KONFERENSEN
INFORMATIONSSÄKERHET FÖR OFFENTLIG SEKTOR

4-5 SEPTEMBER 2018

#infosak18

Säker kultur - vems ansvar?

5 september 2018 Marion Lindh marion_lindh@yahoo.com

Förändringar behövs

Säkerhetskulturen behöver tas på större allvar i organisationen

Säkerhetsanalysen ska vara välgjord och det behövs kunskap

Göra riskvärdering då verksamhet utkontrakteras

Fritt efter Klas Friberg, säkerhetspolischef, juni 2018

Organisationskultur

Nationell kultur
Lagar och förordningar
Trender inom ledning
Marknad

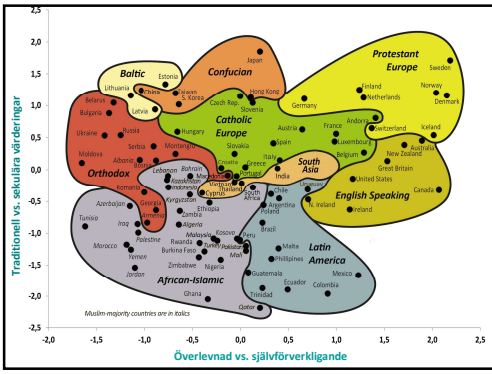
Schein 1985

Vi pratar om..

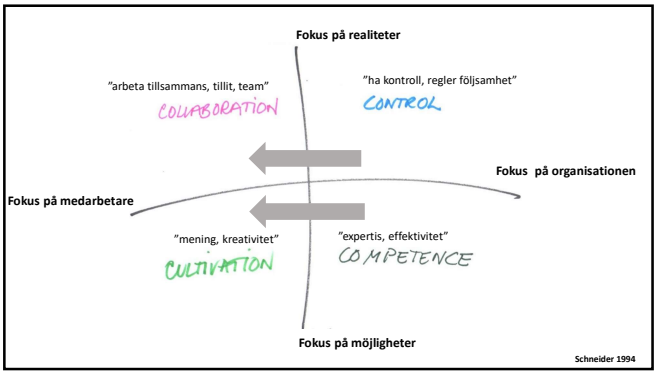
"quick and dirty" "just enough info"

Kultur	Klimat
Djupare	*Ögonblicksbild*
Stabilt	*Flyktigt*
Värden, principer, övertygelser	*Uppfattningar*
Kvalitativt	*Kvantitativt*
Personligheten Etnografiska metoder	**Humöret** Enkäter

Cox, Flin 1998



World Values Survey



Överlevnad, anpassningar, utveckling

Grupper behöver lösa

Inre samarbete

Förstå hur det görs hos oss

Varför gör organisationer som de gör
Kontroll, samarbete, kompetens och kultivering *Schneider WE*

Kulturen kan förändras på 2 till 100 år

Arbeta inom kulturen, se det "goda", ansluta sig
Bygg på existerande kärnvärden
Ha grundlig förståelse för faktorer som påverkar efterlevnad av säkerhetsrutiner etc.

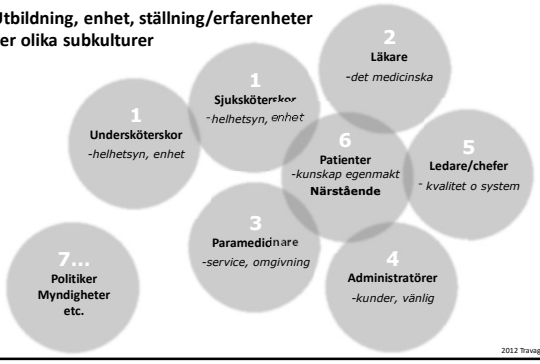
Organisationskultur för säkerhet

Organisationskulturen påverkar tolkningarna som kan ha stor betydelse för hur säkerhet värderas och hanteras i organisationen."

Fritt efter Törner M. Studentlitteratur 2017

Kunskaper inom säkerhetsområdet
Kvalitets- och förbättringsfokus

Utbildning, enhet, ställning/erfarenheter ger olika subkulturer



2012 Travaglia *JF, BMJ Qual Saf*

Hög tillförlitlighet och resiliens i verksamheten

Avgörande principer för säkerhet

vara **medveten** om hur saker fungerar

vara **situationsanpassad** centralisering - decentralisering

inte acceptera förenklade förklaringar på problem

ständigt fundera över hur det skulle kunna gå fel /rätt

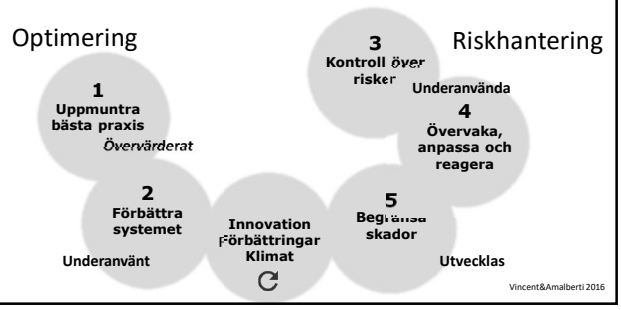
lyssna till expertis

ha **uthållighet, motståndskraft, kapacitet, redundans**

vara **ödmjuk**

(Weick 1999, Hopkins 2006)

Hög tillförlitlighet och resiliens i verksamheten



Vincent&Amalberti 2016

Riskscenarier varierar hela tiden.

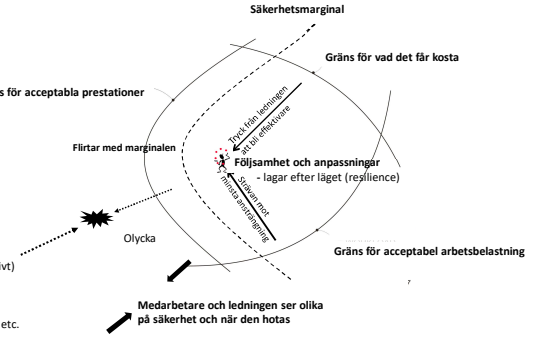
Mycket osäker | Osäker | Säker | Ultrasäker

Anpassade strategier..
Vincentt, Amalbertie 2016

Specialitet
Systemet
Kontextuellt - händelser

Dagtid
Kväll- och natt
Lördag- och söndag
Storhelger, semesterperioder etc.

Rasmussen 1997. Systemmodell



Uttalat komplex verksamhet

Vårdpersonal hamnar i många dilemman på grund av motstridiga krav och tvetydigheter

Det är särskilt viktigt att ha förståelse för det vårdnära arbetet då informationssystem utvecklas

Otillfredställande hantering av informationssäkerhet
Mål strategier hänger inte ihop med problemområdesbeskrivningar eller resultat.
Saknas systematik. Målen inte mätbara. Utmaningar kan inte utläsas klart.
Socialstyrelsen 2018

misstag –ad hoc – systemfrågorna i bakgrunden

Möjliggöra

professionerna bidrar till ofullständig implementering

Genomföra

säkerhet är ett rörligt fenomen

Utveckla

Förstå det säkerhetsrelevanta
Processer och praktiker
Lärande och utveckling

Struktur
Organisationskultur
Beteenden

Möjliggöra

Dra uppmärksamhet till säkerhetsrelevanta aspekter i organisationen

Ta reda på hur ser medarbetarna på säkerheten och ledares beteenden

-visat engagemang
-prioriteringar
-balansering av olika krav
-vad de uppmärksammar
-om de är synliga
-personligt föredöme
-öppenhet
-konstruktiv problemlösning
-empowerment – dynamiska delegeringar

Gör det säkert att tala fritt och handla

Utveckla ett säkerhetspecifikt ledarskap

..som påverkar..

-motivation
-följsamhet till procedurer, protokoll
-konstruktiv problemlösning
-rapporteringsbenägenhet

Skapa psykologisk säkerhet!

Ger gruppbeslut automatiskt bättre vård?

Interprofessionella team
Projektgrupper
Styrelser
Kommittéer etc.

Grupptänkande- gruppharmoni
Gömma sig i mängden
Gruppolarisering
Eskalering av åtaganden

Mannion 2014

Ohövlighet, respektlöshet

Oprofessionellt uppförande hos en enskild individ i som medför störningar i arbetet så att patientsäkerheten hotas

Joint Commission 2008

Personligt uppförande, verbalt eller fysiskt, som inverkar/kan inverka negativt på patientvården *AMA 2008*

Respektlöst beteende – **sex områden** *Lucian Leape 2012*

Mellan medarbetare

80 - 90 procent har sett detta, alla yrkesgrupper, alla specialiteter

Vanligt i Sverige Skadar mer

Ca 4-6 proce

@MeToo

1 Aggressiv
- Omotiverad ilska
- Utbrott, svära, hota, grovt språk
- Förolämpa, kasta föremål
- Trakassera sexuellt
- Slåss, hotfulla gester
- Öppen kritik inför kollegor

2 Passiv aggressiv
- Tvetydiga mejl etc.
- Sarkasm, ironi, förminskanden
- Frysa ut, skvaller
- Opassande skämt
- Skylla ifrån sig
- Vägra göra uppgifter
- Otålighet
- Agera så andra retas upp
- Negativt prat om andra

3 Passiv
- Kroniskt försenad
- Undanhåller information
- Inget svar på tilltal, ringer inte tillbaka
- Himla med ögonen
- Strunta i regler/riktlinjer
- Opassande journalanteckningar
- Deltar inte i möten
- Dåligt förberedd

..mot chefer

2012 Leape L Part 1 and 2

2018 Björklund C, KI

..mot patienter

4 Från medarbetare
- Överlägsenhet
- Beklaga sig
- Hålla på halster
- Tala över huvudet
- Tillrättavisa
- Ovänligt tilltal
- Inte besvara frågor
- Använda svåra ord och begrepp
- Otålighet
- Inte besvara samtal i rimlig tid

..etc..

5 Från organisationen
- Långa väntetider
- Organisationsbrister
- Bristande information, dialog och delat beslutsfattande
- Klena eller inga ursäkter och förklaringar kring vårdskador

6 Från organisationen
- Brister i planering och struktur
- Oacceptabla "fientliga" arbetsförhållanden för personal
- Svagt stöd/utbildning

..etc..

..mot medarbetare

Möjliggöra Genomföra

Lyft upp hoten mot säkerheten

Mobilisera resurser för att lösa problemen

"Mindful organizing"
Delad förståelse – sensemaking

Stimulera rapportering
Ta reda på **farhågor och orosmoment**
Förstärk synpunkter och ifrågasättanden, frågor
Utmana det rådande

Snabb och konstruktiv feed-back, i realtid

"Mjuk kunskap"
Informationsspridning

Vi är beroende av att medarbeta vill dela med sig av vad de ser

Huddles

24 + vid behov

Antal varianter
Fånga upp det som sker – fördjupa - vara på banan

Det som inträffade
- Risker och tillbud
- Avvikelse utan skada
- Avvikelse med skada

Lärdomar från det senaste dygnet
Hantera- hur?

Risker som kan uppstå
- Samma namn på patienter
- Nytt ovant läkemedel
- Ny utrustning
- Ovanlig procedur
- Ovan personal
- Distraktioner
- Bemanningsmix etc.

15

Ledningen beslutar inom 24 + 24 tim

Intermountain Healthcare Daily Escalation Huddle Standard

10:00	Tier 6 – Executive Leadership Team
9:45	Tier 5 – Community Care/Specialty Care
9:30	Tier 4 – Trauma/Community/Rural
9:15	Tier 3 – Hospitals
9:00	Tier 2 – Directors
8:45	Tier 1 – Managers

Intermountain Healthcare

Effective 12/01/2017

Påverkat resultat och samarbete. Ökat reaktionsförmågan.

NEJM Catalyst webb-sida 2018

Möjliggöra Genomföra

Lyft upp hoten mot säkerheten

Mobilisera resurser för att lösa problemen

Förebyggande och **anpassningar.** Problemlösning

Feed-back – be om hjälp och omprioritera
Effektiv **kommunikation**

Interprofessionella revir – bryt silobeteenden
Dela information flexibelt

Skapa arenor för möten på alla nivåer, frontlinje ⇔ mellanchefer ⇔ högsta ledningen
Bygg upp **stödfunktioner**
System och metoder för **förbättringsarbete**
Förebyggande arbete

Samordna andra enheter och vårdgivare

Har vi en fungerande inrastruktur för effektivt fgenomförande?

Möjliggöra Genomföra Utveckla

Reflektera över resultat

Är genomförandet av utredningar viktigare än utredningsresultatet?

Feed-back för lärande som ger utveckling av möjliggörande och genomförande

Samla in relevant information
Säkerställ att det finns **arenor för reflektion**

Analys i anslutning till händelse - vad, hur varför, vad kan vi lära, vad rapporteras vidare
Riskbedömningar

Realism, kritisk förmåga
Reflektera över **framgångar-motgångar**
Se det oupptäckta – obs tillbud

Sprida resultat och förfina metoder
Information som leder till förbättringar
Strukturerat lärande

Förstå handlingar- önskade som oönskade
Skapa förståelse om det som **inte tolereras** – röda regler

Avsätter medarbetare tid för reflektion? Kring vad och hur?

Den ideala medarbetaren

En som löser problem självständigt:

utan att besvära chefen eller andra. Anpassar sig till tillkortakommanden, löser frågor obemärkt. Ger intrycket av att klara allt. Accepterar den rådande situationen och hur saker blir lösta. **Den smidiga**

men som samtidigt säger ifrån till chefer och andra. En högljudd klagande ifrågasättare. Låter andra veta egna och andras misstag. En medarbetare som inte anser att ”bra nog” räcker. **Kravställaren**

”Funktionell dumhet” - **många arbetsplatser utmärks av funktionell dumhet, oförmåga och ovilja till kritiskt tänkande och reflektion**

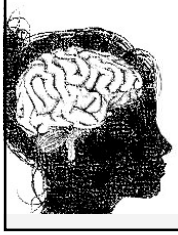
Mats Alvesson 2016

2003 Tucker, Edmonton

Säkerhetspecifikt och autentiskt ledarskap

Säkerhetsintelligens
Möjliggör Genomför Utvecklar

Problemlösningsförmåga
Kunskaper om säkerhet
Social kompetens



Psykologisk trygghet
Stöd
Lärande miljö

Interprofessionell representation
Hantering av konflikt, trötthet och motivation

Säkerhetsdelaktiga medarbetare

2013 Eurocontrol, 2017, Mannion R, Smith J, 2017 Curry LA et al, 2015 Mattson, M.

perspektiv

Stora brister i etisk kompetens bland sjukvårdens ansvariga

Hög tid att avskaffa dumhetskulturen!

Jag vill inte ha fler musmattor med värdegrundsord.

Allmänna kontextuella faktorer

Myndigheter, huvudmän

Företaget

Ledningen

Frontlinjen

Arbete
Handlingar

Tack

Alias ansvar

5 september 2018 **Marion Lindh** **marion_lindh@yahoo.com**