

Patientsäkerhet ur ett vårdvetenskapligt perspektiv

- en begreppsanalys

FÖRFATTARE	Anna Dittrich
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/OM5250, Examensarbete i omvårdnad VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margaretha Jerlock
EXAMINATOR	Lars-Olof Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Patientsäkerhet ur ett vårdvetenskapligt perspektiv – en begreppsanalys
Titel (engelsk):	Patient safety from a health and care science perspective – a concept analysis
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/Examensarbete i omvårdnad/OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	40 sidor
Författare:	Anna Dittrich
Handledare:	Margaretha Jerlock
Examinator:	Lars-Olof Persson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Nästan var tionde patient i den svenska somatiska sjukhusvården drabbas av en vårdskada (1). Ungefär 50% av dessa sker i samband med kirurgiskt ingrepp (2). När patienter genomgår ett kirurgiskt ingrepp förväntar de sig att få en säker vård. Men vad innebär egentligen begreppet patientsäkerhet?

Syfte: Syftet med arbetet var att göra en analys av begreppet patientsäkerhet ur ett vårdvetenskapligt perspektiv och i samband med kirurgiskt ingrepp.

Metod: I arbetet har en begreppsanalys gjorts av begreppet, enligt Walker och Avants modell. I modellen följer användaren 8 steg i kronologisk följd, samtidigt som stegen följs upp och revideras.

Resultat: Resultatet visar flera olika definitioner av begreppet, samt att den främsta risken inom det kirurgiska fältet är bristande kommunikation. Där framkommer även att det inte finns några enkla mått på att mäta patientsäkerhet. Efter granskning av utvald litteratur plockades nyckelord ut, som delades in i karaktäristika, förutsättningar och konsekvenser för begreppet. Resultatet av detta blev bland annat de definierade karaktäristika: Riskidentifiering, Skadeidentifiering och Risk- och Skadeprevention. Under resultat presenteras studiens egen definition av patientsäkerhet:

- Patientsäkerhet är identifiering och prevention av undvikbara skador och risker som orsakas av hälso- och sjukvården, samt en adekvat hantering av redan inträffade skador som hade kunnat undvikas av hälso- och sjukvården.

Diskussion: Walker och Avants modell fungerade bra för analys av begreppet patientsäkerhet. En komplettering gjordes dock till modellen, där nyckelord plockades ut ur texterna. Att resultatet visar olika definitioner av begreppet, kan betyda att begreppets fullständiga innebörd ej är klarlagd. Ett sätt att förebygga risken med bristande kommunikation i operationssalen är WHO's Surgical Safety Checklist, som redovisas i resultatet. Checklisten i kombination med kommunikationsteknik kan vara en lösning på risken med bristande kommunikation.

Slutsats: Då begreppet patientsäkerhet är ett aktuellt begrepp under utveckling, är förhoppningen att denna studies definition skall hjälpa till att öka förståelsen av begreppet i praktisk vårdverksamhet.

INNEHÅLL	Sidnummer
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Vad innebär ett begrepp och hur kan det analyseras	1
Historik	2
Tidigare forskning och utveckling	4
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	6
WALKER OCH AVANTS MODELL	6
Välj ämne/begrepp	6
Bestäm mål och syfte med analysen	7
Identifiera alla användningsområden för begreppet	7
Bestäm de definierade karaktäristika för begreppet	7
Identifiera och skapa ett modellfall	7
Identifiera och skapa andra typer av fall; ett gränsfall, motsatsfall, relaterande fall, påhittat fall och ogiltigt fall	7
Identifiera förutsättningar och konsekvenser	8
Definiera empiriska referenter	8
DATAINSAMLING	8
Lexikalt datainsamling	9
Litterärt datainsamling	9
RESULTAT	9
LEXIKAL ANALYS	10
Etymologisk analys	10
<u>Patientsäkerhet</u>	10
<u>Säkerhet</u>	10
<u>Kvalitet</u>	10
<u>Patient Safety</u>	10
<u>Sammanfattning av den etymologiska delen</u>	11
Semantisk analys	11
<u>Ordböcker</u>	11
Patientsäkerhet	11
Säkerhet	11
Kvalitet	11
Patient Safety	12
<u>Definitioner</u>	12
<u>Sammanfattning av den semantiska delen</u>	13
Sammansatta ord	13
<u>Patientsäkerhetsarbete</u>	13
<u>Patientsäkerhetslagen</u>	13
<u>Patientsäkerhetskultur</u>	14

<u>Sammanfattning av delen för sammansatta ord</u>	14
Synonymer	14
<u>Patientsäkerhet</u>	14
<u>Säkerhet</u>	14
<u>Kvalitet</u>	14
<u>Patient Safety</u>	14
<u>Sammanfattning av delen för synonymer</u>	14
LITTERÄR ANALYS	15
Patientsäkerhet kopplad till skador och risker	15
Patientsäkerhet kopplad till mätning av skador och risker	16
Patientsäkerhet kopplad till förebyggande arbete	18
Funna nyckelord	19
Bestäm de definierande karaktäristika för begreppet	19
Identifiera och skapa ett modellfall	20
<u>Modellfall</u>	20
Kommentar till modellfallet	21
Identifiera och skapa andra typer av fall	21
<u>Gränsfall</u>	21
Kommentar till gränsfallet	21
<u>Motsatsfall</u>	21
Kommentar till motsatsfallet	21
Identifiera förutsättningar och konsekvenser	22
<u>Förutsättningar</u>	22
<u>Konsekvenser</u>	22
Översikt karaktäristika, förutsättningar och konsekvenser	22
Definiera empiriska referenter	22
Studiens egen definition av begreppet patientsäkerhet	23
DISKUSSION	23
METODDISKUSSION	23
RESULTATDISKUSSION	24
Slutsats	26
REFERENSER	27
BILAGOR	
Bilaga 1. WHO´s Surgical Safety Checklist	30
Bilaga 2. Datainsamling	31
Bilaga 3. Artikelpresentation	33

INLEDNING

Nästan var tionde patient i den svenska somatiska sjukhusvården drabbas av en vårdskada, enligt en nationell studie som Socialstyrelsen publicerade under våren 2008 (1). Med vårdskada menas en undvikbar skada som orsakats patienten av hälso- och sjukhusvården. Vidare tar samma nationella studie upp att denna siffra omräknat på samtliga vårdtillfällen under ett år, skulle innebära cirka 100 000 vårdskador per år (1). Inom de flesta industrier och verksamheter skulle denna statistik över kvalitetsbrist inte vara acceptabel. Socialstyrelsen studie visar att hälften av dessa vårdskador som inträffar sker i samband med operationer eller andra invasiva åtgärder (2). Det innebär att ungefär 50 000 skador av patienter i samband med kirurgiskt ingrepp skulle kunna undvikas av hälso- och sjukvården varje år, om patientsäkerheten fungerade optimalt. Det kan dock tänkas vara en utopi att efterstäva en slags nollvision i patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvården, då det är många olika faktorer som påverkar patientsäkerhetsarbetet.

Under sjuksköterskeutbildningen har vikten av säker vård betonats och begreppet patientsäkerhet har diskuterats. Begreppet patientsäkerhet har dock förblivit ett diffust begrepp för mig, eftersom en tydlig definition saknas. Min personliga uppfattning är att begreppet är under utveckling och att det finns anledning att fördjupa sig i vad begreppet egentligen står för. Avsikten med föreliggande arbete var att ur ett vårdvetenskapligt perspektiv genomföra en begreppsanalys av begreppet patientsäkerhet i samband med ett kirurgiskt ingrepp. Detta med förhoppning om att bidra till en gemensam innebörd av begreppet och för att nå en ökad förståelse för begreppet i praktisk vårdverksamhet (3).

BAKGRUND

Vad innebär ett begrepp och hur kan det analyseras

Ett begrepp kan ses som en konstruktion som underlättar kommunikationen med andra människor. De skapar en gemensam förståelse och ett gemensamt språk för de företeelser som vi ser och upplever. Ett begrepp kan även beskrivas som en kategori som skapar en strukturerad kunskap. Det är inte alltid som ett begrepp kan beskrivas med ett enda ord, utan ibland krävs det flera olika ord eller en hel mening för att förståelse skall uppstå. Vad ett begrepp är och vad som definierar ett visst begrepp kan därför vara svåra frågor att besvara. Varje vetenskaplig disciplin har ett stort antal begrepp kopplade till sig, där vissa är av en mer central art (3).

Genom att beskriva vad som karaktäriserar ett begrepp förtydligas begreppets innebörd. Det sker genom definiering av begreppets karaktäristika, som tydligt visar vad som avgränsar innebörden av begreppet. Många begrepp har dels en generell innebörd och dels en kontextbunden innebörd, som i vissa fall sammanfaller. Mer vanligt är dock att närmare studier av ett begrepp, sett ur en specifik kontext, resulterar i andra innebörder än den generella innebörden (3).

Inom disciplinen omvårdnad, som är relativt ung, är det viktigt att klargöra vilka begrepp som definierar disciplinen och vad dessa begrepp verkligen innebär. Det hjälper vidare forskning och diskussioner att nå större relevans. Detta kan ske genom att begreppet studeras i en begreppsanalys. Begreppsanalysen kan i forskningssammanhang till exempel ligga till grund för utformandet av mätinstrument eller värderingsverktyg. Det är dock viktigt att ha i åtanke att ett begrepp som analyseras utsätts för en tolkningsprocess av den som utför

analysen. Ett begrepps innebörd kan därför vara föränderlig över tid, beroende på yttre influenser och bör därför ses som i konstant utveckling (4).

Historik

Begreppet patientsäkerhet har sina rötter i begreppet säkerhet. Det ursprungliga säkerhetsarbetet, med kvalitetskrav, utvecklades främst efter andra världskriget inom den industriella tillverkningsprocessen. Begreppet säkerhet fördes sedan snabbt vidare till så kallade högriskverksamheter som exempelvis flygindustrin, men det skulle dröja för den att nå hälso- och sjukvården. Begreppet patientsäkerhet började först användas i USA, Australien och Nya Zeeland under 1980-talet, där vården främst finansierades av privata försäkringsbolag. Patientsäkerhet och vårdskador sågs alltså initialt ur ett rent ekonomiskt perspektiv. Under 1990-talet genomfördes i dessa länder nationella studier om patientsäkerhet som visade att det förekom ett mycket stort antal vårdskador. Ett av de första fallen som fick stor uppmärksamhet av media handlade om brister vid läkemedelshantering (1).

År 1990 presenterar James Reason begreppet ”latenta fel” i sin rapport Human error, och definierar begreppet som brister i utformningen av system, organisationer, förvaltning, utbildning och utrustning som leder till att misstag begås av personal i utsatta situationer. Han menar där att det inte finns något rättfärdigt syfte i att bestraffa de som begår felen, då beteendet kommer att upprepas om inte underliggande orsaker åtgärdas (5). Vid mitten av 1990-talet influerades vårdens säkerhetstänkande av de beteendevetenskapliga disciplinerna. Tankar om att den mänskliga uppfattningsförmågan är osäker och att den faktorn bör tas med i beräkning vid utvecklandet av patientsäkerhetsarbetet intresserade forskningen. Intresset fördes på så sätt in på systemsäkerhet i patientsäkerhetsfrågor. Även ledningens engagemang började ses som en avgörande faktor för säkerhetsarbetet, i och med att säkerhetskulturen inom en verksamhet påverkar personalens tankar kring vad säkerhetsarbete är. Intresset för det förebyggande arbetet medförde att vården önskade introducerade metoder för att på förhand upptäcka och hantera risker, via så kallade riskanalyser. Detta ledde till en rad lagändringar och införanden av olika rapporteringssystem runt om i världen (1). I Sverige infördes år 1996 begreppet avvikelshantering samt en rapporteringsskyldighet för all hälso- och sjukvårdsverksamhet (6, 7). Tanken med avvikelshandlingen var att öka personals kunskap om riskfaktorer i ett preventivt patientsäkerhetsarbete (7).

Under 2000-talet har patientsäkerhetsproblem blivit allt mer uppmärksammat internationellt. Det har resulterat i att världshälsoorganisationen (WHO) uppmärksammat problemen i två resolutioner samt tagit initiativ till ökad internationell samverkan. Detta har bland annat lett till framtagande av handlingsplaner och rekommendationer för att motverka de nio största riskerna inom hälso- och sjukvården, som exempelvis fel vid läkemedelshantering, förväxlingar i samband med operation och vårdrelaterade infektioner (1).

Även EU har under 2000-talet tagit initiativ till utvecklingen av patientsäkerheten. Exempel på det är projektet Safety Improvement for Patients in Europe (SIMPATIE), som syftar till att kartlägga patientsäkerhetsutvecklingen i medlemsstaterna. Resultatet av arbetet har lett till rekommendationer och gemensam terminologi inom patientsäkerhetsområdet, samt en inventering av möjliga patientsäkerhetsindikatorer (1). Sverige arbetar med att finna dessa mått som återspeglar patientsäkerheten nationellt, dessa så kallade patientsäkerhetsindikatorerna, samtidigt som Socialstyrelsen parallellt leder ett projekt för att finna gemensamma indikatorer för patientsäkerhet inom de nordiska länderna (1).

År 1936 inträffade en omfattande läkemedelsförväxling på Maria sjukhus i Stockholm, vilket var den händelse som ligger till grund för det svenska rapporteringssystemet för patientskador, Lex Maria (8). Tragedin uppmärksammades stort av media och var startskottet för den debatt om behov av förändrad syn på ansvar inom hälso- och sjukvårdssystemet, som fortfarande förs. Trots denna långvariga debatt har det varit svårt för hälso- och sjukvårdssystemet att möta kritiken med förändring, då ”syndabockskulturen” är djupt rotad i systemet. Även andra uppmärksammade fall, som dialysolyckan i Linköping 1983 då tre patienter dog och fallet i Kalmar 2002 då en tremånaders baby dog till följd av en läkemedelsförväxling, skapade stor debatt. Detta främst för att de prövades i civil domstol och att båda fallen resulterade i att en ensam sjuksköterska dömdes som skyldig, trots att klara systemfel kunde gå att spåras. Domarna kritiserades av många och behovet av förändrad lagstiftning diskuterades i samhällsdebatterna (9).

Under våren 2007 får Socialdepartementet i uppdrag av regeringen att utreda lagstiftningen som omfattar bl.a. tillsyn och ansvarssystemet inom hälso- och sjukvården ur ett patientsäkerhetsperspektiv (10). Under 2008 genomfördes en nationell satsning av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att öka patientsäkerheten, genom att välja ut sex prioriterade områden; ”Urinvägsinfektioner i samband med vård, Infektioner vid centrala venösa infarter, Postoperativa sårinfektioner, Läkemedelsfel i vårdens övergångar, Fallskador i samband med vård, Tryckskador i samband med vård” (2, sid. 10). Tanken med denna nationella satsning är att varje landsting, som är med i satsningen, skall utforma egna handlingsplaner utifrån SKL’s framtagna åtgärdspaket. Dessa evidensbaserade åtgärdspaket är framtagna av en tillsatt grupp experter inom respektive område (2).

Den 1 januari 2011 infördes en ny patientsäkerhetslag som regeringen antagit med bakgrund i den tidigare nämnda utredningen 2007. På socialstyrelsens hemsida uppges syftet vara att göra vården säkrare för patienterna, samt att underlätta för patienter att anmäla felbehandling.

Socialstyrelsen sammanfattar den nya patientsäkerhetslagen enligt följande (11):

- *”Vårdgivare får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivarna får också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.*
- *Ansvar för att pröva klagomål från patienter flyttas från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) till Socialstyrelsen. Disciplinpåföljderna varning och erinran ersätts bland annat av en utökad möjlighet att rikta kritik och vidta åtgärder mot såväl vårdgivare som hälso- och sjukvårdspersonal. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en fara för patientsäkerheten ska av vårdgivaren rapporteras till Socialstyrelsen.*
- *Möjligheterna att föreskriva provotid och återkalla legitimation utvidgas. Vid beslut om treårig provotid ska det fastställas en provotidsplan för den legitimerade.*
- *Patienter och närstående ska på olika sätt uppmuntras till att involvera sig i patientsäkerhetsarbetet.*
- *Om apotekspersonal har skäl att anta att en läkares eller tandläkares förskrivning av exempelvis narkotiska läkemedel står i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet ska detta anmälas till Socialstyrelsen”*
(11, sidan finns angivet i referensen).

Vad denna nyinförda lag kommer att innebära för patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och

sjukvården i förlängningen, är ännu för tidigt att avgöra. Vad som däremot står klart är att begreppet patientsäkerhet är under utveckling och att historiken visar på ett behov av en tydlig definition av begreppets innebörd.

Tidigare forskning och utveckling

Patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård står högt på dagordningen, både nationellt och internationellt. Forskningen kring patientsäkerhet utvecklas mot en allt mer tvärprofessionellforskning med syfte att applicera etablerade säkerhetssystem från andra verksamhetsområden på hälso- och sjukvården, dock i en skräddarsydd form (12). I socialstyrelsens temaartikel om patientsäkerhet nämns avvikelserapportering, händelseanalys och riskanalys som centrala verktyg för patientsäkerhetsarbetet idag. Dessa verktyg är dock under utveckling och kan därför inte ses som optimalt använda ännu (2.)

Inom patientsäkerhetsforskning används framförallt två olika analytiska metoder. Den ena är den retrospektiva analysen, som syftar till att finna de bakomliggande orsaker som bidragit till att fel har uppstått, genom att analysera befintlig data. Denna metod kallas på engelska för "root cause analysis" (RCA) och har alltså för avsikt att förbättra de system där fel tidigare uppstått. Den andra metoden är den prospektiva analysen, som syftar till att försöka förutse och förebygga oönskade händelser med hjälp av designade säkerhetssystem. Denna metod kallas på engelska för "failure modes and effects analysis" (FMEA) (13).

Att arbeta preventivt, i förebyggande syfte, och att fokusera på systemet istället för individen är vad som karaktäriserar den moderna patientsäkerhetsforskningen. Professor James Reason är en av de ledande patientsäkerhetsforskarna idag och arbetar vid University of Manchester i Storbritannien. Under de senaste fem decennierna har hans forskning gått från industri och transportväsende mot hälso- och sjukvården. Han påpekade tidigt vikten av att flytta perspektivet från individen till systemet, inom hälso- och sjukvården (11).

En av Sveriges ledande forskare inom patientsäkerhet är Synnöve Ödegård, som ansvarar för avdelningen för patientsäkerhet vid Kungliga Tekniska Högskolan (KTH) i Stockholm. Synnöve Ödegård är legitimerad sjuksköterska och doktor i folkhälsovetenskap och har arbetat med patientsäkerhetsfrågor i cirka tjugo år. Även hon förespråkar att fokus bör flyttas från ett individansvar till ett systemansvar inom patientsäkerhetsarbetet. Hon anser dock att definitionen av vad som är systemet ännu inte är kartlagt och att den ökade komplexiteten medför att vi måste börja se på ansvarsfrågorna på ett nytt sätt. Vidare anser Synnöve Ödegård att kraven på myndigheter och andra aktörer inom hälso- och sjukvården bör höjas för att kunna öka patientsäkerheten. Både Socialstyrelsen och Läkemiddelsverket bör ta en mer framträdande roll inom patientsäkerhetsarbetet anser hon. Hon riktar även kritik mot den nya patientsäkerhetslag som trädde i kraft den 1 januari 2011, då lagen enligt henne inte tagit hänsyn till kunskapsläget om säkerhetsarbete som finns inom andra områden. Själv arbetar hon med att utveckla patientsäkerhetsfältet på KTH tillsammans med bland andra forskningsingenjör Irene Tael, som tidigare arbetade med säkerhetsfrågor inom kärnkraftsområdet under trettio år (14).

Irene Tael menar att sjukvården i Sverige inte ägnat sig särskilt mycket åt säkerhetsforskning och jämför med trafiken, där ett ökat säkerhetsarbete har lett till färre antal dödsfall trots ökad trafikmängd. Hon anser också att andra branscher än sjukvården har arbetat mer med utveckling av säkerhets- och riskanalyser. Detta behövs även inom sjukvården, för att minska risken för till exempel förväxling av mediciner, patienter och provsvar (15).

Tillsammans med bland andra Synnöve Ödegård tog Iréne Tael ett svenskt initiativ till en forskarkonferens med säkerhetsforskare från olika discipliner, med syfte att öka kunskapen om vad som kan göras inom området patientsäkerhet. Under konferensen, som ägde rum den 20 och 21 maj 2010, behandlades aktuell säkerhetsforskning samt vilka utmaningar patientsäkerhetsarbetet står inför. Även olika strategier för patientsäkerhet inom de nordiska länderna diskuterades. Både Danmark och Norge har nationella centra för patientsäkerhet berättar Iréne Tael, via KTH's internethemsida. På hemsidan uppges även att Nordic Patient Safety Conference, som den kom att kallas, var den första i sitt slag i Sverige (15).

I en intervju i internettidningen Sjukhusläkaren (16) framhåller Hans Rutberg, chefsläkare vid Universitetssjukhuset i Linköping, vikten av att synliggöra vårdskador på klinisknivå för att kunna uppnå engagemang hos personalen i patientsäkerhetsarbetet. Doktor Hans Rutberg är engagerad i patientsäkerhetsfrågor och arbetar med detta bland annat på Socialstyrelsen som medicinsk expert, men även internationellt inom OECD, WHO och EU. Han anser att vi först måste ta ned siffrorna till vår egen arbetsplats för att tydligt se storleken på problemet och se att det gäller vårt eget arbete (16). En möjlig metod för att göra problemet synligt på klinisknivå är att tillämpa en metod som heter Global Trigger Tool, GTT. Detta är en metod som innebär granskning av slumpmässigt utvalda journaler där så kallade triggers (kriterier) används för att finna vårdskador. Metoden är utvecklad av Institute for Health Care Improvement i USA och omfattar kriterier för kirurgi, omvårdnad, läkemedel och intensivvård. Under de senaste fem åren har metoden använts inom sjukvården i Sverige i de sydöstra regionerna. Även Stockholm har från och med årsskiftet infört GTT på samtliga sjukhus för att hitta skador orsakade av vården. Journalgranskningen visar enbart på antalet vårdskador och kräver därför en djupare analys av dessa för att lära av misstagen och för att förebygga dem (16).

I internettidskriften Sjukhusläkaren (17) berättar chefsläkaren Ann-Britt Bolin om Karolinska Universitetssjukhusets införande av GTT, i en något modifierad form. Sjukhuset använder sig av regelbundna datakörningar av patientjournaler för att hitta vårdskador. Till skillnad från andra sjukhus som använder GTT, så sker alltså granskningen med hjälp av ett dataprogram i stället för manuellt. Finansieringen bakom det nya verktyget står Hälso- och Sjukvårdsnämnden för och primärt är det de opererande specialiteterna som inleder användandet av verktyget. Tanken är att klinikerna på Karolinska Universitetssjukhuset i framtiden skall kunna få fram en vårdskadeprofil med hjälp av dataprogrammet, där det även framgår vilka skador som kräver förebyggande insatser (17). I Flemingsberg, utanför Stockholm, håller dessutom ett nationellt centrum för patientsäkerhet på att växa fram. Det är KTH i samarbete med Karolinska Institutet som står bakom centrumet med forskning och utbildning integrerat. Syfte med satsningen är att komma tillrätta med den bristande säkerheten som råder idag (18).

I tidskriften Vårdfokus (19) beskriver Annette Erichsen Andersson, operationssjuksköterska som forskar kring infektionsprevention på operation, vid Sahlgrenska akademien, ett nationellt nätverk för forskning om patientsäkerhet som håller på att byggas upp. Hon beskriver att tanken med detta nätverk är att få en plattform för att utbyta kunskap om forskningsmetodik kring området. Ett ökat samarbetet både nationellt och mellan de nordiska länderna kommer att eftersträvas. Vidare tar hon upp att nätverket planerar att starta en nordisk, engelskspråkig tidskrift för kvalitet och säkerhetsforskning för att lättare kunna sprida tvärvetenskaplig forskning (19).

Dessa nationella engagemang kring utveckling av patientsäkerhetsarbete som råder idag, är

förhoppningsvis starten av en positiv anda kring säkerhetsarbete på alla nivåer inom hälso- och sjukvården framöver.

Problemformulering

När patienter genomgår ett kirurgiskt ingrepp förväntar de sig att få en säker vård. Men vad innebär egentligen patientsäkerhet? Hur definieras begreppet? Hur ser dess karaktäristika ut och vilka förutsättningar finns det för begreppet samt vilka konsekvenser följer med användandet av begreppet patientsäkerhet? Kan patientsäkerheten mätas?

SYFTE

Syftet med föreliggande arbete var att göra en analys av begreppet patientsäkerhet ur ett vårdvetenskapligt perspektiv och i samband med kirurgiskt ingrepp.

METOD

I analysen av begreppet har Walker och Avants modell använts, då denna modell närmar sig begreppet genom en tydlig och stegvis process (4).

WALKER OCH AVANTS MODELL

Walker och Avants modell är en förenkling av Wilsons modell där arbetsprocessen följer tydliga riktlinjer (4).

Dessa riktlinjer redovisas i punktform enligt nedan:

1. Välj ämne/begrepp
2. Bestäm mål eller syfte med analysen
3. Identifiera alla användningsområden för begreppet
4. Bestäm de definierande karaktäristika för begreppet
5. Identifiera och skapa ett modellfall
6. Identifiera och skapa; ett gränsfall, motsatsfall, relaterande fall, påhittat fall och ogiltigt fall.
7. Identifiera förutsättningar och konsekvenser
8. Definiera empiriska referenter

Modellen bygger på att användaren följer de 8 redovisade stegen i kronologisk följd samtidigt som stegen hela tiden följs upp och revideras, i en så kallad parallell process. Det är därför av stor vikt att användaren verkligen förstår de olika delmomenten i processen (4). Resultatet i en begreppsanalys är tentativt och bygger således på författarens tolkning av begreppet. För att skapa en tydlig bild av denna modell följer nedan en beskrivning av respektive delmoment.

Steg 1 och steg 2 redovisas i inledning, bakgrund och syfte, medan steg 3 till och med steg 8 redovisas under resultat.

Välj ämne/begrepp

Det begrepp som väljs bör vara relevant för det yrkesspecifika området, både sett ur intresse- och forskningssynpunkt, men samtidigt så pass avgränsat så att analysen kan nå tillräckligt

djup inom ramen för ett examensarbete (3, 4). Val av begrepp redovisas i inledningen av detta arbete.

Bestäm mål eller syfte med analysen

Det är viktigt att syftet är tydligt formulerat och tillräckligt avgränsat, samt att det där anges vad som är avsikten med arbetet. Denna avsikt kommer sedan att vara vägledande för författaren under hela arbetet (4). Syftet med denna begreppsanalys redovisas under egen rubrik.

Identifiera alla användningsområden för begreppet

I detta delmoment skall hela användningsområdet för begreppet identifieras, därför används både specifika och generella lexikon, uppslagsböcker och annan tillgänglig litteratur, för att klargöra begreppets mångfald. Det är viktigt att belysa både implicita samt explicita ståndpunkter för att säkerställa analysens objektivitet. Författaren kan dock senare välja bort de sidor av begreppet som ej har signifikant relevans för analysens syfte och frågeställning, efter att de har redovisats (4). Tillvägagångssätt för denna punkt redovisas under rubriken Datainsamling.

Bestäm de definierande karaktäristika för begreppet

För att få en ökad förståelse för begreppets karaktärs definieras begreppet. Det innebär att innebörden av begreppet förtydligas genom synliggörande av vad som karaktäriserar begreppet (3). De olika karaktäristika för begreppet listas sedan i specifik- samt generell bemärkelse, efter att alla källor där begreppet har påträffats bearbetas upprepade gånger. Karaktäristika som förekommer i ökad utsträckning i datamaterialet kan i jämförelse med andra karaktäristika komma att få ökad betydelse för de slutgiltiga definierande karaktäristika för begreppet. Dock kan de definierande karaktäristika komma att omprövas under arbetets gång, då det är en dynamisk process (4).

Identifiera och skapa ett modellfall

För att undersöka om de definierade karaktäristika håller prövas dessa i ett modellfall, där syftet är att nå ökad förståelse för begreppet genom att se det ur ett sammanhang. I detta modellfall skall alla de definierade karaktäristika, förutsättningar och konsekvenser för begreppet ingå och bör därför konstrueras efter det att alla dessa är definierade. Modellfallet kan vara autentiskt, exempel från datamaterialet eller helt egen konstruerat (3, 4).

Identifiera och skapa andra typer av fall; ett gränsfall, motsatsfall, relaterande fall, påhittat fall och ogiltigt fall.

I detta delmoment konstrueras ytterligare fallbeskrivningar som innehåller de flesta men inte alla karaktäristika, förutsättningar och konsekvenser. Dessa fall är så kallade närliggande fall (3, 4). Tanken är att dessa fallbeskrivningar skall skapa ytterligare klarhet av innebörden i de definierade karaktäristika. Även dessa fall kan vara autentiska, exempel från datamaterialet eller helt egenkonstruerade.

Nedanstående fallbeskrivningar kan genomföras (4):

- Gränsfall:

Gränsfallet bör innehålla många men inte alla definierade karaktäristika. Vanligtvis så har ett väsentligt karaktäristika utelämnats, vilket bidrar till klarhet av modellfallets korrekthet (4).

- Motsatsfall:

I detta fall konstruerar författaren en fallbeskrivning som inte innehåller något av de definierade karaktäristika utan snarare dess motsatser. På så vis kan författaren belysa vad som inte definierar begreppet och därigenom skapa ökad förståelse för begreppets innebörd (4).

- Relaterat fall:

Detta fall innehåller enbart en del av de definierade karaktäristika, men är trots det relativt likt modellfallet. På så sätt bidrar skillnaderna mellan fallen till en klarare bild av vad som egentligen innefattas i de definierade karaktäristika för begreppet (4).

- Påhittat fall:

Syftet med detta fall är att synliggöra delar av begreppet som tas för givet, genom att beskriva något vanligt förekommande på ett främmande sätt. Tanken är att det skall ge ökad förståelse för ett vanligt förekommande begrepp (4).

- Ogiltigt fall:

I denna fallbeskrivning används begrepp och karaktäristika i en felaktig kontext. De definierade karaktäristika kan förekomma, men är då använda på ett felaktigt vis (4).

Ett modell-, gräns- och motsatsfall konstruerades för att pröva om beskrivningarna av begreppets definierade karaktäristika, förutsättningar och konsekvenser håller. Dessa fallbeskrivningar redovisas i resultatet.

Identifiera förutsättningar och konsekvenser

Många begrepp existerar enbart om vissa förutsättningar är uppfyllda och förutsättningarna blir därmed en viktig del av förståelsen för begreppet. Under denna punkt förtydligar författaren vilka förutsättningar som bidrar till det valda begreppets existens, samt vilka konsekvenser användandet av begreppet kan skapa både på lång och kort sikt. Genom att identifiera förutsättningar och konsekvenser för det valda begreppet förtydligas begreppets komplexitet ytterligare (4).

Definiera empiriska referenter

Att definiera de empiriska referenterna innebär att tydliggöra observerbara punkter som kan hjälpa oss att känna igen begreppet i vardagen och därmed även företeelsen av begreppet (3). Det vill säga att de definierade empiriska referenterna beskriver hur begreppet kommer till uttryck i verkligheten. Dessa empiriska referenter är viktiga för att kunna mäta begreppets existens i olika kontexter och är nödvändiga vid utveckling av valida mätinstrument av begreppet. Ofta sammanfaller de definierade karaktäristika med de definierade empiriska referenterna (4). Arbetets definierade empiriska referenter redovisas under resultat.

DATAINSAMLING

Här presenteras datainsamlingen för den lexikala samt litterära delen, så att alla användningsområden för begreppet skall kunna identifieras enligt steg 3 i Walker och Avants modell för begreppsanalys.

Lexikal datainsamling

Den genomförda lexikala analysen av begreppet patientsäkerhet är uppdelad i fyra olika delar:

- Den etymologisk delen beskriver begreppets härstamning (20).
- Den semantiska delen belyser innebörden och meningen av begreppet (21).
- En del där synonymer redovisas.
- En del med sammansatta ord tas upp för att vidga begreppet ytterligare.

Data till de olika delarna för begreppet patientsäkerhet har sökts via internetsidor från Socialstyrelsen (1, 11, 36) och Socialdepartementet (22). Samt via uppslagsverk (23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 38, 39) som beskriver begreppets bakgrund och innebörd. Närmare beskrivning av resultatet för datainsamlingen redovisas i bilaga 2.

Litterär datainsamling

Data till den litterära analysen av begreppet patientsäkerhet söktes via sökmotorer som finns länkade på Göteborgs Universitets Bibliotek, UB:

- GUNDA: (sökmotor för UB's bibliotekskatalog) Här gjordes en generell sökning av sökordet Patientsäkerhet som gav 34 träffar och resulterade i att 1 bok valdes ut.
- Cinahl: Här användes sökorden Patient Safety, Surgery och Nursing som gav 33 träffar och resulterade i att 6 vetenskapliga artiklar valdes ut.
- Scopus: Här användes sökorden Patient Safety, Nursing, Surgery och Sweden, som gav 5 träffar, vilket resulterade i att 1 vetenskaplig artikel valdes ut.
- PubMed: Här gjordes 4 kompletterande sökningar av 4 relevanta artiklar som påträffats som bakgrundsartiklar och referenser i artikeln: Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes.
Sökningen i PubMed gjordes på artiklarnas titlar: Complications on a general surgery service: Incidence and reporting, Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals, Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps, A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. Samtliga framsökta artiklar valdes ut.
- LIBRIS (nationell bibliotekskatalog): Här användes sökordet Patientsäkerhet som gav 31 träffar, där 3 olika böcker valdes ut.

Ett urval av funna artiklar har sedan skett, där artiklar och böcker som inte motsvarat syftet och problemformuleringen i detta arbete har exkluderats. Under urvalsprocessen lästes sammanfattningar/abstracts igenom och de artiklar som motsvarade arbetets problemformulering och syfte inkluderades. Den litteratur som har inkluderats berör således innebörden av begreppet patientsäkerhet, hur begreppet definieras, hur begreppet används i olika sammanhang samt beskrivningar av olika mätmetoder som berör begreppet. Närmare beskrivning av resultatet för datainsamlingen redovisas i bilaga 2.

RESULTAT

Under denna rubrik redovisas steg 3 till och med steg 8 i Walker och Avants modell (4), som beskrivits närmare under rubriken metod.

LEXIKAL ANALYS

I den lexikala analysen redovisas begreppet patientsäkerhets härstamning, innebörd och mening. Begreppet patientsäkerhet är i sig ett sammansatt ord, som bygger på orden och begreppen patient och säkerhet. Som tidigare har nämnts under rubriken bakgrund så har begreppet patientsäkerhet sina rötter främst i begreppet säkerhet (1). Vidare ses patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete som en särskild kvalitetsfråga inom hälso- och sjukvården, med utgångspunkt i det förebyggande säkerhet och säkerhetsarbetet (1). Patientsäkerhet är således en viktig del av kvalitetsdimensionen, inom hälso- och sjukvården (22).

Med anledning av detta så kommer orden patientsäkerhet, säkerhet och kvalitet att presenteras i nedanstående lexikala analys. Begreppet patient som ingår i det sammansatta ordet patientsäkerhet kommer inte att analyseras närmare, då det enbart syftar till att patientsäkerhet handlar om säkerhet och säkerhetsarbete inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen översätter det svenska ordet Patientsäkerhet till det engelska ordet Patient Safety (1). Därför redovisas även det engelska ordet Patient Safety nedan. Varje analysdel avslutas med en sammanfattning av innehållet i ovanstående segment.

Etymologisk analys

Den etymologiska delen beskriver begreppets härstamning (20) och resultatet av denna del presenteras under rubrikerna; Patientsäkerhet, Säkerhet, Kvalitet och Patient Safety.

Patientsäkerhet:

Sökning av ordet patientsäkerhet i Svensk Etymologisk Ordbok gav inga resultat (23).

Säkerhet:

Inte heller ordet säkerhet fanns med i Svensk Etymologisk Ordbok (23). Ordet säker finns dock med och beskrivs på följande vis:

”Säker, fsv. saeker, siker = ä. da. sekker, da. sikker, L., från mlty. seker, fsax. Sikor = fhty sichur (ty. sicher), ags. sicor; lån från lat. securus, av se, utan, o. cura, bekymmer, omsorg, varifrån även fra. sur (> eng. Sure). Alltså eg.: utan bekymmer; senare även: fri från fara” (23, sid. 1145).

Kvalitet:

Svensk Etymologisk Ordbok beskriver att ordet kvalitet kommer från tyskans Qualität, franskans Qualité samt från latinets Qualitas, vilka har den svenska betydelsen huru beskaffad.

”Kvalitet, L.=ty. qualität, fra. qualité, av lat. qualitas (gen. - talis), till qualis, huru beskaffad (urbesl. med pron. vad, adv. vi, varför, osv.)” (23, sid. 531).

Nationalencyklopedins svenska ord beskriver att ordet kvalitet har en historisk bakgrund från år 1615 och att det kommer, via tyska eller franska ord, från latinets qualitas med samma betydelse som qualis; hurdan (24).

Patient Safety:

Sökning av ordet Patient Safety i en engelsk etymologisk ordbok gav inget resultat alls (25).

Sammanfattning av den etymologiska delen:

Sökning av orden Patientsäkerhet och Patient Safety i både svenska och engelska etymologiska ordböcker gav inga resultat alls. Ordet säker härstammar från tyskans sicher, latinets *secura*, franskans *sur* och engelskans *sure*. Ordet kvalitet härstammar från år 1615 från latinets *qualitas*, via tyskans *qualität* och franskans *qualité*.

Semantisk analys

Den semantiska delen belyser begreppets innebörden och meningen (21) och resultatet av denna del redovisas under rubrikerna; Ordböcker och Definitioner. Under rubriken Ordböcker redovisas resultatet med underrubrikerna; Patientsäkerhet, Säkerhet, Kvalitet och Patient Safety.

Ordböcker

Patientsäkerhet:

Vid sökning i Svenska Akademiens Ordbok av ordet patientsäkerhet framkom att det inte finns något sökord i SAOB på webben som matchar patientsäkerhet, men väl i Svenska Akademiens ordlista (SAOL) (26).

Varken Norstedts svenska ordbok från 2004 eller Bonniers svenska ordbok har med ordet patientsäkerhet (27, 28). Inte heller Nationalencyklopedins svenska ordbok har med ordet patientsäkerhet (24).

Säkerhet:

Nationalencyklopedin beskriver säkerhet på följande vis i sin generella sökmotor:

”Säkerhet, i allmän betydelse resultatet av åtgärder eller egenskaper som minskar sannolikheten för att olyckor eller andra oönskade händelser skall inträffa. Begreppet säkerhet används ofta som motsats till risk: hög säkerhet ger liten risk” (29, sidan finns angivet i referensen).

Vidare i nationalencyklopedins svenska ord beskrivs ordet säkerhet som *”tillstånd som inte innebär fara” (24, sidan finns angivet i referensen).*

Även Norstedts svenska ordbok beskriver ordet säkerhet som: *”tillstånd som inte innebär fara” (27, sid. 1098-1099).*

Ordet säkerhetsarbete beskrivs i Nationalencyklopedins svenska ord som *”Arbete för att uppnå (större) säkerhet. PropRiksd. 1974, nr 1, Bil. 15, s. 152” (24, sidan finns angivet i referensen).*

Bonniers svenska ordbok beskriver ordet säkerhet som *”det att vara säker och försiktigvis” (28, sid. 572).*

Kvalitet:

Nationalencyklopedin beskriver ordet kvalitet på följande vis:

*”Kvalitet (lat. *qua* 'litas' 'beskaffenhet', 'egenskap', av *qua* 'lis' 'på något sätt beskaffad'), i filosofiska sammanhang i regel detsamma som egenskap” (30, sidan finns angivet i referensen).*

Nationalencyklopedin hänvisar till ordet kvalitetsteknik för beskrivning av begreppet kvalitet inom industrier, vilket hälso- och sjukvården kan ses vara. Följande beskrivning av begreppet

hittas då:

”Kvalitetsteknik; metoder, arbetssätt och strategier för ständig förbättring av kvalitet på varor och tjänster. Synen på begreppet kvalitet har under senare år ändrats. Tidigare betydde kvalitet enbart ”uppfyllande av specifikationer”, men i dag definieras en varas eller tjänsts kvalitet som dess förmåga att tillfredsställa kundernas behov och förväntningar” (31, sidan finns angivet i referensen).

Vidare i nationalencyklopedins svenska ord (24) beskrivs ordet kvalitetsarbete som:

”Godt, förstklassigt, omsorgsfullt o. med yrkesskicklighet utfört arbete; äv. konkret. SvSlöjdFT 1916, s. 98” (24, sidan finns angivet i referensen).

Norstedt svenska ordbok beskriver kvalitet som *”grad av goda egenskaper” (27, sid. 644)* medan Bonniers svenska ordbok beskriver ordet kvalitet som *”egenskap, inre värde” (28, sid. 303).*

Patient Safety:

I nationalencyklopedin, engelsk ordbok förekommer inte Patient Safety alls (32, sidan finns angivet i referensen). Patient Safety förekommer heller inte i ordboken Oxfords Referens (33, sidan finns angivet i referensen).

Definitioner

Socialstyrelsens definition av begreppet patientsäkerhet beskrivs enligt följande:

”Patientsäkerhet: Skydd mot vårdskada” (34, sid. 4).

Vårdskada i sin tur definieras i föreskriften enligt följande:

”Vårdskada definieras som lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd” (34, sid. 4).

WHO's definition av begreppet Patient Safety beskrivs enligt följande:

“The avoidance, prevention, and amelioration of adverse outcomes or injuries stemming from the processes of health care. These events include “errors,” “deviations,” and “accidents.” Safety emerges from the interaction of the components of the system; it does not reside in a person, device, or department. Improving safety depends on learning how safety emerges from the interactions of the components. Patient safety is a subset of health care quality” (35, sidan finns angivet i referensen).

I en kunskapsöversikt om patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete som Socialstyrelsen har givit ut beskriver de att begreppet patientsäkerhet definieras av forskare på följande vis:

”Säkerheten för patienten mot skada och risk för skada till följd av åtgärd inom hälso- och sjukvården eller brist på sådan åtgärd” (36, sid 17).

De tar även upp att patientsäkerhetsbegreppet handlar om säkerhetsåtgärder för patienten som inte ska drabbas av, eller riskera att drabbas av, skada eller sjukdom till följd av själva vården (36).

I statens offentliga utredning om patientsäkerhet beskrivs att kvalitet och säkerhet kräver kontinuerligt arbete och att målet för patientsäkerhetsarbete innebär att förhindra patienten att

skadas i samband med sina vårdkontakter (22). Mot bakgrund av detta så definieras begreppet patientsäkerhet på följande vis:

”Utredningen har tolkat begreppet patientsäkerhet dels som ett tvärvetenskapligt kunskapsområde baserat på forskning bl.a. inom teknik, filosofi, medicin, sociologi och psykologi, dels som en kvalitetsdimension vilken utgörs av ett dynamiskt samspel mellan en mängd faktorer, inte minst mänskliga, som i sig är föränderliga över tid. Patientsäkerheten påverkas också av rådande förhållningssätt och attityder människor emellan i organisationen, till säkerhet i allmänhet och till hälso- och sjukvårdsuppdraget i synnerhet – det som ibland benämns som delar i en patientsäkerhetskultur” (22, sid. 93).

Sammanfattning av den semantiska delen:

Varken ordet patientsäkerhet eller ordet patient safety fanns att finna i ovanstående genomsökta ordböcker. Ordet säkerhet beskrivs som resultat av åtgärder som minskar risk för olyckor samt som tillstånd som inte innebär fara och ordet säkerhetsarbete beskrivs som arbete för att nå säkerhet. Ordböckerna beskriver ordet kvalitet främst som egenskap, men hänvisar samtidigt till ordet kvalitetsteknik som beskrivning för kvalitet inom industrier. Där beskrivs ordet kvalitetsteknik som förmåga att tillfredsställa kunders behov och förväntningar. Även ordet kvalitetsarbete beskrivs ovan och då som omsorgsfullt och med yrkesskicklighet utfört arbete.

De definitioner av begreppet patientsäkerhet som framträder under analysen är socialstyrelsens definition: ”Skydd mot vårdskada”, där vårdskada kortfattat definieras som kroppslig eller psykisk skada orsakad av hälso- och sjukvården, som går att undvika. WHO definierar begreppet patient safety som undvikande, förebyggande åtgärder och förbättring av negativa resultat eller skador som härrör från processer inom vården. Dessa händelser omfattar felbehandling, avvikelser och olyckor, där säkerhet uppstår i samspelet mellan olika komponenterna inom hela vårdssystemet och där patientsäkerhetsarbetet är en del av vårdkvalitetsarbetet. Medan statens offentliga utredning beskriver patientsäkerhet som ett tvärvetenskapligt kunskapsområde med kvalitetsdimensioner som utgörs av många olika faktorer som påverkas av rådande patientsäkerhetskultur.

Sammansatta ord

Socialstyrelsen och Socialdepartementet tar upp tre olika sammansatta ord där ordet patientsäkerhet ingår; Patientsäkerhetsarbete, Patientsäkerhetslagen och Patientsäkerhetskultur (22, 34, 37).

Då det ej har gått att finna ordet patientsäkerhet i ovanstående ordböcker, finns det heller inte några sammansatta ord av patientsäkerhet att finna där. Därför redovisas enbart fynden från Socialstyrelsen nedan. Dessa presenteras under rubrikerna; Patientsäkerhetsarbete, Patientsäkerhetslagen och Patientsäkerhetskultur.

Patientsäkerhetsarbete:

Socialstyrelsens beskriver sin definition av patientsäkerhetsarbete på följande sätt:

”Det arbete som syftar till patientsäkerhet genom att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser” (34, sid 4).

Patientsäkerhetslagen:

Socialdepartementet utredning (från 2007) av tidigare lagstiftning, som omfattar bl.a. tillsyn

och ansvarssystemet inom hälso- och sjukvården ur ett patientsäkerhetsperspektiv, visar på en stor enighet om att dåvarande lagstiftning inte stödde hög patientsäkerhet i tillräcklig utsträckning och att den inte var tillräckligt patientfokuserad. Med det som bakgrund föreslog utredningen att en helt ny lag skulle införas om patientsäkerhet och att den föreslagna lagen skulle ersätta lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (22).

I tidigare redovisning, under rubriken bakgrund, beskrivs den nya patientsäkerhetslag som trädde i kraft den 1 januari 2011. Dess primära syfte är att göra vården säkrare samt att underlätta för patienter att anmäla felbehandling (11).

Patientsäkerhetskultur:

I Socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete beskrivs patientsäkerhetskulturen på följande vis:

”Patientsäkerhetskulturen avspeglar sig i ledarnas och medarbetarnas attityder och förhållningssätt till patientsäkerheten och är ett uttryck för kulturen i vårdverksamheten” (37, sid 1).

Sammanfattning av delen för sammansatta ord:

Tre olika sammansatta ord, som beskrivs av socialstyrelsen, tas upp i analysen; patientsäkerhetsarbete, patientsäkerhetslagen och patientsäkerhetskultur. Patientsäkerhetsarbete beskrivs som det arbete som leder fram till undanröjande av risker, tillbud och negativa händelser. Patientsäkerhetslagen är en nyinförd lag som syftar till att göra vården säkrare samt till att underlätta anmälning av felbehandling. Patientsäkerhetskultur syftar till attityder och förhållningssätt inom vårdverksamheten kring patientsäkerhet.

Synonymer

För att vidga begreppet ytterligare genomsöktes synonymordböcker och resultatet för denna del redovisas under rubrikerna; Patientsäkerhet, Säkerhet och Kvalitet.

Patientsäkerhet:

Ordet patientsäkerhet går ej att finna varken i Stora synonymordboken från 1998 (38) eller på internetsökmotorn Synonymer.se (39).

Säkerhet:

I Stora synonymordboken från 1998 tas trygghet, skydd, lugn, stöd, försvar, ansvarsförbindelse, garanti, visshet, tillförsikt och bevarande upp som synonymer till ordet säkerhet (38). Synonymer.se tar upp trygghet, skydd, visshet, övertygelse, förvisning och tillförsikt som synonymer till ordet säkerhet (39).

Kvalitet:

I Stora synonymordboken från 1998 tas standard, egenskap och värde upp som synonymer till ordet kvalitet (38). Orden standard, bra sort, inre värde, värde och egenskap tas upp av Synonymer.se som synonymer till ordet kvalitet (39).

Sammanfattning av delen för synonymer:

Ordet patientsäkerhet finns inte att finna i ovanstående genomsökta synonymordböcker. Analysen visar att synonymer till ordet säkerhet främst är trygghet och skydd. Medan synonymer till ordet kvalitet främst är standard, egenskap och värde.

LITTERÄR ANALYS

Patientsäkerhet kopplad till skador och risker

Operationssalen på en kirurgisk klinik är en av de mest komplexa arbetsmiljöerna för personal inom hälso- och sjukvården. Det är även där de flesta vårdskador uppstår (40) och dålig kommunikation ses som en av de vanligaste orsakerna till dessa skador (41, 42).

I socialstyrelsen översikt om patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete beskrivs risker och skador som förekommer inom hälso- och sjukvården. Exempel på dessa är förväxlingar av olika slag, som förväxling av patienters identitet, förväxling av höger och vänster sida vid ett kirurgiskt ingrepp, förväxling av patientjournaler eller förväxling av läkemedel. Även risk med kvarglömda föremål efter ett ingrepp, medicinteknisk utrustning, de olika leden i läkemedelshandlingen (från ordination till administrering) samt risk i samband med kommunikation och informationsöverföring nämns i översikten. Exempel på risker inom omvårdnadsarbetet som tas upp i översikten är; risk för fallskador, risk för självmord och risk för trycksår. Vårdbetingade infektioner tas där upp som en av de vanligaste förekommande vårdskadorna inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen identifierar riskerna inom vårdstrukturen till bland annat resursfördelning, där en bakomliggande finansiering måste finnas, samt utbud av hälso- och sjukvård inom ett rimligt geografiskt avstånd (36).

Socialstyrelsen sammanfattar de fem viktigaste riskområdena inom patientsäkerhetsbegreppet till: förväxlingar, vissa läkemedelshandlingsfrågor, vissa medicintekniska frågor, kommunikation- och informationsöverföring samt hygienrutiner för att förhindra vårdrelaterade infektioner (36). Just vårdrelaterade infektioner till följd av bristande hygienrutiner är ett vanligt exempel på vårdskada. Denna typ av vårdskada kategoriseras som undvikbar skada eller risk. Viktigt att nämna är att det alltid finns en risk med ett kirurgiskt ingrepp. Det som definierar undvikbar risk är att den planerade åtgärden vägs mot de identifierade riskerna för komplikationer och dödsfall. I dessa bedömningar ligger patientsäkerheten i att en korrekt ”risk-nyttobedömning” har gjorts (36).

Atul's m.fl. analys av fel som kan uppstå i samband med kirurgi visar att 33% av undersökta incidenter ledde till bestående funktionshinder och 13 % till patientens död. 77% var i samband med operation eller annat invasivt ingrepp, samt att de vanligaste faktorerna som bidrog till felen var oerfarenhet eller brist på kompetens, kommunikationsfel och trötthet eller alltför hög arbetsbelastning (41). Även Stuccliffe's m.fl. studie visar att bristande kommunikation är en bidragande faktor till att medicinsk felbehandling uppstår. De redovisar att den bristande kommunikationen inte enbart beror på bristande informationsöverföring utan även på olika psykosociala aspekter som till exempel hierarki och bakomliggande konflikter (42).

I Ross och Ranum's artikel görs en uppdelning i tre kategorier av de tre vanligaste riskerna på en post-anestesi vårdenhet (PACU) samt på en dagkirurgi avdelning. Dessa redovisas som klinisk bedömning (24%), administration (19%), och bristande kommunikation (19%) på PACU och administration (27%), patienters följsamhet/compliance (18%) och klinisk bedömning (18%) på dagkirurgi avdelningen. De fann således vissa skillnader i riskmomenten mellan de olika avdelningarna. Bristande kommunikation fanns dock med som riskmoment inom båda verksamheterna (43). Vidare tar även Lindgard's m.fl. studie upp att kommunikation är ett riskmoment i en operationssal. Studien visar att utbyte av teamets konstellation ägde rum vid 30% av de observerade fallen. Vid 1/3 av dessa så inträffade det

incidenter som resulterande i att patientens säkerhet äventyrades. Studien visar att orsaken till att patientens säkerhet äventyrades berodde på en ökad arbetsbelastning på personalen, avbrutna rutiner, och ökad psykisk påfrestning på personalen i operationssalen (44).

En förutsättning för att kunna göra en korrekt riskidentifiering och skadeidentifiering är bland annat att skador och risker rapporteras. Wanzel's m.fl. studie visar dock att 9 % av komplikationer, som inträffar vid kirurgiska avdelningar som studerats, aldrig dokumenterats i överhuvud taget och att 80 % aldrig presenterades under den veckovisa morbiditet och mortalitet's rondan. Studien visar att komplikationer är vanliga och att underrapportering är vanligt förekommande (40). Även underbemanning och resursfördelning klassas som riskmoment inom patientsäkerhetsarbetet.

Van den Heede's m.fl. studie där en ökning av bemanning, av legitimerade sjuksköterskor på en hjärtoperations avdelning, visar på en signifikant ökad kostnadseffektivitet i jämförelse med andra kardiovaskulära interventioner (45). Enligt socialstyrelsens hälsoekonomiska beräkningar så uppgår kostnaderna för ej optimalt fungerande patientsäkerhet till mångmiljardbelopp. Detta innebär att patientsäkerhetsarbetet har stor lönsamhetspotential om den optimeras på ett korrekt sätt (36).

Patientsäkerhet kopplad till mätning av skador och risker

Mätning av risker och skador inom hälso- och sjukvården bygger på analyser av insamlat material som leder till identifierande av möjligheter att förändra och förbättra säkerhetsarbetet (36).

Enligt WHO bör följande parametrar mätas inom patientsäkerhetsarbetet för att optimala analyser skall kunna genomföras (46):

- *“Errors: the failure of a planned action to be completed as intended or use of a wrong plan to achieve an aim*
- *Latent errors: defects in the system eg, poor design, understaffing*
- *Active errors: errors made by frontline health staff eg, dose errors*
- *Adverse Events: harm caused by health care”*
(46, sidan finns angivet i referensen).

Socialstyrelsen uppger att det idag inte finns några sammanfattande mätvariabler eller mått, som enkelt och överskådligt beskriver vårdskador och risker inom hälso- och sjukvården (36). Sverige använder sig därför av många olika källor för att att samla in information till att mäta skador och risker inom hälso- och sjukvården (36). Exempel på dessa källor som Socialstyrelsen uppger är (36):

- Avvikelse rapportering.
Allvarliga händelser och risker som inträffar rapporteras av vårdverksamheten, enligt den rådande anmälningsskyldighet som finns idag. Detta kallas i folkmun för en Lex Maria-anmälan. Vissa nyckeluppgifter ur samtliga Lex Maria-beslut registreras in i en gemensam databas. Denna databas kallas riksdatabasen (RDB) och har funnits sedan 1992. Ur denna databas kan information om; typ av händelser, bedömda orsaker till händelsen, verksamhetsområde och allvarlighetsgrad/konsekvenser för patienten selekteras fram (36).
- Rapporteringen av läkemedelsbiverkningar.
Denna rapportering skapar en bild av de risker patienterna har utsatts för i samband med läkemedelsbehandling och även vissa medicintekniska avvikelser (36).

- Patientnämnderna.
Patientnämnderna är en instans dit patienter kan vända sig med klagomål och för att få rådgivning. Denna lagreglerade instans har funnits sedan 1980-talet och dess utredningar bidrar bl.a. till säkrare vårdrutiner och vidareutbildning av vårdpersonal inom fälten kommunikation och bemötande (36).
- Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd.
HSAN medverkar till att stärka patientsäkerhetsarbetet genom att avgöra om hälso- och sjukvårdspersonal, som omfattas av anmälan från patienter eller anhörig, skall få disciplinära påföljder som erinran eller varning (36).
- Patientskadeförsäkring via Landstingets Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF).
Alla vårdgivare är skyldiga att teckna en patientförsäkring som ger ekonomisk ersättning vid en vårdskada, enligt rådande patientskadelagstiftning. LÖF är de som i huvudsak anlitas för detta ändamål. Från denna källa kan viktig statistik fås om exempelvis antalet vårdskador som varit så pass allvarliga att ekonomisk ersättning har betalats ut. Men även statistik om inom vilket verksamhetsområde vårdskador är vanligt förekommande. De flesta anmälningar som görs gäller idag de kirurgiska verksamheterna (36).
- Läkemedelsverkets läkemedelsbiverkningsregister.
Det primära syftet med de data som rapporterats in i registret är att läkemedelsverket utifrån dessa skall kunna vidta åtgärder mot läkemedelsbiverkningar som är undvikbara (36).
- Databasen Reidar och medicintekniska patientsäkerhetsrisker.
Den nationella databasen Reidar visar risker som har med medicinteknik att göra. Det är Föreningen Kanalen Medicin Teknik som har utvecklat denna databas och som bygger på en frivillig rapportering av fel (36).
- Nationellt patientregister.
Socialstyrelsen ansvarar för ett nationellt patientregister som bidrar till löpande vårdstatistik. Data till detta register fås i samband med utskrivning av patienter inom slutenvården. Exempel på vårdstatistik som kan tas fram ur registret är; antal utskrivningsdiagnoser och antal kirurgiska ingrepp (36).
- Nationella kvalitetsregister.
Inom vissa behandlingsområden finns det nationella kvalitetsregister som har utvecklats för att stödja kvalitetsövervakningen och förbättringsarbetet inom just det området. Ett exempel på detta är det nationella kärllirurgiregistret, som omfattar samtliga vårdenheter i landet. Dessa register ger en god bild av reellt antal vårdskador och risker som förekommer inom verksamhetsområdet (36).

I socialstyrelsens översikt om patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete beskrivs underrapportering av riskhändelser och vårdskador vara av betydande storlek. Där uppges även att det idag inte är möjligt att mäta patientsäkerheten eller kvalitetsarbetet inom vårdverksamheterna med ett fåtal mått, men att det inom OECD (Internationell organisation för ekonomiskt samarbete och utveckling) pågår ett utvecklingsarbete för att nå dit. Socialstyrelsen representerar Sverige i detta utvecklingsarbete, där målet är att identifiera relevanta indikatorer för patientsäkerhet (36).

En bidragande faktor till att öka rapportering av risker och skador är en positiv patientsäkerhetskultur inom vårdverksamheten. Patientsäkerhetskulturen i en vårdverksamhet omfattas av ledarnas och medarbetarnas attityder och förhållningssätt till patientsäkerhet (37).

I Socialstyrelsens handbok, för att mäta patientsäkerhetskulturen, motiveras vikten av att mäta patientsäkerhetskulturen inom hälso- och sjukvården på följande sätt:

”Patientsäkerhetskulturen mäts för att: kartlägga styrkor och svagheter i patientsäkerhetskulturen och därmed tydliggöra angelägna förbättringsområden, öka insikten om förutsättningarna för god patientsäkerhet både hos medarbetare och ledare, studera förändring i förhållningssätt och attityder som effekt bland annat av, genomförda interventioner, göra jämförelser mellan vårdenheter, olika yrkeskategorier, etc. Resultatet av mätningen utgör ett av flera viktiga underlag för den strategiska verksamhetsplaneringen” (37, sid 4).

Vidare poängteras där att mätning av patientsäkerhetskulturen till exempel kan användas i kombination med riskanalyser, händelseanalyser, strukturerad journalgranskning, enkätmätning av patienttillfredsställelse och kartläggning av arbetsmiljö för fortsatt bra förbättringsarbete (37).

Patientsäkerhet kopplad till förebyggande arbete

Att bygga patientsäkerhet på tron om att läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal aldrig begår misstag känns idag helt verklighetsfrämmande. Istället inriktas nu patientsäkerhetsarbetet på att skapa säkra system som skall fungera som barriärer. Tanken är att dessa barriärer skall hålla riskmomenten under kontroll, så att en undvikbar skada inte kan uppstå, trots om fel begås av vårdpersonalen (36).

Den kirurgiska operationsverksamheten omges naturligtvis av många olika riskmoment, som ofta hänger samman med mångfalden av den tekniska apparatur som används där. För att förebygga säkerheten i och med dessa riskmoment används kontrollrutiner med checklistor i allt större utsträckning. Kontrollrutiner används till exempel vid förberedelser för narkos samt vid uppdukning inför operation (36). Rhode’s ’m.fl. studie tar till exempel upp vikten av tydliga rutiner och riktlinjer för hur en patient bör markeras inför en operation. Detta så att inte fel lokal på patienten opereras av misstag (47).

Grundläggande för patientsäkerheten är en hälsosam patientsäkerhetskultur. Det krävs dock tydliga riktlinjer och tydlig policy från verksamhetsledning och politisk ledning för den att få fäste i vårdverksamheten. Även tydliga metodanvisningar på verksamhetschefsnivå är ett krav för en lyckad implementering av säkerhetstänk (36). Vogus och Sutcliffe’s artikel påpekar att säkra rapporteringssystem i samband med stor tillit till ledningen ökar antalet rapporterade felmedicineringar (48).

Socialstyrelsen beskriver att frivillig rapportering endast identifierar 10–20 % av alla avvikelser. Med anledning av den låga rapporteringsfrekvensen krävs kompletterande system och instrument för att identifiera skador och risker. Global Trigger Tool (GTT) är ett sådant instrument. Instrumentet innebär en retrospektiv analys av patientjournaler där nyckelinformation systematiskt letas upp, som indikera avsteg från det normala vårdförloppet (49).

Rätt kompetens hos personalen är av stor vikt för ett bra patientsäkerhetsarbete. Van den Heede’s m.fl. studie visar på en signifikant minskning av patienters mortalitet efter en ökning av bemanningen av legitimerade sjuksköterskor inom vårdavdelningar där opererade hjärtpatienter behandlades (50).

Patientsäkerhetsarbetet beror således av många olika variabler och det krävs en mycket pålitlig design av de modeller som planeras att sättas i bruk. En viktig aspekt är att miljön inom hälso- och sjukvården är så pass komplex att många ledare inom andra högriskverksamheter anser att den mer kan liknas med kaos. Det innebär att disciplinen patientsäkerhet kan behöva söka helt nya lösningar för de höga krav på säkerhet som behövs (51).

En lösning till problemet med dålig kommunikation i operationssalen är att använda den checklista som WHO tagit fram under 2009, the Surgical Safety Checklist (Bilaga 1). Det är en tredelad checklista med tillhörande manual som beskriver ett antal kritiska moment inför en operation, under operationen och direkt efter operationens slut (52). Tanken är att denna checklista skall bidra till en säker vård för patienten före, under och efter ett kirurgiskt ingrepp. Det initiala testet av checklistan utfördes under 2009 i 8 olika storstäder runt om i världen och resulterade där i en reduktion av komplikationer och dödsfall med mer än 30% (53).

Även Sverige lanserade denna checklista under 2009. Detta genom att skicka ut 446 paket med introduktionsmaterial om checklistan till olika sjukhus runt om i landet. Under våren 2009 hade 18 sjukhus anmält att de infört checklistan i sin verksamhet (54). Nilsson's m.fl. studie om personals attityd till den tidigare införda preoperativa checklista Time Out, som införts 1 år tidigare på två kirurgiska kliniker, redovisar personalens positiva attityd till interventionen. 93% ansåg att checklistan bidrog till ökad patientsäkerhet (55).

Funna nyckelord

Innebörden av begreppet patientsäkerhet förtydligas genom synliggörande av vad som karaktäriserar begreppet (3). Efter upprepad granskning av utvald litteratur, dokument och artiklar både i den lexikala analysen och den litterära analysen, har nyckelord plockats ut ur texterna. Då begreppet patientsäkerhet är kontextbundet till sammanhanget vård, i och med att ordet patient ingår i begreppet, så delas inte karaktäristika upp i generell- och specifik bemärkelse.

Nyckelord:

Analys, Checklistor, Kommunikation, Samarbete, Mortalitet, Strukturerad journalgranskning (GTT), Avvikelsesrapporter, Implementering, Riktlinjer, Vårdskador, Psykisk morbiditet, Fysisk morbiditet, Risker, Utrustning, Rutiner, Organisation, Bemanning, Patientsäkerhetskultur, Attityder, Anmälningar, Kvalitetsregister, Dokumentation, Checklistor, Bemanning, Kostnadseffektivitet, Utbildningsnivå, Utrustning, System, Teamarbete, Kampanjer, Lagar, Ledarskap, Nationella riktlinjer, Arbetsmiljöförbättring, Organisationsutveckling, Vårdhygien, Vårdkedja.

Nyckelorden delades in i karaktäristika, förutsättningar och konsekvenser för begreppet. Därefter grupperades dessa nyckelord under övergripande ord/begrepp, som i sin tur representerar de definierade karaktäristika, förutsättningar och konsekvenser.

Bestäm de definierande karaktäristika för begreppet

Karaktäristika för begreppet patientsäkerhet definieras som; Riskidentifiering, Skadeidentifiering och Risk- och Skadeprevention.

- Riskidentifiering: Analys av kommunikation, samarbete, utrustning och rutiner.
- Skadeidentifiering: Strukturerad journalgranskning (GTT), Avvikelse rapporter
- Risk- och Skadeprevention: Implementering av checklistor, rutiner och riktlinjer.

Identifiera och skapa ett modellfall

För att undersöka om de definierade karaktäristika håller prövas dessa i ett modellfall, där syftet är att nå ökad förståelse för begreppet genom att se det ur ett sammanhang (3, 4). I modellfallet nedan ingår alla de definierade karaktäristika, förutsättningar och konsekvenser för begreppet patientsäkerhet; Riskidentifiering, Skadeidentifiering, Risk- och Skadeprevention, Vårdskador, Risker, Vårdstruktur, Patientsäkerhetskultur, Kvalitetsarbete, Preventionsarbete, Resursfördelning, Kompetensutveckling, Teknikutveckling, Samverkan Riktlinjer

Modellfall:

Gunilla, 57 år och legitimerad sjuksköterska, arbetar som verksamhetschef på en kirurgisk avdelning. Inom ramen för hennes arbetsuppgifter ryms ansvar för att patientsäkerheten på avdelningen följer rådande lagar och riktlinjer, som riksdag och socialstyrelsen deklarerar. För att Gunilla tillsammans med personalen skall kunna utföra adekvat skadeidentifiering för alla typer av fall som kan uppstå på avdelningen, så har Gunilla involverat hela personalen i kvalitetsarbetet. Detta har skett genom öppna samtal under temamöten om patientsäkerhet, där personalen bland annat uppmuntras till att rapportera avvikelser som uppstår, där allt från risker med medicinteknisk utrustning, systemfel, rutiner till fel som begåtts av personal som kan leda till en vårdskada tas upp. Tanken är att personalen skall samverka för att säkerheten är god på avdelningen genom en positiv anda. Patientsäkerhetskulturen med personalens attityder till patientsäkerhetsarbetet på avdelningen är positiv, då de upplever att satsningarna som genomförs är relevanta och att det finns ett gott stöd inom vårdstrukturen på sjukhuset att driva detta kvalitetsarbete.

För att förhindra att patienter utsätts för vårdskador och risker då de genomgår en operation på avdelningen, har även checklistor och rutiner införts på hur patienten exempelvis skall markeras inför en operation. Detta för att undvika att fel lokal på patienten opereras, som är en typisk vårdskada inom det kirurgiska fältet och som lätt kan undvikas med rätt rutin och checklista. Även checklistor över förfarandet före, under och efter ingreppet har införts, som en del i risk- och skadepreventionen på avdelningen.

För att all personal skall kunna genomföra korrekt riskidentifiering på avdelningen har Gunilla sett till att personalen fått relevant kompetensutveckling av exempelvis den medicintekniska utrustningen som används, samt internutbildning av de rutiner och checklistor som har införts. För att finansiera detta har Gunilla sökt medel från en patientsäkerhetsfond på sjukhuset. Detta är möjligt då ledningen på sjukhuset anser att resursfördelning är en viktig aspekt i patientsäkerhetsarbetet. Som en del i preventionsarbetet följer Gunilla teknikutvecklingen på området och planerar bland annat att införa ett datoriserat journalgranskningssystem för att underlätta skadeidentifieringen på avdelningen. En form av uppgraderad GTT, ett system som automatiskt granskar slumpmässigt utvalda journalhandlingar efter vårdskador, utifrån bestämda kriterier.

Gunilla anser att patientsäkerhet är ett roligt område och att det faller sig naturligt för både henne och personalen på avdelningen. "Låt spriten flöda" brukar vi säga till varandra i fikarummet, skrattar Gunilla i en intervju med tidningen Vårdfokus.

Kommentar till modellfallet:

Ovanstående fall visar på ett fungerande patientsäkerhetsarbete på avdelningen, där samtliga definierade karaktäristika för begreppet patientsäkerhet samt alla identifierade förutsättningar och konsekvenser för begreppet ingår.

Identifiera och skapa andra typer av fall

Gränsfall:

Nedan har ett gränsfall konstruerats som innehåller två av tre definierade karaktäristika; riskidentifiering och skadeidentifiering. Den definierade karaktäristika risk- och skadeprevention har utelämnats för att på så vis förtydliga modellfallets korrekthet (4).

Avdelning 205, på ett mindre sjukhus i mellan Sverige, har uppmärksammats i media under ett flertal tillfällen den senaste tiden. Detta då flera allvarliga vårdrelaterade infektioner har orsakats patienter efter att de har genomgått en operation på avdelningen. I och med dessa uppmärksammade händelserna har nu ledningen på sjukhuset påbörjat sökandet efter skador och risker som kan inträffa på avdelningen. Riskidentifieringen sker primärt via intervjuer av kirurger och operationssjuksköterskor. Syftet är att dessa intervjuer skall resultera i en lista över risker med arbetet i operationssalen. Skadeidentifieringen sker främst genom att ledningen uppmuntrar personalen till att rapportera alla typer av avvikelser. Man har tack vare denna riskidentifiering och skadeidentifiering funnit brister inom vårdhygienen på avdelningen. Trots att brister har identifierats fortsätter dock skadefrekvensen att vara hög på avdelningen.

Kommentar till gränsfallet:

De definierade karaktäristika riskidentifiering och skadeidentifiering finns med i gränsfallet. Fallet visar dock att den fullständiga innebörden i begreppet patientsäkerheten uteblir om risk- och skadeprevention inte finns med.

Motsatsfall:

Nedan presenteras ett motsatsfall som inte innehåller något av de definierade karaktäristika utan istället dess motsatser. Alltså ett fall där ingen identifiering av skador och risker skett eller någon risk- och skadeprevention har utförts. Detta för att skapa ytterligare ökad förståelse för begreppets innebörd (4).

I oktober 2009 granskar HSAN ett patientfall där Olle, 75 år, har förlorat synen på vänster öga, efter en misslyckad starroperation, med allvarlig infektion som följd. Operationen genomfördes av doktor Jan. Trots att postoperativa infektioner är en väl känd risk vid starroperationer, fann utredningen inga klara direktiv eller rutiner på avdelningen för hur denna händelse skulle kunna undvikas. Den anmälda läkaren hade till exempel inte givit antibiotikaproylax vid ingreppet, vilket är rutin i vanliga fall. Detta anses därför vara en bidragande faktor till att Olle nu förlorat synen på sitt vänstra öga till följd av den undvikbara infektionen.

Kommentar till motsatsfallet:

I detta fall har alla karaktäristika utelämnats, vilket visar på att begreppet patientsäkerhets innebörd ej går att finna i fallet.

Identifiera förutsättningar och konsekvenser

Förutsättningar:

Många begrepp existerar enbart om vissa förutsättningar är uppfyllda och förutsättningarna blir därmed en viktig del av förståelsen för begreppet. Förutsättningarna för begreppet patientsäkerhet identifierades som; Vårdskador, Risker, Vårdstruktur och Patientsäkerhetskultur.

- Vårdskador: Psykisk- och fysisk morbiditet, Mortalitet
- Risker: Brister inom kommunikation, samarbete, utrustning och rutiner
- Vårdstruktur: Organisation, Ledarskap, Bemanning
- Patientsäkerhetskultur: Attityder, Anmälningar

Konsekvenser:

Användandet av ett begrepp kan få någon form av konsekvens. Konsekvenserna för begreppet patientsäkerhet identifierades som; Kvalitetsarbete, Preventionsarbete, Resursfördelning, Kompetensutveckling, Teknikutveckling, Samverkan och Riktlinjer.

- Kvalitetsarbete: Kvalitetsregister, Arbetsmiljöförbättring, Organisationsutveckling
- Preventionsarbete: Vårdhygien, Dokumentation, Checklistor.
- Resursfördelning: Bemanning, Kostnadseffektivitet.
- Kompetensutveckling: Utbildningsnivå.
- Teknikutveckling: Utrustning, System.
- Samverkan: Teamarbete, Kampanjer, Vårdkedja.
- Riktlinjer: Lagar, Nationella riktlinjer, Rutiner.

Översikt karaktäristika, förutsättningar och konsekvenser

Arbetets definierade karaktäristika för begreppet patientsäkerhet är:

- Riskidentifiering
- Skadeidentifiering
- Risk- och Skadeprevention

Arbetets identifierade förutsättningar för begreppet patientsäkerhet är:

- Vårdskador
- Risker
- Vårdstruktur
- Patientsäkerhetskultur

Arbetets identifierade konsekvenser för begreppet patientsäkerhet är:

- Kvalitetsarbete
- Preventionsarbete
- Resursfördelning
- Kompetensutveckling
- Teknikutveckling
- Samverkan
- Riktlinjer

Definiera empiriska referenter

För att tydliggöra begreppet ytterligare har de empiriska referenterna definierats. Dessa

hjälp till att känna igen begreppet i vardagen (3). Det vill säga att de definierade empiriska referenterna beskriver hur begreppet kommer till uttryck i verkligheten (4). Begreppet patientsäkerhet har under den litterära analysen kopplats till olika områden; Patientsäkerhet kopplad till skador och risker, Patientsäkerhet kopplad till mätning av skador och risker, samt Patientsäkerhet kopplad till förebyggande arbete. Dessa representerar arbetets definierade empiriska referenter.

Det innebär att arbetets definierade empiriska referenter för begreppet patientsäkerhet är:

- Skador och Risker
- Mätning av skador och risker
- Förebyggande arbete

Studiens egen definition av begreppet patientsäkerhet

Efter att analys gjorts av resultatet ovan presenteras nedan studiens egen definition av patientsäkerhet, där innebörden av begreppet tydliggörs, utifrån de definierade karaktäristika.

Studiens egen definition:

- Patientsäkerhet är identifiering och prevention av undvikbara skador och risker som orsakas av hälso- och sjukvården, samt en adekvat hantering av redan inträffade skador som hade kunnat undvikas av hälso- och sjukvården.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Begreppet patientsäkerhet är ett mångtydigt och komplext begrepp som från början inte kändes helt lätt att närma sig. I denna analys av begreppet har Walker och Avants modell används, då den beskriver tillvägagångssättet av en begreppsanalys genom en tydlig och stegvis process. Walker och Avant beskriver även modellen som väl anpassad för nybörjare, i och med sin enkelhet (4).

Walker och Avant rekommenderar att de 8 stegen i modellen följs i kronologisk ordningen samtidigt som de hela tiden skall följas upp och revideras i en parallell process (4). Detta har kontinuerligt gjorts under arbetets gång med gott resultat. Modellen har även erbjudit ett bra stöd vid strukturering och sortering av insamlat datamaterial.

En svaghet med modellen är att det inte finns några fastställda kriterier för hur identifieringen av karaktäristika, förutsättningar och konsekvenser bör göras i utvalt datamaterial. I detta arbete identifierades nyckelord i texterna i insamlat datamaterial. Detta efter upprepad granskning av materialet både i den lexikala analysen och den litterära analysen. Därefter grupperades dessa nyckelord in under övergripande ord/begrepp, som i sin tur fått representera de definierade karaktäristika och de identifierade förutsättningarna och konsekvenserna. Denna komplettering av modellens steg ansågs vara nödvändig för att ett fullgott slutresultat skulle kunna uppnås.

Ett modellfall, ett gränsfall och ett motsatsfall konstruerades utifrån modellens riktlinjer. Dessa fallbeskrivningar har haft stor betydelse för förståelsen av innebörden i begreppet patientsäkerhet, genom förtydligande av dess definierade karaktäristika och dess identifierade förutsättningar och konsekvenser. På det hela taget har modellen således fungerat som ett

mycket bra instrument för analys av begreppet patientsäkerhet.

Datainsamlingen genomfördes dels via en lexikal datainsamling och dels via en litterär datainsamling, så att begreppets hela användningsområdet skulle täckas in. Urvalet av litteratur, vid dessa datainsamlingar bestod i huvudsak av facklitteratur, uppslagsverk, vetenskapliga artiklar, debattartiklar samt olika publikationer på Internet.

Den litteratur som inkluderats kan anses vara relevant, då en noggrann selektion gjorts där studiens syfte och problemformulering varit vägledande. De vetenskapliga artiklar som inkluderats omfattar både kvalitativa och kvantitativa studier, där fördelningen mellan dessa är 4 kvalitativa studier (med referensnummer: 40, 41, 42, 48) och 7 kvantitativa studier (med referensnummer: 43, 44, 45, 47, 50, 53, 55). Detta kan betraktas som en godtagbar fördelning, om än något förskjuten mot det kvantitativa hållet. Både nationella som internationella källor har tagits med i urvalsprocessen, för att bredda analysen och beskrivningen av begreppet patientsäkerhet. De nationella källorna ansågs vara nödvändiga för att inte förlora den nationella kontexten och de internationella för att vidga analysen ytterligare.

RESULTATDISKUSSION

I resultatet av den lexikala analysen framkommer det att begreppet patientsäkerhet inte går att finna, vare sig i svenska eller engelska etymologiska-, semantiska- eller synonymordböcker. Detta var inte ett helt oväntat resultat, då begreppen Patientsäkerhet och Patient Safety är relativt nytillkomna begrepp, något som rimligtvis påverkar resultatet. Begreppet kom i kontakt med vården först under 1980-talet och det var först på 2000-talet som begreppet verkligen uppmärksammades både nationellt och internationellt (1).

Begreppet patientsäkerhet är således fortfarande under uppbyggnad, men samtidigt inne i ett paradigmskifte, från ett individansvar till ett systemansvar (9). Eftersom patientsäkerhet är ett så komplext begrepp och det praktiska patientsäkerhetsarbetet bedrivs på så många olika plan inom hälso- och sjukvården, ger det en oklar bild av begreppet. Det skapar frågor kring vad begreppet patientsäkerhet egentligen innebär och vilka konsekvenser användandet av begreppet medför. Detta ses tydligt i resultatet av den semantiska analysen, där begreppet patientsäkerhet finns med som ord i Svenska Akademiens Ordlista, men inte finns beskrivet i Svenska Akademiens Ordbok. Något som kan tyda på att Svenska Akademien är medvetna om begreppets existens, men ej om dess fullständiga innebörd och därför inte vill gå ut med en beskrivning av begreppet. Resultatet visar även på flera olika omfattande definitioner av begreppet, som exempelvis socialstyrelsens och WHO's. Även det kan tyda på att begreppets fullständiga innebörd ännu ej är klarlagd.

I resultatet har begreppet patientsäkerhet kopplats till olika områden; Patientsäkerhet kopplad till skador och risker, Patientsäkerhet kopplad till mätning av skador och risker, samt Patientsäkerhet kopplad till förebyggande arbete. Dessa representerar studiens definierade empiriska referenter som även de hjälper till att förtydliga begreppet ytterligare genom att visa hur begreppet kommer till uttryck i verkligheten (3, 4). De definierade empiriska referenterna skapar värdefull förståelse för begreppet genom att visa hur det använts i vardagen.

Resultatet av patientsäkerhet kopplat till skador och risker visar att den främsta risken inom det kirurgiska fältet beror på bristande kommunikation av olika slag. Flertalet av källorna i

denna studie tar alltså upp bristande kommunikation som en bidragande orsak till att vårdskador uppstår.

Andra risker och skador som tas upp i resultat är skador och risker i samband med förväxlingar, läkemedelshantering, vissa medicintekniska frågor, hygienrutiner, risknyttobedömningar, oerfarenhet eller brist på kompetens, trötthet, för hög arbetsbelastning, olika psykosociala aspekter som exempelvis hierarki, bakomliggande konflikter, kliniska bedömningar, följsamhet/compliance, underrapportering, underbemanning samt resursfördelning. Dessa risker som resultatet visar är inte oväntade, utan snarare väl debatterade inom hälso- och sjukvården (1). Identifieringen av dessa, så väl som nytillkomna skador och risker, är däremot viktiga att fånga upp. Identifiering av skador och risker utgör således en stor del av patientsäkerhetsarbetet och är naturligtvis viktiga att förebygga i ett mycket tidigt stadium.

I resultatet av patientsäkerhet kopplat till mätning av skador och risker redovisas att WHO anser att viktiga parametrar som bör mätas inom patientsäkerhetsarbetet är;

- fel till följd av en planerad åtgärd eller fel behandlingsplanering
- latent fel som bristande system med exempelvis bristfällig utformning och underbemanning
- faktiska fel orsakade av vårdpersonal som exempelvis felmedicinering
- biverkningar som följd av skada orsakad av hälso- och sjukvården

Där framkommer även att det idag inte finns några enkla eller få mått på att mäta patientsäkerheten. Det redovisas i resultatet att det därför krävs ett stort antal källor för att samla in relevant information för att kunna mäta patientsäkerheten. Resultatet visar dock att det pågår ett utvecklingsarbete inom OECD, där Sverige representeras av socialstyrelsen, för att finna gemensamma mått för detta (så kallade indikatorer).

Vidare visar resultatet på vikten av att mäta patientsäkerhetskulturen inom hälso- och sjukvården, för att bland annat tydliggöra angelägna förbättringsområden inom patientsäkerheten inför verksamhetsplanering. Att mäta patientsäkerheten, och därigenom identifiera skador och risker som förekommer inom hälso- och sjukvården, är således oerhört viktigt för att ett fungerande preventionsarbete skall kunna genomföras.

I resultatet av patientsäkerhet kopplat till förbyggande arbete redovisas att fungerande kontrollrutiner, checklistor, system av barriärer, tydliga riktlinjer, skadeidentifiering med hjälp av journalgranskningssystem som GTT, tillräcklig bemanning och rätt kompetens är viktiga funktioner i det preventiva arbetet i att nå hög patientsäkerhet. Resultatet visar även att ett beprövat instrument, med goda resultat att förebygga bristande kommunikation i operationssalen, är WHO's Surgical Safety Checklist. Denna checklista i kombination med praktiska övningar i till exempel kommunikationsteknik kan därför ses som en god lösning på en allvarlig och undvikbar risk som bristande kommunikation kan ses vara.

Avsikten med detta kandidatarbete var att ur ett vårdvetenskapligt perspektiv genomföra en begreppsanalys av begreppet patientsäkerhet i samband med ett kirurgiskt ingrepp, med förhoppning om att bidra till en gemensam innebörd av begreppet och för att nå en ökad förståelse för begreppet i praktisk vårdverksamhet. Detta anses ha uppnåtts genom den lexikala- och litterära analysen, där de definierade karaktäristika och de identifierade förutsättningarna och konsekvenserna för begreppet har vuxit fram och sedan prövats i fallbeskrivningarna. Resultatet av de sammansatta orden hjälpte även de till att skapa

ytterligare förståelse för begreppets innebörd och användningsområde och var till stor hjälp vid skapandet av fallbeskrivningarna. De definierade karaktäristika genererade sedan i en presentation av studiens egen definition av patientsäkerhet, där innebörden av begreppet tydliggjordes. Förväntningarna på arbetet har således infriats, men eftersom begreppet patientsäkerhet är så pass nytt och fortfarande är under uppbyggnad, finns där skäl att ompröva analysen av begreppet inom en snar framtid.

Slutsats

Att begreppet patientsäkerhet är ett aktuellt begrepp under utveckling framträder tydligt i denna begreppsanalys. Resultatet i studien visar att befintliga definitioner av begreppet, och därigenom dess innebörd, inte är helt entydiga idag. Det är dock viktigt att komma ihåg att det alltid föreligger en risk att med ett kirurgiskt ingrepp och att det enbart är de undvikbara riskerna som kan förebyggas. Det finns även risker med att definiera ett så komplext begrepp som patientsäkerhet allt för detaljerat, då det kan uppstå situationer som faller utanför ramen för definitionen. Hur skall då dessa fall behandlas, bör man fråga sig? Vidare bör man ha i åtanke att definitioner tolkas av användaren som sedan omvandlar informationen och riktlinjerna i definitionen till praktiskt utförande. I detta moment föreligger risk för misstolkning och felbedömning. Trots detta är förhoppningen att denna studies definition av begreppet patientsäkerhet skall hjälpa till att öka förståelsen av begreppet patientsäkerhet i den praktiska vårdverksamheten. Framförallt då den innehåller förhållningsätt till risker och skador som orsakats eller kan tänkas orsakas av hälso- och sjukvården.

Studiens egen definition är:

- Patientsäkerhet är identifiering och prevention av undvikbara skador och risker som orsakas av hälso- och sjukvården, samt en adekvat hantering av redan inträffade skador som hade kunnat undvikas av hälso- och sjukvården.

REFERENSER

1. God vård – Säker vård, Hälsa och sjukvårdsrapport 2009, Socialstyrelsen (sid 127 – 149)
2. Tema Vårdskador, Nummer 4- 2008, Socialstyrelsen. Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-126-36
3. Friberg F, red. Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten, Lund: Studentlitteratur AB, 2006.
4. Walker LO, Avant KC. Strategies for Theory Construction in Nursing, forth edition. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2005.
5. Reason J. Human error. Boston: Cambridge University Press; 1990.
6. Grundförfattning, Avvikelse Rapportering, 2005, www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-28
7. Ödegård, S., Säker vård, Patientskador, Rapportering och prevention, NVH-Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Doktorsavhandling i folkhälsovetenskap, 2006.
8. Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, kap. 2, 7 § www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1998:531#K2
9. Ödegård, S., I rättvisans namn, Liber AB, 2007.
10. Dir 2007:2007:57 Patientsäkerhet och tillsyn, www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3260&dok_id=DIR2007:57
11. Patientsäkerhetslagen, SFS2010:659, www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/patientsakerhetslag
12. www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forebygga/starkasakerhetskulturen
13. Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, Reason J, Schyve P, Vincent C, Walton M., What Exactly Is Patient Safety?, In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 1: Assessment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 Aug.
14. www.sjukhuslakaren.se/2010/12/16/okad-patientsakerhet-kraver-att-alla-aktorer-tar-sitt-ansvar/
15. www.kth.se/aktuellt/sveriges-forsta-professor-i-patientsakerhet-1.75378
16. www.sjukhuslakaren.se/2010/12/16/vardiskador-maste-kartlaggas-pa-klinikniva/
17. www.sjukhuslakaren.se/2010/12/16/datagranskning-av-journaler-sparar-risker/
18. www.kth.se/sth/forskning/forskningsomraden/teknik-och-kvalitet-i-vardssystem/patientsakerhet/patientsakerhet-1.60574
19. www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2010/9/Nytt-natverk-for-forskning-om-patientsakerhet/
20. Nationalencyklopedin. Sökord Etymologi. <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/etymologi> Tillgänglig 2011-01-26 kl. 08.30.
21. Nationalencyklopedin. Sökord semantik. <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/semantik> Tillgänglig 2011-01-26 kl. 11.40.
22. Patientsäkerhet, Vad har gjorts? Vad behöver göras?, Statens offentliga utredningar, SOU 2008:117, 2008.
23. Hellquist E. Svensk etymologisk ordbok. Lund: LiberLäromedel/Gleerup; 1989
24. Nationalencyklopedin, Svenska Ord. Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/index.jsp?&login=yes&type=THES>
25. Online Etymology Dictionary. Tillgänglig: <http://www.etymonline.com/index.php>
26. Svenska Akademiens Ordbok. Tillgänglig: <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>
27. Norstedts svenska ordbok. Stockholm: Norstedts ordbok; 2004
28. Bonniers svenska ordbok. Bonnier Alba AB, Stockholm, 1994
29. Nationalencyklopedin. Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/s>

- [%C3%A4kerhet/322447](#)
30. Nationalencyklopedin. <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/kvalitet/234210>
 31. Nationalencyklopedin. <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/kvalitetsteknik>
 32. Nationalencyklopedin, Engelska ord. Tillgänglig:
<http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sok/patient+safety?type=DICT>
 33. OxfordReference. Tillgänglig:
<http://www.oxfordreference.com.ezproxy.ub.gu.se/views/ENTRY.html?entry=t60.e6617&srn=1&ssid=901261469#FIRSTHITH>
 34. Strukturerad journalgranskning. Handbok för patientsäkerhetsarbete. IHI, Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, MA, 2007., Svensk översättning och anpassning, Socialstyrelsen, 2008.
 35. World health Organization, WHO, 2010. Tillgänglig: http://www.who.int/patientsafety/research/ps_online_course_session1_intro_2in1_english_2010_en.pdf
 36. Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete – en översikt, Socialstyrelsen, Art. nr. 2004-110-1, 2004.
 37. Att mäta patientsäkerhetskulturen. Handbok för patientsäkerhetsarbete. Socialstyrelsen, 2009.
 38. Stora synonymordboken. Stockholm: Strömberg; 1998
 39. Synonymer.se Tillgänglig: www.synonymer.se Sökord: Patientsäkerhet, Säkerhet, Kvalitet.
 40. Wanzel KR, Jamieson CG, Bohnen JM. Complications on a general surgery service: incidence and reporting. *Can J Surg* 2000; 43: 113–7.
 41. Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003; 133: 614–21.
 42. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 2004; 79: 186–94, universal protocol.
 43. Jacqueline Ross, Darrell Ranum, Improving Patient safety by Understanding Past Experiences in Day Surgery and PACU, *Journal of PeriAnesthesia Nurses*, Vol 24, No3, 144-151, 2009
 44. L Lingard, S Espin, S Whyte, G Regehr, G R Baker, R Reznick, J Bohnen, B Orser, D Doran, E Grober, Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects, *Qual Saf Health Care*, 13:330-334, 2004
 45. Koen Van den Heede, Steven Simoens, Luwis Diya, Emmanuel Lesaffre, Arthur Vleugels, Walter Sermeus, Increasing nurse staffing levels in Belgian cardiac surgery centres: a cost-effective patient safety intervention?, *Journal of Advanced Nursing*, 2010
 46. World Health Organization, WHO, 2010. Tillgänglig:
http://www.who.int/patientsafety/research/ps_online_course_session8_intro_2in1_english_2010_en.pdf
 47. P Rhodes, S J Giles, G A Cook, A Grange, R Hayton, M J Maxwell, T A Sheldon, J Wright, Assessment of the implementation of a national patient safety alert to reduce wrong site surgery, *Qual Saf Health Care*, 17:409-415, 2008
 48. Timothy J. Vogus, Kathleen M. Sutcliffe, The Impact of Safety Organizing, Trusted Leadership, and Care Pathways on Reported Medication Errors in Hospital Nursing Units, *Med Care* 2007;45, 997-1002, 2007
 49. Strukturerad journalgranskning. Handbok för patientsäkerhetsarbete. IHI, Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, MA, 2007., Svensk översättning och anpassning, Socialstyrelsen, 2008.

50. Koen Van den Heede, Emmanuel Lesaffre, Luwis Diya, Arthur Vleugels, Sean P. Clarke, Linda H. Aiken, Walter Sermeus, The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: Analysis of administrative data *International Journal of Nursing Studies* 46: 796-803, 2009
51. René Amalberti, MD, PhD; Yves Auroy, MD; Don Berwick, MD, MPP; and Paul Barach, MD, Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 142, no 9: 756-765, 2005
52. Surgical Safety Checklist, WHO, 2009, www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html
53. Haynes et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine* 360:491-9. (2009)
54. Ahlberg, J., Patientsäkerhet, en uppgift för alla, Landstingets Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2009 (sid 79-81)
55. L. Nilsson, O. Lindberget, A. Gupta, M. Vegfors, Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes, *Acta Anaesthesiol Scan*, 54: 176-182, 2010

Bilaga 1: WHO's Surgical Safety Checklist

Surgical Safety Checklist

World Health Organization
A World Alliance for Better Health Care

Patient Safety
A World Alliance for Better Health Care

Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
<p><small>(with at least nurse and anaesthetist)</small></p> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> <p>Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?</p> <input type="checkbox"/> Yes </div> <hr/> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> <p>Is the site marked?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable </div> <hr/> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> <p>Is the anaesthesia machine and medication check complete?</p> <input type="checkbox"/> Yes </div> <hr/> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> <p>Is the pulse oximeter on the patient and functioning?</p> <input type="checkbox"/> Yes </div> <hr/> <p>Does the patient have a:</p> <p>Known allergy?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <p>Difficult airway or aspiration risk?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available <p>Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and two IVs/central access and fluids planned	<p><small>(with nurse, anaesthetist and surgeon)</small></p> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> <input type="checkbox"/> Confirm all team members have introduced themselves by name and role. </div> <hr/> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> <input type="checkbox"/> Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made. </div> <hr/> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> <p>Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable </div> <hr/> <p>Anticipated Critical Events</p> <p>To Surgeon:</p> <input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss? <p>To Anaesthetist:</p> <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns? <p>To Nursing Team:</p> <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns? <hr/> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> <p>Is essential imaging displayed?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable </div>	<p><small>(with nurse, anaesthetist and surgeon)</small></p> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> <p>Nurse Verbally Confirms:</p> <input type="checkbox"/> The name of the procedure <input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts <input type="checkbox"/> Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name) <input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed </div> <hr/> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> <p>To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:</p> <input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient? </div>

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.
 Revised 1 / 2009 © WHO, 2009

Bilaga 2: Databasinsamling

Datum: 2011-01-25, kl. 8.00 – 15.00

CINAHL:

Sökord: Patient Safety AND Surgery AND Nursing

Limits: Peer reviewed, English language, Research article, 1997-2010

Träffar: 33 st.

Valda: 6 st.

Referensnummer: 43, 44, 45, 47, 48, 50

GUNDA:

Sökord: Patientsäkerhet

Generell sökning

Träffar: 34 st.

Valda: 1 st.

Referensnummer: 9

Scopus:

Sökord: Patient Safety AND Surgery AND Nursing AND Sweden

Träffar: 5 st.

Valda: 1 st.

Referensnummer: 55

Libris: (böcker)

Sökord: Patientsäkerhet

Åtkomst: Fritt online

Träffar: 31 st.

Valda: 3 st.

Referensnummer: 5, 7, 54

www.socialstyrelsen.se:

Sökord: Patientsäkerhet Kirurgi Omvårdnad

Träffar: 97 st.

Valda: 8 st.

Referensnummer: 1, 2, 6, 11, 12, 34, 36, 37

www.who.int:

Sökord: Patient safety surgery

Träffar: 4 st.

Valda: 2 st.

Referensnummer: 46, 54

Datum: 2011-01-27, kl. 08.00 - 15.00

www.riksdagen.se:

Sökord: LYHS och Patientsäkerhet

Träffar: 69 st.

Valda: 2 st.

Referensnummer: 8, 10

<http://www.sweden.gov.se/sb/d/1474> (socialdepartementet)

Sökord: Patientsäkerhet

Träffar: 19 st.

Valda: 1 st.

Referensnummer: 22

www.kth.se:

Sökord: Patientsäkerhet

Träffar: 100 st.

Valda: 2 st.

Referensnummer: 15, 18

www.sjukhuslakaren.se

Sökord: Patientsäkerhet

Träffar: 180 st.

Valda: 4 st.

Referensnummer: 14, 16, 17, 19

Datum: 2011.02.22, kl. 08.00 – 08.15

PubMed:

Här gjordes 4 kompletterande sökningar av 4 stycken relevanta artiklar som påträffats som bakgrundsartiklar och referenser i artikeln: Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes. (referensnummer 55)

Sökord: Sökningen gjordes på artiklarnas titlar. Complications on a general surgery service: Incidence and reporting, Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals, Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps, A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population.

Träffar: 1 st. per sökord.

Valda: 4 st. totalt, 1 stycken per sökord.

Referensnummer: 41, 42, 43, 53

Bilaga 3: Artikelpresentation

Referensnummer 40

Titel: Complications on a general surgery service: incidence and reporting.

Författare: Wanzel KR, Jamieson CG, Bohnen JM.

Tidsskrift: Canadian Journal of Surgery

År: 2000

Land: Kanada

Syfte: Att fastställa förekomsten och arten av komplikationer som inträffar vid kirurgiska avdelningar, för att sedan jämföra dessa med resultat från tidigare dokumentation och rapportering.

Metod: De har i denna studie genomfört en observation av vårdpersonalens arbete under ronder, i operationssalarna och vid patientmöten under två månader. De har även genomfört intervjuer med sjukvårdsteamerna på kirurgiavdelningarna för att insamla data.

Antal referenser: 21 stycken

Resultat: Studien visar att 75 av totalt 192 patienter fick någon form av komplikation (39%). 9 % av dessa dokumenterades aldrig i överhuvud taget och 80 % presenterades aldrig under den veckovisa morbiditet och mortalitet's ronden. Studien visar att komplikationer är vanliga och att underrapportering vanligt förekommande.

Referensnummer 41

Titel: Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals.

Författare: Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA.

Tidsskrift: Surgery

År: 2003

Land: USA

Syfte: Att undersöka och analysera detaljerade uppgifter om tillbud som inträffat vid kirurgiska avdelningar på tre olika universitetssjukhus i Massachusetts, USA.

Metod: De har i denna studie använt sig av konfidentiella intervjuer av 45 stycken slumpvis utvalda kirurger, för att få fram detaljerade uppgifter om allvarliga kirurgiska misstag som har begåtts. Uppgifterna om de tillbud som kirurgerna uppgav registrerades och analyserades.

Antal referenser: 42 stycken

Resultat: Bland 45 kirurger som tillfrågades att delta i studien, så deltog 38 stycken, där 146 olika incidenter rapporterades. 33% av dessa incidenter ledde till bestående funktionshinder och 13 % till patientens död. 77% var i samband med operation eller annat invasivt ingrepp. 13% involverade onödigt eller olämpligt förfaranden och 10% involverade onödig utveckling av sjukdom. Två tredjedelar av de händelser skedde under den operativa fasen, 27% under den preoperativa fasen och 22% under postoperativa fasen. Den vanligaste faktorer som bidrog till felen var oerfarenhet/brist på kompetens (53% av incidenter), kommunikationsfel (43%) och trötthet eller alltför hög arbetsbelastning (33%).

Referensnummer 42

Titel: Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps.

Författare: Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM.

Tidsskrift: Academic Medicine, Journal of the Association of American Medical Colleges.

År: 2004

Land: USA

Syfte: Att beskriva hur kommunikationsfel kan bidra till antalet ökade medicinska felbehandlingar.

Metod: En induktiv analys har gjorts av data insamlad från intervjuer. 26 stycken personal

med olika medicinska specialiteter har intervjuats om deras arbetsmiljö och deras rutinarbete, där de ombetts svara utifrån både med ett individuellt- och ett organisatoriskt perspektiv.

Antal referenser: 30 stycken

Resultat: Studien visar att sammanlagt 70 incidenter inträffade fördelat på totalt 85 patienter samt att de vanligaste förekommande faktorerna till att medicinsk felbehandling uppstod var bristande kommunikation och bristande omvårdnadsrutiner.

Referensnummer 43

Titel: Improving Patient safety by Understanding Past Experiences in Day Surgery and PACU

Författare: Jacqueline Ross, Darrell Ranum

Tidsskrift: Journal of PeriAnesthesia Nurses

År: 2009

Land: USA

Syfte: Syftet med denna artikel var att undersöka patientsäkerhetsarbetet på en dagkirurgiavdelning, samt en post-anestesi vårdenhet (PACU).

Metod: De använder sig av en retrospektiv analys, där de tittar på tidigare genomfört patientsäkerhetsarbete kring 93 olika patientfall.

Antal referenser: 5 st.

Resultat: Studien visar på skillnader mellan dagkirurgiavdelningen och PACU och de vanligast förekommande riskerna där. De tre vanligaste riskerna på PACU var klinisk bedömning (24%), administration (19%), och bristande kommunikation (19%). Medan de tre vanligaste riskerna på dagkirurgi avdelningen var administration (27%), patienters följsamhet/compliance (18%) och klinisk bedömning (18%).

Referensnummer 44

Titel: Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects

Författare: L Lingard, S Espin, S Whyte, G Regehr, G R Baker, R Reznick, J Bohnen, B Orser, D Doran, E Grober

Tidsskrift: Quality Safety Health Care

År: 2004

Land: Kanada

Syfte: Syftet med denna studie var att beskriva och klassificera effekterna av kommunikationsfel i en operationssal.

Metod: Metoden var en observationsstudie där tränade observatörer deltog vid 48 olika ingrepp, som följde ett ramverk för vad som noterades.

Antal referenser: 23 st.

Resultat: Studien visar att utbyte av teamets konstellation ägde rum vid 30% av de observerade fallen. Vid 1/3 av dessa så inträffade det incidenter som resulterande i att patientens säkerhet äventyrades. Studien visar att orsaken till att patientens säkerhet äventyrades berodde på en ökad arbetsbelastning på personalen, avbrutna rutiner, och ökad psykisk påfrestning på personalen i operationssalen.

Referensnummer 45

Titel: Increasing nurse staffing levels in Belgian cardiac surgery centres: a cost-effective patient safety intervention?

Författare: Koen Van den Heede, Steven Simoens, Luwis Diya, Emmanuel Lesaffre, Arthur Vleugels, Walter Sermeus

Tidsskrift: Journal of Advanced Nursing

År: 2010

Land: Belgien

Syfte: Syftet var att mäta kostnadseffektiviteten på en hjärtoperations avdelning, efter interventionen; att öka antalet sjuksköterskor.

Metod: Detta är en interventionsstudie, där de har undersökt kostnaden för ökad bemanning av sjuksköterskor mot kostnaden för färre dödsfall och vunna levnadsår för hjärtpatienterna.

Antal referenser: 12 st.

Resultat: Studien visar på en signifikant ökad kostnadseffektivitet av ökad bemanning av sjuksköterskor på en hjärtoperations avdelning, i jämförelse med andra kardiovaskulära interventioner.

Referensnummer 47

Titel: Assessment of the implementation of a national patient safety alert to reduce wrong site surgery

Författare: P Rhodes, S J Giles, G A Cook, A Grange, R Hayton, M J Maxwell, T A Sheldon, J Wright

Tidsskrift: Quality Safety Health Care

År: 2008

Land: England

Syfte: Att undersöka effekten av tidigare insatt nationell patient-beredskaps-intervention, kallad Patient Alert.

Metod: En före-efter studie, där intervjuer har genomförts av erfarna sjuksköterskor samt konsult kirurger.

Antal referenser: 20 st.

Resultat: Studien visar på en ökad frekvens av kirurgernas märkning av var patienten planerades att opereras. Endast 48% av rutinmässig märkning förekom innan interventionen infördes mot 85% efter.

Referensnummer 48

Titel: The Impact of Safety Organizing, Trusted Leadership, and Care Pathways on Reported Medication Errors in Hospital Nursing Units

Författare: Timothy J. Vogus, Kathleen M. Sutcliffe,

Tidsskrift: Medical Care

År: 2007

Land: USA

Syfte: Att undersöka sambandet mellan ledarskap och organisation mot rapporterade felmedicineringar.

Metod: Först skickades en enkät ut med frågeställningar kring ledarskap och organisation för att sedan följa upp med att undersöka rapporterade felmedicineringar de efterföljande 6 månaderna.

Antal referenser: 47 st.

Resultat: Studien visar att säkra rapporteringssystem i samband med stor tillit till ledningen ökade antalet rapporterade felmedicineringar.

Referensnummer 50

Titel: The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: Analysis of administrative data

Författare: Koen Van den Heede, Emmanuel Lesaffre, Luwis Diya, Arthur Vleugels, Sean P. Clarke, Linda H. Aiken, Walter Sermeus

Tidsskrift: International Journal of Nursing Studies

År: 2009

Land: Belgien

Syfte: Syftet var att undersöka sambandet mellan graden av sjuksköterskebemanningen kopplat till mortalitet av ineliggande postoperativa hjärtpatienter.

Metod: Här använde de en retrospektiv analys, där de genomförde en datasökning av 75 stycken primärvårds sjuksköterskemottagningar och 58 stycken intensivvårdsavdelningar.

Antal referenser: 28 st.

Resultat: Studien visar på att en signifikant minskning av patienters mortalitet efter en ökning av bemanningen av legitimerade sjuksköterskor, inom vårdavdelningar där opererade hjärtpatienter behandlades. Studien fann ingen signifikant minskning av mortaliteten på intensivvårdsavdelningarna.

Referensnummer 53

Titel: A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population.

Författare: Haynes et al

Tidsskrift: New England Journal of Medicine

År: 2009

Land: Canada, Indien, Jordanien, Nya Zeeland, Filipinerna, Tanzania, England, USA

Syfte: Att pröva "Surgical Safety Checklist", en checklista innehållande 19 punkter som är utformad av WHO och designad för att förbättra kommunikationen och kontinuiteten i teamarbetet kring patienter som genomgår ett kirurgiskt ingrepp. Detta med avsikt att reducera komplikationer och mortalitet hos dessa patienter.

Metod: En före-efter-studie med en intervention har använts i denna studie, där man före interventionen samlat in data om kliniska processer och dess effekter för 3733 stycken olika patienter som genomgått kirurgiskt ingrepp. Hjärtkirurgi har exkluderats. Efter interventionen införande (Surgical Safety Checklist), insamlades data kontinuerligt från 3955 olika patienter, så att en jämförelse före och efter interventionen skulle kunna göras.

Antal referenser: 29 stycken

Resultat: Studien visar att andelen dödsfall låg på 1,5% innan checklistan infördes för att sedan minska till 0,8% efteråt. Komplikationer som inträffade inom slutenvården uppmättes till 11,0% vid baseline och i 7,0% efter införandet av checklista. Införandet av checklista visar även en minskning av dödlighet och komplikationer hos patienterna.

Referensnummer 55

Titel: Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes

Författare: L. Nilsson, O. Lindberget, A. Gupta, M. Vegfors

Tidsskrift: The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation

År: 2009

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka personalens attityd till inför en preoperativ checklista (time out), som införts 1 år tidigare på två kirurgiska kliniker.

Metod: De har här använt sig av en enkätstudie, där 704 stycken enkäter skickats ut per e-post till berörd personal.

Antal referenser: 21 st.

Resultat: Studien visar att utskickad enkät besvarades av 47% av de tillfrågade och att 93% av dessa tyckte att den preoperativa checklistan (time out) bidrog till ökad patientsäkerhet.