



RÖDA KORSETS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Omvårdnadsvetenskap
15 Hp, avancerad nivå
Operationssjukvård
2011

**OPERATIONSSJUKSKÖTERSKORS
ERFARENHETER AV
AVVIKELSERAPPORTERING**

**THEATRE NURSES EXPERIENCES OF
INCIDENT REPORTING**

Författare: Annika Bungerfeldt, Julia Fors Köldal

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Varje år drabbas nästan var tionde patient av skador under vårdtiden, skador som hade kunnat undvikas. Detta leder till ett onödigt lidande för dessa patienter och deras närstående. Vårdskadorna beräknas enligt Socialstyrelsen (2008) kosta samhället sex miljarder kronor per år. Operationssjuksköterskor liksom all vårdpersonal har skyldighet att avvikelserapportera händelser som kunnat leda till eller lett till vårdskada. Syftet med att rapportera avvikelser är att dra lärdom och att med riskförebyggande insatser förhindra att händelserna uppstår igen. **Syfte:** Att studera vilken erfarenhet operationssjuksköterskor har av avvikelserapportering. **Metod:** Studien utfördes som en tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats. Ett studiespecifikt frågeformulär innehållande tio strukturerade frågor med möjlighet till egna kommentarer användes. Formulärets frågor behandlade erfarenheter kring avvikelserapportering. **Resultat:** En stor majoritet av deltagarna (85 %) hade någon gång avstått från att skriva avvikelserapport. **Slutsatser:** Bland annat var tidsbrist en avgörande faktor varför operationssjuksköterskorna inte dokumenterade en avvikelserapport.

Nyckelord: Avvikelseapportering, patientsäkerhet, vårdsador, operationssjuksköterska

ABSTRACT

Background: Each year, nearly every tenth patient suffers of injuries during hospitalization, which could have been avoidable. This leads to unnecessary suffering for the patients and their families. Health damage according to the National Board (the Swedish Socialstyrelsen) (2008) costs the society six billion Swedish kronor (SEK) every year. It is mandatory for theatre nurses to report incidents that could have cost injuries to the patient during hospitalization. The purpose with incident reports is to learn from mistakes and with preventive measurements make the healthcare safer for the patients. **Aim:** To evaluate theatre nurses experience with reporting incidents. **Method:** The study was conducted as a cross-sectional design with quantitative data. A study-specific questionnaire comprising ten structured questions with the possibility of their comments was used. The form's questions dealt with experiences about incident reporting. **Result:** A large majority of respondents (85 %) had at some point refrained from writing incident reports. **Conclusions:** Among other things, lack of time was the decisive factor why theatre nurses were not documented an incident report.

Key words: Incident reporting, patient safety, patient harm or injuries, theatre nursing

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	2
2.1	Begreppsdefinitioner av centrala begrepp i föreliggande studie	3
2.2	Lagstiftning om patientsäkerhet	4
2.3	Förebyggande av skador med hjälp av avvikelserapportering	4
2.4	Vårdskador i Sverige	5
2.5	Landstingens patientförsäkring och kostnader för patientskador	6
2.6	Skaderisker inom operationssjukvård	7
2.7	Orsaker till varför avvikelserapporteringar inte utförs	7
2.7.1	“Skvallra” och blanda in andra	8
2.7.2	Oro, obehag, skuld och straff	8
2.7.3	Riktlinjer och rutiner	9
2.7.4	Tidsbrist	9
2.7.5	Återkoppling	10
3	PROBLEMFÖRMULERING	11
4	SYFTE	11
4.1	Frågeställningar	11
5	METOD	12
5.1	Design	12
5.2	Mätinstrument	12
5.3	Urval	13
5.4	Datainsamling	14
5.5	Bearbetning och analys	15
6	ETISKA ASPEKTER	16
7	RESULTAT	17
7.1	Avstått från att skriva avvikelserapport	17
7.2	Prioritering för att skriva en avvikelserapport	18
7.3	Osäkerhet om det inträffade ska avvikelserapporteras	19
7.4	Besvär att skriva avvikelserapport	19
7.5	Utbildning inom avvikelserapporteringssystemet	20
7.6	Återkoppling och lärande av avvikelserapporteringar	21
8	DISKUSSION	22
8.1	Metoddiskussion	22
8.1.1	Frågeformulärets kvalitet	23

8.2	Resultatdiskussion	24
8.3	Slutsats	29
8.4	Klinisk betydelse	29
8.5	Förslag på vidare forskning och utveckling.....	29
9	REFERENSER.....	31
	Ordlista.....	38
10	BILAGA/BILAGOR.....	39

1 INLEDNING

Inom operationsområdet har operationssjuksköterskan ett brett ansvar. Förutom att positionera patienten korrekt på operationsbädden, så att skador förhindras, ska hon/han även garantera sterilitet, ansvara för infektions- och komplikationsförebyggande åtgärder, läkemedelshantering, instrumentera och assistera operatörer.

Operationssjuksköterskan ska även ha kunskap om medicintekniska produkters funktion, hantering och dess risker. En vanlig uppfattning är att patientskador orsakas av vårdpersonal. Ofta handlar det dock om otillräckliga rutiner, rutiner som inte följs, teknik som är dåligt utformad eller en bristande säkerhetskultur (Socialstyrelsen, 2009a). Att rapportera risker, tillbud och negativa händelser borde idag vara ett naturligt tillvägagångssätt när något är avvikande. För att kunna förebygga vårdskador i framtiden, inom operationsverksamhet och övrig sjukvård, är det viktigt att dokumentera och registrera skadorna i ett avvikelssystem, för att sedan kunna analysera statistiken. Är inte avvikelserapporteringen användbar kan inte vården lära av sina misstag. Riskfyllda händelser kommer att fortlöpa och förhindrar inte i tid att patienter skadas. Vi har valt att studera operationssjuksköterskans erfarenheter av att dokumentera risker, tillbud och negativa händelser i tillgängligt IT-baserat avvikelssystem.

2 BAKGRUND

För inte så länge sedan betraktades misstag i vården som en följd av personalens slarv och bristande uppmärksamhet. Varför personen hade slarvat eller brustit i uppmärksamhet efterfrågades inte, utan den försumlige personen skulle identifieras och skuldbeläggas. Detta ”syndabockstänkande” har alltmer ersatts av ett systemtänkande. Systemtänkande innebär en insikt om att tillbud och negativa händelser ofta orsakas av brister i till exempel rutiner, bemanning, arbetsmiljö, ledarskap eller organisation (Socialstyrelsen, 2009a). Internationella studier påtalar att avvikelserapportering är en nyckel till att identifiera risker och vårdskador. Även här betonas att risker och vårdskador som uppstått bör ses som systembaserade (Dunn, 2003a,b; Johnstone & Kanitsaki, 2006; Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008). Syfte och fokus ska läggas på att samla in och analysera händelserna så att de kan förhindras i framtiden (Dunn, 2003a), och inte på att peka ut och straffa personer som varit inblandade i en händelse (Johnstone & Kanitsaki, 2006).

I avvikelssystemet HändelseVis finns fyra områden för avvikelserapporter; vårdavvikelser, arbetsmiljöavvikelser, miljöavvikelser och laboratorieavvikelser. Inom *vårdavvikelser* rapporteras avvikande händelser gällande patienten, *arbetsmiljöavvikelser* handlar om avvikande händelser gällande personalens hälsa och deras arbetsmiljö, och inom *miljö* rapporteras det om miljön (till exempel om störande buller eller oaktsam hantering av gifter på arbetsplatsen) Laborationsavvikelser omfattar den personal som arbetar på laboratorium (J. Halmetoja, systemförvaltare HändelseVis, personlig kommunikation, 18 mars 2011).

För att minska vårdskador inom hälso- och sjukvården, har Sveriges Kommuner och Landsting [SKL] tillsammans med landsting och regioner inlett en satsning för att förebygga dessa. De vill öka riskmedvetenheten hos alla som kan påverka patientsäkerheten (SKL, 2008). Målet med avvikelserapportering är att de flesta rapporterna ska handla om risker, betydligt färre tillbud och inga negativa händelser överhuvudtaget enligt Stockholms Läns Sjukvårdsområde [SLSO] (SLSO, 2009). Idealet vore att avvikelserapportering skulle utföras av inblandad personal i så nära

anslutning till händelsen som möjligt och att det fanns tydligt utformade riktlinjer tillgängliga (Clark, 2006).

2.1 Begreppsdefinitioner av centrala begrepp i föreliggande studie

Begreppsdefinitionerna nedan ger en ökad förståelse för uttryck som används i studien.

<i>Avvikelsehantering</i>	”Rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna” (SOSFS 2005:12).
<i>Riskhantering</i>	”Rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och åtgärda orsaker eller omständigheter som kan leda till vårdskada samt återföra erfarenheterna” (SOSFS 2005:12).
<i>Avvikelse</i>	”Negativ händelse eller tillbud” (SOSFS 2005:12).
<i>Negativ händelse</i>	”Händelse som medfört vårdskada” (SOSFS 2005:12).
<i>Tillbud</i>	”Händelse som hade kunnat medföra vårdskada” (SOSFS 2005:12).
<i>Risk</i>	”Möjlighet att en negativ händelse skall inträffa” (SOSFS 2005:12).
<i>Patientsäkerhet</i>	”Skydd mot vårdskada” (SOSFS 2005:12).
<i>Vårdskada</i>	”Lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom, eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd” (SOSFS, 2005:12).
<i>Positionering</i>	Korrekt placering av patient på operationsbädden (Millsaps, 2006).
<i>Perioperativ</i>	Period som sträcker sig från dagen före till några dagar efter operation (Mc Ferran & Martin, 2008).

I detta arbete kommer författarna att använda det allmänt vedertagna uttrycket ”avvikelse rapportering”. Med detta menas när sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser om risker, tillbud eller negativ händelser i det befintliga avvikelse rapporteringssystemet. I Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2005:12) ingår ”rapportering” i terminologin *avvikelsehantering*. Begreppet avvikelsehantering är dock mer vida innehållande än vad författarna avser att ta upp i denna studie.

2.2 Lagstiftning om patientsäkerhet

Vård- och omsorgspersonal har skyldighet att rapportera risker, tillbud och negativa händelser för att förhindra att fel leder till allvarliga konsekvenser för patienter som får vård och behandling (SoS, 2010). Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659), som trädde i kraft 1 januari 2011 och därmed ersatte lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område, 1998:531, tillkom för att patientsäkerheten ska främjas. Vårdgivaren är skyldig att tillse att det finns en organisation eller rutiner som behövs för att förebygga att patienter drabbas av skador i vården. Vårdgivaren ska dessutom uppföra en tidsplan för de åtgärder som inte kan vidtas omedelbart (SFS 2010:659). Enligt Socialstyrelsen författningssamling (SOSFS 2005:12) anges det följande i 4 kap. 6 § om avvikelshantering:

Ledningssystemet skall säkerhetsställa att det finns rutiner för att:

1. Anmäla till myndigheter i enlighet med gällande författningar,
2. Identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda orsakerna och följa upp vidtagna åtgärders effekt,
3. Sammanställa och återföra negativa och positiva erfarenheter från avvikelshantering till verksamhetens personal och andra berörda,
4. Använda erfarenheterna från avvikelshantering i det förebyggande riskhanteringsarbetet, och
5. Ta till vara förslag och klagomål från patienter, närstående och personal.

2.3 Förebyggande av skador med hjälp av avvikelserapportering

Förebyggande patientsäkerhet är en av grundstenarna i hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete. Enligt Socialstyrelsen är det oftast brister i rutiner och organisation som orsakar otillräcklig säkerhet inom sjukvården (SoS, 2009b). Avvikelse rapporten ska fokusera på det inträffade och inte på inblandade personer (SoS, 2009c). Även det danska fristående organet Dansk Selskab for Patientsikkerhed (u.å), som arbetar för att gynna patientsäkerheten påtalar att främjandet av patientsäkerheten inte handlar om att skuldbelägga en enskild person, utan det handlar om en inlärning av negativa händelser och system som minskar risken för att det ska inträffa igen. För att förebygga att patienter skadas inom vården är det av stor vikt att dokumentera och registrera skedda vårdskador i ett avvikelserapporteringssystem, där skadestatistiken kan analyseras (SoS, 2009d). Den händelse som inte motsvarar förväntat vårdförlopp eller avdelningens vanliga rutin ska räknas som en avvikande händelse (SoS, 2009c).

Därför är effektiva rutiner för avvikelserapportering nödvändigt för förbättringsarbetet. Det ska finnas lokala anvisningar på varje verksamhet om vilka typer av händelser som ska rapporteras som avvikelser. Vården kommer inte lära av sina misstag om avvikelserapporteringen inte är användbar (SoS, 2009c). Dolda misslyckanden är svårare att identifiera än misslyckanden där konsekvenserna är omedelbara och uppenbara (Lawton & Parker, 2002). För att nå framgång måste organisationer lära av sina risker och skador, oavsett form. Lika viktigt som att ha ett effektivt informationssystem för att lära av tidigare misstag är det också viktigt att rapportering av händelser konsekvent utförs (a.a.).

2.4 Vårdskador i Sverige

Nästan var tionde patient drabbas av skador under vårdtiden på sjukhus varje år. Det kan vara skador som uppstått i samband med en operation eller vara en vårdrelaterad infektion. Förutom att vårdskadorna leder till ett onödigt lidande för patienterna och deras anhöriga är det dessutom ett stort slöseri med samhällets resurser (Johnstone & Kanitsaki, 2006; SoS, 2009e). För att komma till rätta med säkerheten inom vården med problem som inte borde finnas, har Socialstyrelsen börjat agera mer kraftfullt genom tillsyn. Vid tillsynen kontrolleras bland annat att vårdgivare uppfyller sina lagstadgade uppdrag, till exempel att säkerställa en god kvalitet i sina verksamheter (SoS, 2009e).

I en undersökning som Socialstyrelsen utförde om vårdskador under år 2007 (SoS, 2008) granskades 1 967 journaler inom slutenvården. Av dessa patienter hade 169 (8,6 %) fått vårdskador. Drygt hälften av dessa patienter hade vårdskador som läkte under vårdtiden eller inom en månad, för en tredjedel hade skadorna läkt inom ett år och nästan var tionde patient fick bestående men eller funktionsnedsättning. I 59 fall (3 %) bedömdes skadan ha bidragit till att patienten avlidit (a.a.). Enligt Socialstyrelsen (2008) uppgår de vårdskador som skulle kunnat undvikas till 105 000 varje år vilket kan omräknas till cirka 630 000 extra vårddygn, eller ett genomsnitt på sex extra vårddygn för den enskilde patienten. Detta beräknas motsvara omkring sex miljarder svenska kronor per år. Vårdskadorna var vanligast i åldersgruppen 65 år och äldre. Någon statistisk säkerställd skillnad i förekomsten av vårdskador mellan kvinnor och män framkom inte (a.a.).

Avvikelseberättelserna inom SLSO (som driver landstingets primärvård, geriatrik och psykiatri) uppgick under 2009 till cirka 5 500 risker, tillbud och negativa händelser. I jämförelse med 2008 är det en ökning med 36 %. Denna ökning bestod till största delen av inrapporterade risker och tillbud. Samtidigt minskade inrapporterade negativa händelser under samma tidsperiod (SLSO, 2009). För Stockholms Läns Landsting [SLL] var benägenheten att avvikelseberätta ca 48 % under 2010. Under de första sex månaderna för 2010 hade det kommit in totalt 15 757 avvikelseberättelser. Av dessa handlade 6 648 om risker, 5 427 var tillbud och 1 662 omfattade negativa händelser. Orsakerna till de flesta av dessa avvikelseberättelser var bristande riktlinjer och rutiner enligt rapportörerna (Lindh, 2010).

2.5 Landstingens patientförsäkring och kostnader för patientskador

För patienter som vårdas av landsting, regioner eller av vårdgivare med landstingsavtal gäller patientförsäkringen i Landstingets Ömsesidiga Försäkringsbolag [LÖF]. Till LÖF anmäler patienter själva om de fått en vårdskada som uppkommit inom hälso- och sjukvården. Vårdskador, där skadan varit undvikbar, kan ersättas av LÖF enligt patientskadelagen. Ersättning utbetalas inte för behandlingar som inte lett till önskat resultat eller om det uppstått en komplikation (LÖF, 2010a). Det är vanligare att skadeanmälningar sker efter operativa ingrepp i jämförelse med andra diagnostiska ingrepp eller behandlingar (LÖF, 2010b). Skador inom ortopedi, kirurgi och verksamheter med stora operationsvolymerna är de som anmäls mest till patientförsäkringen. Dessa anmälningar kan gälla skadade nerver och kärl, blödningar, skelettskador, tillförda infektioner och tryckskador orsakade av en felaktig positionering (LÖF, 2010a). För åren 2003-2009 beviljades ersättning för cirka 44 % av de patienter som anmälde sin skada. Bara under 2009 fick LÖF in totalt 10 100 anmälningar och det betalades ut cirka 405 miljoner kronor för vårdskadorna. De vanligaste ersättningsbeloppen ligger under 25 000 kronor. Enligt en jämförelse mellan åren 2008 och 2009 har patientskadeanmälningarna ökat med 1 % (a.a.).

I Europa ligger Sverige och Finland i topp med högst antal rapporterade skador per miljon invånare. En hög andel skadeanmälningar i ett landsting behöver nödvändigtvis inte bero på att landstinget har fler vårdskador än andra. Det kan istället bero på att händelserna inte döljs för patienten och denne informeras om ersättningsmöjligheten (LÖF, 2010b). En låg frekvens av anmälningar i ett landsting kan då bero på det

omvända. Det mest väsentliga är att vården tar tillvara på information om patientskadorna, analyserar dessa och vidtar åtgärder för att de inte ska inträffa igen. Enligt LÖF gör den svenska modellen det avsevärt lättare att anmäla skador i jämförelse med andra länder där skaderegleringen löses i domstol (a.a.).

2.6 Skaderisker inom operationssjukvård

Operationssjuksköterskan ska arbeta patientsäkert och verka för att skydda patienten (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008; SFS 1993:100). När en patient genomgår ett operativt ingrepp finns risk för att patienten utsätts för skada (Millsaps, 2006). Positionering är därför en viktig del i operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad, där en korrekt positionering ska minska risken för tryckskador, skador på nerver, leder och muskler (a.a.). En god positionering ska även tillfredsställa en bra åtkomst för operatör och anestesipersonal. Dessutom ska positioneringen ta hänsyn till patientens egna fysiska begränsningar i rörelseapparaten (Walton-Geer, 2009). Studier visar att en operationstid längre än 2 – 3 timmar ökar risken för tryckskador oavsett patientens positionering (Millsaps, 2006; Scott & Buckland 2005; Walsh, 1994).

Enligt operationssjuksköterskor var deras erfarenheter att skaderisker och skador ökade då de var stressade (Alfredsdottir och Bjornsdottir, 2008). Stressen hos operationssjuksköterskorna kunde till exempel bero på att de hade höga krav på produktivitet och att de fick öka arbetstempot då vårdköerna var långa (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008; Silén-Lipponen, Tossavainen, Turunen & Smith, 2005). Men det berodde även på att operationerna hade blivit mer komplicerade och tekniken mer utmanande, vilket krävde större kunskaper och färdigheter (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008). Då operationsingreppet inte kunde påskyndas upplevde operationssjuksköterskorna att det var tiden för patientförberedelse och tiden mellan två operationer som måste förkortas, vilket hotade patientsäkerheten (a.a.).

2.7 Orsaker till varför avvikelserapporteringar inte utförs

Enligt Undvall (2006) förekom underrapportering i hela Sverige. Specialistsjukvården hade störst andel underrapporterade avvikelser. Endast 6 % (9 deltagare) av rapportens deltagare uppgav att de alltid avvikelserapporterade (a.a.). Framför allt var det de negativa händelserna som underrapporterades. I LÖF's statistik (LÖF, 2010c) som bygger på patienternas egna rapporterade skador, visas stora skillnader mellan

vårdskador som inte rapporterats i avvikelssystemen från vårdgivare i jämförelse med patienternas egna anmälningar. Detta mörkertal av icke rapporterade negativa händelser fortsätter enligt LÖF (2010a), vilket även påpekas av Nesheim och Gillingsjö (2008) och SoS (2009f). Orsaker till att vissa avvikelser inte rapporterades var, enligt en amerikansk studie, att misstagen inte ansågs som viktiga att rapportera då de upptäcktes i tid eller då patienten inte skadades trots misstaget. Dock rapporterades i allmänhet mer allvarliga fel när patient var inblandad (Taylor, Brownstein, Christakis, Blackburn, Standjord, Klein & Shafii, 2004). I en annan amerikansk studie hade sjuksköterskor inte reflekterat över att händelser, som till exempel att patienter fått sina mediciner flera timmar försent, skulle betraktas som ett fel som kunde leda till att patienten drabbades av skada (Dunn, 2003a).

2.7.1 “Skvallra” och blanda in andra

Revisionsrapporten i Jämtlands Läns Landsting påvisade att då personal ville ta hänsyn till sina kollegor och medarbetare avstod de ofta ifrån att skriva en avvikelserapport (Undvall, 2006). Både i den isländska studien (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008) och från revisionsrapporten i Västra Götalandsregionen (Nesheim & Gillingsjö, 2008) framkom att personalen upplevde det som lättare att bara samtala om begångna misstag än att dokumentera dessa då de inte ville peka ut någon person. Att peka ut inblandade då händelser inträffat upplevdes som ”skvaller”, och då kunde personal hellre avstå ifrån att skriva en avvikelserapport (Lindgren Persson, 2009). Att inte blanda in andra angavs även vara en vanlig orsak till att avvikelserapportering inte utfördes i den amerikanska studien av Taylor et al. (2004). Enligt Nesheim och Gillingsjö (2008) var det dock lättare att dokumentera andra avdelningars misstag än den egna avdelningens. Vid införandet av anonym och manuell avvikelserapportering på centraloperation, Akademiska sjukhuset i Uppsala, ökade rapporteringsfrekvensen (Lindgren Persson, 2009).

2.7.2 Oro, obehag, skuld och straff

Revisionsrapporten från Västra Götaland påvisade att det fanns en låg tolerans för misstag och att skriva avvikelserapporter bland personal. Ett så kallat ”syndabockstänkande” fanns både mellan personalen och från ledningen, men även externt (Nesheim & Gillingsjö, 2008). Med det externa syftade personal till

lagstiftningen, Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd [HSAN] och Lex Maria, vilket upplevdes som straffande (a.a.). I revisionsrapporten från Jämtlands Läns Landsting beskrivs motstånd mot att rapportera avvikelser på grund av att det skulle kunna leda till obehag för rapportören eller en kollega (Undvall, 2006). Liknande erfarenheter återfanns i studier av Taylor et al. (2004) och Johnstone och Kanitsaki (2006), där personal uppgav att de fått öknamn, blivit skuldbelagda och setts som inkompetenta. Johnstone och Kanitsaki (2006) beskriver även att personal upplevde sig sårbara och utstötta då de förlorade respekt bland kollegor, hölls under uppsikt samt fick klagomål och reprimander. Motviljan och rädslan att rapportera skador innefattade även att de kunde få skulden för det inträffade av arbetsgivare, för något de inte haft en central roll i (a.a.). Även i studien utförd av Kingston, Evans, Smith och Berry, (2004) beskrev sjuksköterskor farhågor om att avvikelserapportera händelser. Också här handlade det om upplevelser av skuld och straff, men även om hot mot sin framtida anställning (Kingston et al., 2004). Detta visade sig vara mest påtagligt bland yngre personal, varav vissa även fruktade att bli mobbade och trakasserade av arbetsgivaren (a.a.).

2.7.3 Riktlinjer och rutiner

Många avvikelser blir inte rapporterade på grund av otydligt utformade lokala riktlinjer, angående vilka rutiner som gäller vid avvikelserapportering (Nesheim & Gillingsjö, 2008). Detta framgår även ur den amerikanska studien utförd av Taylor et al. (2004), där 57 av studiens deltagare (40.7 %) inte rapporterade avvikelser på grund av osäkerhet om vad som ansågs som en avvikelse. Förutom rådvillhet om vad som bedömdes som avvikelse upplevde personalen enligt Undvall (2006) att det inte heller fanns någon kultur till att avvikelserapportera. Allvarligare händelser kunde också betraktas som kända komplikationer istället för skador och blev därför inte rapporterade (Kingston et al., 2004). Utöver detta kunde avvikelserapporteringssystemet uppfattas som svårhanterligt (Nesheim & Gillingsjö, 2008; Taylor et al., 2004).

2.7.4 Tidsbrist

En bidragande orsak till varför avvikelserapportering inte gjordes enligt de svenska revisionsrapporterna var tidsbrist (Lindgren Persson, 2009; Undvall, 2006). Med tidsbrist menade Lindgren Persson (2009) även att IT-systemet var krångligt och

svårhanterligt. Även deltagarna i två amerikanska studier beskrev att bristen på tid var ett stort hinder (Fernald, Pace, Harris, West, Main & Westfall, 2004; Taylor et al., 2004).

2.7.5 Återkoppling

I revisionsrapporten från Jämtlands Läns Landsting upplevde personal att det fanns brister vid återkopplingen av det som hade rapporterats (Undvall, 2006). Återkoppling måste ges med jämna mellanrum för att personal ska förstå att avvikelserapportering leder till analyser och slutligen en konstruktiv förändring i praktiken (Vincent, Stanhope & Crowley-Murphy, 1998). I en australiensisk studie upplevdes det som frustrerande att rapporteringssystemet gav för lite återkoppling efter rapportering (Kingston et al., 2004). Regelbunden återkoppling skulle öka tendensen till att rapportera ansåg sjuksköterskor och läkare enligt en amerikansk undersökning (Taylor et al., 2004).

3 PROBLEMFORMULERING

Nästan var tionde patient i Sverige drabbas varje år av vårdskador under vårdtiden. Vårdskador leder till lidande för patienten, förlängda vårdtider och ökade kostnader för samhället. Andelen skadeanmälningar efter operativa ingrepp är hög, och verksamheter med stora operationsvolymmer anmäls mest till LÖF (2010a). För att förebygga att patienter drabbas av vårdskador är det därför av stor vikt att dokumentera och registrera risker, tillbud och negativa händelser i vården. Svenska revisionsrapporter, liksom flera utländska studier, påvisar att avvikelser i vården underrapporteras. Ökade kunskaper om operationssjuksköterskors erfarenheter av avvikelserapportering och orsaker till eventuell underrapportering skulle kunna främja patientsäkerheten inom operationssjukvården.

4 SYFTE

Syftet är att studera operationssjuksköterskors erfarenheter av avvikelserapportering.

4.1 Frågeställningar

- Förekommer det att operationssjuksköterskor avstår från att avvikelserapportera risker, tillbud och negativa händelser?
- Vilka är i sådana fall orsakerna till detta?

5 METOD

5.1 Design

Studien genomfördes som en tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats. En tvärsnittsstudie samlar in uppgifter vid ett visst tillfälle och resultatet ger en bild av tvärsnittet i den aktuella populationen vid det aktuella tillfället (Andersson, 2006; Ejlertsson, 2003).

5.2 Mätinstrument

Ett eget studiespecifikt frågeformulär sammanställdes, då inget tidigare validitets- och reliabilitetstestat instrument inom detta område kunde hittas. Frågeformuläret innehöll tio strukturerade Ja/Nej frågor med möjlighet till kort kommentar vid sex av frågorna. Frågorna behandlade erfarenheter kring avvikelserapportering. Bland annat frågades det om deltagaren fått utbildning i avvikelserapporteringssystemet, om deltagaren avstått från att avvikelserapportera, eventuella orsaker varför de i sådana fall avstått från att avvikelserapportera, om det finns kännedom om lokala instruktioner för risk- och avvikelshantering och om återkoppling på skrivna avvikelserapporter var tillfredsställande. Frågorna utarbetades utefter det material som beskrivits under bakgrunden och efter författarnas egna erfarenheter och reflektioner. Frågeformuläret bygger på tidigare studier som visat att sjukvårdspersonal avstått från att avvikelserapportera på grund av tidsbrist (Fernald et al., 2004; Lindgren Persson, 2009; Taylor et al., 2004; Undvall, 2006), de ville inte utsätta sig själv eller andra för obehag (Johnstone & Kanitsaki, 2006; Kingston et al., 2004; Nesheim & Gillingsjö, 2008; Taylor et al., 2004; Undvall, 2006), de ville inte skvallra (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008; Lindgren Persson, 2009; Nesheim & Gillingsjö, 2008; Taylor et al., 2004; Undvall, 2006), det IT-baserade avvikelserapporteringssystemet ansågs som svårhanterligt (Lindgren Persson, 2009; Nesheim & Gillingsjö, 2008; Taylor et al., 2004), riktlinjer var otydliga eller bristfälliga (Nesheim & Gillingsjö, 2008; Taylor et al., 2004) och att återkopplingen var bristfällig (Kingston et al., 2004; Taylor et al., 2004; Undvall, 2006; Vincent et al., 1998). Detta är även författarnas erfarenheter från tidigare verksamhetsarbete inom sjukvården.

För att uppnå en så hög validitet som möjligt prövades det studiespecifika frågeformuläret av en testgrupp, bestående av sex sjuksköterskor från vårdavdelning

och elva operationssjuksköterskor med erfarenhet av avvikelserapportering. Versionen av frågeformuläret som prövades på testgruppen innefattade 15 frågor. Efter att frågeformuläret testats omarbetades detta av författarna utifrån de kommentarer som lämnades av testgruppen. Några frågor förtydligades då de uppfattades tvetydigt eller inte gav svar på syftet. Frågor som inte hade en direkt koppling med syftet ströks. Frågor med liknande innebörd omformulerades och sammanfördes. Reliabiliteten har inte kunnat mätas då frågeformuläret endast har använts vid ett tillfälle. Slutversionen av frågeformuläret kom att innehålla tio frågor med möjlighet till kommentarer vid sex av frågorna.

Ytterligare granskning av frågeformulärets slutversion gjordes av Roine Gillingsjö, Price Waterhouse Coopers [PWC], och Kerstin Karlstedt, PWC (personlig kommunikation, 17 januari och 24 januari, 2011). PWC är ett företag inom revision och rådgivning för bland annat kommuner och landsting. Gillingsjö är en av författarna till revisionsrapporten från Västra Götalandsregionen och Karlstedt har erfarenhet inom patientsäkerhet. Kontakten med PWC togs av författarna via e-post med en förfrågan om vilket frågeformulär PWC använt i sin revisionsrapport (Nesheim & Gillingsjö, 2008). Gillingsjö återkom via telefonsamtal med besked att inget frågeformulär använts vid arbetet med revisionsrapporten. Samtalet med Gillingsjö fördes kring vår studie och vikten av denna. Gillingsjö och Karlstedt granskade vårt frågeformulär och ansåg att frågorna var relevanta för sitt syfte. Inga omarbetningar eller förtydliganden efterfrågades. Ingen ekonomisk ersättning har efterfrågats av PWC för granskningsarbetet av vårt studiespecifika frågeformulär.

5.3 Urval

Samtliga operationssjuksköterskor, från två operationsavdelningar i Mellansverige, som uppfyllde författarnas inklusionskriterier blev tillfrågade att delta i studien. Detta i enlighet med Andersson (2006) om hur tvärsnittsstudier genomförs.

Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle vara operationssjuksköterskor och att de skulle arbeta vid något tillfälle under perioden för datainsamlingen, vecka 4 – 5, 2011. Sammanlagt delades det ut frågeformulär till 59 operationssjuksköterskor på de båda operationsavdelningarna.

5.4 Datainsamling

Verksamhetschefer på berörda avdelningar tillfrågades om studiens genomförande. Efter accepterandet informerade författarna respektive vårdchef (muntligt och skriftligt) om studien. Författarna informerade operationssjuksköterskorna vid morgonmöten och via e-post så att alla kunde nås av informationen. Operationssjuksköterskorna informerades ytterligare en gång om studiens syfte och genomförande via ett följebrev till det studiespecifika frågeformuläret. Följebrev och medföljande frågeformulär försett med ett kodnummer, lades i operationssjuksköterskornas postfack tillsammans med ett returkuvert märkt OP-10/11. Varje frågeformulär hade ett personligt specifikt kodnummer för varje potentiellt deltagande operationssjuksköterska. Endast vi som författare kunde veta vilken operationssjuksköterska som hade det specifika kodnumret. Kodnumren hade ingen logisk följd i förhållande till namn eller placering av postfack. Genom att fylla i och lämna in frågeformuläret accepterades deltagandet i studien. Ifyllda frågeformulär lämnades in i det förslutna märkta returkuvertet, i en låda som var märkt med OP-10/11. Lådan var placerad på ett av vårdcheferna godkänt ställe på respektive operationsavdelning.

Under första halvan av vecka 05-2011 skickades en påminnelse om deltagandet ut via e-post. Författarna kom även ut till avdelningarna denna vecka för att personligen påminna om studien. I samband med påminnelsen delades nya frågeformulär ut till dem som ännu inte hade medverkat, påminnelsen kom att följa de löpnummer som inte kommit oss tillhanda. Personal med ledande befattning vid de båda operationsavdelningarna påminde alla operationssjuksköterskor under morgonmöten om deltagandet i studien. Vid oklarheter fanns det möjligheter för deltagande operationssjuksköterskor att skicka e-post författarna om de frågor som kunde uppstå kring frågeformuläret. Datainsamlingen pågick under två veckor och avslutades i februari 2011.

Efter att frågeformulären hade samlats in ströks alla löpnummer och ersattes med nummer, 1 – 47, för att kunna vara mer lätthanterligt i databearbetningen.

5.5 Bearbetning och analys

Deskriptiv statistik användes för att analysera svaren. Frekvenser beräknades och redovisades. Olsson och Sörensen (2007) skriver att de deskriptiva undersökningarna är vanligtvis kvantitativa, vid dessa undersökningar finns redan från start en viss mängd kunskap.

I enlighet med Trost (2007) och Denscombe (2009) har svarsalternativ och företeelser kodats med siffror. Internt bortfall gavs värdet 0 vilket Trost (2007) förespråkat.

Därmed har författarna kodat svarsalternativen utifrån svaren:

Internt bortfall (0), Ja (1), Nej (2). Några få svar (tio) erhöles med deltagares egna alternativ som ”både och” eller ”vet ej” istället för de givna svarsalternativen Ja/Nej.

Dessa svar kodades som ”Både och” (3) och ”Vet ej” (4). Materialet lades in i Microsoft Excel 2010 för att underlätta hanteringen av svarsalternativen. Frekvenser beräknades för samtliga frågor och svar var för sig. När företeelserna hade kvantifierats efter sina sifferkoder blev de hanterbara för jämförelser och samband. Därefter kunde författarna analysera materialet med hjälp av numerisk data. Det vill säga att författarna räknade frekvenserna av de olika svarskoderna för varje fråga, specificerade frekvenserna i tabeller med antal och procenttal. Förfaringssättet rekommenderas av Denscombe (2009) vid deskriptiv statistik.

Samtliga frågeformulär kopierades i ett extra exemplar. Varje fråga, på det kopierade exemplaret, numrerades med det specifika numret från ursprungsformuläret. Detta för att kunna identifiera vilket frågeformulär svaret ursprungligen tillhörde. Varje fråga med tillhörande svar och eventuell egen kommentar separerades och lades i en och samma hög.

Totalt fanns det möjlighet till kommentarer vid sex av frågeformulärens frågor. Uttryck som deltagarna använt sig av i kommentaren till frågan gav upplysning om orsaken till svaret på frågan som ställdes. Kommentarer som till exempel ”tidsbrist”, ”annat att göra”, ”brist på tid” och ”ont om tid” lades i en och samma hög och kunde användas som orsak till varför det generellt inte fanns möjlighet att skriva en avvikelserapport i nära anslutning till en händelse. Samma utförande gjordes med de övriga frågornas kommentarer. När alla frågans kommentarer var kategoriserade kunde frekvensen av dessa beräknas. Svaren på de öppna frågorna ses enligt Ejlertsson (2005) som

tilläggsinformation och kan inte fullt ut bearbetas med samma säkerhet som övriga Ja/Nej svar då deltagarna inte alltid har besvarat de öppna frågorna.

Enstaka citat ur frågeformulärets kommentarer har redovisats för att stärka och förtydliga resultatet samt belägga en uppfattning av någon deltagare.

6 ETISKA ASPEKTER

Verksamhetscheferna gav tillstånd till att utföra studien i deras verksamheter. Det var frivilligt för operationssjuksköterskorna att delta i studien. Genom att inte fylla i frågeformuläret avstod operationssjuksköterskan från att delta. Alla frågeformulär var konfidentiella, inga namn eller arbetsplatser angavs. Kodlistorna som kunde identifiera deltagarna destruerades efter avslutad datainsamling. Kodlistor och ifyllda frågeformulär förvarades av författarna på ett sådant sätt att handlingarna förblev konfidentiella, och detta innebar att handlingarna förvarades inlåsta när författarna inte arbetade med materialet. Efter godkänd studie kommer även de besvarade frågeformulären att destrueras. Alla resultat redovisas på så sätt att personer och enheter inte kan identifieras.

7 RESULTAT

En sammanställning av resultatet redovisas i löpande text, med förtydliganden i tabeller och med citerade kommentarer från deltagarna.

Totalt deltog 47 operationssjuksköterskor i undersökningen. Av dessa hade 44 operationssjuksköterskor någon gång skrivit en avvikelserapport.

7.1 Avstått från att skriva avvikelserapport

Av det totala antalet deltagare hade 40 operationssjuksköterskor (85 %) någon gång avstått från att skriva en avvikelserapport. Några av deltagarna hade angivit flera orsaker till varför man avstått från att skriva avvikelserapport vid en händelse, tabell 1.

Den vanligaste orsaken till att operationssjuksköterskorna någon gång avstått från att skriva avvikelserapport var brist på tid. Tidsbristen gjorde att avvikelserapporteringen inte kom i första hand på grund av arbetsbelastningen. Det som påverkade arbetsbelastningen var enligt kommentarerna bland annat pressade operationsprogram, akut tillkomna ingrepp och att andra arbetsuppgifter väntade. Operationssjuksköterskan hade ingen avsatt tid eller blev inte avlöst av annan kollega för att skriva en avvikelserapport, och de var heller inte villiga att stanna kvar efter arbetstid för att dokumentera denna. Beroende på vilken händelse som inträffat kunde det tyckas vara olustigt att rapportera när en inblandad medarbetare inte mådde så bra psykiskt sedan tidigare. Deltagare önskade förtydligande av att avvikelserapportering inte ska vara ett personangrepp utan ett arbetsinstrument för att förbättra och säkerställa arbetet.

Tabell 1: Orsaker till varför 40 operationssjuksköterskor någon gång avstått från att skriva avvikelserapport (fler alternativ fick anges). Frekvens beräknad på alternativen.

Kategori	Antal (n = 64)	
Tidsbrist	32	50 %
Vill inte utsätta andra för obehag	7	11 %
Dokumenterade avvikelser i patientjournalen	7	11 %
Det IT-baserade systemet är svårhanterligt	5	7 %
Vill inte utsätta mig själv för obehag	3	4,5 %
Slarv eller slöhet	3	4,5 %
Känns meningslöst vid småsaker som sker ofta	2	3 %
Pratade med personen det gällde	2	3 %
Vill vara anonym	1	2 %
Rapporterar inte dåligt uppförande inne på operationssalen	1	2 %
Vet ej om det inträffade ska hanteras som en avvikelse då allt ändå gick bra till slut	1	2 %

7.2 Prioritering för att skriva en avvikelserapport

Mer än hälften av deltagarna, 31 operationssjuksköterskor (66 %), ansåg att det inte fanns möjlighet att skriva en avvikelserapport i nära anslutning till en händelse, vilket ledde till att rapporten fick skrivas vid annat tillfälle. Orsaken var att det inte hanns med under arbetspasset relaterat till tidsbrist. Att avvikelserapportering inte kommer i första hand är en prioriteringsfråga enligt dessa deltagare. Avvikelseapporteringen blev lätt uppskjuten, i fem fall uppgavs att operationssjuksköterskan hade väntat så länge att händelsens detaljer glömdes bort så att rapporten inte blev så utförlig, eller att hon/han slutligen struntade i dokumentationen. En deltagare kommenterade att obehag och komplicerade situationer gjorde att avvikelserapport i nära anslutning till en händelse inte blev dokumenterad.

7.3 Osäkerhet om det inträffade ska avvikelserapporteras

Flera operationssjuksköterskor som hade varit osäkra på om en händelse skulle avvikelserapporteras hade heller ingen kännedom om att lokal instruktion för risk- och avvikelshantering fanns på avdelningen. Mer än hälften av deltagarna hade ingen kännedom om denna, tabell 2.

Tabell 2: Jämförelse mellan osäkerhet om det inträffade ska avvikelserapporteras och kännedom om lokal instruktion för risk- och avvikelserapportering

		Osäkerhet att avvikelserapportera		TOTALT (n = 46)
		JA (n = 30)	NEJ (n = 16)	
Kännedom om lokal instruktion	JA	14	8	22
	NEJ	16	8	24

7.4 Besvär att skriva avvikelserapport

Att skriva en avvikelserapport ansågs vara krångligt eller besvärligt enligt 16 deltagare. Av dessa tyckte att det fanns en svårighet i att välja vilken typ av rapport som skulle skrivas (vårdavvikelse, arbetsmiljö eller miljö), eller om rapporten skulle avse risk, tillbud eller negativ händelse, tabell 3. Definitionerna för detta ansågs oklara. Likaså ansågs tolkningsutrymmet under arbetsmiljöavvikelser vara för brett, då det kunde handla om allt från trasig ventilation till att någon behandlats illa av någon annan medarbetare. Systemet upplevdes även som oflexibelt, en kommentar var att de fasta valen inte passade så ärendet "hamnar mitt emellan" då det kan involvera flera olika rapporttyper. Ytterligare en anledning som gjorde att operationssjuksköterskor tyckte att avvikelserapporten var krånglig eller besvärlig att dokumentera var bristen på tid "det är så många steg, det tar tid att rapportera en liten enkel händelse", tabell 3.

Tabell 3: Orsaker till varför det är krångligt eller besvärligt att skriva en avvikelserapport

Kategori	Antal (n = 16)	
Svårighet att välja typ av rapport eller typ av händelse	8	50 %
Brist på tid	6	38 %
Utsätta någon för obehag	2	13 %

Att utsätta någon för obehag, tabell 3, kommenterades med: ”*känns som att sätta kniven i ryggen på någon*” och ”*personanklagelse, bli utpekad*”.

Deltagare som **inte** ansåg det vara krångligt eller besvärligt att skriva en avvikelserapport lämnade kommentarer som ändå tydde på visst krångel eller besvär:

”[...] men man drar sig för att göra det när det är småsaker”.

”Tar för lång tid att skriva alla kriterier”.

7.5 Utbildning inom avvikelserapporteringssystemet

Av det totala deltagandet (n=47) i undersökningen hade 29 av deltagarna fått utbildning av någon arbetsgivare i avvikelserapporteringssystemet. Kommentarererna angående utbildningstillfället visas i tabell 4.

De som inte fått någon utbildning i avvikelserapporteringssystemet vid studiens genomförande uppgick till 17 deltagare (36 %). Av dessa hade 14 deltagare skrivit en avvikelserapport. Två deltagare angav att de själva fått improvisera och ta reda på hur detta skulle utföras.

Tabell 4: Åsikter om utbildningstillfället inom avvikelserapporteringssystemet

Kommentar	Antal (n=29)	
Bra	9	31 %
Tillräcklig/ok	6	21 %
Glömt bort hur det var	6	21 %
För kort utbildningstillfälle	3	10 %
Regelbundet återkommande utbildning behövs	3	10 %
Tydlig och lärorik	2	7 %

7.6 Återkoppling och lärande av avvikelserapporteringar

Enligt kommentarerna från 14 operationssjuksköterskor (30 %) var återkopplingen av avvikelserapporter bristfällig. Bland annat ansåg 11 deltagare (23 %) att åtgärder och förändringar på skrivna avvikelserapporter var bristfällig eller saknades helt.

”saknar ändring av rutiner och att det genomförs till det bättre för att undvika ytterligare avvikelser”

Vid återkopplingen gavs det ett för generellt svar menade fyra deltagare (9 %) och ytterligare två deltagare (4 %) ansåg att ett mottagningsbevis inte var tillfredsställande som återkoppling. Tre deltagare (6 %) ansåg att det tog för lång tid innan återkopplingen mottogs av rapportören.

Av samtliga deltagare hade 39 (83 %) varit med om att avvikelserapporter tagits upp på APT (arbetsplatsträff) eller annat möte. 37 operationssjuksköterskor (79 %) upplevde att rapporterna ledde till lärande. De övriga operationssjuksköterskorna menade att några kommentarer på ett möte inte leder till något lärande på arbetsplatsen. Informationen fördes inte vidare och det saknades ett förändringsarbete, en deltagare gav kommentaren: *”känns som att det bara löper ut i sanden [...]”*.

8 DISKUSSION

8.1 Metoddiskussion

Att välja en kvantitativ metod var i detta sammanhang lämpligt då författarna hade utformat ett frågeformulär och ville ta reda på vilka erfarenheter operationssjuksköterskor hade av avvikelserapportering. Författarna ville även ta reda på i vilken frekvens de olika svarsalternativen förekom. Då tiden för insamlingen av deltagarmaterialet var kort ansåg författarna att ett frågeformulär lättast kunde nå ut till så många deltagare som möjligt. Detta stöds av Ejlertsson (2005). Ytterligare fördelar med frågeformulär är att deltagaren kan svara på frågorna när han eller hon själv anser att det passar i tid (Eliasson, 2010).

Enligt Ejlertsson (2005) kan en väl förberedd och genomförd enkätundersökning uppnå en svarsfrekvens kring 80 %. Trost (2007) anser att det är normalt med en svarsfrekvens mellan 50-75 % vid enkätundersökningar, tabell 5.

Tabell 5: Svarsfrekvens

	Op.avd nr 1	Op.avd nr 2	Totalt
Utsända formulär	22 st	37 st	59 st (100 %)
Besvarade formulär	16 st	31 st	47 st (79,7 %)

Skulle författarna istället valt att utföra en intervjustudie skulle inte samma frekvens av deltagare uppnåtts på grund av tidsbegränsningen. Vid en intervju påverkas deltagaren även av intervjuarens sätt att ställa frågorna (intervjuareffekten enligt Ejlertsson, 2005), vilket inte sker i ett frågeformulär. I ett frågeformulär presenteras alla frågor och svarsalternativ på samma sätt för alla deltagarna och dessa kan i lugn och ro tänka över frågorna och överväga svarsalternativen.

Studiens frågeformulär utarbetades så att designen var luftig, lättläst och skulle hinna besvaras inom 20 minuter. Detta för att minska bortfall av deltagare och ett internt bortfall av deltagarnas svar. Förfaringssättet rekommenderas av Ejlertsson (2005). Då

studiens frågeformulär inte i förväg har genomgått ett validitets- eller reliabilitetstest, får det inte kallas för enkät, vilket även påpekas av Trost (2007).

Författarna är medvetna om att deltagarnas engagemang kunde påverkas av om de var intresserade, hade gott om tid eller om de var trötta. Beteendet finns också beskrivet av Ejlertsson (2005). Författarna kan inte uttala sig om deltagarnas engagemang vid studiens utförande och om studiens resultat har påverkats. Dock anser författarna att deltagarna har gett bra respons och tydliga kommentarer i frågeformulären.

8.1.1 Frågeformulärets kvalitet

För att kontrollera om frågorna i frågeformuläret var adekvata, klara och tydliga, om de uppfattades på samma sätt som författarna tänkt eller om annan innebörd kunde läggas i frågorna använde sig författarna av en testgrupp. Detta förfaringssätt är i enlighet med Ejlertsson (2005) för att uppnå högsta möjliga validitet av frågeformuläret.

En styrka med studien är att författarna haft ett högt deltagande. Endast tre svar uteblev på grund av ett internt bortfall. Detta tolkar författarna som att frågorna har varit tydliga. Ju sämre konstruerade frågorna är desto större är det interna bortfallet enligt Ejlertsson (2005).

En svaghet med att låta deltagarna fritt få skriva egna kommentarer är att det oftast är en liten del av deltagarna som nyttjar den möjligheten. Dessa kommentarer kan därför enligt Ejlertsson (2005) inte behandlas med samma tillförlitlighet som övriga variabler. Kommentarererna kan ge tilläggsinformation men kan inte helt och hållet bearbetas som övriga variabler (a.a.).

Trots den höga svarsfrekvensen har författarna upptäckt brister i ord och formuleringar i frågeformuläret då dessa granskats och bearbetats. Därför har andra svar förekommit än de författarna hade för avsikt, till exempel så ringades båda svarsalternativen Ja/Nej in som svar på samma fråga, eller så inträffade det att deltagaren själv skrev ”både och” som ett eget svarsalternativ. Detta skedde inte i någon större frekvens, dock förekom det totalt tio sådana svarskombinationer av den totala undersökningens svar. Svarens kommentarer, som var till stor hjälp, granskades därför mer ingående för att inte gå

miste om några betydelsefulla svar. Enligt författarna har förekomsten av dessa svar inte påverkat resultatet.

Största frekvensen (sju stycken) av ”både och” svar var vid fråga nr 7, som löd ”*Anser du att det generellt finns möjlighet att skriva en avvikelserapport i nära anslutning till en händelse?*”. Författarna anser att uttrycket ”generellt” resulterat i tvetydigt yttrande, på grund av att det är en bedömningsfråga hur man ”generellt” upplever möjligheten att skriva en avvikelserapport i nära anslutning till en händelse. Ordet är så allmänt och kan tolkas på olika sätt. Dock har samtliga sju deltagare lämnat egna kommentarer som svar på ”Nej” alternativet för frågan. Dessa kommentarer har noga granskats och förevändningen ”tidsbrist” fanns i sex svarscommentarer. En kommentar (den sjunde) ansåg att det fanns obehag och komplicerade situationer som gjorde att det inte fanns möjlighet att skriva en avvikelserapport i nära anslutning till en händelse. Därför placerades dessa sju svar in i ”Nej” kategorin.

Till fråga 4 i formuläret svarade 30 deltagare (64 %) att det funnits osäkerhet på om det inträffade skulle avvikelserapporteras. Här skulle författarna haft en följdfråga, till exempel, vilka slags händelser operationssjuksköterskan varit osäker på?

Till fråga nr 6 ”*Har du någon gång avstått från att skriva en avvikelserapport i avvikelserapporteringssystemet?*” kunde författarna ha använt sig av en begränsad tidsrymd, till exempel *det senaste året* istället för ”*någon gång*”. Någon gång kan innefatta ett brett tidsperspektiv.

8.2 Resultatdiskussion

I studien deltog 47 operationssjuksköterskor från två operationsavdelningar. Av dessa hade 44 operationssjuksköterskor någon gång skrivit en avvikelserapport. De tre som aldrig skrivit en avvikelserapport har ingått i hela studiens resultat vid beräkning av frekvenser.

Denna studie visar på att majoriteten av operationssjuksköterskorna någon gång avstått från att skriva en avvikelserapport. Detta överensstämmer med resultat gällande vårdpersonal från tidigare genomförda svenska revisionsrapporter (Linderoth, 2010; Lindgren Persson, 2009; Nesheim & Gillingsjö, 2008; Undvall, 2006) och med ett

projekt i Landstinget i Östergötland (Lindqvist, 2003) samt internationella studier (Al-Assaf, Bumpus, Carter & Dixon, 2003; Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008; Braithwaite, Westbrook & Travaglia, 2008; Johnstone & Kanitsaki, 2006; Madsen, Østergaard, Andersen, Schiøler & Freil, 2006; Sanghera, Franklin & Dhillon, 2007).

Största orsaken till att operationssjuksköterskorna i denna studie avstod från att skriva avvikelserapport visade sig vara tidsbrist. Tidigare undersökningar från Jämtlands Läns Landsting (Undvall, 2006), SLL (Linderoth, 2010) och den danska studien utförd av Madsen et al. (2006), styrker vårt resultat beträffande tidsbrist som en anledning till varför avvikelser inte rapporteras. Bristen på tid har blivit ett problem inom sjukvården då personal förväntas utföra mer arbete på mindre tid och att operationsprogrammen är mer kompakta samt att det finns ett stort antal patienter på väntelista för operationer (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008). Vincent, Stanhope & Crowley-Murphy (1998) och Madsen et al. (2006) påpekar att hög arbetsbelastning är en orsak till att avvikelserapportering glömdes bort. Revisorerna Undvall (2006) och Lindroth (2010) påpekar att tid måste avsättas till avvikelserapportering om vården ska bli säkrare, vilket också kan handla om en prioriteringsfråga (Undvall, 2006).

Obehag var en annan orsak till att avvikelserapportering inte hade utförts enligt flera deltagare i denna studie. Anledningen var att de inte ville skapa obehag eller bekymmer för medarbetare eller för sig själva. Detta framkom även i den australienska studien som utförts av Braithwaite et al. (2008). I den danska studien (Madsen et al., 2006) var sjuksköterskorna rädda att uppfattas eller framstå som en dålig sjuksköterska om de skrev avvikelserapporter på egna begångna misstag. Operationssjuksköterskorna i studien efterfrågade ett tydligt belysande och klargörande av att avvikelserapportering inte var till för att skuldbelägga medarbetare utan för att utarbeta säkrare vård. Detta betonas både av den amerikanska studien av Al-Assaf et al. (2003) och av den australienska studien utförd av Braithwaite et al. (2008). Al-Assaf et al. (2003) säger att alla inom vården ska ställa sig frågan ”varför” händelsen skedde för att komma åt orsaken. Fokus ska inte läggas på ”vem” som orsakade händelsen så till vida det inte var en tydlig brist på respekt eller ansvar (a.a.). Detta systemperspektiv betonas även i Landstinget i Östergötland. Det är de bakomliggande faktorerna till varför människan gör fel som ska analyseras och synliggöras (Lindqvist, 2003). I en studie av Taylor et al. (2004) ansåg 28 deltagare (20 %) att avvikelserapporteringen skulle öka om den var

konfidentiell. Om rapporterna fick lämnas in anonymt svarade 42 deltagare (30 %) att de sannolikt skulle rapportera mer frekvent (a.a.).

Deltagare i vår studie har kommenterat att de avstått att avvikelserrapportera på grund av slöhet och slarv, men också att det känns meningslöst att rapportera vid skeenden som inträffar ofta. Enligt en amerikansk undersökning (Al-Assaf et al., 2003) kommer försumlighet, nonchalans och oetiskt beteende alltid att finnas kvar i viss utsträckning. Dessa typer av beteenden är inget undantag just för vården, och de ska inte gömmas undan eller förnekas, då de är en stor källa till felaktigheter och misstag (a.a.). I enlighet med den nya patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren rapportera till Socialstyrelsen om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedöms utgöra en fara för patientsäkerheten. Enligt denna lag (2010:659) och författningen (2005:12) är vårdpersonal skyldig att anmäla risker, tillbud och negativa händelser till vårdgivaren.

Resultatet i denna studie visar också att avvikelserrapport inte har skrivits på grund av att patienten vid det aktuella tillfället inte skadades trots att risken fanns. Enligt författarna är det av stor vikt att beakta och bearbeta dessa förfaringssätt. Patienter ska inte utsättas för några risker oavsett om det i de flesta fall brukar gå bra, och de ska definitivt inte riskera att skadas på grund av personals slarv eller slöhet. Med hjälp av en avvikelserrapport kan risken analyseras för att senare påvisa var i det brister. Vissa vårdskador är inte synliga direkt då de uppstår, utan utvecklas och förvärras med tiden. Ett exempel är risken att utveckla trycksår under en operation (Schouchoff, 2002; Walsh, 1994) eller att en nervskada uppenbaras efter flera dagar postoperativt (Tuncali, Tuncali, Kuvaki, Cinar, Dogan & Elar, 2005). Har ingen avvikelserrapport skrivits vid misstanke om vårdskada så kanske händelsen inte sätts i relation till operationen, då får inte operationspersonalen reda på vilka risker eller skador patienterna utsätts för. I överensstämmelse med Socialstyrelsen (2009d) ska det ses som en signal om att verksamhetens rutiner behöver ses över om det visar sig finnas flera fall av postoperativa komplikationer.

I denna studie framkom att det IT-baserade avvikelserrapporteringssystemet ansågs vara svårhanterligt och av denna anledning hade operationssjuksköterskor avstått från att avvikelserrapportera. Det framfördes bland annat att operationssjuksköterskorna hade svårigheter med att välja typ av rapport och att avvikelser kunde engagera flera olika

typer av rapporter. Landstinget i Östergötland framhåller att ett IT-baserat avvikelssystem ska underlätta för rapportören genom att vara lättillgängligt och hanterarvänligt (Lindqvist, 2003). Systemet ska också göra det hanterbart att ta del av uppföljning av rapporter och risker (a.a.). I revisionsrapporten från Landstinget i Gävleborg (Magnusson, 2010) befarades att det förekommer underrapportering då systemet uppfattades som svårhanterligt och bristfälligt.

Hela 36 % (n=47) av operationssjuksköterskorna i denna studie hade inte fått någon utbildning i avvikelserapporteringssystemet vilket kan vara en förklaring till varför flera deltagare ansåg att systemet var svårhanterligt. Även tidsbristen spelade in här då det upplevdes besvärligt om det tog lång tid att utföra avvikelserapporten. Som tidigare nämnts är tidsbrist i sig en bidragande faktor till att avvikelserapportering inte sker. Av de operationssjuksköterskor som fått utbildning i avvikelserapporteringssystemet har de flesta upplevt utbildningstillfället som positivt. Några ville att utbildningen skulle vara regelbundet återkommande.

En stor andel av de deltagande operationssjuksköterskorna hade någon gång varit osäkra på när en händelse skulle avvikelserapporteras. Detta kan enligt författarna till studien bero på att den lokala instruktionen för risk- och avvikelshantering inte har introducerats för personalen i tillräcklig utsträckning eller att den kan ha varit otydligt skriven. Taylor et al. (2004) menar att utbildning och information om vad som ska avvikelserapporteras kan vara en möjlig åtgärd för att öka frekvensen av avvikelserapporteringen. Detta vidhålls även av Braithwaite et al. (2008) i en studie där sjuksköterskor många gånger avstod från att skriva en avvikelserapport just för att de hade dålig kunskap om vad som skulle skrivas och om systemet de skulle dokumentera i.

Större delen av deltagande operationssjuksköterskor i denna studie var positiva till återkopplingen av skrivna avvikelserapporter. Flera hade varit med om att avvikelserapporter tagits upp på personalmöten eller APT och de ansåg även att detta ledde till ett lärande. Trots detta framkom dock även i resultatet att deltagande operationssjuksköterskor inte ansåg att lärandet enbart kunde bedrivas genom att avvikelserapporter togs upp vid ett APT. Risken med APT-baserat lärande anser studiens författare är att endast närvarande personal har möjlighet till att ta del av

diskussionen. I en revisionsrapport från Västra Götalandsregionen (Nesheim & Gillingsjö, 2008) fanns kritik mot att händelser diskuterades utan att dokumenteras, vilket innebar att lärandet uppstod uteslutande bland den personal som var närvarande. På Centraloperation i Landstinget i Uppsala Län (Lindgren Persson, 2009) hade personalen protokollförda gruppmöten där avvikelser och handlingsplaner togs upp, detta för att personal som inte var närvarande skulle kunna ta del av informationen. Varje halvår redovisades sammanställningar av avvikelserapporterna på stormöten för personalen. Under dessa möten diskuterades även erfarenheter, vidtagna åtgärder och dess effekter (a.a.).

I en rapport från Astrid Lindgrens Barnsjukhus (Ström, Wester & Andersson, 2010) och i en amerikansk studie (Taylor et al., 2004) påpekas att det är viktigt med återkoppling till personalen på avvikelserapporter för att det ska uppfattas som meningsfullt och konstruktivt att avvikelserapportera. Operationssjuksköterskor avstår från att skriva avvikelserapporter när återkopplingen är bristfällig (Braithwaite et al., 2008). Lika väl som vårdpersonal har skyldighet att avvikelserapportera har rapportören också rätt till att få återkoppling på den skrivna avvikelserapporten (Lindqvist, 2003). Ineffektiv uppföljning av rapporterade avvikelser och otydligt vidtagna åtgärder kunde leda till underrapportering enligt Magnusson (2010).

Al-Assaf et al. (2003) anser att sjukvården ligger årtal efter andra högrisktagande yrken i deras uppmärksamhet att säkerhetsställa patientsäkerhet. Den accepterade standarden inom sjukvården skulle inte godtas som lämplig i de flesta andra industrier/företag/näringsliv/sektorer som har med människor att göra (a.a.). Det är nödvändigt att höja vårdens kvalitet, och att vården måste sträva efter införandet av nya metoder på ett effektivt och ekonomiskt sätt. Al-Assaf et al. (2003) föreslår vidare att vården borde pröva modeller som andra högriskindustrier arbetar efter, till exempel flyget, vars huvudansvar ligger på säkerhet. Denna lösning skulle så småningom utgöra patientsäkerheten till en regel istället för ett undantag. Att helt eliminera skador, fel och misstag är svårt men att drastiskt minska tillfogade skador är ett mål vården bör sträva efter (a.a.). Detta är ett mål som också finns i Sverige (SLSO, 2009). Här skriver SLSO att målet med avvikelserapportering är att de flesta rapporterna ska handla om risker, betydligt färre tillbud och inga negativa händelser överhuvudtaget (a.a.). I Landstinget i Gävleborg (Magnusson, 2010) har det under flera år pågått ett arbete med att få en

förändrad syn och ett öppnare klimat genom att tala om avvikelser. Detta har lett till en ökad vilja till att dokumentera avvikelserapporter. Även Lindqvist (2003) betonar att arbetsledare ska uppmuntra till öppna diskussioner kring avvikelser, efterfråga avvikelserapporter och ge återkoppling till dessa för att förbättra patientsäkerhetsarbetet inom verksamheten.

8.3 Slutsats

En stor majoritet av studiens operationssjuksköterskor hade någon gång avstått från att skriva en avvikelserapport i samband med risk eller händelse som hade kunnat orsaka vårdskada för patienten. Tidsbrist var en avgörande faktor för varför operationssjuksköterskorna i denna studie uteblev med en avvikelserapport. Genomgående saknades det tid för att hinna skriva en avvikelserapport i nära anslutning till en händelse och det ansågs också vara tidskrävande att dokumentera i det befintliga IT-systemet. Många hade inte fått utbildning på avvikelssystemet eller blivit informerade om den lokala instruktionen för avvikelshantering. Att utsätta sig själv eller andra för obehag var också en bidragande orsak till varför en avvikelserapport inte hade skrivits. Trots att många operationssjuksköterskor ansåg att återkopplingen var acceptabel efterfrågades bättre återkoppling, liksom information kring vilka åtgärder avvikelserapporterna lett till inom verksamheten.

8.4 Klinisk betydelse

Studiens resultat är viktiga för berörda operationsavdelningar på så sätt att de kan få veta vad deras operationssjuksköterskor har för erfarenhet av att rapportera avvikelser. Oklarheter, problem och synpunkter kan tillvaratas för att säkerhetsställa patientsäkerhetsarbetet ytterligare.

8.5 Förslag på vidare forskning och utveckling

Genom denna och andras studiers resultat har vi funnit ett antal åtgärder som skulle kunna prövas i verksamheterna där studien genomfördes för att minska underrapporteringen av avvikelserapporter.

När en operation är avslutad bör dokumentation av avvikelserapport prioriteras av rapportör och ledning. Tiden för dokumentation ska vara i nära anslutning till en

händelse. Vid arbetspassbyte kan en kollega avlösa i ett tidigare skede, för att möjliggöra dokumentation av avvikelserapport inom arbetspassets tidsperiod.

Varje månad ska informationsblad med inrapporterade avvikelser redovisas till all personal på kliniken. En diskussion kring dessa avvikelserapporter om varför de hände och hur man ska undvika händelsen i fortsättningen bör finnas tillgänglig. Denna diskussion kan vara som en stående punkt på APT eller annat personalmöte. Detta kan underlätta för revideringar av rutiner och riktlinjer eller skapandet av nya sådana.

De befintliga lokala instruktionerna för risk- och avvikelshantering ska förtydligas så att all personal förstår innebörden av vad som är skrivet i denna. De lokala instruktionerna för risk- och avvikelshantering ska också introduceras vid nyanställning.

Det IT-baserade avvikelserapporteringsystemet ska ingå som utbildning under introduktionsperioden för nyanställd personal. Utbildningstillfället ska vara regelbundet återkommande för all personal som så önskar.

Att skapa lathundar i fickformat där det enkelt framgår när och vad som ska avvikelserapporteras kan underlätta för de anställda. I lathunden framgår tydligt de olika typerna av avvikelserapporterna och händelserna.

I en framtida studie kan det studeras om vidtagna åtgärder har gett något resultat på berörda operationsavdelningar. I ett större perspektiv kan ytterligare studie genomföras med samtliga yrkeskategorier. Detta för att studera om det finns skillnader i att avvikelserapportera mellan olika yrkeskategorier. Vad kan i så fall vara skillnaden och vad är orsaken till detta? Syftet med en större studie är att ytterligare stärka patientsäkerheten.

För att förstärka patientsäkerheten och förbättra avvikelserapporteringen kan ett framtida nationellt avvikelshanteringssystem, kunna generera ett större lärande. Lärandet sprids genom att alla landsting och regioner tar tillvara på statistik, kunskaper och erfarenheter mellan varandra utifrån dokumenterade avvikelserapporter.

9 REFERENSER

Al-Assaf, A. F., Bumpus, L. J., Carter, D. & Dixon, S. B. (2003). Preventing Errors in Healthcare: A Call for Action. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare*, 81(3), 5-12.

Alfredsdottir, H. & Bjornsdottir, K. (2008). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37.

Andersson, I. (2006). *Epidemiologi för hälsovetare – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Braithwaite, J., Westbrook, M., & Travaglia, J. (2008). Attitudes toward the large-scale implementation of an incident reporting system. *International Journal For Quality In Health Care*, 20(3), 184-191.

Clark, J. R. (2006). How a system for Reporting Medical Errors Can and Cannot Improve Patient Safety. *The American Surgeon*, 72(11), 1088-1091.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed. (u.å.). *Hvad er patientsikkerhed?*. Hämtad 11 januari, 2011, från http://patientsikkerhed.dk/patientsikkerhed/hvad_er_patientsikkerhed/

Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Dunn, D. (2003a). Incident reports – their purpose and scope. *AORN Journal*, 78(1), 46-66.

Dunn, D. (2003b). Incident reports – correcting processes and reducing errors. *AORN Journal*, 78(2), 212-233.

Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, A. (2010). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.

Fernald, D. H., Pace, W. D., Harris, D. M., West, D. R., Main, D. S. & Westfall, J. M. (2004). Event Reporting to a Primary Care Patient Safety Reporting System: A Report From the ASIPS Collaborative. *Annals of Family Medicine*, 2(4), 327-332.

Johnstone, M-J. & Kanitsaki, O. (2006). The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 367-376.

Kingston, M. J., Evans, S. M., Smith, B. J. & Berry, J. G. (2004). Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *The Medical Journal of Australia*, 181(1), 36-39.

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. (2010a). *Skadeanmälningar till patientförsäkringen*. Hämtad 5 december, 2010, från http://www.patientforsakringen.se/resurser/dokument/arlig_statistik/rapportmall_stockholm.pdf

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. (2010b). *Minska patientskador: Lär av skadeanmälningarna*. Hämtad 3 december, 2010, från http://www.patientforsakringen.se/resurser/dokument/arlig_statistik/specialitet_och_sjukhus_2009.pdf

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. (2010c). *Anmälda skador per landsting*. Hämtad 13 januari, 2011, från <http://www.patientforsakring.se/Anmalda-skador-per-landsting.html>

Lawton, R. & Parker, D. (2002). Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Quality & Safety in Health Care*, 11, 15-18.

Lindh, M. (2010). *Produktsamordning: HändelseVis*. Hämtad 14 januari, 2011, från <http://www.vardsamordning.sll.se/sv/Tema/Patientsakerhet-och-kvalitet/HandelseVis/>

Linderoth, C. (2010). *Avvikelsehanteringsprocessen på sjukhusen* (Projektrapport, 14/2010). Stockholm: Landstingsrevisorerna. Hämtad 4 mars 2011, från http://www.sll.se/upload/Landstingsrevisorerna/Projekttrapp_2010/Rapport_14-2010_Avvikelsehanteringsprocessen%20p%C3%A5%20sjukhusen.pdf

Lindgren Persson, M. (2009). *Hur används erfarenheter från avvikelsehanteringen inom hälso- och sjukvården?* Landstingsrevisorerna i Landstinget i Uppsala län. Hämtad 8 december, 2010, från <http://www.lul.se/upload/21327/Rapport%20Avvikelsehantering%20LUL%202009%20pdf.pdf>

Lindqvist, A. (2003). *Resan från avvikelserapportering till patientsäkerhet: Projektet för patientsäkerhet inklusive avvikelsehantering*. Landstinget i Östergötland. Hämtad 17 mars, 2011, från <http://www.lio.se/upload/30304/franavikrapptillpatsak.pdf>

Madsen, M. D., Østergaard, D., Andersen, H. B., Schiøler, T., & Freil, M. (2006). The attitude of doctors and nurses towards reporting and handling errors and adverse events. *Ugeskrift For Laeger*, 168(48), 4195-4200.

Magnusson, K. (2010). *Revisionsrapport: Patientsäkerhet – vårdskador I samband med operation*. Landstinget Gävleborg. Hämtad 10 januari, 2011, från http://www.lg.se/Global/Tyck_till_och_paverka/vem_bestammer/Revisorer/2009/2009_RR_Vardskador.pdf

Mc Ferran, T. A. & Martin, E. A. (2008). *Minidictionary for Nurses* (6th ed.). Oxford: Oxford University Press.

Millsaps, C. C. (2006). Pay attention to patient positioning! *Registered Nurses*, 69(1), 59-63.

Nesheim, A-K. & Gillingsjö, R. (2008). *Revisionsrapport: Avvikelsehantering – att lära av misstagen*. Kirurgikliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen. Hämtad 6 december, 2010, från http://www.vgregion.se/upload/Revision/Rapport%20Avvikelsehantering%20VGR_SU.pdf

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (2. uppl.). Liber: Stockholm.

Sanghera, I. S., Franklin, B. D. & Dhillon, S. (2007). The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK Intensive care unit. *Anaesthesia*, 62, 53-61.

Schouchoff, B. (2002). Pressure Ulcer Development in the Operating Room. *Critical Care Nursing Quarterly*, 25(1), 76-82.

Scott, E. M. & Buckland, R. (2005). Pressure ulcer risk in the peri-operative environment. *Nursing Standard*, 20(7), 74-86.

SFS 1993:100. *Högskoleförordning: Examina på avancerad nivå, Specialistsjuksköterskeexamen, bilaga 2*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad 9 januari, 2011, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad 5 december, 2010, från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2010:659>

Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H. & Smith, A. (2005). Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 21-32.

SoS. (2008). *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Hämtad 3 december, 2010, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-109-16>

SoS. (2009a). *Risikanalys och händelseanalys - Handbok för patientsäkerhetsarbete*. Andra reviderade upplagan. Hämtad 7 dec, 2010, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-120>

SoS. (2009b). *Att skapa säkra rutiner i vården*. Hämtad 5 december, 2010, från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forebygga/skapasakrarutiner>

SoS. (2009c). *Avvikelse rapportering i hälso- och sjukvården*. Hämtad 5 december, 2010, från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/avvikelse rapportering>

SoS. (2009d). *Risker vid operationer och ingrepp*. Hämtad 23 november, 2010, från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/ingrepp>

SoS. (2009e). *Rapport från Socialstyrelsens tillsyn av hälso- och sjukvården*. Hämtad 12 januari, 2011, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17785/2009-10-117.pdf>

SoS. (2009f). *Statistik om Lex Maria*. Hämtad 23 november, 2010, från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/lexmaria>

SoS. (2010). *Anmäla felbehandling eller missförhållande i vård och omsorg*. Hämtad 3 december, 2010, från <http://www.socialstyrelsen.se/tillsyn/anmalafelbehandlingellermissforhallande/Sidor/default.aspx>

SOSFS 2005:12 (M). *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 9 december, 2010, från http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12/Documents/2005_12.pdf

Stockholms Läns Sjukvårdsområde. (2009). *Kvalitetsbokslut*. Hämtat 8 december, 2010, från http://www.slso.sll.se/upload/Kommunikation/KBS_2009_webben.pdf

Ström, D., Wester, C. & Andersson, B. (2010). *Granskning av patientsäkerhetsarbetet vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus Karolinska Universitetssjukhuset: Stockholms Läns Landsting Hälso- och Sjukvårdsnämndens Förvaltning* (Rapport). Stockholm: BDO Consulting Group AB. Hämtad 27 mars, 2011, från <http://www.karolinska.se/upload/Redaktionen/revrappALB2010-05-17.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2008). *Förebygg trycksår i samband med vård*. Hämtad 30 november, 2010, från http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39218_1.pdf

Taylor, J. A., Brownstein, D., Christakis, D. A., Blackburn, S., Strandjord, T. P., Klein, E. J. & Shafii, J. (2004). Use of Incident Reports by Physicians and Nurses to Document Medical Errors in Pediatric Patients. *Pediatrics*, 114(3), 729-735.

Trost, J. (2007). *Enkätboken* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Tuncali, B. E., Tuncali, B., Kuvaki, B., Cinar, O., Dogan, A. & Elar, Z. (2005). Radial nerve injury after general anaesthesia in the lateral decubitus position. *Anaesthesia*, 60, 602-604.

Undvall, J-O. (2006). *"Vajsing i vården" Granskning av avvikelserapportering*. Landstingets revisorer Jämtlands Läns Landsting. Hämtad 8 december, 2010, från http://www.jll.se/download/18.47d2594d12bccf68c368000766/2006-0004_vajsing_rapp.pdf

Vincent, C., Stanhope, N. & Crowley-Murphy, M. (1998). Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *Journal of Evaluating in Clinical Practice*, 5(1), 13-21.

Walton-Geer, P. S. (2009). Prevention of Pressure Ulcers in the Surgical Patient. *AORN Journal*, 89(3), 538-552.

Walsh, J. (1994). Update for nurse anesthetists – Patient positioning. *AANA Journal Course*, 62(2), 289-298.

ORDLISTA

APT	Arbetsplatsträff
HSAN	Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd
LÖF	Landstingets Ömsesidiga Försäkringsbolag
SFS	Svensk Författningssamling
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SLL	Stockholms Läns Landsting
SLSO	Stockholms Läns Sjukvårdsområde
SoS	Socialstyrelsen
SOSFS	Socialstyrelsens Författningssamling

10 BILAGA/BILAGOR

Deltagarinformation, bilaga 1



Deltagarinformation

Vi är studenter på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot operation vid

Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats om 15 högskolepoäng.

Vi avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet.

Preliminärt namn på studien är: **Vilken erfarenhet har operationssjuksköterskor av avvikelserapportering?**

Området vi ska studera är operationssjuksköterskans uppfattning och hantering av att dokumentera risker, tillbud och negativa händelser i tillgängligt IT-baserat avvikelssystem.

Vi vill därför tillfråga dig om att delta i en undersökning med frågeformulär angående din erfarenhet av avvikelserapportering.

Frågeformulär med ett löpnummer fylls i konfidentiellt, det innehåller 10 frågor och tar 10-15 minuter att besvara. Frågeformuläret får enligt verksamhetschefen fyllas i under arbetstid. Resultaten kommer att redovisas så att inte verksamheterna kommer att kunna identifieras.

Frågeformulären delas ut till samtliga operationssjuksköterskor som är i tjänst på två operationsavdelningar under vecka 2011-04 och 2011-05. Deltagandet är frivilligt. Genom att fylla i och lämna in frågeformuläret godkänner du att delta i undersökningen. Ifyllt frågeformulär med löpnummer läggs i bifogat returkuvert som lämnas i en låda märkt med "D-uppsats OP-10/11". Lådan är placerad på, av vårdchefen, godkänd plats på operationsavdelningen.

Svar önskas senast söndag 6 februari.

Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap om hur avvikelserapporteringen uppfattas av operationssjuksköterskorna. Resultatet av undersökningen kan du ta del av genom att beställa uppsatsen i sin helhet av författarna efter fullföljd godkänd examination.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till oss
(mailadress, se nedan).

Stockholm 2011-01-24

Annika Bungerfeldt

Julia Fors Köldal

Huvudhandledare:
Lars Strömberg



Röda Korsets Högskola
Box 55 676
102 15 Stockholm
Tel. 08 58751600

Handledare:
Ann-Christin von Vogelsang

