

# Sjuksköterskors erfarenhet av avvikelse rapportering inom kommunal hälso- och sjukvård

|   |   |
|---|---|
| FÖRFATTARE                                | Birgitta Höglund  |
| PROGRAM/KURS                              | Fristående kurs OM5130<br>15 högskolepoäng<br>Examensarbete för<br>magister i<br>Omvårdnad<br>HT 2013 |
| OMFATTNING                                | 15 högskolepoäng  |
| HANDLEDARE                                | Hanna Falk  |
| EXAMINATOR                                | Lars-Olof Persson   |
| Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa |   |

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

|                      |   |
|----------------------|---|
| Titel (svensk):      | Sjuksköterskors avvikelserapportering inom kommunal hälso- och sjukvård |
| Title (engelsk):     | Nurses incident reporting in community home care                        |
| Arbetets art:        | Självständigt arbete  |
| Kurs                 | Fristående kurs OM5130  |
| kursbeteckning:      | Examensarbete för magister i omvårdnad                                  |
| Arbetets omfattning: | 15 Högskolepoäng  |
| Sidantal:            | 27 sidor  |
| Författare:          | Birgitta Höglund  |
| Handledare:          | Hanna Falk  |
| Examinator:          | Lars-Olof Persson   |

---

## SAMMANFATTNING

**Introduktion:** Varje år skadas fler än 100 000 patienter av hälso- och sjukvården. Vårdskador innebär ett vårdlidande och påverkar samhällets hälsoekonomi. Sjuksköterskor har ett huvudansvar för det direkta omvårdnadsarbetet och är skyldiga att rapportera avvikelser. Trots att patientsäkerhetsarbetet är ett prioriterat område inom vård och omsorg visar forskning att sjuksköterskor inte rapporterar alla avvikelser som sker på arbetsplatsen. **Syfte:** Studiens syfte är att belysa sjuksköterskornas erfarenheter av att avvikelserapportera inom kommunal hälso- och sjukvård. **Metod:** Kvalitativ metod används med explorativ design. Fokusgruppintervju med en undersökningsgrupp som består av sex sjuksköterskor genomförs där semistrukturella frågor ställs. För analys av data används en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Sjuksköterskors erfarenheter av avvikelserapportering utgjordes av känslor av *hopplöshet*, *maktlöshet* och *hjäplöshet*. Det fanns även en *rädsla* att själv orsaka en avvikelse men även för kollegors reaktioner. För att *öka motivationen* att avvikelserapportera framkom det att sjuksköterskorna ville vara mer delaktiga i avvikelshanteringen, få återkoppling på sina avvikelserapporter och förbättra samverkan med apotek, vårdcentraler och enhetschefer. **Diskussion:** I enlighet med tidigare forskning visade resultatet att öppenhet i kommunikation på arbetsplatsen kring avvikelser samt återkoppling där ingen pekas ut motiverar sjuksköterskor att avvikelserapportera. Känslor som hopplöshet, maktlöshet, hjäplöshet och rädsla hindrar sjuksköterskor att arbeta preventivt med patientsäkerhet. Få studier riktar sin uppmärksamhet på vad det emotionellt innebär för sjuksköterskor att avvikelserapportera. Studiens resultat visar att det finns utrymme för vidare forskning inom det här området.

**Nyckelord:** Avvikelse, avvikelserapportering, patientsäkerhet, kvalitetssäkring, säkerhetskultur, hemsjukvård, sjuksköterska

## ABSTRACT

**Introduction:** Every year more than 100000 patients suffer from injuries caused by the health care system with high human and economic costs. Incident reporting is one of the nurses' responsibilities. Although patient safety is a prior area in nursing care, science show that nurses don't reports all incidents that occur. **Purpose:** The purpose of this study is to describe nurses' incident reporting in community home care. **Method:** An exploratory, qualitative research design, which included one focus group, was used. Participate consisted of six nurses in community home care. Data were collected through a semi-structured interview and analyzed by qualitative content analysis. **Result:** Five categories emerged. The result consisted of four categories describing the informants' experience of incident reporting in community home care; *feelings of hopelessness, feeling of powerlessness, feelings of helplessness and fear*. To increase nurses' motivation to report incidents, nurses want feedback and become more involved in incident reporting system in order to learn from incidents. Nurses wanted more support from the management and improved corporation with pharmacy and the health centers. **Discussion:** Previous research and this study's result showed that feedback and open communication of incidents and errors encourage nurses to report incidents. It was important for the nurses' that no one was accused when incident occur. Feelings of hopelessness, powerlessness, helplessness and fear prevented nurses to promote patient safety. **Further research:** Few studies focus on emotional aspects as barriers that prevent nurses to report incidents. The result of this study shows the need for further research in this area.

**Keywords:** Errors, incident reporting, patient safety, quality assurance, safety culture, home care, nurse

*Tack!*

Jag vill rikta ett stort tack till min handledare Hanna Falk och till de sjuksköterskor som medverkade i studiens fokusgruppintervju.

**INTRODUKTION**

|  |    |
|--|----|
| <b>BAKGRUND</b> .....                                    | 1  |
| Kommunal vård och omsorg .....                           | 1  |
| Avvikelseberättelser inom kommunal vård och omsorg ..... | 2  |
| Lagstiftning som reglerar patientsäkerhetsarbetet .....  | 4  |
| <i>Lex Maria</i> .....                                   | 4  |
| <i>Lex Sarah</i> .....                                   | 5  |
| Säkerhetskultur .....                                    | 6  |
| Teoretisk referensram .....                              | 7  |
| <b>METOD</b> .....                                       | 8  |
| URVAL .....  | 8  |
| DATAINSAMLING .....                                      | 9  |
| DATAANALYS .....   | 10 |
| FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN .....                      | 10 |
| <b>RESULTAT</b> .....                                    | 12 |
| Känslor av hopplöshet .....                              | 14 |
| Känslor av maktlöshet .....                              | 14 |
| Känslor av hjälplöshet .....                             | 15 |
| Rädsla .....   | 15 |
| Ökar motivationen .....                                  | 16 |
| <b>DISKUSSION</b> .....                                  | 17 |
| METODDISKUSSION .....                                    | 17 |
| RESULTATDISKUSSION .....                                 | 21 |
| Vidare forskning .....                                   | 24 |
| Slutsats .....   | 25 |
| <b>REFERENSER</b> .....                                  | 26 |
| <b>BILAGOR</b>   |    |
| Bilaga 1 Intervjuguide                                   |    |
| Bilaga 2 Forskningspersoninformation                     |    |
| Bilaga 3 Samtyckesformulär                               |    |

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Fler än 100 000 patienter skadas varje år av svensk hälso- och sjukvård, 3000 av dessa patienter avlider till följd av sin vårdskada. Det innebär 630 000 extra vårdtygn på sjukhus per år (Socialstyrelsen, 2008b). Vårdskador uppstår på grund av brister i patientsäkerhetsarbetet och innebär ett vårdlidande för dem som drabbas samt genererar stora kostnader för samhället. Patientsäkerhetslagen (SOSFS 2010:659) har stärkts och patientsäkerhetsarbetet har därmed blivit ett prioriterat område inom alla kommuner och landsting. En sjukvårdsorganisations säkerhetsmedvetande ökar med en fungerande avvikelse- och riskhantering. Enligt Sveriges kommuner och landsting (SKL) beror ofta en avvikelse på brister i arbetsmiljön, brister i arbetsrutiner, bristande teknik eller kompetens. Det är därför viktigt att de bakomliggande orsakerna utreds och analyseras i stället för att skuldbelägga en enskild individ/anställd personal (SKL, 2011).

Trots att metoder för systematiskt patientsäkerhetsarbete har utarbetats i de flesta länder visar forskning att sjuksköterskor inte rapporterar alla avvikelser som sker på arbetsplatsen. För att förstå hur sjuksköterskor kliniskt arbetar med avvikelshantering behövs mer kunskap om vad som motiverar och hindrar dem att avvikelserapportera. I den här studien vill jag granska sjuksköterskornas erfarenheter av att avvikelserapportera inom kommunal hälso- och sjukvård i en av stadsdelarna i Göteborg.

## BAKGRUND

### Kommunal vård och omsorg

Sedan Ädelreformen 1992 har Sveriges kommuner ansvar för hälso- och sjukvård av äldre och funktionshindrade personer. Socialstyrelsen (2008a) beskriver i *"Hemsjukvård i förändring - En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer"* att en målsättning inom svensk äldreomsorg är att äldre personer ska kunna bo kvar i sina ordinära boenden trots mycket omfattande vård- och omsorgsbehov vilket ökar kraven på vård- och omsorgspersonalens kompetens. När patienten skrivs ut från sjukhuset tar hemsjukvården och primärvårdens läkare över ansvaret för patientens vård och behandling i hemmet. Hemsjukvård kan bedrivas av två olika huvudmän; kommunen eller landstinget i form av primärvård. Hemsjukvård omfattas av omvårdnad, rehabilitering, habilitering i ordinärt boende och i särskilt boende.

Hemsjukvården ska vara personfokuserad och evidensbaserad, utföras på ett säkert sätt, vara effektiv, vara jämlik och ges i rimlig tid. Hemsjukvården ansvarar för medicinska åtgärder som är sammanhängande över tid och ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering (Socialstyrelsen, 2008a). Kommunernas ansvar för vård och omsorg regleras i socialtjänstlagen (SOSFS 2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 1982:763).

*Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan* i kommunens hälso- och sjukvård ansvarar för att vården ska vara god, säker och att delegation sker på ett för patienten säkert sätt (SOSFS 1982:763). *Sjuksköterskor* i kommunal hälso- och sjukvård har ett huvudansvar för det direkta omvårdnadsarbetet vilket innebär att leda, planera, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i teamet. Det ligger även inom ramen för sjuksköterskans uppdrag att utföra och medverka i undersökningar och behandlingar samt vid behov, informera och undervisa patienter och närstående. Sjuksköterskan ska även samverka med andra aktörer i vårdkedjan, det vill säga primärvård, kommun och landsting (Socialstyrelsen, 2008a).

*Undersköterskor och vårdbiträden* inom kommunens omsorgsverksamhet har samma ansvar som sjuksköterskan när de utför delegerade uppgifter. Omsorgspersonalen är alltid skyldig att rapportera till tjänstgörande sjuksköterska när det sker förändringar i patientens hälsotillstånd (Socialstyrelsen, 2005). För att stärka patientsäkerheten bör, enligt Ödegård (2006), särskilt stöd och uppmärksamhet riktas mot undersköterskor och vårdbiträden som arbetar närmast patienten. (Ödegård, 2006). Socialstyrelsen skriver i sin rapport "*Hemsjukvård i förändring*" (2008a) att patienter som bor i ordinärt boende och har hemtjänst har flest vårdtillfällen och vård dagar på sjukhus jämfört med patienter som har insatser från hemsjukvård eller bor i särskilt boende (Socialstyrelsen, 2008a).

### **Avvikelse rapportering inom kommunal vård och omsorg**

Syftet med avvikelse rapporteringssystemet är att förhindra att negativa händelser sker igen, att rutiner förbättras och att vården kvalitetssäkras. Alla som arbetar inom vård och omsorg är skyldiga att rapportera avvikelser och bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls (SOSFS 2010:659). En avvikelse är en händelse som inte ingår i normala rutiner inom hälso- och sjukvården. Avvikelse delas in i *negativa händelser* och *tillbud*.

En negativ händelse innebär att avvikelser orsakat någon form av konsekvenser för patienten, till exempel i form av en vårdskada. Vårdskada beskrivs av Socialstyrelsen som lidande, obehag, fysisk eller psykisk skada, sjukdom eller död som skulle kunnat ha undvikits om hälso- och sjukvårdspersonalen följt gällande rutiner och regelverk. Ett tillbud är en avvikelse som kunde ha orsakat patienten en vårdskada men som inte medförde några konsekvenser för patienten (SOSFS 2011:9).

Avvikelser som inträffar inom kommunal hälso- och sjukvård beror oftast på fel i läkemedelshantering, fallskador, bristande omvårdnad, försenade eller uteblivna behandlingar. I Sveriges Kommuner och Landsting (2011) *Säkrare vård och omsorg - Handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete* belyses Socialstyrelsens genomförda interna granskning år 2009 av 578 inrapporterade lex Maria-ärenden från både kommuner och Landsting under en sex månadersperiod. En fjärdedel av de totala vårdskadorna var relaterade till läkemedel, såsom överdoseringar, förväxlingar eller otillräckliga behandlingar. 127 av de lex Maria-rapporterna, det vill säga 22 procent, var inkomna från kommunal hälso- och sjukvård. 21 procent av de 127 ärendena hade resulterat i dödsfall, 27 procent orsakade patienten bestående skador och i 52 procent av de rapporterade ärendena var vårdskadan övergående. Fler än hälften av den kommunala hälso- och sjukvårdens inrapporterade lex Maria-ärenden var relaterade till fel i läkemedelshantering, där det ofta handlade om problem med dosdispenserade läkemedel i Apodos (SKL, 2011).

Enligt Berland et.al. (2012a) och Evans et. al. (2006) fokuserar sjuksköterskor ofta på patientsäkerhet i samband med att det redan har inträffat till exempel en fallolycka (Berland et.al. (2012); Evans et.al. (2006)). Brister i förebyggande omvårdnad som orsakat trycksår, infektioner eller djup ventrombos rapporteras sällan. Akuta händelser såsom fallincidenter där många är inblandade rapporteras däremot ofta (Evans et. al., 2006). Till skillnad från avvikelserna inom kommunens hälso- och sjukvård beror avvikelse inom omsorgsverksamheten på brister i bemötande eller tillsyn, brister i informationsöverförande, brister i personlig vård, brott mot sekretesslagen, uteblivna insatser, fysiska och psykiska övergrepp (SKL, 2011). I Berland et. al. (2012b) studie beskriver sjuksköterskorna att brister i patientsäkerhetsarbetet kan relateras till otillräckligt ledarskap, försummade rutiner och otillräcklig kompetens bland omsorgspersonal inom hemtjänsten (Berland et al, 2012b).



För att öka kvalitén i omhändertagandet av patienter, ska alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ha rutiner för att utreda vad som orsakat en avvikelse. Utredning av en avvikelse innebär att identifiera, dokumentera och rapportera (SOSFS, 2010:659). För att undvika att samma avvikelse sker igen ska åtgärder som genomförts följas upp och övriga medarbetare i verksamheten ska kunna ta del av dem. Evans et. al. (2006) och Kingston et.al. (2004) visar i sin forskning att brist på respons efter avvikelserapportering utgör ett hinder. När återkoppling uteblir uppfattar sjuksköterskorna avvikelserapportering som slöseri med tid och prioriterar inte rapporteringen (Evans et. al., 2006), (Kingston et. al., 2004). Formulär som tar lång tid att fylla i upplever sjuksköterskor också som ett stort hinder (Evans et. al., 2006). Enligt Evans et. a. (2006) och Kingston et. al. (2004) accepterar sjuksköterskor i allmänhet avvikelserapportsystemet.

I Jensen Lundqvist & Axelsson (2005) studie framkom det att sjuksköterskor upplever kvalitetssäkring som en extra börda, som de är ålagda att följa och något som man arbetar med vid sidan av, det upplevdes inte vara integrerat i omvårdnadsarbetet (Jensen Lundqvist & Axelsson, 2005).

Sjuksköterskor motiveras att avvikelserapportera när arbetsplatsen har klara rutiner, förenklade formulär och instruktioner om vad en avvikelse innebär. Forskning visar också att ett anonymt avvikelserapporteringssystem motiverar sjuksköterskor att rapportera avvikelser, men det kan också försvåra uppföljningen av en händelse (Evans et. al, 2006; Kingston et. al., 2004).

### **Lagstiftning som reglerar patientsäkerhetsarbetet**

Från och med den 1 juni 2013 har IVO – Inspektionen för vård och omsorg, tagit över Socialstyrelsens ansvar för tillsyn över hälso- och sjukvård, socialtjänst och enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt tillståndsprövning. IVO handlägger numer anmälningar enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28) och Lex Sarah ([www.ivo.se](http://www.ivo.se)).

#### ***Lex Maria***

Lex Maria tillkom som lag år 1937 efter att fyra patienter, som vårdats på Maria sjukhus i Stockholm avlidit, på grund av att de av misstag hade erhållit injektioner med desinfektionsmedel i stället för lokalbedövningsläkemedel ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

När en avvikelse har rapporterats till vårdgivaren görs en bedömning om anmälan enligt lex Maria (SOSFS, 2010:4) ska göras. Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska hälso- och sjukvårdspersonal rapportera om en patient drabbats eller riskerar att drabbas av en vårdskada i samband med undersökning, vård och behandling. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska en patient som drabbats eller som blivit utsatt för risk att drabbas av en allvarlig vårdskada erhålla information om det och själv få möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen. Om patienten inte själv kan återberätta sina upplevelser kan en närstående bistå patienten med en redogörelse av händelsen. Enligt lex Maria (SOSFS 2010:4) ska en anmälan innehålla redovisning om att en internutredning utförts för att ta reda på *vad* som hände, vilka åtgärder som är vidtagna och korrigerade och att orsaken till avvikelserna är identifierad. En riskbedömning utförs där vårdgivaren avgör om händelsen kan upprepas, och vilka konsekvenser som i så fall kan uppkomma. Vårdgivaren ska också undersöka om liknande händelser har inträffat tidigare inom samma verksamhet och vilka riskförebyggande åtgärder som vidtagits med utgångspunkt av riskbedömningen (SOSFS, 2010:4).

### ***Lex Sarah***

Lex Sarah (SOSFS 2011:5) trädde i kraft 1999 efter att Sara Wagnert, undersköterska på ett äldreboende i Stockholm, slagit larm via massmedia att de äldre personerna på det särskilda boendet vanvårdades ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

Anmälan om lex Sarah (SOSFS 2011:5) rapporterar om missförhållanden eller uppenbar risk för missförhållanden som kan relateras till olika handlingar, antingen utförda på fel sätt eller uteblivna handlingar. Verksamhetsansvarig person utreder om konsekvenserna av tillbudet eller den negativa händelsen, om det funnits risk för en persons liv och säkerhet eller/och den fysiska och psykiska hälsan är hotad. Den berörde personen eller närstående ska alltid underrättas när en anmälan till Socialstyrelsen har gjorts. Verksamhetsansvarig person avgör om information gällande vilka åtgärder som vidtagits också ska delges den drabbade individen samt om stöd ska erbjudas honom eller henne. Verksamhetsansvarig tar också ställning till vilken information om aktuella åtgärder som vidtagits ska delges berörd personal och vilket stöd som kan erbjudas han eller henne (SOSFS 2011:5).

## **Säkerhetskultur**

Enligt Reason (2000), kan mänskliga misstag ses utifrån två perspektiv, personligt ansvar eller ett systemansvar. Ett systemansvar innebär att utgå från att fel som uppstår i verksamheten kan förväntas då människan inte är ofelbar även i en väl fungerande verksamhet. Om ledningen istället utgår från ett individansvar, läggs skulden på en enskild person, och avvikelser behandlas som ett moraliskt problem. Ett individansvar kan, enligt Reason (2000) framkalla rädsla, skam och skuld hos den anklagade personen (Reason, 2000). Ledningens och personalens attityder till öppenhet och engagemang för patientsäkerhetsarbete, påverkar arbetsplatsens säkerhetskultur (Lindh & Sahlqvist (red.), 2012).

I Kingston et. al. (2004) studie framkommer det att sjuksköterskor som är inblandade i negativa händelser och tillbud kan känna rädsla och obehag inför den respons hon eller han får från sin arbetsplats, många upplever det mycket besvärande att göra misstag på grund av ledningens attityder till avvikelser (Kingston, 2004). På arbetsplatser inom vård och omsorg där det ofta förekommer avvikelser, och personalen har svårt att påverka, kan vårdskador ses som normala företeelser och risker accepteras (Lindh & Sahlqvist, 2012). Enligt Evans et. al (2006) förekommer det att sjuksköterskor inte alltid rapporterar tillbud som har med läkemedelshantering att göra (Evans et. al., 2006). Lindh & Sahlqvist (2012) beskriver att personalens attityder kan påverka om vårdskador inträffar eller inte.

Hög toleransnivå på en arbetsplats kan innebära att personalen accepterar att vissa avvikelser förekommer. När patienterna drabbas av komplikationer kan det uppfattas som något normalt kopplat till exempelvis ålder och diagnos (Lindh & Sahlqvist, 2012).

En god säkerhetskultur kännetecknas, enligt Sveriges Kommuner och Landsting, av att ledningen och de anställda erkänner att det förekommer risker i verksamheten och att personalen ska kunna rapportera avvikelser utan att bli skuldbelagd. God samverkan mellan olika vårdenheter samt information och stöd till patienten, närstående och personal vid en negativ händelse ger en gynnsam säkerhetskultur. Återföring och öppenhet i kommunikation kring avvikelser är en viktig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet (SKL, 2011).

## **Teoretisk referensram**

Katie Erikssons vårdvetenskapliga begrepp vårdlidande är, enligt Eriksson (1994), en subjektiv upplevelse hos patienten som innebär kränkning av patientens värdighet. Vårdlidande uppstår då vårdpersonal utdelar fördömelse och straff, använder sig av maktutövning och när vård uteblir. Eriksson menar att vårdlidande minskar människans möjligheter att använda sina innersta hälsoresurser (Eriksson, 1994). När patienten inte kan använda sina hälsoresurser fullt ut blir vården ineffektiv och resurserna utnyttjas inte på bästa sätt. Vårdlidandet får inte bara konsekvenser för patienten, utan även samhällets hälsoekonomi påverkas.

Eriksson (1994) betonar att vårdpersonal som orsakar vårdlidande ofta kan vara omedveten om sitt handlande relaterat till okunskap och avsaknad av reflektion (Eriksson, 1994). Som patient är man utanför sitt vanliga sammanhang, vid långvarig ohälsa kan patienten vara helt utan sammanhang. Det är viktigt att få del av sin egen hälsoprocess. Dahlberg (2002) beskriver att vårdlidande uppstår då patienten inte förstår den vård som sker, att inte förstå innebär att patienten känner sig utsatt. Kärnan i god vård finns i vårdrelationen men det är också i vårdrelationen som vårdlidandet kan uppstå. En negativ vårdrelation, där patienten inte blir hörd hindrar positiv hälsoutveckling och är destruktivt. Ansvar för vårdrelationen ligger, enligt Dahlberg (2002), hos vårdaren vars uppgift är att underlätta för patienten att ta ansvar för sitt liv och sin hälsoutveckling (Dahlberg, 2002).

God vård förhindrar vårdskador, främjar patientens hälsoprocesser och är kostnadseffektivt. Enligt Socialstyrelsen (2009a) innebär god vård att hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, den ska också vara säker och patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges inom rimlig tid.

De nationella övergripande indikatorerna för god vård är att de ska bygga på respekt för människans lika värde och värdighet. God vård innefattas av att människans självbestämmande och integritet respekteras, att vårdprocessen kännetecknas av ett respektfullt bemötande från första kontakten med hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2009). Eriksson (1994) menar att lidande kan lindras och vårdlidande förhindras genom att patienten möts med värdighet, bekräftas som en unik person och blir förstådd. Patienten behöver vara informerad, delaktig och få den vård och behandling som patienten som en unik person behöver (Eriksson, 1994).

## **SYFTE**

Syftet med studien är att belysa sjuksköterskors erfarenheter avvikelse rapportering inom kommunal hälso- och sjukvård. För att uppnå syftet ställdes följande forskningsfrågor;

- Vad hindrar sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård att avvikelse rapportera?
- Vad motiverar sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård att avvikelse rapportera?
- Vilka personliga erfarenheter har sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård av att själva rapportera avvikelser?

## **METOD**

### **DESIGN**

Det finns få studier som beskriver sjuksköterskors samlade erfarenheter av avvikelshantering. För att söka svar på forskningsfrågorna och därmed uppfylla syftet med studien valdes en kvalitativ ansats som tillåter att data utforskas induktivt. Denna ansats valdes dels på grund av bristen på tidigare studier och dels på grund av intentionen att öka förståelsen och belysa förhållandena, det vill säga vad som hindrar eller motiverar sjuksköterskor att rapportera avvikelser.

Med stöd av data via en fokusgruppintervju önskar författaren fånga den subjektiva dimensionen i det mellanmänniska mötet, där mening skapas och kunskap om fenomenet kan framträda. En kvalitativ innehållsanalys kommer att användas för att analysera det insamlade intervjumaterialet.

### **URVAL**

Sex informanter väljs ut av författaren genom ett strategiskt urval för att få så stor bredd som möjligt i fokusgruppen avseende arbetslivserfarenhet, ålder och kön. Sex deltagare är ett lämpligt antal i en fokusgrupp då det underlättar för informanterna att delta i gruppdiskussionen (Dahlin Ivanoff, 2011). De tillfrågade informanterna ska vara anställda inom kommunal hälso- och sjukvård som legitimerade sjuksköterskor samt ha erfarenhet av hemsjukvård i minst ett år. Sjuksköterskorna ska tidigare ha varit med om avvikelser och avvikelserapporterat. För att få tillgång till informanterna tillfrågas en

enhetschef för ett hemsjukvårdsteam i en av stadsdelarna i Göteborg. Inledningsvis lämnas en tillståndsansökan till enhetschefen med förfrågan om att få genomföra intervjun.

De utvalda sjuksköterskorna tillfrågas personligen av författaren om de är intresserade av att delta i studiens fokusgruppintervju, efter att verksamhetens enhetschef skrivit under en tillståndsansökan. En vecka innan intervjun äger rum delas Forsknings personinformationen (bilaga 2) med Samtyckesformulär (bilaga 3) ut till de tillfrågade sjuksköterskorna.

Samtliga sjuksköterskor gav sitt medgivande. Sjuksköterskornas åldrar varierade från 27-61 år. Fem av sjuksköterskorna var kvinnor och en av deltagarna var man, vilket speglar personalens könssammansättning i verksamheten. Deras bakgrund och erfarenhet varierade. Samtliga sjuksköterskor har arbetat mer än ett år inom kommunal hälso- och sjukvård. En av sjuksköterskorna har erhållit sin sjuksköterskeutbildning i ett annat europeiskt land, en av deltagare var utbildad distriktssjuksköterska och en deltagare psykiatrisjuksköterska.

## **DATAINSAMLING**

Datainsamlingen sker via fokusgruppintervju. Fokusgruppmetoden är mycket användbar när man vill undersöka hur människor uppfattar, reflekterar och talar om ett speciellt ämne. Genom den här metoden kan ny kunskap utforskas och gammal kunskap befastas. Interaktion är en viktig del i fokusgruppintervjumetoden (Dahlin Ivanoff, 2011). Sjuksköterskorna informeras muntligt och skriftligt (bilaga 2) en vecka innan fokusgruppintervjun ska äga rum. Intervjun ljudinspelas och ska pågå i cirka 45 minuter i ett förbokad rum i anslutning till sjuksköterskornas arbetsplats. Studiens författare är gruppleddare och ställer halvstrukturerade nyckeldiskussionsfrågor, enligt en intervjuguide (bilaga 1). Finns det möjlighet under intervjun ställer gruppleddaren även följdfrågor utöver nyckeldiskussionsfrågorna; *hur menar du då, vad innebär det?* och *kan du berätta mer?* Intervjun kommer inte att sammanfattas i anslutning till intervjutillfället då det kan uppfattas som om intervjun direkttolkas, analysen genomförs senare (Trost, 2010).

Gruppleddarens roll är att skapa en tillåtande och en icke dömande miljö, vara uppmuntrande, lyssna och lära av fokusgruppen. Frågorna i en fokusgruppintervju ska formuleras så att de stimulerar till diskussion och belyser syftet (Dahlin Ivanoff, 2011). Författaren planerar att en tillfrågad bisittare/observatör deltar i fokusgruppintervjuer för

att observera pågående stämning och skriva minnesanteckningar under intervjun. Tyvärr avsäger sig observatören sin medverkan i samband med att intervjun ska äga rum. Det är därför viktigt att forskaren har en öppet sinn, är mottaglig och förstående, men samtidigt ha förmågan att växla mellan närhet och distans genom reflektion (Dahlberg, 1997).

## **DATAANALYS**

I studien används en manifest innehållsanalys för att identifiera och systematisera sjuksköterskors uttalade erfarenheter av avvikelserapportering inom kommunal hälso- och sjukvård. Den manifesta innehållsanalysen fokuserar på det synliga och uppenbara i texten, medan en latent innehållsanalys fokuserar på textens innebörd och dolda mening (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Enligt Dahlin-Ivanoff (2011) ska data från en fokusgruppintervju analyseras i sitt sammanhang, olika ord kan användas för samma fenomen eller att samma ord kan ha olika betydelser (Dahlin Ivanoff, 2011). Den transkriberade intervjun läses igenom i sin helhet ett flertal gånger för att författaren ska bli förtrogen med textmaterialet och för att identifiera de meningsbärande enheterna. Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012) är det viktigt att all text tas tillvara. Meningsenheterna ska därefter kondenseras för att göra texten mer lätthanterlig och för att ta tillvara det centrala i textens innehåll. Texten abstraheras och formas sedan till koder, innehållet lyfts då till en högre logisk nivå och koderna kan möjliggöra en fortsatt reflektion. Efter reflektionen kan koderna omformas till underkategorier och kategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

För att skydda individen har forskningsetiska krav fastställts, de bygger på etiska principer i FN:s deklaration (1966), om mänskliga rättigheter och i Helsingforsdeklarationen (2008). Huvudkraven är *informationskravet*, *krav på samtycke*, *konfidentialitetskravet*, *säkerhetskravet* och *nyttjandekravet*. Vetenskapsrådet ([www.vr.se](http://www.vr.se)) är en organisation som har ett samlat övergripande ansvar för etiska forskningskrav i Sverige. Etikprövningslagen (2003:460) har tillkommit för att skydda människor som deltar i forskning och syftet är att skydda individens integritet.

Författaren följer de etiska riktlinjerna för omvårdnadsforskning som organisationen Sjuksköterskornas Samarbete i Norden har fastställt och de överensstämmer även med de etiska krav som återfinns i FN deklarationen och i Helsingforsdeklarationen. Centrala

Etikprövningsnämndens ([www.epn.se](http://www.epn.se)) godkännande krävs inte för den här studien då den ingår i en högskoleutbildning. I Sverige omfattas inte studentforskning av kravet på etiskt godkännande, men det är ändå viktigt att reflektera över de etiska dilemman som kan uppstå då man tillfrågar människor om deras personliga erfarenheter.

Information om studiens syfte och genomförande ges både muntligt och skriftligt till de sjuksköterskor som väljs ut som lämpliga deltagare i studien. Forskningspersoninformationen är upptagen i bilaga 2, som följer kravet på informerat samtycke, där studiens syfte och genomförande framgår, att deltagandet är frivilligt och att informanterna när som helst kan avbryta sitt deltagande utan att skäl till det behöver anges. I enlighet med konfidentialitetskravet informeras också sjuksköterskorna om att insamlad data behandlas konfidentiellt och avidentifieras. Personuppgiftslagen (1998:204) reglerar personuppgifter för forskningsändamål. Enligt säkerhetskravet kommer inte några personuppgifter förekomma och informanternas namn avkodas. Studiens insamlade material kommer endast att användas i studiesyfte.



## RESULTAT

Sammantaget visade studien att sjuksköterskors erfarenheter och attityder till avvikelserapportering inom kommunal vård och omsorg utgjordes av känslor av **hopplöshet, maktlöshet och hjälplöshet**. Man beskrev att det fanns en stor **rädsla** för kollegors och egna reaktioner av att vara involverade i negativa händelser. Sjuksköterskorna reflekterade även över vad som kunde påverka dem positivt och **öka motivationen** att avvikelserapportera.

Studiens underkategorier som framkom i analysprocessen redovisas i figur 1. Vad som motiverar och hindrar sjuksköterskan att rapportera avvikelser påverkas av den säkerhetskultur som råder på arbetsplatsen. En säkerhetskultur som hindrar sjuksköterskan att avvikelserapportera innebär en risk för vårdskador och vårdlidande. En säkerhetskultur som motiverar sjuksköterskan att avvikelserapportera främjar god vård, patientsäkerhet och kompetens.

Figur 1.



Tabell 1 visas exempel på hur analysprocessen utvecklats från koder till underkategorier och kategorier.

Tabell 1

| KOD  | UNDERKATEGORI  | KATEGORI               |
|--|--|------------------------|
| Avvikelse skrivs ofta  | Stort flöde av avvikelser                              | Känslor av hopplöshet  |
| Fler avvikelser ger mindre effekt                                    |  |                        |
| Fler avvikelser på Apotekstjänst och på sommarhalvåret               |  |                        |
| Tidspress  | Tidsbrist  |                        |
| Avvikelse tar tid att skriva   |  |                        |
| Hinner inte skriva avvikelser  |  |                        |
| Ingen återkoppling   | Tas inte på allvar                                     | Känslor av maktlöshet  |
| Avvikelse tas inte på allvar och leder ingenstans                    |  |                        |
| Förändringsarbete tar för lång tid                                   |  |                        |
| Ingen förändring, ingen förbättring                                  | Utbildad personal och ingen åtgärd                     |                        |
| Fler utbildad personal inom LSS                                      |  |                        |
| Avvikelse inom LSS åtgärdas inte                                     |  |                        |
| Personalen vet inte vad avvikelserrapportering innebär               | Att inte förstå innebörden av att avvikelserrapportera | Känslor av hjälplöshet |
| Negativt att inte förstå varför man avvikelserrapporterar            |  |                        |
| Ingen information om hur avvikelser hanteras                         | Svårt att hitta information och rätt blankett          |                        |
| Använder fel blanketter  |  |                        |
| Svårt att rapportera när kollega tar illa vid sig                    | Rädd för kollegors reaktioner                          | Rädsla                 |
| Svårt och tvunget att skriva avvikelse på kollega                    |  |                        |
| Rädd att själv få en avvikelse                                       | Rädd för att själv orsaka avvikelse                    |                        |
| Fick ångest och tog åt sig   |  |                        |
| Blev ledsen och tog illa upp   |  |                        |
| Avvikelse kan leda till förbättring                                  | Feedback   | Ökar motivationen      |
| MAS ger feedback   |  |                        |
| Gemensamma rutiner   | Gemensamma och förenklade rutiner                      |                        |
| Avvikelse ska tas upp på APT   |  |                        |
| Äldre kollegor skriver ogärna avvikelser men vet att det är viktigt. | Bättre och säkrare än förr                             |                        |
| Det har blivit bättre och säkrare                                    |  |                        |

## **Känslor av hopplöshet**

Känslor av hopplöshet bestod av två underkategorier; *stort flöde av avvikelser* och *tidsbrist*. Avvikelseberättelser förekom frekvent i verksamheten främst under sommarhalvåret och vid apoteksleveranser. Flera av sjuksköterskorna avvikelseberättade flera gånger i veckan och de upplevde att deras avvikelser försvann i mängden.

Det stora flödet av avvikelser oroade sjuksköterskorna och gav dem en känsla av hopplöshet då hanteringen av rapporterna upplevdes ta för lång tid. Man menade att de mindre allvarliga avvikelserna, som ej åtgärdades i tid och som fortsatte att upprepas, till slut skulle kunna orsaka en allvarlig händelse.

Sjuksköterskorna berättade om sin misstro till Apotekstjänst som dispenserar läkemedel i apodospåsar. Apodos levererades till sjuksköterskorna i den kommunala hälso- och sjukvården, som i sin tur kontrollerade att doserna stämde överens med patienternas ordinationer. Det framkom att Apotekstjänst ofta levererat läkemedel som inte följt patienternas ordinationer. Apotekstjänst gav nästan aldrig respons på sjuksköterskornas avvikelseberättelser. Avvikelseberättelserna upplevdes samlas på hög. Tidsbristen inom organisationen upplevdes också som ett hinder och det fanns därför en risk, menade sjuksköterskorna, att avvikelseberättelserna prioriterades bort. Man menade att tidspressen hindrade dem att arbeta förebyggande med kvalitetssäkring och patientsäkerhet.

## **Känslor av maktlöshet**

Känslor av maktlöshet bestod av två underkategorier; *tas inte på allvar* och *outbildad personal och ingen åtgärd*. Sjuksköterskorna beskrev en känsla av maktlöshet då de upplevde att avvikelseberättelserna inte togs på allvar när de inte fick återkoppling. Samtliga sjuksköterskor i fokusgruppintervjun berättade att de sällan eller aldrig fått respons på sina avvikelseberättelser. Vissa ansåg att avvikelseberättelserna kändes meningslösa och att det var svårt att påverka, avvikelseberättelserna upplevdes handla om statistik och inte om att förbättra rutinerna. Sjuksköterskorna upplevde ovisshet då de inte fick besked om vad som hänt efter att de lämnat in sin avvikelseberättelse.

Kontakten med vårdcentralernas läkare och sjuksköterskor beskrevs vara mycket viktig för patientsäkerheten, speciellt i de fall där kommunal hälso- och sjukvård har ansvarsövertag för patienternas läkemedel. En sjuksköterska beskrev hur en vårdcentral

fortsatte att begå fel trots att en avvikelse hade rapporterats. Sjuksköterskan uttryckte känslor av maktlöshet då vårdcentralen endast bad om ursäkt men fortsatte sedan att upprepa sina fel. Sjuksköterskorna skrev ofta avvikelserapporter på händelser där omsorgspersonal medverkat.

Sjuksköterskorna uttryckte känslor av maktlöshet då de berättade att personalen inom LSS, Lagen om Särskilt Stöd, ofta saknade utbildning och kunskap om vård och omsorg samt var ofta involverade i avvikelser. Personalens enhetschef, inom LSS, gav aldrig respons på avvikelserna och vidtog heller inte några åtgärder trots att sjuksköterskorna frekvent lämnat in avvikelserapporter.

### **Känslor av hjälplöshet**

Känslor av hjälplöshet bestod av två underkategorier; *att inte förstå innebörden av att avvikelserapportera* och *svårt att hitta information och rätt blankett*. Sjuksköterskorna ansåg att både kollegor och övrig personal inom kommunens vård och omsorg kunde undvika att avvikelserapportera på grund av att de inte förstod innebörden med avvikelserapportering. Avvikelseapportering kunde upplevas som en polisanmälan eller att man ville ”sätta dit någon”. En annan anledning som bidrog till känslor av hjälplöshet var att det var svårt att hitta aktuell information och rätt avvikelseblankett. Sjuksköterskorna hjälpte varandra att hitta rätt information om avvikelserapportering. Det framkom att de använde olika avvikelseblanketter, då ingen var säker på vilken blankett som var den aktuella. Sjuksköterskorna var överens om att arbetsgivaren uppmuntrade dem att avvikelserapportera. När sjuksköterskorna arbetade under tidspress och det var svårt att hitta aktuell blankett, var det var därför lätt att prioritera bort avvikelserapporteringen.

### **Rädsla**

Rädsla bestod av två underkategorier; *rädd för kollegors reaktioner* och *rädd för att själv orsaka avvikelse*. Det var känsligt för sjuksköterskorna att avvikelserapportera händelser där kollegor varit involverade i. Det fanns även rädsla att själv bli delaktig i en negativ händelse. Sjuksköterskorna berättade att de flera gånger tvekat att skriva avvikelserapport när det gällt kollegor, det relaterades till rädslan för konflikt och att arbetsrelationen skulle påverkas negativt.

Rädslan för att kollegan skulle ta illa vid sig var stor. Det fanns även erfarenhet av att avvikelserapportering kunde väljas bort om en kollega var mycket omtyckt. Sjuksköterskorna menade att det var viktigt att gå försiktigt fram när avvikelserapportering var kopplat till en händelse där en kollega var inblandad, det var viktigt att det inte förstördes upp i personalgruppen.

Man diskuterade missbruk av avvikelserapportering, det vill säga att det kunde förekomma sjuksköterskor som letade efter fel för att få avvikelserapportera en händelse kopplat till en kollega, men det upplevdes inte vara så vanligt förekommande.

Några av sjuksköterskorna i fokusgruppintervjun hade erfarenhet av att få stöd av MAS, medicinsk ansvarig sjuksköterska, när man avvikelserapporterat en händelse som kollegor varit involverade i. Stödet från MAS upplevdes motivera sjuksköterskorna att rapportera liknande avvikelser, det stärkte deras självförtroende och minskade rädslan att avvikelser skulle missuppfattas fel av kollegan.

Det fanns också en rädsla och osäkerhet hos sjuksköterskorna att själva vara med om att orsaka en negativ händelse. Man menade att det kunde både vara obehagligt och lärorikt att vara involverad i en avvikelse. Sjuksköterskorna menade också att en egen avvikelse kunde bidra till att man ändrade sitt arbetssätt, blev mer noggrann och lyhörd. Sjuksköterskorna i fokusintervjugruppen uttryckte en önskan om stöd från kollegorna, om de på grund av sjukdom inte kunde ta ansvar för sina handlingar, med risk för att orsaka patienters lidande och att kollegor råkar illa ut.

### **Ökar motivationen**

Ökar motivationen bestod av tre underkategorier; *feedback, gemensamma och förenklade rutiner* samt *bättre och säkrare än för*. Det fanns en stor avsaknad av återkoppling på inlämnade avvikelserapporter i verksamheten. Sjuksköterskorna efterfrågade mer information om vilka åtgärder som kunde vidtas när en avvikelse rapporterades. Samtliga uttryckte önskan om att brister i rutiner åtgärdades och att avvikelser inte upprepas. Man ville kommunicera mer med enhetscheferna, apotek, vårdcentraler och samordnare för omsorgspersonalen, dels för att bli mer delaktiga och dels för att arbeta preventivt och förbättra patientsäkerheten.

Samtliga sjuksköterskor i fokusgruppintervjun saknade återkoppling på deras avvikelserapporter. Återkoppling upplevdes vara mycket viktigt för motivationen att

avvikelseberättelser. Sjuksköterskor som i samband med en allvarigare avvikelse, skickat en kopia till Medicinsk ansvarig sjuksköterska fick respons direkt. Det upplevdes att Medicinsk ansvarig sjuksköterska tog avvikelseberättelserna på allvar. När Medicinsk ansvarig sjuksköterska var involverad i avvikelseberättelsen vidtog åtgärder som förbättrade den bristfälliga situationen.

Det framkom i intervjun att förenklade och gemensamma rutiner över Göteborgs Stad skulle motivera sjuksköterskorna att rapportera avvikelser. Man efterfrågade ett enklare sätt avvikelseberättelser. Information om riktlinjer kring avvikelsehantering och vilken avvikelseblankett som var den rätta upplevdes vara viktigt för motivationen att avvikelseberättelser. Sjuksköterskorna uttryckte en önskan om att avvikelser togs upp på APT, arbetsplatsträffarna, de menade att det skulle öka intresset för uppföljning och att vidta åtgärder samt att minska riskerna i verksamheten. Det var också viktigt att ingen pekades ut, om avvikelserna togs upp på dessa APT-möten.

Åldern kunde påverka sjuksköterskornas motivation att avvikelseberättelser. Vissa ansåg att den äldre generationen inte gärna skriver avvikelser. Förr rapporterades avvikelser muntligt direkt till sjuksköterskornas chefer men nu ställdes det högre krav. De sjuksköterskor som har arbetat en längre tid inom vården ansåg att det hade blivit både bättre och säkrare i vårdarbetet, trots att det numer tog mycket tid att skriva avvikelseberättelser. De beskrev också att de med tiden lärt sig hur viktigt det är för verksamheten att avvikelseberättelser.

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Syftet med föreliggande studie var att belysa sjuksköterskors erfarenheter avvikelseberättelser inom kommunal hälso- och sjukvård. Data samlades in via en fokusgruppsintervju som analyserades med hjälp av en manifest innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2012). I analysen söktes svar på frågorna; vad hindrar respektive motiverar sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård att avvikelseberättelser, och vilka personliga erfarenheter har de själva av att rapportera avvikelser?

Fokusgruppsintervju valdes som datainsamlingsmetod då den är mycket användbar för att undersöka hur människor diskuterar, uppfattar och reflekterar kring ett ämne som önskas

utforskas Dahlin Ivanoff (2011). I den kvalitativa gruppintervjun möts sjuksköterskor som delar sina erfarenheter, mening skapas och ny kunskap om företeelsen synliggörs. Studiens trovärdighet kan ha ökat om data hade inhämtats från fler än en fokusgruppintervju. Författaren valde att göra en grundligare analys av en mindre mängd data än vad som hunnits utvinnas från flera intervjuer.

Författaren valde också fokusgruppmetoden då den är kan användas med kvantitativ metod, vilket kan ge förutsättningar för en fullskalig studie där data kan kompletteras med exempelvis enkätundersökning (Dahlin Ivanoff, 2011).

Inspelningen av fokusgruppintervjun ägde rum den 30 september 2013, på eftermiddagen, i ett ostört förbokat rum intill sjuksköterskornas arbetsplats. Intervjun varade som planerat i 45 minuter och ljudinspelades i sin helhet. Anledningen till att intervjun förlades på eftermiddagen var att sjuksköterskorna skulle ha hunnit med sina arbetsuppgifter på eftermiddagen, efter lunchtid. Författaren var medveten om att informanterna kunde uppleva stress då intervjun utfördes på arbetstid, men det fanns inget alternativ till detta.

Frågorna i en fokusgruppintervju ska formuleras så att de stimulerar till diskussion och belyser syftet. Fokusgruppdiskussionen ska enligt Dahlin Ivanoff (2011) ledas av en erfaren gruppledare. I studiens intervju var författaren gruppledare och hade mycket lite erfarenhet av intervjuer, observatören hade fått förhinder vid tiden för intervjun och avsåde sin medverkan i planerad fokusgruppintervju, vilket kan ha varit en svaghet samt påverkat studiens trovärdighet. Gruppledaren upplevde att informanternas förmåga att uttrycka sina erfarenheter inte påverkats av att gruppledaren som även var observatör under intervjun. Studiens trovärdighet kan stärkas genom de förberedda nyckeldiskussionsfrågorna (bilaga 1) och i resultatet redovisad analysprocess (Tabell 1).

De semistrukturerade nyckeldiskussionsfrågorna var väl förberedda, vilket ökar tillförlitligheten av studien, enligt redovisad intervjuguide (bilaga 1), som hade anknytning till syftet. Halvstrukturerade frågor kan ge olika mängd kvalitativ data varför följdfrågor ställdes under intervjun. Författaren ställde följdfrågor som stöd för att informanterna skulle fokusera inom det sökta ämnesområdet, vilket också gav dem möjlighet att komplettera sina svar.

En studies trovärdighet bedöms inte enbart efter dess sanningshalt utan även hur forskarens förförståelse har påverkat analysen och resultatet av det undersökta

fenomenet/företeelsen (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Författaren arbetar själv inom kommunal hälso- och sjukvård i samma stadsdel som informanterna.

Det innebar att författaren hade kännedom om de negativa händelser och tillbud som förekom i verksamheten, vilket kan ha varit en svaghet då det kan ha påverkat studiens trovärdighet, informanternas öppenhet i intervjusituationen och att viktig data kunnat gå förlorad. Det fanns en risk att information som var viktig för studien exkluderades för att sjuksköterskorna inte ville genera en kollega, eller utelämna sig själv. Konfidentialitetskravet (bilaga 2) som sjuksköterskorna tagit del av, det vill säga att data behandlas konfidentiellt och avidentifierade minskade den risken. Författarens kännedom om avvikelserapportering i den aktuella enheten kan också varit en fördel då det kan ha underlättat för sjuksköterskorna att beskriva sina erfarenheter och uppfattningar för en person som var initierad i verksamheten. Under fokusgruppintervjun var författaren medveten om sin förförståelse, och försökte vara så öppen som möjligt för att fånga den subjektiva dimensionen av den kunskap som sjuksköterskorna inom kommunal hälso- och sjukvård besitter.

Författaren använde ett strategiskt urval som var kopplat till syftet. Sex sjuksköterskor som var anställda inom kommunal hälso- och sjukvård med varierande ålder, arbetslivserfarenhet och kön tillfrågades och samtyckte till att delta i studien. Enligt Dahlin Ivanoff (2011) är sex deltagare ett lämpligt antal personer i en fokusgrupp då det underlättar deltagandet i gruppdiskussionen, vilket stämde bra överens med den erfarenhet författaren gjorde vid intervjutillfället. Interaktion är en viktig del i fokusgruppintervjumetoden. I enlighet med vad Dalin Ivanoff (2011) beskriver var gruppleddaren förberedd och uppmärksam på att gruppklimatet kunde påverkas negativt om vissa deltagare hindrades av de andra deltagarna att tala fritt, eller om någon av informanterna hamnade utanför diskussionen.

Samtliga deltagande sjuksköterskor kände varandra men arbetade i olika hemsjukvårdsområden inom stadsdelen. Gruppleddaren var medveten om att det fanns en risk när deltagarna känner varandra. Enligt Trost (2010) riskerar viktiga synpunkter utelämnas och gruppmedlemmarna kan påverka varandra och få en majoritetspunkt när informanterna känner varandra (Trost, 2010). Flera av deltagarna talade mer än de andra men gruppleddaren upplevde, att det hela tiden fanns en tillåtande, öppen och god stämning bland informanterna. Sjuksköterskorna deltog med öppet sinne, diskuterade



fritt och delgav sina subjektiva upplevelser av avvikelserapportering inom kommunal vård och omsorg.

Även om det som uttrycktes vara känsligt, såsom när sjuksköterskorna själva orsakat en avvikelse, diskuterades detta öppet och otvunget. Dalin Ivanoff (2011) menar att en förtroendefull miljö kan skapas i en fokusgrupp om deltagarna känner varandra, vilket var gruppleadarens erfarenhet i det här fallet. Avsikten med den här fokusgruppintervjun var inte att nå samförstånd eller finna lösningar på det aktuella ämnet för diskussionen.

Data från fokusgruppintervjun insamlades och analyserades med stöd av kvalitativ innehållsanalys. Författaren valde en manifest innehållsanalys då den håller sig nära den ursprungliga texten som synliggör dess innehåll. För att identifiera och systematisera sjuksköterskors uttalade erfarenheter av avvikelserapportering inom kommunal hälso- och sjukvård fokuserade författaren på det synliga och uppenbara i texten. Den transkriberade intervjun lästes igenom i sin helhet flera gånger för att bli förtrogen med textmaterialet och för att identifiera de meningsbärande enheterna.

All text togs tillvara och de meningsbärande enheterna kondenserades därefter för att lättare ta tillvara det essensfulla i textens innehåll. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att det finns en risk med att arbeta för textnära då helheten kan gå förlorad. Det behövs en viss tolkning och grad av abstraktionsnivåer för att resultatet ska betraktas som meningsfullt. Texten abstraherades och koder kunde formas. Koderna möjliggjorde fortsatt reflektion. Genom reflektionen kunde författaren identifiera likheter och olikheter i kodningen, för att inte data skulle falla mellan eller passa in under två kategorier. Efter fortsatt tolkning och reflektion där sammanhang och mönster framträdde i koderna formades underkategorier och därefter kategorier som kunde beskriva innehållet i koderna på en manifest nivå. Författarens förförståelse om verksamhetens avvikelshantering och förväntningar på studiens resultat kan ha påverkat analysprocessen.

En tydlig systematisk dokumenterad dataanalysprocess kan avgöra om kvaliteten på forskningen är god (Fejes & Thornberg, 2009). Tabell 1 som redovisas i resultatet visade exempel på hur analysprocessen utvecklades. Resultatet kan bedömas vara överförbart på liknande verksamheter som är jämförbara med den aktuella enheten inom kommunal hälso- och sjukvård som varit föremål för den här studien.

## RESULTATDISKUSSION

Sammantaget visade resultatet av studien att sjuksköterskors erfarenhet och attityder till avvikelserapportering inom kommunal hälso- och sjukvård utgjordes av känslor av **hopplöshet, maktlöshet, hjälplöshet** och **rädsla**. För att **öka motivationen** att avvikelserapportera framkom det att sjuksköterskorna ville vara mer delaktiga i avvikelseprocessen för att kunna arbeta aktivt med att förbättra patientsäkerheten. Sjuksköterskorna hade många goda idéer hur avvikelser kan undvikas. De sjuksköterskor som hade lång yrkeserfarenhet upplevde att avvikelshanteringen blivit både bättre och säkrare än förr.

I resultatet framkom det att sjuksköterskorna rapporterade återkommande fel och brister i rutiner som orsakades av Apotekstjänst, vårdcentraler och kommunens omsorgspersonal. Man fick inte återkoppling på sina avvikelserapporter. Det var svårt att påverka och man kände oro för att något allvarligt skulle inträffa. Samverkan mellan dessa parter är viktiga då sjuksköterskan i kommunens hälso- och sjukvård tillsammans med primärvårdens läkare är ansvariga för patientens vård och behandling i hemmet (Socialstyrelsen, 2008a). Brister i kommunikationen mellan de olika samverkansparterna utgör en stor risk i patientsäkerhetsarbetet. Sjuksköterskorna uttryckte en känsla av maktlöshet då de inte fick respons på sina rapporter och då inga åtgärder vidtogs trots allvarliga brister. Sjuksköterskorna upplevde att det handlade mer om statistik än att arbeta med patientsäkerhet och att förbättra rutinerna.

Resultaten stämmer överens med artiklarna som visar att brist på återkoppling är ett stort hinder och minskar sjuksköterskornas motivation att avvikelserapportera. När sjuksköterskorna inte får feedback på sina avvikelserapporter upplevs det som slöseri med tid och det finns risk att avvikelserapportering prioriteras bort (Evans et.al.(2006); Kingston et.al., 2004).

I verksamheter där det ofta förekommer avvikelser och där det är svårt att påverka, menar Lindh & Sahlqvist (2012), att det finns det risk att personalen ser avvikelser som en normal företeelse och accepterar risker. Utbildad personal inom omsorgen och LSS, Lagen om särskilt stöd, var ett påtagligt hinder i sjuksköterskornas patientsäkerhetsarbete. Det framkom att avvikelser inträffade på grund av att personalen, främst inom LSS, hade otillräcklig kunskap om vård och omsorg.

Deras enhetschef gav ingen återkoppling och brister i rutiner åtgärdades inte. I Berland et.al. (2012) norska studie i enlighet med den här studiens resultat, framkom det att sjuksköterskornas erfarenheter av avvikelser som sker inom kommunens omsorg beror på försummade rutiner, otillräckligt ledarskap och otillräcklig kompetens hos personalen.

Kärnan i god vård finns i vårdrelationen men det är också i vårdrelationen som vårdlidandet kan uppstå (Eriksson, 1994). Vårdpersonal som orsakar vårdlidande kan, enligt Eriksson (1994), vara omedveten om sitt handlande på grund av bristande kunskap och avsaknad av reflektion. För att stärka patientsäkerheten menar Ödegård (2006) att särskilt stöd och uppmärksamhet bör riktas till omsorgspersonalen som arbetar nära patienten. Enligt Lundh & Sahlqvist (2012) har ledningens och personalens attityder och engagemang för patientsäkerhetsarbete stor betydelse för arbetsplatsens säkerhetskultur. Eriksson (1994) menar att en vårdskada är ett vårdlidande som inte bara drabbar patienten utan påverkar även samhällets hälsoekonomi (Eriksson, 1994).

Tidsbrist är ett annat hindrande faktor som framkommer både i resultatet och i artiklarna. Sjuksköterskorna menade i studiens resultat att avvikelserapportering lätt prioriterades bort på grund av tidsbrist. Forskning visar att sjuksköterskor ofta brister i förebyggande omvårdnad när de har ont om tid och fokuserar på patientsäkerhet när det redan har inträffat en negativ händelse eller tillbud (Berland et.al. 2012a; Evans et. al. 2006). Då många sjuksköterskor arbetar under tidspress upplevs avvikelserapportering, som är en del av patientsäkerhetsarbetet, som en extra börda. Liksom i Jensen Lundqvist & Axelsson (2005) studie framkom det att kvalitetssäkring är något vid sidan av det direkta omvårdnadsarbetet i stället för att se det som en del av att patientsäkerhetsarbetet, där man preventivt arbetar för att förhindra vårdskador (Jensen Lundqvist & Axelsson, 2005). Resultatet visade också att sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att hitta information om avvikelshantering och att hitta rätt avvikelseblankett. När sjuksköterskorna arbetade under tidspress och inte hittade rätt avvikelseblankett kunde rapporteringen prioriteras bort, det gav dem en känsla av hjälplöshet. I resultat och i Evans et. al. (2006) artikel framkom det att avvikelseformulär som tar lång tid att fylla i är ett hinder för sjuksköterskorna.

I litteraturen, forskningen och i fokusgruppintervjun framkom det att några av orsakerna till att sjuksköterskor och annan personal inom kommunal vård och omsorg undviker att skriva rapporter beror på vilken attityd och vilken kunskap personalen har om

avvikelseberättande och patientsäkerhet. Rädsla att själv orsaka en avvikelse är framträdande hos sjuksköterskorna. I Evans et. al. (2004) artikel beskrev sjuksköterskorna att de var rädda för den respons de skulle få från sin arbetsplats och upplevde det som mycket besvärande att göra misstag. Sjuksköterskorna i fokusgruppintervjun uttryckte både rädsla och osäkerhet när de beskrev sina egna erfarenheter av att göra misstag i vården, men det ansågs också vara lärorikt då de blev mer uppmärksamma på att inte brista i rutinerna igen.

I resultatet uttrycker sjuksköterskorna känslor av rädsla och obehag att rapportera avvikelser där en kollega varit involverad i. Rädslan bestod i att kollegan kunde ta illa upp och att relationen kunde påverkas negativt. Lojaliteten och rädslan sjuksköterskorna beskrev utgjorde också ett hinder och flera sjuksköterskor berättade att de tvekat att skriva avvikelse när en kollega brustit i sina rutiner. Det upplevdes vara viktigt att kollegornas avvikelser inte förstordes upp i personalgruppen. Ledningens attityder påverkar sjuksköterskornas uppfattning om avvikelshantering. Utgår man från ett systemansvar och har en god säkerhetskultur på arbetsplatsen, där inga syndabockar utses, kan missförstånd, osäkerhet och rädsla hos personalen undvikas (SKL, 2011; Reason, 2000; Lindh & Sahlqvist, 2012).

Enligt Socialstyrelsen (2010:659) ska alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ha rutiner för att utreda vad som orsakat en avvikelse. För att undvika att samma avvikelse sker igen ska det vidtas åtgärder som ska följas upp och övrig personal inom verksamheten ska kunna ta del av den. Studiens resultat visar att sjuksköterskorna hade en önskan om att bli delaktiga i avvikelshanteringen för att aktivt kunna arbeta med patientsäkerhet. Sjuksköterskorna efterfrågade mer information om avvikelshantering och att få ta del av avvikelserapporterna på arbetsplatsträffarna. Det var också viktigt att ingen pekades ut.

Det fanns en önskan om att förbättra kommunikationen med enhetschefer, samordnare för omsorgspersonalen, främst inom LSS, apotek och vårdcentraler.

I enlighet med tidigare forskning visar resultatet i den här studien att brist på respons utgör ett hinder. Återkoppling på inlämnade rapporter var viktigt för att sjuksköterskor skulle motiveras att avvikelserapportera.

MAS, medicinsk ansvarig sjuksköterska hanterade avvikelser, enligt sjuksköterskorna i fokusintervjun, på ett bra sätt, gav återkoppling direkt och åtgärdade de bristande

rutinerna, det motiverade sjuksköterskorna att rapportera avvikelser. Enligt Evans et.al. (2006) och Kingston et.al. (2004) forskning motiveras sjuksköterskorna att avvikelserapportera när arbetsplatsen har klara rutiner, förenklade formulär och information om vad en avvikelse innebär, vilket stämmer överens med studiens resultat.

### **Vidare forskning**

Det är få studier som beskriver vad det innebär emotionellt för sjuksköterskor att avvikelserapportera. Den här studien visar att det finns utrymme för vidare forskning kring vad det innebär för sjuksköterskor att avvikelserapportera. Vad upplever sjuksköterskor i samband med att en allvarlig avvikelse inträffar och vad innebär det för dem i deras profession?

Under fokusgruppintervjun framkom det att sjuksköterskorna ansåg att det var svårt när någon tog det personligt i samband med avvikelserapportering. Sjuksköterskorna menade att misstag som inträffar i vården skulle ses som en brist i deras yrkesprofession inte på dem som person. En sjuksköterska i fokusgruppintervju uttryckte det så här;

*”Det är ju en avvikelse på dig i din profession, inte en avvikelse på dig som person”.*

Enligt vårdvetenskaplig helhetssyn går det inte att skilja på sjuksköterskan som vårdare och som person. Vårdandets grundmotiv är enligt Eriksson (1995) att vilja den andra människan väl och grundar sig på vårdandets ethos, det vill säga att det finns ett etiskt krav hos sjuksköterskan som vårdare. När sjuksköterskan är involverad i en allvarlig avvikelse berör det henne eller honom även som person och det skulle vara intressant att vidare granska det här fenomenet.

Vidare forskning med fler fokusgruppintervjuer och även enskilda intervjuer i större skala kan öka förståelsen för vad avvikelserapportering innebär för sjuksköterskor. Kompletterande enkätundersökning där sjuksköterskorna kan svara anonymt samt journalgranskning kan öka kunskapen om sjuksköterskors attityder och uppfattningar kring avvikelserapportering.

## **Slutsats**

Centralt i sjuksköterskornas erfarenhet ligger en önskan om att bli hörda och respekterade för den kompetens som de besitter. Det som inte beskrivits tydligt i tidigare forskningen men som framkom i den här studiens resultat var vad det kan innebära emotionellt för sjuksköterskan att avvikelserapportera, det vill säga känslor som hopplöshet, maktlöshet, hjälplöshet och rädsla.

Studiens resultat visade i enlighet med forskningen att verksamhetens säkerhetskultur och arbetsplatsens rutiner påverkade sjuksköterskornas motivation att avvikelserapportera. Sjuksköterskorna ville ha feedback på sina avvikelserapporter. Goda förutsättningar som öppenhet i kommunikationen kring avvikelser motiverar sjuksköterskor att arbeta med systematiskt patientsäkerhetsarbete. God vård förhindrar vårdskador och vårdlidande, främjar patientens hälsoprocesser och är kostnadseffektivt (Eriksson, 1994; Socialstyrelsen, 2009).

## REFERENSER

- Berland, A., Gundersen, D., Bentsen, SB. (2012a). Patient safety and falls: A quality study of home care in Norway. *Nursing and health science,s* (2012), 14, 452-457.
- Berland, A., Holm, AL., Gundersen, D., Bentsen, SB. (2012b). Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *Journal of Nursing Management*, (2012), 20, 794-801.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. Vårdlidandet – det onödiga lidandet. *Vård i Norden*.(2002), 63, 22, 4-8.
- Dahlin-Ivanoff, S. (2011). Fokusgruppdiskussioner. Ahrne, G. & Svensson, P.(Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (sid. 71-82) Malmö: Liber AB
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1995). *Mot en karitativ vårdetik*. Reports from the Department of Caring Science, 5. Åbo Akademi.
- Etikprövningslagen. (2003:460) <http://www.epn.se/>
- Evans, SM., Berry, JG., Smith, BJ., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J., DeWit, M. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Quality Safety Health Care* (2006), 15: 39-43
- Fejes, A. & Thornberg, R. (Red.) (2009). *Handbok i kvalitativ analys*.(sid. 216-232) Stockholm: Liber AB
- FN:s deklARATIONEN om mänskliga rättigheter (1966)
- HelsingforsdeklARATIONEN. (2008)
- Inspektionen för vård och omsorg. <http://www.ivo.se/>
- Jensen Lundqvist, M.& Axelsson, Å. (2007). Nurses' perceptions of quality assurance. *Journal of Nursing Management*, (2007), 15, 51-58.
- Kingston, M J., Evans, SM., Smith, BJ, Berry, JG. (2004). Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *The Medical Journal of Australia*, 118, 36-39.
- Lind, M. & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård – Att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär Höglund-Nielsen. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (sid. 187-199). Lund: Studentlitteratur AB
- Personuppgiftslagen. (SFS 1998:204)

Reason, J. (2000). Human error. *British Medical Journal*, 320(7237): 768–770.

Socialstyrelsen.([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se))

Socialstyrelsen. (2005). *Tid för vård och omsorg. Hur använder personalen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer sin tid?* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2008a). *Hemsjukvård i förändring En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer.* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 13-03-203 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59\\_200812659.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf)

Socialstyrelsen. (2008b). *Vårdskador inom slutenvård.* Hämtad 13-03-03 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8622/200810916\\_rev2.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8622/200810916_rev2.pdf)

Socialstyrelsen. (2009). *Nationella indikatorer för God vård - Hälsa- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.*

SOSFS 1982:763. Hälsa- och sjukvårdslagen.

SOSFS 2001:453 Socialtjänstlagen

SOSFS 2001:453 Socialtjänstlagen

SOSFS 2005:28 Lex Maria

SOSFS 2010:4 Lex Maria. *Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria.*

SOSFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen

SOSFS 2011:5. Lex Sarah

SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Sveriges Kommuner och Landsting. [www.skl.se/patientsakerhet](http://www.skl.se/patientsakerhet)

Sveriges Kommuner och Landsting, 2011. *Säkrare vård och omsorg - Handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete.*

Trost, J., (2010). *Kvalitativa intervjuer.* Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet. ([www.vr.se](http://www.vr.se))

Ödegård, S. (2006). *Säker vård – patientskador, rapportering och prevention.* (Doktorsavhandling i folkhälsovetenskap). Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.



# BILAGOR

## Bilaga 1 Intervjuguide

### INTERVJUGUIDE

#### Fokusgruppintervju med sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård

##### **Bakgrund:**

Ålder

Kön

Erfarenhet av kommunal hälso- och sjukvård

Grundutbildning/Specialistutbildning

##### **Problem:**

Erfarenheter

Attityder

##### **Ämne:**

Positiva

Negativa

Situationer

Dåtid och Nutid

Allvarlighetsgrad

Hinder

Risker

Relationer på arbetsplatsen

Säkerhetskultur

##### **Nyckeldiskussionsfrågorna:**

1. *Hur ofta sker avvikelser i din arbetsvardag?*
2. *Händer det att du inte rapporterar avvikelser som du varit involverad i?*
3. *Vad är viktigt för att du ska avvikelserapportera?*
4. *Har avvikelserapportering förändrats över tid?*
5. *Berätta om dina positiva och negativa erfarenheter av avvikelserapportering?*

## **Bilaga 2 Forskningspersoninformation**

### **Forskningspersoninformation**

**Information om deltagande i fokusgruppintervju. Studien handlar om sjuksköterskors uppfattning och erfarenhet om avvikelserapportering inom kommunal hälso- och sjukvård.**

#### **Bakgrund och syfte**

Vård och omsorg i ordinärt boende ska vara av god kvalitet och patientsäker. Avvikelse som sker inom en verksamhet ingår inte i hälso- och sjukvårdens normala rutiner. Vårdskador uppstår på grund av brister i patientsäkerhetsarbetet, det innebär mänskligt lidande för den som drabbas och för samtliga berörda, dessutom genererar vårdskador kostnader för samhället. Avvikelseapporteringssystemet har tillkommit för att förhindra att avvikelser upprepas så att rutiner kan förbättras och vården kvalitetssäkras.

Enligt forskning rapporterar inte sjuksköterskor vissa avvikelser och tillbud. Motivationen att rapportera avvikelser beror på vilken säkerhetskultur arbetsplatsen har, det vill säga om individen själv får stå som ansvarig när det sker en avvikelse eller om vårdgivaren utgår från ett systemansvar. Syftet med den här studien är att undersöka vad sjuksköterskor har för uppfattning och erfarenhet av avvikelserapportering inom kommunal hälso- och sjukvård.

#### **Förfrågan om deltagande**

Eftersom Du arbetar som är sjuksköterska inom kommunal hemsjukvård tillfrågas Du om att delta i den här studien? Deltagande i studien innebär att medverka i en fokusgruppintervju där Du får tillfälle att delge Din uppfattning och erfarenhet av avvikelserapportering. Studien ingår i en magisteruppsats.

#### **Studiens genomförande**

Som deltagare i studien medverkar Du i en fokusgruppintervju med fem andra sjuksköterskor som arbetar i verksamheten. Intervjun pågår i ca.45 minuter och ljudinspelas. Intervjun leds av en gruppleddare som också är författare till den här studien. Det är viktigt att alla i gruppen får komma till tals. Tid och plats för intervjun kommer att meddelas av Birgitta Höglund som är ansvarig för studien.

#### **Risker och fördelar**

Det finns inga direkta risker med att delta i den här studien. Fördelen med att delta kan vara att Du får tillfälle att delge och diskutera Din uppfattning och erfarenhet om avvikelserapportering i grupp. Studien följer Etikprövningsnämndens (2003:460) riktlinjer men behöver inte någon etikprövning då den ingår i en högskoleutbildning.

### **Hantering av data och sekretess**

Personuppgiftslagen (1998:204) reglerar hantering av personuppgifter för forskningsändamål. Dina personuppgifter och all övrig data i studien är sekretesskyddade och ingen obehörig har tillgång till dem. Inga namnuppgifter kommer att nämnas, de kommer att avkodas. Allt vad som sägs och vad som framkommer i insamlat textmaterial från fokusgruppintervjun kommer att behandlas konfidentiellt och avidentifieras. Materialet kommer endast att finnas tillgängligt för forskningsändamål inom Göteborgs Universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska Akademin.

### **Frivillighet**

Det är helt frivilligt att delta i studien och Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan att något skäl för det behöver anges. Som deltagare i fokusgruppintervjun kommer Du att tillfrågas om Du vill ha information om studiens resultat.

### **Ansvarig till studien**

Samtycker Du till att delta fyller Du i Samtyckesformuläret som medföljer i det här brevet. Har Du några frågor som rör studien är Du välkommen att kontakta; Birgitta Höglund leg. sjuksköterska, student vid Göteborgs Universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, tel. 031-365 00 00 eller via e-mail: [birgitta.hoglund@comhem.se](mailto:birgitta.hoglund@comhem.se).

## **Samtycke till att medverka i studien ”Sjuksköterskors uppfattning och erfarenheter om avvikelserapportering inom kommunal hälso- och sjukvård”**

Jag har informerats om studiens syfte och genomförande samt eventuella risker och fördelar med vad mitt deltagande kan innebära. Jag har fått möjlighet att ställa frågor vilka har besvarats på ett för mig begripligt sätt. Jag har även fått information om vart jag ska vända mig om jag har ytterligare frågor som rör studien. Jag ställer mig härmed positiv till att delta i studien.

---

Datum och underskrift av deltagare i studien

---

Namnförtydligande

Efter påskrift v.g. lämna formuläret via internpost till Birgitta Höglund/sjuksköterska