

EXAMENSARBETE

Från avvikelse till förbättring

Innehåll i registrerade patientavvikelser

From deviation to improvement

Content in registered patient incidents

Examensarbete inom ämnet Omvårdnad
Avancerad Nivå 30 Högskolepoäng
Höstterminen 2008

Författare: Susanne Gustavsson

Handledare: Elisabeth Kenne-Sarenmalm
Examinator: Elisabeth Kylberg

ABSTRACT

Title: From deviation to improvement, content in registered patient incidents

Department: School of Life Sciences. University of Skövde

Course: Thesis in nursing Care, Advanced level, 30 ECTS

Author: Gustavsson Susanne

Supervisor: Kenne-Sarenmalm Elisabeth

Pages: 24

Month and year: January 2009

Keywords: patientsafety, patient incidents, adverse event, medical error, improvement work

In the Swedish health care, one in ten patients suffers of an injury directly caused by medical management, a so-called adverse event. Adverse events are to be registered as medical errors which would then be analyzed to find the cause and a basis for improvement (Socialstyrelsen, 2008).

The aim of the study is to describe the content of the medical errors recorded by staff at a hospital. The content is described regarding the events recorded and the health care workers descriptions of the events.

The study includes both qualitative and quantitative parts. The qualitative part is carried out as a content analysis, described of Graneheim and Lundman (2004). The quantitative part is reported using descriptive statistics.

The results of the study show that most medical errors relates organization / rules / resources, care and treatment and slipping /falling cases. Patients aged 70-90 are affected most. The sequence is often described in detail. The staff is less disposed to write what they consider to be the cause of the incident, and helping with improvement proposals. Themes that came out of the qualitative analysis where: "It is a hardwork when others do wrong", "To be close but not to close" and "To relieve suffering".

SAMMANFATTNING

Titel: Från avvikelse till förbättring, innehåll i registrerade patientavvikelser

Institution: Institutionen för vård och natur. Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, avancerad nivå, 30 högskolepoäng

Författare: Gustavsson Susanne

Handledare: Kenne-Sarenmalm Elisabeth

Sidor: 24

Månad och år: January 2009

Nyckelord: patientsäkerhet, patientavvikelser, vårdskada, förbättringsarbete

I den svenska vården drabbas uppskattningsvis var tionde patient av en vårdskada, det vill säga en undvikbar skada direkt orsakad av vården (Socialstyrelsen, 2008; Ödegård, 2007). Vårdskador ska registreras som avvikelser som sedan ska analyseras för att finna orsak och ligga till grund för förbättringsarbete (Socialstyrelsen, 2008).

Syftet med studien är att beskriva innehållet i de patientavvikelser som registrerats av personal på sjukhus. Innehållet beskrivs avseende vilka händelser som registrerats och vårdpersonalens beskrivningar av händelseförloppet.

Studien innehåller både kvalitativa och kvantitativa delar. Den kvalitativa delen genomfördes med innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Den kvantitativa delen redovisas med hjälp av deskriptiv statistik.

Resultatet av studien visar att de flesta avvikelser berör Organisation/regler/resurser, Vård och behandling samt Halk/fall. Patienter i åldern 70-90 år drabbas i störst utsträckning. Händelseförloppet är ofta detaljerat beskrivet. Personal är däremot mindre benägen att skriva vad de anser vara orsak till det inträffade, samt bidra med förbättringsförslag. Teman som kom ur den kvalitativa analysen var: "Det blir arbetsamt när andra gör fel", "Att vara nära men inte inpå" och "Att lindra lidande".

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Vårdskador	1
Säkerhetsrisker	2
God vård	3
Avvikelseregistrering	5
SYFTE	6
METOD	6
Datainsamling	7
Urval	7
Genomförande	7
Data analys	7
Etiska överväganden	8
RESULTAT	10
Kvantitativ del	10
Veckodag och del av dygn	10
Kön och ålder	10
Verksamhet	11
Händelsen berör	11
Information till patient eller anhörig	12
Orsaker	12
Allvarlighetsgrad och risk för upprepning	12
Åtgärder	12
Konsekvenser	13
Registrering - orsaksanalys	13
Kvalitativt resultat - Hur beskrivs de inträffade händelserna?	14
Patientens behov av autonomi	15
Patientens behov av närmre vård	15
Lidande	16
Att lindra	16
Bristande kommunikation	17
Att försvara sitt eget handlande	18
Sammanfattning av resultatet	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Klinisk tillämpning av resultatet	23
Fortsatt forskning	23
Sammanfattning	24
REFERENSLISTA	I

FIGURFÖRTECKNING

Figur.1 Schweizerostmodellen

Figur.2 Modell efter Batalden

Figur.3 Del av dygn

Figur.4 Veckodagar

- Figur.5** Histogram över patienternas ålder
Figur.6 Diagram andel avvikelser per verksamhet
Figur.7 Paretodiagram orsaker
Figur.8 Åtgärder
Figur.9 Variation i tid från händelse till registrering
Figur.10 Variation i tid från registrering till orsaksutredning utförd
Figur.11 Teman

TABELLFÖRTECKNING

- Tabell.1** Händelsen berör
Tabell.2 Konsekvenser
Tabell.3 Exempel på kategorisering

BILAGOR

- Bilaga.1** Registreringsformulär

INLEDNING

I den svenska vården drabbas uppskattningsvis var tionde patient av en vårdskada, det vill säga en undvikbar skada direkt orsakad av vården (Socialstyrelsen, 2008; Ödegård, 2007).

Socialstyrelsen (2005:12) lyfter fram patientsäkerhetsarbetet som ett grundläggande krav på god vård, där både vårdgivare och varje enskild medarbetare har ett ansvar. Trots detta finns det ett motstånd till att registrera avvikelser när patientens säkerhet äventyrats. Därför är det viktigt att koppla registreringen av dessa avvikelser till förbättringsarbete. Det är också viktigt att de som ger förslag till förbättringar får uppmärksamhet och känner sig delaktiga i att förbättra vården för patienterna. Målet är att skapa en ”icke straffande kultur”.

På ett medelstort sjukhus i Västsverige där denna studie ägt rum använder man sedan våren 2004 ett datoriserat avvikelshanteringssystem som heter Med Control. Alla som arbetar eller är under utbildning på sjukhuset oavsett yrkeskategori har möjlighet att registrera patientavvikelser. På sjukhuset finns 800 vårdplatser och där arbetar drygt 4700 medarbetare i olika yrkeskategorier. Ett aktivt arbete för att koppla avvikelserregistrering till förbättringsarbete pågår.

Det finns ett intresse hos författaren att beskriva innehållet i patientavvikelserna då författaren som verksamhetsutvecklare dagligen arbetar med patientsäkerhetsfrågor och förbättringsprojekt. Resultatet kan användas för att utveckla patientsäkerhetsarbetet och göra vården säkrare för patienterna.

BAKGRUND

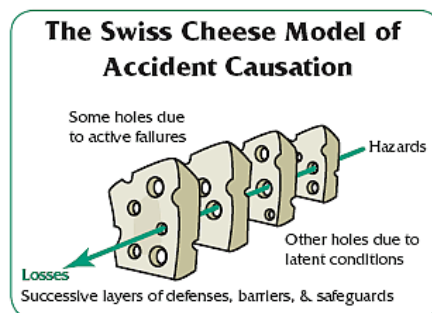
Vårdskador

Under åren 2003-2004 skadades 8,6 % av alla patienter som vårdades inom somatisk slutenvård i Sverige (Socialstyrelsen, 2008). Dessa skador bedömdes som undvikbara och benämns som ”vårdskador”. Socialstyrelsen definierar vårdskada som: ”Lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av en patients tillstånd eller en förväntad effekt av den behandling patienten erhållit på grund av tillståndet” (Socialstyrelsen, 2005:12). Var tionde patient av dem som fick vårdskador fick också bestående men eller funktionsnedsättning och i 3 % av dessa fall bidrog vårdskadan till att patienten dog (vilket motsvarar ca 3000 döda patienter/år i Sverige). Vårdskadorna medförde i genomsnitt 6 extra vårddygn och de drabbade var främst patienter i åldern 65 år och äldre. Någon skillnad av vårdskador mellan män och kvinnor framkom inte. Vårdskadorna innebär stora kostnader för sjukvården och ett stort mänskligt lidande för patienter och anhöriga. De resultat som framkom i den svenska studien, stämmer väl överens med resultat i tidigare genomförda studier i andra länder (Kohn, Corrigan & Donaldson, 1999; Leape, Brennan & Laird, 1991). Det är tydligt att det finns stora risker för patienten i sjukvården.

Säkerhetsrisker

Forskning kring säkerhetsarbete inom flyg och kärnkraftsindustri har bedrivits under flera år. Resultatet från denna forskning kan vi nu dra nytta av även inom sjukvården (Reason, 1997; Leape, m.fl, 1991).

Eftersom var tionde patient blir utsatt för en undvikbar skada i vården så finns det anledning att se på sjukvården som en högriskmiljö. Reason (1997) beskriver säkerhetsrisker i sin ”Schweizerostmodell” (figur 1). Modellen hanterar tre övergripande begrepp som är tillämpliga i högriskmiljöer. De tre begreppen är: risker, barriärer (eller försvar) och förluster (skador av olika slag). I modellen kan varje ostskiva ses som en barriär för att förhindra en förlust. I en ideal värld skulle var och en av dessa inbyggda barriärer vara fullständiga och intakta, men i själva verket är de fulla av hål och liknar därmed en schweizerost. Hålen är i ständig rörelse: de öppnas, stängs och byter plats med varandra. När hål sammanfaller med varandra uppstår olyckor, som kan byggas bort och därmed inte vara möjliga. Dessvärre är vi inte alltid medvetna om att hålen finns. I system med hög säkerhetsnivå, så som civilflyg och kärnkraftverk, är sådana kombinationer i högsta grad osannolika eftersom man aktivt arbetat bort sina risker. Det är däremot sannolikt inom hälso- och sjukvården att riskerna finns kvar och att hålen sammanfaller med varandra. Exempel på barriärer kan vara tekniska lösningar som gör det omöjligt att göra fel eller skyddsutrustning för att förhindra smittspridning. De personer som har direktkontakt med patienterna utgör ofta den sista och ibland den enda försvarslinjen (barriären).



Figur.1 Schweizerostmodellen

(Reason, 2006, <http://www.tc.gc.ca/CivilAviation/publications/tp185/2-06/printable.htm>)

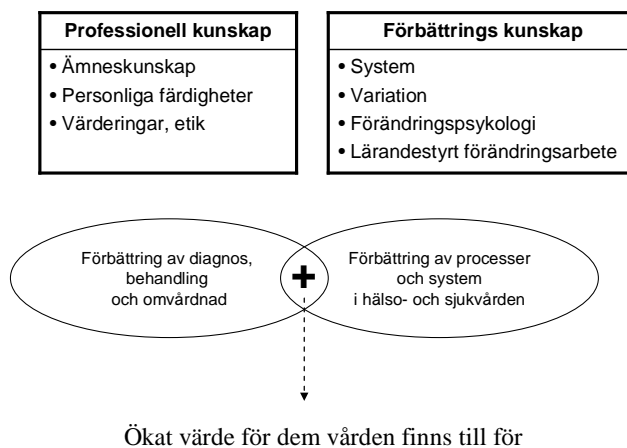
Det finns enligt Reason (2004) bara två sorters hälso- och sjukvårdspersonal de som oavsiktligt har skadat en patient och de som kommer att göra det. Sjuksköterskor, läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal med direkt patientkontakt kan inte utan vidare förändra systemet i sin helhet. Men de skulle kunna öva upp sin psykologiska förmåga att dra lärdom av felaktiga handlingar ”error wisdom” vilket skulle kunna hjälpa dem att upptäcka potentiellt riskfyllda situationer. Enligt Reason räcker det inte att uppmana medarbetare i frontlinjen (den personal som finns närmast patienten) att öka sin vaksamhet. De psykologiska färdigheterna behöver även organisatoriskt stöd. Med organisatoriskt stöd menas att ledningen har fokus på säkerhetsfrågor och lyfter fram dessa som viktiga, men också att medarbetarna har möjlighet att göra en avvikelserapport utan att bli straffade för ett begånget fel.

Utvecklingen av ett vidare säkerhetsperspektiv, där hänsyn tas till människa, teknik och organisation, har utvecklats av Rollenhagen (2005). Han menar att dessa delar är samverkande faktorer när man ska analysera risk och säkerhet, något som kallas MTO-analys (Människa-Teknik-Organisation-Analys). Rollenhagen anser vidare att om man i praktiken framgångsrikt ska kunna tillämpa en modern syn på systematisk riskhantering (ett förhållningssätt som drar nytta av forskning, erfarenheter, teoribildning) underlättas det om personalen har

grundläggande insikter om risk och säkerhet samt dess teorier och metoder. Han menar också att det finns goda skäl att anta att en god säkerhetsutveckling i hög grad drivs av ett självreflexivt beteende.

God vård

Ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i vården innebär att arbetet ska vara långsiktigt, patientorienterat och präglad av ett förebyggande arbetssätt, ständiga förbättringar, faktabaserade beslut och samverkan, vilket beskrivs av Socialstyrelsen i *föreskriften om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* (2005:12). För att kunna arbeta med detta på ett bra sätt krävs kunskap om förbättring. Förbättringskunskapen kan ses som en kunskap som behövs förutom den professionella kunskap som vårdpersonalen har, vidare behövs kunskap om variation och om system (Batalden & Stoltz, 1993). Vidare anser Batalden att förbättringsarbetet måste integreras som en naturlig del av allas jobb i hälso- och sjukvården för att sjukvården ska kunna uppnå sin fulla potential.



Figur.2 Modell efter Batalden (Socialstyrelsen, 2006, sid 7)

Florence Nightingale på sin tid (1820-1910) var tidigt ute när det gällde att använda sig av vårdskador som grund till förbättringsarbete. Florence hade en praktisk inställning och var mycket för att göra något här och nu. Hon brottades med problemet om hur man skulle kunna hjälpa de sjuka, de behövde få bättre hjälp enligt hennes mening. Hon beskrev vilka framsteg det sunda förnuftet gjorde i förhållande till den medicinska vetenskapen då hon insåg att patienternas död ofta berodde på vårdinsatserna. Hon bekämpade sin tids största patientavvikelse – vårdrelaterade infektioner - på ett utomordentligt sätt genom att förstå vilken orsak som låg bakom. Genom att förbättra basala hygienrutiner och följa upp med hjälp av statistik gjorde Florence stora insatser och räddade många patienters liv (Nightingale, 1989; Kudzma, 2006). I dagens Sverige är infektioner fortfarande (29,6 %) en av de vanligaste typerna av vårdskador tillsammans med skador på inre organ (41,4 %) (Socialstyrelsen, 2008). Florence skrev att ingenting annat än iakttagelse och erfarenhet kan

lära oss att bevara hälsan eller att återge hälsan åt de sjuka. Iakttagelseförmågan och förmågan till dokumentation hos sjuksköterskan var enligt Florence de viktigaste förutsättningarna för att kunna ge god omvårdnad, både när det gäller vården av den enskilda patienten men också för att hitta förbättringsområden (Nightingale, 1989; Kudzma, 2006).

Florence Nightingale's arbete har inspirerat och influerat andra att arbeta vidare med kvalitet och förbättringar i vården. Enligt Donabedian (1988) behöver vi lära oss mer om dom samband som finns när det gäller orsak och verkan i system där vården sker och i resultaten av patientens vård, han menar också att vi har mycket kvar att lära när det gäller att bedöma vårdens kvalitet.

Enligt Sörqvist (2004) finns det många idéer och uppslag till förbättringar som krävs för att nå framgång vanligen bland medarbetarna. Genom att medarbetarna är starkt involverade i förbättringsarbetet skapas naturliga drivkrafter och fora för att föra fram och genomföra sådana idéer och uppslag. Erfarenheter, kunskap och energi finns då bakom förbättringsinitiativen. Målet är att skapa en kultur där förbättringar är en naturlig del av det vardagliga arbetet och där människorna känner intresse för och glädje över att vara med för att utveckla och påverka arbetet och verksamheten. Enligt Bergman och Klefsjö (2007) är människans vilja att vara medskapande beroende på tron att känna sig behövd och att kunna bidra, men också av att samhällsstrukturen sänder signaler som präglas av förväntningar på medarbetaren att vara medskapande och bidragande till utveckling. Det finns idag flera hinder som negativt påverkar vår vilja att vara medskapande. Det finns en inlärd underskattning av den egna möjligheten att vara en betydelsefull, kapabel och behövd person. Ett sätt att tillvarata all den erfarenhet och kunskap som finns hos organisationens medarbetare är att stimulera förbättringsförslag. Vårdpersonal har möjlighet att påverka genom att bidra med förbättringsförslag i samband med avvikelserregistrering.

För att förbättra säkerheten och åtgärda bristerna måste man veta var bristerna finns. De som arbetar i vårdens frontlinje (närmast patienten) är de som bäst kan göra detta. Ödegård (2006) beskriver hur vårdpersonal upplever en omöjlig arbetssituation där de vet att de inte har förutsättningar att göra ett säkert jobb i alla situationer. För att få jobbet att fungera måste de ta genvägar och de kan därför inte följa alla föreskrifter och rutiner, vilket i sig är en risk. Tidspress och bristande tid för eftertanke är ofta förekommande och istället tvingas man att lita till andras bedömningar. Vårdpersonalen talar också om ofullständig dokumentation och för lite tid för rapportering vid personalbyte. Personalen är frustrerad över att dagens system inte fokuserar på de egentliga bristerna. Den lokala avvikelshanteringen och hur det som registreras, bearbetas och åtgärdas är en viktig grund för patientsäkerhetsarbetet (Ödegård, 2007). I en norsk studie (Kyrkjebö, Hansson & Hauglund, 2001), lät man sjuksköterskestudenter följa en patient under en hel dag. Studenterna fick dokumentera saker de såg som behövde förbättras, till exempel onödiga väntan och bristfällig information. Sedan fick de två dagars undervisning i förbättringskunskap. Studenterna fick fylla i en enkät före och efter studien startade. Resultatet visade på en signifikant skillnad i kunskap och förmåga till att föreslå förbättringar. Efter att de fått följa en patient och fått förbättringskunskap så kunde de föreslå och medverka till att förbättra vården utifrån patientens behov på ett bättre sätt än innan (Kyrkjebö, m.fl., 2001).

Avvikelseregistrering

Rapporteringen av negativa händelser och tillbud är en skyldighet och ett ansvar för all hälso- och sjukvårdspersonal i verksamheten och utgör en av grunderna för förbättrad patientsäkerhet (Socialstyrelsen, 2005:12).

En avvikelse definieras av Socialstyrelsen (2005:12) som: negativ händelse eller tillbud.

Med patientsäkerhetsarbete menar Socialstyrelsen (2005:12) ett arbete som syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser.

Studier visar att sjuksköterskor rapporterar fler avvikelser än läkare (Kingston, 2004; Taylor, m.fl., 2004). Knight (2004) beskriver sjuksköterskerollen vid registrering av patientavvikelser i Storbritannien. Syftet med studien var att beskriva fördelarna med avvikelseregistrering och beskriva faktorer som positivt påverkar registreringen samt uppmuntra sjuksköterskor i deras deltagande i patientsäkerhetsarbetet. Knight granskade flera registreringar av patientavvikelser och hur dessa handlagts. Det primära syftet med avvikelserapportering är enligt Knight att öka säkerheten för patienterna, besökare, personal och vårdkvalitet. Fokus bör ligga på att finna grundorsaker istället för att hitta syndabockar. I studien beskrivs hur patient och anhöriga görs delaktiga i orsaksanalysen av avvikelserna, vilket upplevts som positivt. Sjuksköterskorna anses som viktiga personer som ofta har en nära kontakt med patient och anhörig, de bör därför vara uppmärksamma på vårdskador och föra fram dessa för att förbättra vården. Med andra ord har sjuksköterskorna en viktig roll i det kreativa förbättringsarbetet i samband med avvikelser. Knight anser att det finns ett lärande i arbetet med avvikelser och att det är viktigt att sjuksköterskorna får stöd i detta arbete. En faktor för ett lyckat patientsäkerhetsarbete är att man skapar en "icke straffande kultur" på arbetsplatsen. Vincent, Meurier och Parmar (1997) gjorde en enkätstudie bland 129 sjuksköterskor i nära anslutning till en patientavvikelse som sjuksköterskorna själva varit delaktiga i. Syftet var att undersöka vilka orsakerna och konsekvenserna av patientavvikelserna var för att kunna identifiera förbättringsområden i vården. Sjuksköterskorna svarade att de vanligaste orsakerna var avsaknad av kunskap eller information, hög arbetsbelastning, stressig miljö och avsaknad av stöd från äldre kollegor. Sjuksköterskorna berättade också att det oftast var flera faktorer som samspelade när incidenter inträffade. När en planerad analys med problemlösning genomfördes efter de inträffade händelserna upplevdes detta som att det ledde till positiva förbättringar i vården. Studien påvisade också att avvikelserna gav en möjlighet till lärande.

Då patienter tillfogas skada eller löpt risk för skada orsakad av vården bör en händelseanalys genomföras. En händelseanalys ska ge förståelse för hur och varför en händelse inträffat. Den ska också leda till åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar igen. Händelseanalysen får absolut inte leda till att frågan vem som gjorde fel besvaras utan ska fokusera på varför det gick att göra fel med fokus på det som behöver förbättras i organisation till exempel rutiner, kommunikation, utrustning, etc (Öhrn, Björkman, Elfström, Forsberg, Hansen & Soop, 2005).

Det är tänkt att denna studie ska bidra till att beskriva säkerhetstänkande hos personal på ett sjukhus och kan användas som underlag för fortsatt arbete med patientsäkerhetsfrågor. Det är viktigt att vi kan tillvarata det som vårdpersonal uttrycker i registreringarna av patientavvikelser, då de anses som de bästa experterna på det som inträffat. Förhoppningen är att studien kommer att bidra till en ökad "Error Wisdom".

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva innehållet i de patientavvikelser som registrerats av vårdpersonal.

Frågeställning kopplad till den kvalitativa analysen är:

- Hur beskrivs de inträffade händelserna?

METOD

Både kvalitativ och kvantitativ ansats valdes för att uppnå syftet med denna induktiva studie. Den kvalitativa delen utgör fördjupningen i ämnesområdet och kompletteras med den kvantitativa beskrivningen. En kombinerad kvalitativ och kvantitativ metod valdes eftersom ämnesområdet är ett komplext system med många dimensioner. Undersökningar som analyserar både kvalitativ och kvantitativ data, låter varje metod göra det den är bäst på och kan på det sättet undvika de begränsningar som kan uppstå om endast en metod används (Polit & Beck, 2006). Enligt Morse (2005) är en mixad metod något som kvalitativa forskare bör analysera djupare, för att hitta goda användningsområden för tillämpning. Fördelar med mixad metod beskrivs av flera författare (Brown, m.fl, 2008; Sandelowski, 2000).

Kvantitativ forskning använder metoder för att samla information som kan förvandlas till numeriska data. Den kvantitativa delen av studien består av numeriska data från ett avvikelssystem som presenteras med hjälp av deskriptiv statistik (Polit & Beck, 2006). Enligt Polit och Beck bör olika typer av kvantitativa data hanteras, presenteras och beskrivas på olika sätt. Grundläggande vid analys av data är att först kontrollera och sortera data. Ett sätt är att visa på spridning av data. Resultaten presenteras i form av olika tabeller, figurer och i text (Gerrish & Lacey, 2006; Polit & Beck, 2006). Den kvantitativa beskrivningen har använts på data som varit registrerad i form av till exempel vilken tidpunkt på dygnet som händelsen inträffade, ålder och kön på patienten och vad händelserna berörde.

Polit och Beck (2006) beskriver att syftet med att analysera kvalitativa data är att organisera, få struktur på och frambringa meningen i data. Att analysera kvalitativa data är en utmaning för forskaren då det inte finns några universalregler för hur det ska gå till, vilket innebär enormt mycket arbete. Det är också en utmaning att kunna reducera data för att kunna redovisa den på ett bra sätt. Insikter och teorier ur data kan komma först när forskaren har lärt känna innehållet. I den kvalitativa delen av studien används metoden för kvalitativ innehållsanalys så som den beskrivs av Graneheim och Lundman (2004). Innehållsanalys (engelska content analysis) är en vetenskaplig metod som används för att dra slutsatser kring budskap i olika typer av kommunikation. Innehållsanalysen kan vara kvantitativt eller kvalitativt inriktad. Enligt Krippendorff (2004) visar innehållsanalysen på data som inte bara representerar fysiska händelser utan också på text, bilder och uttryck som skapas för att ses, läsas, tolkas och ageras på för dess mening och de måste därför bli analyserade med detta i åtanke. Krippendorff menar att innehållsanalysen skiljer sig från andra analysmetoder genom att man analyserar texterna i sin kontext av dess användning. Framtoningen är att upptäcka mänskligt tänkande. Det är en empirisk (erfarenhetsbaserad) metod. I studien används metoden för att analysera innehållet i fritextfälten i avvikelserregistreringarna.

Datainsamling

I avvikelshanteringssystemet registreras avvikelser i tre olika former: patientavvikelser, personalavvikelser och andra avvikelser. Valet av form styrs av vem som drabbats av avvikelser. I denna studie är det endast patientavvikelserna som undersökts. Det registreras ca 3000 patientavvikelser per år i Med Control. Vilken yrkeskategori som registrerat kommer inte att kunna belysas i studien, då den aktuella yrkeskategorin inte framgår av data från det datoriserade avvikelshanteringssystemet.

När det gäller patientavvikelser så innehåller de en beskrivning av inträffade händelser eller ”nära på” händelser, där risken var stor för att något kunde ha hänt. Det finns möjlighet för den som registrerar en patientavvikelse att ge sin bild av vad han/hon tror orsakade händelsen och dessutom ge förbättringsförslag (Bilaga 1). I systemet kan handläggningen av avvikelser sedan följas, beträffande orsaksanalys, åtgärd och uppföljning. Målet för handläggningstiden för registrerade avvikelser är enligt sjukhusets rutiner: orsaksutredning inom tre veckor efter registrering, åtgärd inom fem veckor efter registrering och uppföljning inom åtta veckor efter registrering.

Urval

Antalet avvikelser som registreras i Med Control varierar under kalenderåret, med ett mindre antal registreringar under sommarperioden och en relativt jämn fördelning under årets övriga månader. I studien valdes att titta närmare på de avvikelser som inträffade under månaderna februari och mars, eftersom dessa månader kan ses som normalmånader avseende antalet registreringar. Händelserna registrerades under perioden 080201-081029. De registrerade avvikelserna hämtades ur Med Control vid fyra olika tillfällen, då tiden för handläggning enligt sjukhusets rutiner hade gått ut. Avvikelseerna som tagits ut för analys behandlades konfidentiellt och ingen spårning gjordes till patienten eller den som registrerat avvikelserna.

Genomförande

Skriftligt tillstånd inhämtades från chefläkaren. Tillgång till databasen fanns eftersom författaren är lokal systemadministratör. Varje avvikelse som fanns registrerad under den studerade tidsperioden skrevs ut i pappersform. Avvikelseerna lästes i sin helhet av författaren. I en excelfil sparades vissa uppgifter ur avvikelserregistreringarna, till exempel tid för inträffad händelse, tid då avvikelserna registrerades, verksamhet, patientens ålder och kön, typ av avvikelse, om anhörig informerats, orsak, datum då avvikelserna hämtats ur Med Control. Det gjordes även en notering angående genomförd händelseanalys och Lex Maria anmälan. I databasen gjordes sökningar efter vissa data, som till exempel antal registrerade avvikelser. En fil med fritextkommentarer avseende beskrivning av händelsen erhöles från systemadministratören för Med Control. Filen användes i den kvalitativa delen av studien.

Data analys

Analys och presentation av det insamlade kvantitativa materialet skedde med hjälp av deskriptiv statistik. Den deskriptiva statistiken omfattar enligt Polit och Beck (2006) tekniker, metoder och principer som används för att sammanställa, tolka, kartlägga och presentera empiriska data. Statistiken kan ses som ett hjälpmedel för att synliggöra informationen i materialet. Det insamlade materialet av mätvärden ur de 481 patientavvikelserna utgjorde rådata för studien. Sammanställningen av mätdata redovisas i enlighet med studiens första frågeställning i tabeller och figurer gjorda i dataprogrammen Excel och MiniTab. De mått som presenteras är grupper enligt en nominalskala (den lägsta nivån som används för att

kategorisera data i grupper, till exempel kön eller ja/nej), samt hur data befinner sig inom grupper (ordinalskala). Vissa mått redovisas för att visa på spridning och variationer mellan enskilda värden. Det analyserade materialet synliggörs i både tabell, grafer och löpande text (Polit & Beck, 2006).

Den kvalitativa innehållsanalysen genomfördes så som den beskrivs av Graneheim och Lundman (2004). Innehållsanalys kan göras utifrån olika abstraktionsformer. Man kan antingen se till det som uttrycks direkt i texten (manifest innehåll) eller till det latenta innehållet, vilket innebär att forskaren gör en tolkning. Forskaren går sällan rakt igenom processen från början till slut utan snarare fram och tillbaka mellan de olika stegen.

- Texten läses igenom upprepade gånger för att lära känna texten och skapa en förståelse för helheten.
- Meningar eller uttryck som har ett innehåll av betydelse för frågeställningarna plockas därefter ut som meningsbärande enheter.
- Sedan kondenseras de meningsbärande enheterna i syfte att få mindre text men ändå kunna behålla innehållet.
- Därefter kodas de och klassificeras i kategorier för att reflektera över innebörden i innehållet. Kategorierna är det manifesta innehållet.
- Till slut kan teman urskiljas och då kommer det latenta innehållet i texten fram.

I denna del av analysen användes femtio stycken avvikelser, de tjugofem första i varje månad. Sedan upplevdes en mättnad i resultatet, eftersom samma koder och kategorier återkom. Analysen redovisas i form av text och kompletteras med citat ur avvikelserna.

Etiska överväganden

I denna studie eftersträvas forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Det är i högsta grad önskvärt att undersökningsdeltagarna informeras om sitt deltagande och villkoren för medverkan i studien. Detta var tyvärr omöjligt i den genomförda studien, då data hämtades retrospektivt ur befintliga system. Undersökningsdeltagare bör själva bestämma över sin medverkan i en studie, delta frivilligt och ha rätt att avbryta sitt deltagande, vilket inte heller var möjligt. I den här studien är undersökningsdeltagarna passiva, vilket minskar betydelsen av dessa krav. Forskning som kan leda till direkt nytta för undersökningsdeltagare är enligt lagen om etikprövning som avser människor godkänd att genomföra utan informerat samtycke (SFS, 2003:460). Syfte och hur undersökningen gick till kan presenteras i efterhand, där vinster betonas i form av ny kunskap. Ansökan om etikprövning har inte skett. Chefläkaren på sjukhuset som också är systemägare (och därmed äger data som finns tillgänglig i systemet) tillfrågades och gav sitt skriftliga godkännande till studiens genomförande. Deltagandet i studien blev helt anonymt och risken för att som undersökningsdeltagare bli utsatt för olägenhet i samband med studien var obefintligt. Något beroendeförhållande mellan forskare och undersökningsdeltagare uppstod inte, då de som utsattes för undersökningen inte visste om att de ingick i en studie, vilket är positivt enligt forskningsetiska principer. Uppgifterna om alla undersökningsdeltagare behandlades med stor konfidentialitet. Det går inte att koppla texter till enskilda personer eller yrkesgrupper. Data bevaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av den och den kommer endast att

användas i vetenskapligt syfte. Studien efterlever godhetsprincipen genom att resultatet kan användas för att göra gott, förebygga skada och lidande samt eftersträva det goda. Studien kommer inte att innebära någon skada eller något lidande för någon. Ingen skillnad gjordes avseende ras, kön eller ålder, människors lika värde respekterades (Codex, 2007).

RESULTAT

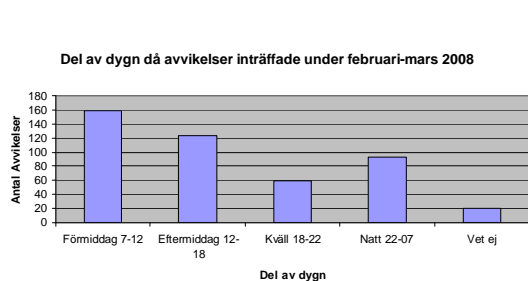
Studiens resultat grundas på innehållet i de patientavvikelser som urvalet bestod av. Resultatet är uppdelat under två rubriker: kvantitativ och kvalitativ del. I slutet finns en sammanfattning av det totala resultatet.

Kvantitativ del

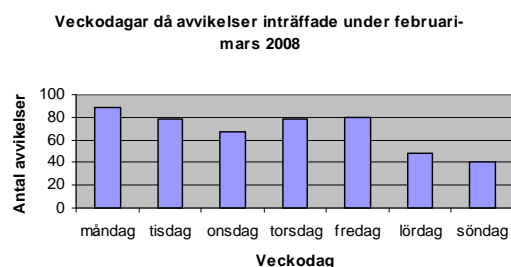
Under den granskade tidsperioden inträffade 481 stycken patientavvikelser enligt de registreringar som gjorts i Med Control mellan 080201-081029. Urvalet kom att bestå av 481 patientavvikelser, som registrerats av personal på sjukhuset.

Veckodag och del av dygn

Avvikelsena inträffade mestadels under dagtid (figur 3) på vardagar (figur 4), vilket man kan förvänta sig eftersom det är då som flest patienter befinner sig på sjukhuset för att få vård.



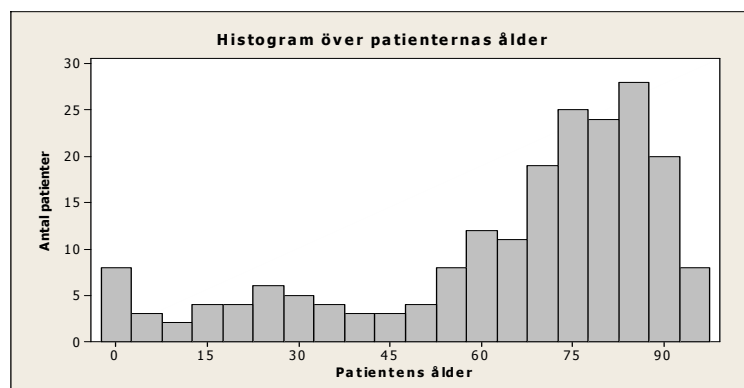
Figur.3 Del av dygn



Figur.4 Veckodagar

Kön och ålder

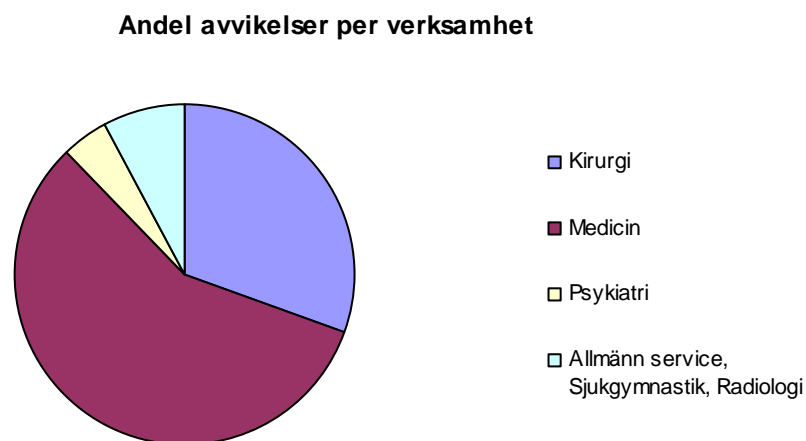
När det gäller patienternas kön så är det registrerat i 80 % av avvikelserna. Fördelningen mellan män och kvinnor är ganska lika (184 kvinnor och 191 män). Det är inte tvingande att fylla i patientens personnummer vid registrering av avvikelserna. Patientens ålder är endast registrerad i 38 % av avvikelserna (184 stycken). Äldre patienter är under denna period överrepresenterade i antalet avvikelser, men man kan också se att barn under ett års ålder har drabbats av fler avvikelser än barn och ungdomar i andra åldersgrupper. Medelåldern för patienterna var 65 år och medianåldern låg på 73 år. Då variationen i ålder på patienterna är stor så innebär det inte att patienter i 65-årsåldern råkar ut för flest avvikelser. En överrepresentation av patienter i åldern 70-90 år finns i avvikelserna (figur 5).



Figur.5 Histogram över patienternas ålder

Verksamhet

I studien framkommer det att fler avvikelser inträffat och registrerats inom medicin än inom kirurgi (figur 6).



Figur.6 Diagram andel avvikelser per verksamhet

Händelsen berör

Den person som registrerar en avvikelse talar i registreringsformuläret om vad avvikelsen berör. Här finns sex stycken typer av avvikelser att välja mellan, men endast ett val kan göras. Halk/fall avvikelser utgör 28,3 % av alla registrerade patientavvikelser under perioden och 9,4 % av patientavvikelserna berör händelser kopplade till läkemedel. Den största gruppen avvikelser som benämns "Annat" är vald i 54,9 % av avvikelserna. Gruppen Annat innehåller avvikelser som handlar om bemötande, information/utbildning, medicinteknisk utrustning, organisation/regler/resurser, säkerhet samt vård och behandling. Nästan hälften av avvikelserna i gruppen "Annat", det vill säga 115 stycken, ligger under rubriken Organisation/regler/resurser. Därefter kommer Vård och behandling, som innehåller 89 stycken avvikelser (tabell 1).

Tabell.1 Händelsen berör

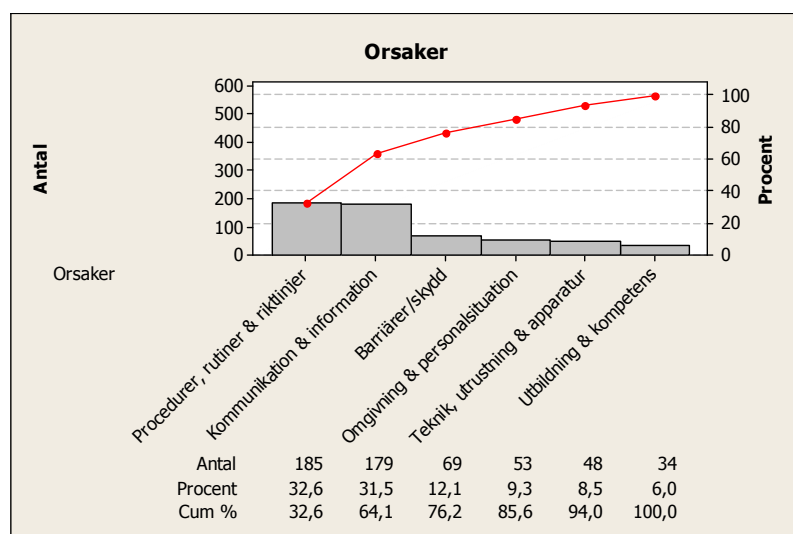
Avvikelsen berör	Antal	%
Annat	264	54,9
Halk/Fall	136	28,3
Hot/Våld	4	0,8
Läkemedel	45	9,4
Slussen	31	6,4
Vårdrelaterad infektion	1	0,2
Totalt	481	100,0

Information till patient eller anhörig

I avvikelserna kan den som registrerar tala om ifall patient eller anhörig blev informerad om att händelsen inträffat och att avvikelserregistrering gjorts. I 82% av avvikelserna, 393 av 481 avvikelser, blev patient eller någon anhörig inte informerad om att en händelse inträffat och avvikelser registrerad.

Orsaker

I handläggningen av avvikelser görs en orsaksutredning. Rollen som orsaksutredare kan innehas av ärendeansvarig eller av annan person som ärendeansvarig utsett. Orsaksutredaren tar reda på varför händelsen inträffade och bedömer händelsens allvarlighetsgrad och sannolikhet för inträffande. I studien framkom att de vanligaste orsakerna till avvikelser låg inom områdena kommunikation och information samt procedurer, rutiner och riktlinjer. Därefter ansågs brister i/avsaknad av barriärer/skydd vara en orsak till avvikelserna (figur 7).



Figur.7 Paretodiagram orsaker

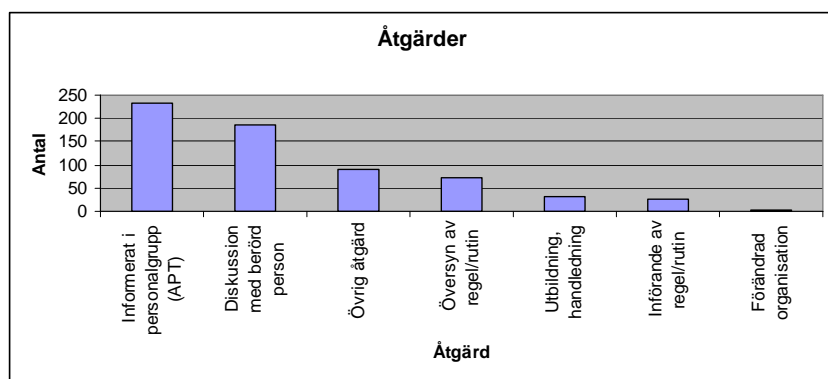
Allvarlighetsgrad och risk för upprepning

När det gäller bedömning av allvarlighetsgrad och risk för inträffande så fanns det 34 stycken avvikelser där bedömning inte var dokumenterad. Av de som hade en bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet för inträffande bedömdes de flesta avvikelserna som mindre eller måttligt allvarliga (376 av 447). Sannolikheten för nytt inträffande var liten eller mycket liten (328 av 447).

Sex stycken avvikelser bedömdes vara katastrofala eller betydande med mycket stor sannolikhet för nytt inträffande, endast *en* av dessa avvikelser hade en dokumenterad händelseanalys. I de granskade avvikelserregistreringarna fanns händelseanalyser initierade i fem fall. En av dessa bedömdes vara katastrofal eller betydande med mycket stor sannolikhet för nytt inträffande. Enligt dokumentation i avvikelssystemet blev chefläkare på sjukhuset kontaktad angående sju avvikelser, vilka inte var de samma som föll inom ramen för händelseanalys. Under den granskade tidsperioden gick två avvikelser vidare till Socialstyrelsen för granskning enligt Lex Maria.

Åtgärder

I avvikelssystemet ska genomförda åtgärder dokumenteras. Det finns 8 olika val att göra, mer än ett val kan göras per avvikelse (figur 8).



Figur.8 Åtgärder

Konsekvenser

Konsekvenserna för organisationen innebar i första hand en ökad arbetsinsats. För patienterna blev konsekvensen i de flesta fall inga alls eller övergående skada/smärta. I flera fall innebar avvikelserna en ökad vårdinsats och en olägenhet för patienten men ingen risk för skada/smärta. Inga dödsfall angavs som konsekvens av avvikelserna (tabell 2).

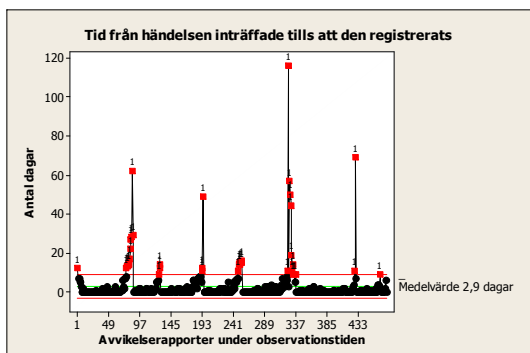
Tabell.2 Konsekvenser

<i>Patient</i>	<i>Antal</i>	<i>Organisation</i>	<i>Antal</i>
Bestående skada/smärta	7	Dålig publicitet	34
Dödsfall	2	Ökad arbetsinsats	133
Inga	142	Ökad personalomsättning	0
Olägenhet, ingen risk för skada/smärta	76	Ökade väntetider	39
Ökad vårdinsats	59	Övrigt	29
Övergående skada/smärta	101		

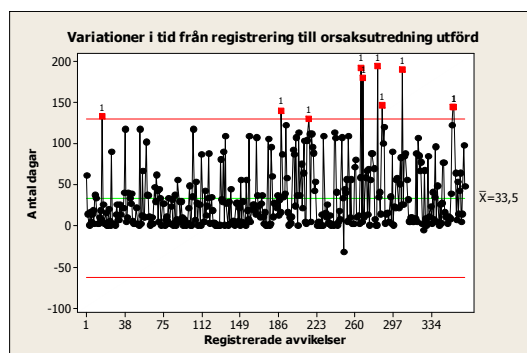
Registrering - orsaksanalys

Tiden från händelsen inträffade tills den registreras i en avvikelserapport låg i medel på 3 dagar. Medianvärdet ligger dock på 0 dagar, vilket innebär att de flesta avvikelserna registreras samma dag som de inträffar. Det finns dock en viss variation i tiden från händelsen inträffade tills den registreras. Att händelserna ibland registreras först långt senare kan bero på att händelsen inte upptäcks i direkt anslutning till att den inträffat (figur 9).

Gränsen för tiden från det att avvikelserna registrerats i Med Control tills att en orsaksutredning är gjord har av verksamheten satts till tre veckor. Medelvärden för denna tid i de studerade avvikelserna där orsaksutredningen var genomförd uppgick till 33,5 dagar och medianvärdet blev 19 dagar. Det innebär att avvikelserna har blivit orsaksutredda inom tre veckor från det att de inträffade. Ett observandum är dock att bland de registrerade avvikelserna så saknade 23% (110 stycken) ett datum för när orsaksutredning utfördes trots att den planerade handläggningstiden hade gått ut. Detta innebär att tiden för handläggning är längre än de presenterade siffrorna. Variationerna i handläggningstiden var också stora (figur 10). Två avvikelser hade orsaksutretts innan avvikelserna registrerats.



Figur.9 Från händelse till registrering



Figur.10 Från registrering till orsaksutredning

Från orsaksutredning till åtgärd har verksamheten satt en tid på 2 veckor för handläggning. Medelvärdet för handläggningstiden i de studerade avvikelserna var en dag. Medianvärdet låg på 0 dagar, orsaksutredning och åtgärd genomfördes samma dag. Det fanns flera ärenden där åtgärden gjordes innan orsaksutredningen var klar.

Kvalitativt resultat - Hur beskrivs de inträffade händelserna?

Den som registrerar en avvikelse ombeds att beskriva händelseförloppet och att tala om vilken orsak som låg bakom händelsen, samt ge förbättringsförslag för att förhindra att avvikelsen upprepas. I beskrivningen av händelseförloppet återfinns alltid ifylld text. Texten är olika lång men innehåller oftast en detaljerad beskrivning av det som hände. Orsak till den inträffade avvikelsen beskrivs mera sällan i avvikelserna, det samma gäller förbättringsförslag. Trots att orsaker och förbättringsförslag är få, så går det ändå att få en bild av vad personalen anser som viktigt i sina beskrivningar.

Texterna lästes flera gånger och meningsbärande enheter plockades ut. De meningsbärande enheterna kondenserades och besattes med koder. Flera koder bildade tillsammans subkategorier som blev till kategorier och slutligen tema. Se exempel nedan (tabell 3).

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Patienten har inte hörsammat information om att be om hjälp.	Patienten vill klara sig själv	Patienten vill själv	Vill klara sig själv	Patientens behov av autonomi
Det inträffade leder till att patienten måste komma till sjukhuset för en ny undersökning.	Patienten måste genomgå ny undersökning	Onödig extra undersökning	Olägenhet för patienten	Lidande

Tabell.3 Exempel på kategorisering

Subkategorierna grupperades till kategorier. I slutet av analysen kunde sex kategorier urskiljas:

- Patientens behov av autonomi
- Patientens behov av närmre vård
- Lidande
- Att lindra
- Bristande kommunikation
- Att försvara sitt eget handlande

Patientens behov av autonomi

I avvikelserna finns det beskrivningar av hur patienter vill klara sig själva och låter bli att be om hjälp trots att de blivit ombedda att göra det. Ofta påpekas att patientens eget handlande är orsak till att en händelse inträffar.

”borde ringt på oss innan hon gick till toa då hon har lite svårt att klara sig ibland.”

”Det vi kan göra är att be patienten ringa på hjälp för att ha sällskap när han ska upp ur sängen, men i detta fall ville patienten klara sig själv.”

Halk/fall olyckor kopplade till toalettbesök och när patienten ska kliva ur sin säng är händelser där patienten låter bli att be om hjälp. Patienterna tappar balansen och faller vid förflyttning. Ett antagande som kan göras är att patienterna vill klara sig själva i så stor utsträckning som möjligt och speciellt i samband med privata ärenden som toalettbesök. Personalen beskriver att patienterna helst inte vill be personalen om hjälp.

Patientens behov av närmre vård

Beskrivningarna innehåller uppgifter om hur händelser upptäcks och det visar sig att det i flera fall är patienten själv eller en medpatient som uppmärksammar personalen på det som inträffat. Personalen beskriver att patienterna ofta ropar på hjälp istället för att använda ringledningssystemet. Detta innebär att patienterna efter ett fall kan bli liggande en längre stund innan någon personal hör ropet på hjälp och kan komma till undsättning.

”Patienten ropar för att tillkalla hjälp. Hittas på golvet liggandes på sida/buk. Uppger att han ej slagit sig. Hade försökt att torka sig och tappat balansen.”

”Sänggranne larmar att patient ramlat inne på patientrummet. Patient ligger utanför toaletten, raklång på golvet.”

Det är tydligt att personalen beskriver att det skulle vara bättre om de kunde befinna sig närmare patienten för att kunna ingripa och undvika avvikelser och för att kunna upptäcka inträffade händelser så snart som möjligt. Att kunna tillgodose patientens behov blir lättare om den fysiska närheten finns och tillsynen kan ökas. Personalen beskriver att det skulle vara bättre för patienterna om de kunde få en närmre vård.

”Det vi kan göra är att be patienten ringa på hjälp för att ha sällskap när han ska upp ur sängen”

”han ramlar handlöst i golvet. Ropar på oss och eftersom vi befinner oss på rummet bredvid är vi snabbt på plats.”

”Pat troligtvis klättrat över grinden och halkat i sitt eget urin som var på golvet.”

Att låta patienten vara delaktig i sin egen vård, till exempel när det gäller läkemedelsbehandling, ses som ett viktigt förbättringsförslag som skulle öka säkerheten för patienten.

”Patienten känner väl till sin överkänslighet men tar medicinen eftersom att han blir dåligt informerad om vad läkemedlet innehåller.”

Lidande

Personalen redogör detaljerat för patientens eventuella fysiska skador och smärtupplevelser. Ett flertal patienter uppges ha fått blåmärken, skrapsår och svullnader efter halk/fall olyckor. Frakturer förekommer också. Patientens upplevelse av det inträffade ingår sällan i personalens beskrivningar.

”Patienten klättrat över sänggrinden och ramlat på golvet, medpatient hämtar personal som finner patienten liggande på golvet. Patienten nekar till smärta, säger att det inte är någon fara, har dock blåmärke på höger sida pannan samt över näsan.”

”Patient säger att han slagit i armbågar och bakhuvud, men har inga synbara tecken på kroppen. Han är fullt rörlig i armar och ben och har inte ont.”

Personalen beskriver sin egen upplevelse av de inträffade avvikelserna, som en känsla av olust. Det känns otillfredsställande att veta att något gått fel och att patienten har utsatts för olägenheter. Personalen beskriver att de känner en förståelse för att andra kan göra fel, men kräver också att få förståelse för sin egen situation. De beskriver att de ofta får reda upp efter händelserna och att de ofta saknar arbetsredskap, till exempel i form av dokumentation om patienten. Personalen uttrycker att de känner sig hjälplösa i dessa situationer.

Bland de konsekvenser som personalen beskriver av avvikelserna finns lidande för patienterna i form av ökade väntetider, fördröjning av diagnos och behandling. Beskrivningar finns av att behandling avbrutits eller uteblivit på grund av avvikelserna. Vården beskrivs som bristfällig.

Att lindra

Personalen beskriver att de hjälper patienterna efter att avvikelser inträffat. De försöker då att lindra skadan som skett. Vissa avvikelser beskrivs ha fått lyckliga slut.

”Patienter med dessa undersökningar ska hänvisas till akutmottagning för vidare handläggning. Jag ringde vc och upplyste om detta vilket de inte visste om.”

Personalen hjälps åt med att ordna upp det som skett. Ofta ber olika yrkeskategorier varandra om hjälp. Personalen samarbetar för att minska konsekvenserna av skadan för patienten.

”Vi får med hjälp av fyra personal dra honom på glidunderlag ut från toaletten och in i rummet där vi med taklyftens hjälp får honom i säng.”

Ibland finns beskrivningar av hur personalen förhindrar att en avvikelse inträffar, ”nära på” händelser. Personalen föreslår förbättringar och skriver att de vill förhindra att händelserna upprepas.

”Patienten är på väg med rullator samt levande stöd från matsalen till sitt rum, då hon plötsligt vacklar/ramlar åt sidan, en togs emot av usk-student som gick bredvid.”

Att införa fysiska barriärer så som grindar, bälten och så vidare är förbättringsförslag som personalen tar upp i samband med halk/fall avvikelser. Ibland föreslås också kontrollfunktioner för att upptäcka eventuella fel i tid innan någon skadas.

”Inte helt fel att kontrollera 2 ggr!!”

”Sätter grindar på sängen”

”Än en gång kontrollera läkemedel mot det som står på etikett innan signering!”

”Ej blanda olika sorters antibiotika samtidigt utan blanda ett i taget och ge direkt. Kontrollera att rätt inj. Lämnar beredningsrummet. Alltid kontrollera patientens id mot inj.id.”

Bristande kommunikation

En orsak till avvikelser som återkommer i personalens beskrivningar, är att det brustit i kommunikationen både mellan personal av olika yrkeskategorier och/eller mellan olika vårdgivare men också mellan personal och patient eller personal och anhörig.

” röntgen utlåtande förelåg i patientens pärm sedan inkomst osignerad, visar spiral fraktur av metacarpale 3 i hö hand.”

” Patient som bor på särskilt boende och har hjälp med medicindelning. Insänds utan omvårdnadsmeddelande och det sänds inte heller i efterhand så som står i ”Rutiner för samordnad vårdplanering Skaraborg osv.”

” Pat skickad till röntgen, anhöriga medföljer kl 15.54 patient åter akutmott 17.20, efter att personal ringer och undrar var patienten är då svar och röntgen bilder kommit före patienten och att det dröjer, på röntgen hade man enligt anhöriga glömt av att ringa akuten om att han var klar, bortglömd. oj ligger du här var kommentaren från personalen på röntgen. patienten hade röntgat en handled. Anhöriga rejält upprörda över handhavandet.”

Personalen beskriver att kommunikation ofta sker via dokumentation. Personalen lyfter fram att dokumentationen är ett viktigt arbetsredskap. Om det finns brister i dokumentationen så drabbas patienten negativt. Att läsa det som är skrivet om patienten anses som mycket viktigt för att inte göra misstag i vården.

”Medföljande akutjournal mycket sparsamt ifylld. Det finns ingen anamnes noterad och inga ordinationer till avdelningen”

” Ta för vana att läsa igenom läkemedelsjournalen inför varje arbetspass”.

”Inskrivande läkare och ssk har inte läst anteckningar i öppenvårdsjournalen vilket borde ske rutinmässigt.”

” Jag har stor förståelse för detta men kräver också förståelse för att utan arbetsredskap är risken stor att jag missar något hos patienten som jag borde ha uppmärksammat.”

Personalen beskriver ett behov av att standardisera sättet att arbeta på för att undvika att fel uppstår, till exempel genom att skapa nya rutiner eller att se över befintliga rutiner för att förbättra dessa. En sak som återkommer i texterna är att det finns brister när det gäller följsamhet till befintliga rutiner. Den bristande följsamheten till rutiner ses som en orsak till att händelser inträffar.

”Övergripande införande via chefssjuksköterska/stab av gemensamma nutritionsrutiner på avdelningar”

”Bristande rutiner och/eller bristande kunskap om de regler och rutiner som gäller.”

Att försvara sitt eget handlande

Den mänskliga faktorn, att någon gör ett misstag kan ses som en ofta förekommande orsak som personalen hänvisar till. I flera fall ansågs personal ha gjort misstag och inte sällan hänvisades det då till någon annan vårdgivare. Patienten uppges som den som orsakar avvikelsen genom sitt handlande i flera fall då det hänvisas till att patienten haft ”dålig insikt”. Personal som registrerar avvikelser verkar inte vara benägna att se sitt eget handlande som orsak till händelserna.

” Utan att fråga patienten om han känner till någon överkänslighet ordinerar och ges tablett Trombyl.”

” Mänskliga faktorn! Stress? Inte tillräckligt uppmärksam?”

När vårdgivare inte är överens om hur patientens bästa, uppstår det en konflikt som gör att personalen känner sig missnöjd. Patienter och anhöriga känner sig också missnöjda när de inte får vården på det sätt de önskar.

”Patienten ber mig framföra sitt missnöje med rutiner för nutritionsbehandling på kliniken där patienten har sin PAL. Pat har själv kontaktat mig för att få hjälp med sin nutritionsbehandling.”

Ett irritationsmoment som beskrivs som orsak till avvikelser är att ny personal inte får en ordentlig introduktion. Detta påverkar patientsäkerheten negativt och skapar merarbete för övrig personal. Viss kunskapsnivå hos befintlig personal angående befintliga IT-system och rutiner är också en källa till bekymmer som påverkar vården av patienten. Utbildning ses som ett förbättringsförslag och är ibland kopplat till kunskap om befintliga rutiner.

”Läkarna kan inte läkemedelsmodulen och eller är inte observanta på hur de ordinerar. Utbildning!!”

”ovan i huset, visste troligen inte om vad som gällde. Strukturerat introduktionsprogram för nya medarbetare.”

Personalen påpekar i flera fall att typen av händelse har inträffat tidigare och att den skapar merarbete till exempel i form av extra undersökningar och provtagningar på patienten. Dubbelarbete, att samma sak görs om flera gånger beskrivs i avvikelserna. För patienten kan detta innebära extra vårdtillfällen. Personalen beskriver att läkemedelskostnader ökar och kostnader för extra undersökningar tillkommer på grund av avvikelser.

”Vid blodprovstagnning skrevs remissen om pga felaktigt ifyllt, men provrörsetikett med streck kod byttes ej. Lab uppmärksammade detta, pat kom för ny provtagning med snabb svar.”

”Ovanstående beskrivning är inte specifikt för denna patient och avdelning utan förekommer inom flera verksamheter.”

Det är tydligt att brist på tid och en hög arbetsbelastning tas upp av personalen som orsaker till att patientsäkerheten äventyras. Personalen skriver att de inte hinner med och att de upplever stress i vården av patienten.

”Melioranteckning saknas pga att ingen sekreterare finns i tjänst kvällar och nätter.”

”Stress. Mycket att göra.”

”Detta är tyvärr inte ovanligt och beror naturligtvis på tidsbrist.”

Sammanfattning av resultatet

Innehållet i de studerade avvikelserna visar på att händelserna oftast inträffar dagtid på vardagar. Patienter i åldern 70-90 år drabbas i stor utsträckning. Det finns ingen skillnad mellan män och kvinnor. Fler avvikelser inträffar inom medicinsk verksamhet än inom kirurgisk- eller psykiatrisk verksamhet. Den övervägande delen av avvikelserna berör Organisation/regler/resurser, Vård och behandling samt Halk/fall. Vårdrelaterade infektioner är endast registrerade i *en* avvikelse under de studerade månaderna.

De orsaker som orsaksutredare anger vara de vanligaste är Kommunikation & information, Procedurer, rutiner & riktlinjer samt Barriärer/skydd. Få avvikelser bedömdes vara katastrofala eller betydande med stor sannolikhet för nytt inträffande. I fem fall initierades en händelseanalys av avvikelserna och två av fallen gick vidare till anmälan enligt Lex Maria. Inga dödsfall angavs som konsekvens av avvikelserna men i sju fall bedömdes det att patienten fått en bestående skada/smärta. Konsekvenserna för organisationen innebar i första hand en ökad arbetsinsats. De flesta avvikelserna registrerades samma dag som de inträffade.

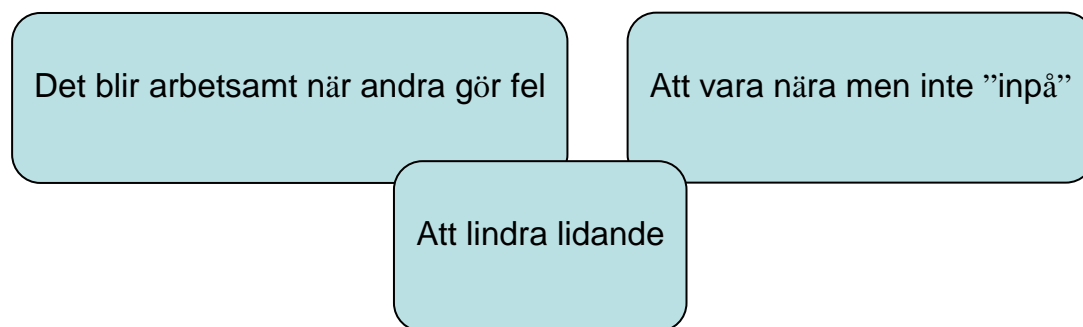
Personalen beskriver händelserna detaljrikt. De är dock sparsamma med orsaker till det inträffade samt förslag till förbättringar. I personalens beskrivningar kan man se att de får göra avvägningar mellan patienternas personliga integritet och behovet av att finnas nära. I flera fall är det patienterna själva eller en medpatient som uppmärksammar personalen på att en händelse inträffat. Att låta patienten vara delaktig i sin egen vård leder enligt personalen till en säkrare vård.

Avvikelseorna orsakar lidande för både patienter och personal. Patienternas lidande beskrivs utifrån fysiska skador, smärta och väntetider i vården, medan personalens lidande beskrivs som olustkänslor och otillfredsställdhet när de är inblandade i en avvikelse. Personalen uppger att de försöker lindra patienternas lidande i samband med avvikelser.

Det förekommer ofta brister i kommunikationen kopplat till avvikelserna. Kommunikation i vården sker enligt personalen ofta via dokumentation, därför anser de att dokumentationen är ett oerhört viktigt arbetsredskap för att kunna ge en säker vård. Personalen beskriver ett behov och önskemål om att standardisera rutiner, samtidigt beskrivs dålig följsamhet till befintliga rutiner som en vanligt förekommande orsak till avvikelser.

Den mänskliga faktorn påtalas ofta som orsak till att avvikelser inträffar. Personalen beskriver hur andra vårdgivare och patienten gjort misstag som leder till avvikelser men beskriver sällan egna misstag. Ibland uppstår konflikter kring hur patienterna ska vårdas. Dessa konflikter leder till missnöje både hos personal, patienter och anhöriga. Misstag i vården slukar resurser i form av dubbelarbete och extra materialåtgång. Samtidigt beskriver personalen att hög arbetsbelastning ger fler avvikelser.

Slutligen kan tre övergripande teman urskiljas i resultatet av den kvalitativa innehållsanalysen.



Figur.11 Teman

DISKUSSION

Metoddiskussion

Både kvalitativ och kvantitativ ansats valdes för att få en heltäckande bild av det forskade området. Metoderna har väl tillgodosett behovet av att få svar på de forskningsfrågor som ställts i studiens syfte. Det finns en styrka i att få beskriva både kvalitativ och kvantitativ data i en och samma studie där den kvalitativa delen står för grunden som kompletteras med kvantitativ deskriptiv statistik.

Urvalet av registrerade avvikelser under två månader kändes väl avvägt utifrån studiens syfte och i den kvalitativa delen uppnåddes en mättnad efter femtio genomlästa fritext fält.

Enligt Polit och Beck (2004) får en studie en ökad trovärdighet om forskaren är insatt i ämnet som ska studeras och forskningsprocessen tar sin utgångspunkt ur forskarens förförståelse. Författarens förförståelse kan möjligen vara till nytta eller negativ beroende på hur mycket

man har reflekterat kring detta innan. Författaren arbetar dagligen med patientsäkerhetsarbete och förbättringsarbete i sin roll som verksamhetsutvecklare. Hon har också flera års erfarenhet som sjuksköterska och barnmorska. Det personliga intresset har påverkat val av forskningsområde. Författaren vill kunna bidra till ett förbättrat patientsäkerhetsarbete genom att bidra med kunskap om vad personalen registrerar i sina avvikelser. Förförståelsen har mest varit till nytta under arbetets gång, men den kan naturligtvis ha "färgat" tolkningarna i analysen.

Att samla in data har inte varit speciellt svårt, då författaren haft tillgång till avvikelssystemet så gott som dagligen. Dock hämtades data vid fyra olika tillfällen, vilket innebar att innehållet i avvikelserna kunde ha förändrats över tid. Detta gjorde att ytterligare datainsamling gjordes på slutet för att hämta in data som tillkommit. Den deskriptiva statistiken lämpade sig väl för att beskriva det kvantitativa innehållet i avvikelserna.

De texter med personalens beskrivningar som användes i studien var kortfattade. Den studerade texten hade ett brett innehåll men inte så djupt. De som registrerar uppmanas inte att beskriva sina känslor och upplevelser, vilket gör att det blir manifesta beskrivningar på hur händelserna gick till. Graneheim och Lundmans (2004) förslag till metodsteg kunde följas utan större problem. Att välja ut de meningsbärande enheterna kan vara svårt. Väljer man för stora enheter riskerar man att de innehåller mer än en företeelse, och väljer man för små enheter riskerar man att materialet fragmenteras. I båda fallen kan man missa viktig information (Graneheim & Lundman, 2004). Kategoriindelningen är också ett kritiskt moment, och förmodligen det svåraste i hela processen. Man brukar säga att kategorierna ska vara fullständiga och ömsesidigt uteslutande. Det innebär att alla meningsbärande enheter ska kunna höra till en relevant kategori och att inga meningsbärande enheter ska kunna hamna i mer än en kategori. Kategorierna kan göras tydligare om man väljer ut typiska meningsbärande enheter för att illustrera kategorierna. Detta var ett tidskrävande arbete där författarens tolkning av innehållet bearbetades flera gånger innan det kändes relevant. Svårigheterna berodde till viss del på att texterna i avvikelserna var korta med brett innehåll.

En tydlig och detaljerad beskrivning av datainsamling och analys har eftersträvat för att öka trovärdigheten. Enligt Gerrish och Lacey (2006) bör man för att fastställa en studies validitet ställa sig frågorna: Representerar detta verkligheten? Hur vet vi det? Kan detta användas generellt? Det går enligt Gerrish och Lacey (2006) att ha strategier för att uppfylla dessa kriterier i kvalitativ forskning. Till exempel genom att låta informanterna läsa och fråga om de känner igen sig. Jämföra resultatet med tidigare genomförda studier är ett annat sätt för validering. Då informanterna i denna studie kom att vara anonyma så kan återkoppling inte ske för att se om de känner igen sig. Ett litet urval av vårdpersonal skulle kunna få läsa för att se om de instämmer i analysresultatet och på så vis skapa validitet. Författaren har inte hittat någon studie som haft samma syfte som denna studie och som därför skulle kunna användas som jämförelse.

Det är tyvärr inte möjligt att se vilken yrkeskategori som fyllt i texten, all vårdpersonal på sjukhuset har möjlighet att registrera patientavvikelser. I tolkningen av de beskrivna händelserna kan man dock utläsa att det är övervägande sjuksköterskor som skriver avvikelser. En bild av hur de som registrerar avvikelser tänker har skapats i den kvalitativa analysen.

Att använda en mix av kvalitativ och kvantitativ metod känns som en god idé för att kunna beskriva ett ämnesområde så heltäckande som möjligt. Det har dock inneburit extra mycket

arbete, att genomföra ”två analyser” samtidigt (Brown, m.fl, 2008; Morse, 2008; Sandelowski, 2000). Innehållsanalys och deskriptiv statistik visade sig vara metoder som väl lämpade sig att använda för att uppnå studiens syfte.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva innehållet i registrerade patientavvikelser. Underlaget kom att bestå av 481 stycken avvikelser. Ett bekräftande fynd i den här studien är som också tidigare forskning visat, att äldre patienter drabbas av flest avvikelser (Socialstyrelsen, 2008). Intressant vore att koppla studiens resultat till befolkningsunderlag och patientunderlag vid det aktuella sjukhuset. Fördelningen mellan män och kvinnor är lika i studien, vilket stämmer överens med den rapport som Socialstyrelsen redovisade 2008.

Övervägande delen av avvikelserna i studien inträffade inom medicinska specialiteter. Enligt Socialstyrelsens journalgranskningar (2008) så inträffade närmare två tredjedelar av vårdskadorna inom kirurgisk verksamhet och knappt en tredjedel inom internmedicinsk verksamhet. Resultatet skulle kunna betyda att avvikelser inom kirurgisk verksamhet oftare ses som förväntade komplikationer mer än som undvikbara vårdskador och därför inte registreras i avvikelssystemet. Enligt Socialstyrelsen så står de kirurgiska komplikationerna för cirka 50% av vårdskadorna i Sverige och är tillsammans med vårdrelaterade infektioner de största grupperna av orsaker som ger vårdskador. Avvikelseerna i det studerade materialet berörde i stor utsträckning händelser kopplade till Organisation/regler/resurser, Vård och behandling samt Läkemedel. Resultatet i studien tyder på att det finns en klar underrapportering av avvikelser i samband med vårdrelaterade infektioner och komplikationer efter kirurgiska ingrepp. Vilket kan tydas på att insatser bör göras för att öka medvetenheten kring vad som avses som avvikelse och vårdskada inom den kirurgiska vården. Trots att avvikelserapporteringen inte speglar verkligheten när det gäller inträffade vårdskador så har den ändå en vetenskaplig mening att granska, tex vad är vårdpersonal benägna att registrera?

Patientens fysiska skador beskrivs detaljerat i avvikelserna, däremot beskrivs inte hur patienten mår psykiskt efter händelsen eller hur patienten upplevde det inträffade. I 82% av avvikelserna informerades inte heller patienten eller anhörig om att avvikelsen inträffat och registrerats. Enligt Barnes m.fl (2006) har patienter och anhöriga rätt att få ta del av detaljer kring avvikelser och deras inträffande. En tidig involvering av patient och anhöriga är grundläggande för att upprätthålla tilltro och trygghet i relationen patient-personal. Patienter känner sig ofta sårade, bedragna, förödmjukade, rädda och upplever att de får ett minskat värde. Att be om ursäkt för det inträffade betyder oerhört mycket för det fortsatta förhållandet mellan patient och personal. Personal behöver utbildas i att kommunicera med patient och anhöriga. Många patienter är angelägna om att något bör göras för att förhindra att andra patienter ska komma att råka illa ut (Barnes, m.fl, 2006). Personalen i studien hänvisade till att om patienter involveras mera i sin vård så kan avvikelser undvikas. Även Knight (2004) beskrev att sjuksköterskor upplevde det positivt om patienter och anhöriga engagerades i arbetet med orsaksanalys av det som inträffat.

I beskrivningen av de inträffade avvikelserna kan det tolkas som att personalen vill visa att de inte gjorde fel, bevisa sin egen oskuld ”Jag gjorde så gott jag kunde”. Leape’s (1991) beskrivning av att personal som befinner sig nära patienten ofta är den enda barriären mot en avvikelse stärks av personalens hänvisning till att avvikelser kan undvikas om man befann sig nära patienten. Att personal som befinner sig närmast patienten bäst kan uppfatta var brister finns (Ödegård, 2006) stärker också hur viktigt det är att patienten och personalen finns nära

varandra vilket är en fördel i "Patientnärmre vård". En avvägning mellan patientens behov av integritet i förhållande till närmre vård bör göras. Dock är tidsbrist och hög arbetsbelastning faktorer som orsakar avvikelser enligt personalen vilket också Ödegård (2006) påpekar i sin studie. Mycket tid och resurser går åt till att "reda upp" det som inträffat och kanske också "göra om" vissa undersökningar. Om man istället gjorde rätt från början så skulle kanske arbetstydgen och stressen minska avsevärt, vilket då skulle leda till färre avvikelser i vården. Händelser som bedöms vara katastrofala eller, betydande med mycket stor sannolikhet för nytt inträffande, bör enligt *Handbok för Patientsäkerhet* (Öhrn, m.fl, 2005), granskas i form av en händelseanalys. Dessa händelseanalyser kan bidra till att öka sjukvårdspersonalens kunskap och medvetenhet kring orsaker bakom avvikelser och också leda till ett aktivt förbättringsarbete. I studien var inte alla avvikelser som uppfyllde socialstyrelsens kriterier föremål för händelseanalys, medan andra avvikelser som inte uppfyllde kriterierna blev föremål för händelseanalys. Det är viktigt att det förs en diskussion kring hur bedömningen av avvikelserna görs.

Klinisk tillämpning av resultatet

Det saknas i många fall förbättringsförslag i avvikelserna. Ett antagande som skulle kunna göras är att det kan bero på avsaknad av förbättringskunskap hos personalen (Batalden, 1993). De förslag som dominerar är att skapa rutiner och standardisera arbetssätt. Det behövs stöd för att göra sjuksköterskornas arbete med avvikelser till ett lärande istället för en rapportering. Rollenhagen (2004) menar att ledningen måste ha fokus på patientsäkerhetsfrågor och lyfta fram dessa som viktiga samt att personal inte blir straffad i samband med avvikelserregistrering. Sjukvården bör sträva efter att skapa intresse och glädje över att vara med för att utveckla och påverka verksamheten. Personalen måste få känna att det förväntas av dem att de ska bidra med förbättringsarbete och att deras insats behövs vilket påpekas av Bergman och Klefsjö (2007). Att få förbättringar till stånd kräver ett ledarskap som stödjer att personalen har "två jobb", både att utföra sitt arbete och att ständigt förbättra det! Det är viktigt att få ett erkännande för det man gör och att ständigt påminnas om målet med förbättringsarbetet. Alla har ett ansvar och bör också få känna på det ansvaret (Batalden, 1993). Utbildning av personal i förbättringskunskap och engagemang från de som leder vården när det gäller patientsäkerhetsarbete och förbättringar, är viktiga åtgärder för att göra vården säkrare för de som behöver den.

Kunskap om bristerna i patientsäkerheten är en förutsättning för att få till stånd ett förbättringsarbete som kan minska riskerna. Rädslan för påföljder motverkar personalens vilja att rapportera allvarliga avvikelser och underminerar utvecklingen av en god säkerhetskultur där man lär av misstagen (Ödegård, 2007). Avvikelse rapporteringen får inte hållas tillbaka av rädsla för påföljder – då sker inget lärande och riskerna kvarstår.

Fortsatt forskning

Vad är det som gör att sjuksköterskor registrerar en avvikelse? Varför har sjuksköterskor så få förslag till förbättringar? Vore intressant att gå vidare med djupintervjuer eller fokusgrupper av sjuksköterskor för att fördjupa sig i hur de tänker och känner när de registrerar en avvikelse. Skulle också vara givande att undersöka om sjuksköterskor upplever att de behövs i förbättringsarbetet och om de anser att det ingår som en del av deras ordinarie arbete.

Sammanfattning

Sverige är ett av världens bästa hälso- och sjukvårdssystem, men som trots det har mycket att göra när det gäller att effektivisera sättet att arbeta på. Så som Socialstyrelsens studie (2008) visat så ligger vi lika illa till när det gäller undvikbara vårdskador som övriga delar av världen. I arbetet med att effektivisera vården är avvikelssystem en stor källa till information och uppslag för förbättringsprojekt med patientsäkerhet i fokus. Vi kan inte längre blunda för att misstag görs som skulle kunna undvikas med hjälp av barriärer som förhindrar att vårdskador uppstår. Vi skulle kunna minska patienternas lidande och även göra stora ekonomiska vinster genom att förbättra säkerheten. Studien har förhoppningsvis bidragit till att beskriva säkerhetstänkande hos personal på ett sjukhus och kan användas som underlag för fortsatt arbete med patientsäkerhetsfrågor. Det är viktigt att vi kan tillvarata det som vårdpersonal uttrycker i registreringarna av patientavvikelser, då de anses som de bästa experterna på det som inträffat. Förhoppningsvis har studien bidragit till en ökad "Error Wisdom".

REFERENSLISTA

- Barnes, J., Connor, M., Crowley-Ganser, C., Delbanco, T., Frederico, F., Freedman, A., Gershanoff, M.D., Hanscom, R., Hopkins, C.C., Jernegan, G., Kim, H., Leape, L., Roberson, D., Ryan, J., Sato, L., Van Pelt, F. (2006). *When things go wrong: responding to adverse events*. A consensus statement of the Harvard Hospitals. Burlington, MA: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical errors.
- Batalden, P.B., Stoltz, P. (1993). A framework for the continual improvement of healthcare: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The joint commission journal on quality improvement*. 19(10), 424-425
- Bergman, B., & Klefsjö, B. (2007). *Kvalitet från behov till användning*. Lund: Studentlitteratur.
- Brown, C., Hofer, T., Johal, A., Thomson, R., Nicholl, J., Franklin, B.D., Lilford, R.J., (2008). An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 2. Study design. *Quality and Safety in Health Care* 17, 163-169.
- Codex. *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad från WWW 2007-11-19, <http://www.codex.uu.se/>.
- Donabedian, A. (1988) The quality of care. How can it be assessed. *JAMA*, Sep 23-30; 260 (12), 1743-1748.
- Gerrish, K., & Lacey, A. (2006). *The Research Process in Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Kingston, M.J. (2004). Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Medical Journal Australia*, 181(1), 36-39.
- Knight, D. (2004). Incident reporting: every nurse's responsibility. *Paediatric Nursing*, 16(1), 23-27.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (1999) *To Err is Human: Building a safer Health System*. Washington D.C.: National Academy Press
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis, An introduction to its methodology*. Thousand oaks: Sage Publications.
- Kudzma, E. (2006). Florence Nightingale and Healthcare Reform. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 61-64.

- Kyrkjebö, J., Hanssen, T., & Haugland, B. (2001). Introducing quality improvement to pre-qualification nursing students: evaluation of an experiential programme. *Quality in Health Care*, 10, 204-210.
- Leape, L., Brennan, T., & Laird, N. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results from the Harvard Medical Practice Study II. *The New England Journal of Medicine*, 324, 377-384.
- Morse, J. (2005). Evolving Trends in Qualitative Research: Advances in Mixed-Method Design. *Qualitative Health Research*, 15 (5), 583-585.
- Nightingale, F. (1989). *Anteckningar om sjukvård*. (FoU rapport 31). Vårdförbundet SHSTF. Malmö: Team Offset.
- Reason, J. (2004). Beyond the organizational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. *Quality and safety in Health Care*, 13(11), 28-33.
- Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot: Ashgate.
- Rollenhagen, C. (2005). *Säkerhetskultur*. Lidingö: Rx Media.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sandelowski, M. (2000). Combining qualitative and quantitative sampling, data collection and analysis techniques in mixed method studies. *Research Nursing Health*, 23, 246-55.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad från WWW 2007-11-19, <http://www.notisum.se>.
- SOSFS 2005:12 (M). *Föreskrift om Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Kungälv: Grafikerna Livréna i Kungälv AB.
- Socialstyrelsen. (2006). *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Bohus: Ale Tryckteam.
- Socialstyrelsen. (2008). *Tillsynsåterföring om förekomst av vårdskador inom somatisk slutenvård i Sverige*. (2008-109-16). Hämtad från WWW 2008-09-10, <http://www.socialstyrelsen.se>.
- Sörqvist, L. (2004). *Ständiga förbättringar- en bok om resultatorienterat förbättringsarbete, verksamhetsutveckling och Six Sigma*. Lund: Studentlitteratur.
- Taylor, J. A., Brownstein, D., Dimitri, A. C., Blackburn, S., Strandjord, T. P., Klein, E. J., & Shafi, J. (2004). Use of Incident Reports by Physicians and Nurses to Document Medical Errors in Pediatric Patients. *Pediatrics*, 114, 729-735.
- Vincent, C. A., Murier, C. E., & Parmar, D.G. (1997). Learning from errors in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 111-119.

Ödegård, S. (2007). *I rättvisans namn - ansvar, skuld och säkerhet i vården*. Stockholm: Liber förlag.

Ödegård, S. (2006). *Säker vård, Patientskador, rapportering och prevention*. (Akademisk avhandling). Göteborg: NHV Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap.

Öhrn, A., Björkman, P., Elfström, J., Forsberg, C., Hansen, I., & Soop, M, (2005). *Handbok för Patientsäkerhetsarbete*. Sundbyberg: Alfa Print AB

Registrera patientavvikelse

[Registrera patientavvikelse](#) | [Sök patientavvikelse](#) | [Logga av](#) | [Meny](#)

Organisationstillhörighet		Registerad den 2007-11-19
Registrerad av	<input type="text" value="Epost"/>	Rapporterad av <input type="text"/>
Händelsen upptäcktes på	<input type="text"/>	Annan berörd enhet <input type="text"/>
Händelsen inträffade <input type="checkbox"/>	Veckodag <input type="text" value="2007-11-19"/> <input type="text" value="Måndag"/>	Del av dygn <input type="text"/>
Patientens personnummer (yyyy-mm-dd-xxxx) <input type="text"/>		
ID nr: lab/remiss/blodkomponent <input type="text"/>		
Berör händelsen		
<input checked="" type="radio"/> Annat <input type="radio"/> Halk/fall <input type="radio"/> Hot/våld <input type="radio"/> Infektion/smitta <input type="radio"/> Läkemedel <input type="radio"/> Vårdsamverkan		
Händelsebeskrivning <input type="text"/>		
<input type="button" value="Förhandsgranska"/>		
Tänkbar orsak/mitt förslag till förbättring <input type="text"/>		
Patient/närstående informerad		
<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nej		
Medicinteknisk produkt inblandad		
<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nej		
Strålningsrelaterad händelse		
<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nej		
Polisanmälan gjord		
<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nej		
<input type="button" value="Rensa fält"/> <input type="button" value="Spara/Skicka"/>		

Användare: Webbehörighet: Registrator pat avv (Typ=Patientavvikelse)

Munkeby MedControl@Munkeby Systems AB

