

Tavlemøter ved medisinske sengeposter

Tidstyv eller kvalitetstid?

Yvonne Christine Hagen



MASTEROPPGAVE høst 2019

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,

Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

28.7.2019

Tavlemøter ved medisinske sengeposter

Tidstyv eller kvalitetstid?

Yvonne Christine Hagen

MASTEROPPGAVE høst 2019

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,

Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

28.07.19

Copyright Forfatter

År 2019

Tittel "Tavlemøter ved medisinske sengeposter – Tidstyv eller kvalitetstid?"

Forfatter Yvonne Christine Hagen

<http://www.duo.uio.no>

Sammendrag

De siste årene er tavlemøter ved risikotavler blitt innført i stort omfang ved norske sykehusavdelinger. Dette har kommet som en følge av pasientsikkerhetsprogrammet ««I trygge hender 24-7»», som er initiert av Helsedirektoratet for å redusere pasientrisikoen ved norske helseinstitusjoner. Ideen om tavlemøter stammer fra lean filosofien hvor grunntanken er å skape mest mulig verdi for de gitte ressursene. Filosofien ble opprinnelig utviklet for å effektivisere produksjonsprosessen i Toyotas bilfabrikker, men har spredt seg til en lang rekke ulike organisasjonstyper, inkludert helsevesenet. Dokumentasjonen for tavlemøtenes nytteeffekt i sykehus er sparsom og vi finner lite forskning på lean prosjekter i medisinske sengeposter. Vi formulerte derfor følgende forskningsspørsmål: (I) Hvordan har medisinske sengeposter i Helse Sør-Øst planlagt og organisert sine tavlemøter? (II) Hvilken effekt opplever helsepersonell (ikke-ledere) og ledere at tavlemøtene har på pasientsikkerheten i egen seksjon? (III) Hvordan opplever helsepersonell (ikke-ledere) og ledere at tavlemøtene påvirker (a) deres egen motivasjon og (b) motivasjonen til helsepersonellet i egen seksjon for å utføre pasientsikkerhetsarbeid? (IV) Hvordan vurderer helsepersonell (ikke-ledere) og ledere kost-nytte effekten av tavlemøtene?

Studien ble utført ved bruk av to elektroniske spørreskjemaer, ett for helsepersonell og ett for ledere. Spørreskjemaene inneholdt spørsmål om respondentenes subjektive oppfatning og etterspurte ikke objektivt tallmateriale. Inklusjonskriteriet var ledere, leger og sykepleiere ansatt ved indremedisinske sengeposter i Helse Sør-Øst området hvor man hadde tatt i bruk tavlemøter ved risikotavler. Vi ekskluderte sengeposter som ikke hadde innført tavlemøter og sengeposter som ikke behandlet pasienter med primært indremedisinske problemstillinger. Helsepersonell med en annen profesjon enn lege eller sykepleier, studenter og de som kun var tilknyttet en poliklinikk ble også ekskludert. I alt ble 498 (27%), 309 sykepleiere og 189 leger, av 1871 inviterte helsepersonell og 60 (77%) av 78 inviterte ledere inkludert i analysene. Studiepopulasjonen ble vurdert å være representativ basert på kjønns- og profesjonsfordeling.

Vi fant at tavlemøter var godt etablert i de inkluderte seksjonene og mer enn 80% av lederne svarte at tavlemøtene ble gjennomført tre eller flere dager per uke. Måleparametrene på tavlene samsvarte godt med anbefalingene i Pasientsikkerhetsprogrammet. Et mindretall av seksjonene klarte ikke å opprettholde den planlagte tidsrammen for sine tavlemøter. Vi fant ingen sammenheng mellom tendensen til at tavlemøtene ble lenger enn planlagt og antall pasienter

eller måleparametre som skulle gjennomgås på møtet. En hypotese er derfor at manglende struktur og evne til å overholde tidsrammen kan ha sammenheng med møteledelse. Generelt oppleves deltakelsen fra leger og sykepleiere som god, men hos et mindretall deltar legene i mindre grad.

Til tross for at medarbeiderinvolvering og kontinuerlig forbedring er sentrale prinsipper i lean filosofien, og også anbefalt i Pasientsikkerhetsprogrammet, fant vi at kun et mindretall av helsepersonellet hadde deltatt i utvelgelsen av måleparametrene og var kjent med evalueringresultatene av tavlemøtene. Det synes som om flertallet av seksjonene har hatt større fokus på selve innføringen av tavlemøter enn på å vurdere deres nytteeffekt. Færre enn halvparten av seksjonene som deltok gjennomførte en evaluering av egne tavlemøter.

Samlet finner vi et flertall av både ledere og ikke-ledere som mener at tavlemøtene har hatt en positiv effekt på pasientsikkerheten og deres egen motivasjonen for å arbeide med pasientsikkerhet. Lederne hadde signifikant større tro på den positive effekten av tavlemøter enn helsepersonellet og andelen ledere som mente at tavlemøter hadde bidratt til stor grad av bedring var omlag 50% høyere enn for ikke-lederne. Helsepersonellet var delt i sitt syn og et stort mindretall betvilte tavlemøtenes nytteeffekt. Multivariate analyser viser en gjensidig forsterkende effekt mellom helsepersonellets opplevelse av at tavlemøtene bidro til bedret pasientsikkerhet og motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid. Funnet tyder på at helsepersonellet opplever pasientsikkerhetsarbeid som viktig, og at tiltak som bedrer pasientsikkerheten betraktes som meningsfulle arbeidsoppgaver. Dette støttes også opp av andre funn, for eksempel at relevante måleparametre på tavlen har betydning både for opplevd effekt på pasientsikkerhet og bedring av egen motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid. Helsepersonellet synes altså å være opptatt av pasientsikkerhet, men ikke alle er like overbevist om at tavlemøtene er det rette virkemiddelet.

Lederne opplevde, i mye større grad enn helsepersonellet, at kost-nytte effekten av tavlemøtene var positiv. Hele 77% av lederne svarte at de etter en helhetsvurdering ville anbefale andre indremedisinske sengeposter å starte med tavlemøter. Av helsepersonellet var det kun 47% som var av samme oppfatning.

Blant ikke-lederne (helsepersonellet) var det signifikante forskjeller mellom profesjonene. Legene var i mindre grad enn sykepleierne involvert i planleggingen av tavlemøtene, og de

fremstår generelt som mer skeptiske til eventuelle positive effekter både når det gjelder pasientsikkerheten og effekt på motivasjonen. En hypotese er at dette kan ha sammenheng med at legene er mer uvante med arbeidsformen samt at tavlemøtene utfordrer deres faglige autonomi. En annen mulig forklaring er at lederne som planlegger tavlemøtene i all hovedsak er sykepleiere, noe som kan bety at legene i mindre grad har etablert et eieforhold til tavlemøtene.

For å optimalisere nytteeffekten av tavlemøtene anbefaler vi større fokus på medarbeiderinvolvering og aktiv bruk av forbedringssirkelen. Seksjoner som tross slike tiltak ikke får tavlemøtene til å fungere etter intensjonen bør vurdere om andre tiltak for å bedre pasientsikkerheten enn tavlemøter er mer hensiktsmessige.

En hovedtolkning av våre funn er at lederne ved medisinske sengeposter hovedsakelig synes å oppfatte tavlemøtene som kvalitetstid. Helsepersonellets oppfatninger varierer i større grad, men svarene fra spesielt legene indikerer at de opplever tavlemøtene som en tidstyv heller enn kvalitetstid.

Forord

Pasientsikkerhetsprogrammet ««I trygge hender 24-7»» (2014-2018) i regi av Helsedirektoratet anbefaler tavlemøter ved risikotavler som et tiltak for å redusere pasientskader i helsetjenesten. Helseforetakene er via oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet pålagt å delta i Pasientsikkerhetsprogrammet og slike tavlemøter er de siste årene blitt innført både på sykehusavdelinger og ved pleie- og omsorgsinstitusjoner.

Helsepersonell opplever i stor grad at tid er en knapphetsressurs og da tavlemøter skulle innføres i vår lokale medisinske avdeling etterspurte spesielt legene dokumentasjon på kost-nytte effekten av tavlemøter. Samtaler med kollegaer ved andre sykehus viste at slike holdninger ikke var unike for vår avdeling, men det var også kollegaer som var positivt innstilt. Som en konsekvens av dette ble det interessant å få mer systematisk kunnskap om hvorfor oppfatningene var så forskjellige.

Denne studien er utført ved indremedisinske sengeposter i hele Helse Sør-Øst området. Jeg vil rette en stor takk til ledelsen ved helseforetakene som har vist velvilje ved å la meg gjennomføre studien blant deres ansatte. Spesielt vil jeg takke alle seksjonslederne og helsepersonellet ved sengepostene som har muliggjort studien ved å svare på spørreskjemaene.

Mine kollegaer ved medisinsk avdeling Hamar fortjener en stor takk for å ha dekket opp for mine kliniske arbeidsoppgaver i mitt arbeid med denne oppgaven. Videre vil jeg takke min avdelingssjef Hege Sognar Haugen som har gitt meg nødvendig permisjon, frihet, tillit og støtte. Takk for at du ser betydningen av kompetansebygging! Jeg vil også gjerne takke min veileder, Sverre Grepperud for kloke innspill og gode råd i en krevende prosess.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke min familie og mine venner for deres tålmodighet, støtte og forståelse for mine prioriteringer.

Hamar, juli 2019

Yvonne Christine Hagen

Innholdsfortegnelse

Innledning	15
1 Bakgrunn	16
1.1 Lovverk og offentlige styringsdokumenter	16
1.2 Pasientsikkerhetsprogrammet	18
1.3 Risikotavler og tavlemøter	18
1.3.1 Risikotavler	18
1.3.2 Tavlemøter	19
1.3.3 Hvordan fungerer tavlemøter i praksis?	20
1.4 Lean	21
1.4.1 Lean filosofien og lean verktøy	21
1.4.2 Lean i helsevesenet	23
2 Er problemstillingene interessante?	26
2.1 Tavlemøter ved medisinske sengeposter	26
2.2 Effekt på pasientsikkerhet?	26
2.3 Effekt på motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid?	27
2.3.1 Kunder og verdier i helsevesenet	27
2.3.2 Hvordan påvirkes helsepersonellet av lean?	28
2.3.3 Hvordan lykkes med innføring av lean i helsevesenet?	28
3 Material og metode	30
3.1 Metode	30
3.1.1 Inklusjon	30
3.1.2 Eksklusjon	31
3.1.3 Datainnsamling	32
3.2 Godkjenninger, etikk og personvern	33
3.2.1 Personvern	33
3.2.2 Samtykke	34
3.2.3 Dataoppbevaring	34
3.2.4 Godkjenninger	34
3.3 Analyser	35
4 Resultater	36
4.1 Studiepopulasjon	36
4.1.1 Sosiodemografiske data	36
4.1.2 Kjennskap til tavlemøter	39
4.1.3 Fordeling per helseforetak	39
4.2 Planlegging og organisering	41
4.2.1 Tavlemøter	41
4.2.2 Måleparametre	44
4.2.3 Helsepersonellets deltakelse ved tavlemøter	47
4.2.4 Evaluering	49

4.3	Pasientsikkerhet	50
4.3.1	Ledere versus helsepersonell	51
4.3.2	Profesjon, kjønn og alder	52
4.3.3	Hvilke faktorer påvirker helsepersonellets oppfatning?	52
4.4	Motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid	53
4.4.1	Ledere versus helsepersonell	54
4.4.2	Profesjon, kjønn og alder	56
4.4.3	Hvilke faktorer påvirker helsepersonellets oppfatning?	57
4.5	Kost-nytte effekt	59
4.5.1	Ledere og helsepersonell	60
4.5.2	Profesjon, alder og kjønn	60
4.5.3	Hvilke faktorer påvirker helsepersonellets oppfatning?	61
5	Vurdering	64
5.1	Planlegging og organisering av tavlemøter	64
5.1.1	Kjennskap til tavlemøter og generell organisering	64
5.1.2	Gjennomføringsgrad	64
5.1.3	Tidsbruk og forsinkelse	66
5.1.4	Måleparametre i bruk	66
5.1.5	Deltakende helsepersonell	67
5.1.6	Evaluerings	68
5.2	Opplevd effekt av tavlemøter	69
5.2.1	Innvirkning av kjønn og alder	69
5.2.2	Organisatoriske forholdets betydning for nytteeffekt og motivasjon	70
5.2.3	Pasientsikkerhet	73
5.2.4	Motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid	75
5.2.5	Kost-nytte effekt	77
5.3	Ulikheter mellom personellgrupper	78
5.3.1	Ledere versus helsepersonell	78
5.3.2	Leger og sykepleiere	81
5.4	Forslag til endringer	86
5.4.1	PDSA sirkelen	86
5.4.2	Implementering av forbedringssirkelen i praksis	87
6	Begrensninger ved studien	93
6.1	Metoden	93
6.1.1	Spørreskjema	93
6.1.2	Spørsmålstillingene	93
6.1.3	Data	93
6.1.4	Lav svarprosent	94
6.2	Er utvalget representativt?	95
6.2.1	Sosiodemografiske data	95
6.2.2	Helsepersonell	95
6.2.3	Ledere	96
6.2.4	Helseforetak	97
6.2.5	Sengeposter	98
6.3	Feil inklusjon	98
6.4	Kausalitet	99
7	Konklusjon	100
	Litteraturliste	105

Appendiks	111
8.1.1 Opplevd effekt på pasientsikkerheten i egen avdeling	111
8.1.2 Opplevd effekt på motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid	111
Vedlegg 1. Informasjonsskriv til ledere.	115
Vedlegg 2. Informasjonsskriv til helsepersonell.....	118
Vedlegg 3. Spørreskjema til ledere.....	121
Vedlegg 4. Spørreskjema til helsepersonell	138

Innledning

I følge Helsedirektoratets rapport «Pasientskader i Norge 2016» er det pasientskader forbundet med 13.9% av pasientoppholdene i den norske spesialisthelsetjenesten. Andelen på nasjonalt nivå har holdt seg stabil de siste årene; lettere skader uten forlenget sykehusopphold eller varige mén har gått litt ned, mens moderate skader har gått litt opp. Legemiddelrelaterte skader og kirurgiske komplikasjoner er vanligst, fulgt av urinveisinfeksjon og postoperative sårinfeksjoner. Sistnevnte er også den vanligste årsaken til alvorlige komplikasjoner.

Pasientsikkerhetsprogrammet ««I trygge hender 24-7»» (Helsedirektoratet 2014) anbefaler tavle-møter som et tiltak for å redusere pasientrisiko og øke fokuset på forbedringsområder i helseinstitusjoner. Tavlemøter er de siste årene blitt innført både på sykehusavdelinger og ved pleie- og omsorgsinstitusjoner i stort omfang. Erfaringen fra egen avdeling er at helsepersonell uttrykker skepsis mot innføring av tiltak som de frykter vil være en tidstyv i en allerede hektisk arbeidshverdag og etterspør dokumentasjon på nytteeffekten.

Internettidene til Pasientsikkerhetsprogrammet viser til suksesshistorier fra avdelinger som har bedret pasientsikkerheten ved sin bruk av risikotavler. Dokumentasjonen ser imidlertid ut hovedsakelig til å være basert på case studier. Vi har ikke klart å finne noen systematiske studier som ser på resultatene i en større sammenheng eller vurderer hvorvidt innføring av tavlemøter har påvirket helsepersonellens interesse for pasientsikkerhetsarbeid.

I denne studien har vi følgende forskningsspørsmål: (I) Hvordan har medisinske sengeposter i Helse Sør-Øst planlagt og organisert sine tavlemøter? (II) Hvilken effekt opplever helsepersonell (ikke-ledere) og ledere at tavlemøtene har på pasientsikkerheten i egen seksjon? (III) Hvordan opplever helsepersonell (ikke-ledere) og ledere at tavlemøtene påvirker (a) deres egen motivasjon og (b) motivasjonen til helsepersonellet i egen seksjon for å utføre pasientsikkerhetsarbeid? (IV) Hvordan vurderer helsepersonell (ikke-ledere) og ledere kost-nytte effekten av tavlemøtene?

1 Bakgrunn

I de følgende avsnittene vil vi gjøre rede for den bakenforliggende utredningen som førte frem til både Pasientsikkerhetsprogrammet og forskriftsfesting av kvalitetsarbeid i helsetjenesten. Videre vil vi gi en nærmere beskrivelse av selve Pasientsikkerhetsprogrammet hvor blant annet tavlemøter ved risikotavler fremheves som et viktig verktøy i forbedringsarbeidet. Selve ideen om tavlemøter kommer opprinnelig fra lean filosofien som de siste tiårene har fått en økende grad av oppmerksomhet. Dokumentasjonen på nytteeffekten av tavlemøter i helsevesenet er imidlertid begrenset. Vi vil derfor avslutningsvis i dette kapitlet gi en innføring i lean prinsippene og den foreliggende kunnskapen om effekten av innføring av lean i helsesektoren.

1.1 Lovverk og offentlige styringsdokumenter

Spesialisthelsetjenesten er i følge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd pålagt en plikt til internkontroll av egen virksomhet (Spesialisthelsetjenesteloven 1999). Plikten ble i 2016 understreket med en ny forskrift fra Helse- og omsorgsdepartementet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten). Forskriften innebar en forsterking og tydeliggjøring av den øverste ledelsens ansvar for å sikre faglig forsvarlige tjenester, samt å etablere og gjennomføre et systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Lovgiver har tatt utgangspunkt i forbedringssirkelen ved å sette krav til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende i samsvar med den øvrige helse- og omsorgslovgivning. Det er utarbeidet en egen veileder til forskriften med konkrete forslag til hvordan helsetjenesten kan gå frem for å oppnå dette (Helsedirektoratet 2017). Kvalitetsmålinger fremheves som et helt grunnleggende og avgjørende tiltak, både for å kartlegge virksomhetens resultater og vurdere om iverksatte tiltak har ønsket effekt.

Forskriften kom som et resultat av et mangeårig arbeid for å bedre kvaliteten i det norske helsevesenet. Statens helsetilsyn startet allerede i 1995 «Prosjekt nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten» på oppdrag av det daværende Sosial- og helsedepartementet (Statens helsetilsyn 2002). Innføring av kvalitetssystemer og internkontroll var en viktig del av denne strategien som ble videreført først i programmet «Og bedre skal det bli» (Sosial- og helsedirektoratet 2005) og senere med oppstart av Pasientsikkerhetskampanjen fra 2011 (Kunnskapssenteret 2013). Det systematiske arbeidet fortsatte på flere plan, blant annet med innføring av et nasjonalt system for kvalitets-indikatorer i spesialisthelsetjenesten i 2003

(Sosial- og helsedirektoratet), nye nasjonale medisinske kvalitetsregistre og et nasjonalt helseregisterprosjekt (Folkehelseinstituttet 2012).

Den første stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet kom i 2012 (Meld. St. 10) og ble etterfulgt av flere meldinger med samme tema. I en stortingsmelding fra 2014 (Meld. St. 11) heter det at nasjonale meldeordninger hadde bekreftet at fall og legemiddelsamstemming var vedvarende risikoområder i den norske helsetjenesten. Videre beskrives gjennomgående utfordringer i det norske helsevesenet, hvorav kommunikasjon, samhandling, pasientskader og ledelse fremheves spesielt. OECD rapporten «Health at a Glance» (2013) viste at, til tross for at overlevelsesraten i Norge lå over gjennomsnittet ved flere sykdomsformer¹, så var Norge kun rangert nært gjennomsnittet når man så på indikatorer knyttet til pasientsikkerheten. Spesielt skåret spesialisthelsetjenesten i Norge dårlig på informasjon når det gjaldt utskrivelse, reseptbelagte medisiner, feilmedisinering og feilbehandling. Stortingsmeldingen (Meld. St. 11 2014) konkluderte med at den nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen (Kunnskapssenteret 2013) og nasjonale kvalitetsindikatorer hadde vist at systematisk forbedringsarbeid gir resultater. Det ble varslet planer for å kartlegge og iverksette tiltak for å redusere uberettiget variasjon mellom sykehus samt å spesifisere mer konkrete mål for helse- og omsorgssektoren.

Parallelt med at forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring (2016) ble vedtatt fastslo ytterligere en stortingsmelding (Meld. St. 6 2017) at kunnskapen om kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten var økende. OECD rapporten fra 2016 (OECD/EU) viste nå at helsetjenesten i Norge generelt holdt et høyt nivå med skår i den høyeste tredelen på 13 av i alt 18 indikatorer om helsetilstand. Samtidig viste internasjonale studier at omkring halvparten av uønskede hendelser i helsevesenet som medførte pasientskade kunne ha vært unngått. I den amerikanske undersøkelsen «Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Adults» (2016), med innsamlede data fra 11 høyinntektsland, hadde Norge dårligere resultater enn gjennomsnittet når det gjaldt utskrivelsesprosessen fra sykehus, informasjonsutveksling og koordinering av helsetjenester på ulike nivåer. Stortingsmeldingen (Meld. St. 6 2017) fokuserte derfor på behovet for å utfordre helsepersonell og ledere til å fortsette arbeidet med kompetansebygging ved målrettet å implementere kliniske retningslinjer samt å spre den eksisterende kunnskapen om pasientsikkerhet.

¹ Akutte hjerte-/karsykdommer, flere kreftformer

1.2 Pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientsikkerhetskampanjen (2011-2013) ««I trygge hender 24-7»» ble startet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som et tiltak for «å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhetsarbeid og bedre pasientsikkerhetskulturen» i hele helsetjenesten (Skjellanger, Deilkås med flere 2014). Forbedringsarbeidet skulle gi målbare resultater og virkemidlene var innføring av kunnskapsbaserte tiltakspakker på i alt 11 kjente risikoområder for pasientskade. God forankring i ledelsen på alle nivåer ble ansett å være en forutsetning for å lykkes. Kunnskapssenterets midtveisevaluering (2013) viste at deltakende helsepersonell var svært motiverte og i kampanjens sluttrapport (2014) estimerte man at forebyggbare pasientskader identifisert ved metoden Global Trigger Tool («I trygge hender 24-7» 2010) var redusert med 38% i tidsrommet 2010 til 2013. Rapporten understreket imidlertid at man ikke sikkert kunne vite at dette var relatert til kampanjen og om forbedringen ville vedvare over tid. Kampanjen ble videreført som et femårig nasjonalt Pasientsikkerhetsprogram (2014-2018) med en målsetting om å redusere pasientskader med 25% innen 2019. I programmets strategidokument (Helsedirektoratet 2014) understrekes betydningen av å skape en god pasientsikkerhetskultur i helsetjenesten. Dette innebærer ikke bare vilje og evne til å prioritere pasientsikkerhetstiltak, men også å etablere en felles grunnforståelse mellom helsepersonell og ledere om betydningen av gode rutiner. En rekke tiltak anbefales for å etablere en felles pasientsikkerhetskultur som pasientsikkerhetsmøter, sjekklister og tavlemøter. Pasientsikkerhetsprogrammet har sin egen nettside (pasientsikkerhetsprogrammet.no) hvor man både kan finne informasjon om forbedringsarbeid samt oppdaterte rapporter og resultater fra målinger utført både nasjonalt og internasjonalt.

1.3 Risikotavler og tavlemøter

1.3.1 Risikotavler

Både i Pasientsikkerhetsprogrammet (Helsedirektoratet 2014) og i Helsedirektoratets veileder til forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017) anbefales risikotavler som et verktøy for å redusere pasientrisikoen. Som nevnt innledningsvis har risikotavlene sin opprinnelse i lean filosofien, hvor prinsippet om kontinuerlig forbedring fremheves som en sentral suksessfaktor i enhver type organisasjon (Womack og Jones 1996). Rotter og medarbeidere (2017) fremhever hvordan man kan skape en forbedringskultur i en organisasjon ved å myndiggjøre medarbeiderne og gi dem de riktige verktøyene. En mye brukt metode i lean er visualisering av sentrale arbeidsoppgaver, såkalt ”daily visual management”.

Prinsippet er at fokusområder, oppnådde resultater og ønskede mål oppdateres daglig og presenteres for de ansatte ved å bruke godt synlige visuelle hjelpemidler (Safeek og Padaco 2010, Rotter, Plishka med flere 2017). Dette gir medarbeiderne mulighet til kontinuerlig å evaluere sin egen progresjon og ved behov justere kursen underveis (Lawal, Rotter med flere 2014) noe som gir en profesjonell autonomi og mulighet til å utføre god selvledelse (Albert, Malloch med flere 2013).

Figur 1. Eksempel på en risikotavle fra industrien



Figur 1. Risikotavle fra gruvearbeidernes oppholdsrom i den nedlagte kullgruve 3 i Longyearbyen på Svalbard. Foto: Yvonne Christine Hagen

1.3.2 Tavlemøter

I engelskspråklig litteratur beskrives "huddles" definert som korte, uformelle møter som gjennomføres jevnlig, ofte daglig, og gjerne stående (Dingley, Daugherty med flere 2008). Slike møter kan forekomme i forskjellige former og ha ulike agendaer, men kjennetegnes gjerne av en effektiv og tydelig kommunikasjon (Safeek og Padaco 2010) kombinert med en dynamisk sammensetning av deltakerne (Provost, Lanham med flere 2015). Når slike møter gjennomføres foran visuelle veggtafler kalles de tavlemøter.

Safeek og Padaco (2010) fremhever spesielt tavlemøter foran pasienttafler som nyttige fordi de muliggjør en tverrfaglig interaksjon mellom ulike personellgrupper og gir deltakerne i

behandlingsteamet en enhetlig forståelse av pasientens behandlingsplan. Daglig fokus på progresjon hevdes også å bedre personalets fokus på terapivikt og akutte forverringer. Slike risikomøter kan også effektivisere utvekslingen av informasjon på tvers av profesjoner og avdelinger (Provost, Lanham med flere 2015). Dette gir igjen bedre relasjoner mellom helsepersonell og vil kunne bidra til å bygge opp en positiv sikkerhetskultur preget av teamarbeid og en kollektiv ansvarsfølelse for å redusere feil (Goldenhar, Brady med flere 2013). Gevinstene vil være bedre pasientsikkerhet og bedre pasient- og medarbeidertilfredshet (McBeth, Durbin-Johnson med flere 2017). Flere forfattere understreker imidlertid at det fortsatt er mye som er uavklart når det gjelder hva som er den optimale form og sammensetning av slike "huddles" i helsevesenet (Provost, Lanham med flere 2015). Det er altså nødvendig med mer forskning for å kunne med større sikkerhet si i hvor stor grad slike tiltak faktisk bidrar til læring og bedret pasientsikkerhet (Goldenhar, Brady med flere 2013).

Pasientsikkerhetsprogrammet har utarbeidet en mal for de som ønsker å starte opp med tavlemøter i egen avdeling («I trygge hender 24-7» 2015). I Helsedirektoratets veileder (2017) fremheves tavlemøter som spesielt nyttige for å redusere risiko forbundet med samhandling internt og eksternt, samt å gjøre virksomhetens oppgaver, organisering og planer mer synlige for de ansatte.

1.3.3 Hvordan fungerer tavlemøter i praksis?

Prinsippet er at det monteres veggtafler, elektroniske eller manuelle, på steder hvor de er lett synlige og tilgjengelige for personalet i sengepostene. Risikotavlene har en rad for hver pasient og en kolonne for hvert risikoområde (måleparameter) man ønsker å fokusere på. Måleparametrene kan variere avhengig av behovet i de ulike seksjonene og avdelingene. Typiske eksempler kan være fallforebygging, bruk av antibiotika, infeksjonsforebygging, oppfølging av intravenøse innganger eller blærekateter, samstemming av medikamentlister og estimert utskrivelsesdato. Helsepersonellet tilknyttet den enkelte pasient eller gruppe av pasienter har hyppige korte møter, oftest daglig, hvor fokusområdene gjennomgås systematisk for hver enkelt pasient. Resultatene angis så direkte på tavlen med symboler eller fargekoder. Hensikten med møtene er å synliggjøre den enkelte helsearbeiders oppgaver og eventuelt justere oppgavefordelingen for å sikre at nødvendige tiltak gjennomføres i tide.

Figur 2. Tavlemøte ved medisinsk avdeling Hamar, Sykehuset Innlandet HF.



Figur 2. Tavlen er felles for to visittgrupper. LIS2 Marie Grøtting og LIS2 Davina Kaur Patel går igjennom måleparametrene for alle pasientene på en av visittgruppene sammen med gruppeansvarlig sykepleier Christine Wessel.

Foto: Yvonne Christine Hagen

1.4 Lean

1.4.1 Lean filosofien og lean verktøy

I følge lean filosofien er nøkkelen til å oppnå suksess for enhver organisasjon å optimalisere bruken av ressurser ved å redusere alle kilder til sløsing (Womack og Jones 1996, Liker 2004, Black og medarbeidere 2014) for derigjennom å skape mest mulig verdier for kundene. Dette oppnås ved å skape flyt i produksjonen, sikre at alle trinn i prosessen tilfører verdi (Kim, Sahlinger med flere 2006, Black og Miller 2008, Poksinska 2010, Holden 2011) og utvikle en kultur for kontinuerlig forbedring (Womack og Jones 1996, Spear 2005, Rotter, Plishka med flere 2017). Kruskal og medarbeidere (2012) definerer lean som en transformasjon av kulturen på en arbeidsplass. Lean er dermed både en overordnet ledelsesfilosofi og en strategisk metode som inkluderer flere ulike verktøy som skal «redesigne» organisasjoner og arbeidsprosesser.

Opprinnelsen til lean var det såkalte Toyota Production System (Ohno 1988). Systemet ble initialt utviklet for å strømlinjeforme og effektivisere produksjonsprosessen i Toyotas

bilfabrikker og har fått mye av æren for selskapets verdensomspennende suksess (Kim, Sahlinger med flere 2006)). Begrepet lean produksjon ble først introdusert av Krafcik (1988) og videre utdypet av Womack og Jones (1990). På norsk kan det oversettes med ”slank” eller nedtrimmet produksjon (Boronat, Budia med flere 2018).

Lean baserer seg på fem grunnleggende prinsipper. Det første prinsippet er å definere hvilke verdier som skapes i en prosess vurdert ut fra kundens ståsted og behov (Black og Miller 2008, Young og McClean 2008, Torabi, Pour med flere 2018). Prinsipp nummer to er å kartlegge verdistrømmen, definert som alle handlinger som utføres for å skape en verdi i form av et produkt eller resultat. Ved å bryte en komplisert prosess ned i en lang rekke individuelle trinn som analyseres hver for seg (Castaldi, Sugano med flere 2016) kan man avdekke hvor det forbrukes ressurser uten at det igjen genererer noe som kundene verdsetter. Det tredje prinsippet er å skape flyt i verdistrømmen ved systematisk å identifisere og eliminere tap og lage standardiserte forløp med sømløse overganger mellom de ulike trinnene (Kim, Sahlinger med flere 2006). Taiichi Ohno (1988) definerte i alt syv ulike former for tap som man bør tilstrebe å redusere i størst mulig grad; transport, varelager, bevegelse, ventetid, overproduksjon, over-prosessering og feil eller skader (Torabi, Pour med flere 2018). Prinsipp nummer fire kalles i engelskspråklig litteratur «pull» og innebærer at produksjonen ideelt sett bør være behovsstyrt slik at man unngår opphopning på et nivå. Dette skjer ved at neste trinn i verdistrømmen til enhver tid er klar til å ta i mot produktet fra foregående trinn (Boronat, Budia med flere 2018). Femte og siste prinsipp er kontinuerlig perfektjonering, altså at det skapes en kultur hvor forbedringsarbeid blir en naturlig del av det daglige arbeidet (Womack og Jones 1996). For å få til dette kreves en høy grad av medarbeiderinvolvering og teamarbeid (Krafcik 1988) der eventuelle problemer blir definert og adressert av frontlinjemedarbeidere ut i fra en grunntanke om at de som kjenner problemene også er de beste til å finne løsningene (Holden 2011, Kruskal, Reedy med flere 2012).

Lean som metode inkluderer et sett med ulike verktøy, forbedringsaktiviteter og ledelsesprinsipper (Rotter, Plishka med flere 2017). Felles for disse er at de ikke gir noen spesifikke løsninger. De skal heller hjelpe medarbeiderne til selv å identifisere problemområdene og deretter forbedre sine arbeidsprosesser gjennom å endre praksis. Som eksempel kan nevnes hurtigarbeidende midlertidige arbeidsgrupper² hvor man samler medarbeidere med inngående kjennskap til en bestemt arbeidsprosess for å kartlegge og

² Rapid process improvement workshop

forbedre en verdistrøm. Visuelle hjelpemidler³ som flytter medarbeidernes fokus til bestemte oppgaver eller arbeidsprosesser er også mye brukt. Eksempler på dette er Kanban forsyningssystem⁴ hvor visuelle markører angir når det er på tide å bestille nye forsyninger, 5S⁵ systemer som bidrar til en ryddig og oversiktlig arbeidsplass og ulike typer veggtafler som visualiserer dagens arbeidsoppgaver eller fremhever utvalgte forbedringsprosesser hvor medarbeiderne ved korte møter foran tavlen selv kan bidra til å evaluere progresjonen (Lawal, Rotter med flere 2014).

1.4.2 Lean i helsevesenet

Innføring av lean i helsevesenet

Lean filosofiens popularitet har økt gradvis fra tidlig på 90-tallet og den er nå implementert i en rekke ulike organisasjonstyper over et bredt spekter, fra produksjons- og servicebedrifter til offentlig sektor (Kim, Sahlinger med flere 2006, Young og McClean 2008, Poksinska 2010). Medisinsk utvikling og endret demografi med en stigende andel eldre, i kombinasjon med økte forventninger i befolkningen, bidrar til en økt etterspørsel etter helsetjenester (Blank og Bureau 2010). Konsekvensene er at utgiftene til helsetjenester i den utviklede delen av verden gjennom de siste tiårene har utgjort en stadig økende andel av BNP (Blank og Bureau 2010). Utviklingen er ikke bærekraftig på sikt og helsevesenet er under press, ikke bare for å gi gode, trygge og tilgjengelige helsetjenester, men også for å tilby kostnadseffektive helsetjenester (Poksinska 2010). Lovende resultater fra andre sektorer har gjort at lean blir vurdert som en mulig løsning også i helsevesenet. Fra omkring millenniumskiftet har denne tankegangen fått et økende fotfeste i helseorganisasjoner (Laurson, Gertsen med flere 2003) og i henholdsvis 2005 og 2007 så gikk nasjonale helseorganisasjoner som Institute for Healthcare Improvement i USA og NHS⁶ Confederation i Storbritannia ut med en generell anbefaling om å innføre lean i helsevesenet (D'Andreamatteo, Ianni med flere 2015).

Forventninger ved innføring av lean i helsevesenet

Young og medarbeidere (2004) viser hvordan industrielle metoder kan benyttes i helsevesenet for å eliminere flaskehalser. Ben-Tovim, Bassham med flere (2007) legger mer vekt på elementer som å skape flyt i pasientbehandlingen og å unngå store lagerbeholdninger. I helsevesenet vil unødig ressursbruk i stor grad være knyttet til medisinske feil, unyttige

³ Daily visual management

⁴ Kanban supply management

⁵ 1. Seiri (sortere), 2. Seiton (organisere), 3. Seiso (rydde), 4. Seiketsu (standardisere), 5. Shitsuke (bevare)

⁶ National Health Service

prosedyrer og kontroller, samt forsinkelser og ventetider (Young, Brailsford med flere 2004), såkalt «waste and wait» (Black og medarbeidere 2014). Torabi (2018) beskriver hvordan en detaljert kartlegging av pasientens vei gjennom systemet vil identifisere tre ulike typer handlinger: (i) aktiviteter som direkte tilfører verdi (nødvendig undersøkelse, prosedyre eller samtale), (ii) aktiviteter som er nødvendige men som ikke tilfører verdi (registreringer, nødvendig forflytning), og (iii) aktiviteter som forbruker ressurser uten å skape verdi (unødig undersøkelse eller transport, dobbeldokumentasjon, ventetid, medisinske feil og pasientskader). Kostnadene kan reduseres ved å standardisere prosesser og ha fokus på å redusere variabilitet og eliminere handlinger som ikke tilfører verdi (Boronat, Budia med flere 2018). Varige resultater krever en jevnlig overvåkning av fastsatte måleparametre for kontinuerlig å avdekke og korrigere avvik (Boronat, Budia med flere 2018).

I følge Liker (2004) vil en organisasjon som verdsetter bidrag fra de ansatte og sikter mot en kontinuerlig forbedring kunne oppnå en kvalitetsmessig bedre og mer kostnadseffektiv pasientbehandling. Dette støttes av Spear (2005) som hevder at sykehus kan oppnå store gevinster på kort tid dersom helsepersonell lærer kontinuerlig å forbedre egen praksis ved å finne permanente løsninger på problemene fremfor å jobbe seg rundt dem. Innføring av lean i helsevesenet er dermed forventet å bidra til å utvikle lærende organisasjoner som myndiggjør og verdsetter bidrag fra helsepersonell. Altså at man skaper en kultur for kontinuerlig forbedring og effektiv ressursutnyttelse (Rotter, Plishka med flere 2017). Totalgevinsten vil da være reduserte kostnader og forbedrede tjenester til pasienten i form av bedret kvalitet og økt pasientsikkerhet.

Forskning på lean i helsevesenet

Til tross for en økende forskningsinteresse manifestert gjennom en betydelig vekst i antall publikasjoner fra millenniumskiftet, så foreligger det ingen helhetlig definisjon av hva lean i helsevesenet innebærer (D'Andreamatteo, Ianni med flere 2015). Rotter og medarbeidere (2017) har foreslått at lean kan defineres som en intervensjon i hele, eller deler av, en helseorganisasjon basert på lean filosofi med intensjon om en kontinuerlig forbedring og ved bruk av minst et lean verktøy eller aktivitet.

Lean har vært tatt i bruk i helsevesenet i en rekke land. Majoriteten av den publiserte forskningen er utført i USA og Storbritannia, i all hovedsak i sykehus (D'Andreamatteo, Ianni med flere 2015). Det foreligger enkelte studier fra andre land i Europa (for eksempel Nederland, Tyskland, Italia og Sverige) og fra Canada, Taiwan og New Zealand. I en

undersøkelse fra USA (American Society of Quality 2009) oppga hele 53% av de forespurte sykehusene at de hadde iverksatt lean prosjekter. D'Andreamatteo og medarbeidere (2015) fremholder i sin litteraturstudie at det fortsatt er vesentlige hull i kunnskapen om effekten av lean i helsevesenet. De hevder at foreliggende forskning i stor grad er case studier og anekdotisk evidens. Positive resultater er særlig identifisert for produktivitet og pasientsikkerhet (Poksinska 2010), men også effekter som bedret klinisk kvalitet og økt kostnadseffektivitet har noe dokumentasjon i litteraturen (Ben-Tovim, Bassham med flere 2007, Young og McClean 2008, D'Andreamatteo, Ianni med flere 2015).

Poksinska (2010) fant at lean prosjekter i helsevesenet i liten grad fokuserte på prinsippet om å skape lærende organisasjoner og en kultur for kontinuerlig forbedring. I praksis var implementeringen ofte begrenset til kortvarige, intense og fokuserte prosjekter for prosessforbedring, også kalt «Kaizen blitz». Dette ensidige fokuset på prosessforbedring kommenteres også av andre forfattere som hevder at den praktiske innføringen av lean i helsevesenet oftest er pragmatisk og fragmentert (Young og McClean 2008, Burgess og Radnor 2013). D'Andreamatteo og medarbeidere (2015) beskriver hvordan lean i helsevesenet varierer fra en betydelig topp-til-bunn omorganisering av hele helse-organisasjoner til en introduksjon av enkeltstående lean verktøy for utvalgte enheter. De fant at implementering av lean på overordnet nivå gjør organisasjonen som helhet mer prosessorientert og har gunstige effekter på kvalitet, tilgjengelighet, pasientsikkerhet og kostnader. Liknende resultater sees lokalt ved prosjekter i avdelinger og enheter, men effekten overføres da ikke til overordnet organisasjonsnivå (D'Andreamatteo, Ianni med flere 2015).

2 Er problemstillingene interessante?

2.1 Tavlemøter ved medisinske sengeposter

Vi har i tidligere avsnitt vist at forskningen på lean i helsevesenet, på samme måte som annen forskningsbasert kunnskap om forbedringsarbeid og pasientsikkerhet (Helsedirektoratet 2014), i all hovedsak er utført i land hvor helsetjenesten er organisert på en annen måte enn i Norge. Det er nærliggende å tenke seg at det kan foreligge kulturelle forskjeller som gjør at resultatene ikke uten videre er overførbare til norske forhold. I strategidokumentet for Pasientsikkerhetsprogrammet (2014) heter det at den norske forskningen på området er fragmentert og lite kjent av ledere, helsepersonell og beslutningstakere.

Majoriteten av studier om lean i helsevesenet stammer fra sykehusmiljøet og flertallet er utført ved kirurgiske avdelinger, intensivavdelinger og i akuttmottak (D'Andreamatteo, Ianni med flere 2015, Castaldi, Sugano med flere 2016, Torabi, Pour med flere 2018). Det foreligger lite data fra medisinske avdelinger og mindre, offentlige sykehus (Castaldi, Sugano med flere 2016). D'Andreamatteo og medarbeidere (2015) understreker hvordan utfordringene vil variere mellom de ulike sektorene i helsevesenet. Foruten enkeltrapper som er tilgjengelige på Pasientsikkerhetsprogrammets nettsider («I trygge hender 24-7») så har vi ikke funnet noen norske studier som direkte omhandler implementering av lean eller tavlemøter i norske sykehus. Etter anbefaling fra Pasientsikkerhetsprogrammet så har tavlemøter blitt innført i stort omfang ved norske sykehusavdelinger de siste årene. Det er derfor av interesse å undersøke hvilke erfaringer man har gjort seg.

2.2 Effekt på pasientsikkerhet?

Som beskrevet tidligere er også det norske helsevesenet under økonomisk press på grunn av et økende forbruk av helsetjenester. Myndighetenes krav om omorganisering og kvalitetsarbeid følges ofte ikke opp med økte ressurser, men forventes gjennomført innenfor de eksisterende finansielle rammene. Renolen, Høye med flere (2018) viste i sin studie fra medisinske sengeposter ved to mellomstore norske sykehus at sykepleierne hadde store utfordringer med å introdusere ny kunnskap inn i praksisen parallelt med at de skulle utføre sine faste daglige arbeidsoppgaver. I følge Castaldi og medarbeidere (2016) er stramme økonomiske rammer og et stort byråkrati begrensende faktorer for innføringen av lean. Ressursknapphet i offentlige sykehus skaper et krysspress mellom prioritering av oppgaver med langsiktige konsekvenser og oppgaver som må løses fortløpende. Utfordringen blir da å vedlikeholde og bevare

igangsatte endringer. Forskningen på i hvor stor grad ulike helseorganisasjoner lykkes med lean er fortsatt begrenset (Lawal, Rotter med flere 2014). Likeledes eksisterer det lite dokumentasjon om barrierer eller mislykkede forsøk på implementering av lean. Vi ønsket derfor også å undersøke om personalet opplever at innføringen av tavlemøter har medført bedring i pasientsikkerheten ved sengepostene som har tatt dem i bruk.

2.3 Effekt på motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid?

2.3.1 Kunder og verdier i helsevesenet

Fokuset i lean filosofien er å maksimere verdien for kunden. I helsevesenet er det nærliggende å definere pasienten som kunden og flere forfattere er opptatt av at alle trinn i en prosess bør evalueres ut i fra de gevinstene pasienten oppnår (Black og medarbeidere 2014, Lawal, Rotter med flere 2014). Avhengig av omstendighetene kan det i visse sammenhenger være naturlig å definere pårørende, helsepersonell, henvisende instans eller en annen oppdragsgiver (for eksempel forsikringsselskap eller regionalt helseforetak) som kunder (Kim, Sahlinger med flere 2006, Young og McClean 2008, Poksinska 2010).

De ønskede verdiene i helsevesenet er i følge Kim (2006) korrekte, sikre og gode helsetjenester og en omsorgsfull ivaretagelse av pasienter og deres pårørende. Dette synet samsvarer godt med regjeringens visjon om å ”skape pasientens helsetjeneste” (Meld. St. 11 2018). Lawal og medarbeidere (2014) utvider dette verdibegrepet og definerer tre ulike dimensjoner av verdi i helsetjenesten; (i) medisinsk kvalitet og ivaretagelse av pasient og pårørende (pasientorientert verdi), (ii) medarbeidertilfredshet (personellorientert verdi) og (iii) effektivitet og flyt (systemorientert verdi). Lean tankegangen åpner opp for at man i helsesektoren på samme tid kan ha flere ulike kunder og Young (2008) beskriver hvordan disse kan ha ulike prioriteringer og motstridende interesser og verdier. Pasienter og pårørende vil i all hovedsak ha en pasientorientert tilnærming. Helsepersonell vil vanligvis være opptatt av medisinsk kvalitet og helsepersonellens verdier forventes her i stor grad å være sammenfallende med pasientenes. Kostnadseffektiv drift har størst verdi for oppdragsgiver, administratorer og ledere på høyere nivå. Det antas at helsepersonell og pasienter sannsynligvis også verdsetter dette, men ikke dersom det går på bekostning av deres egne prioriterte verdier. Medarbeidertilfredshet er i seg selv viktig, ikke bare for å ivareta helsepersonell og beholde kompetansemedarbeidere, men også fordi det i tillegg kan ha en direkte effekt på medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet (Fahrenkopf, Sectish med flere 2008, Carayon, Karsh med flere 2013, Kirwan, Matthews med flere 2013).

2.3.2 Hvordan påvirkes helsepersonellet av lean?

Innføringen av lean i helsevesenet har blitt møtt med skepsis og innvendinger som at «mennesker ikke er biler» (Kim, Sahlinger med flere 2006) og at helsetjenester ikke kan strømlinjeformes da hver pasient er unik (Poksinska 2010). Torabi (2018) hevder at spesielt leger kan ha motforestillinger mot lean fordi de frykter at prioritering av effektivitet og produktivitet vil gå på bekostning av kvaliteten i pasientbehandlingen.

Motstanden kan også skyldes misforståelser blant helsepersonell som tror at lean bare handler om å kutte kostnader og å redusere bemanningen (Kim, Sahlinger med flere 2006), altså at lean er en metode for å utnytte arbeidskraft (Waring og Bishop 2010, Boronat, Budia med flere 2018). Enkelte studier fra andre sektorer har vist at lean øker arbeidsbyrden og reduserer arbeidernes kontroll over egne arbeidsoppgaver (Holden, Eriksson med flere 2015), noe som igjen har skapt en viss bekymring for hvordan lean i helsevesenet påvirker helsepersonellet og deres arbeidsvilkår.

Waring og Bishop (2010) observerte at klinikere etter en viss initial interesse oppfattet lean prosjekter som enda en byråkratisk oppgave som krevde en overfladisk deltakelse, men som ikke endret arbeidsprosessen vesentlig. På den annen siden har flere forfattere rapportert om økt medarbeidertilfredshet etter innføring av lean prosjekter i helsevesenet (Ben-Tovim, Bassham med flere 2007, Kelly, Bryant med flere 2007, Collar, Shuman med flere 2012). Fellesnevneren for de sistnevnte rapportene er at selv om utgangspunktet for intervensjonene var et ønske om bedret produktivitet og kostnadseffektivitet, så var prosessen initiert og drevet av de ansatte selv. D'Andreamatteo og medarbeidere (2015) fant også at helsepersonell i mange tilfeller var proaktive med lean prosjekter. Flere forfattere fremhever dessuten at lean kan ha positive effekter for helsepersonellet ved at økt eierskap og kontroll over egne arbeidsoppgaver kan frigjøre tid til pasientrettet arbeid (Spear 2005, Poksinska 2010, Holden 2011).

2.3.3 Hvordan lykkes med innføring av lean i helsevesenet?

I avsnitt 1.4.1 beskrev vi hvordan idealet om en lærende organisasjon er et sentralt element i lean og at dette igjen krever en høy grad av medarbeiderinvolvering. Samtidig er det slik at hovedfokuset ved innføring av lean i helsevesenet ofte tenderer til å bli fragmentarisk og prosessorientert (se avsnitt 1.4.2). Deloittes evalueringsrapport av Pasientsikkerhetsprogrammet (2017) fastslår at fokuset på prosess har vært fremtredende. Videre fremgår det av

denne rapporten at helsepersonell opplevde målingene mer som et rapporteringskrav enn som en integrert del av forbedringsarbeidet.

Både Poksinska (2010) og Holden, Eriksson med flere (2015) fremhever at forutsetningen for en suksessfull implementering av lean i helsevesenet er å skape en positiv innstilling og aksept fra frontlinje medarbeiderne om at lean bør ha en plass i helsevesenet. Videre er det helt avgjørende at helsepersonellet er eiere og drivere av forbedringsarbeidet, noe som betyr at de må ha støtte fra ledelsen på alle nivåer (Poksinska 2010). Dette bifalles av Deloitte (2017) som i sin delrapport om pasientsikkerhetsprogrammet understreker at forankring ned til laveste ledelsesnivå er nødvendig for å oppnå varige strukturforandringer i en organisasjon. Dul og medarbeidere (2012) hevder at fokus på de ansattes velbefinnende, og ikke bare deres ytelse, er avgjørende for å oppnå en vellykket interaksjon mellom system og individ. Til tross for at denne dualiteten alltid har vært sentral i modeller opptatt av menneskelige faktorer i helsevesenet så har den vært viet lite oppmerksomhet i studiene om lean i helsevesenet (Holden, Eriksson med flere 2015).

Med denne bakgrunnen ønsket vi å frembringe mer kunnskap om hvorvidt helsepersonell oppfatter tavlemøter som nyttige og relevante i forhold til pasientsikkerheten og om slike holdninger har noen sammenheng med type organisering og grad av medarbeiderinvolvering. Medarbeidertilfredshet og eierskap til forbedringsprosesser kan være vanskelig å måle presist. Imidlertid er begge elementene viktige forutsetninger for skape motivasjon i arbeidet (Jacobsen og Thorsvik 2016). Vi valgte derfor å bruke endring i motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid som en indikator på hvilken innvirkning tavlemøtene har på helsepersonellet når de defineres som kunden etter lean filosofiens definisjon.

3 Material og metode

3.1 Metode

Vi beskrev i innledningen våre forskningsspørsmål og at forskningen på feltet for det meste er case studier. I denne studien ønsket vi en bredere tilnærming for å kartlegge organiseringen av tavlemøter og den opplevde nytteeffekten av disse i norske medisinske sengeposter. For å belyse problemstillingen valgte vi derfor et forskningsdesign med hovedsakelig kvantitativ metode og innsamling av data ved hjelp av to nettbaserte spørreskjemaer (se avsnitt 3.1.3). Studiepopulasjonen ble avgrenset til Helse Sør-Øst området. Helse Sør-Øst er den største av de fire helseregionene i Norge og regionforetaket Helse Sør-Øst RHF har det overordnede ansvar for spesialisthelsetjenester til 2.9 millioner mennesker i 10 fylker⁷ (Helse Sør-Øst RHF 2018). Dette utgjør mer enn halvparten av Norges befolkning på 5.3 millioner mennesker (Statistisk sentralbyrå 2019).

3.1.1 Inklusjon

Helse Sør-Øst eier i alt 11 helseforetak, hvorav 8 av disse består av et eller flere sykehus med indremedisinske klinikker eller avdelinger (Helse Sør-Øst RHF 2018). I tillegg har regionforetaket avtale med i alt 5 private ideelle sykehus som alle finansieres gjennom offentlige midler. To av disse, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS og Diakonhjemmet Sykehus AS, har indremedisinske avdelinger og begge har lokalsykehusfunksjon for befolkningen i flere bydeler i Oslo (Lovisenberg Diakonale Sykehus AS 2018), (Diakonhjemmet Sykehus AS 2018).

Samtlige helseforetak med indremedisinske avdelinger i Helse Sør-Øst området ble kontaktet via e-post og kartlagt med hensyn på organisering, seksjonering og bruk av risikotavler og tavlemøter. Alle sengeposter som behandlet indremedisinske pasienter og hadde tatt i bruk tavlemøter ved risikotavler ble inkludert i denne studien dersom de ønsket å delta.

Vi inviterte sengepostledere og eventuelt andre som hadde en lederrolle i forbindelse med tavlemøter og utforming av risikotavlene til å besvare spørreskjemaet til ledere. Totalt 78 invitasjoner ble sendt ut til disse, 1 til 2 per sengepost avhengig av tilbakemeldingene vi fikk om hvem som var aktuelle i hver seksjon. I tillegg ønsket vi å inkludere alle leger og

⁷ Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder

sykepleiere ved seksjonen som deltok, eller skulle ha deltatt, i sengepostens tavlemøter. Spørreskjemaene til helsepersonellet (ikke-ledere) ble distribuert via e-postadresser som vi fikk fra helseforetakene (se utfyllende detaljer i avsnitt 3.1.3). I alt ble det sendt ut invitasjoner til 1817 individer.

3.1.2 Eksklusjon

Helseforetak i Helse Sør-Øst som ikke driver med pasientbehandling⁸ og private ideelle sykehus som ikke har indremedisinske sengeposter⁹ (Helse Sør-Øst RHF 2018) ble ekskludert fra vår studie. Flere av foretakene har organisert sykehusdrift på ulike geografiske steder. Enkelte sykehus og to helseforetak¹⁰ ønsket ikke å delta. Av i alt 10 aktuelle helseforetak lokalisert på 20 ulike steder så var det 8 helseforetak og 15 sykehus som valgte å delta. Se figur 3 for detaljer.

Foretakene har ulik organisering og flere inkluderer også andre fagfelt enn indremedisin i sin medisinske klinikk. I alt 8 sengeposter ble ekskludert fra vår studie, enten fordi de hovedsakelig behandlet andre pasientkategorier enn voksne med indremedisinske problemstillinger (barn/ungdom, reumatologiske, neurologiske, rehabilitering), eller fordi de hadde pasienter med andre medisinske behov enn de som kan dekkes på en vanlig medisinsk sengepost (overvåkningspost). Ved direkte kommunikasjon med lokale ledere og kvalitetsrådgivere så fikk vi informasjon om at til sammen 3 hele sykehus¹¹ og 4 av de øvrige aktuelle sengepostene av ulike årsaker ikke hadde tatt i bruk risikotavler og disse ble da ikke inkludert. I tillegg så ekskluderte vi sengeposter hvor lederne ikke svarte på våre henvendelser med forespørsel om å delta. Vi satt til slutt igjen med 43 medisinske sengeposter hvor ledere og helsepersonell ble invitert til å svare på spørreskjemaet. Detaljer er vist i figur 3.

Listene vi mottok med e-post adresser inneholdt i mange tilfeller enkelte arbeidstakere med annen helseprofesjon enn leger og sykepleiere. I tillegg var det en del studenter som jobbet som pleiere. Ettersom vi kun ønsket å inkludere ferdigutdannede leger og sykepleiere så ble andre helseprofesjoner og studenter ekskludert i de tilfellene hvor yrkestittel fremgikk av deres elektroniske kontaktkort. Sykepleiere og leger som kun var tilknyttet poliklinikk, og som dermed ikke deltok i tavlemøter ved sengepostene, ble også ekskludert.

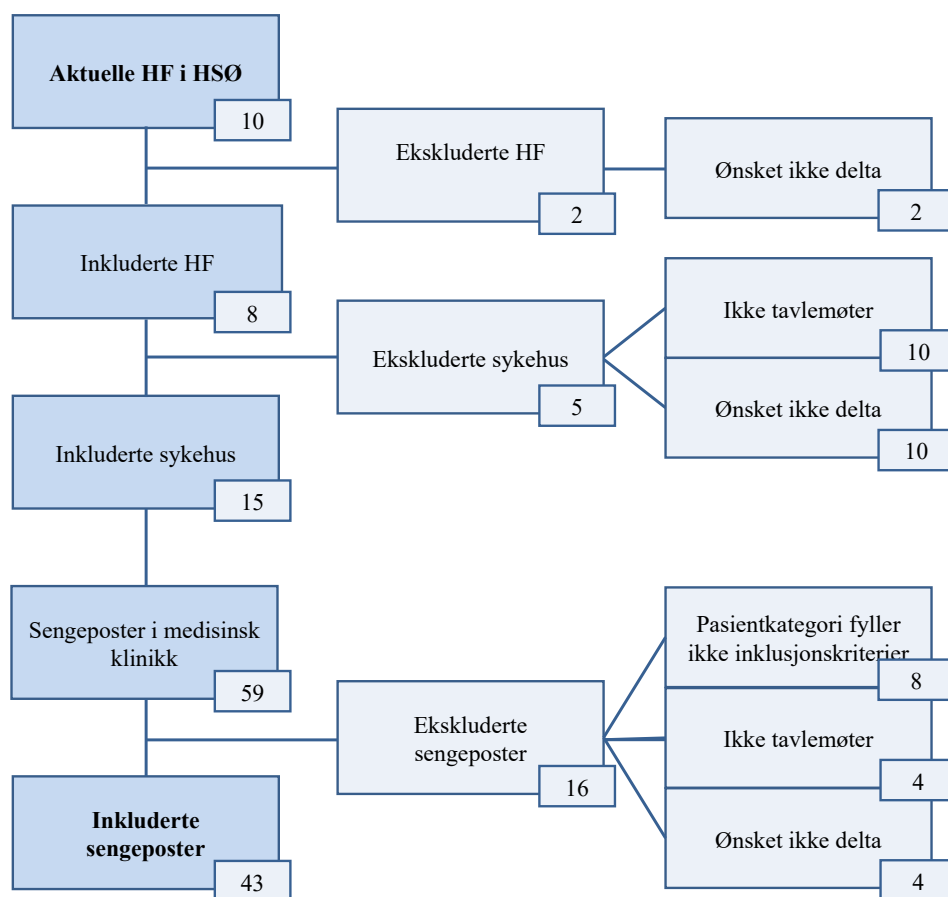
⁸ Sykehusapotekene, Sykehuspartner

⁹ Betanien Hospital, Martine Hansens Hospital, Reumatismesykehuset og Sunnaas sykehus

¹⁰ Diakonhjemmet sykehus AS og Oslo universitetssykehus

¹¹ Arendal, Ringerike og Ål sjukestugu

Figur 3. Inkluderte helseforetak, sykehus og sengeposter



Figur 3. HF: Helseforetak. HSØ: Helse Sør-Øst regionforetak.
Tallene i de små rutene viser henholdsvis antall helseforetak, antall sykehus/ og antall sengeposter.

3.1.3 Datainnsamling

Studien ble gjennomført ved hjelp av to nettbaserte spørreskjemaer distribuert via e-post, ett spørreskjema til lederne (vedlegg 3) og ett annet spørreskjema til helsepersonell (ikke-ledere) ved sengepostene (vedlegg 4). Datainnsamlingen foregikk i tidsrommet 01.11.18 til 15.03.19 med litt ulik innsamlingsperiode for de ulike helseforetakene ettersom nødvendige godkjenninger og tillatelser kom på plass til ulik tid. Se avsnitt 3.2.1 for detaljer.

Den praktiske distribusjonen av spørreskjemaene ble utført ved hjelp av de lokale nettverkene i avdelingene. I de fleste tilfellene fikk vi via avdelingsledelsen kontaktinformasjonen til seksjonslederne som vi så kontaktet per e-post. Seksjonslederne videresendte så igjen vår e-post med informasjon om studien til helsepersonellet ved sine respektive sengeposter og satte studieledelsen som kopimottaker slik at vi fikk e-post adressene til de enkelte. Noen helseforetak har en mer restriktiv praksis med hensyn til å gi ut de ansattes e-post adresser og

valgte i stedet å videreformidle all informasjon om studien direkte til enhetslederne, som så selv tok kontakt med studieledelsen dersom de ville delta.

Det ble utformet et eget informasjonsskriv om denne studien til ledere (vedlegg 1) og helsepersonell (vedlegg 2) som begge ble distribuert til alle via e-post før det ble sendt en personlig invitasjon til hver enkelt med elektronisk lenke til selve spørreskjemaet. Det ble sendt en automatisk påminnelse 14 dager etter første utsendelse og ytterligere 2 påminnelser til samtlige inviterte som ikke hadde besvart henholdsvis to og en måned før planlagt lukkedato for skjemaet.

Spørreskjemaene inneholdt generelle spørsmål om sosiodemografiske forhold som alder, kjønn og yrke, samt arbeidssted. Lederne ble spurt om hvordan risikotavlene og tavlemøtene ble organisert samt om hvordan måleparametrene ble valgt. Både ledere og helsepersonell ble spurt om hvor ofte tavlemøtene ble gjennomført i praksis, i hvor stor grad leger og sykepleiere deltok ved tavlemøtene og om de opplevde at innføringen av tavlemøtene hadde hatt en positiv effekt på pasientsikkerheten i egen seksjon. Videre spurte vi om i hvor stor grad tavlemøtene hadde påvirket deres egen motivasjon for å delta i pasientsikkerhetsarbeid og om hvordan motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid i helsepersonellgruppen som helhet hadde endret seg etter innføringen av tavlemøtene. Helsepersonellet ble også spurt om hvorvidt de opplevde at tavlemøtene var nyttige i deres daglige pasientarbeidet. Som et mål på den opplevde kost-nytte effekten spurte vi også både ledere og ikke-ledere om de etter en helhetsvurdering ville anbefale andre medisinske sengeposter å starte opp med tavlemøter.

3.2 Godkjenninger, etikk og personvern

3.2.1 Personvern

Dataene ble innsamlet og oppbevart ved hjelp av Nettskjema, et verktøy utarbeidet av Universitetet i Oslo (UiO) til gjennomføring av spørreundersøkelser og datainnsamling på nett. Nettskjema driftes av Universitetets senter for informasjonsteknologi (USIT) ved UiO og er tilrettelagt for å tilfredsstille de norske kravene til personvern (Gulbrandsen 2018). I Nettskjema lagres e-post adresse og tidspunkt for levert besvarelse slik at det er mulig å sende en påminnelse til deltakerne dersom et svar på spørreskjemaet ikke er mottatt innen en viss tid. Alle besvarelser blir automatisk anonymisert, dvs. at kontaktinformasjonen lagres uavhengig av svarene slik at det ikke er mulig i etterkant å knytte svarskjemaet til respondentens e-post adresse. Nettskjema krever innlogging med personlig brukernavn og passord fra UiO og alle

dataene ble behandlet konfidensielt ved at kun prosjektledelsen hadde tilgang til kontaktdataene. For å unngå at enkelte respondenter indirekte kunne gjenkjennes via seksjonen de arbeider ved så ble analysene kun utført på helseforetaksnivå.

3.2.2 Samtykke

Som allerede beskrevet i avsnitt 3.1.3 så fikk alle deltakerne i forkant av invitasjonen til selve spørreskjemaet tilsendt informasjon om studien på e-post (vedlegg 1 og 2). Informasjonsskrivene var utarbeidet basert på mal fra Norsk senter for forskningsdata (NSD 2018) og inneholdt en beskrivelse av formålet med studien, hvordan personvernet ville bli ivaretatt og understreket at deltakelse i studien var frivillig og basert på samtykke.

Det ble foruten e-post adressene verken lagret eller etterspurt personlige eller sensitive opplysninger som ville krevd eksplisitt samtykke (NSD 2018). Vi vurderte derfor at samtykke kunne innhentes via selve spørreskjemaet som ble utformet slik at samtykkeerklæringen måtte besvares helt først i skjemaet. Hvis deltakeren svarte «Nei» på spørsmålet om samtykke lukket spørreskjemaet seg og spørreundersøkelsen ble avsluttet. Sammen med lenken til det elektroniske spørreskjemaet fikk alle deltakerne også tilsendt kontaktinformasjon til den prosjektansvarlige og det ble opplyst om muligheten til å trekke tilbake eget samtykke ved å ta kontakt.

3.2.3 Dataoppbevaring

Nettskjema er utformet slik alle data, inkludert kontaktinformasjonen til deltakerne, blir slettet automatisk 6 måneder etter at det siste svaret har kommet inn. All kontaktinformasjon ble slettet så snart dataene var ferdig innsamlet. Kun anonymiserte data ble overført fra Nettskjema til andre filer for analysing. Alle datafiler ble lagret på et personlig og passordbeskyttet område på UiOs server.

3.2.4 Godkjenninger

Nettskjema lagrer personlige opplysninger om deltakerne i form av e-post adresser og prosjektet krevde dermed godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD 2018). Flere av sykehusene i Helse Sør-Øst¹² har inngått en avtale med NSD om at de skal være deres

¹² Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF og Sørlandet Sykehus HF

personvernombud for forskning. Etter innføring av EUs GDPR¹³ direktiv for personvern har imidlertid alle helseforetakene innført rutiner for godkjenning av prosjekter hos eget personvernombud. Dette prosjektet er godkjent etter gjeldende rutiner hos lokalt personvernombud i alle de deltakende helseforetak. I tillegg har vi innhentet tillatelse fra klinikkssjef og/eller avdelingssjef i samtlige avdelinger til å kunne inkludere deres ansatte samt at de ansatte kunne fylle ut spørreskjemaet i arbeidstiden.

3.3 Analyser

Dataene ble analysert i statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics versjon 25. Vi foretok en deskriptiv statistisk analyse av våre kategoriske data. Sammenlikning av ulike andeler i de to populasjonene er utført med kji-kvadrat test. I tillegg ble det utført logistiske multivariate regresjonsanalyse hvor utvalgte variabler som var målt med en Likert skala fra 1 til 5 ble omkodet til binominale variabler for å kunne analysere nærmere hvilke faktorer som hadde størst påvirkning på den opplevde bedringen i pasientsikkerheten, motivasjonen for å delta i pasientsikkerhetsarbeid og vurderingen av tavlemøtenes kost-nytte effekt. Analyser med hensyn på interaksjoner mellom måleparametrene ved multivariat analysene var negative. Vi valgte et signifikansnivå på $p < 0.05$.

¹³ General Data Protection Regulation er EUs personvernforordning som ble iverksatt våren 2018

4 Resultater

Innledningsvis i dette kapitlet vil vi gjøre rede for de sosiodemografiske dataene for studiepopulasjonen, respondentenes kjennskap til tavlemøtene og fordelingen per helseforetak. Deretter vil vi beskrive resultatene ved å ta utgangspunkt i våre forskningsspørsmål slik de er formulert i innledningen. Vi vil da starte med å beskrive organiseringen av tavlemøter ved våre inkluderte sengeposter før vi ved hjelp av deskriptiv statistikk og logistisk regresjon analyserer våre data med hensyn på hvilken nytteeffekt ledere og helsepersonell ved medisinske sengeposter i Helse Sør-Øst opplever av og tavlemøtene samt hvilke faktorer som ser ut til å ha størst innvirkning på deres oppfatninger. Til sist i kapitlet vil vi gi en redegjørelse for hvordan respondentene opplever kost-nytte effekten av tavlemøtene.

4.1 Studiepopulasjon

4.1.1 Sosiodemografiske data

Av 1817 inviterte ikke-ledere (helsepersonell) så besvarte 575 (32%) spørreskjemaet mens 67 (86%) av de 78 inviterte lederne besvarte sitt skjema. Henholdsvis 11 ikke-ledere (1.9%) og en leder (1.5%) samtykket ikke til deltakelse og de ble derfor ekskludert fra de videre analysene.

I de følgende avsnittene presenteres profesjonsfordeling, samt kjønns- og aldersfordeling for henholdsvis ledere og ikke-ledere. De sosiodemografiske dataene i de to populasjonene er oppsummert i tabell 1 i slutten av dette delkapitlet.

Profesjon

De fleste norske sykehus er organisert slik at sykepleierne er ansatt ved en sengepost eller avdeling som ledes av en avdelingssykepleier. Det var derfor som forventet et stort flertall av sengepostlederne (91%) som var sykepleiere. Et lite mindretall av lederne var leger som er involvert i tavlemøter som seksjons- eller avdelingsledere som er overordnet avdelingssykepleiere. I tillegg har to leger med overordnet ansvar for legegrupper, men uten selvstendig ansvar for tavlemøter, besvart spørreskjemaet for ledere. Disse er feilaktig inkludert men utgjør en så liten andel at de sannsynligvis ikke har påvirket sluttresultatene i vesentlig grad. Ingen av lederne hadde annen profesjonsbakgrunn enn lege og sykepleier.

Blant helsepersonellet (ikke lederne) var det 63% sykepleiere og 37% leger. En oversikt fra statistikkbanken til Statistisk sentralbyrå (SSB 2018) viser at i den somatiske spesialisthelsetjenesten for våre inkluderte offentlige og private helseforetak så utgjorde legene i 2018 38% av de samlede årsverkene for leger og sykepleiere. Således ser det ut til å være godt samsvar mellom profesjonsfordelingen i vårt materiale og offentlig tilgjengelig statistikk.

Kjønn

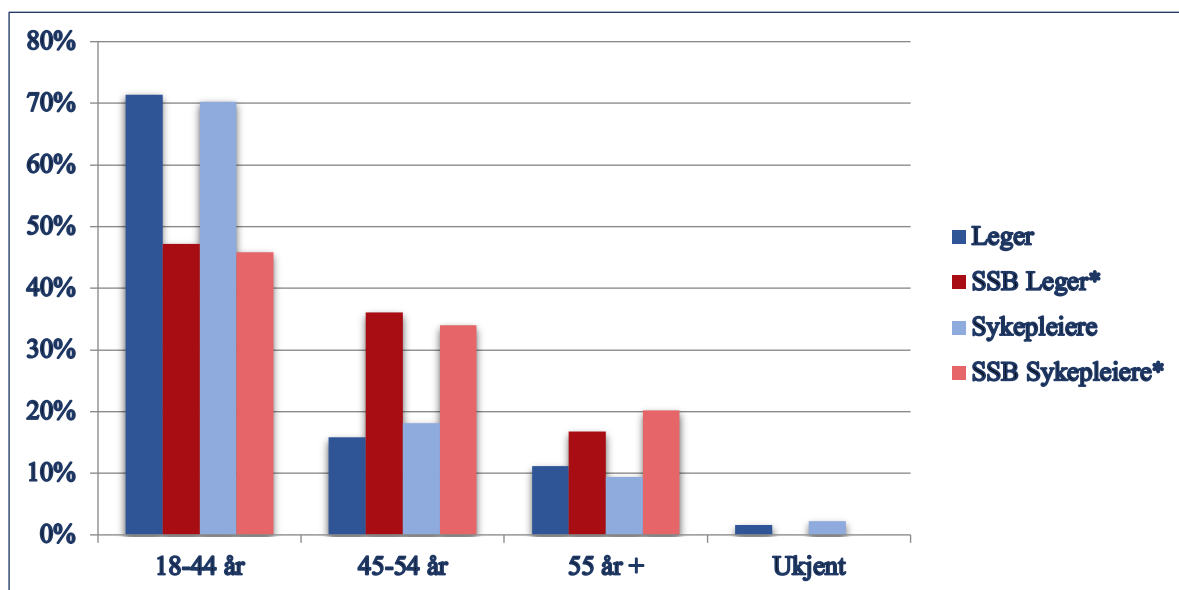
Hele 89% av lederne i vårt materiale var kvinner. Blant ikke-lederne totalt var 76% kvinner, fordelt på 92% av sykepleierne og 50% av legene. Rapporter fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at det er stor overvekt av kvinner i spesialisthelsetjenesten i Norge. I 2016 var kvinneandelen blant de sysselsatte sykepleierne i spesialisthelsetjenesten 88% og blant legene 51% (Hjemås og Hansen 2017). Kjønnfordelingen blant ikke-ledere i vårt materiale stemmer dermed godt overens med det statistiske tallmateriale fra SSB. Et stort flertall av lederne var sykepleiere og det er derfor som forventet at kjønnsfordelingen blant lederne er svært lik den man ser samlet for sykepleiere i spesialisthelsetjenesten.

Alder

Aldersfordelingen blant både ledere og helsepersonell er vist i tabell 1. Lederne hadde i gjennomsnitt høyere alder enn helsepersonellet ($p < 0.001$). Ettersom det oftest krever noe erfaring før man blir tilsatt i en lederstilling er dette som forventet.

Blant helsepersonellet var det en overvekt av yngre arbeidstakere og mer enn 70% av både leger og sykepleiere var 44 år eller yngre. Tallmateriale fra SSB over sysselsatte leger og sykepleiere i den somatiske spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst i 2018 (SSB 2018) viser at den forventede andelen i aldersgruppen 39 år eller yngre er henholdsvis 47% blant legene og 46% for sykepleierne. Vi har imidlertid ikke spesifikke aldersdata for helsepersonell som er ansatt i medisinske sengeposter. Våre alderskategorier er ikke fullstendig sammenfallende med alderskategoriene brukt av SSB (se figur 4), men det anses å være lite sannsynlig at antallet deltakere mellom 40 og 44 år i vår studie er så stort at det kan forklare et avvik på 20-25 prosentpoeng fra forventet aldersfordeling. Vår studiepopulasjon er dermed sannsynligvis yngre enn forventet slik at det er mulig at utvalget ikke er helt representativt mht. alder. Detaljer er vist i figur 4.

Figur 4. Aldersfordeling sammenliknet med aldersdata fra SSB.



Figur 4. *Aldersgruppene fra SSB som er vist til sammenlikning avviker noe fra våre aldersgrupper og er som følger: 15-39 år (vist som 18-44 år), 40-54 år (vist som 45-54 år), 55-66 år (vist som 55+).

Tabell 1. Oversikt over sosiodemografiske data.

Sosiodemografiske data	Ledere		Helsepersonell	
	Antall (n=66)	Prosent (%)	Antall (n=564)	Prosent (%)
Kjønn				
Mann	7	10,6 %	121	21,5 %
Kvinne	59	89,4 %	431	76,4 %
Ønsker ikke angi kjønn	0	0,0 %	12	2,1 %
Profesjon				
Lege	6	9,1 %	211	37,4 %
Sykepleier	60	90,9 %	353	62,6 %
Annet	0	0,0 %	***	***
Alder				
18-24 år	0	0,0 %	34	6,0 %
25-34 år	10	15,2 %	232	41,1 %
35-44 år	19	28,8 %	134	23,8 %
45-54 år	23	34,8 %	96	17,0 %
55-64 år	12	18,2 %	51	9,0 %
64 år eller mer	2	3,0 %	5	0,9 %
Ønsker ikke angi alder	0	0,0 %	12	2,1 %

4.1.2 Kjennskap til tavlemøter

Begrepene risikotavler og tavlemøter slik de er beskrevet i Pasientsikkerhetsprogrammet « I trygge hender 24/7» var godt kjent i begge populasjonene. Henholdsvis 87% (492) av helsepersonellet og samtlige ledere bekreftet at de var kjent med disse.

Vi hadde før oppstart av studien ekskludert alle sengeposter hvor helseforetakene selv oppga at de ikke var kommet i gang med tavlemøter. Likevel svarte 6 (9.1%) av lederne, herav 4 fra Ahus, og 41 (7.3%) av ikke-lederne at tavlemøter ikke var i bruk ved deres seksjon, mens 25 av de spurte ikke-lederne (4.4%) svarte at de ikke visste. Ved en sengepost var det samsvar mellom lederne og helsepersonellet (11) om at tavlemøter ikke var i bruk og seksjonen var dermed feilaktig inkludert. I alt 10.4 % av legene (22) og 9.3% (33) av sykepleierne svarte enten at tavlemøter ikke var i bruk, eller at de ikke visste, til tross for at ledere ved disse seksjonene oppga at det ble faktisk ble avholdt tavlemøter.

Respondenter som svarte ”nei” eller ”vet ikke” på spørsmål om tavlemøter var i bruk fikk ikke flere utdypende spørsmål og er derfor ikke inkludert i de videre analysene. I alt 309 sykepleiere (286 kvinner, 16 menn), 189 leger (96 kvinner, 89 menn) og 60 ledere har dermed besvart spørsmålene om organisering, opplevd innvirkning av tavlemøtene på pasientsikkerheten og motivasjonen for å arbeide med pasientsikkerhet, samt den opplevde kost-nytte effekten av tavlemøtene.

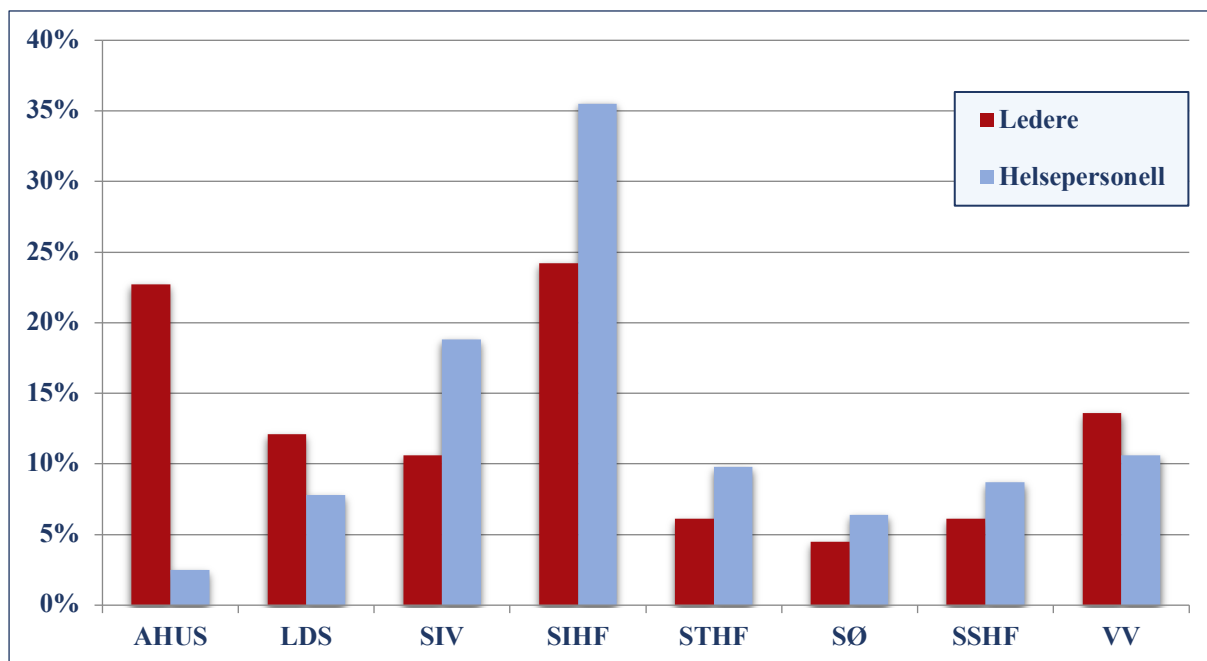
4.1.3 Fordeling per helseforetak

Det var en stor variasjon både i antall respondenter og svarprosenten mellom de ulike helseforetakene og mellom seksjoner innad i samme sykehus. Variasjonen mellom helseforetakene var statistisk signifikant ($p < 0.001$) og forskjellen var større enn den relative størrelsesforskjellen på helseforetakene skulle tilsi. På grunn av denne store variasjonen har vi i all hovedsak valgt å avstå fra analyser på seksjons- og foretaksnivå (for noen unntak se appendikset).

Figur 5 viser prosentandelen av besvarelser fra henholdsvis ledere og helsepersonell (ikke-ledere) fordelt på helseforetak. Vi ser at 23% av lederne er fra Akershus universitetssykehus, mens det samme gjelder kun 2,5% av helsepersonellet. Ved Lovisenberg Diakonale sykehus og i Vestre Viken er det også relativt sett en større prosentandel ledere enn helsepersonell som har besvart, mens forholdet er omvendt ved de øvrige foretakene. Tabell 2 viser fordelingen

over helseforetakene i absolutte tall og prosentandel fordelt på ledere og helsepersonell samt fordelt på leger og sykepleiere blant ikke-lederne.

Figur 5. Andel ledere og helsepersonell fordelt på 8 helseforetak¹⁴.



Figur 5. Histogrammet viser en oversikt over hvordan andelen av henholdsvis ledere og helsepersonell som samtykket til deltakelse i studien fordelte seg mellom de ulike helseforetakene.

Tabell 2. Inkluderte ledere og helsepersonell fra seksjoner med tavlemøter.

Helseforetak	Ledere		Helsepersonell					
			Totalt		Sykepleiere		Leger	
Tavlemøter i bruk	n=60	%	n=498	%	n=309	%	n=189	%
AHUS	11	18,3 %	13	2,6 %	11	3,6 %	2	1,1 %
LDS	8	13,3 %	43	8,6 %	30	9,7 %	13	6,9 %
SIV	7	11,7 %	105	21,1 %	71	23,0 %	34	18,0 %
SIHF	16	26,7 %	184	36,9 %	100	32,4 %	84	44,4 %
STHF	4	6,7 %	45	9,0 %	35	11,3 %	10	5,3 %
SØ	2	3,3 %	20	4,0 %	6	1,9 %	14	7,4 %
SSHF	3	5,0 %	34	6,8 %	19	6,1 %	15	7,9 %
VV	9	15,0 %	54	10,8 %	37	12,0 %	17	9,0 %

Tabell 2. Tabellen gir en oversikt over fordeling av inkluderte ledere og helsepersonell, herunder andel leger og sykepleiere, fra seksjoner med tavlemøter fordelt på de ulike helseforetak.

¹⁴ AHUS - Akershus universitetssykehus, LDS – Lovisenberg Diakonale Sykehus, SIV – Sykehuset i Vestfold, SIHF – Sykehuset Innlandet HF, STHF – Sykehuset Telemark HF, SØ – Sykehuset Østfold, SSHF Sørlandet Sykehus HF, VV – Vestre Viken.

4.2 Planlegging og organisering

I dette delkapittelet vil vi presentere resultatene fra vårt første forskningsspørsmål om planlegging og organisering av tavlemøter ved indremedisinske sengeposter i Helse Sør-Øst.

I hvert underkapittel vil vi først gi en deskriptiv analyse. Denne vil hovedsakelig være basert på svar fra lederne ettersom vi under utarbeidelsen av spørreskjemaene (vedlegg 3 og 4) tok utgangspunkt i at lederne sannsynligvis er de som er best orientert om hvordan tavlemøter er planlagt og organisert i egen seksjon. Vi vil også beskrive variabler som er spesifikke for helsepersonellet (ikke-ledere). Der det vurderes å være relevant sammenliknes svarene fra lederne og helsepersonellet for å belyse om gruppene har ulike oppfatninger og om den praktiske gjennomføringen av tavlemøter avviker fra det som hevdes å være planlagt. Ulike svar mellom gruppene kan også være relatert til i hvor stor grad informasjonen om tavlemøtene har nådd frem til helsepersonellet.

4.2.1 Tavlemøter

Tabell 3 gir en oversikt over hovedfunnene når det gjelder organiseringen av selve tavlemøtene. Vi gir en utfyllende beskrivelse i teksten nedenfor.

Generell organisering

I alt 72% av de inkluderte seksjonene hadde hatt tavlemøter i mer enn ett år, mens et lite mindretall hadde startet opp for mindre enn 6 måneder siden. Et stort flertall (92%) hadde tavlemøter på et fast tidspunkt, definert enten som et gitt klokkeslett eller på et bestemt tidspunkt i dagsplanen. Manuelle tavler var de vanligste, kun 12 (28%) av seksjonene brukte elektroniske tavler.

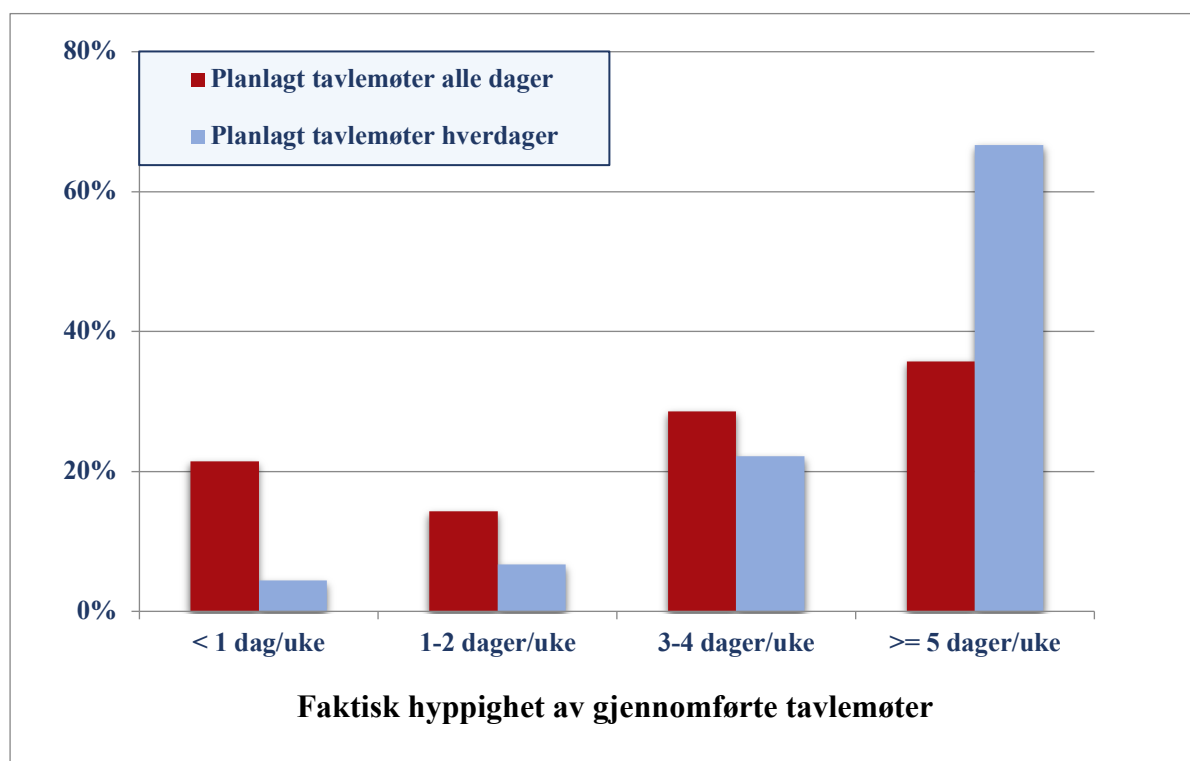
Hyppighet

De fleste lederne (75%) svarte at tavlemøter primært skulle gjennomføres på hverdager, mens 23% (14) hadde som mål å gjennomføre tavlemøter alle dager, inkludert helg- og helligdager.

Ledere og ikke-ledere hadde samsvarende oppfatninger om hvor ofte tavlemøtene i praksis ble gjennomført ($p=0.467$). En knapp tredel (32%) av seksjonene utførte registreringer av hvor ofte tavlemøter ble gjennomført, mens 47% (28) oppga et skjønsmessig estimat. Samlet gjennomførte et stort flertall tavlemøter mer enn 3 dager per uke og over halvparten oppga at de hadde tavlemøter 5 eller flere dager ukentlig (se tabell 3 for detaljer).

Ved å sammenlikne svarene fra lederne med hensyn på planlagt og faktisk gjennomført hyppighet av tavlemøter fant vi en tendens til at seksjonene med ambisjoner om tavlemøter alle dager hadde den laveste måloppnåelsen, men forskjellen var ikke statistisk signifikant ($p=0.151$). Kun ved 36% av seksjonene med intensjon om tavlemøter alle dager så ble det gjennomført tavlemøter fem eller flere dager per uke. Se figur 6.

Figur 6. Gjennomføring av tavlemøter i forhold til planlagt hyppighet.



Figur 6. Histogrammet viser ledernes angivelse av faktisk hyppighet for gjennomførte tavlemøter i egen seksjon sett i forhold til hvor ofte det var planlagt at tavlemøter skulle gjennomføres.

Antall pasienter per tavlemøte

Mer enn 60% av seksjonene vurderte fra 6 til 10 pasienter i løpet av et tavlemøte. Basert på svarene fra lederne hadde inntil 35% av seksjonene 11 eller flere pasienter på sin tavle mens et lite mindretall hadde tavler som inkluderte 5 eller færre pasienter (se tabell 3 for detaljer). Det var også her et godt samsvar mellom svar fra ledere og helsepersonell (ingen signifikant forskjell; $p=0,363$).

Tidsbruk per tavlemøte

Ved de fleste seksjonene (88%) så var tavlemøtene tiltenkt å ta mindre enn 20 minutter. Det var godt samsvar mellom ledernes angivelse av forventet tidsbruk per tavlemøte og helsepersonellens estimat av faktisk forbrukt tid ($p=0.901$). Helsepersonellet (ikke-lederne) ble

her også bedt om å ta med eventuell ventetid i forbindelse med avvikling av tavlemøtene som ikke kunne brukes til andre arbeidsoppgaver. Flertallet (68%) av helsepersonellet visste hvor lang tid som var satt av til tavlemøtet ved egen seksjon. Av disse anslo 21% at tavlemøtene som oftest eller i stor grad tok lengre tid enn planlagt, mens 43 % svarte at dette skjedde i liten grad eller aldri.

Tabell 3. Planlegging og organisering av tavlemøter.

Tavlemøter	Ledere		Helsepersonell	
	Antall (n=60)	Prosent (%)	Antall (n=498)	Prosent (%)
Tid siden oppstart				
Mindre enn 6 måneder	4	6,7 %	38	7,6 %
6-12 måneder	13	21,7 %	108	21,7 %
1 til 3 år	31	51,7 %	278	55,8 %
Mer enn 3 år	12	20,0 %	74	14,9 %
Hvor ofte er det planlagt tavlemøter				
Alle dager (inkludert helg- og helligdager)	14	23,3 %	***	***
Hverdager	45	75,0 %	***	***
Når det er tid	1	1,7 %	***	***
Ved behov	0	0,0 %	***	***
Annet	0	0,0 %	***	***
Hvor ofte gjennomføres tavlemøter				
5 dager per uke eller mer	35	58,3 %	268	53,8 %
3-4 dager per uke	15	25,0 %	102	20,5 %
1-2 dager per uke	5	8,3 %	58	11,6 %
Sjeldnere enn en dag per uke	5	8,3 %	70	14,1 %
Hvor mange pasienter gjennomgås i snitt				
16 pasienter eller flere	10	16,7 %	57	11,4 %
11-15 pasienter	11	18,3 %	77	15,4 %
6-10 pasienter	37	61,7 %	316	63,5 %
0-5 pasienter	2	3,3 %	31	6,2 %
Vet ikke	0	0,0 %	17	3,4 %
Hvor lang tid er satt av til tavlemøtet	Avsatt tid		Faktisk tidsbruk	
Mer enn 30 minutter	2	3,3 %	15	3,0 %
20-30 minutter	5	8,3 %	46	9,2 %
10-20 minutter	22	36,7 %	204	41,0 %
0-10 minutter	31	51,7 %	233	46,8 %

*** Dataene var ikke etterspurt for denne populasjonen

4.2.2 Måleparametre

En oversikt over variablene tilknyttet måleparametrene er vist i tabell 4.

Antall parametre

Flertallet av seksjonene hadde mellom 4 og 9 måleparametre på sin risikotavle (se tabell 4 for detaljer) og det var ingen signifikant forskjell mellom svarene fra lederne og helsepersonellet på dette området ($p=0.097$).

Hvem velger parametrene?

Ved hele 90% av seksjonene var måleparametrene helt eller delvis valgt ut lokalt i seksjonen. Kun 8.5% av lederne (5) svarte at alle måleparametrene var valgt på overordnet nivå.

Omtrent halvparten av helsepersonellet svarte at noen parametre på deres risikotavle var bestemt lokalt. Av disse hadde 81 sykepleiere (26%) og 39 leger (21%) selv vært involvert i utvelgelsesprosessen. Det var ingen signifikant forskjell mellom profesjonene ($p=0.828$). Blant sykepleierne var det 30% som ikke visste hvordan parametrene var valgt ut, mens tilsvarende andel for legene var 41% ($p=0.024$).

Skifte av parametre

Hos 75% av lederne hadde måleparametrene blitt justert underveis. Av disse hadde 24% (11) utført justeringer fordi det ikke lenger var behov for å følge den aktuelle parameteren, 18% (8) hadde på forhånd planlagt et bytte av parametre etter et gitt tidsrom, mens 58% hadde skiftet av andre årsaker som ikke var nærmere spesifisert (se tabell 4).

Måleparametre i bruk

I alt 58 av lederne (86%) svarte i fritekst på hvilke måleparametre som var i bruk på risikotavlen ved deres seksjon. Vi har sortert disse i ulike kategorier. Måleparametrene som søker å identifisere pasienter med høy risiko for uønskede hendelser ble registrert hos 83%, herunder fallrisiko (71%) og ernæringscreening (60%). I tillegg er det et stort fokus på infeksjonsrisiko da 55% registrerer intravenøse tilganger og 50% registrerer blærekateter og/eller forekomst av urinveisinfeksjon. I alt 36 ledere (62%) angir at deres seksjon bruker risikoskåringsverktøy som NEWS eller NEWS2 for å fange opp klinisk forverring og publiserer skåringsverdien på tavlen. Majoriteten (79%) følger med på bruk av ulike medikamenter og 62% har fokus på antibiotikabruk og samstemming av legemiddellister. Detaljer om måleparametrene i bruk er vist i tabell 5.

Tabell 4. Detaljer om måleparametrene på risikotavlen.

Måleparametre	Ledere		Helsepersonell	
	Antall (n=60)	Prosent (%)	Antall (n=498)	Prosent (%)
Antall måleparametre per pasient				
1-3 ulike parametre	6	10,0 %	33	6,6 %
4-6 ulike parametre	19	31,7 %	124	24,9 %
7-9 ulike parametre	21	35,0 %	197	39,6 %
10 eller flere ulike parametre	14	23,3 %	99	19,9 %
Vet ikke	0	0,0 %	45	9,0 %
Hvem har valgt måleparametrene				
Overordnet føring	5	8,3 %	63	12,7 %
Bestemt lokalt i seksjonen	18	30,0 %	133	26,7 %
Både og	36	60,0 %	131	26,3 %
Vet ikke	1	1,7 %	171	34,3 %
Representative for seksjonens pasientsikkerhetsutfordringer				
Ingen sammenheng	0	0,0 %	14	2,8 %
I liten grad	0	0,0 %	44	8,8 %
I noen grad	8	13,3 %	141	28,3 %
I stor grad	23	38,3 %	186	37,3 %
I svært stor grad	28	46,7 %	91	18,3 %
Vet ikke	1	1,7 %	22	4,4 %
Utskifting av måleparametre etter oppstart tavlemøter				
Ja	45	75,0 %	***	***
Nei	12	20,0 %	***	***
Vet ikke	3	5,0 %	***	***
Kriterier for utskifting av måleparametre				
Ikke lenger behov for å følge risikoparameteren	11	24,4 %	***	***
Planlagt bytte etter forutbestemt tidsrom	8	17,8 %	***	***
Annet	26	57,8 %	***	***
Vet ikke	0	0,0 %	***	***

*** Dataene var ikke etterspurt for denne populasjonen.

Tabell 5. Måleparametre i bruk.

Angitte måleparametre på risikotavler	Antall (n=58)	Prosent (%)
Identifisere pasienter med behov for spesiell oppfølging		
Fall	41	70,7%
Trykksår	24	41,4 %
Risikoscreening (ikke nærmere definert)	2	3,4 %
Ernæringscreening/kostskjema/BMI ¹⁵	35	60,3 %
Ny oppstått forvirring/delir	9	15,5 %
Diabetes	1	1,7 %
Gradering av alvorlighetsgrad/oppdage klinisk forverring		
NEWS/NEWS2 ¹⁶	34	58,6 %
Tidlig oppdagelse av forverret tilstand/annen risikoscore	2	3,4 %
Triage/overvåkningshyppighet	4	6,9 %
qSOFA ¹⁷	1	1,7 %
Ordinert observasjon/behandling		
Drikke og/eller diurese	13	22,4 %
Daglig vekt	1	1,7 %
Avføringsfrekvens	4	6,9 %
Telemetri	3	5,2 %
Fysioterapi	2	3,4 %
Oksygentilskudd	2	3,4 %
Blodprøvesvar	1	1,7 %
Smitte/isolasjonsbehov		
Smitte/beskyttende isolasjon	10	17,2 %
Infeksjonsrisiko/innganger		
Blærekateter/urinveisinfeksjon	29	50,0 %
Intravenøse tilganger (PVK/CVK/VAP ¹⁸)	32	55,2 %
Dren/pacemakertråder	6	10,3 %
Medikamentregistrering		
Tromboseprofylakse	9	15,5 %
Antikoagulasjon	11	19,0 %
Antibiotika	36	62,1 %
Legemiddelsamstemming	36	62,1 %
Informasjon om behandlingsnivå/annen viktig informasjon		
HLR ¹⁹ status/behandlingsnivå	8	13,8 %
Pakkeforløp	2	3,4 %
Videre plan for pasienten		
Kartlegging av funksjon, hjelpe- og rehabiliteringsbehov	14	24,1 %
Åpen retur	1	1,7 %
Obligatoriske administrative handlinger		
Kliniske registre	8	13,8 %
PLO ²⁰	9	15,5 %
Kontaktlege	3	5,2 %
Pasientflyt		
Pasienten kan flyttes til annen sengepost ved behov	4	6,9 %
Estimert utskrivelsesdato	26	44,8 %
Utskrivningsklar pasient	5	8,6 %
Pasientsikkerhet		
Uønsket hendelse	8	13,8 %
Annet		
Diverse ulike parametre	6	10,0 %

¹⁵ BMI: Body mass index

¹⁶ NEWS: National Early Warning Score. Risikoscoring for å oppdage klinisk forverring hos akutt syke.

¹⁷ qSOFA: Quick Sequential Organ Failure Assessment. Scoringssystem for sepsis.

¹⁸ PVK/CVK: Perifert/sentralt venekateter. VAP: Veneport lagt under huden.

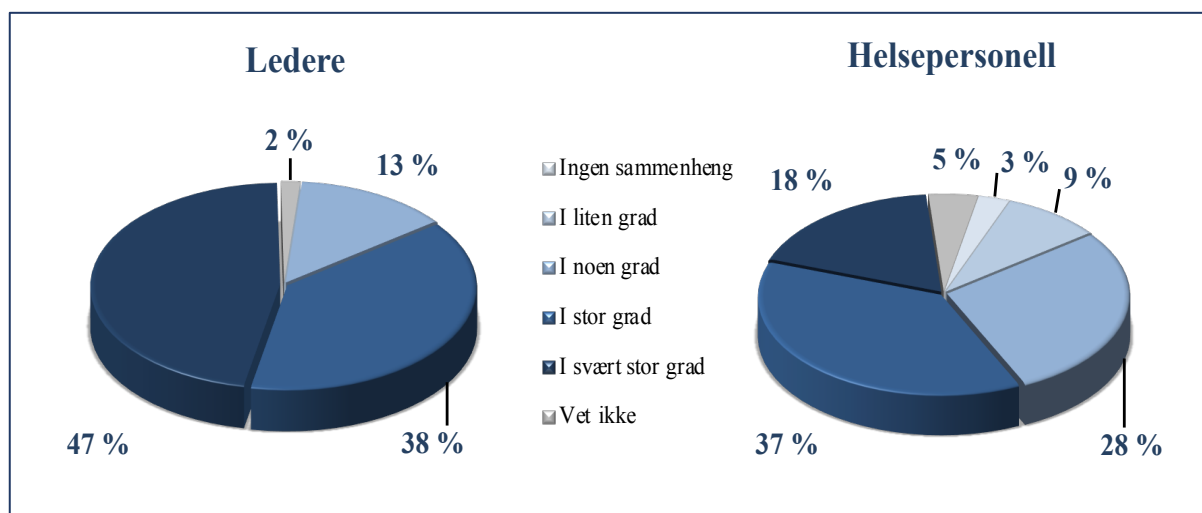
¹⁹ HLR: Hjerte-lunge-redning.

²⁰ PLO: Pleie- og omsorgsmelding. Kommunikasjon mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten.

Representative måleparametre

Vi spurte både ledere og ikke-ledere om i hvor stor grad de mente at de anvendte risikoparametrene var representative for de opplevde pasientsikkerhetsutfordringene i egen seksjon. Lederne var signifikant mer positive enn ikke-lederne ($p < 0.001$) og hele 85% av lederne mente at måleparametrene på risikotavlen i stor eller svært stor grad var relevante. Tilsvarende tall for helsepersonellet (ikke-lederne) var 56% (se tabell 4 og figur 7 for detaljer). Analyser av subpopulasjoner viste her at 68% av helsepersonellet som svarte at måleparametrene helt eller delvis var bestemt lokalt opplevde at måleparametrene i stor eller svært stor grad var representative, mens det samme gjaldt for 78% av helsepersonellet som selv hadde vært involvert i utvelgelsesprosessen. Sykepleierne opplevde i større grad enn legene at måleparametrene hadde høy en grad (i stor grad, i svært stor grad) av relevans for pasientsikkerhetsutfordringene (64% versus 42%, $p < 0.001$).

Figur 7. Sammenheng pasientsikkerhetsutfordringer og måleparametre.



Figur 7. Diagrammet viser i hvor stor grad ledere og helsepersonell opplever at det er sammenheng mellom valgte måleparametre på risikotavlen og pasientsikkerhetsutfordringer i egen seksjon.

4.2.3 Helsepersonellets deltakelse ved tavlemøter

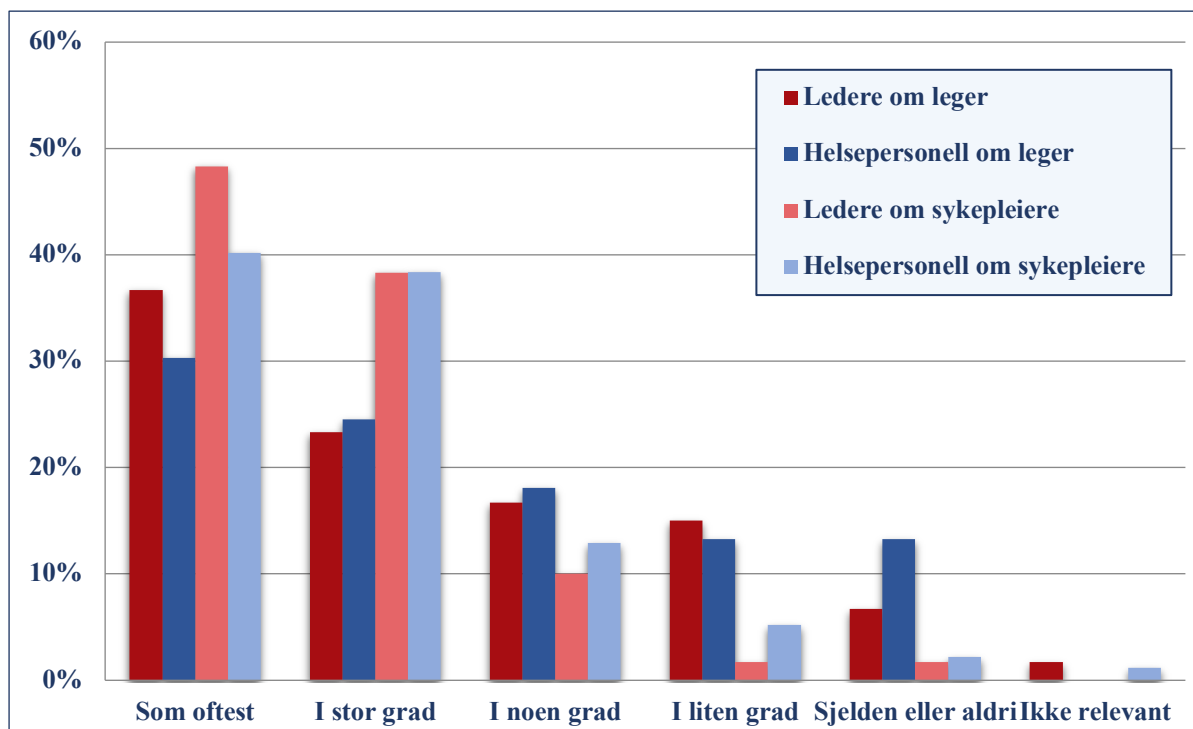
Ved samtlige seksjoner var sykepleierne ved sengeposten tiltenkt å delta i tavlemøtene. I tillegg oppga 93% av lederne (56) at legene også var forventet å delta mens 50% (30) oppga at også annet helsepersonell ved seksjonen skulle være med på møtene. Vi etterspurte ikke hvilke profesjoner disse tilhørte.

Ledere versus helsepersonell

Det var ingen signifikant forskjell i oppfatningen mellom lederne og ikke-lederne om i hvor stor grad henholdsvis leger og sykepleiere faktisk deltok ved tavlemøtene (legenes deltakelse i tavlemøtene; $p=0.608$, sykepleiernes deltakelse; $p=0.637$). Detaljene er fremstilt i søylediagrammet i figur 8.

Både ledere og ikke-ledere hadde et inntrykk av at legene i mindre grad enn sykepleierne deltok ved tavlemøtene (signifikant forskjell i begge gruppene, $p<0.001$). Samlet svarte 55% av respondentene i begge populasjonene at legene som oftest eller i stor grad deltok, mens 26% mente at legene deltok i liten grad eller aldri. Tilsvarende mente 79% av respondentene i begge populasjonene at sykepleierne deltok som oftest eller i stor grad, mens 7% hadde inntrykk av at sykepleierne deltok i liten grad eller aldri.

Figur 8. Inntrykk av leger og sykepleieres deltakelse på tavlemøter.



Figur 8. Histogrammet viser svarene fra henholdsvis ledere og helsepersonell om i hvor stor grad leger og sykepleiere deltar ved avholdte tavlemøter i egen seksjon.

Leger versus sykepleiere

Både legenes og sykepleiernes oppfatning av i hvor stor grad representanter for egen yrkesgruppe deltok i tavlemøtene stemte godt overens med hva lederne rapporterte. Verken for legene ($p=0.064$) eller sykepleierne ($p=0.306$) var det her noen signifikant forskjell.

Legene hadde et signifikant bedre inntrykk enn sykepleierne av i hvor stor grad både leger ($p < 0.001$) og sykepleiere ($p = 0.027$) deltok i tavlemøtene. Når det gjaldt legene mente henholdsvis 70% av legene og 45% av sykepleierne at de deltok i stor eller svært stor grad, mens 11% av legene og hele 36% av sykepleierne svarte at legene deltok i liten grad eller aldri. Forskjellene i oppfatning var litt mindre når det gjaldt sykepleiernes deltakelse på tavlemøter og her mente 83% av legene og 75% av sykepleierne at sykepleierne deltok i stor eller svært stor grad, mens henholdsvis 4% av legene og 10% av sykepleierne svarte at sykepleierne deltok i liten grad eller aldri.

4.2.4 Evaluering

Evaluering av pasientsikkerhet

Pasientsikkerheten i en avdeling kan følges ved at man observerer utviklingen i en risikoparameter eller en spesifikk type pasienthendelser over tid. Eksempler på dette kan være registrering av andel pasienter med samstemt legemiddelliste, redusert forbruk av bredspektret antibiotika i en avdeling eller reduksjon i andelen pasienter med fallulykker. Slike regelmessige evalueringer av tavlemøtenes effekt på pasientsikkerhet ble gjennomført hos 45% (27) av lederne. Av disse igjen rapporterte 78% at resultatene fra evalueringen ble presentert for helsepersonellet i form av markering direkte på tavlen, plakatoppslag eller informasjon via personalmøter, e-post eller liknende.

Helsepersonellet (ikke-lederne) var i betydelig mindre grad enn lederne informert om hvorvidt det foregikk evaluering av tavlemøter i egen sengepost og denne forskjellen var signifikant ($p < 0.001$). Bare 25% (122) av helsepersonellet visste om det ble gjennomført slike evalueringer og av disse var 70% (85) kjent med resultatet. Andelen helsepersonell som var kjent med resultatet av evalueringer utgjorde imidlertid kun 17% av totalpopulasjonen. Se tabell 6.

Sykepleierne hadde bedre kjennskap til om det ble faktisk utført evalueringer enn legene ($p = 0.012$), men det var ingen signifikant forskjell mellom leger og sykepleiere med hensyn til om de var kjent med resultatet av disse evalueringene.

Evaluering av kost-nytte effekt

En vurdering av kost-nytte effekten av tavlemøter ble i spørreskjemaet definert som en systematisk vurdering av helsepersonellets samlede tidsforbruk ved tavlemøter i forhold til gevinst i form av redusert tidsbruk på andre oppgaver eller bedring av pasientsikkerheten. Et

mindretall på 27% (16) av lederne og 7.8% (39) av helsepersonellet mente at slik analyse var utført i egen seksjon. Flere detaljer vedrørende evaluering av tavlemøter er vist i tabell 6.

Tabell 6. Evaluering av tavlemøter.

Tavlemøter	Ledere		Helsepersonell	
	Antall (n=60)	Prosent (%)	Antall (n=498)	Prosent (%)
Utføres evaluering av tavlemøtenes effekt på pasientsikkerhet				
Ja	27	45,0 %	122	24,5 %
Nei	28	46,7 %	133	26,7 %
Vet ikke	5	8,3 %	243	48,8 %
Resultater fra evaluering av tavlemøter	Presenteres for personalet (n=27)		Kjenner resultatet (n=122)	
Ja	21	77,8 %	85	69,7 %
Nei	5	18,5 %	37	30,3 %
Vet ikke	1	3,7 %	***	***
Utføres evaluering av kost-nytte effekt av tavlemøtene	(n=60)	(%)	(n=498)	(%)
Ja	16	26,7 %	39	7,8 %
Nei	39	65,0 %	133	26,7 %
Vet ikke	5	8,3 %	326	65,5 %

*** Dataene var ikke etterspurt for denne populasjonen.

4.3 Pasientsikkerhet

I dette delkapittelet undersøker vi vårt andre forskningsspørsmål: Hvilken effekt opplever helsepersonell og ledere at tavlemøtene har på pasientsikkerheten i egen seksjon?

Intensjonene med Pasientsikkerhetsprogrammet («I trygge hender 24-7» 2015), og grunnlag for anbefalingene om å ta i bruk tavlemøter, er å bedre pasientsikkerheten i norske helseinstitusjoner. Direkte måling av bedret pasientsikkerhet krever registreringer både før og etter intervensjonen, samt et tidsvindu mellom disse som minst bør ha en varighet på flere måneder. Slike analyser ligger utenfor rammene for denne studien. I stedet har vi valgt å fokusere på om lederne og helsepersonellet subjektivt opplever at pasientsikkerheten i egen seksjon har bedret seg etter innføringen av tavlemøter. Vi har da antatt at dersom tavlemøtene har bidratt til øket bevissthet og fokus på pasientsikkerhet i seksjonen, så vil de ansatte ha en opplevelse av at også pasientsikkerheten i seg selv er bedret.

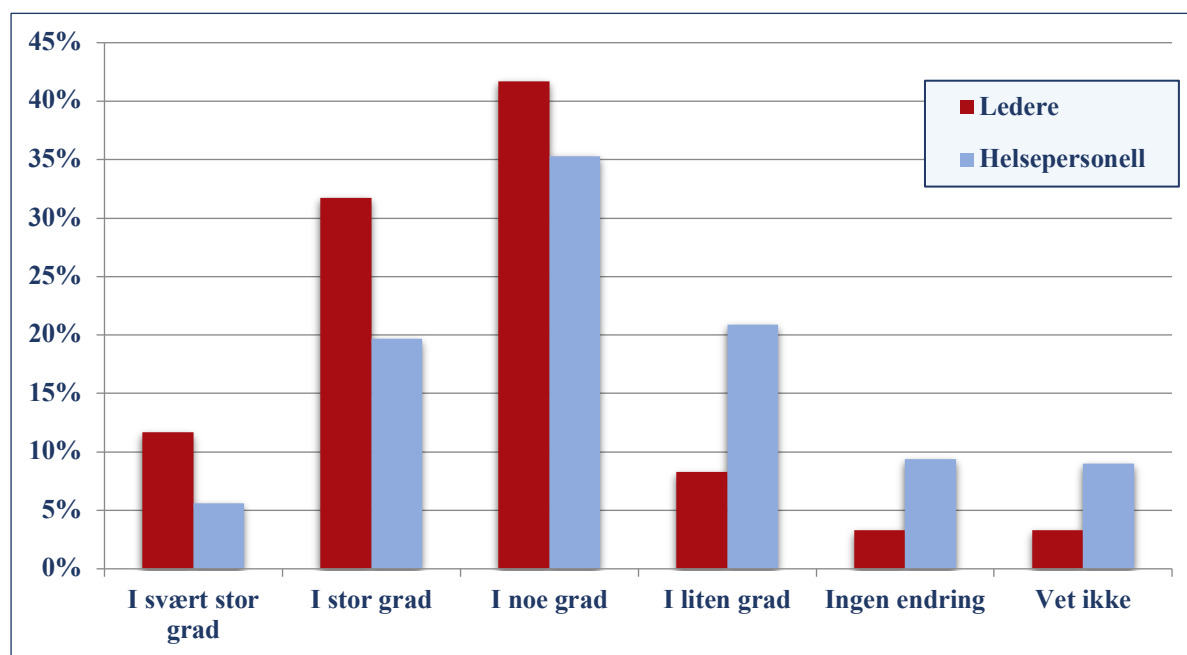
I det følgende vil vi først sammenlikne svarene fra henholdsvis ledere og ikke-ledere ved hjelp av deskriptiv statistikk, og deretter analysere hvorvidt sosiodemografiske faktorer påvirker

svarene i helsepersonellgruppen (ikke-lederne). Til slutt vil vi ved hjelp av en logistisk regresjonsanalyse se nærmere på hvilke faktorer som har størst innvirkning på om helsepersonellet har opplevd en bedring i pasientsikkerheten i egen seksjon etter oppstarten med tavlemøter.

4.3.1 Ledere versus helsepersonell

Lederne var mer optimistiske enn ikke-lederne når det gjaldt hvilken effekt tavlemøtene hadde hatt på pasientsikkerheten i egen avdeling. Forskjellen mellom gruppene var signifikant ($p=0.007$). Av lederne mente 43% (26) at pasientsikkerheten hadde bedret seg i stor eller svært stor grad, mens kun 25% (126) av ikke-lederne mente det samme. Bare 15% (9) av lederne mente tavlemøtenes effekt på pasientsikkerheten var liten eller usikker mens dette gjaldt hele 39% av (196) helsepersonellet. Detaljene er vist i figur 9²¹.

Figur 9. Bedring i pasientsikkerhet. Ledere og helsepersonell om egen seksjon.



Figur 9. Histogrammet viser hvordan svarene fra henholdsvis ledere og helsepersonell fordelte seg på spørsmålet om i hvor stor grad pasientsikkerheten i egen seksjon hadde bedret seg etter oppstart av tavlemøter.

²¹ For lesere som er interessert har vi laget en sammenlikning mellom ledere og helsepersonells mening om endring av motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid på helseforetaksnivå. Denne er tilgjengelig i appendikset.

4.3.2 Profesjon, kjønn og alder

Sykepleierne hadde signifikant bedre tro på at pasientsikkerheten hadde bedret seg enn legene ($p < 0.001$). 32% (99) av sykepleierne mente det hadde skjedd en forbedring i stor eller svært stor grad etter oppstart av tavlemøtene mens kun 14% (27) av legene mente det samme. Kjønn og alder hadde ingen påvirkning på helsepersonellens oppfatning av grad av bedret pasientsikkerhet (p -verdier fra 0.279-0.358).

4.3.3 Hvilke faktorer påvirker helsepersonellens oppfatning?

Vi utførte en logistisk multivariat analyse for å identifisere hvilke faktorer som hadde størst effekt på helsepersonellens oppfatning av om pasientsikkerheten hadde bedret seg etter at sengeposten hadde startet med tavlemøter. Variabler med svar på en Likert skala fra 1-5 ble omkodet til en binominale variabel hvor de opprinnelige svarene «i stor grad» og «i svært stor grad» ble gitt verdien 1.

De uavhengige forklaringsvariablene i den logistiske analysen ble valgt ut på bakgrunn av hvilke faktorer vi mente det var sannsynlig at kunne ha betydning for helsepersonellens oppfatning av pasientsikkerheten i egen avdeling. I tillegg til opplevd motivasjon for å delta i pasientsikkerhetsarbeid plukket vi ut variabler som omhandlet varighet, gjennomføringsgrad og evaluering av tavlemøter, relevans av måleparametrene og helsepersonellens deltakelse i tavlemøtene. Detaljer om de inkluderte variablene i analysen er vist i tabell 7.

Av de signifikante variablene var det «bedret motivasjon i helsepersonellgruppen» som hadde den høyeste odds ratioen (odds ratio 11.2, $p < 0.001$). Andre signifikante forklaringsvariabler var en opplevd høy grad av samsvar mellom måleparametrene og pasientsikkerhetsutfordringer i egen seksjon («representative måleparametre»; odds ratio 5.9, $p < 0.001$), stor eller svært stor grad av bedring i egen motivasjon for å utføre pasientsikkerhetsarbeid («bedret egen motivasjon»; odds ratio 4.6 $p < 0.018$) og at helsepersonellet selv brukte tavlen aktivt i det daglige arbeidet («bruker risikotavlen aktivt»; odds ratio 3.5, $p < 0.001$). Opplevelsen av at tavlemøter bidrar til en effektiv arbeidshverdag var også signifikant («effektiv arbeidshverdag»; odds ratio 2.6, $p < 0.008$). Øvrige variabler som ikke var signifikante fremgår av tabell 7. Predikert sannsynlighet for korrekte svar i analysen var 89.6%.

Tabell 7. Multivariat analyse av faktorer som påvirket oppfatning om pasientsikkerhet.

Bedret pasientsikkerhet	Regresjons koeffisient	Odds ratio	Konfidensiell intervall 95%		Signifikans
Bedret egen motivasjon	1,53	4,63	1,30	16,58	p=0.018
Bedret motivasjon i helsepersonellgruppen	2,41	11,18	5,46	22,91	p<0.001
Representative måleparametre	1,77	5,88	2,23	15,48	p<0.001
Effektiv arbeidshverdag	0,97	2,63	1,29	5,35	p=0.008
Bruker risikotavlen aktivt	1,26	3,52	1,78	6,96	p<0.001
Sykepleierne deltar	0,54	1,71	0,58	5,05	p=0.332
Legene deltar	0,44	1,55	0,72	3,35	p=0.266
Varighet tavlemøter 20 minutter eller kortere	0,06	1,06	0,41	2,75	p=0.906
Tavlemøtet tar ikke lenger tid enn planlagt	0,06	1,06	0,37	3,05	p=0.917
Tavlemøter i mer enn ett år	0,43	1,53	0,76	3,08	p=0.233
Tavlemøter 3 eller flere dager per uke	0,35	1,42	0,52	3,89	p=0.495
Evaluering tavlemøter	0,65	1,92	0,93	3,94	p=0.077
Evaluering av kost-nytte effekt	-0,75	0,47	0,16	1,42	p=0.182

Tabell 7. Multivariat analyse med «Bedret pasientsikkerhet» i egen seksjon som avhengig variabel. Tabellen viser samtlige uavhengige variabler som er inkludert i analysen.

Ved en separat logistisk regresjonsanalyse med den samme avhengige variabelen som ovenfor («bedret pasientsikkerhet») og de to uavhengige variablene «legene deltar» og «sykepleierne deltar» fant vi at det var en statistisk sammenheng mellom opplevd bedring i pasientsikkerhet og grad av deltakelse ved tavlemøter fra leger (odds ratio 2,79, p<0.001) og sykepleiere (odds ratio 4.13, p<0.001). Som vist i tabell 7 hadde imidlertid deltakelsen fra leger og sykepleiere ikke lenger noen signifikant betydningen da vi inkluderte de øvrige uavhengige variablene i analysen. Andre faktorer så da ut til å ha større innvirkning.

4.4 Motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid

Vårt tredje forskningsspørsmål vedrører hvorvidt tavlemøtene har påvirket motivasjonen til å arbeide med pasientsikkerhet (se innledningen). I avsnitt 2.3.3 gjorde vi rede for hvordan flere forfattere har understreket betydningen av å skape en positiv innstilling hos medarbeiderne. Dette er fremhevet som en absolutt forutsetning for å lykkes med forbedringsarbeid ved hjelp av lean filosofi og lean verktøy. I tråd med lean prinsippet om å skape en kultur for kontinuerlig forbedring er det helsepersonellet som skal drive forbedringsarbeidet fremover. De må derfor oppleve eierskap til selve prosessen. Skal man få til dette er det avgjørende at helsepersonellet

er motivert til å utføre pasientsikkerhetsarbeid. Ledere og helsepersonell ble derfor spurt om i hvor stor grad de mente at innføringen av tavlemøter hadde påvirket motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid i helsepersonellgruppen sett under ett, samt separat i lege- og sykepleiergruppen. Ettersom det kan foreligge mange feilkilder og usikkerhetsmomenter når man skal vurdere hvilken effekt et tiltak har hatt på andre menneskers motivasjon, inkluderte vi også et spørsmål om hvordan hver enkelt respondent vurderte at deres personlige motivasjon var blitt påvirket.

I de følgende avsnittene vil vi gi en oversikt over ledere og ikke-lederes vurdering av hvordan motivasjonen har endret seg etter innføring av tavlemøter. Vi vil presentere resultatene om endringer i den samlede helsepersonellgruppen og endringer i egen motivasjon separat, men forøvrig velger vi de samme typer analyser og tilsvarende struktur som i delkapittel 4.3.

4.4.1 Ledere versus helsepersonell

Opplevd endring av motivasjon i helsepersonellgrupper

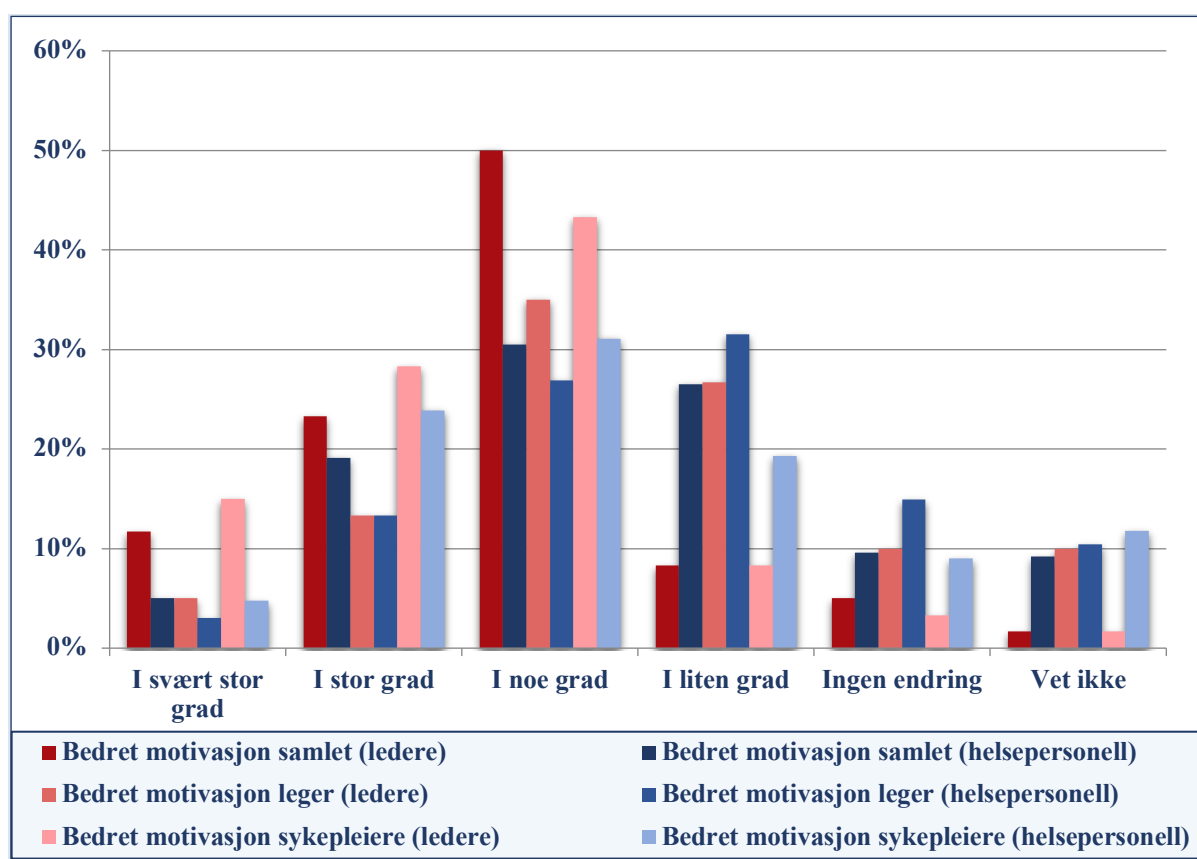
Lederne hadde en signifikant mer positiv oppfatning enn ikke-lederne av tavlemøtenes innvirkning på helsepersonellens motivasjon for å delta i pasientsikkerhetsarbeid ($p < 0.001$). Hele 85% av lederne mente at motivasjonen i den samlede personellgruppen hadde økt (i noen grad, i stor grad, i svært stor grad) og 35% mente at endringen var betydelig (i stor grad, i svært stor grad). Helsepersonellet (ikke-lederne) var mer delt i sine oppfatninger og selv om 54% mente tavlemøtene hadde påvirket motivasjonen positivt (i noen grad, i stor grad, i svært stor grad), var det kun 25% som mente at effekten var stor (i stor grad, i svært stor grad). Et stort mindretall på 45% blant ikke-lederne rapporterte at de trodde tavlemøtenes effekt på den samlede motivasjonen var liten eller usikker. Detaljer er vist i figur 10²².

Når det gjaldt sykepleierne mente henholdsvis 43% av lederne og 29% av ikke-lederne at tavlemøtene hadde hatt stor eller svært stor positiv innvirkning på deres motivasjon. Et mindretall blant lederne på 13% (8) mente at endringen i sykepleiernes motivasjon var liten eller usikker, mens 40% (200) av helsepersonellet hadde den samme oppfatningen. Forskjellen mellom gruppene var signifikant ($p < 0.001$).

²² For lesere som er interessert har vi laget en sammenlikning mellom ledere og helsepersonells mening om endring av motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid på helseforetaksnivå. Denne er tilgjengelig i appendikset.

Verken ledere (13%) eller helsepersonellet (16%) mente at tavlemøtene hadde hatt vesentlig positiv effekt (i stor grad, i svært stor grad) på legenes motivasjon. Henholdsvis 46% (28) av lederne og 57% (283) av helsepersonellet mente endringen i legenes motivasjon var liten eller usikker. Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene ($p=0.666$).

Figur 10. Bedret motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid. Ledere og helsepersonell.

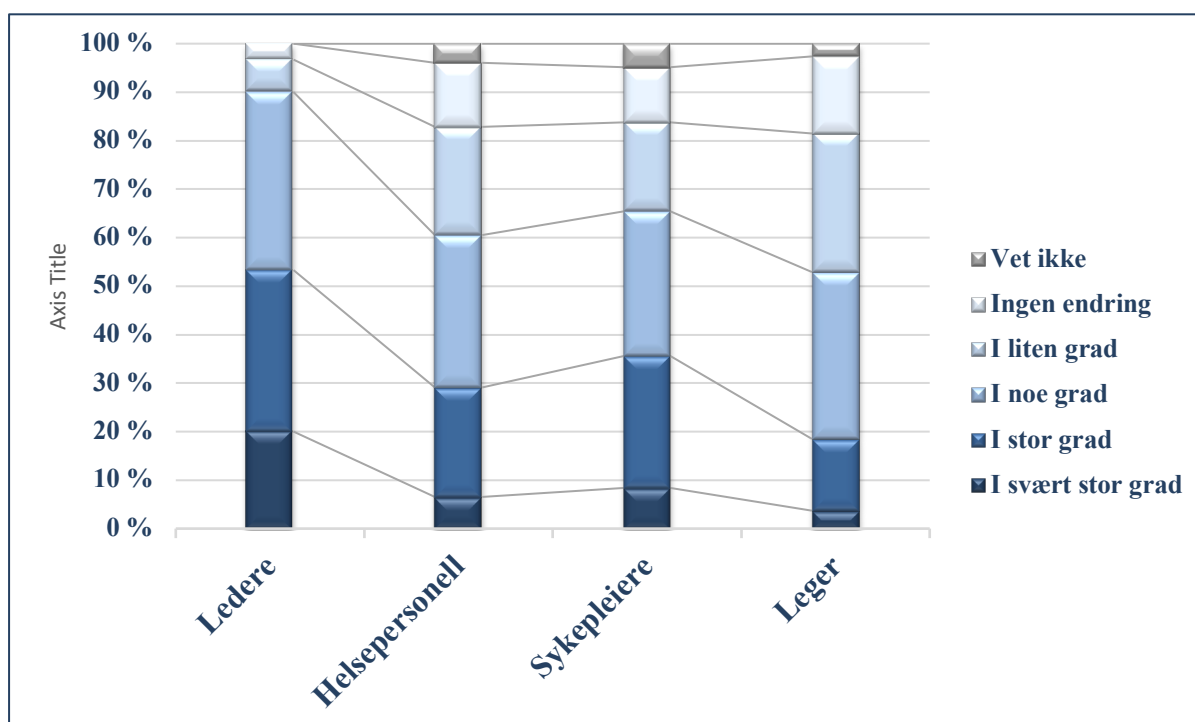


Figur 10. Histogrammet viser oppfatningen til henholdsvis ledere og helsepersonell av hvordan tavlemøter har bedret motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid blant helsepersonell samlet og fordelt på leger og sykepleiere.

Opplevd endring i egen motivasjon

Flertallet i begge våre studiepopulasjoner (ledere 90%, ikke-ledere 61%) mente at deres personlige motivasjon for å delta i pasientsikkerhetsarbeid hadde økt (i noen grad, i stor grad eller i svært stor grad) etter oppstarten med tavlemøter. Blant lederne var det 53% (32) som rapporterte at deres egen motivasjon hadde økt i stor eller svært stor grad, mens tilsvarende andel for helsepersonellet var 29% (145). Forskjellen mellom gruppene var signifikant ($p<0.001$). Detaljer er vist i figur 11.

Figur 11. Endring i egen motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid etter tavlemøter



Figur 11. Søylediagrammet viser angitt endring i egen motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid etter oppstarten med tavlemøter for ledere og helsepersonell samlet, samt fordelt på sykepleiere og leger blant ikke-lederne.

4.4.2 Profesjon, kjønn og alder

Opplevd endring av motivasjon i helsepersonellgrupper

Sykepleierne var signifikant mer optimistiske enn legene med hensyn til tavlemøtenes effekt på motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid i alle helsepersonellgruppene (helsepersonellgruppen samlet; $p=0.006$, sykepleiergruppen; $p<0.001$, legegruppen; $p=0.002$). Kun et mindretall av i begge profesjonsgruppene mente imidlertid at motivasjonen hadde blitt vesentlig bedret etter oppstarten med tavlemøter. Andelen sykepleiere og leger som opplevde at det hadde tilkommet en stor eller svært stor grad av økning i motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid i de ulike personellgruppene var henholdsvis 28% versus 17% for den samlede helsepersonellgruppen, 30% versus 26% for sykepleiergruppen og 18% versus 13% for legegruppen. Flertallet av både sykepleierne (58%) og legene (55%) mente at effekten på legenes motivasjon hadde vært liten eller ingen. Et stort mindretall av sykepleierne (39%) og legene (41%) mente også at tavlemøtene hadde hatt liten eller ingen innvirkning på sykepleiernes motivasjon.

Kjønn og alder hadde ingen signifikant innvirkning på oppfatningen om tavlemøtenes effekt på motivasjonen i noen av helsepersonell gruppene (p -verdier fra 0.476-0,869).

Opplevd endring i egen motivasjon

Når det gjaldt hvilken innvirkning tavlemøtene hadde hatt på deres personlige motivasjon svarte henholdsvis 36% av sykepleierne og 19% av legene at deres egen motivasjon hadde økt i stor eller svært stor grad, mens 35% av sykepleierne og 47% av legene mente at tavlemøtene hadde medført liten eller ingen grad av bedring i deres egen motivasjon. Forskjellen mellom sykepleiere og leger i opplevd bedring av egen motivasjon var signifikant ($p=0.001$). Detaljer er vist i figur 11.

Kjønn og alder hadde ingen signifikant innvirkning på opplevelsen av endring i egen motivasjon blant helsepersonellet (p-verdier fra 0.395-0.665).

4.4.3 Hvilke faktorer påvirker helsepersonellens oppfatning?

Vi utførte to separate logistiske multivariate analyser for å identifisere hvilke faktorer som hadde størst effekt på helsepersonellens oppfatning av hvilken effekt tavlemøtene hadde hatt på henholdsvis den samlede motivasjonen for å utøve pasientsikkerhetsarbeid og den personlige motivasjonen til det enkelte helsepersonellet. Variabler med svar på en Likert skala fra 1-5 ble omkodet til en binominale variabel hvor de opprinnelige svarene «i stor grad» og «i svært stor grad» ble gitt verdien 1.

Multivariat analyse mht. opplevd endring av motivasjon i helsepersonellgruppen

Vi brukte den avhengige variabelen «bedret motivasjon i helsepersonellgruppen». I analysen inkluderte vi de uavhengige forklaringsvariablene vi mente det var sannsynlig at kunne ha betydning for hvordan helsepersonellet vurderte at tavlemøtene hadde påvirket motivasjonen for å arbeide med pasientsikkerhet. Detaljer om samtlige av de inkluderte variablene i analysen er vist i tabell 8.

Vi fant at «bedring i egen motivasjon» (odds ratio 11.1, $p=0.002$) og «bedret pasientsikkerhet» (odds ratio 10.4, $p<0.001$) var de to signifikante forklaringsvariablene med høyest odds ratio. Andre signifikante variabler var oppfatningen om at tavlemøtene bidro til mer effektivitet i arbeidshverdagen («effektivitet i hverdagen»; odds ratio 3.8, $p<0.001$) og at tavlemøtene ble gjennomført minst tre dager per uke («tavlemøter 3 eller flere dager per uke»; odds ratio 3.1, $p=0.037$). De øvrige forklaringsvariablene vist i tabell 8 hadde ingen signifikant effekt. Predikert sannsynlighet for korrekte svar i analysen var 89.8%.

Tabell 8. Multivariat analyse av faktorer som påvirket bedring i samlet motivasjon.

Bedret motivasjon i helsepersonellgruppen (for å utøve pasientsikkerhetsarbeid)	Regresjons koeffisient	Odds ratio	Konfidensiell intervall 95%		Signifikans
Bedret egen motivasjon	2,41	11,14	2,48	50,12	p=0.002
Bedret pasientsikkerhet	2,34	10,38	5,06	21,29	p<0.001
Representative måleparametre	0,09	1,09	0,45	2,65	p=0.841
Effektiv arbeidshverdag	1,33	3,79	1,89	7,62	p<0.001
Bruker risikotavlen aktivt	0,30	1,35	0,66	2,76	p=0.416
Sykepleierne deltar	-0,03	0,97	0,33	2,84	p=0.958
Legene deltar	0,42	1,51	0,72	3,19	p=0.275
Varighet tavlemøter 20 minutter eller kortere	-0,12	0,37	0,14	0,98	p=0.045
Tavlemøtet tar ikke lenger tid enn planlagt	0,97	2,65	0,81	8,60	p=0.106
Tavlemøter i mer enn ett år	-0,17	0,89	0,45	1,76	p=0.740
Tavlemøter 3 eller flere dager per uke	1,13	3,08	1,07	8,87	p=0.037
Evaluerer tavlemøter	-0,07	0,93	0,45	1,93	p=0.849
Evaluerer av kost-nytte effekt	0,91	2,48	0,86	7,14	p=0.094

Tabell 8. Multivariat analyse med «Bedret motivasjon i helsepersonellgruppen» som avhengig variabel. Tabellen viser samtlige uavhengige variabler som er inkludert i analysen.

Multivariat analyse mht. opplevd endring av egen motivasjon

Vi ønsket å undersøke om det var de samme variablene som påvirket oppfatningen om effekten på den samlede motivasjonen som også påvirket helsepersonellens egen motivasjon. Det ble derfor utført en logistisk multivariat analyse med «egen motivasjon» som avhengig variabel, og de samme uavhengige binominale variablene som er redegjort for over. Resultatene er vist i tabell 9.

Det var størst sannsynlighet for at helsepersonellet rapporterte om stor økning i sin egen motivasjon dersom de hadde inntrykk av at motivasjonen i den samlede helsepersonellgruppen var blitt vesentlig styrket («bedret motivasjon i helsepersonellgruppen»; odds ratio 10.3, p=0.003). Opplevelsen av bedret pasientsikkerhet i egen seksjon («bedret pasientsikkerhet»; odds ratio 4.0, p=0.037) og en oppfatning av at måleparametrene var relevante for pasientsikkerhetsutfordringene («representative måleparametre»; odds ratio 3.2, p<0.001) var også signifikante variabler. I tillegg hadde regelmessig evaluering og egen aktiv bruk av tavlen signifikant sammenheng med opplevd bedring av egen motivasjon. Predikert sannsynlighet for korrekte svar i analysen var 78.1%.

Tabell 9. Multivariat analyse av faktorer som påvirket bedring i egen motivasjon

Bedret egen motivasjon (for å utøve pasientsikkerhetsarbeid)	Regresjons koeffisient	Odds ratio	Konfidensiell intervall 95%		Signifikans
Bedret motivasjon i helsepersonellgruppen	2,33	10,29	2,24	47,20	p=0.003
Bedret pasientsikkerhet	1,38	3,97	1,09	14,48	p=0.037
Representative måleparametre	1,17	3,22	1,98	5,23	p<0.001
Effektiv arbeidshverdag	0,95	2,58	1,00	6,70	p=0.051
Bruker risikotavlen aktivt	0,80	2,22	1,23	4,00	p=0.008
Sykepleierne deltar	0,33	1,39	0,77	2,48	p=0.271
Legene deltar	0,15	1,16	0,68	1,98	p=0.577
Varighet tavlemøter 20 minutter eller kortere	-0,30	0,74	0,34	1,61	p=0.451
Tavlemøtet tar ikke lenger tid enn planlagt	0,20	1,22	0,64	2,31	p=0.540
Tavlemøter i mer enn ett år	-0,31	0,73	0,43	1,25	p=0.257
Tavlemøter 3 eller flere dager per uke	0,24	1,27	0,72	2,25	p=0.402
Evaluering tavlemøter	0,79	2,21	1,15	4,26	p=0.018
Evaluering av kost-nytte effekt	0,22	1,24	0,36	4,32	p=0.735

Tabell 9. Multivariat analyse med «Bedret egen motivasjon» som avhengig variabel. Tabellen viser samtlige uavhengige variabler som er inkludert i analysen.

4.5 Kost-nytte effekt

I dette delkapittelet vil vi gjøre rede for våre funn relatert til vårt fjerde forskningsspørsmål, nemlig hvilken kost-nytte effekt ledere og helsepersonell mener å ha erfart av tavlemøtene.

Vi har i denne studien antatt at dersom man etter en helhetsvurdering vil anbefale andre seksjoner å starte opp med tavlemøter, så er dette et indirekte uttrykk for en subjektiv vurdering av at kost-nytte effekten av tiltaket er positiv. Både helsepersonell og ledere ble derfor spurt om de ville gi en slik anbefaling til andre indremedisinske sengeposter. I tillegg ble begge gruppene spurt om de brukte tavlen aktivt i sitt daglige arbeid utenom tavlemøtene. Vi ønsket videre å utdype noe mer i detalj om hvordan helsepersonellet (ikke-lederne) opplevde kost-nytte effekten av tavlemøtene. Helsepersonellet fikk derfor også spørsmål om i hvor stor grad de opplevde at tavlemøtene bidro til en mer effektiv arbeidshverdag, og om i hvor stor grad de opplevde at tavlemøtene var en nyttig bruk av tiden.

I det følgende vil vi ved hjelp av deskriptiv statistikk først sammenlikne svarene fra henholdsvis ledere og ikke-ledere og deretter analysere hvorvidt de sosiodemografiske variablene påvirker svarene i helsepersonellgruppen (ikke-lederne). Til slutt vil vi ved hjelp av

en logistisk regresjonsanalyse se nærmere på hvilke faktorer som har størst innvirkning på helsepersonellens opplevde kost-nytte effekter av tavlemøtene.

4.5.1 Ledere og helsepersonell

Lederne opplevde i større grad enn helsepersonellet at kost-nytte effekten av tavlemøtene var positiv ($p < 0.001$). Et flertall på 77% av lederne ville anbefalt andre indremedisinske sengeposter å innføre tavlemøter, mens det samme gjaldt 47% av helsepersonellet. I alt 55% av lederne og 36% av helsepersonellet brukte selv tavlen aktivt i sitt arbeid utenom tavlemøtene ($p = 0.017$).

Når det gjaldt effektivitet opplevde helsepersonellet at tavlemøtene hadde beskjeden effekt; 21% (105) svarte at tavlemøtene i stor eller svært stor grad bidro til mer effektivitet i arbeidshverdagen, mens hele 52% (257) rapporterte om liten eller ingen effekt. Et mindretall av ikke-lederne på 30% (150) opplevde at tavlemøter i stor eller svært stor grad var en nyttig bruk av tid i forhold til de øvrige arbeidsoppgavene som skulle gjennomføres i løpet av en dag, mens 39% (194) syntes tavlemøtene var lite nyttige eller ikke nyttige.

4.5.2 Profesjon, alder og kjønn.

Det var en signifikant forskjell ($p < 0.001$) mellom sykepleierne og legene når det gjaldt aktiv bruk av tavlen også utenom tavlemøtene. Nesten halvparten (48%) av sykepleierne svarte at de brukte tavlen aktivt, mens et stort flertall av legene (80%) rapporterte at de ikke gjorde det. Sykepleierne (25%) opplevde også i større grad enn legene (14%) at tavlemøtene bidro til en mer effektiv arbeidshverdag i stor eller svært stor grad ($p = 0.021$).

Det var ingen signifikant forskjell mellom leger og sykepleiere på spørsmålene om de opplevde at tavlemøter representerte en nyttig bruk av arbeidstiden ($p = 0.119$), eller om de ville anbefale andre seksjoner å starte opp med tavlemøter ($p = 0.580$).

Kvinner (39%) hadde noe større sannsynlighet for å bruke tavlen aktivt enn menn (27%) ($p = 0.027$). Utover dette hadde ikke kjønn og alder noen signifikant innvirkning på noen av variablene som ble brukt for å vurdere den opplevde kost-nytte effekten («effektiv arbeidshverdag», «nyttig bruk av tid», «anbefale andre å starte»; p -verdier fra 0.341-0.829).

4.5.3 Hvilke faktorer påvirker helsepersonnellets oppfatning?

Vi utførte multivariate analyser med logistisk regresjon for å se nærmere på hvilke faktorer som i størst grad påvirket helsepersonnellets (ikke-ledernes) oppfatning om tavlemøtenes kost-nytte effekter. Alle variablene ble også her kodet om fra en Likert skala på 1-5 til binominale verdier ved at svaralternativene «i stor grad» og «i svært stor grad» ga den nye variabelen verdien 1.

Vi valgte de tre avhengige variablene (i) «effektiv arbeidshverdag» med svar på spørsmålet «I hvor stor grad opplever du at tavlemøtet bidrar til en mer effektiv arbeidshverdag?», (ii) «nyttig bruk av tid» med svar på spørsmålet «I hvor stor grad opplever du at tavlemøtet er nyttig bruk av tid i forhold til de andre arbeidsoppgavene du skal gjennomgå i løpet av en dag?» og (iii) «anbefale andre å starte» som fikk verdien 1 når ikke-lederne svarte «ja» på spørsmålet «Vil du etter en samlet vurdering anbefale andre indremedisinske sengeposter å innføre risikotavler og tavlemøter?».

Vi valgte forklaringsvariabler som vi forventet kunne påvirke helsepersonnellets opplevelse av effektivitet og kost-nytte effekter. De respektive uavhengige variablene som inngikk i hver enkelt analyse er vist i tabell 10.

Effektiv arbeidshverdag

Faktorene som i størst grad predikerte helsepersonnellets opplevelse av at tavlemøtene bidro til en mer effektiv arbeidshverdag var opplevd bedring av motivasjonen for å arbeide med pasientsikkerhet blant helsepersonellet («bedret motivasjon i helsepersonellgruppen»; odds ratio 3.8, $p < 0.001$), bedring i pasientsikkerheten («bedret pasientsikkerhet»; odds ratio 2.6, $p = 0.008$) og inntrykk av en høy grad av deltakelse fra legene ved tavlemøtene («legene deltar»; odds ratio 2.1, $p = 0.032$). Høy grad av deltakelse fra sykepleierne («sykepleierne deltar») gav også en høy odds ratio på 2.7, men denne sammenhengen var ikke statistisk signifikant ($p = 0.073$). Predikert sannsynlighet for korrekte svar i analysen var 86.3%.

Nyttig bruk av tid

Når det gjaldt helsepersonnellets vurdering av om tavlemøtene var nyttig bruk av tid var det «effektiv arbeidshverdag» som hadde høyest odds ratio («odds ratio 87.3, $p < 0.001$). «Bedret egen motivasjon» (odds ratio 7.9, $p < 0.001$) og «representative måleparametre» (odds ratio 4.1, $p = 0.002$) var også signifikante variabler. Vi fant ingen signifikant sammenheng med bedret

pasientsikkerhet, bedret motivasjon i den samlede helsepersonellgruppen eller de øvrige organisatoriske variablene. Predikert sannsynlighet for korrekte svar i analysen var 88.2%.

Anbefaling til andre om å starte opp med tavlemøter

De viktigste signifikante forklaringsvariablene for at helsepersonellet ville anbefale tavlemøter til andre seksjoner målt ved odds ratio var opplevelsen av at tavlemøter var «nyttig bruk av tid» (odds ratio 8.0, $p < 0.001$), at de opplevde «bedret egen motivasjon» for å utføre pasientsikkerhetsarbeid (odds ratio 7.5, $p < 0.001$) og mente at tavlemøtene hadde bidratt til «bedret pasientsikkerhet» i egen seksjon (odds ratio 4.5, $p = 0.001$). Derimot fant vi ingen signifikant sammenheng med effektivitet i hverdagen eller bedring av motivasjonen i helsepersonellgruppen. Predikert sannsynlighet for korrekte svar i analysen var 83.3%.

Tabell 10. Multivariat analyse av opplevd effektivitet og nytteeffekt.

Effektiv arbeidshverdag	Regresjons koeffisient	Odds ratio	Konfidensiell intervall 95%		Signifikans
Bedret egen motivasjon	0,84	2,31	0,90	5,90	p=0.081
Bedret motivasjon i helsepersonellgruppen	1,33	3,76	1,90	7,47	p<0.001
Bedret pasientsikkerhet	0,95	2,58	1,28	5,18	p=0.008
Representative måleparametre	0,35	1,41	0,65	3,06	p=0.378
Bruker risikotavlen aktivt	0,61	1,83	0,98	3,43	p=0.059
Sykepleierne deltar	0,98	2,66	0,91	7,75	p=0.073
Legene deltar	0,76	2,13	1,07	4,26	p=0.032
Varighet tavlemøter 20 minutter eller kortere	0,13	1,14	0,49	2,64	p=0.765
Tavlemøtet tar ikke lenger tid enn planlagt	0,59	1,81	0,63	5,21	p=0.273
Tavlemøter i mer enn ett år	-0,02	0,98	0,54	1,77	p=0.948
Tavlemøter 3 dager eller mer per uke	-0,49	0,62	0,26	1,46	p=0.269
Evaluering av kost/nytte effekt	0,31	1,36	0,72	2,58	p=0.347
Evaluering tavlemøter	0,07	1,08	0,43	2,67	p=0.872
Nyttig bruk av tid	Regresjons koeffisient	Odds ratio	Konfidensiell intervall 95%		Signifikans
Effektiv arbeidshverdag	4,47	87,25	28,12	270,74	p<0.001
Bedret egen motivasjon	2,07	7,92	2,49	25,15	p<0.001
Bedret motivasjon i helsepersonellgruppen	0,36	1,43	0,62	3,31	p=0.399
Bedret pasientsikkerhet	0,65	1,92	0,84	4,38	p=0.120
Representative måleparametre	1,40	4,07	1,64	10,12	p=0.002
Bruker risikotavlen aktivt	0,63	1,88	0,91	3,86	p=0.088
Sykepleierne deltar	0,38	1,46	0,49	4,31	p=0.497
Legene deltar	0,12	1,13	0,53	2,40	p=0.760
Varighet tavlemøter 20 minutter eller kortere	-0,52	0,59	0,22	1,59	p=0.300
Tavlemøtet tar ikke lenger tid enn planlagt	0,17	1,18	0,43	3,28	p=0.745
Tavlemøter i mer enn ett år	0,17	1,18	0,58	2,42	p=0.647
Tavlemøter 3 dager eller mer per uke	1,07	2,91	0,98	8,62	p=0.054
Evaluering tavlemøter	-0,25	0,78	0,35	1,70	p=0.528
Evaluering av kost/nytte effekt	-0,84	0,43	0,13	1,47	p=0.180
Anbefale andre å starte	Regresjons koeffisient	Odds ratio	Konfidensiell intervall 95%		Signifikans
Nyttig bruk av tid	2,08	7,97	3,18	19,97	p<0.001
Bedret egen motivasjon	2,02	7,51	4,23	13,33	p<0.001
Bedret motivasjon i helsepersonellgruppen	0,51	1,67	0,72	3,87	p=0.235
Bedret pasientsikkerhet	1,49	4,45	1,85	10,69	p=0.001
Effektiv arbeidshverdag	0,33	1,39	0,44	4,39	p=0.573

Tabell 10. Tabellen viser resultatet av tre separate multivariate analyser med de avhengige variablene «Effektiv arbeidshverdag», «Nyttig bruk av tid» og «Anbefale andre å starte». Samtlige av de uavhengige variablene som er inkludert i de respektive analysene er vist.

5 Vurdering

I dette kapittelet vil vi oppsummere og drøfte våre resultater slik de er beskrevet i kapittel 4. Vi tar da først utgangspunkt i våre fire forskningsspørsmål og omtaler resultatene for hvert av disse separat før gjør en sammenlikning av svarene fra lederne versus helsepersonellet (ikke-ledere) og ser nærmere på forskjellene mellom leger og sykepleiere i helsepersonellgruppen. Avslutningsvis vil vi basert på våre resultater komme med forslag til endringer i seksjonenes planlegging og gjennomføring av sine tavlemøter.

5.1 Planlegging og organisering av tavlemøter

Vi fant en høy grad av samsvar mellom svar fra ledere og ikke-ledere på spørsmålet om hvordan seksjonene har planlagt og organisert sine tavlemøter. Dette tyder på at organiseringen var godt kjent også hos helsepersonellet og taler for at våre resultater gir en god beskrivelse av de faktiske forholdene.

5.1.1 Kjennskap til tavlemøter og generell organisering

Tavlemøter var godt etablert i alle våre inkluderte seksjoner og mer enn 70% av dem hadde hatt tavlemøter i mer enn ett år. Et stort flertall hadde valgt et fast tidspunkt for sine møter.

Konseptet med tavlemøter var generelt godt kjent blant helsepersonellet (ikke-lederne). En knapp tidel blant både leger og sykepleiere var imidlertid ikke kjent med at tavlemøter var i bruk ved egen seksjon. Man kan tenke seg at dette kan ha vært nyansatte eller vikarer som ikke var så godt kjent med avdelingens rutiner. I så fall kunne man forvente at dette særlig gjaldt de yngste arbeidstakerne. Våre analyser av krysstabeller og kji-kvadrat test viser imidlertid ingen signifikant forskjell i alder mellom de som hadde kjennskap til avdelingens tavlemøter og de som ikke hadde det ($p=0.80$). Forøvrig har vi ikke data som gjør det mulig å identifisere eventuelle særtrekk som kjennetegner denne gruppen.

5.1.2 Gjennomføringsgrad

Pasientsikkerhetsprogrammets manual for tavlemøter (2015) anbefaler at tavlemøtene avholdes daglig. Flertallet av våre inkluderte seksjoner hadde planlagt å gjennomføre tavlemøter primært på hverdager mens 23% hadde intensjoner om også å ha tavlemøter på helge- og helligdager. Det var en tydelig tendens til at seksjonene med planer om tavlemøter kun på hverdager hadde en høyere gjennomføringsgrad av sine tavlemøter (avsnitt 4.2.1, figur

6). Blant seksjonene med planer om tavlemøter alle dager var det hele 1 av 5 seksjoner som gjennomførte tavlemøter sjeldnere enn en dag per uke, mens tilsvarende andel for seksjonene med planer om tavlemøter kun på hverdager var kun 4%. Forskjellen var ikke statistisk signifikant, men med kun 14 seksjoner i gruppen med planer om tavlemøter alle dager så måtte ulikhetene ha vært betydelige for å kunne oppnå statistisk signifikans. Vi synes fenomenet er interessant og velger derfor likevel å omtale dette nedenfor.

Renolen, Høye med flere (2018) har beskrevet hvordan tidspresset gjør at sykepleierne ved norske medisinske sengeposter stadig må prioritere hardt mellom de ulike arbeidsoppgavene. Det kan være mer utfordrende å gjennomføre tavlemøter på helge- og helligdager hvor bemanningen både når det gjelder sykepleiere og leger er lavere enn i ukedagene. Ved mange sykehus vil det på slike dager kun være vakthavende leger tilstede, eventuelt forsterket med noen få ekstra visittgående leger på de større sykehusene. Legene har da i tillegg til sitt visittansvar også et ansvar for utredning og behandling av alle pasientene som innlegges akutt. Dette skaper utfordringer med samtidskonflikter hvor akutt syke pasienter må få prioritet over mer rutinepregede oppgaver som for eksempel tavlemøter. Waring og Bishop (2010) viste i sin studie at lean prosjekter var lettere å gjennomføre under kontrollerte omstendigheter enn i den uforutsigbare hverdagen, og at det i perioder med stort arbeidspress var en tendens til at helsepersonellet falt tilbake til tidligere praksis. Det er dermed forventet at gjennomføringsgraden på tavlemøter går ned på helge- og helligdager.

Jacobsen og Thorsvik (2016) beskriver hvordan motivasjonen for en handling er et produkt av i hvor stor grad man verdsetter en belønning (valens) og hvor sannsynlig det er at man faktisk oppnår det resultatet som gir belønning ved å utføre denne handlingen (forventning). Belønningen for våre respondenter vil være bedret pasientsikkerhet som følger av deltakelse på tavlemøter. For alle akutt innlagte pasienter på sykehus vil pasientsikkerheten i stor grad være avhengig av at pasientene faktisk blir tilsett, vurdert og behandlet av helsepersonellet, og dette kan ikke erstattes av tavlemøter. Dersom tavlemøtene jevnlig nedprioriteres på dager med redusert bemanning og/eller stort arbeidspress, kan dette tenkes å redusere helsepersonellets forventning til hvor stor betydning tavlemøtene faktisk har for pasientsikkerheten. Konsekvensen vil da kunne bli redusert motivasjon for tavlemøter i sin helhet. Det er derfor mulig at det ville være hensiktsmessig at man ved oppstart av tavlemøter i nye sengeposter først innførte tavlemøter på ukedager, og så utvidet til helligdager når rutinen var vel etablert. Vår studie har ikke statistisk styrke til å si noe om dette fenomenet er reelt, eller kun et tilfeldig funn, men det kan være et aktuelt tema for mer forskning.

5.1.3 Tidsbruk og forsinkelse

I tråd med anbefalingene om at «huddles» bør være kortvarige (Dingley, Daugherty med flere 2008) svarte et stort flertall av lederne og ikke-lederne at tavlemøtene var planlagt å vare i 20 minutter eller kortere. Det var også godt samsvar mellom ledernes opplysninger om den planlagte varigheten av tavlemøtene og estimert faktisk medgått tid til tavlemøter rapportert av helsepersonellet (ikke-lederne). Det generelle inntrykket er dermed at tavlemøtene ved de fleste seksjonene gjennomføres effektivt og er innenfor de planlagte tidsrammene.

Vel en femtedel av helsepersonellet opplevde at tavlemøtene ofte tok lenger tid enn planlagt. Dette forekom hyppigst i seksjoner som i utgangspunktet hadde tavlemøter som var tiltenkt å vare mer enn 20 minutter (signifikant effekt). Ved multivariate analyser kunne vi imidlertid ikke finne noen sikker sammenheng mellom tendensen til at tavlemøtene varte lenger enn planlagt og den opplevde effekten av tavlemøtene på pasientsikkerheten, motivasjonen for å arbeide med pasientsikkerheten eller kost-nytte effektene. Det ser dermed ikke ut til at varigheten av tavlemøtene i seg selv har noen stor innvirkning på hvordan helsepersonellet opplever nytten av dem. Ettersom vi heller ikke kunne påvise noen sammenheng mellom grad av forsinkelse og antallet måleparametre eller pasienter på tavlen, kan det virke som om et mindretall av seksjonene ikke har lyktes i å skape tilstrekkelig struktur omkring sine tavlemøter til at de klarer å overholde den planlagte tidsrammen. Det kan være flere årsaker til dette, for eksempel at man ikke klarer å skjerme tavlemøtet mot forstyrrelser eller utydelig ledelse av tavlemøtene med mangelfull kontroll av deltakernes taletid. Disse forholdene har vi ikke undersøkt i denne studien

5.1.4 Måleparametre i bruk

I Pasientsikkerhetsprogrammet (2015) understrekes det at både risikotavlen og tavlemøtene bør utvikles og planlegges i samarbeid med de som skal delta i tavlemøtet. Våre resultater viser at måleparametrene helt eller delvis var valgt ut lokalt for et stort flertall av seksjonene. Imidlertid var det bare omkring halvparten av helsepersonellet (ikke-lederne) som var kjent med den lokale utvelgelsen mens vel en fjerdedel selv hadde vært involvert i prosessen. Det ser altså ut til at lokal utvelgelse i stor grad betyr at lederne velger måleparametrene og at helsepersonellet i mindre grad inkluderes i denne prosessen. Dermed er det ikke overraskende at et stort flertall av lederne opplevde at måleparametrene på risikotavlen i stor grad var representative for pasientsikkerhetsutfordringene i egen seksjon, mens helsepersonellet opplevde en mindre grad av samsvar mellom måleparametrene og

pasientsikkerhetsutfordringene. Helsepersonellet som selv hadde vært involvert i utvelgelsesprosessen opplevde derimot i tilnærmet like stor grad som lederne (78% versus 85%) at parametrene var relevante.

Vi omtaler i avsnitt 5.2.2 hvordan helsepersonellets opplevelse av at måleparametrene var representative for pasientsikkerhetsutfordringene i egen seksjon hadde signifikant betydning, ikke bare for helsepersonellets oppfatning av tavlemøtenes nytteeffekt i form av bedret pasientsikkerhet og kost-nytte effekten, men også for den rapporterte økningen i egen motivasjon for å utføre pasientsikkerhetsarbeid.

Det var en stor grad av samsvar mellom hvilke måleparametre som var i bruk og Pasientsikkerhetsprogrammets anbefalte fokusområder («I trygge hender 24-7»). De fleste seksjonene hadde med en eller flere parametre for forebygging av fall, trykksår og sykehuservervede infeksjoner, skåringssystemer for å oppdage forverring i klinisk tilstand, bruk av antibiotika og legemiddelsamstemming (se tabell 5) Variasjonen i de valgte måleparametrene var likevel stor og gjenspeiler det store spekteret av fagsspesifikke problemstillinger som er relevante for ulike pasientgrupper i indremedisinske sengeposter. Det er naturlig at en sengepost med hjertesvikt- eller nyresviktpasienter har større fokus på målinger av drikke og diurese enn for eksempel en slagpost hvor andre observasjoner som vurdering av svelgfunksjon og kartlegging av rehabiliteringsbehov er mer relevante. Dette er også et uttrykk for lokal tilpasning av tavlen. Pasientsikkerhetsprogrammets (2015) anbefalinger om kontinuerlig forbedring av risikotavlen ser også ut til å bli etterfulgt da måleparametrene hos hele 75% av seksjonene hadde blitt justert i etterkant av oppstarten med tavlemøter.

5.1.5 Deltakende helsepersonell

I Pasientsikkerhetsprogrammets manual (2015) fremheves det at tavlemøter skal bidra til å skape tverrfaglig dialog. Dette ser ut til å ha hatt høy grad av fokus i det både leger og sykepleiere er tiltenkt å delta på tavlemøtene ved tilnærmet alle de inkluderte seksjonene (93% for legene). Ved halvparten av seksjonene var også annet helsepersonell forventet å delta, men i vår undersøkelse etterspurte vi ikke ytterligere data om denne gruppen.

Det generelle inntrykket hos både ledere og ikke-ledere er at både leger og spesielt sykepleierne i stor grad deltar på tavlemøtene. Imidlertid er det omtrent en femtedel som opplever at sykepleierne helt eller delvis uteblir fra tavlemøtene mens om lag en fjerdedel opplever at

legene kun i liten grad eller aldri deltar. Dermed ser det ut til å være en ikke ubetydelig variasjon i deltakelse mellom de ulike seksjonene. Vi har ikke analysert tallene på seksjonsnivå, men ettersom svarene tyder på at legene deltar i mindre grad enn sykepleierne så er det sannsynlig at en del seksjoner avvikler tavlemøter uten, eller med sporadisk, deltakelse fra legene. Legene er sentrale i behandlingen av pasientene, og selv om sykepleierne kan samhandle også med andre helsepersonellgrupper, så vil tavlemøtenes funksjon som en arena for tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon bli vesentlig svekket hvis legene ikke deltar. Dette vil sannsynligvis også redusere noen av de ønskede effektene på pasientsikkerheten, noe som også poengteres i Deloitte sin rapport (2017) om Pasientsikkerhetsprogrammet. Vi omtaler i avsnitt 5.2.2 i hvilken grad deltakelsen fra henholdsvis leger og sykepleiere påvirket den opplevde nytteeffekten av tavlemøtene.

Vårt tallmateriale baserer seg på subjektive inntrykk og erfaringer og er dermed beheftet med noe usikkerhet. Vi legger også merke til at det er stor diskrepans mellom legenes og sykepleiernes rapporteringer når det gjelder i hvor stor grad legene faktisk deltar ved tavlemøtene. Legene mener selv at de deltar i betydelig større grad enn hva sykepleierne opplever og denne forskjellen er signifikant ($p < 0.001$). Vi har ikke data som kan avklare årsaken til at leger og sykepleiere har så ulike oppfatninger av dette forholdet. Forskjellene mellom leger og sykepleiere omtales videre i avsnitt 5.3.2

5.1.6 Evaluering

Pasientsikkerhetsprogrammet anbefaler en regelmessig evaluering og forbedring av risikotavlen og tavlemøtene («I trygge hender 24-7»). Til tross for dette kunne vi i avsnitt 4.2.4 påvise at det ble foretatt en form for evaluering i mindre enn halvparten av våre inkluderte seksjoner og at kun 17% av helsepersonellet (ikke-lederne) rapporterte at de var kjent med resultatet av slike evalueringer i egen seksjon. Tavlemøter synes altså å være innført i mange seksjoner uten at helsepersonellet gjøres kjent med resultatene. Deloitte fant i sin rapport (2017) at helsepersonellet tenderte til å oppleve Pasientsikkerhetsprogrammets målinger mer som et rapporteringskrav enn et forbedringstiltak. Dette kan ha sammenheng med at helsepersonellet i liten grad blir gjort kjent med eventuelle positive evalueringer. I avsnitt 5.2.2 og 5.2.4 beskriver vi nærmere hvilke sammenhenger vi kunne påvise mellom regelmessige evalueringer, opplevd nytteeffekt av tavlemøter og innvirkning på egen motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid.

5.2 Opplevd effekt av tavlemøter

I dette delkapittelet vil vi drøfte resultatene fra våre forskningsspørsmål II-IV som omhandler hvordan lederne, og spesielt helsepersonellet, mener at tavlemøtene har påvirket (II) pasientsikkerheten i egen seksjon, (III) motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid samt (IV) hvordan de vurderer kost-nytte effekten av tavlemøtene. Vi valgte i kapittel 4 å presentere resultatene tilknyttet hvert av disse tre forskningsspørsmålene separat. Ettersom den opplevde effekten på pasientsikkerhet og motivasjon gjensidig kan påvirke hverandre, og våre resultater i tillegg tyder på at de påvirkes av de samme faktorene, så har vi her valgt å omtale resultatene for disse variablene mer samlet. Først vil vi gi en oversikt over hvilken innvirkning de sosiodemografiske og organisatoriske forholdene har på den opplevde nytteeffekten av tavlemøtene. Deretter gjør vi rede for resultatene vedrørende effekten på pasientsikkerheten før vi diskuterer våre resultater vedrørende endring i egen motivasjon og endring i motivasjonen blant helsepersonellgruppene. Avslutningsvis ser vi nærmere på den opplevde kost-nytte effekten.

5.2.1 Innvirkning av kjønn og alder

Med unntak av at kvinner i litt større grad enn menn rapporterte at de brukte tavlen aktivt i det daglige arbeidet ($p=0.027$), så fant vi ingen signifikante kjønnsforskjeller når det gjaldt den opplevde effekten på pasientsikkerheten (delkapittel 4.3), innvirkningen på motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid (delkapittel 4.4) eller den vurderte kost-nytte effekten av tavlemøtene (delkapittel 4.5). Som omtalt i kapittel 4.1.1 så var det en høy grad av overenstemmelse mellom kjønnsfordelingen i vårt materiale og den statistiske kjønnsfordelingen i den somatiske spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Dette betyr at det også i vår studiepopulasjon var en betydelig overvekt av kvinner, særlig blant sykepleierne. Blant legene var halvparten menn, men samlet utgjorde mennene et lite mindretall på knappe 22% av alt helsepersonellet i vårt utvalg. Vi kan dermed ikke utelukke at det faktisk er kjønnsforskjeller som denne studien ikke klarer å identifisere.

I avsnitt 4.1.1 gjorde vi rede for at utvalgets gjennomsnittsalder kan være noen lavere enn i vår referansepopulasjon som er leger og sykepleiere i medisinske sengeposter i Helse Sør-Øst. Ingen av våre analyser med hensyn til de opplevde effektene av tavlemøter viste noen signifikante forskjeller mellom de ulike aldersgruppene og vi antar derfor at andre faktorer enn alder har større innvirkning.

5.2.2 Organisatoriske forholds betydning for nytteeffekt og motivasjon

Det er nærliggende å tenke seg at de organisatoriske forholdene omkring tavlemøtene kan påvirke ikke bare helsepersonellens opplevde kost-nytte effekter av tavlemøtene, men også ha innvirkning på motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid. Fredrik Herzberg skiller i sin teori om hvordan arbeidsgiver kan fremme en best mulig ytelse i arbeidet mellom de såkalte motivasjons- og hygiene faktorene og hevder at faktorene som fremmer motivasjon og medarbeidertilfredshet er ulike fra faktorene som skaper mistriivsel (Jacobsen og Thorsvik 2016). Motivasjonsfaktorene er knyttet til arbeidsoppgavens karakter og skaper motivasjon og trivsel når de er tilstede, men ikke mistriivsel selv om de er fraværende. Hygiene faktorene derimot, som dreier seg om arbeidsmiljøet og organisatoriske forhold omkring oppgavene som skal løses, skaper mistriivsel dersom de ikke er tilstede, men bedrer ikke motivasjonen dersom de er tilstede. Dersom tavlemøtene oppleves å være dårlig strukturerte eller å ta uforholdsmessig lang tid slik at kost-nytte effekten oppleves å være lav, vil dette etter Herzbergs teori være negative hygiene faktorer som kan skape mistriivsel og frustrasjon. Helsepersonell som pålegges å delta i tavlemøter, uten at de selv synes at tavlemøter er et hensiktsmessig tiltak for å bedre pasientsikkerheten, kan oppleve at Herzbergs motivasjonsfaktorer som autonomi i arbeidet og interessante arbeidsoppgaver i liten grad er tilstede. Slik mangel på motivasjonsfaktorer vil i følge Herzberg ikke skape mistriivsel, men tavlemøtene kan da heller ikke forventes å bidra til å bedre helsepersonellens motivasjon for å utføre pasientsikkerhetsarbeid.

For kartlegge hvilken innvirkning organisatoriske forhold hadde i vår studiepopulasjon når det gjelder den opplevde effekten på pasientsikkerhet, motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid og vurdering av kost-nytte effekter utførte vi multivariate analyser. Resultatene er vist i sin helhet i delkapitlene 4.3, 4.4. og 4.5 og drøftes i de følgende avsnittene.

Representative måleparametre

I avsnitt 5.1.4 omtalte vi hvordan helsepersonellens opplevelse av om måleparametrene på risikotavlen var representative for pasientsikkerhetsutfordringene i deres egen seksjon samvarierte positivt med om helsepersonellet selv hadde vært involvert i utvelgelsen av parametrene. Ettersom selve utvelgelsesprosessen er et organisatorisk forhold velger vi å også omtale opplevd relevans av måleparametrene i dette avsnittet.

Representative måleparametre ser ut til å være den enkeltstående variabelen som vurdert ved odds ratio i størst grad har sammenheng med om helsepersonellet opplever at tavlemøtene har positiv effekt. Det er også den eneste organisatoriske parameteren med signifikant effekt på flere av våre avhengige variabler; «bedret pasientsikkerhet» (odds ratio 5.9, $p < 0.001$), «nyttig bruk av tid» (odds ratio 4.1, $p = 0.002$) og «bedret egen motivasjon» (odds ratio 3.2, $p < 0.001$). Vi fant derimot ingen signifikant sammenheng mellom oppfatningen av at måleparametrene var representative og opplevelsen av en bedret motivasjon i den samlede helsepersonellgruppen ($p = 0.841$). Kim og medarbeidere (2006) fremhever at helsepersonell vanligvis er svært dedikerte til det pasientrettede arbeidet og i følge Young og McClean (2008) vil de oftest verdsette god pasientbehandling og medisinsk kvalitet. Høy kvalitet i pasientbehandlingen inkluderer også en høy grad av pasientsikkerhet. I følge Hackman og Oldham sin motivasjonsmodell (Jacobsen og Thorsvik 2016) er følelsen av å ha meningsfulle arbeidsoppgaver avgjørende for å oppnå en høy motivasjon hos medarbeiderne. Dette støttes også av Herzbergs teori om motivasjonsfaktorer som presiserer at det bare er trekk ved arbeidsoppgavene som kan skape trivsel og motivasjon. Ettersom relevante måleparametre er sentralt for at helsepersonellet skal oppleve tavlemøtene som nyttige verktøy for å bedre pasientsikkerheten i egen seksjon, er det derfor ikke overraskende at relevante måleparametre også har stor betydning for helsepersonellens egen motivasjon.

Regelmessige tavlemøter

Regelmessig avvikling av tavlemøter, definert som 3 eller flere dager per uke i gjennomsnitt, ser ut til å være av betydning for helsepersonellens opplevelse av at tavlemøtene har en positiv innvirkning på den samlede motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid i egen sengepost (odds ratio 3.1, $p = 0.037$). Dette kan ha sammenheng med tavlemøtenes funksjon som en tverrfaglig samarbeidsarena. Hypotesen er da at når leger og sykepleiere får et fast møtepunkt med avsatt tid til å fokusere på pasientrisiko opplever de samtidig at det har blitt et øket fokus på pasientsikkerhet i avdelingen.

Dersom tavlemøtene skal ha en reell innvirkning på de daglige rutinene i avdelingen er det rimelig å anta at det er av betydning at de gjennomføres med en viss grad av hyppighet. Ved krysstabell analyser med kji-kvadrat test fant vi da også en statistisk signifikant sammenheng mellom regelmessig avholdte tavlemøter og opplevelsen av at pasientsikkerheten hadde bedret seg. Ved multivariat analyse var imidlertid ikke lenger denne sammenhengen signifikant og det så ut til at andre faktorer hadde større betydning (se avsnitt 4.3.3). Vi kunne heller ikke

finne at regelmessige tavlemøter hadde noen sikker assosiasjon med opplevd bedring i egen motivasjon.

Øvrige organisatoriske parametre

Utover relevante måleparametre og regelmessig gjennomføring av tavlemøter kunne vi ikke påvise at organisatorisk forhold i vesentlig grad påvirket den opplevde effekten av tavlemøtene for helsepersonellet (ikke-lederne). Man kan tenke seg at det tar noe tid fra en seksjon har startet med tavlemøter til rutinen har satt seg før helsepersonellet opplever positive effekter. Imidlertid kunne vi ikke påvise noen signifikante forskjeller i den opplevde effekten mellom seksjoner som hadde hatt tavlemøter i bruk i mer enn ett år og de som nylig hadde startet.

Deltakelse fra helsepersonellet

Vi ville forvente at en høy grad av deltakelse fra både leger og sykepleiere ved tavlemøtene ville bedre det tverrfaglige samarbeidet i seksjonen, og dermed også ha en positiv innvirkning på pasientsikkerheten og motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid. I avsnitt 4.5.3 påviste vi at stor grad av deltakelse fra legene var signifikant assosiert med opplevelsen av at tavlemøtene bidro til en mer effektiv arbeidshverdag (odds ratio 2.1, $p=0.032$). Tilsvarende fant vi at en høy grad av deltakelse fra sykepleierne hadde en relativt høy odds ratio for den opplevde effekten på effektiviteten, men denne sammenhengen var ikke statistisk signifikant (odds ratio 2.7, $p=0.073$). Samlet kan funnet tyde på at tavlemøtene har en funksjon som en samarbeidsarena og et møtepunkt for avklaring mellom profesjonene utenom previsitt²³ og visitt. Utover dette kunne vi ikke påvise at graden av deltakelse fra leger eller sykepleiere hadde noen signifikant sammenheng på den opplevde nytteeffekten av tavlemøtene.

Evaluering

I følge Hackman og Oldham sin motivasjonsteori (Jacobsen og Thorsvik 2016) fremmer det motivasjon om ansatte får mulighet til å evaluere sin egen innsats. Det er derfor viktig å ha systemer for å gi tilbakemelding til medarbeiderne. Kunnskap om positive resultater av tavlemøtene vil bidra til at helsepersonellet opplever tavlemøtene som en meningsfull arbeidsoppgave, hvilket igjen altså forventes å ha en gunstig effekt på motivasjonen. Vi kunne da også i avsnitt 4.4.3 vise en signifikant sammenheng mellom evalueringer av tavlemøter og en opplevd bedring i egen motivasjon for å utføre pasientsikkerhetsarbeid (odds ratio 2.2, $p=0.018$). Derimot kunne vi ikke påvise noen sikker sammenheng mellom gjennomførte

²³ Previsitt: Tverrfaglig møte hvor leger og sykepleiere sammen går i gjennom utrednings- og behandlingsplan for hver enkelt pasient før selve legevissiten.

evalueringer og opplevelsen av en bedret pasientsikkerhet i egen avdeling ($p=0.077$) eller motivasjon i den samlede helsepersonellgruppen ($p=0.849$). Dette kan ha sammenheng med at kun 17% av helsepersonellet hadde blitt presentert for resultatene av slik evaluering. Inntrykket av om tavlemøtene hadde bedret pasientsikkerheten i egen seksjon var dermed for flertallet av helsepersonellet nødvendigvis basert på andre faktorer ettersom de faktiske effektene av tavlemøtene var kjent for kun et lite mindretall (se avsnitt 5.1.6). Få observasjoner gjør det vanskelig å påvise signifikante sammenhenger.

5.2.3 Pasientsikkerhet

I innledningen i delkapittel 4.3 beskrev vi hvorfor vi i denne studien i stedet for å måle den faktiske endringen i pasientsikkerheten ved å følge utvalgte risikoparametre i våre inkluderte seksjoner over tid, valgte å fokusere på lederne og ikke-ledernes opplevelse av endring i pasientsikkerheten. Den subjektive opplevelsen av tavlemøtenes effekt på pasientsikkerheten, og hvordan dette igjen påvirker motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid, gir også en annen dimensjon som kan være nyttig dersom man ønsker å starte opp med tavlemøter i egen sengepost eller forbedre funksjonaliteten i seksjoner som enda ikke har klart å hente ut tavlemøtenes fulle potensiale.

Tidligere har vi omtalt at D'Andreamatteo og medarbeidere (2015) i sin litteraturstudie fant at lean prosjekter hadde en gunstig effekt på pasientsikkerheten. Tavlemøter ved risikotavler blir i Pasientsikkerhetsprogrammet også fremhevet som et verktøy for å bedre pasientsikkerheten i egen avdeling (www.pasientsikkerhetsprogrammet.no). Vi spurte derfor helsepersonell og ledere om i hvor stor grad de opplevde at pasientsikkerheten i egen avdeling hadde bedret seg etter oppstarten med tavlemøter. Detaljer i svarene er beskrevet i avsnitt 4.3.1. Lederne var signifikant mer positive enn ikke-lederne, men både blant lederne og ikke-lederne var det et flertall som mente at pasientsikkerheten i egen avdeling var blitt bedre (85% versus 60%, $p=0.007$). Tiltaket ser således ut til å ha hatt ønsket effekt. De fleste mente imidlertid at effekten var moderat (i noe grad), og bildet nyanseres når vi ser at det var et mindretall i begge gruppene som mente at tavlemøtene hadde hatt en stor innvirkning (i stor grad, i svært stor grad) på pasientsikkerheten (43% av lederne versus 25% av ikke-lederne). Særlig for helsepersonellet er altså andelen som opplever at tavlemøter har hatt en vesentlig effekt på pasientsikkerheten beskjeden.

Hovedfokuset i denne studien var å undersøke hvilke faktorer som påvirker helsepersonellens oppfatning av tavlemøter og lederne fikk derfor flere spørsmål om organiseringen og færre spørsmål omkring den opplevde nytteeffekten enn ikke-lederne. På generelt grunnlag kan vi anta at lederne og helsepersonellens oppfatninger i hvert fall delvis blir påvirket av de samme faktorene, men vi har ikke data som kan belyse dette i detalj. Vi drøfter forskjellene i oppfatning mellom ledere og ikke-ledere videre i avsnitt 5.3.1.

I avsnitt 4.3.3 presenterte vi en multivariat analyse av hvilke faktorer som bidrar til å forklare variasjonen i helsepersonellens (ikke-ledernes) vurdering av om tavlemøtene har bedret pasientsikkerheten. Vi fant at både «bedret motivasjon i helsepersonellgruppen» (odds ratio 11.2) og «bedret egen motivasjon» (odds ratio 4.6) signifikant påvirket oppfatningen av i hvilken grad pasientsikkerheten var bedret. Helsepersonellet synes altså å være oppmerksomme på betydningen av at de ansatte er motiverte til endring dersom man skal lykkes med et forbedringsarbeid. Vi omtalte sammenhengen mellom motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid og opplevelsen av bedret pasientsikkerhet kort i avsnitt 5.2.2 og utdyper dette videre i avsnitt 5.2.4.

Ellers fant vi at et positivt inntrykk av at måleparametrene er representative og at helsepersonellet selv brukte tavlen aktivt i det daglige arbeidet var assosiert med den opplevde bedringen i pasientsikkerheten. Tavlen oppleves altså å bidra positivt til pasientsikkerheten når det er en direkte kobling mellom registreringene som gjøres og de pasientsikkerhetsutfordringene helsepersonellet selv ser i hverdagen. Vi fant også en sammenheng mellom opplevelsen av at tavlemøtene bidrar til en effektiv arbeidshverdag og opplevd bedring i pasientsikkerheten. Hvorvidt helsepersonellet opplever at selve pasientsikkerhetsarbeidet blir mer effektivt ved at tavlemøtene setter det i fokus, eller om tavlemøtene bidrar til at nødvendige oppgaver løses mer effektivt slik at det frigjøres tid til pasientrettet arbeid er uvisst. En annen mulig forklaring er at respondenter som tror at tavlemøtene har positiv innvirkning på pasientsikkerheten også er mer positive til tavlemøtenes potensielle effekter på andre områder.

Sykepleierne hadde større tillit til at tavlemøtene hadde hatt en vesentlig effekt på pasientsikkerheten enn legene ($p < 0.001$). Forskjellene i oppfatninger mellom leger og sykepleiere blant ikke-lederne vil bli drøftet samlet i avsnitt 5.3.2.

5.2.4 Motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid

Vi har i tidligere avsnitt beskrevet at for å oppnå lean målsettingen om kontinuerlig forbedring så er det essensielt med motiverte medarbeidere som opplever eierskap til forbedringsprosessen. I avsnitt 4.3.3 viste vi også at den sterkeste prediktoren målt ved odds ratio for at helsepersonellets opplevelse av bedret pasientsikkerhet er at de samtidig opplever at helsepersonellets motivasjon for å utføre pasientsikkerhetsarbeid har økt.

Ulikheter mellom personellgrupper

Vi viste i avsnitt 4.4.1 at det var signifikant forskjell i oppfatningen om hvilken effekt tavlemøtene hadde hatt på motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid både mellom lederne og helsepersonellet og mellom legene og sykepleierne blant ikke-lederne.

Oppsummert ser det ut til at ledernes entusiasme for tavlemøtene og tro på at de har en positive effekt på motivasjonen hos helsepersonellet er stor, men at man ikke har klart å vekke entusiasmen i samme grad hos helsepersonellet. Lederne har en tydelig oppfatning om at helsepersonellet, da spesielt sykepleierne, er blitt mer motiverte enn sykepleierne rapporterer selv. Tavlemøtene ser likevel ut til å ha bidratt til å øke motivasjonen hos sykepleierne og flertallet angir noe eller stor effekt på sin egen motivasjon. Det ser derimot ut til at tavlemøtene i mindre grad har lyktes i å motivere legene, selv om omkring halvparten angir noe bedring i egen motivasjon. En liten andel av legene (14.8%) oppgir imidlertid at deres egen motivasjon har bedret seg i betydelig grad etter oppstarten av tavlemøter. Dette er i overensstemmelse med Deloittes rapport om Pasientsikkerhetsprogrammet (2017) som også fant at det var utfordrende å engasjere legene, men de legene som var involverte ble oppfattet å være engasjerte. Det er godt samsvar mellom svarene fra lederne og legene selv på spørsmålene om hvordan motivasjonen i legegruppen har endret seg. Dette tyder på at lederne har erkjent at man i liten grad har lyktes i å engasjere legene, men at lederne likevel ikke har maktet å gjøre noe med det. Vi vil drøfte forskjellen mellom ledere og helsepersonell og mellom leger og sykepleiere blant ikke-lederne nærmere i delkapittel 5.3

Oppfatningen av hvilken effekt tavlemøtene har hatt på andres motivasjon kan lett bli farget av de forventningene den enkelte respondent hadde i utgangspunktet, og det kan være en vanskelig vurdering når det ikke foreligger objektive måledata å støtte seg på. Det kan også være ulike faktorer som legges til grunn når man skal vurdere andres motivasjon enn når man skal vurdere sin egen. Vi antar derfor at den enkeltes angivelse av hvordan deres egen motivasjon har endret

seg gir det beste estimatet på hvordan tavlemøtene faktisk påvirker helsepersonells motivasjon for å utføre pasientsikkerhetsarbeid. Det er interessant å merke seg at både legene og sykepleierne som gruppe rapporterte at tavlemøtene hadde hatt større positiv innvirkning på deres egen motivasjon enn den effekten de opplevde på motivasjonen samlet i sin egen profesjonsgruppe. Denne forskjellen var signifikant for begge helsepersonellgruppene ($p < 0.001$). Våre funn tyder på at ikke-lederne jevnt over vurderer at kollegaene i litt mindre grad enn dem selv har blitt motivert av tavlemøtene. Hvorvidt dette er reelt eller om oppfatningene om kollegaenes motivasjon for eksempel farges av enkelte sterke røster med negativt syn på tavlemøter er uvisst, og vi har ikke data som kan belyse dette.

Faktorer som påvirker endring i motivasjon

Vi viste i avsnitt 4.4.2 at det vurdert ved odds ratio var en signifikant og gjensidig sterk sammenheng mellom den opplevde bedringen av egen motivasjon og den opplevde bedringen av motivasjonen i den samlede helsepersonellgruppen (odds ratio 10.2-11.1). Dette er ikke overraskende da vi forventer at helsepersonell som gruppe i stor grad vil bli motiverte av de samme faktorene. Dessuten vil en bedret motivasjon i gruppen som helhet forventes å påvirke også motivasjonen til det enkelte individet i positiv retning. I tillegg vil vi anta at helsepersonell som selv opplever en bedring i sin egen motivasjon vil gå ut i fra at annet helsepersonell blir påvirket på en tilsvarende måte.

Av de øvrige signifikante forklaringsvariablene var det «bedret pasientsikkerhet» som vurdert ved odds ratio i størst grad var assosiert med bedring i motivasjonen. Odds ratio var høyest når det gjaldt bedring av motivasjon i den samlede helsepersonellgruppen (odds ratio 10.4), men også for bedring i egen motivasjon (odds ratio 4.0) var det en sterk sammenheng. Vi viste i avsnitt 5.2.3 at den viktigste prediktoren for om ikke-lederne mente at tavlemøtene hadde hatt gunstig effekt på pasientsikkerheten var at det hadde tilkommet en vesentlig bedring i motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid. Motivasjonen for å utøve pasientsikkerhetsarbeid og inntrykket av at tavlemøtene har god effekt på pasientsikkerheten i egen seksjon ser altså ut til å gjensidig forsterke hverandre.

Vi har tidligere nevnt Hackman og Oldham sin motivasjonsmodell som beskriver tre sentrale psykologiske faktorer for å fremme motivasjon i arbeidet; nemlig følelsen av å ha meningsfulle oppgaver, kunnskap om de oppnådde resultatene og personlig ansvar for arbeidsoppgavene (Jacobsen og Thorsvik 2016). I avsnitt 5.2.2 argumenterte vi for at helsepersonell forventes å oppleve tiltak som forbedrer pasientsikkerheten som meningsfulle arbeidsoppgaver (Kim, 76

Sahlinger med flere 2006, Young og McClean 2008). En forutsetning for at tavlemøtene skal oppfattes som hensiktsmessige verktøy for å bedre pasientsikkerheten er at målingene og registreringene oppleves å ha direkte innvirkning på de lokale pasientsikkerhetsutfordringene. Vi viste da også i avsnitt 4.3.3 og 5.2.2 at det er en statistisk signifikant sammenheng i vårt materiale mellom oppfatningen av representative måleparametre og inntrykket av tavlemøtenes effekt på pasientsikkerheten. Det er derfor ikke overraskende at vi også finner at relevante måleparametre har en signifikant sammenheng med tavlemøtenes effekt på helsepersonellens egen motivasjon.

Hackman og Oldhams andre motivasjonsfaktor er kjennskap til resultatene av arbeidsoppgavene. I dette tilfellet vil det innebære en form for evaluering av tavlemøtenes effekt på pasientsikkerheten og formidling av resultatene tilbake til helsepersonellet. Den positive sammenheng mellom motivasjon og evaluering i vårt materiale ble omtalt i mer detalj i avsnitt 5.2.2. Tavlemøter foran pasienttavler er ansett å være nyttige spesielt fordi de samler behandlingsteamet og skaper en arena for tverrfaglig interaksjon og enhetlig forståelse (Safeek og Padaco 2010). Helsepersonellet som deltar i seksjonens tavlemøter har direkte behandlingsansvar for pasientene som blir gjennomgått, og vil derfor bli aktivt involvert i arbeidet med å bedre de ulike måleparametrene for sine pasienter. Dette vil bidra til opplevelsen av at de selv har et personlig ansvar for resultatene. Alle Hackman og Oldhams tre motivasjonsfaktorer ser dermed ut til å være gyldige for helsepersonellet i vår studiepopulasjon.

Når det gjelder koblingen mellom motivasjon og effektivitet i hverdagen og aktiv bruk av tavlen vil vi anta at begge faktorene er knyttet til at tavlemøtene oppleves som en meningsfull oppgave som fremmer motivasjonen.

5.2.5 Kost-nytte effekt

Helsepersonellens (ikke-ledernes) og ledernes opplevde kost-nytte effekter av tavlemøtene ble forsøkt oppsummert ved spørsmålet om respondentene ville anbefale andre seksjoner å innføre tavlemøter. Det fremgår av avsnitt 4.5.1 at et stort flertall av lederne ville anbefale tavlemøter, mens det samme gjaldt for færre enn halvparten av ikke-lederne. Her var det ingen signifikant forskjell mellom leger og sykepleiere. Faktorer som økte sannsynligheten for at helsepersonellet ville anbefale andre å ta i bruk tavlemøter var oppfatningen om at tavlemøtene

var nyttige, samt at de hadde en positiv innvirkning på pasientsikkerheten og på egen motivasjon.

Vi finner altså at etter en helhetsvurdering, hvor både fordeler og ulemper er tatt med i betraktning, at det et mindretall av helsepersonellet som opplever at nytteeffekten ved tavlemøtene oppveier kostnaden i tidsforbruk. Resultatet antyder at det fortsatt er mange seksjoner som ikke har funnet en optimal form på sine tavlemøter. Det er bemerkelsesverdig at en så stor del av lederne vurderer dette annerledes og man kan spekulere i om lederne sitter på kunnskap om positive effekter som de ikke har klart å formidle videre til helsepersonellet, eller om ikke er godt nok kjent med hvordan helsepersonellet opplever tavlemøtenes nytteeffekt, eller mangel på sådan.

For å få frem noen flere nyanser om hvordan helsepersonellet opplevde kost-nytte effekten av tavlemøtene fikk de noen flere spørsmål om temaet enn lederne. Svarene her underbygger også inntrykket om at et flertall av helsepersonellet ikke opplever en positiv kost-nytte effekt av tavlemøtene (se delkapittel 4.5. for detaljer).

5.3 Ulikheter mellom personellgrupper

Vi har i de foregående delkapitlene drøftet våre resultater vedrørende de organisatoriske forholdene omkring tavlemøtene, den opplevde effekten av tavlemøter på pasientsikkerheten og motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid samt kost-nytte effekter av tavlemøtene. Gjennomgående finner vi at det er forskjeller i oppfatning, ikke bare mellom ledere- og ikke-ledere men også mellom leger og sykepleiere. I dette delkapittelet vil vi derfor gi en mer helhetlig oversikt over forskjellene mellom de ulike personell- og profesjonsgruppene og drøfte mulige årsaker til og konsekvenser av disse forskjellene.

5.3.1 Ledere versus helsepersonell

Vi omtalte i kapittel 4.2 den praktiske organiseringen av tavlemøtene i våre inkluderte sengeposter og viste at helsepersonellet i all hovedsak fremstår som godt orienterte og samstemte med lederne i deres beskrivelse av praksis. To organisatoriske variabler utpekte seg imidlertid ved at lederne svarte signifikant mer positivt enn ikke-lederne, nemlig representative måleparametre og kjennskap til evaluering av tavlemøtene. Disse to variablene ser ut til å være nøkkelvariabler ettersom de samtidig er de eneste organisatoriske parametrene som samvarierer positivt med helsepersonelllets egen motivasjon. Ved oppstart og planlegging av

tavlemøter vil det dermed sannsynligvis være av verdi for både engasjement og motivasjon å inkludere helsepersonellet i valget av måleparametre for å sikre at de oppleves som representative og relevante. Det bør også helt fra starten legges en plan for å registrere resultatene av tavlemøtene og fortløpende presentere disse for helsepersonellet. De øvrige organisatoriske parametrene ser ut til å ha mindre betydning for den opplevde effekten på pasientsikkerheten og motivasjonen. Planleggingen av disse trenger dermed ikke nødvendigvis i så stor grad å involvere helsepersonellet.

Når det gjelder våre resultatvariabler som måler den opplevde effekten av tavlemøter («bedret pasientsikkerhet», «bedret egen motivasjon», «bedret motivasjon i helsepersonellgruppen») er mønsteret annerledes enn hva vi finner for de organisatoriske resultatvariablene. Lederne var her signifikant mer positive ($p < 0.001$) enn ikke-lederne for alle de tre variablene. Andelen ledere som mente det hadde tilkommet en betydelig grad av bedring (i stor grad, i svært stor grad) var for alle variablene minst 50% høyere enn for ikke-lederne.

Forskjellen som er identifisert mellom lederne og ikke-lederne er vesentlig og dette er interessant av minst to forskjellige årsaker: For det første fremgår det av våre resultater at det blir utført regelmessig evaluering av tavlemøtenes effekt hos færre enn halvparten av lederne. Med andre ord foreligger det sparsomt med objektive data og flertallet har ingen oversikt over om tavlemøtene virker etter hensikten. Vi vet altså ikke om det er lederne eller ikke-lederne sin oppfatning om tavlemøtenes effekt på pasientsikkerheten og motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid som best samsvarer med de sanne effektene. For det andre er det interessant i seg selv at forskjellen mellom gruppene er så uttalte. Svarene i denne studien er i stor grad basert på deltakernes subjektive oppfatning og det kan foreligge flere feilkilder som vi ikke har oversikt over. Imidlertid er disse funnene konsistente og signifikante for alle våre resultatvariabler.

Hovedfokuset i denne studien var først og fremst å undersøke hvilke faktorer som påvirker helsepersonellens oppfatning om tavlemøter. Lederne fikk dermed flere spørsmål om organisering og færre spørsmål om den opplevde nytteeffekten enn ikke-lederne. Antallet inkluderte ledere er også betraktelig færre enn antallet ikke-ledere i vår studie. Vi har valgt å avstå fra å gjøre supplerende multivariate analyser når det gjelder hvilke faktorer som påvirker ledernes opplevde nytteeffekt og deres motivasjon da vi forventet å ikke kunne påvise noen signifikante forskjeller.

På generelt grunnlag kan vi imidlertid anta at lederne og helsepersonellens oppfatninger og motivasjon, i hvert fall delvis, vil bli påvirket av de samme faktorene, men vi har ikke data som kan belyse dette. Denne studien kan dermed heller ikke gi noen direkte årsaksforklaring på lederne entusiasme i forhold til tavlemøter og deres oppfatning av nytteeffektene. En mulig forklaring er at lederne i større grad er informert om, og involvert i, prosessen med forbedringsarbeidet og dermed i større grad også er blitt eksponert både for visjoner og eksisterende dokumentasjon, slik at de i utgangspunktet hadde høyere positive forventninger enn ikke-lederne. Deloitte (2017) viste også i sin rapport fra Pasientsikkerhetsprogrammet at programmet generelt var godt forankret hos ledelsen i spesialisthelsetjenesten.

Det kan i seg selv være et problem at helsepersonellet jevnt over hadde mye mindre tiltro til tavlemøtenes positive effekter enn hva lederne hadde. Når ikke-lederne da i tillegg rapporterte om en mindre grad av positiv effekt på egen motivasjon, så kan det bidra til et lavere engasjement og dermed begrense seksjonenes potensiale for å bedre pasient-sikkerheten. Dette synet støttes også av Holden og medarbeidere (2015) som hevder at suksess ved implementering av lean eller lean verktøy avhenger av aksept og positiv oppfatning hos det utøvende helsepersonellet.

Hva kan så tenkes å være årsaken til denne store forskjellen i oppfatningen mellom ledere og ikke-ledere? I avsnitt 1.4.1 omtalte vi lean filosofiens femte prinsipp som er å skape en lærende organisasjon og en kultur for kontinuerlig forbedring. Collar (2012) presiserer at både lederne og helsepersonellet må engasjeres i lean prosessen for å skape meningsfulle og varige endringer. Lederne har dermed en viktig oppgave. I følge Poksinska (2010) og Holden (2011) er en tydelig ledelse med støtte på alle ledernivåer, interesse for resultatene og tilstrekkelig ressurstilgang avgjørende for å lykkes med lean prosjekter. En norsk studie bekrefter at dette også gjelder i medisinske sengeposter hvor anerkjennelse fra lederen ikke bare var etterlengtet, men også en avgjørende faktor for å motivere sykepleierne til å drive med forbedringsarbeid (Renolen, Høye med flere 2018). I evalueringsrapporten fra Pasientsikkerhetsprogrammet (Deloitte 2017) poengteres det dessuten at kulturendring tar tid og krever ledere som både kan veilede, motivere og løfte frem gode eksempler.

Albert og medarbeidere (2013) understreker imidlertid at lederens oppgave ikke er å detaljstyre prosessen, men å tilrettelegge slik at forbedringen kan komme fra teamet selv. Forfatterne hevder også at den beste måten å skape et engasjement i en personellgruppe er å gi dem mulighet til å samles om et felles oppdrag og gi dem tillit innenfor et felles rammeverk.

Tilsvarende påpeker Poksinska (2010) at det er helt avgjørende å involvere hele personellgruppen dersom man skal lykkes med en forbedringsprosess. Helsepersonellet må føle eierskap til og være de primære driverne av forbedringsprosessen. Ved å flytte myndighet fra lederne til kunnskapsmedarbeiderne vil man kunne oppnå økt innovasjon og at den enkelte medarbeider tar større grad av ansvar (Albert, Malloch med flere 2013). Dette er i overensstemmelse med rådene fra Pasientsikkerhetsprogrammet (2015) hvor det heter at de som skal delta bør være involvert i avgjørelsen om å teste og innføre tavlemøter. Vellykket implementering oppnås erfaringsmessig der man lykkes i å skape en tverrfaglig arena som de ansatte opplever som verdifull.

Vi har i vår studie kun inkludert et par variabler som sier noe om i hvilken grad helsepersonellet (ikke-lederne) har vært involvert i planlegging og oppfølging av tavlmøtene, nemlig utvelgelse av måleparametre og kjennskap til resultatene fra evaluering av tavlemøter. Svarene her indikerer relativt lav grad av medarbeiderinvolvering (se avsnitt 4.2.2 og 4.2.4) ved våre inkluderte sengeposter. Det synes således som om man kun delvis har lyktes i å gi helsepersonellet det anbefalte eierskapet til tavlemøtene.

5.3.2 Leger og sykepleiere

Analysene i kapittel 4 viser at det ikke bare er til dels er store forskjeller i oppfatningene mellom lederne og helsepersonellet, men at det også er vesentlige ulikheter mellom leger og sykepleiere blant ikke-lederne. I dette delkapittelet vil vi fokusere på disse profesjonsforskjellene.

Hvilke ulikheter finner vi mellom leger og sykepleiere?

Selv om leger og sykepleier i utgangspunktet var tiltenkt å delta i tavlemøtene ved tilnærmet alle seksjonene i utvalget, så hadde både ledere og ikke-ledere et inntrykk av at det var en betydelig grad av forskjell i den faktiske deltakelsen ved at sykepleierne deltok i vesentlig større grad enn legene (se avsnitt 4.2.3 og 5.2.5). Lederne og sykepleierne (ikke-ledere) var her godt samstemte i sine svar. Legene derimot mente selv at de deltok ved tavlemøtene i betydelig større grad enn hva lederne og sykepleierne rapporterte. Forskjellen i oppfatningene mellom legene og de øvrige gruppene var signifikante (detaljene er vist i avsnitt 4.2.3). Spesielt interessant er det at andelen sykepleiere som oppga at legene deltok i liten grad var mer enn tre ganger så høy som andelen leger som rapporterte det samme. Ettersom svarene var basert på et inntrykk, og ikke på konkrete registreringer, er det vanskelig å vite hva som er den reelle

deltakelsen. Vi vet dermed ikke hvorvidt det er legene som overvurderer sin deltakelse eller lederne og sykepleierne (ikke-lederne) som undervurderer den.

Hypotetisk kan man tenke seg at lav deltakelse av leger på tavlemøtene kan gå ut over både den opplevde nytteeffekten og motivasjonen blant annet helsepersonell ettersom tavle-møtenes funksjon som en tverrfaglig arena da blir svekket. Vi fant da også at det isolert sett var en assosiasjon mellom inntrykket av bedret pasientsikkerhet i egen avdeling og legedeltakelsen ved tavlemøtene, men denne sammenhengen forble ikke signifikant ved en multivariat analyse hvor andre variable så ut til å ha større betydning. Den eneste signifikante sammenhengen vi kunne finne var at en høy grad av deltakelse fra legene på tavlemøtene økte effektiviteten i arbeidshverdagen (se avsnitt 5.2.2). Som beskrevet i avsnitt 5.2.4 fant vi at økt effektivitet i arbeidshverdagen hadde en signifikant sammenheng både med en opplevd bedring i pasientsikkerheten og motivasjonen i den samlede personellgruppen. Det kan derfor likevel tenkes at det er en sammenheng mellom effekt av tavlemøter og grad av deltakelse fra leger og sykepleiere, men at denne studien ikke har statistisk styrke til å vise dette.

Kun et mindretall av legene og sykepleiere hadde vært involvert i utvelgelsen av måleparametrene og det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene (se detaljer i avsnitt 4.2.2 og 5.1.4). Legene var som gruppe dårligere informert enn sykepleierne både om hvorvidt det ble utført evaluering av tavlemøtene og om hvordan måleparametrene hadde blitt plukket ut. De opplevde også i signifikant mindre grad enn sykepleierne at måleparametrene var representative i forhold til de lokale pasientsikkerhetsutfordringene. Samlet tolkes dette som at legene i mindre grad enn sykepleierne hadde vært involvert i planleggingen og oppfølgingen av tavlemøtene i egen seksjon. Vi omtalt i avsnitt 5.2.2 hvordan spesielt opplevelsen av representative måleparametre har betydning for inntrykket av tavlemøtenes effekt på pasientsikkerhet og motivasjon. Tatt i betraktning disse funnene så er det ikke overraskende at vi finner at legene var mer negative enn både lederne og sykepleierne blant ikke-lederne når det gjaldt den opplevde nytteeffekten av tavlemøtene.

Mens nesten halvparten av sykepleierne svarte at de brukte tavlen aktivt i det daglige arbeidet var det bare en femtedel av legene som svarte det samme ($p < 0.001$). Knappe 14% av legene mente at tavlemøtene hadde hatt en vesentlig effekt på pasientsikkerheten i egen seksjon og 19% mente at tavlemøtene hadde påvirket motivasjonen blant helsepersonellet i betydelig grad. Verken legene eller sykepleierne hadde særlig tro på at tavlemøtene hadde påvirket legenes motivasjon i positiv forstand, men også her var legene mest skeptiske. Det var kun et lite

mindretall (13%) som mente at motivasjonen i legegruppen hadde bedret seg i stor grad. En litt høyere andel av legene (19%) rapporterte at tavlemøtene hadde hatt gunstig effekt på deres egen motivasjon, men tavlemøtenes effekt på sykepleiernes egen motivasjon var klart større (36%) og forskjellen var signifikant.

Oppsummert viser altså våre resultater at legene deltar ved tavlemøtene i mindre grad enn sykepleierne, de opplever i mindre grad at måleparametrene er relevante og de er dårligere orientert om planleggingen og oppfølgingen av tavlemøtene. I tillegg opplever de mindre nytteeffekt av tavlemøtene og oppgir kun i liten grad at deres egen motivasjonen har bedret seg. Sykepleierne har generelt bedre tiltro til tavlemøtenes positive effekt, inkludert synet på legenes motivasjon, men de opplever legenes deltakelse på tavlemøtene som klart dårligere enn hva legene gir uttrykk for.

Tilsvarende forskjeller mellom leger og sykepleiere er også påvist i tidligere studier av lean prosjekter. En svensk studie fra 2015 (Holden, Eriksson med flere) viste at sykepleierne på tvers av sykehus hadde en mer positiv oppfatning av lean i egen avdeling enn legene, mens D'Andreamatteo (2015) fant at blant klinikere var det først og fremst sykepleierne som var proaktive i å eksperimentere med lean prosjekter. Tilsvarende beskrives det i devalueringssrapporten fra Pasientsikkerhetsprogrammet (Deloitte 2017) at innsatsområdene var mest rettet mot sykepleierne og at programmet var bedre forankret hos sykepleierne enn hos legene.

Hva kan være forklaringen til ulikhetene mellom profesjonene?

Torabi (2018) hevder at legers motforestillinger mot lean og lean verktøy kan skyldes frykt for at kvaliteten i pasientbehandlingen skal bli nedprioritert til fordel for andre hensyn som for eksempel effektivitet. Oversikten over hvilke måleparametre som er i bruk (se avsnitt 4.2.2) viser at i prinsippet er det kun en av parametrene som er i utbredt bruk som kan klassifiseres som en effektiviseringsparameter, nemlig «estimert utreisedato» som inngår på risikotavlene til 44% av seksjonene. De øvrige måleparametrene som er anvendt fokuserer mer på pasientsikkerheten eller andre administrative handlinger som ikke direkte kan knyttes til effektivitet. Denne forklaringsmodellen passer dermed ikke så godt for tavlemøtene i våre medisinske sengeposter og vi må se etter andre forklaringer.

Vi har ovenfor beskrevet hvordan anslagene om legenes faktiske deltakelse i tavlemøtene spriker mellom profesjonsgruppene, men flertallet i alle gruppene rapporterte at legene deltok

i stor grad. Hvordan kan det da forklares at legene likevel fremstår som lite motiverte og opplever en relativt liten nytteeffekt av tavlemøtene? Waring og Bishop (2010) viste i sin studie fra et britisk sykehusmiljø at helsepersonell som ikke var direkte involvert i planleggingen og innføringen av et lean prosjekt tenderte til å innta en tvetydig rolle. Klinikerne viste velvilje til nye rutiner, men rutinen ble likevel kun delvis og overfladisk implementert. For eksempel kunne preoperative sjekklister bli fullført først under eller etter operasjonen. Tilsvarende ser vi altså at legene deltar i tavlemøtene, men da uten å være dypt engasjerte eller å ha særlig tiltro til nytteeffekten. Tavlemøtene har i all hovedsak blitt innført i norske sengeposter som en del av Pasientsikkerhetsprogrammet. Deltakelsen i selve programmet har vært initiert etter påtrykk fra overordnet ledelse, mens planleggingen og iverksettelsen lokalt oftest har involvert sykepleielederne på sengepost. Vi har i denne studien ikke undersøkt i hvor stor grad legelederne (seksjons- og avdelingsoverleger) har vært involvert i planleggingen, men ut i fra kjennskap til ledelsesstruktur og ansvarsfordeling, som er relativt ensartet i norske sykehus, er det nærliggende å tenke seg at legelederne i mindre grad enn sengepostlederne har vært involvert. Det er derfor ikke overraskende at sykepleierne i større grad enn legene har vært inkludert i planleggingen. Vi argumenterte i avsnitt 5.3.1 for betydningen av medarbeiderinvolvering for å skape motivasjon og engasjement.

En annen mulig forklaring på forskjellen mellom engasjementet hos leger og sykepleiere er at legene er uvante med arbeidsformen. Et viktig element i lean filosofien generelt er samarbeid (Krafcik 1988) og tavlemøtene er ment å være en arena for tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon («I trygge hender 24-7» 2015). Poksinska (2010) poengterer at legene er utdannet til å være autonome og dermed ikke er så vant til å jobbe i tverrfaglige team. Hackman og Oldham sin motivasjonsteori (Jacobsen og Thorsvik 2016) beskriver fem grunnleggende trekk ved arbeidsoppgaver som er viktige for å fremme motivasjon; variasjon, autonomi og kunnskap om resultatet, samt identitet og betydning som bidrar til opplevelsen av at arbeidsoppgaven er meningsfull. Vi har tidligere omtalt hvordan representative måleparametre er av betydning for å oppleve tavlemøtene som meningsfulle arbeidsoppgaver og at evaluering er en forutsetning for å få kjennskap til resultatene (avsnitt 5.1.6, 5.2.4). Mange av måleparametrene på risikotavlen (se avsnitt 4.2.2) fokuserer på områder som tradisjonelt har vært legenes ansvarsområder; som vurdering av hvilke legemidler pasienten skal ha (antibiotika, tromboseprofylakse) og vurdering av pasientens tilstand inkludert behov for supplerende behandlings- og overvåkingstiltak (ulike klassifikasjonssystemer for gradering av alvorlighetsgrad). Motstanden mot innføringen av lean i helsevesenet har blant annet vært relatert til en frykt for at strømlinjeforming av pasientforløp vil kunne medføre en redusert evne

til en nødvendig individuell tilpasning og manglende evne til å kunne håndtere de mest kompliserte tilfellene (Kim, Sahlinger med flere 2006, Waring og Bishop 2010). Innføringen av ulike risikostratifiseringssystemer som NEWS2 og qSOFA har blitt møtt med mange av de samme motforestillingene og argumenter som at de favner for vidt fordi de klassifiserer noen pasienter i en for høy risikoklasse (for lav spesifisitet), og samtidig at de ikke vil klare å identifisere alle pasienter med høy risiko (for lav sensitivitet). Motstanderne hevder dermed at slike risikostratifiseringssystemer ikke vil kunne erstatte legens kliniske skjønn og at alle pasienter må behandles individuelt. Når denne typen risikoskåringssystemer inkluderes på tavlene, og brukes aktivt i styringen av behandlingsvalg, så kan det tenkes at legene opplever at de faktisk mister sin autonome posisjon i pasientbehandlingen og dermed også opplever mindre grad av anerkjennelse for å være eksperter på egne arbeidsoppgaver. Selv om risikoparametrene i seg selv oppleves som relevante, vil ikke nødvendigvis legene oppfatte de pålagte tavlemøtene som meningsfulle dersom de mener at dette er vurderinger de ville ha gjort uansett. Tavlemøtene vil da kunne medføre at legene opplever en økt grad av overordnet styring, redusert grad av eierfølelse til eget arbeid og i teorien vil tavlemøtene da paradoksalt nok kunne bidra til redusert motivasjon i legegruppen. For sykepleierne vil de nevnte risikoparametrene og risikoskåringssystemer derimot bidra til økt grad av styring og kontroll og dermed forventes å ha positiv innvirkning på motivasjon. Vi har i denne studien ikke spurt spesifikt om noen opplever redusert motivasjon og vi har derfor ikke noe grunnlag for å si noe om denne hypotesens gyldighet. Årsaken til legenes lave engasjement kan være et aktuelt tema for videre forskning.

En rekke av måleparametrene som er i bruk er knyttet direkte til pasientens pleie (forebygging av fall og trykksår) og andre oppgaver som tradisjonelt har vært underlagt sykepleiernes ansvarsområde (oppfølging og stell av intravenøse innganger, blærekateter, kosthold og ernæring, telling og måling av avføringsfrekvens og diurese, kontakt med pleie- og omsorgstjenesten i kommunen). Legene har i mange tilfeller tidligere ikke hatt behov for å involvere seg i disse arbeidsoppgavene annet enn å etterspørre resultatet når det har vært relevant for pasientbehandlingen. Mange av disse parametrene vil dermed kunne oppleves som mindre aktuelle for legene og daglig gjennomgang av dem vil kunne bidra til at legene opplever at tavlemøtenes kost-nytte effekt er liten. Deloitte (2017) påpekte også i sin rapport at mange av innsatsområdene ble oppfattet å være pleierettet og at dette kunne være en medvirkende årsak til at det var vanskelig å engasjere legene.

Hvilken betydning kan det ha om legene er mindre engasjerte enn sykepleierne?

Poksinska (2010) beskriver at helsevesenet har en hierarkisk struktur hvor legene er de dominante beslutningstakerne og dermed profesjonen med mest makt. Dette er også nedfelt i lovverket hvor det er legene som er tillagt ansvaret for den medisinske behandlingen og utredningen av den enkelte pasient (Helsepersonelloven kap. 2 §4 1999). Legene er dermed viktige premissleverandører som i utgangspunktet er utdannet til å ta selvstendige beslutninger basert på medisinsk skjønn (Poksinska 2010). Det vil derfor være svært utfordrende å opprettholde forbedringstiltak i en medisinsk sengepost dersom ikke legene er aktivt involvert. Dette erkjennes også av Deloitte (2017) som understreker i sin rapport at for å lykkes med pasientsikkerhetstiltak er det avgjørende at man klarer å engasjere legene. Waring og Bishop (2010) poengterer på sin side at dersom legene involveres aktivt i implementeringsprosessen vil de ofte ha verdifulle innspill og bidra til å engasjere annet helsepersonell.

5.4 Forslag til endringer

I delkapittel 5.3 oppsummerte vi og drøftet våre resultater som viser at det er en vesentlig diskrepans mellom ledernes og ikke-ledernes oppfatning av kost-nytte effekten av tavlemøter, hvilken effekt tavlemøtene har hatt både på pasientsikkerheten i egen seksjon og motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid. I avsnitt 5.2.4 redegjorde vi for hvordan Hackman og Oldham sin motivasjonsmodell kan brukes for å forklare våre funn om hvilke faktorer som ser ut til å ha en betydning for tavlemøtenes innvirkning på helsepersonellens motivasjon for å utføre pasientsikkerhetsarbeid. Spear (2005) hevder i sin artikkel «Fixing Health Care From the Inside, Today» at nøkkelen til å oppnå suksess for en organisasjon ligger i evnen til å koble selve utføringen av en prosess med en kontinuerlig forbedring av den samme prosessen. Vi vil her ved hjelp av dette prinsippet foreslå tiltak som kan bidra til at helsepersonellet i større grad opplever tavlemøtene som nyttige verktøy med potensiell positiv effekt på pasientsikkerheten i egen seksjon. Indirekte vil dette også kunne ha en gunstig innvirkning på helsepersonellens egen motivasjon for å utøve pasientsikkerhetsarbeid.

5.4.1 PDSA sirkelen

PDSA sirkelen (Plan-Do-Study-Act), også kalt forbedringssirkelen eller PUKK-sirkelen (Planlegge-Utføre-Kontrollere-Korrigere) på norsk, er en videreutvikling av Demings sirkel og er i dag en anerkjent metode for kontinuerlig forbedringsarbeid (Shojania og Grimshaw 2005, Young og McClean 2008). En av grunnsteinene i lean filosofien er prinsippet om kontinuerlig forbedring og lean tankegangen er i stor grad basert direkte på praktisk bruk av PDSA sirkelen

(Kim, Sahlinger med flere 2006, Toussaint og Berry 2013). Metoden anbefales også av Helsedirektoratet i deres veileder til forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017).

5.4.2 Implementering av forbedringssirkelen i praksis

Våre resultater antyder en ufullstendig bruk av forbedringssirkelen i forbindelse med innføringen av tavlemøter i våre inkluderte indremedisinske sengeposter. Vi vil nedenfor gå systematisk igjennom de ulike trinnene i PDSA sirkelen og samtidig presentere forslag til praktiske forbedringer basert på våre funn.

Planlegge («Plan»)

Første trinn i alt forbedringsarbeid er planlegging. Når det gjelder tavlemøtene vil dette i tillegg til de organisatoriske forholdene som valg av tidspunkt, varighet og hyppighet av tavlemøter, samt antall pasienter som skal gjennomgås per møte og hvilke helsepersonell som skal delta, også inkludere utvelgelse av hvilke måleparametre som skal benyttes.

D'Andreamatteo og medarbeidere (2015) fremhever at en viktig suksessfaktor for lean prosjekter er en klar definisjon av kvalitetsmålene og forbedringsstrategien. Dette stemmer godt overens med våre funn om at helsepersonellens oppfatning av om tavlemøtene er nyttig bruk av tid og faktisk bedrer pasientsikkerheten, er tett knyttet opp til deres opplevelse av om måleparametrene på tavlen er representative for pasientsikkerhetsutfordringene i egen seksjon. Relevante måleparametre er også viktig for helsepersonellens egen motivasjon, og relevans i seg selv ser ut til å ha større betydning enn at helsepersonellet personlig har vært direkte involvert i valget av parametrene. Ikke uventet finner vi likevel at sannsynligheten for at måleparametrene oppfattes å være relevante øker når helsepersonellet selv har vært inkludert i utvelgelsesprosessen (se avsnitt 5.1.4). Det anbefales derfor at seksjonene i større grad tar med helsepersonellet i de forberedende diskusjonen både om hvilke pasientsikkerhetsutfordringer som er mest presserende og om hvilke måleparametre som er best egnet for å adressere disse. Vi har vist at særlig legene har liten tiltro til tavlemøtenes effekt på pasientsikkerheten og at tavlemøtene i liten grad har hatt positiv innvirkning på legenes motivasjon for å utføre pasientsikkerhetsarbeid (se avsnitt 5.3.2). Samtidig er det svært vanskelig å lykkes med forbedringsarbeid i en medisinsk sengepost dersom ikke legene er engasjerte (Deloitte 2017). Når vi da vet at meningsfulle arbeidsoppgaver er en sentral motivasjonsfaktor (Jacobsen og Thorsvik 2016), og at legene i stor grad er opptatt av kvalitet i pasientbehandlingen (Torabi,

Pour med flere 2018), er det spesielt viktig at legene involveres og blir hørt i planleggingsprosessen. Dette vil bidra til at de opplever at tavlemøtene faktisk har en funksjon i pasientsikkerhetsarbeidet, og ikke er enda et pålagt målings- og registreringsverktøy uten klinisk relevans (Deloitte 2017). Hvis man ikke lykkes med dette vil tavlemøtene kunne bli et prosjekt styrt av og for sykepleierne med legene som uengasjerte tilskuere.

De øvrige rent organisatoriske parametrene ser ut til å ha mindre betydning for hvordan helsepersonellet opplever den samlede nytteeffekten av tavlemøter. Vi kunne ikke finne noen signifikant sammenheng mellom disse og motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid eller opplevd bedring i pasientsikkerhet. Planleggingen av overordnet struktur for tavlemøtene ser dermed ut til å kunne gjøres på ledernivå uten å involvere helsepersonellet i alle detaljene. Det vil nok likevel være klokt å etterspørre innspill fra medarbeiderne da dette vil bidra til å styrke helsepersonellens eierskap til tavlemøter som et forbedringstiltak. For å oppnå størst mulig gjennomføringsgrad av tavlemøter, og best mulig deltakelse fra helsepersonellet, (se neste avsnitt) vil det være viktig at tavlemøtene innarbeides som del av avdelingens daglige rutiner. Dette vil nødvendigvis innebære forutsigbarhet i form av avvikling på fast avsatt tidspunkt, tilpasset både legenes og sykepleiernes øvrige arbeidsplan for å unngå samtidskonflikter.

Utføre («Do»)

Trinn to i prosessen vil være selve innføringen av tavlemøter som forbedringstiltak og videre den daglige gjennomføringen av tavlemøtene. Våre data tyder på at det spesielt er to forhold man her skal være oppmerksom på og legge til rette for; at tavlemøtene faktisk gjennomføres regelmessig og at helsepersonellet, inkludert legene, deltar når tavlemøtene avholdes.

I avsnitt 5.1.2 omtalte vi hvordan regelmessig avvikling av tavlemøtene, definert som tre dager eller mer per uke hadde positiv innvirkning på helsepersonellgruppens motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid. Vi omtalte også i avsnitt 5.1.2 at det var en tendens til, om enn ikke signifikant, at seksjonene med ambisjoner om tavlemøter alle dager i praksis gjennomførte tavlemøter sjeldnere enn seksjoner med plan om tavlemøter kun på ukedager. På bakgrunn av dette argumenterte vi for at det kunne være hensiktsmessig at man ved oppstart av tavlemøter i en sengepost startet med å avholde tavlemøter på ukedager og utvidet til helligdager først når rutinen var godt innarbeidet.

Grunnlaget for tavlemøtenes funksjon som tverrfaglig arena faller bort dersom sykepleierne må avholde tavlemøtene alene. Dette kan igjen bidra til at sykepleierne i mindre grad oppfatter

tavlemøtene som meningsfulle oppgaver og dermed, i henhold til Hackman og Oldham sin motivasjonsteori (Jacobsen og Thorsvik 2016), påvirke sykepleiernes motivasjon i negativ forstand. Den samme effekten kan forventes dersom sykepleierne opplever at legene deltar i mindre grad enn de faktisk gjør (avsnitt 5.3.2). Vi fant at en høy grad av deltakelse fra legene var assosiert med et positivt inntrykk av at tavlemøtene bidro til effektivitet i arbeidsdagen, og relaterte dette til tavlemøtenes funksjon som møtepunkt for tverrfaglig samarbeid (avsnitt 5.2.2). Opplevd effektivitet i hverdagen hadde igjen en positiv innvirkning både på motivasjonen og den opplevde effekten på pasientsikkerheten.

På generelt grunnlag vil vi også anta at det er hensiktsmessig at tavlemøtene gjennomføres etter et fastsatt mønster og innenfor en gitt tidsramme slik det anbefales i Pasient-sikkerhetsprogrammet («I trygge hender 24-7» 2015). Til tross for at en femtedel av helsepersonellet jevnlig opplevde at tavlemøtene trakk ut i tid og varte lenger enn planlagt, kunne vi imidlertid ikke finne at dette i seg selv signifikant påvirket helsepersonellets oppfatning av kost-nytte effektene av tavlemøtene. Verken antall pasienter eller antall måleparametre på risikotavlen kunne forklare forsinkelsene ved enkelte seksjoner og vi konkluderte derfor i avsnitt 5.1.3 med at det virket som om et mindretall av seksjonene ikke hadde lyktes i å skape en god struktur omkring sine tavlemøter for å opprettholde den planlagte tidsrammen. Helsepersonellet i somatiske sengeposter opplever i den praktiske kliniske hverdagen et konstant tidspress for å gjennomføre alle sine arbeidsoppgaver (Renolen, Høye med flere 2018). Dårlig struktur på tavlemøtet og manglende etterlevelse av den fastsatte tidsrammen vil dermed etter Herzbergs teori (Jacobsen og Thorsvik 2016) kunne fungere som negative hygienefaktorer som bidrar til frustrasjon og mistriivsel blant helsepersonellet. Særlig hvis det skapes samtidskonflikter med pasientrettede arbeidsoppgaver som helsepersonellet opplever som mer meningsfulle. Vi vil derfor likevel anbefale at seksjonene har fokus på god struktur og effektiv gjennomføring av sine tavlemøter.

Kontrollere («Study»)

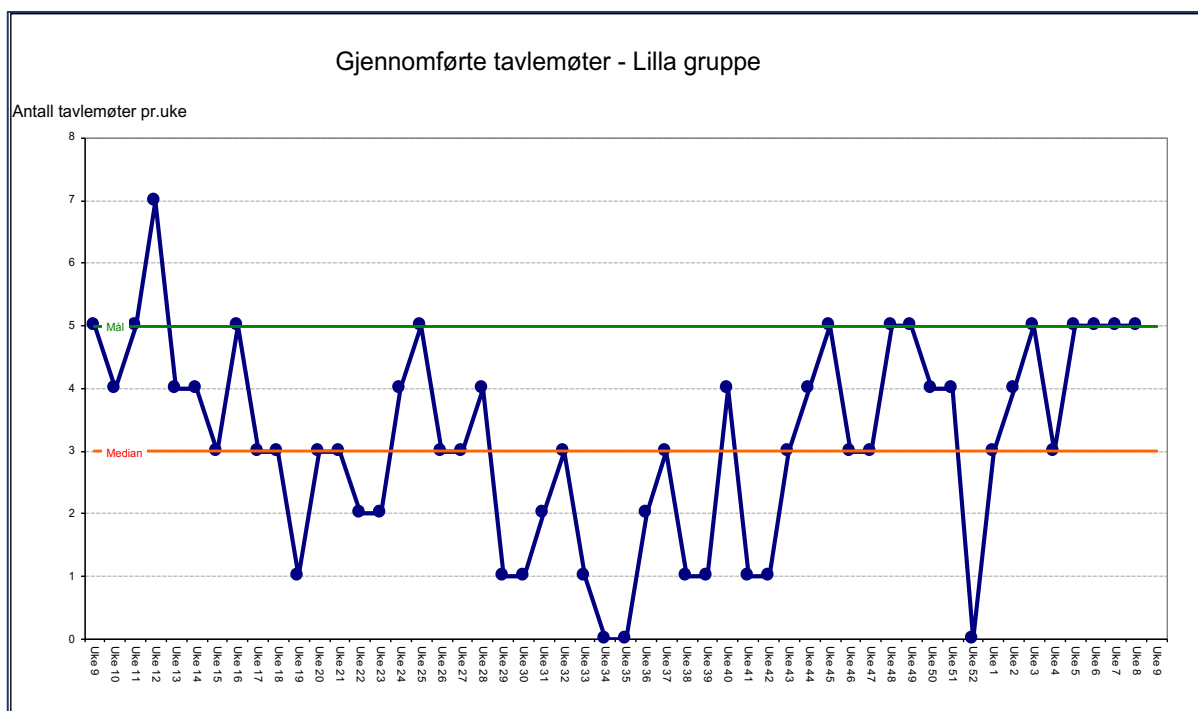
Boronat (2018) hevder at for å oppnå kontinuerlig forbedring i en lærende organisasjon er det en forutsetning at medarbeiderne får tilbakemeldinger på det arbeidet som gjøres. Dette oppnås i PDSA sirkelens tredje trinn «study» hvor man evaluerer både selve prosessen og resultatene av den. Når det gjelder tavlemøter vil dette innebære ikke bare måling av tavlemøtenes effekt på pasientsikkerheten i egen seksjon, men også registrering av de organisatoriske forhold som gjennomføringsgrad og grad av deltakelse fra de ønskede helsepersonellgruppene.

Nasjonalt har det vært brukt betydelige ressurser på Pasientsikkerhetsprogrammet og våre funn viser at tavlemøter er innført i et stort omfang ved de medisinske sengepostene i Helse Sør-Øst. Imidlertid synes det som om fokuset på selve innføringen har vært større enn fokuset på å undersøke om tavlemøtene faktisk fungerer etter intensjonen, og ved flertallet av våre inkluderte seksjoner er tavlemøter innført uten at lederne evaluerer nytteeffekten, og uten at helsepersonellet gjøres kjent med resultatene (detaljer er angitt i avsnitt 5.1.6).

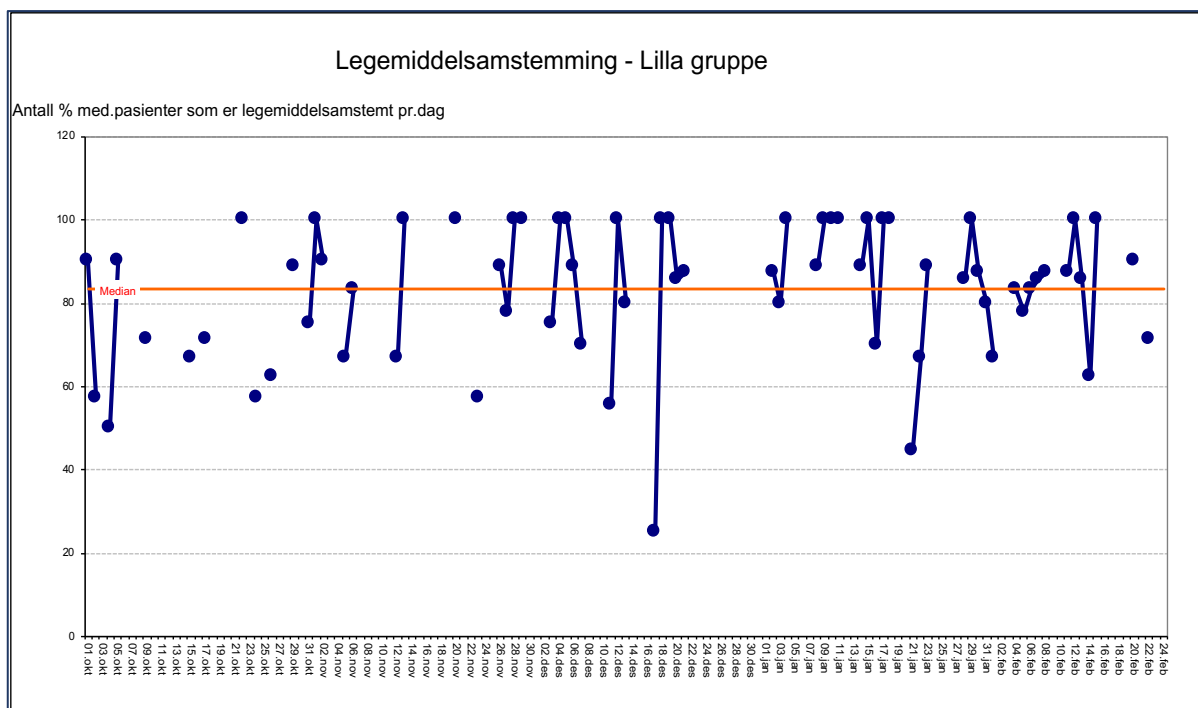
Hackman og Oldham (Jacobsen og Thorsvik 2016) fremhever at kjennskap til resultatene av eget arbeid er en viktig motivasjonsfaktor. Deloitte (2017) påpeker at det kan virke demotiverende for de ansatte å legge mye tid i målinger dersom de ikke blir brukt til noe i den praktiske kliniske virkeligheten. Våre resultater viser da også at helsepersonell som har kjennskap til at tavlemøtene evalueres angir større positiv effekt på egen motivasjon for å utføre pasientsikkerhetsarbeid (se avsnitt 5.2.4). I følge Poksinska (2010) kan implementering av lean verktøy isolert sett kan gi gode resultater, men utfordringen er å opprettholde resultatene over tid. Dette støttes av Davis og Adams (2012) som understreker at det er avgjørende at man klarer å beholde fokus og momentum når den initiale begeistringen har begynt å legge seg. Synliggjøring av målingene, og positiv oppmerksomhet omkring gode resultater, vil kunne bidra både til at de ansatte får eierskap til selve prosessen og motivasjon til å ytterligere forbedring.

Presentasjon av resultatene fra tavlemøtene i egen seksjon kan gjøres enkelt og behøver ikke å innebære tidkrevende registreringer og analyser. Et alternativ er å synliggjøre resultatene direkte på tavlen, for eksempel ved å vise antall dager siden siste fall eller andelen av pasienter som er vurdert med tanke på indikasjon for tromboseprofylakse den siste uken. En annen mulighet er å lage enkle kurver med resultatene fra utvalgte måleparametre som kan henges opp i avdelingen. Se eksempel i figur 12. Belønningen som bidrar til helsepersonellens indre motivasjon vil da være de positive resultatene i seg selv og den oppmerksomheten disse får. Måling av kvaliteten i helsesektoren kan være utfordrende fordi det er vanskelig å finne gode kvantifiserbare resultatmål. Ved tavlemøter har hver seksjon valgt sine fokusområder og det vil da være naturlig å følge med på utviklingen i disse.

Figur 12. Eksempel på resultatvisning fra tavlemøter



Figur 12a. Kurven viser antall gjennomførte tavlemøter per uke i 2018 ved en visittgruppe ved medisinsk sengepost, Sykehuset Innlandet HF, Hamar.



Figur 12.b. Kurven viser resultatene for måleparameteren «Legemiddelsamstemming» for månedene oktober 2018 til februar 2019 ved en visittgruppe ved medisinsk sengepost, Sykehuset Innlandet HF, Hamar.

Kilde: Mona Iren Engebretsen og Hanne Myhren, SIHF

Korrigere («Act»)

Det fjerde og siste trinnet i forbedringssirkelen innebærer at man justerer kursen etter noe observasjonstid. Ulike seksjoner kan ha ulike utfordringer, og for å utføre hensiktsmessige justeringer vil man være avhengig av å støtte seg på evalueringen som er gjort i foregående trinn. Dersom resultatene ikke er som forventet må man søke å finne ut hvorfor og korrigere. Dette kan innebære justeringer av organisatoriske forhold, analyser av hva som skal til for å bedre deltakelsen fra helsepersonellet eller utskifting av måleparametrene. For noen avdelinger som ikke får tavlemøtene til fungere etter intensjonen kan det på dette trinnet være mest riktig å avslutte prosjektet og i stedet fokusere på andre metoder for å bedre pasientsikkerheten. Denne avgjørelsen bør også tas i forståelse med medarbeiderne. I hele prosessen gjennom forbedringssirkelen vil det være viktig med engasjement og støtte fra ledelsen. Når forbedringssirkelen er slutført starter man opp igjen fra trinn 2 (utføre) med å implementere endringene for så på nytt kontrollere og korrigere.

6 Begrensninger ved studien

6.1 Metoden

6.1.1 Spørreskjema

Bruken av spørreskjema som virkemiddel for å generere data har noen svakheter. Lange skjemaer med mange og kompliserte spørsmål kan bidra til at respondentene går lei og dermed ikke fullfører sin besvarelse. Spørsmålene på slike skjemaer bør også være entydige slik at misforståelser unngås og svarene blir pålitelige. Mulighetene til å få frem detaljer og nyanser er dermed betraktelig redusert i forhold til for eksempel et semistrukturert intervju.

I tillegg er det en rekke feilkilder ved å bruke selvrapporing som verktøy. For eksempel sosial ønskerdighet ved at respondenten svarer det man tror er det mest korrekte og sosialt aksepterte svaret, og tilfeldighet hvor respondenten svarer raskt og vilkårlig uten å lese spørsmålene skikkelig. Prosjektledelsen har heller ingen kontroll over hvordan respondentene tolker spørsmålene. Alt dette reduseres ved å ha et stort nok og representativt utvalg.

6.1.2 Spørsmålstillingene

For å gjøre analyseringen av data enklere i etterkant valgte vi et spørreskjema med lukkede spørsmål hvorav flere med svaralternativer presentert på en Likert skala hvor vi ba respondentene angi «i hvor stor grad har bedret seg». Formuleringen på spørsmålene var dermed ikke helt nøytral og ga kun rom for å angi positiv effekt. Studien vil dermed ikke kunne fange opp en eventuell negativ effekt etter innføring av tavlemøter.

Vi har ikke spurt om hvilken struktur de ulike seksjonene hadde valgt for ledelsen av tavlemøtene. Har tavlemøtet en leder? Er denne lederen i så fall fast eller går rollen på omgang mellom deltakerne? Hvilken profesjon har den som leder tavlemøtet? Følges det et systematisk oppsett for gjennomgang av de ulike måleparametrene, eller går man mer løselig igjennom osv. Denne studien kan ikke svare på om en tydelig struktur på tavlemøtene har noen innvirkning på den opplevde effekten og motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid.

6.1.3 Data

Dataene i denne studien er basert på respondentenes subjektive oppfatninger og ikke på tallmateriale etter registreringer. Dette er et bevisst valg da hensikten med studien var å belyse hvordan helsepersonell og ledere opplever at tavlemøtene har påvirket pasientsikkerheten og

motivasjonen for å utføre pasientsikkerhetsarbeid i egen seksjon, samt hvordan de vurderer kost-nytte effekten av tavlemøtene, snarere enn å dokumentere den direkte effekten på pasientsikkerheten. Dette gir oss også muligheten til å påvise ulikheter i oppfatning mellom de ulike profesjonsgruppene og bruke dette i våre forklaringsmodeller. Svakheten er at vi ikke har objektivt tallmateriale å støtte oss på og dermed ikke mulighet for å si noe om hvilken gruppe som har en opplevelse som best samsvarer med de reelle forholdene. For eksempel så kan vi ikke uttale oss om det er sykepleiernes eller legenes oppfatning av i hvor stor grad legene faktisk deltar i tavlemøtene som er den mest presise.

6.1.4 Lav svarprosent

Distribusjon av et spørreskjema via e-post er upersonlig og det er vanskelig å motivere inviterte deltakere til å svare. Svarprosenten på 32% fra helsepersonellet er som forventet relativt lav. Resultatene er kun representative for subgruppen som har besvart og vi vet ingenting om oppfatningen til de som ikke har svart. Man kan anta at de som er mest engasjert og positivt innstilt til tavlemøter også er de som i størst grad er interessert i å svare på en slik undersøkelse, mens de som er negativt innstilt eller likegyldige i større grad lar være. I så fall vil resultatene kunne gi inntrykk av at ledere og helsepersonell har en mer positiv innstilling til tavlemøter enn det som er realiteten. På den annen side kan det tenkes at de som er mest kritiske likevel velger å svare for å få gitt uttrykk for sin mening. I så fall vil resultatene fremstå som mer polariserte enn de faktiske forholdene tilsier.

Lav svarprosent kan også gi seg utslag i at forskjellene mellom profesjonene forsterkes. For eksempel ved at sykepleierne er mer positivt innstilt til tavlemøter og dermed i større grad ønsker å svare på spørreundersøkelsen, mens legene er mer negative eller i større grad presset på tid i hverdagen slik at de ikke prioriterer å svare. Ettersom vi ikke kan korrigere for lav svarprosent vedhefter det en usikkerhet om skjevt utvalg påvirker resultatenes validitet. Vi argumenterer i avsnitt 6.2.2 med at utvalget av i vår studiepopulasjon vurderes å være representativt for den somatiske spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Det totale antall respondenter er også høyt nok til at vi har kunnet vise statistisk signifikante resultater for flere parametre. Vi har derfor konkludert med at studien kan gi et relevant bilde av hvilken oppfatning helsepersonell i indremedisinske sengeposter har av tavlemøtene.

6.2 Er utvalget representativt?

6.2.1 Sosiodemografiske data

Kjønn og profesjonsfordeling

Vi viste i avsnitt 4.1.1 at både kjønnsfordelingen og den prosentvise fordelingen mellom leger og sykepleiere i vårt materiale samsvarer godt med de statistiske gjennomsnittsdataene for ansatte i den somatiske spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Forholdet mellom sykepleiere og leger vil kunne variere mellom sengeposter avhengig av medisinsk spesialitet. Vi har ikke tilgjengelige data på profesjonsfordelingen i norske indremedisinske sengeposter generelt, eller fra våre inkluderte sengeposter spesielt. Likevel ser vi det som sannsynlig at det ikke vil være store avvik fra gjennomsnittet i somatiske avdelinger slik at kjønns- og profesjonsfordelingen vurderes å være representativ.

Alder

Våre alderskategorier er ikke identiske med de som brukes av Statistisk sentralbyrå. Spesifikke aldersdata for ansatte leger og sykepleiere ved medisinske sengeposter er ikke tilgjengelig, men vi argumenterte i avsnitt 4.1.1 for at sammenliknet med den statistiske aldersfordelingen for ansatte i somatikken i Helse Sør-Øst er en forholdsmessig større andel av våre inkluderte helsepersonell (ikke-ledere) i den yngste aldersgruppen (opp til 44 år). Det er derfor mulig at aldersfordelingen for de inkluderte helsepersonell i vår studie avviker fra den generelle aldersfordelingen i medisinske sengeposter. Imidlertid fant vi for helsepersonellet ingen signifikant forskjell mellom aldersgruppene for noen av våre variabler og vi antar derfor at dette ikke har gitt store avvik i resultatene.

Lederne hadde i gjennomsnitt høyere alder enn helsepersonellet. Dette var forventet ettersom det vanligvis kreves en del erfaring før man blir ansatt i en lederstilling. Antallet ledere som er inkludert i analysene er relativt lavt (60). Vi har ikke utført noen analyser mht. om deres alder har signifikant innvirkning på resultatene da vi har vurdert at dette kun har en begrenset interesse og at det vil være vanskelig å få signifikante resultater.

6.2.2 Helsepersonell

Sykepleiere

Leger og sykepleiere ble rekruttert inn i studien via litt forskjellige veier. Sykepleierne ble i all hovedsak invitert via sine seksjonsledere. Våre resultater viser at lederne i de fleste tilfellene har godt kjennskap til seksjonens tavlemøter og ofte har en mer positiv innstilling enn

helsepersonellet. Dette kan ha medvirket til et skjevt utvalg av sykepleiere ved at en større andel av dem ble inkludert fra seksjoner med velfungerende tavlemøter og ledere med pådriv.

Leger

Legene ble i mange tilfeller rekruttert via seksjons- eller avdelingsoverlege med fagansvar, men ikke administrativt ansvar for sengeposten. Ved de fleste sykehus er det avdelingssykepleier, eller eventuelt fagsykepleier, som har hovedansvaret for oppfølgingen av tavlemøtene. Legene har dermed sammenliknet med sykepleierne ikke den samme direkte koblingen i lederlinjen til de som har ansvar for tavlemøtene. Det kan derfor tenkes at legene i mindre grad enn sykepleierne er blitt oppmuntret av sine ledere til å delta i studien. Ved noen sykehus har man organisert legene i siloer hvor LIS1²⁴ og LIS2 organiseres separat med rotasjon mellom de ulike fagseksjonene. Spesielt for de yngste legene kan da tilknytningen til en spesiell sengepost være svakere enn for sykepleierne. Dette kan ha påvirket både svarprosenten og svarene.

Skjevfordeling av ulike profesjoner mellom seksjonene

Studiedesignet var i stor grad basert på velvilje fra lokale ledere for å fremskaffe kontaktinformasjonen til helsepersonellet og å gjøre studien kjent i egen avdeling. I utgangspunktet ønsket vi å inkludere alle leger og sykepleiere som deltok i tavlemøter ved de inkluderte sengepostene. Dels på grunn av personvernrestriksjoner ved noen helseforetak omtalt i avsnitt 3.1.1 og dels på grunn at noen ledere ikke ønsket å videresende informasjon til sine ansatte, lyktes vi ikke med å fremskaffe kontaktinformasjonen til alle. Dette medførte at vi ved noen seksjoner inviterte sykepleierne men kun få eller ingen leger, mens vi ved andre avdelinger kunne invitere legene men kun deler av sykepleiergruppen. Andelen av inviterte overleger versus leger i spesialisering varierte også. Legene og sykepleierne er dermed kun til en viss grad rekruttert fra de samme seksjonene, hvilket kan ha påvirket vår mulighet til å påvise forskjeller mellom profesjonene.

6.2.3 Ledere

Ledere

Studiedesignet var utformet slik at direkte kontakt med seksjonslederne ved de fleste helseforetak var helt nødvendig for å kunne inkludere seksjonen og deres helsepersonell. Det

²⁴ LIS: Lege i spesialisering. LIS1 er i spesialisering del 1 (erstatte tidligere turnustjeneste), LIS2 er i spesialisering del 2, det vil si grunnutdanningen som er felles for alle indremedisinske spesialiteter før de velger en spesialitet (for eksempel hjertemedisin, lungemedisin osv.) i del 3.

synes rimelig å anta at lederne som var villige til å delta i denne studien også kan ha vært mer positive til selve konseptet tavlemøter enn de som ikke besvarte vår henvendelse. Dette kan ha medført et skjevt utvalg hvor de inkluderte lederne har spesielt stor tro på tavlemøtenes gunstige effekt på pasientsikkerheten i egen avdeling og dermed både er mer engasjerte og vurderer resultatene som bedre enn gjennomsnittet av ledere gjør. Svarprosenten blant lederne i våre inkluderte sengeposter var relativt høy. På den annen side har vi ikke inkludert sengeposter som har valgt å ikke starte med tavlemøter og vi vet ikke hvilke vurderinger som ligger bak denne beslutningen. Det er mulig at lederne i disse sengepostene har et mer balansert eller negativt syn på tavlemøter og mindre tro på tavlemøter som et nyttig verktøy. Våre resultater kan dermed ha overestimert sengepostledernes entusiasme for tavlemøter.

Ledere versus seksjoner

I planleggingsfasen av studien hadde vi intensjoner om kun å inkludere en leder per seksjon. Imidlertid ble det underveis klart at ved noen seksjoner var det assisterende leder eller fagsykepleier som i størst grad var involvert i planleggingen og oppfølgingen av tavlemøtene. For å få best mulige data valgte vi derfor å invitere både sengepostledere og eventuelle andre som hadde en lederrolle i tilknytning til tavlemøtene til å svare på spørreskjemaet for ledere. I praksis betyr dette at det ved noen seksjoner ble inkludert kun en leder, mens det fra andre seksjoner var to som besvarte spørreskjemaet. Dette innebærer at antallet ledere er flere enn antall inkluderte seksjoner. Dermed vil prosentandelen ledere som har gitt et bestemt svar ikke nødvendigvis samsvare med prosentandelen seksjoner og svarene fra lederne kan ikke direkte overføres til seksjonsnivå.

6.2.4 Helseforetak

Antall inkluderte deltakere målt som andeler av antall ansatte varierte betydelig mellom de ulike helseforetakene. Resultatene vil derfor sannsynligvis i størst grad være gyldige for helseforetakene med flest respondenter, dvs. Sykehuset Innlandet og Sykehuset i Vestfold. Vi forventer også at det vil være en overføringsverdi til flere av de andre helseforetakene som Vestre Viken, Sykehuset Telemark og Lovisenberg Diakonale Sykehus (se figur 5 og tabell 2 i avsnitt 4.1.3). For de resterende foretakene kan resultatene være representative for enkeltseksjoner, men svarandelen totalt sett er så lav at det ikke er mulig å si noe om foretaket som helhet. Akershus universitetssykehus utpeker seg spesielt med en relativt stor andel av ledere som har svart, men svært få helsepersonell, og vi kan ikke si noe om de samlede resultatene er overførbare hit. Ettersom dette også er det eneste inkluderte

universitetssykehuset er det ikke mulig å si noe sikkert om organiseringen av tavlemøter ved universitetssykehus, eller de ansattes oppfatning av disse, skiller seg vesentlig fra våre resultater fra små og mellomstore sykehus.

6.2.5 Sengeposter

Til tross for et varierende antall svar fra helsepersonell og ledere mellom foretakene, lyktes vi i å inkludere hele 43 indremedisinske sengeposter fra de fleste helseforetak i Helse Sør-Øst. Totalt utgjorde dette 91% av de til sammen 47 medisinske sengepostene som var aktuelle (se figur 3 og eksklusjonskriteriene i avsnitt 3.1.2). Med en så stor andel inkluderte sengeposter har vi vurdert at det er sannsynlig at svarene er representative for sengeposter ved små og mellomstore sykehus i Helse Sør-Øst området. Populasjonen er geografisk avgrenset, men ettersom Pasientsikkerhetsprogrammet er et nasjonalt forbedringsprosjekt med felles anbefalinger og virkemidler (Kunnskapssenteret 2013), synes vi det er rimelig å anta at implementeringen har vært relativt lik i alle landsdeler og at resultatene dermed kan ekstrapoleres til sykehus av tilsvarende størrelse i resten av landet.

6.3 Feil inklusjon

Det fremgår av avsnitt 3.1.3. at en del av listene med kontaktinformasjon til helsepersonell også inkluderte andre arbeidstakere enn leger og sykepleiere tilknyttet en sengepost. Noen av disse personene kunne ekskluderes ettersom deres elektroniske kontaktkort anga tittel, men denne informasjonen var ikke tilgjengelig for alle helseforetak. Enkelte helsepersonell ga direkte tilbakemelding til studieledelsen om at de ikke tilhørte målgruppen og invitasjonen til studien ble da slettet. Det er likevel grunn til å tro at noe helsepersonell ble feil inkludert og vi vurderer det å være sannsynlig at flere av disse bare har latt være å svare på undersøkelsen. Svarprosenten blant helsepersonell kan slik ha blitt påvirket negativt, men trolig i liten grad ettersom andelen antas å være beskjeden.

Vi viste i avsnitt 4.1.2 at en hel seksjon som ikke hadde tatt i bruk tavlemøter var feil inkludert. Spørreskjemaet lukket seg automatisk slik at deltakerne ikke fikk flere spørsmål dersom de svarte at tavlemøter ikke var i bruk ved deres sengepost. Disse er dermed ikke inkludert i analysene om tavlemøter og har ikke påvirket resultatet.

6.4 Kausalitet

Vi utførte i kapittel 4 multivariate analyser med henholdsvis «bedret pasientsikkerhet», «bedret egen motivasjon» og «bedret motivasjon i helsepersonellgruppen» som avhengige variabler. Ved disse respektive analysene inkluderte vi de øvrige av de nevnte variablene som uavhengige variabler (se avsnitt 4.3.3 og 4.4.3 samt tabell 7, 8 og 9). Vi fant da at for alle disse tre avhengige variablene så ble det identifisert flere uavhengige variable som hadde signifikante effekter på hver av dem. På grunn av simultanitetsproblemer så må man være varsom når man tolker koeffisientene fra de ulike kjøringene. For noen analyser kan de avhengige variablene tenkes å påvirke verdien til noen av de uavhengige variablene. Dette gjelder særlig den avhengige variabelen «bedret motivasjon i helsepersonellgruppen» som vi finner at påvirker både verdien for «bedret egen motivasjon» og «bedret pasientsikkerhet».

7 Konklusjon

Tavlemøter var godt etablert ved flertallet av våre inkluderte seksjoner. Både selve konseptet med tavlemøter og organiseringen av tavlmøter i egen seksjon var godt kjent blant helsepersonellet. Gjennomføringsgraden var høy og mer enn 80% av lederne svarte at tavlemøtene ble gjennomført 3 dager eller flere per uke. Den praktiske organiseringen og fokusområdene som gjenspeiles i de valgte måleparametrene ser ut til å samsvare godt med anbefalingene i Pasientsikkerhetsprogrammet. Et mindretall av seksjonene hadde ikke klart å skape en struktur som gjorde at de klarte å opprettholde den planlagte tidsrammen for sine tavlemøter. Ettersom vi ikke kunne finne noen sikker sammenheng mellom hyppige forsinkelser, antall pasienter og antall måleparametre på risikotavlen så har vi argumentert for at dette kan skyldes forhold ved ledelsen av tavlemøtene og i hvor stor grad man klarer å skjerme dem for forstyrrelser. Vi har imidlertid ikke etterspurt data om dette i denne studien.

Deltakelsen fra helsepersonellet i tavlemøtene synes å variere mellom seksjonene. Flertallet av respondentene rapporterte at både leger og sykepleiere som oftest eller i stor grad deltok ved seksjonens tavlemøter, men et stort mindretall mente at legene deltok kun i liten grad. Således fremstår det som sannsynlig at en del seksjoner avvikler tavlemøter enten helt uten leger, eller kun sporadisk med legene tilstede. Dette kan ha negativ innvirkning på det tverrfaglige samarbeidet og vil kunne redusere tavlemøtenes ønskede effekt på pasientsikkerheten.

Et sentralt prinsipp i lean filosofien er medarbeiderinvolvering og kontinuerlig forbedring. Pasientsikkerhetsprogrammet anbefaler også at man i en tidlig fase i planleggingen inkluderer medarbeiderne som er tenkt å delta i tavlemøtene og kontinuerlig evaluerer både risikotavlen og møtestrukturen. Dette er viktig for å skape engasjement og gi helsepersonellet et eierskap til forbedringstiltakene. Våre resultater tyder imidlertid på relativt liten grad av medarbeiderinvolvering. Kun et lite mindretall av helsepersonellet hadde deltatt i utvelgelsen av måleparametrene på risikotavlen, eller kjente til resultater fra evaluering av tavlemøtenes effekt på pasientsikkerheten. Legene opplevde i mindre grad enn sykepleierne at måleparametrene var representative i forhold til de lokale pasientsikkerhetsutfordringene. Samtidig finner vi at relevante måleparametre er den enkeltfaktoren som i størst grad påvirker helsepersonellets oppfatning av om tavlemøtene er nyttig bruk av tid, samt om de har positiv effekt både på pasientsikkerheten og egen motivasjon for å utføre pasientsikkerhetsarbeid. Økt fokus på å velge gode måleparametre som representerer pasientsikkerhetsutfordringene i den

enkelte seksjon ser dermed ut til å kunne være et både enkelt og lite ressurskrevende tiltak for å bedre helsepersonellens motivasjon for tavlemøtene.

Vi har tidligere omtalt Poksinska (2010) sin konklusjon om at lean prosjekter i helsevesenet i liten grad har fokusert på å skape en kultur for kontinuerlig forbedring. Våre resultater tyder på at dette også gjelder for innføringen av tavlemøter i norske medisinske sengeposter. Færre enn halvparten av lederne rapporterte at deres seksjon evaluerte tavlemøtene. Det synes altså som om kun et mindretall av våre inkluderte sengeposter har tatt i bruk forbedringssirkelen og at hos flertallet av seksjonene har fokuset på selve innføringen av tavlemøter vært større enn fokuset på å evaluere nytteeffekten og justere kursen underveis for å optimalisere resultatene. Seksjonene risikerer dermed at medarbeiderne bruker verdifull tid på et forbedringstiltak som ikke har ønsket effekt. Uten evaluering vil man heller ikke ha muligheten til å synliggjøre positive resultater for helsepersonellet, hvilket er viktig for å opprettholde motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeidet og oppmuntre til fortsatt innsats. Seksjoner som har innført tavlemøter bør derfor tilstrebe å i større grad bruke forbedringssirkelen ved å måle sine resultater, presentere dem for medarbeiderne og aktivt bruke resultatene til å kontinuerlig forandre og tilpasse tavlene til de til enhver tid største pasientsikkerhetsutfordringene i egen seksjon.

Samlet fant vi at et flertall blant både ledere og ikke-ledere mente at tavlemøtene hadde hatt en positiv effekt på pasientsikkerheten og deres egen motivasjon for å arbeide med pasientsikkerhet. Imidlertid var særlig helsepersonellet delt i sitt syn og blant ikke-lederne så var det et stort mindretall som betvilte effekten på pasientsikkerheten (39%), den samlede motivasjonen for å utøve pasientsikkerhetsarbeid (45%) og deres egen motivasjon (35%). Multivariate analyser viser at det var en gjensidig forsterkende effekt mellom helsepersonellens opplevelse av at tavlemøtene bidro til bedret pasientsikkerhet og deres motivasjon for å utføre pasientsikkerhetsarbeid. Resultatene tyder på at helsepersonellet opplever pasientsikkerhetsarbeid som viktig og at tiltak som bedrer denne betraktes som meningsfulle arbeidsoppgaver. Dette støttes også av funnet av at oppfatningen av om måleparametrene var representative for seksjonens pasientsikkerhetsutfordringer i stor grad påvirket ikke-ledernes vurdering av tavlemøtenes nytteeffekt. Helsepersonellet synes altså å være opptatt av pasientsikkerheten, men ikke alle er like overbevist om at tavlemøtene er det rette virkemiddelet.

Det mest slående resultatet i denne studien er den store diskrepansen som vi finner mellom ledere og ikke-ledere når det gjelder grad av tiltro til tavlemøtenes effekt på pasientsikkerheten

og effekt på motivasjonen for å arbeide med pasientsikkerhet. For disse resultatvariablene så fant vi at lederne var signifikant mer positive og at andelen ledere som mente at tavlemøtene hadde bidratt til stor grad av bedring var om lag 50% høyere enn for ikke-lederne. Tallene representerer respondentenes subjektive oppfatning og er ikke basert på objektive registreringer. Vi kan derfor ikke vite om det er lederne eller ikke-lederne sin oppfatning som er mest presis.

Vi fant også at det blant ikke-lederne var signifikante forskjeller mellom profesjonsgruppene. Legene fremstår generelt som mer skeptiske til nytten av tavlemøtene enn sykepleierne, og bare 14% av legene mente at tavlemøtene hadde hatt vesentlig effekt på pasientsikkerheten. Tavlemøtene har også i liten grad bidratt til en bedret motivasjon blant legene og kun 13% av legene mente at motivasjonen i legegruppen hadde bedret seg vesentlig. Til tross for at legene i relativt stor grad deltar i tavlemøtene synes de altså å være lite engasjerte og involverte. Det fremgår av ledernes svar at det manglende engasjementet i legegruppen er erkjent, uten at man har maktet å gjøre noe med dette. Årsakene til de påviste forskjellene mellom profesjonene er ikke kartlagt, men en mulig forklaring er at tavlemøtene utfordrer legenes faglige autonomi og at arbeidsformen er lite tilpasset legene som er uvante med å jobbe i tverrfaglige team. Det kan også ha sammenheng med at lederne som planlegger tavlemøtene i all hovedsak er sykepleiere og at legene dermed opplever mindre grad av eieforhold til tavlemøtene. En liten andel av legene (19%) oppgir imidlertid at deres egen motivasjon har bedret seg i betydelig grad etter oppstarten av tavlemøter. Videre undersøkelser av denne gruppen kunne være av interesse for å finne ut hvorfor de er så mye mer entusiastiske enn sine kollegaer.

Som et mål på den opplevde kost-nytte effekten av tavlemøter spurte vi deltakerne om de etter en helhetsvurdering ville anbefale andre indremedisinske sengeposter å starte med tavlemøter. Hele 77% av lederne svarte bekræftende, mens det bare var 47% av helsepersonellet som var av samme oppfatning. Legene og sykepleierne var her godt samstemte og det var ingen signifikant forskjell. Det er altså kun et mindretall av helsepersonellet som opplever at nytteeffekten av tavlemøtene oppveier alternativkostnaden i form av tid som kunne ha vært brukt til andre arbeidsoppgaver.

Oppsummert finner vi altså at lederne som gruppe er entusiastiske til tavlemøtene og deres nytteeffekter. Det ser derimot ikke ut til at de har klart å overføre den samme grad av entusiasme til helsepersonellet, som fremstår som mer delte i sine vurderinger. Jevnt over synes det likevel å være enighet om at tavlemøtene har hatt en positiv innvirkning på

pasientsikkerheten og motivasjonen. Vår studie gir imidlertid et noe mer nyansert bilde enn internettsidene til Pasientsikkerhetsprogrammet. Resultatene antyder at det fortsatt er mange seksjoner som ikke har funnet en optimal form på sine tavlemøter og dermed heller ikke klarer å hente ut den forventede effekten. For å tilpasse tavlemøtene best mulig til seksjonens behov så anbefaler vi et større fokus på medarbeiderinvolvering og aktiv bruk av forbedringssirkelen. I seksjoner hvor man til tross for ovennevnte tiltak fortsatt ikke får tavlemøtene til å fungere etter intensjonen, eller ikke klarer å vise at de har den ønskede effekten på pasientsikkerheten, vil vi anbefale at ledelsen vurderer om andre tiltak for å bedre pasientsikkerheten enn tavlemøter er mer hensiktsmessige.

En hovedtolkning av våre funn er at lederne ved medisinske sengeposter hovedsakelig synes å oppfatte tavlemøtene som kvalitetstid. Helsepersonellets oppfatninger varierer i større grad, men svarene fra spesielt legene indikerer at de opplever tavlemøtene som en tidstyv heller enn kvalitetstid.

Litteraturliste

- Albert, D., m.fl. (2013). "Leadership Excellence: Weaving Multiple Initiatives and Frameworks to Advance Culture Change." Nurse Leader **11**(6): 41-44.
- American Society of Quality (2009, 20.03.2009). "http://asq.org/qualitynews/qnt/execute/displaySetup%3FnewsID%3D5843." Retrieved 02.12, 2018, from <http://asq.org/qualitynews/qnt/execute/displaySetup%3FnewsID%3D5843>.
- Ben-Tovim, D. I., m. fl. (2007). "Lean thinking across a hospital: redesigning care at the Flinders Medical Centre." Australian Health Review **31**(1): 10-15.
- Black, J. m. fl. (2014). Lean leader certification and maintenance - physician track (FAQs).
- Black, J. og D. Miller (2008). The Toyota Way to Healthcare Excellence: Increase Efficiency and Improve Quality with Lean. Chicago, IL, Health Administration Press.
- Blank, R. H. og V. Burau (2010). Comparativ health Policy: An Introduction. Comparative Health Policy. New York, Palgrave McMillan.
- Boronat, F., m. fl. (2018). "Application of Lean Healthcare methodology in a urology department of a tertiary hospital as a tool for improving efficiency." Actas Urol. Esp. **42**(1): 42-48.
- Burgess, N. og Z. Radnor (2013). "Evaluating Lean in healthcare." Int J Health Care Qual Assur **26**.
- Carayon, P., m. fl. (2013). "Macroergonomics in Health Care Quality and Patient Safety." Reviews of Human Factors and Ergonomics **8**(1): 4-54.
- Castaldi, M., m. fl. (2016). "Lean philosophy and the public hospital." Perioperative Care and Operating Room Management **3**: 25-28.
- CMWF, C. F. (2016). "2016 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Adults." Retrieved 02. oktober, 2018, from <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2016/nov/2016-commonwealth-fund-international-health-policy-survey-adults>.
- Collar, R. M., m. fl. (2012). "Lean Management in Academic Surgery." Journal of the American College of Surgeons **214**(6): 928-936.
- D'Andreamatteo, A., m. fl. (2015). "Lean in healthcare: A comprehensive review." Health Policy **119**(9): 1197-1209.
- Davis, J. og J. Adams (2012). "The 'Releasing Time to Care – the Productive Ward' programme: participants' perspectives." Journal of Nursing Management **20**(3): 354-360.
- Deloitte (2017). «I trygge hender 24-7» Pasientsikkerhetsprogrammet.no. Følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet, devaluering 2.

Diakonhjemmet Sykehus AS (2018). "Om oss." Retrieved 29. september, 2018, from <https://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/om-sykehuset/hvem-er-vi>.

Dingley, C., m. fl. (2008). Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches K. Henriksen, J. Battles, M. Keyes and e. al., Agency for Healthcare Research and Quality (US). 3 Performance and Tools.

Dul, J., m. fl. (2012). "A strategy for human factors/ergonomics: developing the discipline and profession." Ergonomics **55**(4): 377-395.

Fahrenkopf, A. M., m. fl. (2008). "Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study.(Clinical report)." British Medical Journal **336**(7642): 488.

Folkehelseinstituttet (2012). Gode helseregistre - bedre helse. Strategiplan 2012-2013. Nasjonalt helseregisterprosjekt. .

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, F.-.-.-. (2016). from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>.

Goldenhar, L. M., m. fl. (2013). "Huddling for high reliability and situation awareness." BMJ Quality & Safety **22**(11): 899.

Gulbrandsen, A. (2018, 04.09.2018). "Informasjonssikkerhet og risikovurdering av Nettskjema." Retrieved 29. september, 2018, from <https://www.uio.no/tjenester/it/applikasjoner/nettskjema/mer-om/informasjossikkerhet/>.

Helse Sør-Øst RHF (2018). "Behandlingssteder Helse Sør-Øst." Retrieved 29. september, 2018, from <https://www.helse-sorost.no/behandlingssteder>.

Helse Sør-Øst RHF (2018). "Om oss - Helse Sør-Øst RF." Retrieved 29. september 2018, from <https://www.helse-sorost.no/om-oss#om-helse-sor-ost-rhf>.

Helsedirektoratet (2014). Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7». Strategi 2014-2018. Oslo.

Helsedirektoratet (2017). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Oslo, Statens forvaltningstjeneste IS-2620: side 19-21, 25-26.

Helsepersonelloven kap. 2 §4, L. o. h., LOV-1999-07-02-64 (1999). H.-o. omsorgsdepartementet, www.lovdata.no.

Hjemås, G. og J. Hansen (2017). "Kvinner dominerer spesialisthelsetjenesten." Spesialisthelsetjenesten. Retrieved 11.04, 2019, from <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kvinner-dominerer-spesialisthelsetjenesten>.

Holden, R. J. (2011). "Lean Thinking in Emergency Departments: A Critical Review." Annals of Emergency Medicine **57**(3): 265.

T

Holden, R. J., m. fl. (2015). "Healthcare workers' perceptions of lean: a context-sensitive, mixed methods study in three Swedish hospitals." Applied ergonomics **47**: 181-192.

«I trygge hender 24-7», P. "Pasientsikkerhetsprogrammet/Forbedringskunnskap/Tavlemøter." Retrieved 25. februar, 2019.

«I trygge hender 24-7», P. (2010, 30.11.2017). "Hva er Global Trigger Tool." Retrieved 19.03, 2019, from <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/målinger/global-trigger-tool-gtt/hva-er-global-trigger-tool>.

«I trygge hender 24-7», P. (2015, 9.oktober). "Manual for hvordan utvikle og gjennomføre tavlemøter." Retrieved 1. oktober, 2018, from http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/materiell/manualer/_attachment/3357?_ts=150610f7a3f.

Jacobsen, D. I. og J. Thorsvik (2016). Motivasjon og ytelse. Hvordan organisasjoner fungerer, Fagbokforlaget: 239-275.

Kelly, A.-M., m. fl. (2007). "Improving emergency department efficiency by patient streaming to outcomes-based teams. Australian Health Review 31, 16-21." Australian Health Review 31: 16-21.

Kim, C. S., m. fl. (2006). "Lean health care: What can hospitals learn from a world-class automaker." Journal of Hospital Medicine 1(3): 191-199.

Kirwan, M., m. fl. (2013). "The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach." International Journal of Nursing Studies 50(2): 253-263.

Krafcik, J. F. (1988). "Triumph of the Lean Production System." Sloan Management Review 30(1).

Kruskal, J. B., m. fl. (2012). "Quality Initiatives: Lean Approach to Improving Performance and Efficiency in a Radiology Department." RadioGraphics 32(2): 573-587.

Kunnskapssenteret, N. k. f. h. (2013). Pasientsikkerhetskampanjen midtveisrapport.

Laursen, M., m. fl. (2003). Applying Lean Thinking in Hospitals - Exploring Implementation Difficulties. 3rd International Conference on the Management of Healthcare and Medical Technology,. Warwick, United Kingdom, United Kingdom, www.hctm.net

Lawal, A. K., m. fl. (2014). "Lean management in health care: definition, concepts, methodology and effects reported (systematic review protocol)." Systematic Reviews 3(1): 103.

Liker, J. K. (2004). The Toyota way : 14 management principles from the world's greatest manufacturer. New York, McGraw-Hill.

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS (2018). "Om oss." Retrieved 29. september, 2018, from <https://www.lids.no/om-oss/>.

McBeth, C. L., m. fl. (2017). "Interprofessional Huddle: One Children's Hospital's Approach to Improving Patient Flow." Pediatric nursing 43(2): 71-76, 95.

Meld. St. 6, H.-o. o. (2017). Stortingsmelding 6 2017-2018: Kvalitet og pasientsikkerhet 2016. H.-o. omsorgsdepartementet. Oslo, www.regjeringen.no.

Meld. St. 10, H.-o. o. (2012). Stortingsmelding 10 2012-2013: God kvalitet - trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. H.-o. omsorgsdepartementet. Oslo, www.regjeringen.no.

Meld. St. 11, H.-o. o. (2014). Stortingsmelding 11 2013-2014: Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. H.-o. omsorgsdepartementet. Oslo, www.regjeringen.no.

Meld. St. 11, H.-o. o. (2018). Stortingsmelding 11 2018-2019: Kvalitet og pasientsikkerhet 2017. H.-o. omsorgsdepartementet. Oslo, www.regjeringen.no.

NSD, N. s. f. f. (2018, 31. august). "NSD Personvern - Informasjon til utvalget." from http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/.

NSD, N. s. f. f. (2018, 03. september). "NSD Personverntjenester - Må jeg melde prosjektet mitt?". from http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html.

NSD, N. s. f. f. (2018, 31. august). "NSD Personverntjenester - Samtykke." from <http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/samtykke.html>.

OECD (2013). Health at a Glance 2013: OECD Indicators.

OECD/EU (2016). OECD Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle. Paris.

Ohno, T. (1988). Toyota production system : beyond large-scale production. New York, Productivity Press.

Poksinska, B. (2010). "The current state of Lean implementation in healthcare: Litterature revie." Qual Manag Health Care **19**(4): 319-329.

Provost, S. M., m. fl. (2015). "Health care huddles: managing complexity to achieve high reliability." Health Care Manage Rev **40**(1): 2-12.

Renolen, Å., m. fl. (2018). "'Keeping on track"—Hospital nurses' struggles with maintaining workflow while seeking to integrate evidence-based practice into their daily work: A grounded theory study." International Journal of Nursing Studies **77**: 179-188.

Rotter, T., m. fl. (2017). "Lean management in health care: effects on patient outcomes, professional practice, and healthcare systems." Cochrane Database of Systematic Reviews(11).

Safeek, Y. M. og Padaco, G.S. (2010). "Red Plan, White Boards, Blue Huddles, & Clear Pathways: Synopsis of a Length of Stay Reduction Strategy." Physician Executive **36**(5): 34-38, 40-41.

Shojania, K. G. og J. M. Grimshaw (2005). "Evidence-Based Quality Improvement: The State Of The Science." Health Affairs **24**(1): 138-150.

Skjellanger, A.-G., m. fl. (2014). Sluttrapport for pasiensikkerhetskampanjen «I trygge hender 24-7», 2011-2013.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). ... Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. www.helsedirektoratet.no.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Helhetlig plan for nasjonale kvalitetsindikatorer. Oslo, Sosial og helsedirektoratet.

Spear, S. (2005). "Fixing Health Care From the Inside, Today." Harvard business review **83**: 78-91.

Spesialisthelsetjenesteloven, L. o. s. m. m., LOV-1999-07-02-61 (1999). from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>.

Statistisk sentralbyrå (2018). "08063: Spesialisthelsetjenesten. Årsverk og sysselsatte, etter utdanning, tjenesteområde, kjønn, alder og helseregion 2008 - 2018." Spesialisthelsetjenesten. Retrieved 11.04, 2019, from <https://www.ssb.no/statbank/table/08063>.

Statistisk sentralbyrå (2018). "Statistikkbanken. Tabell 09548: Spesialisthelsetjenesten. Årsverk, etter tjenesteområde, yrke og helseforetak 2008 - 2018." Statistikkbanken. Tabell 09548: Spesialisthelsetjenesten. Årsverk, etter tjenesteområde, yrke og helseforetak 2008 - 2018. Retrieved 11.04, 2019, from <https://www.ssb.no/statbank/table/09548>.

Statens helsetilsyn (2002). Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten - rapport til Helsedepartementet.

Statistisk sentralbyrå (2019, 22.02.2019). "Befolkning." Retrieved 18.03, 2019, from <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde>.

Torabi, S. A., m. fl. (2018). Lean Healthcare. Operations Research Applications in Health Care Management. C. Kahraman and Y. I. Topcu. Cham, Springer International Publishing: 543-568.

Toussaint, J. S. og L. L. Berry (2013). "The Promise of Lean in Health Care." Mayo Clinic Proceedings **88**(1): 74-82.

Waring, J. J. og S. Bishop (2010). "Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance." Social Science & Medicine **71**(7): 1332-1340.

Womack, J. P. og D. T. Jones (1996). Lean thinking : banish waste and create wealth in your corporation. New York, Simon & Schuster.

Womack, J. P., m. fl. (1990). The Machine That Changed the World, Free Press.

Young, T., m. fl. (2004). "Using industrial processes to improve patient care." BMJ **328**(7432): 162-164.

Young, T. P. and S. I. McClean (2008). "A critical look at Lean Thinking in healthcare." Quality and Safety in Health Care **17**(5): 382.

Appendiks

8 Analyser på helseforetaksnivå

8.1.1 Opplevd effekt på pasientsikkerheten i egen avdeling

Ettersom særlig antallet ledere fra enkelte helseforetak er lavt har vi her valgt å analysere totalpopulasjonen fra hvert helseforetak med både ledere og ikke-ledere samlet. Vi brukte deskriptiv statistikk analyse med krysstabeller og kji-kvadrat test. Det var signifikante forskjeller ($p < 0.001$) mellom helseforetakene når det gjaldt de ansattes vurdering av hvilken effekt tavlemøtene hadde hatt på pasientsikkerheten. De to ytterpunktene er Vestre Viken hvor 57% (36) oppgir stor eller svært stor effekt, mens 37% (18) fra Sykehuset Telemark enten var usikre eller mente at tavlemøtene ikke hadde hatt noen effekt på pasientsikkerheten. Tallene er dog små og bør tolkes med varsomhet.

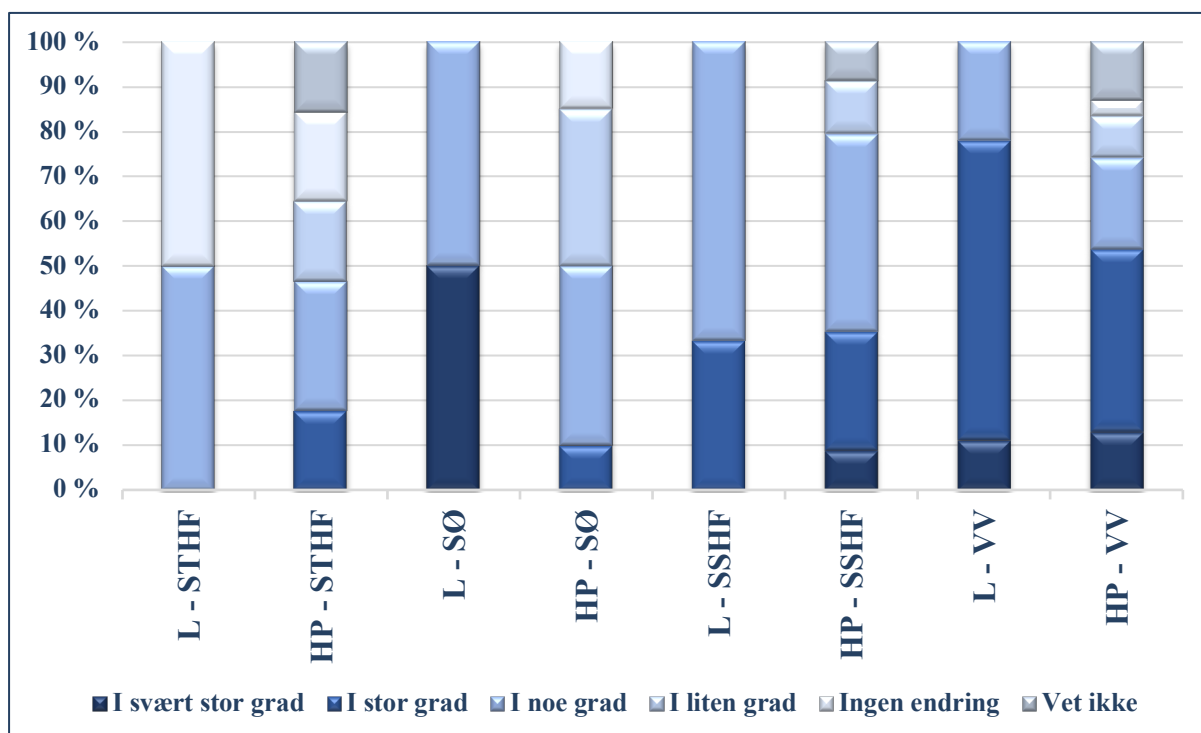
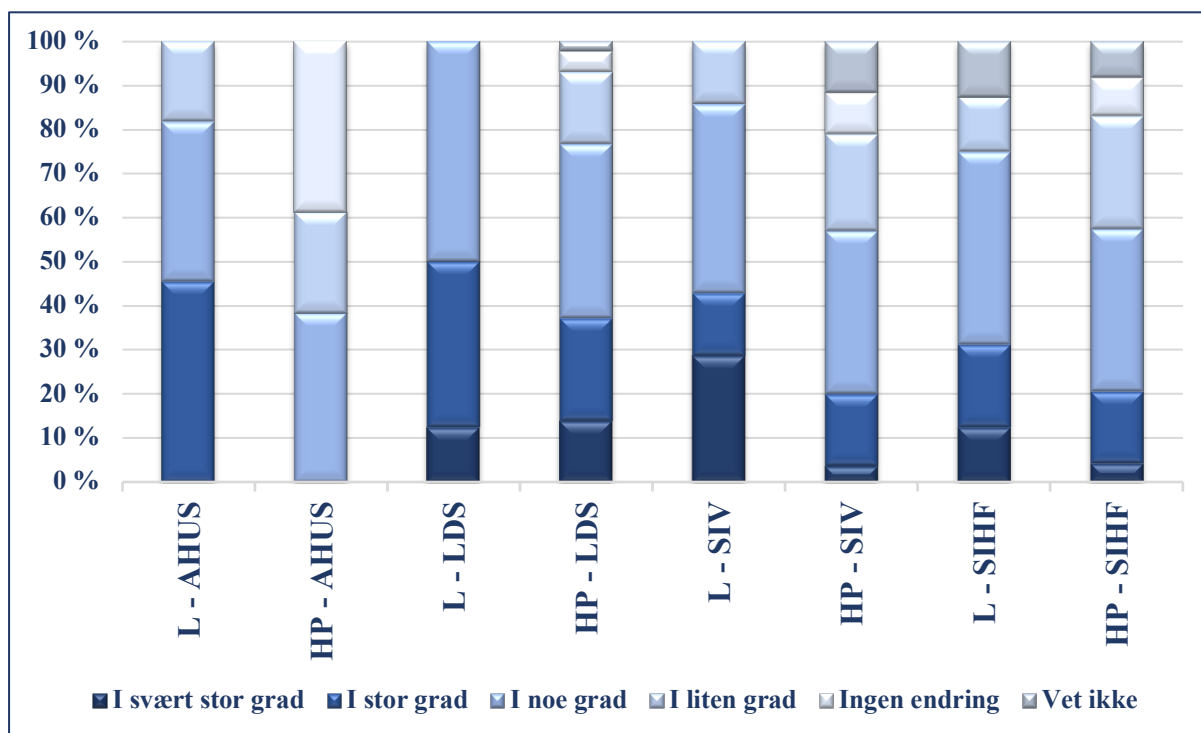
Diagrammet i figur 13 viser at lederne og helsepersonellet ved flertallet av foretakene var relativt godt samstemte i vurderingen av tavlemøtenes effekt på pasientsikkerheten i eget foretak. Ved de fleste foretak ser det ut til at lederne hadde noe større tiltro til effekten enn helsepersonellet. På grunn av små tall, særlig for antallet ledere, har vi ikke signifikantstestet disse resultatene på helseforetaksnivå.

8.1.2 Opplevd effekt på motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid

På samme måte som i analysene om pasientsikkerhet på helseforetaksnivå valgte vi også her å gjøre analysene på totalpopulasjonen med de ansatte fra hvert helseforetak. Vi brukte deskriptiv statistikk analyse med krysstabeller og kji-kvadrat test. Det var en signifikant forskjell ($p = 0.008$) mellom helseforetakene når det gjaldt opplevelsen av om tavlemøter hadde hatt positiv effekt på motivasjonen blant helsepersonell for å utføre pasientsikkerhetsarbeid i egen avdeling. Størst positiv effekt ble opplevd i Vestre Viken hvor 49% (31) oppgir stor effekt, mens det fra Akershus Universitetssykehus bare er 8 % (2) som svarer det samme.

Diagrammet i figur 14 viser at lederne ved flertallet av foretakene ser ut til å ha bedre tro på at tavlemøtene bidrar til å bedre helsepersonellens motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid enn hva ikke-lederne har. På grunn av små tall, særlig for antallet ledere, har vi ikke signifikantstestet disse resultatene på helseforetaksnivå.

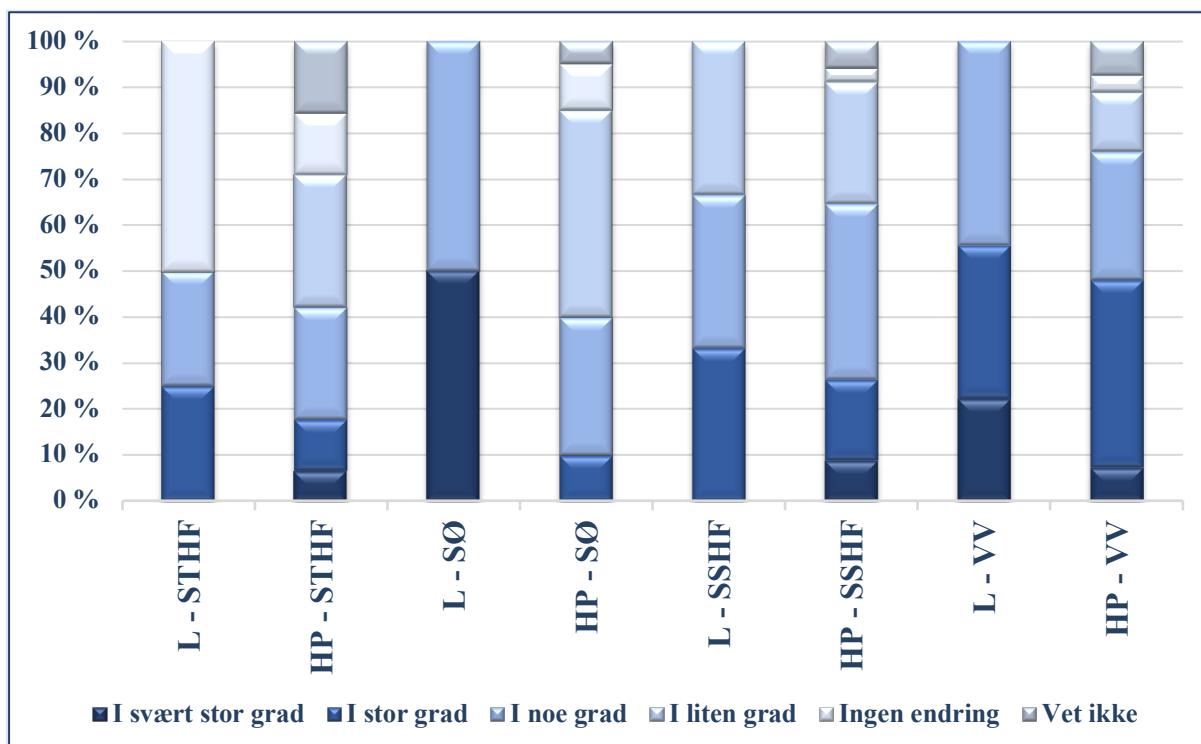
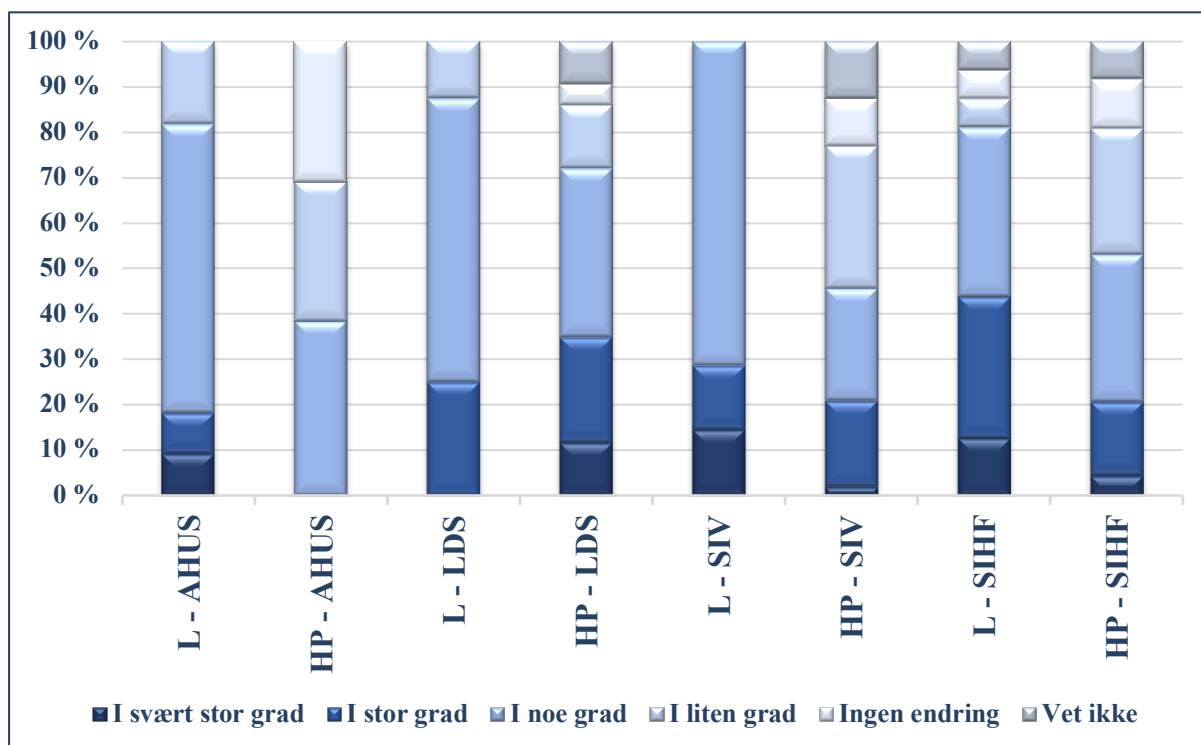
Figur 13. Bedring i pasientsikkerhet per helseforetak²⁵.



Figur 13. Søylediagrammet viser hvordan svarene fra henholdsvis ledere og helsepersonell i hvert helseforetak fordelte seg på spørsmålet om i hvor stor grad pasientsikkerheten i egen seksjon hadde bedret seg etter oppstart av tavlemøter. Søylene merket L viser data fra lederne. Søylene merket HP viser data fra helsepersonellet

²⁵ AHUS - Akershus universitetssykehus, LDS – Lovisenberg Diakonale Sykehus, SIV – Sykehuset i Vestfold, SIHF – Sykehuset Innlandet HF, STHF – Sykehuset Telemark HF, SØ – Sykehuset Østfold, SSHF Sørlandet Sykehus HF, VV – Vestre Viken

Figur 14. Bedring i motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid per helseforetak²⁶.



Figur 14. Søylediagrammet viser fordelingen av svar fra henholdsvis ledere og helsepersonell i hvert helseforetak på spørsmålet om i hvilken grad motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid i egen enhet hadde økt etter oppstart av tavlemøter. Søylen merket L viser data fra lederne. Søylen merket HP viser data fra helsepersonellet.

²⁶ AHUS - Akershus universitetssykehus, LDS – Lovisenberg Diakonale Sykehus, SIV – Sykehuset i Vestfold, SIHF – Sykehuset Innlandet HF, STHF – Sykehuset Telemark HF, SØ – Sykehuset Østfold, SSHF Sørlandet Sykehus HF, VV – Vestre Viken

Begrensninger

Noen helseforetak i Helse Sør-Øst er spredt over flere ulike geografiske lokalisasjoner. Sykehuset Innlandet representerer her en ytterlighet med sine seks²⁷ ulike sykehus; alle med medisinske sengeposter som er inkludert i studien. Vi har valgt å presentere resultatene på foretaksnivå. Det kan imidlertid være forskjeller mellom ulike sykehus i samme foretak og også forskjeller mellom seksjoner på samme sykehus. Vår studie har ikke statistisk styrke til at vi kan presentere pålitelige resultater på sykehus- eller seksjonsnivå.

²⁷ Fra 01.02.2019 er Kongsvinger sykehus underlagt Ahus og ikke lenger en del av Sykehuset Innlandet HF.

Vedlegg 1. Informasjonsskriv til ledere.

Vil du delta i forskningsprosjektet «Tavlemøter i indremedisinske sengeposter: Tidstyv eller kvalitetstid?»

Dette er et spørsmål til deg som leder om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan medisinske sengeposter har organisert sine «tavlemøter» og hvordan slike tavlemøter påvirker helsepersonells motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid i egen avdeling.

Formål:

Gjennom pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» i regi av Helsedirektoratet anbefales tavlemøter med såkalte risikotavler som et verktøy for å bedre pasientsikkerheten i helseinstitusjoner. Hensikten med denne studien er å få mer informasjon om i hvor stor grad slike tavlemøter er innført ved medisinske sengeposter i sykehus i Helse Sør-Øst området og hvordan tavlemøtene er organisert. I tillegg ønsker vi å undersøke om helsepersonell og deres nærmeste ledere opplever at tavlemøter har positiv effekt på pasientsikkerhetsarbeidet i egen seksjon og helsepersonellens motivasjon for slikt arbeid.

Prosjektet er en masteroppgave som ledd i et masterstudium i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo. Anonymiserte data fra studien kan bli brukt i senere vitenskapelige studier. Det kan bli aktuelt å presentere resultatene fra studien for studenter, helsepersonell og helseledere i form av foredrag/undervisning og eventuelt også som en forskningsartikkel i et vitenskapelig tidsskrift.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig for prosjektet er institutt for helse og samfunn, det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Studien gjøres på eget initiativ og det er ingen ekstern oppdragsgiver.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Prosjektet ønsker å samle inn data fra flest mulig indremedisinske sengeposter i Helse Sør-Øst. Via din overordnede avdelingsledelse har vi fått opplysninger om at du er leder for en slik seksjon. Vi har også fått tillatelse til å gjennomføre prosjektet og din kontaktinformasjon.

Hvordan er studien tenkt gjennomført? Studien gjennomføres ved hjelp av to nettbaserte spørreskjemaer som vil bli distribuert via e-post. Et spørreskjema til avdelings-/seksjonsledere ved medisinske sengeposter og et annet spørreskjema til leger og sykepleiere som er tiltenkt å delta i sengepostenes tavlemøter.

Hva innebærer deltakelse i studien for deg som avdelings-/seksjonsleder?

Hvis du velger å delta i prosjektet vil du motta en link via e-post til et nettbasert spørreskjema hvor ditt samtykke til å delta og dine øvrige svar vil bli registrert elektronisk. I tillegg til innledende spørsmål om arbeidssted og utdanning inneholder skjemaet spørsmål om den

praktiske organiseringen av slike tavlemøter ved din seksjon, valg av risikoparametre, gjennomføringsgrad, medgått tid og hvordan du opplever at tavlemøtene har påvirket pasientsikkerheten i din seksjon og motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid hos helsepersonellet ved seksjonen. Det vil ta ca. 15 minutter å fylle ut dette skjemaet.

I tillegg ber vi om tillatelse til å gjennomføre en spørreundersøkelse blant leger og sykepleiere ved din seksjon som deltar, eller skulle ha deltatt, i et eller flere tavlemøter ved seksjonen i løpet av en gitt uke i oktober eller november måned i 2018. Vi ber samtidig om hjelp til å videresende informasjonsskriv om denne studien via mail til de aktuelle medarbeiderne med kopi tilbake til studieledelsen. Medarbeiderne vil så få tilsendt en link via e-post hvor de kan gi sitt samtykke før de besvarer spørreskjemaet.

Frivillig deltakelse. Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personregelverket. Kontaktinformasjon vil kun bli brukt til studierelaterte formål som å registrere svarprosent og gi mulighet til å sende ut en påminnelse om å besvare spørreskjemaet. Det er bare studenten og veileder som vil ha tilgang til kontaktopplysningene.

Alle data innsamles og oppbevares via Nettskjema som er et verktøy for utforming og gjennomføring av spørreundersøkelser og datainnsamling på nett for universitets- og høyskolesektoren. Nettskjema driftes av Universitetets senter for informasjonsteknologi (USIT) ved UiO og er tilrettelagt for å tilfredsstille norske krav til personvern. I Nettskjema lagres e-post adressen og tidspunkt for når besvarelsen er levert. Data vil bli analysert anonymt og det vil ikke være mulig å gjenfinne den enkelte deltakers svar i resultatene. Det er aktuelt å undersøke om det kan påvises likheter eller forskjeller på foretaksnivå og også på sykehusnivå hvis svarprosenten tillater det. I den publiserte studien vil de enkelte seksjoner ikke kunne gjenkjennes ut fra teksten.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2019. Alle person- og kontaktopplysninger vil da bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Oslo ved Yvonne Christine Hagen, tlf. 916 070 61, e-post: y.c.hagen@studmed.uio.no (student)
- Universitetet i Oslo ved Sverre Grepperud, e-post: sverre.grepperud@medisin.uio.no (veileder)
- Personvernombudet i ditt helseforetak
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, e-post: personverntjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sverre Grepperud
Prosjektansvarlig
Veileder

Yvonne Christine Hagen
Student

Vedlegg 2. Informasjonsskriv til helsepersonell

Vil du delta i forskningsprosjektet «Tavlemøter i indremedisinske sengeposter: Tidstyv eller kvalitetstid?»

Dette er et spørsmål til deg som helsepersonell om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan medisinske sengeposter har organisert sine «tavlemøter» og hvordan slike tavlemøter påvirker helsepersonells motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid i egen avdeling.

Formål:

Gjennom pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» i regi av Helsedirektoratet anbefales tavlemøter med såkalte risikotavler som et verktøy for å bedre pasientsikkerheten i helseinstitusjoner. Hensikten med denne studien er å få mer informasjon om i hvor stor grad slike tavlemøter er innført ved medisinske sengeposter i sykehus i Helse Sør-Øst området og hvordan tavlemøtene er organisert. I tillegg ønsker vi å undersøke om helsepersonell og deres nærmeste ledere opplever at tavlemøter har positiv effekt på pasientsikkerhetsarbeidet i egen seksjon og helsepersonellens motivasjon for slikt arbeid.

Prosjektet er en masteroppgave som ledd i et masterstudium i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo. Anonymiserte data fra studien kan bli brukt i senere vitenskapelige studier. Det kan bli aktuelt å presentere resultatene fra studien for studenter, helsepersonell og helseledere i form av foredrag/undervisning og eventuelt også som en forskningsartikkel i et vitenskapelig tidsskrift.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig for prosjektet er institutt for helse og samfunn, det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Studien gjøres på eget initiativ og det er ingen ekstern oppdragsgiver.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Prosjektet ønsker å samle inn data fra flest mulig indremedisinske sengeposter i Helse Sør-Øst. Via din avdelings- eller seksjonsleder har vi fått informasjon om at du arbeider ved en seksjon som har sagt ja til å være med i dette prosjektet. Vi har også fått din kontaktinformasjon og tillatelse til å gjennomføre prosjektet og kontakte deg.

Hvordan er studien tenkt gjennomført? Studien gjennomføres ved hjelp av to nettbaserte spørreskjemaer som vil bli distribuert via e-post. Et spørreskjema til avdelings-/seksjonsledere ved medisinske sengeposter og et annet spørreskjema til leger og sykepleiere som er tiltenkt å delta i sengepostenes tavlemøter.

Hva innebærer deltakelse i studien for deg som er helsepersonell? Dersom din avdelings- eller seksjonsleder på forhånd har samtykket til at seksjonen kan delta i denne studien vil du

fra leder ha fått videresendt en mail vedlagt dette informasjonsskriv om studien. Etter kort tid vil du motta en invitasjon via e-post til et nettbasert spørreskjema hvor ditt samtykke til å delta og dine øvrige svar vil bli registrert elektronisk. I tillegg til innledende spørsmål om arbeidssted og utdanning inneholder skjemaet spørsmål om den praktiske organiseringen av tavlemøter ved din seksjon, valg av risikoparametre, gjennomføringsgrad og tidsforbruk. I tillegg vil vi spørre om hvordan du opplever at tavlemøtene har påvirket pasientsikkerheten i din seksjon og motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid hos helsepersonellet ved seksjonen. Det vil ta ca. 15 minutter å fylle ut dette skjemaet.

Frivillig deltakelse.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personregelverket. Kontaktinformasjon vil kun bli brukt til studierelaterte formål som å registrere svarprosent og gi mulighet til å sende ut en påminnelse om å besvare spørreskjemaet. Det er bare studenten og veileder som vil ha tilgang til kontaktopplysningene.

Alle data innsamles og oppbevares via Nettskjema som er et verktøy for utforming og gjennomføring av spørreundersøkelser og datainnsamling på nett for universitets- og høyskolesektoren. Nettskjema driftes av Universitetets senter for informasjonsteknologi (USIT) ved UiO og er tilrettelagt for å tilfredsstille norske krav til personvern. I Nettskjema lagres e-post adressen og tidspunkt for når besvarelsen er levert. Data vil bli analysert anonymt og det vil ikke være mulig å gjenfinne den enkelte deltakers svar i resultatene. Det er aktuelt å undersøke om det kan påvises likheter eller forskjeller på foretaksnivå og også på sykehusnivå hvis svarprosenten tillater det. I den publiserte studien vil de enkelte seksjoner ikke kunne gjenkjennes ut fra teksten.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2019. Alle person- og kontaktopplysninger vil da bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Oslo ved Yvonne Christine Hagen, tlf. 916 070 61, e-post: y.c.hagen@studmed.uio.no (student)
- Universitetet i Oslo ved Sverre Grepperud, e-post: sverre.grepperud@medisin.uio.no (veileder)
- Personvernombudet i ditt helseforetak
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, e-post: personverntjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sverre Grepperud
Prosjektansvarlig
Veileder

Yvonne Christine Hagen
Student

Vedlegg 3. Spørreskjema til ledere

Spørreskjema til ledere. Organisering og nytteeffekt av tavlemøter ved medisinske sengeposter i HSØ.

Side 1

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Tavlemøter i indremedisinske sengeposter: Tidstyv eller kvalitetstid?»

Prosjektet er en masteroppgave som ledd i et masterstudium i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo.

Denne spørreundersøkelsen sendes ut til ledere ved indremedisinske sengeposter ved sykehus i Helse Sør-Øst området.

Formålet med undersøkelsen er å få mer informasjon om i hvor stor grad risikotavler og tavlemøter er innført ved medisinske sengeposter i sykehus i Helse Sør-Øst området, og hvordan disse tavlemøtene er organisert. I tillegg ønsker vi å undersøke om helsepersonell og deres nærmeste ledere opplever at tavlemøter har positiv effekt på pasientsikkerhetsarbeidet i egen seksjon og helsepersonellens motivasjon for slikt arbeid.

Som ledd i samme undersøkelse vil også leger og sykepleiere ved din seksjon bli invitert til å delta i undersøkelsen ved å svare på et eget spørreskjema for helsepersonell.

Alle svar vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert. Opplysninger om seksjon vil kun bli brukt for å kunne sammenlikne svar fra ledere og helsepersonell ved samme avdeling. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne den enkelte seksjon i den ferdige rapporten. Viser ellers til mer utførlig informasjon om prosjektet som du skal ha fått tilsendt på mail i forkant.

Ta gjerne kontakt med oss dersom du har noen spørsmål.

Samtykkeerklæring

Ved å krysse av nedenfor bekrefter du følgende:

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "Tavlemøter i indremedisinske sengeposter: Tidstyv eller kvalitetstid?" og fått mulighet til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i denne spørreundersøkelsen *

Du samtykker også til at dine opplysninger kan behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca juni 2019. Etter dette vil alle kontaktopplysninger blir slettet.

- Ja
- Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jeg samtykker til å delta i denne spørreundersøkelsen»: Nei

Takk for at du tok deg tid til å svare!

Uten ditt samtykke kan vi ikke gå videre med spørreskjemaet.

Side 2

Del 1 (av 5): Bakgrunnsinformasjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jeg samtykker til å delta i denne spørreundersøkelsen»: Ja

Hvilket helseforetak arbeider du i? *

- Akershus universitetssykehus
- Lovisenberg Diakonale sykehus
- Sykehuset i Vestfold
- Sykehuset Innlandet
- Sykehuset Telemark
- Sykehuset Østfold
- Sørlandet Sykehus
- Vestre Viken

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Akershus universitetssykehus

Hvilken seksjon er du leder for? *

Dersom du er leder for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Fordøysessykdommer og lungesykdommer S304
- Geriatri NN01
- Hjertesykdommer S403
- Infeksjonssykdommer S402
- Lungesykdommer S404
- Nevrologi generell og endokrinologi S203
- Nevrologi slag S103
- Nyresykdommer og hjertesykdommer S303
- Nevrologisk rehabilitering
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Lovisenberg Diakonale sykehus

Hvilken seksjon er du leder for? *

Dersom du er leder for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Post 6 - Infeksjon og gastro
- Post 7 - Lunge, hematologi og onkologi
- Post 8 - Hjerte, slag og akutt geriatri
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Sykehuset i Vestfold

Hvilken seksjon er du leder for? *

Dersom du er leder for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Medisin 2C Gastro-Nyre-Hormon
- Medisin 3C Nevrologi-Geriatri
- Medisin 5A Lunge
- Medisin 5BC Hjerte
- Medisin 7C Infeksjon-Hematologi
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Sykehuset Innlandet

Hvilket sykehus arbeider du ved? *

Hvis du arbeider ved flere sykehus ber vi om at du angir det sykehuset som er hovedarbeidsstedet.

- SI Elverum
- SI Gjøvik
- SI Hamar
- SI Kongsvinger
- SI Lillehammer
- SI Tynset

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket sykehus arbeider du ved?»: SI Elverum

Hvilken seksjon er du leder for? *

Dersom du er leder for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Medisinsk post E1
- Medisinsk post E2
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket sykehus arbeider du ved?»: SI Gjøvik

Hvilken seksjon er du leder for? *

Dersom du er leder for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Sengepost 2AB
- Sengepost 2E
- Sengepost 1E
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket sykehus arbeider du ved?»: SI Lillehammer

Hvilken seksjon er du leder for? *

Dersom du er leder for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- LM03 Medisin 11A
- LM02 Medisin 11B
- LINF Infeksjon 9A
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Sykehuset Telemark

Hvilket sykehus arbeider du ved? *

Hvis du arbeider ved flere sykehus ber vi om at du angir det sykehuset som er hovedarbeidsstedet.

- Skien

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket sykehus arbeider du ved?»: Skien

Hvilken seksjon er du leder for? *

Dersom du er leder for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Avdeling A: Medisin sengepost 3- hjerte/nyre/hormonsykdommer
- Avdeling B: Medisin sengepost - lunge/geriatri
- Avdeling B: Medisin sengepost - infeksjon/mage-tarm
- Blod/kreftsykdommer sengepost
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Sykehuset Østfold

Hvilken seksjon er du leder for? *

Dersom du er leder for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Døgnområde 1 hjertemedisin
- Døgnområde 2 infeksjon
- Døgnområde 3 lungemedisin
- Døgnområde 9 gastro - og nyremedisin
- Døgnområde 9 geriatri
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Sørlandet Sykehus

Hvilket sykehus arbeider du ved? *

Hvis du arbeider ved flere sykehus ber vi om at du angir det sykehuset som er hovedarbeidsstedet.

- Sørlandet sykehus Flekkefjord
- Sørlandet sykehus Kristiansand

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket sykehus arbeider du ved?»: Sørlandet sykehus Kristiansand

Hvilken seksjon er du leder for? *

Dersom du er leder for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Infeksjonsposten 1E
- Medisinsk sengepost 1D
- Medisinsk sengepost 2A
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Vestre Viken

Hvilket sykehus arbeider du ved? *

Hvis du arbeider ved flere sykehus ber vi om at du angir det sykehuset som er hovedarbeidsstedet.

- Bærum sykehus
- Kongsberg sykehus

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket sykehus arbeider du ved?»: Bærum sykehus

Hvilken seksjon er du leder for? *

Dersom du er leder for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Geriatri, slag og rehabilitering, sengepost
- Hjerte- og lungemedisinsk seksjon, sengepost
- Infeksjonsmedisinsk seksjon, sengepost
- Medisinsk observasjonspost
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket sykehus arbeider du ved?»: Kongsberg sykehus

Hvilken seksjon er du leder for? *

Dersom du er leder for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Medisinsk sengepost 2
- Medisinsk sengepost 3
- Ønsker ikke å angi seksjon

Side 3

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jeg samtykker til å delta i denne spørreundersøkelsen»: Ja

Hvilken profesjonsutdanning har du? *

- Sykepleier
- Lege
- Annet

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilken profesjonsutdanning har du?»: Annet

Vennligst angi annen utdanning med stikkord: *

For eksempel hjelpepleier, vernepleier, jordmor, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, økonom, jurist e. l.



Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jeg samtykker til å delta i denne spørreundersøkelsen»: Ja

Hvilket kjønn er du? *

- Kvinne
- Mann
- Ønsker ikke å svare

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jeg samtykker til å delta i denne spørreundersøkelsen»: Ja

Hvilken alder har du? *

- 18-24 år
- 25-34 år
- 35-44 år
- 45-54 år
- 55-64 år
- 65 eller mer
- Ønsker ikke svare

Side 4

Del 2 (av 5). Generelt om bruk av risikotavler ved din seksjon.

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jeg samtykker til å delta i denne spørreundersøkelsen»: Ja

Er du kjent med begrepene risikotavler og tavlemøter slik de beskrives i pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24/7" fra Helsedirektoratet? *

Kryss av for ja dersom du kjenner til begrepene og mener du har en forståelse av hva de innebærer.

- Ja
- Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jeg samtykker til å delta i denne spørreundersøkelsen»: Ja

Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder? *

Svar ja dersom seksjonen har en slik tavle på plass, også selv om den ikke er i daglig bruk.

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Vet ikke, Nei

Takk for at du tok deg tid til å svare på denne undersøkelsen!

Side 5

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Hvilken type tavle har din seksjon? *

- Elektronisk tavle
- Manuell tavle med markering ved hjelp av tusj, magneter, tape eller liknende

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Hvor lenge er det siden din seksjon startet med tavlemøter? *

Angi et estimat dersom du er usikker.

- Mindre enn 6 måneder
- 6-12 måneder
- 1 til 3 år
- Mer enn 3 år

Del 3 (av 5). Måleparametre på risikotavlen.

En måleparameter, eller risikoparameter, er en parameter som registreres for hver pasient på en risikotavle. Det kan for eksempel være om pasienten har innlagt blærekateter, planlagt utskrivingsdato, opplysning om legemiddellisten er samstemt, om pasienten bruker bredspektret antibiotika eller liknende. Hvilke parametere som brukes kan variere fra seksjon til seksjon.

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Hvor mange måleparametre er det per pasient på deres risikotavle? *

- 1-3 ulike parametre
- 4-6 ulike parametre
- 7-9 ulike parametre
- 10 eller flere ulike parametre
- Vet ikke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Hvem har bestemt hvilke måleparametere som skal brukes på risikotavlen ved din seksjon? *

Kryss av for "overordnet føring" dersom måleparameterne er bestemt av ekstern enhet (f. eks. fagavdeling i sykehuset) eller leder på nivå over seksjonsleder.

Kryss av for "bestemt lokalt i seksjonen" dersom måleparameterne er bestemt av seksjonsleder og/eller helsepersonellet ved seksjonen.

Kryss av for "både og" dersom noen parametere er overordnet bestemt og noen er bestemt lokalt.

- Overordnet føring
- Bestemt lokalt i seksjonen
- Både og
- Vet ikke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Vennligst angi i stikkordsform de ulike måleparametrene som er på deres risikotavle akkurat nå? *

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Har det vært noen utskifting av måleparameterne på risikotavlen ved din seksjon siden oppstart? *

Kryss av for nei hvis det har vært de samme måleparameterne siden oppstart.

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har det vært noen utskifting av måleparameterne på risikotavlen ved din seksjon siden oppstart?»: Ja

Hvilke kriterier blir lagt til grunn ved utskifting av måleparametre? *

Kryss av for "Ikke lenger behov for å følge denne risikoparameteren" hvis måleparameteren er byttet fordi man har oppnådd ønsket effekt, f. eks med øket fokus blant helsepersonell på denne risikofaktoren eller dokumentert redusert risiko på et område.

- Ikke lenger behov for å følge denne risikoparameteren
- Planlagt bytte av parameter(e) etter forutbestemt tidsrom
- Annet
- Vet ikke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

**Ingen
sammenheng** **I
liten
grad** **I
noen
grad** **I
stor
grad** **I
svært
stor
grad** **Vet
ikke**

I hvor stor grad opplever du at måleparameterne som er i bruk på deres risikotavle er representative for eventuelle pasientsikkerhetsutfordringer ved din seksjon? *

Del 4 (av 5). Tidsbruk og gjennomføring av tavlemøter

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Hvilke dager er det bestemt at tavlemøtet skal gjennomføres? *

Kryss av for "Når det er tid" dersom det gjøres en skjønnsmessig vurdering om tavlemøtet skal gjennomføres.

Kryss av for "Ved behov" dersom tavlemøtet gjennomføres ved spesielle situasjoner som f. eks. full avdeling, spesielt mange ressurskrevende pasienter eller liknende.

- Alle dager (inkludert helg- og helligdager)
- Hverdager
- Når det er tid
- Ved behov
- Annet

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Hvor ofte gjennomføres anslagsvis tavlemøter i praksis ved din seksjon? *

Angi et snitt for de siste 4 ukene.

Dersom din seksjon har flere tavlemøter angir du svaret for det tavlemøtet som gjennomføres oftest.

- 5 dager per uke eller mer
- 3-4 dager per uke
- 1-2 dager per uke
- Sjeldnere enn en dag per uke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Hvordan kom du frem til svaret på foregående spørsmål? *

- Skjønnsmessig estimat
- Basert på registreringer gjort i egen seksjon
- Annet

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Har tavlemøtet et fast tidspunkt? *

Kryss av for ja om det er bestemt at tavlemøtet skal gjennomføres enten på et fast klokkeslett, eller på et bestemt tidspunkt i dagsplanen (f. eks. før previsitt, etter lunsj, rett etter vaktskiftet osv.)

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Hvor lang tid er satt av til gjennomføring av tavlemøtet? *

Angi hvor lang tid tavlemøtet på en pasientgruppe er tenkt å ta, ikke hvor lang tid det faktisk tar.

Dersom din seksjon har flere tavlemøter angir du svaret for det tavlemøtet som er anslått å ta lengst tid.

- 0-10 minutter
- 10-20 minutter
- 20-30 minutter
- Mer enn 30 minutter

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Hvor mange pasienter gjennomgås i snitt per tavlemøte? *

Angi et estimert gjennomsnitt for de siste 4 ukene.

Dersom din seksjon har flere tavlemøter angir du svaret for det tavlemøtet som har flest pasienter.

- 0-5 pasienter
- 6-10 pasienter
- 11-15 pasienter
- 16 pasienter eller flere
- Vet ikke

Del 5 (av 5). Personalets deltakelse og utbytte av tavlemøtene

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Hvilke yrkesgrupper er tiltenkt å delta i seksjonens tavlemøter? *

Kryss av for alle de yrkesgruppene som etter planen skal delta på tavlemøtet, uavhengig av om de faktisk deltar eller ikke.

Med "annet helsepersonell" menes alle typer helsepersonell slik de er definert i helsepersonelloven (bl. a. fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, vernepleiere, hjelpepleiere, logopeder, helsesekretærer og studenter i disse fagene).

- Leger
- Sykepleiere
- Annet helsepersonell

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

	Sjelden eller aldri	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Som oftest	Ikke relevant
I hvor stor grad har du inntrykk av at legene deltar på tavlemøtene når de holdes? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvor stor grad har du inntrykk av at sykepleierne deltar på tavlemøtene når de holdes? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvor stor grad har du inntrykk av at annet helsepersonell deltar på tavlemøtene når de holdes? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

	Ingen endring	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
I hvilken grad opplever du at tavlemøtene har bedret pasientsikkerheten ved din seksjon? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad opplever du at tavlemøtene har bedret motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid i den samlede personellgruppa ved din seksjon? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad opplever du at tavlemøtene har bedret motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid blant legene ved din seksjon? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad opplever du at tavlemøtene har bedret motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid blant sykepleierne ved din seksjon? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad opplever du at tavlemøtene har bedret din egen motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Gjøres det en regelmessig evaluering av hvilken effekt tavlemøtene har på pasientsikkerheten ved din seksjon? *

Kryss av på ja dersom dere følger med på om en risiko/måleparameter endres over tid (f. eks. bedret legemiddelsamstemming, færre pasienter med blærekateter, flere pasienter med tidlig utskrivelse o.l.).

Kryss av på ja dersom dere følger med på om pasientsikkerheten ved seksjonen bedres over tid (f. eks. reduksjon av sykehuservervede infeksjoner, reduksjon i fall o.l.)

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Gjøres det en regelmessig evaluering av hvilken effekt tavlemøtene har på pasientsikkerheten ved din seksjon?»: Ja

Blir disse resultatene presentert for helsepersonellet ved seksjonen? *

Slik presentasjon kan være oppslag med plakater/skriv som er synlig for de ansatte, markering av resultater direkte på tavlen, formidling av resultater til de ansatte via møter, mail eller liknende.

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Gjøres det systematisk en vurdering/evaluering av kost-nytte effekten av tavlemøter ved din seksjon? *

En vurdering av kost-nytte effekt i denne sammenhengen vil f. eks. være å vurdere om helsepersonellets samlede tidsforbruk ved tavlemøter gir tilstrekkelig gevinst i form av redusert tidsforbruk på andre oppgaver eller bedring av pasientsikkerheten i avdelingen.

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Bruker du selv tavlen aktivt i ditt daglige arbeid utenom tavlemøtene? *

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Vil du etter en samlet vurdering anbefale andre indremedisinske seksjoner å innføre risikotavler og tavlemøter? *

- Ja
- Nei
- Vet ikk

Side 9

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du leder?»: Ja

Takk for at du tok deg tid til å svare på denne undersøkelsen!

Vedlegg 4. Spørreskjema til helsepersonell

Spørreskjema til helsepersonell. Opplevd nytteeffekt av tavlemøter ved medisinske sengeposter i HSØ.

Side 1

Vil du delta i forskningsprosjektet «Tavlemøter i indremedisinske sengeposter: Tidstyv eller kvalitetstid?»

Prosjektet er en masteroppgave som ledd i et masterstudium i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo.

Denne spørreundersøkelsen sendes ut til leger og sykepleiere som arbeider i indremedisinske sengeposter ved sykehus i Helse Sør-Øst området.

Formålet med undersøkelsen er å få mer informasjon om i hvor stor grad risikotavler og tavlemøter er innført ved medisinske sengeposter i sykehus i Helse Sør-Øst området, og hvordan disse tavlemøtene er organisert. I tillegg ønsker vi å undersøke om helsepersonell og deres nærmeste ledere opplever at tavlemøter har positiv effekt på pasientsikkerhetsarbeidet i egen seksjon og helsepersonellens motivasjon for slikt arbeid.

Som ledd i samme undersøkelse vil også lederne ved sengepostene bli invitert til å delta i undersøkelsen ved å svare på et eget spørreskjema for ledere.

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert. Opplysninger om sengepost vil kun bli brukt for å kunne se på i hvor stor grad helsepersonells opplevelser av tidsbruk og nytteeffekt av tavlemøtene samsvarer med ledernes oppfatninger. Ditt svar vil bli registrert anonymt uten tilknytning til din e-post adresse og er kun tilgjengelig for studieledelsen. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne den enkelte sengeposten i den endelige rapporten. Viser ellers til mer utførlig informasjon om prosjektet som du skal ha fått tilsendt på mail i forkant.

Ta gjerne kontakt med oss dersom du har noen spørsmål.

Samtykkeerklæring

Ved å krysse av nedenfor bekrefter du følgende:

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "Tavlemøter i indremedisinske sengeposter: Tidstyv eller kvalitetstid?" og fått mulighet til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i denne undersøkelsen *

Du samtykker også til at dine opplysninger kan behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2019. Etter dette vil alle kontaktopplysninger bli slettet.

- Ja
- Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jeg samtykker til å delta i denne undersøkelsen»: Nei

Takk for at du tok deg tid til å svare!

Uten ditt samtykke kan vi ikke gå videre med undersøkelsen.

Side 2

Del 1 (av 5): Bakgrunnsinformasjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jeg samtykker til å delta i denne undersøkelsen»: Ja

Hvilket helseforetak arbeider du i? *

- Akershus universitetssykehus
- Lovisenberg Diakonale sykehus
- Sykehuset i Vestfold
- Sykehuset Innlandet
- Sykehuset Telemark
- Sykehuset Østfold
- Sørlandet Sykehus
- Vestre Viken

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Akershus universitetssykehus

Hvilken seksjon arbeider du ved? *

Dersom du arbeider ved for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Fordøyelsessykdommer og lungesykdommer S304
- Geriatri NN01
- Hjertesykdommer S403
- Infeksjonssykdommer S402
- Lungesykdommer S404
- Nevrologi generell og endokrinologi S203
- Nevrologi slag S103
- Nyresykdommer og hjertesykdommer S303
- Nevrologisk rehabilitering
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Lovisenberg Diakonale sykehus

Hvilken seksjon arbeider du ved? *

Dersom du arbeider ved flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Post 6 - Infeksjon og gastro
- Post 7 - Lunge, hematologi og onkologi
- Post 8 - Hjerte, slag og akutt geriatri
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Sykehuset i Vestfold

Hvilken seksjon arbeider du ved? *

Dersom du arbeider ved for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Medisin 2C Gastro-Nyre- Hormon
- Medisin 3C Nevrologi-Geriatri
- Medisin 5A Lunge
- Medisin 5BC Hjerte
- Medisin 7C Infeksjon-Hematologi
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Sykehuset Innlandet

Hvilket sykehus arbeider du ved? *

Hvis du arbeider ved flere sykehus ber vi om at du angir det sykehuset som er hovedarbeidsstedet.

- SI Elverum
- SI Gjøvik
- SI Hamar
- SI Kongsvinger
- SI Lillehammer
- SI Tynset

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket sykehus arbeider du ved?»: SI Elverum

Hvilken seksjon arbeider du ved? *

Dersom du arbeider ved for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Medisinsk post E1
- Medisinsk post E2
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket sykehus arbeider du ved?»: SI Gjøvik

Hvilken seksjon arbeider du ved? *

Dersom du arbeider ved for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Sengepost 2AB
- Sengepost 2E
- Sengepost 1E
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket sykehus arbeider du ved?»: SI Lillehammer

Hvilken seksjon arbeider du ved? *

Dersom du arbeider ved for flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- LM03 Medisin 11A
- LM02 Medisin 11B
- LINF Infeksjon 9A
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Sykehuset Telemark

Hvilket sykehus arbeider du ved? *

Hvis du arbeider ved flere sykehus ber vi om at du angir det sykehuset som er hovedarbeidsstedet.

- Skien

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket sykehus arbeider du ved?»: Skien

Hvilken seksjon arbeider du ved? *

Dersom du arbeider ved flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Avdeling A: Medisin sengepost 3 - hjerte-/nyre-/hormonsykdommer
- Avdeling B: Medisin sengepost - lunge/geriatri
- Avdeling B: Medisin sengepost - infeksjon/mage-tarm
- Blod-/kreftsykdommer sengepost
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Sykehuset Østfold

Hvilken seksjon arbeider du ved? *

Dersom du arbeider ved flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Døgnområde 1 hjertemedisin
- Døgnområde 2 infeksjon
- Døgnområde 3 lungemedisin
- Døgnområde 9 gastro-/nyremedisin
- Døgnområde 9 geriatri
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Sørlandet Sykehus

Hvilket sykehus arbeider du ved? *

Hvis du arbeider ved flere sykehus ber vi om at du angir det sykehuset som er hovedarbeidsstedet.

- Sørlandet sykehus Flekkefjord
- Sørlandet sykehus Kristiansand

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket sykehus arbeider du ved?»: Sørlandet sykehus Kristiansand

Hvilken seksjon arbeider du ved? *

Dersom du arbeider ved flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Infeksjonsposten 1E
- Medisinsk sengepost 1D
- Medisinsk sengepost 2A
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket helseforetak arbeider du i?»: Vestre Viken

Hvilket sykehus arbeider du ved? *

Hvis du arbeider ved flere sykehus ber vi om at du angir det sykehuset som er hovedarbeidsstedet.

- Bærum sykehus
- Kongsberg sykehus

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket sykehus arbeider du ved?»: Bærum sykehus

Hvilken seksjon arbeider du ved? *

Dersom du arbeider ved flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet.

- Geriatri, slag og rehabilitering, sengepost
- Hjerte- og lungemedisinsk seksjon, sengepost
- Infeksjonsmedisinsk seksjon, sengepost
- Medisinsk observasjonspost
- Ønsker ikke å angi seksjon

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvilket sykehus arbeider du ved?»: Kongsberg sykehus

Hvilken seksjon arbeider du ved? *

Dersom du arbeider ved flere seksjoner ber vi om at du angir den seksjonen du besvarer på vegne av videre i spørreskjemaet

- Medisinsk sengepost 2
- Medisinsk sengepost 3
- Ønsker ikke å angi seksjon

Side 3

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jeg samtykker til å delta i denne undersøkelsen»: Ja

Hvilken profesjonsutdanning har du? *

- Sykepleier
- Lege

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jeg samtykker til å delta i denne undersøkelsen»: Ja

Hvilket kjønn er du? *

- Kvinne
- Mann
- Ønsker ikke å svare

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jeg samtykker til å delta i denne undersøkelsen»: Ja

Hvilken alder har du? *

- 18-24 år
- 25-34 år
- 35-44 år
- 45-54 år
- 55-64 år
- 65 eller mer
- Ønsker ikke svare

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jeg samtykker til å delta i denne undersøkelsen»: Ja

Hvor mange år er det siden du var ferdig med ditt profesjonsstudium? *

Leger bes angi når de var ferdig med studiet, ikke når de var ferdige med turnustjenesten.

- 0-3 år
- 3-5 år
- 6-10 år
- 11-20 år
- Mer enn 20 år

Side 4

Del 2 (av 5). Generelt om bruk av risikotavler ved din seksjon.

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jeg samtykker til å delta i denne undersøkelsen»: Ja

Er du kjent med begrepene risikotavler og tavlemøter slik de beskrives i pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24/7" fra Helsedirektoratet? *

Kryss av for ja dersom du kjenner til begrepene og mener du har en forståelse av hva de innebærer.

- Ja
- Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jeg samtykker til å delta i denne undersøkelsen»: Ja

Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i? *

Svar ja dersom seksjonen har en slik tavle på plass, også selv om den ikke er i daglig bruk.

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Side 5

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Vet ikke, Nei

Takk for at du tok deg tid til å svare på denne undersøkelsen!

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

Hvor lenge er det siden din seksjon startet med tavlemøter? *

Angi et estimat dersom du er usikker.

- Mindre enn 6 måneder
- 3-12 måneder
- 1 til 3 år
- Mer enn 3 år

Del 3 (av 5). Måleparametre på risikotavlen.

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

En måleparameter, eller risikoparameter, er en parameter som registreres for hver pasient på en risikotavle. Det kan for eksempel være om pasienten har innlagt blærekateter, planlagt utskrivingsdato, opplysning om legemiddellisten er samstemt, om pasienten bruker bredspektret antibiotika eller liknende. Hvilke parametere som brukes kan variere fra seksjon til seksjon.

Hvor mange måleparametre er det per pasient på deres risikotavle? *

- 1-3 ulike parametre
- 4-6 ulike parametre
- 7-9 ulike parametre
- 10 eller flere ulike parametre
- Vet ikke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

Hvem har bestemt hvilke måleparametre som skal brukes på risikotavlen ved din seksjon? *

Kryss av for "overordnet føring" dersom måleparameterne er bestemt av ekstern enhet (f. eks. fagavdeling i sykehuset) eller leder på nivå over seksjonsleder. Kryss av for "bestemt lokalt i seksjonen" dersom måleparameterne er bestemt av seksjonsleder og/eller helsepersonellet ved seksjonen. Kryss av for "både og" dersom noen parametere er overordnet bestemt og noen er bestemt lokalt.

- Overordnet føring
- Bestemt lokalt i seksjonen
- Både og
- Vet ikke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvem har bestemt hvilke måleparametere som skal brukes på risikotavlen ved din seksjon?»: Bestemt lokalt i seksjonen, Både og

Var du selv involvert i prosessen med hvilke måleparametre som skulle brukes ved din seksjon? *

- Ja
- Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

Ingen sammenheng
I liten grad
I noen grad
I stor grad
I svært stor grad
Vet ikke

I hvilken grad opplever du at måleparametrene som er i bruk på deres risikotavle er representative for eventuelle pasientsikkerhetsutfordringer ved din seksjon? *

Side 7

Del 4 (av 5). Tidsbruk og gjennomføring av tavlemøter

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

Hvor ofte gjennomføres anslagsvis tavlemøter i praksis ved din seksjon? *

Angi et snitt for de siste 4 ukene.

- 5 dager per uke eller mer
- 3-4 dager per uke
- 1-2 dager per uke
- Sjeldnere enn en dag per uke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

Vet du hvor lang tid et tavlemøte er tenkt å ta ved din seksjon? *

- Ja
- Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Vet du hvor lang tid et tavlemøte er tenkt å ta ved din seksjon?»: Ja

Sjelden eller aldri I liten grad I noen grad I stor grad Som oftest

Opplever du i blant at tavlemøtet tar lenger tid enn det som er planlagt? *



Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

Hvor mye av din arbeidstid tar i gjennomsnitt et tavlemøte? *

Angi et estimat basert på de siste 10 tavlemøtene du har vært med på. Hvis du ikke har vært med på så mange tavlemøter angir du et snitt basert på de møtene du har deltatt på.

Ta også med ventetid som du ikke kan bruke til andre arbeidsoppgaver.

Dersom din sengepost har flere tavlemøter angir du tiden det tar for det tavlemøtet som tar lengst tid.

- 0-10 minutter
- 10-20 minutter
- 20-30 minutter
- Mer enn 30 minutter

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

Hvor mange pasienter gjennomgås i snitt per tavlemøte? *

Angi et estimert gjennomsnitt for de siste 4 ukene.

Dersom din sengepost har flere tavlemøter angir du svaret for det tavlemøtet som har flest pasienter.

- 0-5 pasienter
- 6-10 pasienter
- 11-15 pasienter
- 16 pasienter eller flere
- Vet ikke

Side 8

Del 5 (av 5). Personalets deltakelse og utbytte av tavlemøtene

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

Sjelden eller aldri **I liten grad** **I noen grad** **I stor grad** **Som oftest** **Ikke relevant**

I hvor stor grad har du inntrykk av at legene faktisk deltar på tavlemøtene når de holdes? *

I hvor stor grad har du inntrykk av at sykepleierne faktisk deltar på tavlemøtene når de holdes? *

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

	Ingen endring	I liten grad	I noe grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
I hvilken grad opplever du at tavlemøtene har bedret pasientsikkerheten ved din seksjon? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad opplever du at tavlemøtene har bedret motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid i den samlede personellgruppa ved din seksjon? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad opplever du at tavlemøtene har bedret motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid blant legene ved din seksjon? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad opplever du at tavlemøtene har bedret motivasjonen for pasientsikkerhetsarbeid blant sykepleierne ved din seksjon? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad opplever du at tavlemøtene har bedret din egen motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

Ikke
nyttig

I
liten
grad

I noe
grad

I
stor
grad

I
svært
stor
grad

Vet
ikke

I hvor stor grad opplever du at tavlemøtet er nyttig bruk av tid i forhold til de andre arbeidsoppgavene du skal gjennomføre i løpet av en dag? *

I hvor stor grad opplever du at tavlemøtet bidrar til en mer effektiv arbeidshverdag? *

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

Gjøres det regelmessig evaluering av hvilken effekt tavlemøtet har på pasientsikkerheten ved din seksjon? *

En slik evaluering vil f. eks være at det registreres om en risiko- /måleparameter endres over tid (bedret legemiddelsamstemming, færre pasienter med blærekateter, flere pasienter med tidlig utskrivelse o.l.).

Det kan også være at det registreres om pasientsikkerheten ved seksjonen bedres over tid (f. eks reduksjon av sykehuservervede infeksjoner, reduksjon i fall o.l.)

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Gjøres det regelmessig evaluering av hvilken effekt tavlemøtet har på pasientsikkerheten ved din seksjon?»: Ja

Er du kjent med disse resultatene? *

Slike resultater kan gjøres kjent for personalet f. eks via oppslag av plakater/plansjer, markering av resultater direkte på tavlen, formidling av resultater til de ansatte via møter, mail eller liknende.

- Ja
- Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

Er det gjort en evaluering av kost/nytte effekten av tavlemøtet ved din seksjon? *

En vurdering av kost-nytte effekt i denne sammenhengen vil f. eks. være å vurdere om helsepersonelllets samlede tidsforbruk ved tavlemøter gir tilstrekkelig gevinst i form av redusert tidsforbruk på andre oppgaver eller bedring av pasientsikkerheten i avdelingen.

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er det gjort en evaluering av kost/nytte effekten av tavlemøtet ved din seksjon?»: Ja

Er du kjent med resultatet av denne? *

- Ja
- Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

Bruker du selv risikotavlen aktivt i ditt daglige arbeid utenom tavlemøtene? *

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

Vil du etter en samlet vurdering anbefale andre indremedisinske sengeposter å innføre risikotavler og tavlemøter? *

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Side 9

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er tavlemøter ved risikotavle tatt i bruk ved den seksjonen du arbeider i?»: Ja

Takk for at du tok deg tid til å svare på denne undersøkelsen!

