



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Kartläggning av avvikelserapporter inom ett Primärvårdsområde i Mellansverige

Karin Eklund

2011

Examensarbete Avancerad nivå 15hp
Vårdvetenskap
Vårdvetenskap – Självständigt examensarbete

Handledare: Marja-Leena Kristofferzon
Examinator: Anna-Greta Mamhidir

Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva händelser som leder till en avvikelserapport inom ett Primärvårdsområde i Mellansverige. Studiens design var beskrivande och 261 avvikelserapporter samlades in under år 2007, varav sju exkluderades pga. att de inte var relevant för syftet. Händelsen som beskrevs i avvikelserapporten analyserades med manifest innehållsanalys. Resultatet visade att de utgående avvikelserapporterna beskrev händelser utifrån nio kategorier; information vid överföring från sjukhus till primärvård, otydlighet i ansvar, läkemedelshantering, brister i administration, prover och undersökningar, bedömning, tillgänglighet, skada eller risk för skada och information till patient och anhörig. De inkommande avvikelserapporterna beskrev händelser utifrån sex kategorier; brister i administration, otydlighet i ansvar, läkemedelshantering, prover, tillgänglighet och bedömning. De interna avvikelserapporterna beskrev händelser utifrån sju kategorier: läkemedelshantering, prover och undersökningar, bemanning, brister i administration, bedömning, dokumentation och tillgänglighet. Resultatet visade också tydliga brister i hur väl avvikelserapporterna är ifyllda. Slutsatsen som kan dras utifrån föreliggande studie är att det förekommer stora brister i kommunikationen mellan sjukhuset och primärvården. Det behövs ökad förståelse för personalens behov av information mellan primärvården och sjukhuset. Det finns ett stort behov av förbättringsarbete inom detta område.

Nyckelord: Avvikelserapport, primärvård, förbättringsarbete, patientsäkerhet

Abstract

The purpose of this study was to describe the events leading to an incident report within a primary care area in . The study design was descriptive and 261 incident reports were collected during 2007, of whom seven were excluded because they were not relevant to the purpose. The events described in the incident reports were analyzed by manifest content analysis. The result showed that the output incident reports described events based on nine categories: information for transfer from hospital to primary care, lack of clarity of responsibility, medication, lack of management, tests and examinations, assessment, accessibility, injury or risk of harm and informing the patient and relatives. The incoming incident reports described the events on six categories: lack of management, lack of clarity of responsibility, medication, tests, accessibility and assessment. The internal incident reports described the events based on seven categories: medication, tests and examinations, staffing, lack of management, assessment, documentation and accessibility. The result also showed clear shortcomings in how well the incident reports are completed. The conclusion to be drawn from this study is that there are large gaps in communication between hospital and primary care. There is a need for greater understanding of the staff's need for information between the primary care and the hospital. There is a great need for improvements in this area.

Key words: incident report, primary care, work on improvements, patient safety

Innehållsförteckning

	Sid.
1. Introduktion	
1.1 Hälso- och sjukvårdens organisation	1
1.1.1 Vårdnivå	1
1.1.2 Vårdkedja	2
1.2 Förbättringsarbete	3
1.3 Lagar som styr förbättringsarbetet inom hälso- och sjukvården	4
1.4 Avvikelse ­ rapportering	6
1.5 Problemområde	8
1.6 Syfte	8
1.7 Frågeställningar	8
2. Metod	9
2.1 Design	9
2.2 Urval och undersökningsgrupp	9
2.3 Datainsamlingsmetod	10
2.4 Tillvägagångssätt	10
2.5 Dataanalys	11
2.6 Forskningsetiska överväganden	11
3. Resultat	12
3.1 Händelser som rapporteras som avvikelser	12
3.1.1 Utgående	12
3.1.2 Inkommande	15
3.1.3 Interna	17
3.2 Noggrannhet i ifyllnad av rapporteringsblankett	19
4. Diskussion	19
4.1 Huvudresultat	19
4.2 Resultatdiskussion	19
4.2.1 Händelser som rapporteras som avvikelse	19
4.2.2 Noggrannhet i ifyllnad av rapporteringsblankett	23

4.3	Metoddiskussion	24
4.4	Rekommenderad klinisk tillämning	25
4.5	Slutsats	25
5.	Referenser	26

1. Introduktion

Hälso- och sjukvårdspersonal strävar efter att tillhandahålla vård och omsorg av högsta kvalitet. Kraven och förväntningarna att sjukvårdspersonal är kompetenta och professionella i sin yrkesutövning och inte begår fel är stora. När det gäller att förebygga missöden och felbehandlingar inom hälso- och sjukvården är det viktigt att fokusera både på individen, gruppen, organisationen samt vad som händer och sker i vårdprocessen. Det räcker inte med att enbart skylla på den enskilda läkaren eller sjuksköterskan när fel begås (Arnetz 1998). Systemen måste utformas så att risken att göra fel blir så liten som möjligt och att konsekvenserna minimeras. Ett sätt att minska antalet fel som leder till missöden och olyckor är att identifiera s.k. latent fel i en organisation, fel som ännu inte lett till några allvarliga konsekvenser. Bestraffning av den som gjort fel är inte någon bra metod för att minska antalet fel, tvärtom kan det ha motsatt effekt eftersom människor som arbetar i organisationen då tenderar att dölja både latent fel och fel som redan inträffat (Bergentz & Ödegård 1999). Genom att systematiskt kartlägga avvikelser ökar också förståelsen för olika risker i vårdprocessen och därmed möjligheten att sätta in effektiva preventiva åtgärder (Arnetz 1998).

1.1 Hälso- och sjukvårdens organisation

1.1.1 Vårdnivå

Att hälso- och sjukvården ges på rätt vårdnivå är en grundförutsättning för en sund och effektiv utveckling inom hela hälso- och sjukvårdssystemet (Davidsson 1998). Primärvård är hälso- och sjukvård som utgör den första vårdnivån. Den omfattar grundläggande medicinsk utredning, behandling och omvårdnad samt förebyggande arbete och rehabilitering utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Till primärvården hör bl.a. alla insatser av läkare som upprätthåller funktionen som specialist i allmänmedicin. Dit hör även distriktssköterskeverksamhet och mödra- och barnhälsovård samt den kommunala hälso- och sjukvården. Den andra vårdnivån utgörs av specialiserad vård. Det är hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserande åtgärder än vad som kan ges i primärvård (Socialstyrelsen 1982). Primärvård och specialiserad vård kan bedrivas som öppen-, sluten- och hemsjukvård. Inom primärvården finns öppenvård på alla hälsocentraler (Socialstyrelsen 2004c). I Ödegårds (2003) rapport framkom att otydlig ansvarsfördelning och/eller brister i samverkan kan leda till att patienter hamnar på fel vårdnivå eller får ett bristfälligt omhändertagande. Patienten uppgavs riskera att hamna i ett vakuum i övergången

mellan olika vårdgivare och det finns en risk att behandlingen blir fördröjd innan nästa nivå i vårdkedjan tar över ansvaret.

1.1.2. Vårdkedja

Vårdkedjor är ett organisatoriskt begrepp som anger hur olika hälso- och sjukvårdsinsatser kan länkas ihop till en samordnad och sammanhängande helhet. Vårdkedjans syfte är att konstruera och bygga säkra broar för samverkan. Ett av de grundläggande kraven och förutsättningarna för att samverkan ska ske mellan de olika länkarna i vårdkedjan, är att nödvändig information för patientens fortsatta vård finns tillgänglig och kan överföras mellan de olika länkarna (Davidsson 1998). Hälso- och sjukvård ställer höga krav på samordning av insatser även över de olika vårdnivåerna i vårdkedjan (Boockvar et.al. 2004). Koordinationen mellan olika vårdgivare i vårdkedjan är nödvändig för att upprätthålla vård av god kvalitet (Haggerty et al. 2003). Risken för dålig kvalitet i vårdkedjan var störst när ansvaret passerar över bron till nästa länk i vårdkedjan (Davidsson, 1998). En väl fungerande kommunikation mellan de olika aktörerna som är involverade i vården är betydelsefull. Detta blir allt viktigare att uppmärksamma i samband med att en ökande andel hälso- och sjukvård bedrivs utanför den slutna sjukhusvården, vilket är en trend såväl i Sverige som i andra länder. Att risken för misstag ökar i samband med överföring av patienter mellan olika verksamheter är väl känt (Boockvar et.al. 2004). Utskrivningsdokument har visat sig vara ett viktigt redskap för att säkra en fortsatt vård för patienten efter utskrivning från sjukhuset (Nazarko 1998). Redan på 1990-talet var kontinuitet av patientens vård en nyckelkomponent för att få en säker och kvalitativ bra vård för patienten genom de olika vårdnivåerna inom vårdkedjan (Clare & Hofmeyer 1998). En nyare studie (Berendesn et al. 2009) visade att patienter upplevde brist på kontinuitet från specialistvård till primärvård. Patienterna ansåg att det är viktigt att de inte får vänta på vård mellan de olika nivåerna. Det fanns ett behov av förbättrad information i samband med patienters utskrivning från sjukhus.

Bytet av information mellan läkare på sjukhus och allmänläkare behöver bli bättre (Karapinar et al. 2010). Den mest effektiva strategin för överföring av information mellan sjukhus och andra vårdnivåer är att ha en koordinator som tar hand om kontakten mellan de olika vårdnivåerna. Problem uppkommer på grund av att de på båda ställena arbetar under hög arbetsbelastning och att de arbetar efter olika mål (Payne et al. 2005). I en norsk studie (Hellesø et al. 2004) analyserades utskrivningsmeddelanden när patienter skrevs ut från sjukhuset till hemsjukvården. Det visade sig att ingen av utskrivningsmeddelandena var

fullständigt ifyllda. Det fanns skillnader mellan sjuksköterskor på sjukhuset och hemsjukvården när det gäller vad de ansåg viktigt att ta med i utskrivningsrapporten (Hellesjö et al. 2004). De flesta allmänläkare hade erfarenhet av att utskrivningsmeddelande angående medicinändring vid utskrivning från sjukhus når dem med flera dagars fördröjning. De önskade få dessa på utskrivningsdagen. Många allmänläkare önskade få dessa via e-mail (Karapinar et al. 2010).

I Paterson och Allegas (1999) studie framkom att 88% av utskrivningsmeddelandena/epikriser från läkare var fullständigt skrivna. I en svensk studie (Midlöv et al. 2005) som beskrev fel gällande läkemedel hos patienter som överförs mellan primärvård och sjukhusvård framkom att det var vanligare med fel i överföring från primärvård till sjukhus än tvärt om. I en senare studie (Midlöv et al. 2008) utvärderades effekten av en medicinsk rapporteringsblankett vid utskrivning av äldre patienter från sjukhuset. Resultatet visade att antalet fel gällande läkemedel vid utskrivningen var signifikant färre hos patienterna där den medicinska rapporten användes.

1.2 Förbättringsarbete

Begreppet förbättringsarbete har under flera år utvecklats från industriernas kontrolltänkande (Bergman & Klefsjö 2002). Olson (2005) är en av de forskare som arbetar inom områdena förbättringsarbete och kvalitetsarbete och inför det till den svenska hälso- och sjukvården där intresset för detta arbete ökar. Som del i en doktorsavhandlingen genomförde Olsson et al (2003) en studie inom primärvården och sjukhus i Sverige där deltagarna visade på en positiv attityd till förändringsarbete. De främsta områdena som de ville genomföra förändringarna inom var inom organisationen så som ledarskap, utbildning och arbetsmiljö. Områden som patient och metoder för att kunna jämföra resultat angavs som de minst viktiga. En annan delstudie i avhandlingen gjordes av Book et al. (2003) och i den framkom att en majoritet av personalen anser att förbättringsarbetet står i konflikt med det dagliga arbetet och att det är svårt att applicera metoder och verktyg i praktiken. Detta pekar på att det finns ett stort behov av kompetenshöjande insatser avseende tillämpningen av förbättringskunskap i praktiken.

Förbättring innebär förändring men alla förändringar behöver inte vara förbättringar. Det är viktigt att de systematiska förändringar som görs för in generaliserbar vetenskaplig kunskap. För att kunna förbättra och utveckla är det nödvändigt att observera, mäta och utvärdera. Om det inte finns mätbar data kan vi inte veta om förändringarna verkligen leder till förbättringar

(Batalden & Davidoff, 2007). Sjukvården är ett komplext system vilket gör mätbarheten svår (Grol, 2001). Enligt teorier inom kvalitetsarbete och förbättringsarbete är nyckelprinciperna patientfokus, kontinuerlig förbättring, processorienterad, teamarbete och beslut baserad på fakta (Sousa & Voss 2002, Schroeder et al. 2005). Förändringsarbete måste bli en integrerad del det dagliga arbetet där alla medarbetare involveras. Arbetet inom hälso- och sjukvården är en utmanande uppgift som kan dra nytta av användning av en mängd varierande verktyg och metoder. Dessa verktyg och metoder fokuserar på hälso- och sjukvård som processer i system, variation och mätningar, kunskap om dem som vi är till för, samarbete, socialt kontext och ansvar samt utvecklandet av ny lokalt användbar kunskap (Batalden & Davidoff 2007).

Enligt Organizational Development theory (OD) som Glanz et al. (2008) beskriver kan förändringar ske inom många olika nivåer inom en organisation. Förändringar på individnivå fokuserar på personliga faktorer som kunskap, attityder, övertygelse, motivation, självuppfattning, erfarenheter och skicklighet. Individen påverkas av åsikter, beteenden, råd och stöd från vänner, medarbetare och handledare. Individuella beteenden kan förändras genom coachning, träning, målsättning och genom feedback. Förändringar i grupper främjas däremot genom bra kommunikation och konfliktlösning. Hänsyn måste också tas till organisationens sociala sammanhang. Förändringar i en organisation är ett komplext problem och hänsyn måste tas till intern och extern kultur samt till faktorer som påverkar den sociala miljön. Förändringsstrategier är mest effektiva om de påverkar flera olika nivåer inom organisationen.

1.3 Lagar som styr förbättringsarbetet inom hälso- och sjukvården

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS 1998:531) reglerade hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds (HSAN) verksamhet fram t.o.m. 2010. En viktig del i lagen var att hälso- och sjukvårdspersonal ska ge en sakkunnig och omsorgsfull vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen 1998). Den första januari 2011 ersattes LYHS 1998:531 av en ny patientsäkerhetslag med syftet att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Med den nya lagen har vårdgivaren fått tydligare ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivarna har också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunna leda till en vårdskada. Med den nya lagen flyttar också ansvaret över att pröva patientklagomål från hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) till Socialstyrelsen. Lagen säger att

vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den håller kraven på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (Socialstyrelsen 2010).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska hälso-och sjukvården öka patientsäkerheten genom att tillgodose patientens säkerhet och kontinuitet i vården. Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret. Personalen har skyldighet att anmäla om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Det står också i lagen att kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården ska ske genom att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Hälso- och sjukvårdslagen är en av lagarna som styr arbetet med avvikelser (Socialstyrelsen 1998).

Ansvaret är uppdelat på vårdgivare, verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal. Med vårdgivare avses Landstinget som bl. a. har ansvar att fastställa och utvärdera mål för det systematiska kvalitetsarbetet. Vårdgivaren ska också ge direktiv och säkerställa att målen stämmer överens med verksamheten så att kvaliteten säkerställs. Verksamhetschefen ansvarar över att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar också för att formulera och utvärdera mål samt uppföljning och analys av verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Det ska de göra genom att ta fram, prova ut och vidareutveckla rutiner och metoder, medverka i risk- och avvikelshantering samt följa upp mål och resultat (Socialstyrelsen 2005a).

Lex Maria är en regel som säger att vårdgivaren ska anmäla händelser till Socialstyrelsen där en patient drabbats av en allvarlig skada eller utsatts för allvarliga risker i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2010). Regeln tillkom efter att flera patienter avled efter en förväxling av läkemedel på ett sjukhus i Stockholm 1937. Vid en negativ händelse eller tillbud ska alltid en bedömning göras om händelsen ska anmälas till Socialstyrelsen enligt Lex Maria. Många händelser kan klaras upp inom den egna verksamheten, men vissa kan vara av allvarigare art och därför behöva granskas och utredas av någon utomstående (Socialstyrelsen 2000a).

1.4 Avvikelse rapportering

Avvikelse rapportering innebär 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 (Socialstyrelsen 2005). Förbättringsarbete baserat på avvikelse rapporter används mycket inom högriskindustrier som flyget och nukleär industrin (Barach & Small 2000). I Ödegårds (2006) avhandling framkom att förebyggande riskinventering som komplement till traditionell rapportering ger värdefull information för säkerhetsarbetet i vården. Vårdpersonal som arbetar i frontlinjen och som möter patienter är en viktig resurs för att få fördjupad kunskap om faktorer som kan påverka patientsäkerheten. Det är samtidigt dessa grupper som är särskilt utsatta när hälso- och sjukvårdens stödsystem uppvisar brister.

Elder et al. (2007) studie visade att det är vanligast att avvikelser rapporteras genom dator men att även pappersblanketter förekommer. Mikkelsen et al. (2006) visade i sin studie att många föredrog att rapportera utifrån sin egen bedömning på vad som ska rapporteras kombinerat med en lista på rekommenderade händelser som borde rapporteras (Mikkelsen et al. 2006). De flesta sjuksköterskor föredrog ett anonymt rapporteringssystem då det lägger fokus på systemfel och inte på person (Kingston et al. 2004).

Flera studier (Kingston et al. 2004, Lawton & Parker 2002, Madsen et al. 2006, Hirose et al. 2007) visade att det fanns en tydlig skillnad mellan läkare och sjuksköterskor när det gäller att rapportera avvikelser. Läkarna var mindre benägna att rapportera avvikande händelser än sjuksköterskor. I studier av Evens et al. (2007) och Nuckols et al. (2007) framkom att skillnaderna var så stora som att sjuksköterskor stod för mellan åttio och nittio procent medan läkarna endast stod för mellan två och fem procent av avvikelse rapporterna.

I studien av Jeffe et al. (2004) visade det sig att personalen visste att de ska rapportera fel som associeras till allvarliga händelser medan det visade sig vara mer osäkra över rapportering av mindre allvarliga händelser eller händelser med risk för ”olycka”. Sjuksköterskor hade större kunskap om avvikelse rapportering jämfört med läkarna. Både läkare och sjuksköterskor ansåg att avvikelse rapportering har för avsikt att ändra metoder och rutiner för att öka patientsäkerheten (Jeffe et al. 2004). I Kingston et al. (2004) studie framkom att sjuksköterskorna trodde att avvikelse rapporterna kan ge värdefull information och öka medvetenheten och uppmuntra till positiva förändringar genom förbättringsarbeten. Läkarna

kände större misstro till systemet än sjuksköterskor och var oroliga över vad uppgifterna de anger kommer att användas till. Sjuksköterskorna skämdes över att göra fel men accepterade behovet av att rapportera felen (Kingston et al. 2004). Många läkare trodde att andra läkare ofta eller ibland skulle kunna lära sig av sina egna erfarenheter av avvikelser. De flesta av läkarna hade en positiv attityd till att rapportera till en databas. Kön och ålder visade sig ha betydelse för attityden till rapportering. Kvinnor var mer positiva än männen och yngre är mer positiva än äldre (Mikkelsen 2006).

Det framkommer även att personal inom hälso- och sjukvården struntar i att rapportera händelser och fel (Madsen et al. 2006). För sjuksköterskorna berodde det på typ av händelse om de rapporterade vanemässigt eller inte. Patienter som ramlar och läkemedelfel är sådant som rapporterades rutinmässigt (Kingston et al. 2004). De två vanligaste angivna orsakerna till att rapporter inte skrivs var brist på tid att skriva rapporten (Elder et al. 2007, Jeffe et al. 2004, Evans et al. 2006) och brist på feedback efter att en rapport var gjord (Jeffe et al. 2004, Evans et al. 2006). Förvirring över vad som ska rapporteras och vem som ska rapportera anges också som orsaker (Elder et al. 2007). Glömska var en annan orsak till varför inte rapporter skrevs (Elder et al. 2007, Evans et al. 2006), vilket kunde bero på att det är för mycket att göra på arbetsplatsen (Evans et al. 2006). Övriga orsaker till att inte rapportera fel och missöden angavs vara brist på konfidentialitet (Jeffe et al. 2004), att personalen trodde att händelsen var för obetydlig och att det inte fanns någon mening med att rapportera det som kunde lett till skada (Evans et al. 2006). I en annan studie (Madsen et al. 2006) angav läkarna brist på tradition, rädsla för media och risken att bli tillrättavisad som orsaker till att inte rapportera fel och missöden.

Både läkare och sjuksköterskor ansåg att ett mer effektivt rapporteringssystem med relevant feedback skulle öka motivationen hos personalen att rapportera avvikande händelser. De önskade också klarare definition över vad som är en avvikande händelse samt att det ska vara enkelt att fylla i en rapport och inte ta för lång tid (Kingston et al. 2004). Den vanligaste anledningen till att rapportera var att få tillbaka positiv behållning och anonym rapportering gjorde det lättare att rapportera (Elder et al. 2007).

De flesta rapporter beskrev medicinska risker hellre än sociala risker (Nuckols et al. 2007). Det var vanligare att en avvikande händelse som beskriver ett dåligt utfall oftare ledde till en rapport än de med ett gott utfall (Lawton & Parker 2002). Läkare och sjuksköterskor angav att

det är vanligast att de skriver en avvikelserapport med anledning av att en patient ramlar och ovanligast med anledning av trycksår. Sjuksköterskor ansåg att det är viktigast att rapportera fall och minst viktigt att rapportera läkemedelsfel som hade kunna lett till skada (Evans et al. 2006). I en studie (Jacobs et al. 2007) gjord inom primärvården var det inom sex olika områden som det var vanligast med avvikelserapporter; administration, kommunikation, diagnostik, dokumentation, läkemedel och kirurgi och tillvägagångssätt. Liknande resultat framkom i en annan studie (Fernald et al. 2004) där det var vanligast med avvikelser inom kommunikation, diagnostik och läkemedel.

1.5 Problemområde

Tidigare forskning inom Primärvården visar på relativt samstämmiga fel som sker (Berendsen et al. 2009, Karapinar et al. 2010, Midlöv et al. 2005, Jacobs et al. 2007). Studierna är gjorda i andra länder där sjukvårdssystemen och sättet att rapportera avvikelser inte är riktigt lika som i Sverige. Ingen svensk studie är funnen vad gäller avvikelserapportering inom primärvården. Det har visat sig förekomma brister i kommunikationen mellan olika vårdnivåer (Boockvar et al. 2004, Karapinar et al. 2010, Payne et al. 2005, Ödegård 2003). Sjuksköterskor har ansvar för att systematiskt arbeta med förbättringsarbete (Socialstyrelsen 1998). Genom att systematiskt kartlägga avvikelser ökar förståelsen för olika risker i vårdprocessen och därmed möjligheten att sätta in effektiva preventiva åtgärder (Arnetz 1999). För landstinget vore det av värde att kartlägga alla händelser rapporterade som avvikelser för att senare ha det som grund i kommande förbättringsarbete.

1.6 Syfte

Syftet med studien var att beskriva händelser som berör patienter och som leder till en avvikelserapport samt dess omfattning inom ett Primärvårdsområde i Mellansverige

1.7 Frågeställningar

1. Vilka händelser rapporteras som avvikelser och i vilken omfattning förekommer de när det gäller

- a: utgående avvikelserapporter?
- b: inkommande avvikelserapporter?
- c: interna avvikelserapporter?

2. Hur väl är avvikelserapporterna ifyllda?

2. Metod

2.1 Design

Studien genomfördes med en beskrivande design.

2.2 Urval och undersökningsgrupp

Sjukvården i det undersökta området ingår i landstingets uppdrag, såväl specialistvård som primärvård. Hemsjukvården tillhör primärvården. En totalundersökning av avvikelserapporter under 2007 inom ett Primärvårdsområde i Mellansverige genomfördes. Primärvårdsområdet är indelat i två verksamhetsområden med fem hälsocentraler och en jourverksamhet i det ena området och fyra hälsocentraler i det andra området. Även jourverksamheten kommer att benämnas som hälsocentral i studien. Två hälsocentraler exkluderades ur studien, en från varje område. Orsaken till att den ena hälsocentralen exkluderades var att författaren till studien inte fick något svar på förfrågan om insamling av avvikelserapporter. Påminnelse skickades till den aktuella hälsocentralen utan svar. Hälsocentralen som exkluderades från det andra området hade svårigheter att få fram de aktuella avvikelserna och kunde inte heller ange hur många rapporter det var. Sammanlagt samlades 261 avvikelserapporter in under år 2007. Från dessa exkluderades sju rapporter med patient och befolkningssynpunkter då det endast fanns angivna från fyra olika hälsocentraler och var så få till antalet. De berörde inte kärnan av undersökningen. Det interna bortfallet bestod av två avvikelserapporter, en från de utgående och en från de interna avvikelserapporterna. Dessa analyserades men redovisas inte i resultatet då de inte berörde patientarbetet. Den utgående avvikelserapporten gällde att en beställning av fika inte genomfördes enligt överenskommelse och den interna avvikelserapporten handlade om att personalen när de började arbetspasset inte hade fått vetskap om att en ny kassaterminal införts på arbetsplatsen.

De utgående avvikelserna var riktade till andra enheter inom primärvården, sjukhuset och kommunen. De inkommande kom från andra enheter inom primärvården, sjukhuset och kommunen. De interna kom från den egna enhetens område. Avvikelseberapporterna var fördelade på 165 utgående, 46 inkommande och 43 interna. Fördelning av avvikelserapporter mellan olika hälsocentraler och respektive hälsocentralers storlek i antalet anställda beskrivs i tabell 1.

Tabell 1. Beskrivning av antalet avvikelserapporter och anställda på respektive hälsocentral.

Hälsocentral	Utgående	Inkommande	Interna	Antal anställda
Hälsocentral A	4	3	0	14
Hälsocentral B	24	4	11	34
Hälsocentral C	4	3	4	26
Hälsocentral D	17	4	0	35
Hälsocentral E	9	14	10	25
Hälsocentral F	30	0	0	36
Hälsocentral G	14	1	0	17
Hälsocentral H	63	17	18	45
Summa:	165	46	43	214

2.3 Datainsamlingsmetod

Avvikelse­rap­per­terna under år 2007 är skrivna på särskild blankett. En avvikelserapport lämnas till närmaste chef som skickar den till berörd enhet, där den åtgärdas och följs upp. Efter åtgärd skickas den tillbaka till rapport­er­ande enhet. En kopia på ifyllt rapport förvaras av verksamhetschefen. En intern avvikelse rapporteras till verksamhetschefen som åtgärdar rapporten, pratar med eventuell berörd personal och besvarar sedan rapporten. En avvikelserapport ger information om vem som skrivit rapporten och till vilken organisation rapportören tillhör, samt till vilken organisation den är sänd till. Den avvikande händelsen beskrivs när den inträffade och när den observerades. Själva händelsen, akut vidtagna åtgärder, vilken skada/obehag som har uppstått/hade kunnat uppstå samt åtgärdsförslag från rapportören beskrivs av rapportören med egna ord i löpande text. Vidare ges information om personuppgifter på ev. inblandade patienter. Antalet anställda på varje hälsocentral samlades in genom att respektive chef fick uppge antalet anställda.

2.4 Tillvägagångssätt

Skriftligt tillstånd söktes hos chefen för Division Primärvård. Kontakt togs därefter med verksamhetscheferna för Gävle Södra och Gävle Norra. Verksamhetscheferna informerade vårdenhetscheferna på respektive hälsocentral att de skulle bli kontaktade för insamling av avvikelserapporter. Författaren tog därefter telefonkontakt med samtliga vårdenhetschefer för att få reda på antalet rapporter under aktuell tid. Författaren åkte därefter ut till hälsocentralerna för kopiering av avvikelserap­per­terna. I direkt anslutning till kopieringen av identifierades rapporterna gällande patientuppgifter samt uppgift om vem som skrivit rapporten. Två av hälsocentralerna som hade få rapporter, kopierade sina rapporter och

skickade dem oidentifierade till författaren. Det kopierade materialet har under studiens genomförande förvarats i ett låst skåp hos författaren.

2.5 Dataanalys

Innehållet från alla avvikelserapporter skrevs in i en matris utifrån rubrikerna på avvikelserapporten. Alla delar från rapporten togs med. Tabell 2 visar vilka delar en rapport innehåller. För att besvara frågeställning 1 kopierades beskrivningar av de avvikande händelserna till nya matriser. En matris gjordes för resp. inkommande, utgående och interna rapporter. Beskrivningen av varje händelse granskades och analyserades utifrån manifest innehållsanalys (Granheim & Lundman, 2004). Meningsbärande enheter togs ut ur materialet, vilka kondenserades och kodades. En avvikelse kunde ge flera koder. Koderna kategoriserades utifrån liknande innehåll, för exempel på analysprocessen se tabell 3. För att redovisa resultatet av frågeställningarna användes innehållsanalys och beskrivande statistik.

Tabell 2. Ingående delar i avvikelserapport

Beskrivning av händelse	Rapportörens bedömning av konsekvens	Angiven orsak av rapportör	Rapportörens förslag på förbättringsåtgärd	Vidtagna åtgärder	Risk och konsekvens bedömning	Typ av händelse kod *
Pat kommer till receptionen med ett brev adresserat till honom Visar upp tre andra remisser tillhörande andra patienter.	Sekretessbelagda uppgifter hamnar i fel händer.		Vara otroligt noga och kolla vad man stoppar i resp. kuvert.	Ej angivet	Ej angivet	15

*landstingets eget system av kodning av alla händelser

Tabell 3. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
Pat kommer till receptionen med ett brev adresserat till honom. Visar upp tre andra remisser tillhörande andra patienter.	Patient kommer till receptionen då han fått brev med andra patienters remisser.	Remiss skickad till fel patient	Brister i administration

2.6 Forskningsetiska övervägande

Tillåtelse att genomföra studien söktes hos chefen för Division primärvård. Studien har genomförts på registerdata som varit avkodade. Alla avvikelser oidentifierades gällande patientuppgifter och namn på rapportören. Ställningstagande till eventuell etisk prövning har gjorts utifrån vetenskapsrådets forskningsetiska riktlinjer (Vetenskapsrådet 2009). Författaren

ansåg att materialet inte behövde genomgå etisk prövning. Det innehåller inte känslig persondata och materialet var avkodat.

3. Resultat

Varje frågeställning redovisas separat. Resultatet redovisas i tabellform och i löpande text där analys från utgående, inkommande och interna avvikelserrapporter redovisas separat.

3.1 Händelser som rapporteras som avvikelser

3.1.1 Utgående

De utgående avvikelserrapporterna kategoriserades i nio kategorier (se tabell 4).

Tabell 4. Kategorischema över utgående avvikelserrapporter n=165

Kategori	Antal koder* (%)	Typ av avvikande händelse
Information vid överföring från sjukhus till primärvård	64 (36)	<p>Brister i utskrivningsrapport från BB till barnavårdscentralen (BVC) där rapporten inte skickades alls, skickades till fel BVC, innehåll fel uppgifter eller uppgifter saknades.</p> <p>Information saknades i kallelsen till samordnad vårdplanering (SVP), kallelsen skickades för sent, SVP genomfördes utan att primärvården fick information, patient var inte utskrivningsklar vid SVP, ingen SVP trots att behov fanns. SVP genomfördes med brister t.ex. sjuksköterskan saknade kännedom om patientens status och annan viktigt information.</p> <p>Brister i rapportering från läkare vid utskrivning där läkarepikris saknades och brister i information i läkarnas epikriser.</p> <p>Utebliven information mellan sjukhuset och distriktssköterska (DSK) vid utskrivning, patienter skickades hem med behov av insats från DSK som inte fick information om detta. Inskrivningsmeddelanden saknades.</p>
Otydlighet i ansvar	25 (14)	<p>Patienter hänvisades till familjeläkarjouren (FLJ) trots att det var hälsocentralens ansvar att ta emot dem, patient som blev hänvisad från akutmottagningen till primärvården trots uppenbar fraktur, barn som hänvisades till hälsocentral men skulle till barnkliniken.</p> <p>Tveksamheter om vem som ska utreda patientens besvär och vem som ska hantera information till patienten. Personal inom kommunen genomförde arbetsuppgifter utan delegering.</p> <p>Läkare vägrade konstatera dödsfall, DSK hänvisade arbetsuppgift vidare till annan personal pga. material saknades.</p> <p>Oklarhet vems arbetsuppgiften är. Syrkastub stängdes inte av enligt rutinen En patient blev bortglömd Sjuksköterska glömde ta kontakt med en DSK Onödigt bokat hembesök Otydlig information om tjänstgöringsschemat Patient blev insatt på behandling som inte avslutades i tid.</p>
Läkemedelshantering	22 (13)	<p>Brister i ordination av läkemedel där patienter fått med sig inaktuell läkemedelslista från sjukhuset, skriftlig ordination på dropp saknades i hemmet, ordination på läkemedelslistan stämde inte med apotekets märkning av läkemedlet, fel identitet på läkemedelslistan som patienten</p>

		<p>fick med från sjukhuset, fullständig läkemedelsordination saknades.</p> <p>Patienter fick fel mediciner, en patient fick sin frus mediciner av hemtjänsten. Vid SVP framkom att patienten hade apodos och hon hade därför fått fel mediciner på avdelningen. Sjuksköterska på avdelningen gjorde felaktig delning av mediciner så hemtjänsten fick inte ge från dessa.</p> <p>Brister i recepthanteringen där utlovade recept inte förskrevs enligt rutin, patienter hänvisades felaktigt till hälsocentralen från sjukhuset för nytt recept. Försenad eller utebliven förnyelse av apodos, brister i hemtjänstens uppgift att hämta apodosrullar på apoteket.</p>
Brister i administration	22 (13)	<p>Remisser kom för sent, kom till fel enhet eller remiss saknades helt. Skrivna remisser var inte fullständiga. Remiss som var felaktigt returnerad av rapportören. Försenad remissutskrift enligt rutiner för vårdgarantin.</p> <p>Journalkopia sändes till fel hälsocentral Utebliven kallelse till patient Polisen gjorde hänvisning till primärvården utan formell begäran Klinik på sjukhuset krävde remiss trots att patienten redan vårdades där Akutmottagningen hänvisade patienter till FLJ utan att boka tid och hembesök till en patient var bokad på fel dag. Patienterna var inte inbokade i tidboken den tid det var bestämt att de senast skulle bokas in</p>
Prover och undersökningar	13 (7)	<p>Provrör saknade etikett och remisser med fel patientidentitet. Svar på undersökningar uteblev och svar som gått till fel patient eller till fel läkare. Provrör som förkommit på väg till kemiskt laboratorium Försenad undersökning med frågeställning om malignitet Hemtjänsten har läst av blodsockervärden fel</p>
Bedömning	11 (6)	<p>Patienter bokades till fel instans, till primärvården men borde åkt till akuten pga. skicket de var i, patient som kom till FLJ men borde åkt till hälsocentralen.</p> <p>Personalen gör olika bedömning, en patient som avfärdades från en klinik på sjukhuset och fick senare opereras akut.</p> <p>Patiens som inte var färdigbehandlad skickades hem från sjukhuset. Oklar bedömning i telefonrådgivning som gjorde att patienten fick vänta på vård Läkare på hälsocentralen upplever svårigheter då försäkringskassans läkare har annan syn på sjukskrivning</p>
Tillgänglighet	8 (5)	<p>Patienter ringt fel nummer då det var angivet på kallelsen Svårighet att nå olika enheter Växeln stängde felaktigt av telefonen till hälsocentralen Hemtjänsten ringde fel nummer till DSK och fick inte kontakt i tid Palliativ patient blev nekad inläggning på sin trygghetsplats</p>
Skada eller risk för skada	6 (3)	<p>Patienter som blev hemskickade från sjukhuset med perifer venkateter kvar Patienter som fick trycksår under vårdtiden Hemtjänsten provade en använd insulin nål på en annan person</p>
Information till patient och anhörig	5 (3)	<p>Patienter och anhöriga fick ingen eller fel information eller undervisning när de åkte hem från sjukhuset DSK fick ingen information av anhörig att patienten inte följde med i den beställda ambulansen</p>
Summa:	176	

*en avvikelserapport kan innehålla flera koder

Information vid överföring från sjukhus till primärvård

Nio av 165 avvikelserapporter skrevs pga. brister i samband med att rapport från BB skickades till barnavårdscentralen (BVC) när det nyfödda barnet skrevs ut. Två tredjedelar av dessa beskrev att utskrivningsrapporten skickades till fel BVC och alla var skrivna från samma hälsocentral. Trettiosex av avvikelserapporterna berörde samordnad vårdplanering (SVP) som ska genomföras innan hemgång från sjukhuset. Tjugofem av dessa avvikelser beskrev att det saknades information i kallelsen till SVP. Många avvikelserapporter beskrev brister i rapportering mellan läkare på sjukhuset och allmänläkare och mellan sjuksköterska på sjukhuset till distriktssköterska i primärvården.

Otydlighet i ansvar

Flertalet avvikelserapporter handlade om patienter som blev hänvisade till olika enheter på felaktiga grunder. Övriga avvikelserapporter beskrev otydlighet om vem som ansvarar för patienten, delegeringar och arbetsuppgifter som inte utfördes.

Läkemedelshantering

Till läkemedelshantering räknas hela processen från förskrivning av läkemedel till administrering av läkemedlet. Många avvikelserapporter handlade om brister i ordination av läkemedel.

Brister i administration

Flertalet avvikelserapporter handlade om brister i remissförfarandet där flera remisser kom för sent och flera remisser saknades helt. Övrigt handlade om utebliven journalkopia och brister i tidsbokningar.

Prover och undersökningar

Kategorin prover och undersökningar beskriver avvikelserapporter som handlade om fel och missar när det gäller märkning av provrör och bristande svarshantering.

Bedömning

Hälften av avvikelserna som är kategoriserade under bedömning berörde patienter som blev bokade till fel instans. Många avvikelserapporter beskrev läkare och sjuksköterskors skilda bedömningar i olika patientärenden.

Tillgänglighet

Flera avvikelserapporter skrevs pga. svårigheter att komma fram på telefon till olika enheter.

Skada eller risk för skada

Hälften av avvikelserna under denna kategori handlade om patienter som gått hem från sjukhuset och hade en perifer venkateter kvar. Övrigt som beskrevs var uppkomna trycksår och kanyl som använts till flera patienter.

Information till och från patient och anhörig

Avvikelserapporterna handlade om brister i information till patient och anhörig från läkare och/eller sjuksköterska på sjukhuset och från anhörig till distriktssköterska.

3.1.2 Inkommande

De inkommande avvikelserapporterna är indelade i sex kategorier (se tabell 5).

Tabell 5. Kategorischema över inkommande avvikelserapporter n=46

Kategori	Antal koder* (%)	Typ av avvikande händelse
Brister i administration	21 (44)	Försenad remisankomst enligt rutinerna för vårdgarantin. Remisser som hade fel identitet och remisser som saknades helt Brister i hur remisserna var skrivna, svår att tyda, saknade påskrift från läkare, remiss som var itu klippt och sedan ihopäftad. Försenat dokument om dödsfallskonstaterande Remiss skickades från fel kostnadsställe Remiss ansågs obefogad Remisser skickades till fel ställe Läkare som inte sparat skrivet intyg i journalen Patient skickades med remiss i handen till klinik på sjukhuset utan att de fick vetskap om det Patient som skickades till en mottagning på sjukhuset felaktigt då mottagningen inte hade dropp in tider En enhet hade svårigheter att göra reservnummer
Otydlighet i ansvar	11 (23)	Läkare som vägrade konstatera dödsfall som hänt inom hälsocentralens område Läkare som inte gått till äldreboende för bedömning trots att denne hade ansvar för det Patient som var på Familjeläkarjouren (FLJ) och fick en diagnos men hänvisades till hälsocentralen för sjukskrivning dagen efter Patienter hänvisades till jourverksamheten trots att hälsocentralen fortfarande var öppen och hade ansvar för patienten Distriktssköterskan (DSK) skickade in en dement patient till akuten utan identitetshandling eller identitetsband Oklarheter vem som hade ansvaret för en uppgift i hemmet, primärvården eller kommunens personal Tveksamhet i bemanningsansvar av DSK under beredskapstid
Läkemedelshantering	5	Patienter som inte fick sitt insulin som de ska av DSK

	(10)	Fel sorts läkemedel gav och Waran gavs trots att det enligt journalen var utsatt Utebliven receptförnyelse
Prover	4 (8)	Provrör som var märkt med fel identitet och prover som lämnades in på laboratoriet där det saknades beställning. Provrör som lämnades på bänken utanför receptionen synliga för övriga patienter
Tillgänglighet	4 (8)	DSK och beredskapsläkare var svår att nå Hemstjänsten hänvisades till fel nummer och patienter ringde fel nummer då det var angivet på kallelsen
Bedömning	3 (6)	Patient med buksmärter som felaktigt blev nekad hjälp på hälsocentralen DSK beställde ambulans utan att berätta det för patienten som hade annan avsikt med telefonsamtalet Intyg enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) skrevs på felaktiga grunder
Summa:	48	

*en avvikelserapport kan innehålla flera koder

Brister i administration

Avvikelserapporterna i kategorin brister i administration beskrev till stor del brister i remissförandet. Övriga rapporter handlade om brister i att skriva intyg, försenade dokument och patient som skickades till fel instans.

Otydlighet i ansvar

Avvikelserapporterna inom kategorin otydlighet i ansvar beskrev flera händelser där det var otydligt vilken enhet som hade ansvar för patienten och en patient som skickades till sjukhuset utan identitetshandlingar.

Läkemedelshantering

Flertalet avvikelserapporter beskrev patienter som inte fick läkemedel enligt ordination och en handlade om utebliven receptförnyelse.

Prover

Några avvikelserapporter handlade om provrör som var felmärkta eller hade placerats på fel ställe.

Tillgänglighet

Två avvikelserapporter skrevs pga. distriktssköterska och beredskapsläkare i primärvården var svår att nå. En avvikelserapport beskrev att det var fel nummer angivet på kallelsen, vilken också finns registrerad som utgående avvikelse och berör samma händelse.

Bedömning

Några avvikelserapporter beskrev brister i bedömningar som att en patient blev nekad hjälp på hälsocentralen, en annan om en distriktssköterska som inte uppfattade patientens behov och en om en läkare på en hälsocentral som skrev intyg enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) på felaktiga grunder.

3.1.3 Interna

De interna avvikelserapporterna är indelade i sju kategorier (se tabell 6).

Tabell 6. Kategorischema över interna avvikelserapporter n=43

Kategori	Antal koder (%)	Typ av avvikande händelse
Läkemedelshantering	12 (28)	Narkotiska preparat saknades vid rutinkontroll Brister vid receptförskrivning, fel läkemedel var utskrivet på receptet, fel identitet på recept och recept som inte skrevs Försenad förnyelse av apodos
Prover och undersökningar	10 (23)	Brister i svarhanteringen där svar skickades till fel patient eller kom till fel personalkategori, svar på prover och undersökningar lämnades inte till patienten bl.a. ett avvikande svar som var signerat av läkare. Försenad tagning av avföringsprov Patient svimmade på laboratoriet och provtagningsstolen gick inte att vicka
Bemannning	6 (14)	Brister i beredskapslistor för läkare eller DSK där information saknades eller var felaktig Personal uteblev från arbetspass, läkare avvek tidigare från sitt arbetspass Låg bemanning efter storhelg Personal uppträdde dåligt inför patienten pga. hon inte fick hjälp från kollegor
Brister i administration	5 (12)	Röntgenremiss med fel identitet, remiss som hade kommit bort Röntgenremiss som faxades utan att invänta bekräftelse på att den gick iväg. Dagen efter uppmärksammades att den inte gjort det. Flera personer åtgärdade samma ärende och brister i administrativa rutiner.
Bedömning	5 (12)	Felaktigt utebliven behandling av läkare Onödig röntgenremiss skrevs på ett barn med tanke på risken för strålning barnet utsätts för i förhållande till vad resultatet ger. Patient bokad fel tid då det inte fanns någon undersköterska tillgänglig för assistans vid undersökningen DSK prioriterade felaktigt andra patienter före en orolig patient
Dokumentation	3 (7)	Läkare som skrev röntgenremiss under sammanslagning av hälsocentralen och hade därför inte till gång till journalen när svaret anlände Felaktig och ofullständig dokumentation efter läkarbesök. Läkare dikterade att en jourmalkopia skulle skickas till en hälsocentral dagen efter men markerade inte diktatet som akut
Tillgänglighet	2 (5)	Patienter kom inte fram på telefonen till hälsocentralen Personalen kunde inte ringa ut till patienterna de fick upptagetton/hänvisningston
Summa:	43	

Läkemedelshantering

Flertalet avvikelser beskrev att narkotiska preparat saknades vid rutinkontroll. Samtliga var skrivna från samma enhet. Övrigt handlade om brister i receptförskrivning.

Prover och undersökningar

Många avvikelserapporter beskrev brister i svarshantering. Flera avvikelserapporter beskrev svar som inte lämnades till patienten. Någon avvikelse handlade om försenad provtagning.

Bemannning

Avvikelser beskrev brister i beredskapslistor för personal och problem relaterat till låg bemanning.

Brister i administration

Under denna kategori framkom brister i remisshantering och ineffektiv hantering av personalresurser.

Bedömning

Avvikelserapporterna som berör kategorin bedömning beskrev händelser som involverade felbedömningar gjorda av läkare och distriktssköterskor, men även patienter som blivit felbokade.

Dokumentation

Läkare skrev röntgen remiss under sammanslagning med annan hälsocentral och hade därför inte tillgång till journalen när svaren anlände. Vidare beskrev avvikelserna felaktig och ofullständig dokumentation av läkare och läkare som inte markerade diktat som akut.

Tillgänglighet

Två avvikelser berörde tillgängligheten och var skrivna på samma hälsocentral. De beskrev svårigheter att ringa ut till patienterna och att patienterna inte kunde ringa in till hälsocentralen.

3.2 Noggrannhet i ifyllnad av rapporteringsblankett

Resultat över hur väl rapporterna är ifyllda redovisas i tabell 7. De delar i rapportern som analyserats är rapportörens beskrivning av konsekvenser och orsak, rapportörens åtgärdsförslag samt vilka åtgärder som är vidtagna och utredarens risk- och konsekvensbedömning. Resultatet visar att flera delar i avvikelserapporterna saknades. Risk- och konsekvensbedömning var de delar som saknades i flest avvikelserapporter för både utgående och inkommande rapporter. Det som var bäst beskrivet i avvikelserapporterna var åtgärdsförslag där över hälften av rapporterna innehöll ett åtgärdsförslag.

Tabell 7. Sammanställning av hur väl rapporterna är ifyllda angivet i antal och i procent.

Del i rapporten	Utgående	Inkommande	Interna	Alla rapporter
Beskrivning av konsekvens	101 (61.2%)	21 (45.7%)	19 (42.2%)	141 (55.1%)
Beskrivning av orsak	22 (13.3%)	10 (21.7%)	15 (33.3%)	47 (18.4%)
Åtgärdsförslag	125 (75.8%)	31 (67.4%)	24 (53.3%)	180 (70.3%)
Vidtagna åtgärder	72 (43.6%)	33 (71.7%)	15 (33.3%)	120 (46.9%)
Risk- och konsekvensbedömning	8 (4.8%)	15 (32.6%)	2 (4.4%)	25 (9.8%)

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

För de utgående avvikelserapporterna framkom nio kategorier, för de inkommande framkom sex kategorier och för de interna framkom sju kategorier. Gemensamt för alla tre områdena var kategorierna läkemedelshantering, brister i administration, tillgänglighet och bedömning. För de utgående och inkommande avvikelserapporterna framkom ytterligare en gemensam kategori, otydlighet i ansvar. En tredjedel av de utgående avvikelserapporterna redovisas under kategorin information vid överföring från sjukhus till primärvård. Resultatet visade på tydliga brister i hur väl avvikelserapporterna är ifyllda.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Händelser som rapporteras som avvikelser

Anmärkningsvärt är att resultatet i föreliggande studie visade att så många avvikelserapporter beskriver brister i information vid överföring av patienter från specialistvård till primärvård.

Även specifikt från BB till BVC. Resultatet stämmer överens med tidigare forskning (Davidsson 1998, Fernald et al. 2004, Jacobs et al. 2007) inom området och problemet har funnits en längre tid med tanke på att Davidsson (1998) beskriver i sin bok att risken för dålig kvalitet i vårdkedjan var störst när ansvaret passerar över bron till nästa länk i vårdkedjan. Allmänläkare och annan personal angav kommunikation som ett av områdena där det var vanligast med avvikelserapporter (Fernald et al 2004, Jacobs et al. 2007). Även nyare forskning (Karapinar et al. 2010) tyder på att informationsutbytet mellan sjukhus och allmänläkare behöver förbättras. Payne et al. (2005) beskriver betydelsen av att ha en sjuksköterska med rollen av koordinator som planerar runt patienten vid utskrivningen från sjukhus är viktigt, vilket enligt dem kan lösa problemet. Enligt Payne et al. (2005) kan en orsak till problemet vara att sjuksköterskorna på sjukhuset inte vet vilken typ av information som mottagande sjuksköterska vill ha. De har lite kunskap om detta och saknar feedback på utskrivningarna särskilt när något gått fel. Författaren till föreliggande studie vet att det förekommer samordnande sjuksköterskor på avdelningar på Gävle sjukhus vilka skulle kunna ha den funktion som Payne et al. (2005) efterfrågar. Trots förekomsten av dessa visar resultatet på stora brister vid kommunikation mellan primärvården och sjukhuset, vilket är något som skulle behöva studeras vidare.

Föreliggande studie visade på tydliga brister vid utskrivning när det gäller epikris från läkare och meddelande mellan sjuksköterskor och distriktssköterskor. Det fanns även tecken på brister vid inskrivningsmeddelanden. Enligt socialstyrelsen (2005b) ska information om patientens behov av hälso- och sjukvård senast samma dag som patienten skrivs ut överföras från den slutna vården till berörda enheter inom den öppna vården. I samband med utskrivningen ska patienten få skriftlig information. Författningen beskriver tydligt vilka delar som ska ingå i ett utskrivningsmeddelande (Socialstyrelsen 2005b). Utskrivningsdokument är ett viktigt redskap för att få en säker vård i övergången mellan olika vårdnivåer (Nazarko 1998). Resultatet från föreliggande studie är samstämmigt med tidigare studier (Paterson & Allegra 1999, Midlöv et al. 2005) studier. Slutet av 90-talet visade Paterson och Allegra (1999) i sin studie att det förekom bister i epikriserna från läkarna. Även Midlöv et al. (2005) visade på brister i överföringen av information mellan sjukhus och primärvård. De visade också att det var vanligare med fel i överföring från primärvård till sjukhus än tvärtom när det gäller läkemedel vilket är motsatsen till förekommande studie.

Det är tydligt hur viktigt det är med feedback, frågan som författaren till föreliggande studie ställer sig utifrån ovanstående är om läkare och sjuksköterskor på sjukhuset har fått tagit del av avvikelserna och är medveten om problematiken runt utskrivningarna från sjukhuset. Feedback är viktigt för att individuella beteenden ska kunna förändras. Förändringar är mest effektiva om de sker på olika nivåer inom en organisation. Något som beskrivs i Organizational Development Theory (OD) där organisationen beskrivs som ett komplext socialt system med flera olika nivåer som inkluderar medlemmarna, arbetsgrupperna och organisationen i sin helhet. Dessa system och dess relation mellan organisationerna och miljön utanför är viktiga att ta hänsyn till vid förändring (Glanz 2008).

Resultatet visade att hälften av de utgående avvikelserrapporterna inom kategorin information vid överföring från sjukhus till primärvård berörde SVP vilket är ett oväntat resultat med tanke på att tydliga rutiner om hur en vårdplanering ska ske ska finnas. Kommuner och landsting ska tillsammans utarbeta dessa rutiner för vårdplanering vid utskrivning och överföring av information. Författningen beskriver tydligt vad som ska ingå i en vårdplanering och planeringen inför en sådan (Socialstyrelsen 2005b).

Avvikelseberapporterna i studien visar på stora brister i läkemedelshanteringen vilket är samstämmigt med tidigare studier där området läkemedel angavs som ett av viktiga områden att rapportera avvikelser på (Jacobs et al. 2007, Fernald et al. 2004). Resultatet visar bl. a. på brister i läkemedelsförskrivningen vid utskrivning från sjukhuset. Det har visat sig att användandet av en medicinsk rapport vid utskrivning minskar antalet fel gällande läkemedel (Midlöv et al. 2008).

För de interna avvikelserrapporterna var det flera avvikelser som gällde att narkotiska preparat saknades vid kontrollräkning och anmärkningsvärt är att alla dessa kom från samma hälsocentral. Enligt Socialstyrelsen (2000b) ska tillförsel och förbrukning av narkotiska preparat dokumenteras i en särskild förbrukningsjournal. Inventering och kontroll av narkotiska läkemedel ska utföras av annan behörig hälso- och sjukvårdspersonal än den som har ansvaret för rekvisition och förvaring. Verksamhetschefen ska fastställa rutiner och fördela ansvaret för läkemedelshanteringen inom verksamhetsområdet. Särskild vikt ska läggas vid utformningen av rutiner och ansvar för narkotiska läkemedel. Verksamhetschefen ska kontinuerligt följa upp läkemedelshanteringen inom verksamhetsområdet och säkerställa att rutinerna och ansvarsfördelningen tillgodoser kvaliteten och säkerheten i vården. Enligt

avvikelseberättelserna i föreliggande studie har dessa åtgärdats av chefen genom att spåra händelserna, haft en översyn av rutiner samt haft diskussioner på arbetsplatsträffar. Med tanke på socialstyrelsens föreskrifter om verksamhetschefens ansvar tyder resultatet på tydliga brister i läkemedelshandlingen på den aktuella hälsocentralen.

Avvikelseberättelser från utgående, inkommande och interna visade alla stora brister gällande remissförfarandet. Även tidigare forskning tyder på brister vid skrivande av remisser (Pateron & Allegra 1999). Vårdgivaren ska ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser skall utformas och hanteras. Det är verksamhetschefens ansvar att se till att rutiner finns för handlingen av utgående remisser och inkommande remissvar (Socialstyrelsen 2004b). Bland de interna var det också flera som beskrev brister i svarshandlingen.

Socialstyrelsen (2004a) beskriver i sin översikt om patientsäkerhet som en kärna på fem områden i patientsäkerhetsbegreppet. Ett av dem gäller sådant som hänger samman med informationsöverföringen till patient/anhörig och mellan de olika leden i vårdkedjan, dvs. risker i samband med kommunikationen. De beskriver det som riskmoment i vården men att de är möjliga att i stort sett helt undvika och eliminera. Remisshandlingen ingår i området kommunikation och Socialstyrelsen menar att det är ett område där mycket strama rutiner helt borde kunna eliminera den typen av risker för vårdskador. När det gäller informationsöverföring vid utskrivning av patienter där information om och till patienten kan ha avgörande betydelse för det fortsatta vårdförloppet är kända riskmoment som måste beaktas i patientsäkerhetsarbetet.

Resultatet visar att in- och utgående rapporterna till stor del är lika varandra vad gäller typ av kategorier. Skillnaden är att de utgående rapporterna har fler kategorier nio stycken mot de ingående som är sex. De inkommande rapporterna har samma kategorier som de utgående har, men för de utgående till kommer tre kategorier. Information vid överföring från sjukhus till primärvård, information till och från patient och anhörig samt skada eller risk för skada. Kategorin information vid överföring från sjukhus till primärvård utgör en stor del av rapporterna för de utgående. Kategorin läkemedelshandling innehåller många koder på utgående men några få på inkommande. Vad beror det på att fel vid informationsöverföring bara rapporteras från primärvården? Upptäcker inte personalen några brister vid överföring från primärvården till sjukhuset? Kanske kan det vara så att det även förekommer brister där

men att dessa inte märks lika tydligt. Personal på sjukhus hanterar många in- och utskrivningar av patienter dagligen medan distriktssköterskan inte skickar in patienter till sjukhuset så ofta och inte heller tar emot utskrivningar dagligen. Det kanske därför kan vara lättare för distriktssköterskan att observera felet. Det kan också bero på att det finns en högre risk för brister p.g.a. den höga arbetsbelastning som finns på sjukhusets vårdavdelningar. Kanske finns det olika attityder och klimat inom sjukhusets organisation och primärvårdens organisation. Enligt Glanz et al. (2008) har attityd hos personalen och klimat på arbetsplatsen stor betydelse för förändringsarbetet.

Författaren anser att de tydliga bristerna inom kommunikation mellan sjukhuset och primärvården som framkom i resultatet kan bero på ett systemfel eftersom samma typ av fel upprepas flera gånger. Systemfel är en viktig aspekt inom patientsäkerhetsarbetet och därför framhålls betydelsen av en bra ledning av sjukvården och av personalens attityder och förhållningssätt när det gäller bl.a. säkerhetskulturen. Brister i ledningsstrukturen kan vara en viktig del i brister i patientsäkerheten. Även kompetensnivån hos vårdpersonalen är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet (Socialstyrelsen 2004a).

Under kategorin otydlighet i ansvar beskrevs bl.a. avvikelser om patienter som blev hänvisade till fel instans. En trolig orsak till dessa avvikelserapporter kan vara att patienter som söker sent på dagen då hälsocentralerna snart stänger blir hänvisade till fel instans p.g.a. att det blir en svår gränsdragning om vem som ska ta hand om patienten.

4.2.2 Noggrannhet i ifyllnad av rapporteringsblankett

Resultatet tyder på stora brister i hur väl ifyllda rapporterna var. Frågan som ställs utifrån detta är vad det beror på. I tidigare studier har det framkommit att brist på tid och feedback är anledningar till att inte rapportera avvikelser (Elder et al. 2007, Jeffe et al. 2004, Evans et al 2006). Enligt Kingston et al. (2004) kan ett effektivare rapporteringssystem öka motivationen. Efter föreliggande studies tid för datainsamling har Landstinget i Gävleborg infört ett datoriserat program (Platina) för avvikelserapportering.

Författaren till föreliggande studie upplever en negativ attityd till begreppet förändringsarbete hos många medarbetare och att de ser avvikelserapportering och förändringsarbete som något negativt och tråkigt som måste göras för att någon säger det. Svagt engagemang för detta finns på arbetsplatserna, vilket kanske kan bero på bristande feedback och den hårt pressade

arbetsituationen. Olssons et al. (2003) studie visade på en positiv attityd till förändringsarbete hos personalen. Medan det i Books et al. (2003) studie framkom att en majoritet av personalen anser att förbättringsarbete står i konflikt med det dagliga arbetet och att det är svårt att använda det i praktiken. Enligt OD är klimat och kultur inom organisationens viktiga begrepp i förändringsprocessen. Klimatet beskrivs som den unika ”personligheten” hos en organisation. Attityder och övertygelse påverkar klimatet och medlemmarnas kollektiva beteende. Ledarskap, öppen kommunikation, delaktighet i ledarskapet, tydliga uppgifter och lösning av konflikter är positivt för de anställdas tillfredsställelse och negativt associerad med stress. Ett bra klimat inom organisationen ger resultat och kvalitet på servicen. Kulturen beskrivs som de förutsättningar och övertygelser som medlemmarna i organisationen delar (Glanz 2008). Förändringsarbete måste bli en integrerad del i det dagliga arbetet där alla medarbetare involveras (Davidoff 2007).

4.3 Metoddiskussion

I kvalitativ forskning finns det tre övergripande kriterier att ta ställning till vid bedömning av trovärdigheten i en studie giltighet, stabilitet och överförbarhet (Granheim & Lundman 2004, Polit & Beck 2008). För att öka giltigheten i föreliggande studie har författaren angivit exempel av analysprocessen. Arbetet med analysen av texten var tidskrävande och behov av att diskutera texten med annan person för säkrare tillförlitlighet fanns. Under analysprocessen har kontinuerlig diskussion skett med handledaren. Författaren har under analysprocessen haft fokus på att vara så objektiv som möjligt för att öka tillförlitligheten då det saknades en andra person som analyserade. Författaren läste igenom materialet flera gånger med en tid mellan för att med ”nya ögon” läsa igen och se materialet på nytt. En kvalitativ studie innebär svårigheter i att bevara objektiviteten vid tolkningen av innehållsanalysen (Polit & Beck 2008). Metoden som har använts i studien anses av författaren vara den mest lämpliga för frågeställningarna. Det heltäckande urvalet som föreliggande studie hade ökar överförbarheten till andra enheter. Avvikelse rapporter från både små och stora hälsocentraler inom undersökt område ökar även det överförbarheten till andra geografiska områden. Hälsocentralerna var inte samstämmiga i hur de hanterade och sorterade avvikelserapporterna vilket kan ha varit en osäkerhet i resultatet. Antalet rapporter får anses vara relativt heltäckande. Det är dock oklart hur många avvikelser det finns rapporterade på den ena hälsocentralen som exkluderades och det är därför oklart om det kan ha påverkat resultatet. Vetskap om antalet avvikelserapporter på den exkluderade hälsocentralen hade ökat trovärdigheten. Då det var få antal avvikelserapporter rapporterade

på den andra hälsocentralen som exkluderades ur studien anser författaren till föreliggande studie att det inte påverkade resultatet.

4.4 Rekommenderad klinisk tillämpning och fortsatt forskning

Enligt Landstinget Gävleborgs hemsida beskrivs en del arbete inom förbättringsarbete. För några år sedan påbörjades arbetet med äldreteam på alla Hälsocentraler med syftet att samordna vården, omsorgen och aktiviteterna runt den äldre multisjuka/multisviktande personen (Landstinget Gävleborg 2010b). Landstinget är anslutet till det nationella kvalitetsregistret Senior Alert som är ett stöd i arbetet med att förebygga fall, undernäring och trycksår hos äldre. Ett annat projekt i förbättringsarbetet är arbetet med LEAN, vilket innebär att medarbetarna ska utforma så ändamålsenliga arbetsmetoder som möjligt för att frigöra tid till patienterna (Landstinget Gävleborg 2010a). Resultatet från föreliggande studie kan användas som vägledning till inom vilka områden det finns ett behov av förbättringsåtgärder. Då Landstinget Gävleborg sedan mars/april 2008 övergått till ett datoriserat rapporteringssystem för avvikelser vore det av intresse att göra en uppföljande studie utifrån detta. Med tanke på att så många avvikelse rapporter är skrivna pga. brister i informationsöverföring mellan sjukhus och primärvård vore det intressant att genomföra förbättringsarbete inom detta område som vidare forskningsstudie. En interventionsstudie med information och utbildning till personalen på sjukhuset om vilka brister som finns och vilket behov av information som finns inom primärvården.

4.5 Slutsats.

Slutsatsen som kan dras utifrån föreliggande studie är att det förekommer stora brister i kommunikationen mellan sjukhuset och primärvården. Det behövs ökad förståelse för personalens behov av information mellan primärvården och sjukhuset. Det finns ett stort behov av förbättringsarbete inom detta område.

5. Referenser

Arnetz B. (1998) *Riskhantering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Barach P. & Small S.D. (2000) Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical nearmiss reporting system. *BMJ Journals* 320, 759-763.

Batalden P.B. & Davidoff F. (2007) What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care* 16, 2-3.

Berendsen A., Majella de Jong G., Meyboom-de Jong B., Dekker J.H. & Schuling J. (2009) Transition of care: experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface a qualitative study *BMC Health Services Research* 9, 62-69

Bergentz S.E. & Ödegård S. (1999) Finns latent fel i stället för syndaböcker. *Läkartidningen*, 96, 1032- 1033.

Bergman B, Kelvsjö B. (2008) *Kvalitet i alla led* (andra upplagan) Lund: Studentlitteratur

Book S., Hellström A. & Olsson J. (2003) Perceptions of Improvement Work in Swedish Health Care: Implications for Improvement Practices. *Quality Management in Health Care* 4, 217-224.

Boockvar K., Fishman E., Kyriacou C.K., Monias A., Gavi S. & Cortes T. (2004) Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes inpatients transferred between acute and long-term care facilities. *Archives of Internal Medicine* 164, 545–550.

Clare J. & Hofmeyer A. (1998) Discharge planning and continuity of care for aged people: indicators of satisfaction and implications for practice. *Australian Journal of Advanced Nursing* 16, 7-13.

Davidsson J. (1998) *Primärvård – en vårdnivå*. Lund: Studentlitteratur

Elder N.C., Graham D., Brandt E. & Hicner J. (2007) Barriers and motivator for making error reports from family medicine offices: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network (AAFP NRN) *The Journal of American Board of Family Medicine* 2, 115-123.

Evans S.M., Berry J.G., Smith B.J., Esterman A., Selim P., O`Shaughnessy J. & DeWit M. (2006) Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Quality and Safety in Health Care* 15, 39-43.

Evans S.M., Smith B.J., Esterman A., Runciman W.B., Maddern G., Stead K., Selim P., O`Shaughnessy J., Muecke S. & Jones S. (2007) Evaluation of an intervention aimed at improving voluntary incident reporting in hospitals. *Quality and Safety in Health Care* 16, 169-175.

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 Fom the ASIPS Collaborative. *Annals of Family Medicine* 2, 327-332.

Glanz K., Rimer B.K. & Viswanath K. (2008). *Health Behavior and health Education. Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

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.

Grol R. (2001) Improving the Quality of Medical Care: Building Bridges Among Professional Pride, Payer Profit and patient Satisfaction. *The Journal of the American Medical Association* 20, 2578-2585.

Haggerty J.L., Reid R.J., Freeman G.K., Starfield B.H., Adair C.E. & McKendry R. (2003) Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ Journals* 322, 1219-1221.

Hellesø R., Lorensen M. & Sorensen L. (2004) Challenging the information gap – the patients transfer from hospital to home health care. *International Journal of Medical Informatics* 73, 569-580.

Hirose M., Regenbogen S.E., Lipsitz S., Imanaka Y., Ishizaki T., Sekimoto M., Oh E.H. & Gawande A.A. (2007) Lag time in an incident reporting system at a university hospital in Japan. *Quality and Safety in Health Care* 2, 101-104.

Jacobs S., O`Beirne M., Derflinger L.P., Vlach L., Rosser W. & Drummond N. (2007) Errors and adverse events in family medicine. *Canadian Family Physician* 53, 270-276.

Jeffe D.B., Dunagan W.C., Garbutt J., Burroughs T.E., Gallagher T.H., Hill P.R., Harris C.B., Bommarito K. & Fraser V.J. (2004) Using focus groups to understand physicians´ and nurses´ perspectives on error reporting in hospitals. *Joint Commission Journal on Quality and Safety* 9, 471-479.

Karapinar F., van den Bemt P.M.L.A., Zoers J., Nijpels G. & Borgsteede S.D. (2010) Informational need of general practitioners regarding discharge medication: content, timing and pharmacotherapeutic advices. *Pharmacy World and Science* 32, 172-178.

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

Landstinget Gävleborg (2010a) Socialstyrelsen kritiserar patientsäkerhetsarbete Tillgänglig: <http://www.lg.se/Startsida/ikorthet/Arkiv/Nyheter-2009/Socialstyrelsen-kritiserar-patientsakerhetsarbete/> Åtkomst: 2011-05-14

Landstinget Gävleborg (2010b) Äldreteam I Gävle. Tillgänglig: <http://www.lg.se/Jobba-med-oss/Vardgivarportalen/Aldreteam-i-Gavle/> Åtkomst: 2011-05-14

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

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

Midlöv P., Bergkvist A., Bondesson Å., Eriksson T. & Höglund P. (2005) Medication errors when transferring elderly patients between primary health care and hospital care. *Pharmacy World Science* 27, 116-120.

Midlöv P., Holmdahl L., Eriksson T., Bergkvist A., Ljungberg B., Widner H., Nerbrand C. Höglund P. (2008) Medication report reduces number of medication errors when elderly patients are discharged from hospital. *Pharmacy World Science* 30, 92-98.

Mikkelsen T.H., Sokolowski I. & Olesen F. (2006) General practitioners' attitudes toward reporting and learning from adverse events: Results from a survey. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 24, 27-32.

Nazarko L. (1998) Continuity of care for older people. *Nursing Standard* 12, 42-45.

Nuckols T.K., Bell D.S., Liu H., Paddock S.M. & Hilborne L.H. (2007) Rates and types of events reported to established incident reporting systems in two US hospitals. *Quality and Safety in Health Care* 3, 164-168.

Olsson J. (2005) *Factors for successful improvement of Swedish Healthcare*.

(Doktorsavhandling) Karolinska Institutet. Stockholm Tillgänglig:

<http://publications.ki.se/jspui/handle/10616/39971> Åtkomst: 2011-05-02

Olsson J., Kammerlind P., Thor J. & Elg M. (2003) Surveying Improvement Activities in Health Care on a National Level – the Swedish International Collaborative Strategy and Its Challenges. *Quality management in Healthcare* 4, 202-216.

Paterson J.M. & Allega R.L. (1999) Improving communication between hospital and community physicians. *Canadian Family Physician* 45, 2893-2899.

Payne S., Kerr C., Hawker S., Hardey M. & Powell J. (2002) The communication of information about older people between health and social care practitioners. *Age and Ageing* 31, 107-117.

Schroeder R.G., Linderman K. & Zhang D. (2005) Evolution of Quality: First Fifty Issues of Production and Operations Management. *Production and Operations Management* 4, 468-481.

Socialstyrelsen (1982) Hälso- och sjukvårdslagen. (HSL 1982:763) Tillgänglig:
[http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen\(hsl\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen(hsl))
Åtkomst 2011-03-28

Socialstyrelsen (1998) Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS 1998:531) Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/lagenomyrkesverksamhetpahals>
o- Åtkomst 2011-02-28

Socialstyrelsen (2000a) Lex Maria – så började det ”tragiska dödsfall på Mariasjukhus”.
Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2000/2000-77-34/Documents/2000_77_34.pdf Åtkomst 2011-03-06

Socialstyrelsen (2000b) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1) Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1> Åtkomst 2011-05-14

Socialstyrelsen (2004a) Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete – en översikt. Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-110-1> Åtkomst 2010-05-02

Socialstyrelsen (2004b) Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11) Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2004-11> Åtkomst 2011-05-01

Socialstyrelsen (2004c) Termbank.
Tillgänglig:<http://app.socialstyrelsen.se/Termbank/Termbank/HoS.ppt> Åtkomst 2011-03-28

Socialstyrelsen (2005a) Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och Sjukvården (SOSFS 2005:12) Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12>
Åtkomst 2011-03-28

Socialstyrelsen (2005b) Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27). Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/Sidor/mpleSearchPage.aspx?q=sosfs%202005:27&defqe=hidde n:-meta:siteseeker.archived:archived> Åtkomst: 2011-05-14

Socialstyrelsen (2010) Patientsäkerhetslagen (2010:659) Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/patientsakerhetslag> Åtkomst
2011-03-28

Sousa R. & Voss C. (2002) Quality Management re-visited: A reflective review and agenda for future research. *Journal of Operations Management* 1, 91-109.

Stenberg J. & Olsson J. (2005) *SALAR rapport Transformera system – från öar till helhet*. Sveriges kommuner och landsting Stockholm.

Vetenskapsrådet (2009) Tillgänglig:
<http://www.vr.se/etik/etikprovning/forskningpamanniskor.4.2d2dde24108bef1d4a8800077.html> Åtkomst 2011-03-23

Ödegård S. (2006) *Safe Health Care – patient injuries, reporting and prevention*. (Doktorsavhandling) Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap Göteborg. Tillgänglig:
http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/DrPH-avhandlingar/%C3%96deg%C3%A5rd_Synn%C3%B6ve_S%C3%A4ker_v%C3%A5rd_patientskador_rapportering%20och%20prevention.pdf Åtkomst 2011-03-06

Ödegård S. (2003) Patientens säkerhet i hemsjukvården. Patientens uppfattning av potentiella risker. Rapport nr 1:1 Tillgänglig: http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc34414_1.pdf
Åtkomst: 2011-05-14