre skade forårsaket av uventede hendelser. For å bedre teameffektivitet og sikkerhet på operasjonsstuen er det flere teamegenskaper de kan bli bedre på. Yrkesgruppene bør trenes i å jobbe i sammen og å jobbe i team (Leape & Berwick, 2005). Spesielt viktig er det at teammedlemmene får bedre innsikt i hverandres oppgaver på tvers av de ulike yrkesgruppene, da det vil være vanskelig for dem å forbedre de andre teamegenskapene uten dette. Teammedlemmer bør få opplæring i hverandres ansvarsområder og arbeidsoppgaver, og hvordan dette påvirker de andre i teamet (Wilson et al., 2005). Hvis operasjonsteamene og klinikken skal bevege seg mot å bli robuste team og en robust klinikk vil det også være viktig å tilrettelegge for å fokusere mer på teamarbeid og at de ulike yrkesgruppene har en arena der de kan treffes utenfor operasjonsstuen, blant annet for å evaluere teamarbeidet og diskutere hvordan de kan bedre teamarbeid og pasientsikkerhet (Wilson et al., 2005). Det kan oppstå feil når teammedlemmer har ulik oppfatning av hva de burde gjøre i forhold til hva deres teammedlemmer gjør. Hvis alle teammedlemmene har en delt forståelse for hverandres roller vil risikoen for feil reduseres. For å oppnå dette er det viktig med opplæring i hvordan teamet fungerer og hvordan hvert medlems oppgaver og ansvar er gjensidig avhengig av de andres oppgaver og ansvar (Wilson et al., 2005). Her kunne det blitt utført en intervensjonsstudie for å evaluere effekten av et eventuelt opplæringsprogram.

Avvikssystem er en viktig del av sikkerhetsarbeid (Shaaf & Kanse, 2004), derfor vil jeg anbefale at dette systemet blir gjennomgått for å undersøke om avvikene som blir meldt inn blir brukt til å lære, og å finne og redusere feil og mangler før de fører til uheldige hendelser. Det at meldere får tilbakemeldinger på avvikene de sender inn er noe som bør gjøres videre for å sikre klarhet i prosessen og for å bidra til å øke antall avviksmeldinger som sendes inn (Barach & Small, 2000). Videre vil jeg anbefale at de ansatte får opplæring i hvordan avvikssystemet fungerer, og bakgrunnen for systemet for å øke forståelse for hvorfor det er viktig og dermed øke motivasjon for å melde. Ved å øke antall innmeldte avviksmeldinger på uønskede hendelser og nesten-hendelser vil klinikken få et mer representativt bilde av situasjonen på klinikken, og økt mulighet for å lære og fange opp feil

(Clarke, 1998; Grote, 2012). De vil også få mulighet til å følge med på fremgangen de har i å forhindre feil (Leape, 2009). Ved å lære de ansatte opp i hvilken informasjon en avviksmelding bør inneholde vil også bidra til at avvikene som kommer inn har den riktige informasjonen.

Jeg vil anbefale at klinikken underviser de ansatte i hva en systemtilnærming til menneskelige feil innebærer, og hvordan dette arter seg i praksis. Det bør også settes av mye mer tid og resurser for å kunne jobbe proaktivt og ha et kontinuerlig fokus på sikkerhet. Ut i fra nyere tiltak som pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* og sjekklisten *Trygg kirurgi* er det tydelig at det medisinske feltet også i Norge ønsker å bevege seg i retning av robuste organisasjoner og en systemtilnærming til menneskelige feil. Likevel ser jeg ikke helt at det i dag er tilrettelagt for å jobbe med sikkerhet slik man bør hvis man skal jobbe forebyggende på nivå med robuste organisasjoner.

Denne studien kan forhåpentligvis bidra til å skape et bilde av hvordan deler av sikkerhetskulturen innen det medisinske feltet i Norge er i dag. På grunn av tidsaspektet i denne studien og antall informanter vi fikk fra klinikken ble det ikke gjennomført flere runder med intervjuer for å hente inn mer data og gå dypere inn i de kategoriene som viste seg å være mest interessante. Datamaterialet i studien viser en bredde, men det hadde vært interessant å gå mer i dybden på de ulike kategoriene. Flere runder med intervju kunne utviklet kategoriene og belyst forskningsspørsmålet grundigere. Denne studien var eksplorerende for å se på sikkerhetskulturen på klinikken, derfor kan det være interessant for andre studier å gå mer i dybden på de ulike temaene. Denne studien kan bidra med å vise hva som kan være relevant å se på i videre studier. Eksempelvis kan det være nyttig å undersøke bruk av avvikssystemet ved sykehuset ytterligere, og hvordan organisasjonen benytter avvikssystemet for å bedre sikkerheten. I denne studien ser det ut til at det er mye fokus på individuelt ansvar ved gjennomgang av avviksmeldinger på de ulike avdelingene, og generelt lite fokus på faktorer i miljøet eller organisasjonen som kan påvirke forekomsten av menneskelige feil. Ved å kartlegge bruken av avvikssystemet kan det muligens igangsettes en intervensjon for å bedre dette og øke utbyttet av avvikssystemet og dermed bedre pasientsikkerheten.

Oppsummering og konklusjon

Formålet med denne oppgaven var å gå i dybden på sikkerhetskulturen ved et norsk sykehus og undersøke holdninger til menneskelige feil som et ledd i å få forstå deres sikkerhetsantakelser knyttet til operasjonsrommet. Videre ble det sett på hvordan dette kom til uttrykk i arbeidet for å redusere menneskelige feil. Funnene i denne studien tyder på at informantenes tilnærming til menneskelige feil heller mot en persontilnærming, noe som kan hemme godt sikkerhetsarbeid. Medlemmene i operasjonsteamet så ut til å ha lite innsikt i hverandres arbeidsoppgaver, og sett opp i mot egenskaper ved robuste organisasjoner, er det en rekke forbedringer som kan være fordelaktig for å bedre teamarbeidet og pasientsikkerheten på operasjonsstuen. Avvikssystemet på klinikken har tilsynelatende et ubrukt potensiale da det ut i fra informantenes forklaringer er svært variabelt hva det blir meldt avvik på, og det er et sterkt fokus på individet som årsak til feil og som forebyggende løsning. Flere tiltak er anbefalt for å øke antall innsendte avvik og kvaliteten på disse, på den måten kan potensialet for læring økes og avvikssystemet vil gi et mer representativt bilde av situasjonen på klinikken. Funnene i denne studien er liknende det som er funnet ved sykehus i andre land.

Referanser

- Baker, D. P., Day, R., & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Services Research, 41*(4 pt 2), 1576-1598.
doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00566.x
- Bakke, K. A. (2013, 17 Januar). Slik sikkerhet tolereres ikke av andre. *Dagens medisin*.
Hentet fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/--slik-sikkerhet-tolereres-ikke-av-andre/>
- Barach, P., & Small, S. D. (2000). Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *British Medical Journal, 320*, 759-763.
Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117768/>
- Brannan, M. J., & Oultram, T. (2012). Participant observation. I G. Symon, & C. Cassel (Eds.), *Qualitative organizational research* (pp. 296-313). London: Sage publications Ltd.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Clarke, S. (1998). Organizational factors affecting the incident reporting of train drivers. *Work & Stress, 12*(1), 6-16. doi:10.1080/02678379808256845
- Cox, S., & Flin, R. (1998). Safety culture: philosopher's stone or man of straw? *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations, 12*(3), 189-201.
doi:10.1080/02678379808256861
- Dahl, C., Sørensen, R., Deilkås, E., Advocaat-Vedvik, J., Bostrøm, V., & Skjellanger, A. G. (2013). Pasientsikkerhetskampanjen – midtveisrapport. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasientsikkerhetskampanjen-midtveisrapport>
- Dekker, S. (2011). *Patient Safety. A Human Factors Approach*. USA: CRC Press
- Evans, S. M., Berry, J. G., Smith, B. J., Esterman, A., Selin, P., O'Shaughnessy, J., & DeWit M. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *British Medical Journal Quality & Safety, 15*, 39-43. doi:10.1136/qshc.2004.012559
- Gaba, D. M., Howard, S. K., & Jump, B. (1994). Production pressure in the work environment: California anesthesiologists' attitudes and experiences. *Anesthesiology, 81*, 488-500. Hentet fra http://journals.lww.com/anesthesiology/Abstract/1994/08000/Production_Pressure_in_the_Work_Environment_.28.aspx
- Grote, G. (2012). Safety management in different high-risk domains - all the same? *Safety*

- Science*, 50, 1983-1992. doi: 10.1016/j.ssci.2011.07.017
- Guldenmund, F. W. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*, 34(1-3), 215-257. doi:10.1016/S0925-7535(00)00014-X
- Guldenmund, F. W. (2007). The use of questionnaires in safety culture research - an evaluation. *Safety Science*, 45, 723-743. doi:10.1016/j.ssci.2007.04.006
- Guldenmund, F. W. (2010). (Mis)understanding safety culture and its relationship to safety management. *Risk Analysis*, 30(10), 1466-1480. doi:10.1111/j.1539-6924.2010.014552.x
- Heinemann, G. D. (2002). Teams in health care settings. In G. D. Heinemann & A. M. Zeiss (Eds.), *Team performance in health care: assessment and development* (pp. 3-28). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hollnagel, E. (2010). Extending the scope of the human factor. In E. Hollnagel (Ed.), *Safer Complex industrial environments: a human factors approach* (s. 37-59). Boca Raton: CRC Press
- Hollnagel, E., Woods, D. D., & Leveson, N. (2006). *Resilient engineering: concepts and precepts*. Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
- Hudson, P. (2003). Applying the lessons of high risk industries to health care. *British Medical Journal Quality & Safety*, 12, i7-i12. doi:10.1136/qhc.12.suppl_1.i7
- Kingston, M. J., Evans, S. M., Smith, B. J., & Berry, J. G. (2004). Attitudes of doctors and nurses toward incident reporting: a qualitative analysis. *The Medical Journal of Australia*, 181, 36-39. Hentet fra <https://www.mja.com.au/journal/2004/181/1/attitudes-doctors-and-nurses-towards-incident-reporting-qualitative-analysis>
- Knox, G. E., & Simpson, K. R. (2004). Teamwork: the fundamental building block of high-reliability organizations and patient safety. In *Patient Safety Handbook*, edited by B. J. Youngberg and M. J. Hatlie, pp. 379-415. Boston: Jones and Bartlett.
- Kohn, L. T., Corrigan, J., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kunnsapssenteret. (2010). Sjekkliste for trygg kirurgi (WHO). *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Hentet fra <http://www.kunnsapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekkliste-for-trygg-kirurgi-who>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2nd ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lawton, R., & Parker, D. (2002). Barriers to incident reporting in a healthcare system. *British Medical Journal Quality & Safety*, 11, 15-18. doi:10.1136/qhc.11.1.15

- Leape, L. L. (2002). Reporting adverse events. *New England Journal of Medicine*, 347(20), 1633-1638. Hentet fra http://www.pipsqc.org/portals/_default/Templates/LeapeNEJMIincidentReporting.pdf
- Leape, L. L., & Berwick, D. M. (2005). Five years after to err is human: what have we learned? *The Journal of the American Medical Association*, 293(19), 2384-2390. doi:10.1001/jama.293.19.2384.
- Leape, L. L. (2009). Errors in medicine. *Clinica Chimica Acta*, 404, 2-5. doi:10.1016/j.cca.2009.03.020
- Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G. R., Reznick, R., ... Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *British Medical Journal Quality & Safety*, 13, 330-334. doi:10.1136/qshc.2003.008425
- Morey, J. C., Simon, R., Jay, G. D., Wears, R. L., Salisbury, M., Dukes, K. A., & Berns, S. D. (2002). Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research*, 37(6), 1553-1581. doi: 10.1111/1475-6773.01104
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *British Medical Journal Quality & Safety*, 12, ii17-ii23. doi:10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
- Olsen, E. (2007). Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 20, 127: 2656-60. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/1599444>
- Pronovost, P., & Sexton, B. (2005). Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*, 14, 231-233. doi:10.1136/qshc.2005.015180
- Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot: Ashgate.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, 320 (7237), 768-770. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>
- Reason, J. (2004). Beyond the organizational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. *British Medical Journal Quality & Safety*, 13(Suppl II), ii28-ii33. doi:10.1136/qshc.2003.009548
- Reason, J. (2005). Safety in the operating theatre – part 2: human error and organisational failure. *British Medical Journal Quality & Safety*, 14, 56-60. Hentet fra <http://qualitysafety.bmj.com/content/14/1/56.full.html>
- Saunes, I. S., & Krogstad, U. (2011). Valg av innsatsområder i den nasjonale

- pasientsikkerhetskampanjen. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/valg-av-innsatsomr%C3%A5der-i-den-nasjonale-pasientsikkerhetskampanjen>
- Schaaf, T., & Kanse, L. (2004). Biases in incident reporting databases: an empirical study in the chemical process industry. *Safety Science*, *42*, 57-67. doi:10.1016/S0925-7535(03)00023-7
- Schwarz, R. (2002). Ground Rules for Effective Groups. I R. Schwarz (Ed.), *The skilled facilitator* (s. 96-136). San Francisco: Jossey-Bass
- Skjellanger, A., Deilkås, E. T., Sørensen, R., Advocaat-Vedvik, J., Brudvik, M., Schreiner, M., . . . Nikolaisen, J. (2014). Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24-7" 2011 – 2013. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-i-trygge-hender-24-7-2011-2013>
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. USA: SAGE Publications.
- Sutcliffe, K. M. (2011). High reliability organizations (HROs). *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, *25*, 133–144. doi:10.1016/j.bpa.2011.03.001
- Sætre, A. S. (2009). *Kommunikasjon i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Tonstad, P. L. (2010, 25. August). Bedre sikkerhet offshore enn på norske sykehus. *TU Petroleum*. Hentet fra <http://www.tu.no/petroleum/2010/08/25/bedre-sikkerhet-offshore-enn-pa-norske-sykehus>
- Waring, J. (2005). Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. *Social Science & Medicine*, *60*, 1927-1935. doi:10.1016/j.socscimed.2004.08.055
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2007). *Managing the unexpected: resilient performance in an age of uncertainty* (2nd ed.) San Francisco: Jossey-Bass
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (1999). Organizing for high reliability: processes of collective mindfulness. In Staw, B. M. & Cummings, L. L. (Red.). *Research in Organizational Behavior* (s. 81-123). Greenwich (CT): JAI Press.
- Wiegmann, D. A., Zhang, H., von Thaden, T. L., Sharma, G., & Gibbons, A. M. (2004). Safety culture: an integrative review. *The International Journal of Aviation Psychology*, *14*(2), 117-134. doi:10.1207/s15327108ijap1402_1
- Wilson, K. A., Burke, C. S., Priest, H. A., & Salas, E. (2005). Promoting health care safety through training high reliability teams. *British Medical Journal Quality and Safety*, *14*,

303-309. doi: 10.1136/qshc.2004.010090

Woods, D. D., Dekker, S., Cook, R., Johannesen, L., & Sarter, N. (2010). *Behind human error*. Farnham, England: Ashgate Publishing Limited.

Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and health, 15*, 215-228. doi:10.1080/08870440008400302

Vedlegg 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE HØST 2013

Sikkerhetskultur og uønskede hendelser i operasjonsrom

Introduksjon og informasjon til informant rundt:

- Hvem vi er - Ida Leirheim Fagerli og Cecilie Liseth. Masterstudenter i arborg.
- Vi har signert taushetserklæring.
- Hensikten med prosjektet er å få innsikt i sikkerhetskulturen ved det aktuelle sykehuset, og se den i lys av relevant teori og empiri.
- Bruk av diktafon
- Konfidensialitet og anonymitet
- Vi ønsker å unngå navn, men om du skulle nevne noen så fjerner vi det selvsagt.
- Databehandling og rapportering
- Underskrift av informert samtykke
- Vi vil minne om at dette er helt frivillig og at du kan trekke deg når som helst under hele intervjuet.
- Helt nytt felt for oss, så det blir muligens noen litt "dumme" spørsmål. Spør gjerne hvis du ikke forstår våre spørsmål.
- Vi er ute etter din beskrivelse av konkrete hendelser og din opplevelse av hvordan det er å jobbe her.

Bakgrunnsinformasjon av informanten:

- Stilling
- Ansiennitet
- Utdannelse

- Hva er din profesjonelle bakgrunn?

Arbeidsdagen

1) Kan du fortelle om dagen din på jobben i går?

- Fra start til slutt.
- Var dette en typisk dag (hvorfor/hvorfor ikke)? Hva var evt. annerledes?
- Hvilke arbeidsoppgaver ble gjennomført?
- Hvilket teknologisk utstyr bruker du?
- Når gjør du hva?
- Hvordan blir arbeidsdagen lagt opp? Hvem bestemmer hvem som skal gjøre hva når?
- Hvor lenge varer hvert skift?
- Hvem er kollegaene dine?
- Hvem gjør hva?
- Hva består en typisk arbeidshverdag av?
- Kan du bestemme selv hvordan arbeidsdagen vil bli lagt opp?

Gi eksempel (eks. bestemme pauser selv).

2) Hvordan er den avdelingen du jobber i? Hvem er leder, og hvem er underordnet?

- **Her kan de tegne strukturen**
- Hvem er dine ledere? - hvilken posisjoner har de - ulike nivå?
- Hvem bestemmer hva? (ute etter formell struktur)

3) Er organiseringen annerledes for team i operasjonsstuen?

- **Her kan de tegne strukturen**
- Hvem er dine ledere? - hvilken posisjoner har de - ulike nivå?
- Hvem bestemmer hva? (ute etter formell struktur)

4) Har du noen tanker om hvorfor er det organisert slik at avdeling er ”fast” mens operasjonsstueteamet er ”skiftende”? Fordeler? Ulemper?

5) Kan du si noe om hvem som er din typiske samarbeidspartner på jobb?

- Er det noe felles ved dere? Bakgrunn eks. utdanning, familie, kjønn?

Gruppeprosesser - teamarbeid - psykososialt arbeidsmiljø

1) Er det noen sosial kontakt mellom dere?

Både team og avdeling.

- I arbeidstiden
- På arbeidssted utenom arbeidstid
- Hjemme utenom arbeidstid
- Formelt/uformelt
- Hvem er til stede
- Hvem er inkludert
- Hvor / når
- Hvordan
- Hva gjør dere

2) Hvordan er den sosiale kontakten mellom dere?

- Støtter dere hverandre? Hvordan? Hva går denne støtten ut på? Er alle inkludert?
- Respekterer dere hverandre faglig og personlig?
- Får dere faglig hjelp når dere trenger det? Fra kolleger/overordnede?
- Har dere tillit til hverandre? Hvordan? Privat/profesjonelt?
- Kan du stille spørsmålstegn ved noe du opplever som feil eller uheldig?
- Er det lov å være uenig? (Gi eksempel)
 - Hva er det lov å være uenig om?
 - Gi et eksempel på en gang du sa ifra/ikke sa i fra.
- Blir alle like mye lyttet til om man har noe å ta opp?
- Gir du og får du feedback på den jobben som gjøres?
- Hvordan har hierarkiet en betydning?
 - i) Har kirurgen et spesielt ansvar?
 - ii) Hva synes du om det?
- Hvem har ansvaret for å si i fra?
- Hva gjøres fra organisasjonen sin side for å bedre teamarbeid?

3) Hvordan synes du dere jobber sammen?

- Hva jobber dere sammen om?
- Hva må dere samarbeide om? Gi eksempel.
- Hva synes du om samarbeidet i teamet?
- Hva er det som gjør det bra/mindre bra (gi eks.)?
- Er det viktig med flyt i arbeidsprosessen? Hva påvirker flyt?

- Har du god kontroll på hva de andres arbeidsoppgaver går ut på?
- Følger du med på at de andre gjør jobben? Sikkerhetsnett – kan du overta og vil du merke om noe prekært ikke er gjort?

4) Hvordan er ditt og kollegers forhold til ledelsen?

- Hvordan er ditt forhold til ledelsen på ulike nivå? - nærmeste leder, toppleder.
- Hva er ledelsens oppgaver?
- Hvordan jobber du med ledelsen?
- Hva forventer du fra ledelsen? Atferd/hjelp/støtte/hvilke arbeidsoppgaver skal de gjøre/hva skal de gjøre for deg
- Oppfyller ledelsen de forventningene du har?
- Hva synes dere om samarbeidet med ledelsen generelt? Gi eks.
- Er det lett å kontakte noen overordnede om et problem dukker opp?
- Er det lett å si fra til ledelsen om problemer og feil?
- Belønner ledere deg som sier fra om problemer og feil?
- Er det ellers fokus på belønning?

Sikkerhet

1) Kan du beskrive forrige gang du var i operasjonsrommet?

- Hva var dine oppgaver?
- Hvilke stillinger inngår i teamet?
- Hva gjorde dere?
- Hvordan gikk det?
- Hvem hadde ansvaret for det som skjedde i operasjonsrommet?

- Var denne gangen typisk? Evt. hvorfor/hvorfor ikke?

2) Har du noen oppgaver som du kan tenke deg kan føre til uønskede hendelser for pasient, andre ansatte, eller for utstyr? (Gi eksempel)

- Kunne det vært det for en nyansatt i samme stilling?
- Hvilke?
- Hva kan gå galt?
- Hva ville skjedd om de ikke ble gjort riktig? (for pasient, andre ansatte, utstyr, for deg eller for organisasjonen?)
- Hva påvirker om det er noe som går galt?

3) Kan du beskrive en uønsket hendelse som hadde negative konsekvenser for pasient, ansatt, eller utstyr?

- Hva gikk galt?
- Hvorfor gikk det galt?
- Har dette skjedd tidligere?
- Hvem oppdaget feilen?
- Ble feilen rapportert?
- Hva/hvem var årsaken?
- Hva ble konsekvensene?
- Hva skjedde i ettertid, læring/bevisstgjøring/endringer/tilrettelegging?
- Har noe lignende skjedd i senere tid?
- Hva ville skjedd om det gikk bra/ikke gikk bra?

4) Hva mener du har størst betydning for at sikkerhet blir ivaretatt?

- Beskrive oppgaver og arbeidsbetingelser
- Hvilke er mest gjeldende for dere?
- Hvorfor er disse betingelsene viktig?

5) Hva mener du har størst betydning for at en feil kan oppstå?

- Beskriv oppgaver og hvordan arbeidsbetingelsene påvirker
 - Hva er det som kan påvirke de?
 - Beskriv konkret
- Hvorfor er disse forholdene viktig?
- Eksempel på faktorer:
 - Tidspress
 - Overtid, arbeidsbelastning
 - Utstyr/ ergonomi
 - Opplæring og trening
 - Stress
 - Prosedyrer/ Sjekklistor
 - Arbeidsprosesser/Teamarbeid/ Kommunikasjon
 - Kompleksitet i arbeidsoppgaver

6) Hvilken opplæring/kurs har du når det gjelder sikkerhet?

- Hvilken del av utdanningen tar opp sikkerhet?
- Hvordan har opplæringen vært rundt innføringen av nye hjelpemidler/prosedyrer?

7) Om du opplevde noe som kunne medføre en uheldig hendelse eller feil ville du da ha sagt fra?

- Hvis du skulle gjort en feil vet du da hvordan du skal gå frem for å si i fra?
- Til hvem?
- Hvordan?
- Hva ville skje?
- Ville du bli belønnet/straffet?
- Hva vil bli varslet? (Gi eksempel)
 - Små/store feil
- Er det mulig å skjule at en feil har blitt begått?
- Har du meldt i fra om en uønsket hendelse?

8) Prøver du/dere å forberede dere på det som kan gå galt?

- Hvordan gjør dere det?
- Har dere i teamet noen form for gjennomgang eller forberedelse på hva som kan gå galt?
- Har dere gjennomgang av hvilke feil de ulike personene i teamet kan være i fare for å begå?
- Hvordan blir informasjon om ting som har gått galt delt?

9) Lærer dere av feil og hendelser som har (eller nesten har) skjedd tidligere?

- Beskriv hvordan dere gjør det
- Har dere en gjennomgang av tidligere hendelser?
 - Diskuterer dere i tillegg nestenulykker?

- Hvordan opprettholder dere eventuell kunnskap fra slike gjennomganger?

- Diskuterer dere hvordan dere kan unngå hendelser dere hører om fra andre operasjonsrom/sykehus?

10) Tenker du at det er vanlig at mennesker gjør feil?

- Hva med i ditt yrke?
- Hva gjør dere med det (at mennesker kan gjøre feil)?
- Hva gjør dere for å forhindre at det får konsekvenser?

11) Synes du at prosedyrene/sjekklistene dere har fungerer?

- Hvilke har dere?
- Hvem har utviklet prosedyrene?
- Kan du påvirke utviklingen av prosedyrene?
- Hvordan bruker dere prosedyrene?
- Hva synes du om prosedyrene?
- Bedrer de sikkerheten?

12) Hva kunne vært gjort annerledes i forhold til sikkerhetsarbeid på din avdeling?

13) Har dere fått ny teknologi?

- Hvilken ny teknologi?
- Hvordan ble den introdusert?

- Opplæring

- Ble dine arbeidsoppgaver endret som følge av dette?
 - Hvordan?
 - Fikk du flere eller færre arbeidsoppgaver?
 - Blir jobben din overflødig?
 - Ble det tidspress?
 - Fikk du nye prosedyrer/sjekklister?
- Kan utstyret/teknologien dere bruker påvirke sikkerheten for pasientene?
 - Beskriv hvordan
- Har det vært noen uønskede hendelser i forbindelse med den nye teknologien?
- Hva synes du om mer/ny teknologi?
 - Hvilken ny teknologi ønsker du deg?
 - Er den nye teknologien utarbeidet spesielt for dere?
 - Er dere med på å utarbeide ny teknologi?
 - Hvordan fungerer bruken av den nye teknologien?
 - Går det teknologiske utstyret godt sammen med andre komponenter?
 - Hva er fordelene og ulempene med ny teknologi?

14) Er det noe jeg har glemt å spørre om? Er det noe du har lyst til å fortelle?

Takk for samtalen og gi beskjed om det er noe du lurer på!

Kan vi kontakte deg hvis det er noe som er uklart i etterkant? Og evt. hvordan?

Vedlegg 2: Informert samtykke

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med prosjektet “Sikkerhetskultur og uønskede hendelser i operasjonsrom”

I forbindelse med våre masteroppgaver i arbeids- og organisasjonspsykologi gjennomfører vi et prosjekt hvor vi ønsker å undersøke sikkerhetsantakelser og sikkerhetskultur i operasjonsrom ved et norsk sykehus. Hensikten med prosjektet er å få innsikt i sikkerhetskulturen ved det aktuelle sykehuset, og se den i lys av relevant teori og empiri. Prosjektet blir utført av Cecilie Liseth og Ida Leirheim Fagerli i samarbeid med Fremtidens Operasjonsrom (FOR) og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Hovedveileder ved NTNU er Karin Laumann og biveileder er Gunhild Sætren.

I forbindelse med dette ønsker vi å intervju ansatte som jobber med kirurgiske inngrep. Derfor får du og andre utvalgte som jobber i forbindelse med operasjoner, forespørsel om å delta i dette forskningsprosjektet. Hvert intervju vil ta maksimalt en time, og vil bli tatt opp for transkribering. Intervjuet vil gjennomføres av to studenter, samt kanskje veileder. Tid og sted for intervjuet kan vi avtale sammen. Vi ønsker å få kunnskap om din arbeidshverdag og hvordan den påvirkes av sikkerhetskulturen.

Det er frivillig å delta i dette intervjuet, og du har mulighet til å trekke deg når som helst uten forklaring. All data vil bli forsvarlig oppbevart og slettes etter at arbeidet er ferdig. Vi har taushetsplikt og det er bare vi som har tilgang til datamaterialet. Det er ingen andre enn de som er til stede under selve intervjuet som vil ha tilgang til personidentifiserbare opplysninger, og disse vil behandles strengt konfidensielt. Vi ønsker å forsikre at anonymiteten blir ivaretatt, og vil ikke gjengi informasjon som kan knyttes til enkeltpersoner. I oppgavene vil resultatene fra intervjuene bli presentert som gruppedata, uten at den enkelte kan gjenkjennes. Vi vil kun benytte sitater fra intervjuene for å illustrere hva vi har funnet. Informasjonen som blir innhentet vil kun bli benyttet i dette prosjektet.

Masteroppgavene forventes å være ferdig i mai 2014. Prosjektet er vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk/Personvernombudet for forskning og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S (NSD). Det vil bli vurdert i

samarbeid med FOR om oppgavene vil være tilgjengelige på biblioteket ved NTNU. Det er også en mulighet for at oppgavene blir publisert i tidsskrift.

Dersom du ønsker å delta i undersøkelsen, er det fint om du signerer den vedlagte samtykkeerklæringen, eller gir muntlig samtykke ved intervjustart. Har du spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen, eller ønsker du å bli informert om resultatene fra de ferdige oppgavene, må du gjerne ta kontakt.

Med vennlig hilsen

Cecilie Liseth

Epost: cecilieliseth@gmail.com

Tlf: 48 10 65 48

Ida Leirheim Fagerli

Epost: ida.l.fagerli@gmail.com

Tlf: 98 67 43 47

Hovedveileder ved NTNU:

Karin Laumann

Epost: Karin laumann@svt.ntnu.no

Tlf:

Biveileder ved NTNU:

Gunhild Sætren

Epost: gunhild.saetren@svt.ntnu.no

Tlf: 93249905

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet "Sikkerhet i operasjonsrom" og er villig til å delta i studien.

Signatur

Dato:.....

Vedlegg 3: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Karin Laumann
Psykologisk institutt
NTNU
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 03.07.2013

Vår ref:34813 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.06.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34813	<i>Sikkerhetskultur og uønskede hendelser i operasjonsrom</i>
Behandlingsansvarlig	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Karin Laumann</i>
Student	<i>Cecilie Liseth</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

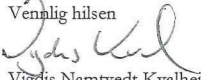
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Sondre S. Arnesen

Sondre S. Arnesen tlf. 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Cecilie Liseth, Martin Kregnes veg 101, 7091 TILLER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svuit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 34813

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig og skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Ombudet forutsetter at dispensasjon fra taushetsplikten blir gitt av REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk), og at godkjenningen ettersendes til personvernombudet@nsd.uib.no.

Prosjektet skal avsluttes 01.08.14 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.