

---

<b>Prosjekt:</b>	517
<b>Fra:</b>	Sekretariatet for pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender
<b>Fagansvarlig:</b>	Ellen Tveter Deilkås
<b>Ansvarlig:</b>	Anne Grete Skjellanger

---

## **Pasientsikkerhetskultur – nasjonal plan for måling og tiltak i 2014**

### **Formål med planen**

Å beskrive gjennomføring av måling og tiltak til forbedring av pasientsikkerhetskultur i 2014. Denne planen er en oppfølging av pasientsikkerhetskulturmålingen som ble gjennomført nasjonalt i spesialisthelsetjenesten i 2012. Planen har til hensikt å beskrive hvordan undersøkelsen skal gjennomføres og klargjøre ansvaret mellom Sekretariatet for programmet og virksomheter som skal delta i det koordinerte samarbeidet.

### **Bakgrunn**

En god kultur for ivaretagelse av pasienters sikkerhet og varig infrastruktur for pasientsikkerhet er to av hovedmålene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender. Måling av pasientsikkerhetskultur og rutiner for å forbedre denne ble foreslått for å nå disse målene som ledd i kampanjen (nå programmet).

Styringsgruppen besluttet 16.2.11 at det skulle gjennomføres en nasjonal undersøkelse av pasientsikkerhetskultur som utgangspunkt for forbedringsarbeid og at undersøkelsen skulle gjentas i 2014. Det ble bestemt at undersøkelsen skulle gjennomføres i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

## **Erfaringer fra 2012**

Undersøkelsen ble koordinert og gjennomført i alle helseforetak i 2012.

Svarprosenten i to av tre helseforetak var på 70 % eller mer. Helseforetakene har bearbeidet resultatene lokalt og på bakgrunn av dem gjennomført pasientsikkerhetsvisitter og forbedringstiltak. Omfanget av aktivitetene i kjølvannet av undersøkelsen er ikke kartlagt. Kun Horten kommune har på eget initiativ brukt SAQ i sykehjem.

Da det ikke har foreligget validert spørreskjema for å måle pasientsikkerhetskultur på legekontorer og på legevakter, har undersøkelsen foreløpig ikke latt seg gjennomføre i kommunehelsetjenesten. Pasientsikkerhetskampanjen har samarbeidet med Universitetet i Bergen, ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og Forskningsgruppe for allmenntidmedisin om å validere SAQ for legekontorer og legevakter. Når resultatene er publisert kan spørreskjemaet tas i bruk nasjonalt.

## **Ansvar for å gjennomføre planen**

Sekretariatet for programmet er ansvarlig for å veilede i kartlegging av pasientsikkerhetskultur og koordinere gjennomføringen i spesialisthelsetjenesten. Sekretariatet er også ansvarlig for å understøtte gjennomføringen med overordnede kommunikasjonsstiltak og veiledning til de deltakende virksomheter.

De regionale helseforetakene (RHF) er ansvarlige for å legge planer for sine ansvarsområder og sikre at det blir gjennomført måling av pasientsikkerhetskultur, og iverksette tiltak for forbedring av pasientsikkerhetskultur i egne helseforetak i henhold til denne planen. Løpende samarbeid mellom programsekretariatet og de regionale helseforetakene om gjennomføring baseres på kontakt mellom sekretariatet og regionale programledere eller annen kontaktperson utpekt av administrerende direktør i RHF'et.

Da det ikke foreligger lovhjemlet grunnlag for å pålegge kommunenes deltagelse, kan kommunene kun inviteres og motiveres til å kartlegge pasientsikkerhetskulturen i sine sykehjem, hjemmesykepleie enheter, helsestasjoner, legekontorer og på deres legevakter. Kommunenes sentralforbund (KS) inviteres til å utnevne en ressursperson som kan stå ansvarlig for å motivere rådmennene gjennom KS sitt nettverk og følge opp arbeidet med målingen på lik linje med kontaktpersonene fra de regionale helseforetakene.

## **Hvordan gjennomføre målingen**

### **1. Kartlegging av organisatoriske enheter som skal undersøkes**

De organisatoriske enheter som skal delta i undersøkelsen må først kartlegges i henhold til følgende inklusjonskriter:

- a) Institusjoner som driftes av eller har avtale med RHF/ HF ene, og som ikke opererer på anbud, skal delta.
- b) Både somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern skal kartlegges i undersøkelsen.
- c) DPS' er og rusinstitusjoner som samarbeider med de regionale helseforetakene, og som ikke opererer på anbud, skal delta.
- d) Alle organisatoriske enheter innenfor ovennevnte institusjoner, som har direkte pasientkontakt, eller som deltar direkte i pasientbehandlingen, skal delta.

Undersøkelsen skal primært foregå på seksjonsnivå, som og omfatter sengeposter, poliklinikker, operasjonsavdelinger og akuttmottak.

- e) Behandlingsenhetene må defineres med selvstendige og unikt identifiserbare navn, slik at deres resultat lett kan skilles ut på hvert enkelt helseforetak. \*

f) Resultat skal ikke analyseres for organisatoriske enheter der færre enn 5 ansatte har besvart spørreskjemaet. I slike tilfelle besvarelsene inngår i analyser for et høyere organisatorisk nivå.

g) De organisatoriske enhetene må defineres med selvstendige og unikt identifiserbare navn, slik at deres resultat innenfor hvert enkelt helseforetak lett kan skilles ut.

## **2. Plukke ut medarbeidere som skal svare på spørreskjemaet**

Spørreskjemaet skal fylles ut av alle som er ansatt i de lokale behandlingsenhetene, inkludert for eksempel pleiepersonale, sekretærer og lokalt ansatte renholds - medarbeidere, samt ledere og lederteam som er direkte koblet til behandlingsenhetene.

Medarbeidere som er ansatt i stillingsbrøker mindre enn 30 % skal ikke delta.

Medarbeidere som ikke er ansatt i en bestemt klinisk behandlingsenhet, kartlegges i tilknytning til den administrative enhet de er ansatt i.

Det settes opp respondentlister over medarbeidere i behandlingsenhetene som skal kartlegges.

Respondentlistene må **kvalitetssikres av ansvarlig leder** for enheten for å unngå at skjemaet sendes til medarbeidere som har sluttet eller som arbeider i stillingsbrøker lavere enn 30 %. Dette har stor betydning for behandlingsenhetens svarprosent.

## **3. Spørreskjemaet**

Spørreskjemaet som skal brukes er den norske oversettelse av spørreskjemaet Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) Short form 2006(1). Kun spørsmålene i faktorene Sikkerhetsklime og Teamarbeidsklime samt tre spørsmål om ledelse, fra

det opprinnelige skjemaet, skal besvares. Ordlyden i eller rekkefølgen på spørsmålene eller svarkategorier må ikke endres

#### **4. Distribusjon og innsamling**

Spørreskjemaet bør distribueres slik at det presenteres mest mulig likt for alle deltakere i virksomheten.

Det vil være mulighet for noe lokal tilpasning, og det vil være hensiktsmessig med lokal avsender og kontaktperson for undersøkelsen.

Spørreskjemaet bør distribueres og samles inn elektronisk løsning både av hensyn til effektiv administrasjon av undersøkelsen, fortrolig behandling av data fra respondenter samt sikre best mulig datakvalitet. Foretaksgruppene har ingen felles nasjonal elektronisk løsning som kan benyttes, så det må ligge til det enkelte foretak eller foretaksgruppe å avklare egnet system.

Det må fremgå utvetydig i den elektroniske løsningen hvilken organisatorisk enhet den ansatte fyller ut spørreskjemaet for.

Det enkelte foretak redegjør for hvilken elektronisk løsning som velges og beskriver prosessen for kartlegging av de organisatoriske enhetene som skal undersøkes.

#### **5. Svarandel**

Svarandel (% besvarte spørreskjema) beregnes per organisatoriske enhet og per helseforetak. For at resultatene skal kunne brukes på en meningsfylt måte er det nødvendig med en god deltakelse slik at resultatrapporten for den enkelte enhet gjenspeiler synspunktene til medarbeiderne i enheten som kartlegges. Dette krever en svarandel på 70 prosent eller høyere.

Tiltak for å få til høy deltakelse er:

1. God informasjon til ledere og medarbeidere i forkant av kartleggingen
2. Purringer til den enkelte deltaker som ikke har besvart skjemaet

3. Aktiviteter gjennomført av ledere, tillitsvalgte og verneombud i den enkelte deltakende virksomhet.

## **6. Lederforankring**

Å få til en høy svarandel krever sterk forankring hos lederne som skal motivere sine medarbeidere til å delta. Pasientsikkerhetsprogrammet forutsetter at HF styrer og ledere på alle nivå informerer vernetjenesten og tillitsvalgte, og setter undersøkelsen på dagsordenen i sine driftsmøter i en måned før undersøkelsen starter.

Pasientsikkerhetsprogrammet anbefaler at ledere i behandlingsenhetene legger til rette for deltagelse ved å:

1. Kartlegge alle som skal svare på undersøkelsen i deres behandlingsenhet.
2. Øremerke to eller flere dager til gjennomføring av undersøkelsen
3. Stille øremerket pc til disposisjon, hvis tilgang til pc for personalet er vanskelig, og la dem gjennomføre undersøkelsen på rundgang.
4. Oppfordre ansatte gjentatte ganger til å besvare undersøkelsen.

Pasientsikkerhetsprogrammet anbefaler at ledere på klinikk- og divisjonsnivå utlyser premier til enhetene som oppnår svarprosent over 70.

## **7. Forankring i HMS- og vernetjenesten**

Ledere i alle virksomheter gjennomgår sin plan for gjennomføring av undersøkelsen i egen virksomhet med HMS- og vernetjenesten i et partssammensatt utvalg.

## 8. Kommunikasjon om av undersøkelsen

Kommunikasjon skal være et operativt og strategisk verktøy i gjennomføring av undersøkelsen. Kommunikasjonsansvaret følger linjen og erfaringene fra 2012 legges til grunn for budskapsutforming, målgruppeidentifisering og kanalvalg. Pasientsikkerhetsprogrammets sekretariat vil bidra med strategisk og operativ kommunikasjonsressurs, eksempelvis med rådgiving og utforming av fellestekster. Det er viktig at RHF og HF synliggjør hvem som er lokal kontaktperson. Programmets logo (nb! Oppdatert fra 010114) skal som sist brukes på informasjonsmateriellet som utarbeides regionalt/lokalt.

Informasjonsmateriellet som utarbeides av programmet vil vektlegge betydningen av at ansatte formidler sine oppfatninger av hvordan pasientsikkerhet ivaretas der de arbeider og at undersøkelsen skal følges opp.

## 9. Ressursbehov

Ressursbehovet for å gjennomføre undersøkelsen vil knytte seg til valg av teknisk plattform for gjennomføring, kartlegging av organisatoriske enheter og personer som skal delta, markedsføring av undersøkelsen, utfylling og analyse av spørreskjemaet og rapportering og bearbeiding av resultatene for hver enkelt organisatorisk enhet.

- **Hvert foretak må påregne ca 3 månedsverk** for kartlegging av organisatoriske enheter som skal undersøkes og personer som skal delta.
- Analyser må lages lokalt i hvert HF.
- Ledere forventes å initiere forbedringsarbeid på bakgrunn av det som kommer fram i undersøkelsen og i samtale med ansatte ved bearbeiding og oppfølging av resultatene.
- Ledere bør ha støtte av prosessveiledere i identifisering og planlegging av forbedringsarbeid.
- Feilretteteam (IKT) bør være etablert for å rette feil i kartleggingsperioden

## **10. Håndtering av data**

Det enkelte helseforetak er selvstendig ansvarlig for sine data. Det samles ingen personidentifiserbar informasjon gjennom undersøkelsen. Dataene registreres slik at det i ettertid ikke er mulig å avdekke hvem som har deltatt eller hva den enkelte har svart. Den elektroniske løsningen for gjennomføringen av undersøkelsen må sikre at det ikke er mulig å koble svar til hvem som har svart. Det kan gjøres selv om man opprettholder muligheter for puring og løpende oppfølging av svarprosent.

Det vil bli etablert en nasjonal oversikt over resultater fra undersøkelsene, men den vil kun inneholde aggregert informasjon. Det er derfor vurdert at det ikke er behov for å melde inn denne etableringen av database til nasjonale myndigheter.

## **11. Oppsett for rapportering av resultatene til programsekretariatet**

1. Det enkelte helseforetak rapporterer følgende:
  - a) Antall organisatoriske enheter \* (se side 3) som har deltatt i undersøkelsen.
  - b) Gjennomsnittlig antall medarbeidere i hver enhet \* (se side 3), som er invitert til å delta i undersøkelsen, med angivelse av minimum, maksimum og median.
  - c) Gjennomsnittlig andel av medarbeidere som responderer av de som er invitert. Rapporteres for alle enhetene\*, vektet i forhold til antall ansatte i hver enhet som har blitt invitert til å delta. Minimum, maksimum og median angis.
  - d) Svarandel for hele helseforetaket. Beregnes som andel av medarbeidere av de som er invitert i hele helseforetaket som responderer på undersøkelsen.

2. Resultat for hvert spørsmål presenteres som

a) Gjennomsnittskår for hvert spørsmål, med median, maksimum og minimumsverdi, for hver klinikk og/ eller for hele helseforetaket.

- **Svarkategorien “vet ikke” regnes som “missing” og tas ikke med i gjennomsnittsberegning av resultat for spørsmålene i faktoren.**

b) Om 60 % eller mer av respondentene i helseforetaket og/eller klinikken svarer positivt (Litt enig eller Svært enig) på spørsmålet.

c) Om 30 % eller færre av respondentene i helseforetaket og/eller klinikken svarer positivt (Litt enig eller Svært enig) på spørsmålet.

3. Resultat for hver faktor(temaområde) presenteres som

a) Gjennomsnittskår for hver faktor, med median, maksimum og minimumsverdi, for hver klinikk og/ eller for hele helseforetaket.

1. Gjennomsnittskår for hver faktor = Sum av faktorens skår for alle respondenter i klinikken og/ eller helseforetaket delt på antall respondenter i klinikken og/eller helseforetaket.

- Faktor skår for en respondent= (Gjennomsnitt av resultat for spørsmålene, som tilhører faktoren, -1) \*25
  - **Svarkategorien “vet ikke” regnes som “missing” og tas ikke med i gjennomsnittsberegning av resultat for spørsmålene i faktoren.**
  - **Hvis en respondent ikke har besvart alle spørsmål i en faktor, skal man kun regne respondenten med i resultatet hvis halvparten eller flere av spørsmålene i faktoren er besvart.**

2. Resultat for hvert spørsmål beregnes på grunnlag av denne skalaen som gjelder alle spørsmål bortsett fra nr 5 og 9

Svært uenig =1

Litt uenig =2

Nøytral =3

Litt enig =4

Svært enig =5

Vet ikke = 0

**(Svarkategorien “vet ikke” regnes som “missing” og tas ikke med i gjennomsnittsberegning av resultat for spørsmålene i faktoren.)**

3. For spørsmål 5 og 9 gjelder følgende beregning av resultat for hvert svar. Grunnen er at disse spørsmålene inneholder en dobbel negasjon.

Svært uenig =5

Litt uenig =4

Nøytral =3

Litt enig =2

Svært enig =1

Vet ikke = 0

**(Svarkategorien “vet ikke” regnes som “missing” og tas ikke med i gjennomsnittsberegning av resultat for spørsmålene i faktoren.)**

b) Om 60 % eller mer av respondentene i klinikkene og/ eller helseforetaket har en faktor skår på 75 eller høyere.

- c) Om 30 % eller færre av respondentene i klinikkene og/ eller helseforetaket har en faktor skår på 75 eller høyere. Resultat for hvert spørsmål presenteres som.

## **12. Rapportering**

Det er laget en egen excel-mal for beregning og rapportering av resultater som programmet ber om at helseforetakene benytter ved rapportering. Malen med detaljert brukerveiledning ligger på programmets nettside.

Gjør oppmerksom på at programmet er beregnet for å analysere datamengder fra enheter på størrelse med seksjoner. Det er tidkrevende å bruke ved analyse av store datamengder fra større enheter.

## **13. Tidsplan for gjennomføring:**

- Helseforetakene setter egne frister og gjennomfører målingen av pasientsikkerhetskultur innenfor tidsrommet 1.2. – 1.6. 2014.
- Den enkelte helseregion sikrer at helseforetakene gis i oppdrag å planlegge, og gjennomføre, undersøkelse i henhold til føringene i denne planen.
- Helseforetakene rapporterer inn resultat fra kartleggingene til nasjonalt sekretariat i pasientsikkerhetsprogrammet innen **1.9.14**.

## **Dialogtiltak for å forbedre pasientsikkerhetskulturen**

### **1. Hva skal målingene av pasientsikkerhetskultur brukes til?**

Helseforetakene melder resultatene av undersøkelsen tilbake til lokal ledelse og ansatte, med informasjon om hvordan resultatene skal bearbeides. En veileder for

hvordan resultatene fra Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen kan analyseres er vedlagt planen. Den kan tilpasses lokalt(2). Med utgangspunkt i resultatene skal ansatte drøfte hvordan enheten prioriterer pasientsikkerhet og hvordan dette kommer til uttrykk i daglig gjennomføring av sikkerhetsrutiner. Man tar utgangspunkt i spørsmål eller temaområder, som enheten skårer både godt og dårlig på, for eksempel teamarbeidsklima, og drøfter hvordan skåren gjenspeiles i konkrete forhold i virksomheten. Eksempler på tema kan være hvordan kommuniserer personalet om pasienter hvor det foreligger øket risiko for skade og hva slags rutiner eller systemtiltak kan sikre bedre kommunikasjon slik at risikoen reduseres? Hvordan praktiseres for eksempel bruk av sjekklister? Hva får man til og hvorfor? Hvordan kan erfaring med det man er god på overføres til det man ikke får til?

## **2. Pasientsikkerhetsvisitter**

Målingene av pasientsikkerhetskultur avdekker variasjon i ansattes oppfatninger om pasientsikkerhetskultur i ulike organisatoriske enheter. Målingene kan være nyttige når helseforetakets toppledelse skal prioritere rekkefølgen på hvilke behandlingsenheter de skal prioritere å gå pasientsikkerhetsvisitt til først.

Ved pasientsikkerhetsvisitter går direktører eller divisjonsdirektører på et times langt besøk til sengeposter, poliklinikker og avdelinger og stiller et tverrfaglig utvalg av personalet spørsmål om hva de mener er de største risikoene for pasientene der. Spørsmålene som stilles er definert på forhånd. Visitten munner ut i at ledelsen noterer og prioriterer tre risikoforhold som skal følges opp og som ledelsen bokfører at behandles på relevant nivå og slutføres. Pasientsikkerhetsvisitter reduserer forskjellen i hvordan ledere og deres underordnede oppfatter at pasientsikkerheten ivaretas(3).

### 3. Tverrfaglige pasientsikkerhetsmøter

Tverrfaglige pasientsikkerhetsmøter er fora hvor ansatte og deres ledere kan identifisere mekanismer for uønskede hendelser og lære av dem. Læringen foregår i henhold til en sirkulær modell hvor man tar utgangspunkt i resultater for eller analyser av mekanismer for uønskede hendelser, prioriterer og planlegger tiltak, og følger egne resultater over tid. Modellen kalles Deming's sirkel eller PDSA sirkelen (plan, do, study, act). Tverrfaglige pasientsikkerhetsmøter gjentas jevnlig og anbefales gjennomført en gang hver måned i hver behandlingsenhet. De kan også iblant gjennomføres på tvers av flere behandlingsenheter som samarbeider om pasienter.

#### Kildehenvisninger

1. Deilkås E, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian translation of the safety attitudes Questionnaire(SAQ), generic version (Short Form 2006). 2008 p. 191.
2. Sexton JB, Paine L, Manfuso J, Holzmueller CG, Martinez E, Moore D, et al. A Check-up for Safety Culture in "My Patient Care Area". The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2007;33(11):699-703.
3. Frankel A, Grillo S, Pittman M, Thomas E, Horowitz L, Page M, et al. Revealing and Resolving Patient Safety Defects: The Impact of Leadership WalkRounds on Frontline Caregiver Assessments of Patient Safety. Health Serv Res 2008;43(6):2050-66.

## Vedlegg 1: Spørreskjema SAQ

Spørsmålene for faktorene Teamarbeidsklima og Sikkerhetsklima, og spørsmål som vedrører ledelsens fokus på pasientsikkerhet er tatt med fra den norske oversettelsen av spørreskjemaet Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006).

### **Pasientsikkerhetskulturen her hvor jeg arbeider**

*Alternative organisatoriske enheter i nedrullsmeny*

Når du fyller ut skjemaet, gjør det ut fra dine erfaringer i dette kliniske området. Velg mellom disse svaralternativene:

**Svært uenig      Litt uenig      Nøytral      Litt enig      Svært enig      Vet ikke**

#### Sikkerhetsklima

1. Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her
2. Her blir medisinske feil håndtert riktig
3. Jeg vet hvilke kanaler jeg skal bruke for å stille spørsmål om pasientsikkerhet her
4. Jeg får passende tilbakemelding om arbeidet mitt (korrekt, tilstrekkelig og fra rett person)
5. Det er vanskelig å diskutere feil her
6. Kolleger oppmuntrer meg til å si fra om enhver sikkerhetsbekymring som jeg måtte ha
7. Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil

#### Teamarbeidsklima

8. Mine innspill blir godt mottatt her
9. Her er det vanskelig å si fra om jeg oppdager et problem i pasientbehandlingen
10. Her blir uenighet håndtert riktig (dvs. ikke ut fra hvem som har rett, men ut fra hva som er best for pasienten)

11. Jeg får den støtte jeg trenger fra andre sykehusansatte for å ta meg av pasientene
12. Her er det lett for ansatte å spørre når det er noe de ikke forstår
13. Legene og de andre ansatte her samarbeider som et velkoordinert team

Ledelsens fokus på pasientsikkerhet

14. Mine forslag om sikkerhet ville bli behandlet om jeg la dem fram for ledelsen
15. Ledelsen her i enheten gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten
16. Sykehusledelsen gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten

***Hvor lenge har du arbeidet i enheten/fagområdet?***

*Mindre enn 1 mnd*

*1mnd - 2 år*

*2-4 år*

*mer enn 4 år*

**Copyright Bryan Sexton**

## **Vedlegg 2**

### **Veileder for bruk av resultatene fra Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen**

Målet for dette verktøyet er å strukturere gruppediskusjoner om resultater fra undersøkelsen og tiltak som kan forbedre pasientsikkerhetskulturen der du arbeider. Øvelsen skal øke bevisstheten om hvilke holdninger, normer, verdier og oppfatninger som utgjør kulturen i enheten. Kommentarer skal bidra til læring og ikke til å skape syndebukker.

#### **Gjennomføring**

I. Samle en representativ gruppe av personale som daglig behandler pasienter, til 30-60 minutter diskusjon. Dette kan være uformelt over lunsj, eller som undertema på for eksempel et personalmøte. En tommelfinger regel er at 5 til 7 helsearbeidere som er middels erfarne vil gi en fyldig diskusjon.

II. Gjennomgå resultatene fra Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen og velg et spørsmål med mindre enn 60 % enighet, altså et område som gruppen mener behandlingsenheten har behov for forbedringer på. Alternativt kan gruppen velge et av de spesielt diagnostiske spørsmålene(i listen i skjemaet på neste side).

III. Velg en referent til å fylle ut diskusjonsskjemaet på neste side, dvs. dokumentere de temaene som personalet tar opp og deres forslag til forbedringer.

IV. Lytt aktivt til de andre deltagernes bidrag. Møtet skal ikke brukes til å utpeke syndebukker, eller til å forsvare eller rettferdiggjøre kritikkverdige forhold. Møtet skal brukes til å finne muligheter til å forbedre kulturen i behandlingsenheten.

V. Bli enige om å gjøre i hvert fall én forandring som kan påvirke kulturen på det området som er drøftet, og forplikt dere til på et senere tidspunkt å vurdere om forandringen har skapt forbedring.

### **Veiledning av diskusjonen**

#### ***Lav skår eller bemerkelsesverdige endringer.***

Dere skal velge et spørsmål som gjenspeiler et område dere trenger å forbedre. Gjennomgå enhetens resultater for de ulike spørsmålene og velg et spørsmål hvor enheten oppnådde mindre enn 60 % enighet. Hvis dere har trenddata over år kan dere i stedet velge et spørsmål hvor resultatet er endret opp eller ned 10 poeng eller mer. Et tredje alternativ er å velge et av spørsmålene nedenfor, som har vist seg å være særlig representative for klimaet i enheten.

- **Her blir uenighet håndtert riktig (det vil si ikke ut fra hvem som har rett, men ut fra hva som er best for pasienten).**
- **Legene og de andre ansatte her samarbeider som et velkoordinert team.**
- **Her blir medisinske feil håndtert riktig.**
- **Mine forslag om sikkerhet ville bli behandlet om jeg la dem fram for ledelsen.**

### **Diskusjon**

Spørsmål som skal diskuteres:	Resultat for helt eller delvis enighet i enheten: <b>% enighet</b>
1. Hva betyr dette spørsmålet for deg?	
2. Hvordan ville det være i denne enheten hvis 100 % av personalet var svært enige i uttalelsen?	
3. Hvor presist beskriver enhetens skår din egen erfaring? Gi eksempler.	

4. Identifiser i hvert fall ett forslag som kan forbedre enhetens resultat på dette området.

