

# **Rapportering av avvikelser i hälso- och sjukvården - en undersökning av HaiPro-processen**

Pia Hellman

Avancerad klinisk vård (HYH)  
2014

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Avancerad klinisk vård (HYH)
Identifikationsnummer:	14154
Författare:	Pia Hellman
Arbetets namn:	Rapportering av avvikelser i hälso- och sjukvården-en undersökning av HaiPro-processen
Handledare (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Uppdragsgivare:	Doctagon Ab
<p>Sammandrag:</p> <p>I Finland finns det inga beräkningar över hur många som dör på grund av vårdfel, men enligt internationella källor är denna siffra 700-1700 personer per år. Det dör färre personer i trafiken, AIDS och bröstcancer än på grund av avvikelsehändelser. En avvikelse är en skada förorsakad av den medicinska ledningen. En avvikelsehändelse är en händelse som kan förebyggas. HaiPro är det enda programmet för avvikelserapportering som används i Finland. Det används av 200 hälso- och sjukvårdsorganisationer och har över 120 000 användare. Studien var ett uppdrag av Doctagon Ab. Studien undersökte om hur HaiPro fungerar inom Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS). Syftet var att få en förståelse för hur avvikelserapporteringsprocessen fungerar för att man skall kunna bygga upp en sådan på Doctagon. Materialet erhöles genom fokusgruppintervjuer av personal på HNS. Frågeställningarna för studien var 1) Vilken nytta och vilka hinder finns i kulturen för en rapporteringsprocess och 2) Vilka utmaningar finns det i uppbyggnaden av en rapporteringsprocess? En induktiv innehållsanalys gjordes på materialet från intervjuerna. Studiens resultat visar att nyttan i rapporteringsprocessen är själva rapporteringen. Hinder för rapporteringsprocessen är organisationsledningens påverkan och intresse för avvikelserapportering. Utmaningarna är uppbyggandet av en säkerhetskultur och analysen av avvikelser.</p>	
Nyckelord:	HaiPro, avvikelserapportering, avvikelserapporteringsprocess
Sidantal:	43
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Avancerad klinisk vård (HYH)
Identification number:	14154
Author:	Pia Hellman
Title:	Reporting of adverse events in health care- an survey of the process of HaiPro
Supervisor (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Commissioned by:	Doctagon Ab
<p>Abstract:</p> <p>In Finland we don't have numbers on how many patients die because of an adverse event. In international sources the number is 700-1700 persons per year. Fewer people die in car accidents, AIDS and breast cancer than in adverse events. An error is harm caused by medical management rather than the patient. An adverse event is an event that could be prevented. HaiPro is the program that is in use for reporting adverse events in Finland. It is in use in 200 healthcare organizations and has over 120 000 users. This study was commissioned by Doctagon Ab. The study was a survey of how HaiPro is in use within Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS). The purpose was to gain an understanding of the process of adverse events and how it works, so that Doctagon can build an own process. The material was obtained by focus group interview of personnel of HNS. The questions for the study are 1) What are the benefits and obstacles in the culture of a reporting process? and 2) What are the challenges in a reportingprocess? An inductive content analysis was done to the material that was obtained from the interviews. The result from the study shows that the benefits from having a reporting process is the reposting itself. The obstacles are organizational managements influence and interest in reporting adverse events. Challenges are building a safety culture and the analysis of adverse events.</p>	
Keywords:	HaiPro, reporting adverse events, adverse eventsreporting process
Number of pages:	49
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Avancerad klinisk vård (HYH)
Tunnistenumero:	14154
Tekijä:	Pia Hellman
Työn nimi:	Rapportering av avvikelser i hälso- och sjukvården-en undersökning av HaiPro-processen
Työn ohjaaja (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Toimeksiantaja:	Doctagon Oy
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Suomessa ei ole tehty laskelmia siitä kuinka monta ihmistä kuolee hoitovirheen seurauksena. Kansainvälisten laskelmien mukaan tämä luku olisi 700–1700 ihmistä vuosittain. Liikenteessä, AIDSiin ja rintasyöpään kuolee vähemmän ihmisiä kun haittatapahtumiin. Haitta on vahinko jonka lääketieteellinen hoito. Haittatapahtuma on tapahtuma joka on. HaiPro on ainut haittatapahtumaprosessi ohjelma joka on jo käytössä Suomessa. Sitä käyttää yli 200 terveyst- ja sairaanhoito organisaatioita ja sillä on yli 120 000 käyttäjää.</p> <p>Tutkimus on toimeksianto Doctagon Ab:lta. Tutkimus selvitti miten HaiPro toimii HUS:issa (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri). Tutkimuksen tarkoitus on saada ymmärrys siitä miten hyvä haittatapahtumaprosessi toimii, jotta vastaavanlainen voidaan rakentaa Doctagon:ille. Materiaali kerätään fokusryhmähaastattelun kautta HUS henkilökunnan kanssa. Tutkimuskysymykset olivat 1) Mitkä ovat edut ja esteet kulttuurissa raportointiprosessia rakentaessa? ja 2) Mitkä ovat haasteet raportointiprosessia rakentaessa? Haastattelun materiaalille tehtiin induktiivinen sisällönanalyysi. Tutkimuksen tulokset näyttävät että edut raportointiprosessissa on raportointi. Esteet raportointiprosessissa ovat organisaatiojohdon vaikutus ja kiinnostus haittatapahtumaraportointiin. Haasteet ovat turvallisuuskulttuurin rakentaminen ja haittatapahtuma analysointi.</p>	
Avainsanat:	HaiPro, haittatapahtumaraportointi, haittatapahtumaraportointiprosessi
Sivumäärä:	49
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

## Innehåll/Content

<b>INLEDNING</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Bakgrund</b> .....	<b>8</b>
1.1 Avvikelser .....	8
1.2 Fel och misstag .....	9
1.3 Latenta och aktiva fel .....	9
1.4 Kostnader för avvikelser.....	10
<b>2 Tidigare forskningar</b> .....	<b>10</b>
2.1 Forskningsöversikt.....	11
2.2 Sammanfattning.....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
<b>3 Säkerhetssystem, mänskliga faktorer och avvikelserrapportering</b> .....	<b>13</b>
3.1 Teorin om mänskliga faktorer.....	14
3.2 Balansen mellan effektivitet och noggrannhet – ETTO .....	16
3.3 Rapportering och analys av avvikelser .....	18
3.4 Verktyg för avvikelserapportering (HaiPro) .....	21
3.5 Sammanfattning av teorin .....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
<b>4 Syfte och forskningsfrågor</b> .....	<b>23</b>
<b>5 Metod, design och urval</b> .....	<b>23</b>
<b>6 Etiska reflektioner</b> .....	<b>25</b>
<b>7 Analys</b> .....	<b>25</b>
7.1 Nyttan av en rapporteringsprocess.....	27
7.2 Hinder för en rapporteringsprocess .....	27
7.3 Utmaningar för en rapporteringsprocess .....	29
<b>8 Diskussion</b> .....	<b>30</b>
8.1 Resultatet i förhållande till frågeställningarna .....	30
8.2 Resultatet i förhållande till tidigare forskningar.....	32
8.3 Resultatet i förhållande till teorin .....	34
8.4 Syntes .....	35

<b>9 Kritisk granskning .....</b>	<b>36</b>
-----------------------------------	-----------

<b>Källor .....</b>	<b>39</b>
---------------------	-----------

## **Bilagor**

Bilaga 1 Litteratursökning

Bilaga 2 Riskklassificering

Bilaga 3 HaiPro anmälningsblankett

Bilaga 4 Informantgrupperna

Bilaga 5 Temafrågorna (finska och svenska)

Bilaga 6 Studiens design

Bilaga 7 Följebrev (finska och svenska)

Bilaga 8 Studiens analys

## **Figurer**

Figur 1 Systemmodellens syn på fel..... 16

Figur 2 Balansen mellan effektivitet och noggrannhet..... 18

## **Tabell**

Tabell 1 Induktiv analys..... 26

## INLEDNING

Denna studie är gjord på uppdrag av Doctagon Ab. Doctagon är ett privat företag som producerar sjukvårdstjänster. Förutom hemläkartjänster erbjuder företaget också bl.a. hemsjukhus-, hemvårds-, arbetshälsovårds- och distansläkarvårdstjänster. Företagets grundfilosofi är att ge en högklassig vård åt patienter, att utveckla innovativa vårdformer och att ha ett engagerat förhållningssätt till det egna arbetet. Detta är en av orsakerna till varför Doctagon vill bygga upp en egen avvikelserapporteringsprocess som är både bra och högklassig. (Doctagon Ab 2013)

I olika länder finns olika rapporteringsprogram för avvikelser. I Finland har vi ett program för avvikelseprocessen (HaiPro) som används av cirka 200 hälso- och sjukvårdsorganisationer och som har över 120 000 användare. (Awanic 2013 och Social- och hälsovårdsministeriet 2009, s. 11) Orsaken till att Doctagon inte tog HaiPro i bruk är att Awanic har monopol på detta program och därför är det väldigt dyrt att köpa för en liten organisation. Därför beslöt man på Doctagon att bygga upp ett eget program som är anpassat för deras behov. Programmet är uppbyggt och grundar sig helt på frivillighet, konfidentialitet och på att inte skuldbelägga. (Awanic 2013) Med HaiPro undersöks hur organisationerna använder och utnyttjar de data som HaiPro ger. Tanken i programmet är att man i rapporteringen inte skall behandla patientuppgifter eller identifiera de som har varit inblandade i händelsen. Det är inte det som är det viktigaste utan själva händelsen. (Ruuhilehto et al. 2011)

Denna studie undersöker hur HaiPro fungerar inom Helsingfors och Nylands sjukvårdsområde (HNS). Arbetets syfte är att få en förståelse för avvikelserapporteringsprocessen och vad som är bra att veta när Doctagon bygger upp en egen avvikelserapporteringsprocess.

# 1 BAKGRUND

Patientsäkerheten är en kvalitetsfaktor i social- och hälsovården. Patientsäkerheten definieras på följande sätt: ”att säker vård ges i rätt tid och på rätt sätt, genom att utnyttja de bästa vårdmetoderna och metoder som inte skadar patienten”. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009 s 11-12)

I den nya hälsovårdslagen (30.12.2010/1326) har patientsäkerheten tagits in som ett nytt tema. I § 8 står det att:

*”Verksamheten inom hälso- och sjukvården ska baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt...”*

I vården sker det fel och risken för fel existerar i all vårdverksamhet. När det gjorts kartläggningar av patientsäkerheten har det uppskattats att var tionde sjukhuspatient lider av vårdrelaterade skador, var hundrade drabbas av en allvarlig vårdrelaterad skada, samt att var tusende patient drabbas av en vårdrelaterad skada eller ett vårdfel som kan leda till döden. (Pasternack 2006)

I Finland har det inte gjorts beräkningar över hur många patienter som skadats på grund av vårdfel. Enligt internationella källor som kan överföras till finländska förhållanden skulle siffran vara ungefär 700-1700 dödsfall per år. Det har beräknats att av 33,6 miljoner patienter som intas på sjukhus per år i världen, dör åtminstone 44 000 efter avvikelshändelser, denna siffra kan till och med stiga upp till 98 000. Det dör mindre personer i trafiken, i AIDS och bröstcancer än på grund av avvikelshändelser. Ändå vet man inte med full säkerhet varför avvikelser eller fel uppstår. Det man vet är att alla fel och misstag inte leder till skada för patienten. (Kohn et al. 2000 s. 26-28)

## 1.1 Fel och avvikelser

Fortfarande är den allmänna reaktionen när fel inträffar att man skall hitta den skyldige och försöka få svar på frågan vem som har gjort felet. Genom att beskylla individer för



felen förändras inte faktumet att det finns andra faktorer än individfel. (Kohn et al. 2000 s 49)

Kohn et al., 2000, definierar skillnaden mellan en avvikelshändelse och ett fel på följande sätt:

*”Ett fel definieras som misslyckad planerad åtgärd som skall genomföras, eller användning av en dålig plan för att uppnå ett mål. En avvikelse är en skada förorsakad av den medicinska ledningen än av patienten. En avvikelshändelse är en händelse som kan förebyggas”.*

## **1.2 Fel och misstag**

Reason (1990 s. 9) skiljer mellan fel och misstag på följande sätt: ett fel förekommer när en händelses slutresultat inte är vad det borde ha varit, det är ett fel i själva utförandet. Med ett misstag menas att man gör något enligt en plan men misslyckas, det avsedda resultatet uppnås inte på grund av att den planerade åtgärden var fel, situationen kanske bedömdes fel eller att det inte fanns tillräckligt med kunskap om situationen. I ett misstag är den ursprungliga avsikten otillräcklig. Kohn och medförfattare (2009 s. 54) menar att i sjukvården är fel och misstag mycket allvarliga och de kan potentiellt leda till att patienten skadas.

Den allmänna åsikten är fortfarande att vårdfel beror på en enskild vårdares misstag. Det tas inte i beaktande att det kan vara fel i t.ex. vårdprocesserna, vilket nödvändigtvis inte är den enskilda vårdarens fel. När allmänheten fick besvara frågan hur man eliminerar vårdfelen, var svaret att ” *vårdpersonal med dålig arbetshistoria borde hållas bort från vården*” (75 %) och ” *bättre skolning för vårdpersonalen*” (69 %). (Kohn et al. 2000 s. 43)

## **1.3 Latenta och aktiva fel**

Med latent fel menas de okända fel som ligger under ytan men som inte ännu har hänt. Dessa kan i sig förorsaka aktiva fel. Det är de latent felen som är det största hotet inom

sjukvården. Latenta fel är mycket svåra att upptäcka för individerna i systemet på grund av att de är gömda i olika processer i strukturen eller organisationsledningen. Människor blir vana med olika brister och lär sig att arbeta runt dem och därför blir felen inte igenkända. De latenta felen är till exempel dålig design, fel installationer eller dålig organisationsstruktur. Latenta fel kallas också det blundande ögat. (Kohn et al. 2000 s. 55)

Aktiva fel är de fel som syns utåt, dessa fel kallas den vassa ändan. Genom att bara fokusera sig på de aktiva felen är konsekvensen att man inte gör något åt de latenta felen. Detta leder till att de latenta felen förblir i systemet, vilket leder till att det kan hända aktiva fel i framtiden. (Kohn et al. 2000 s. 55)

## **1.4 Kostnader för avvikelser**

I USA har det beräknats att avvikelserna kostar (förlorade inkomster, funktionshinder, vårdkostnader m.m.) ungefär 35 miljarder euro för avvikelser som har skett och 15 miljarder euro för avvikelser som kunde ha förhindrats. Över hälften av dessa kostnader är vårdkostnader. År 1992 var både direkta och indirekta kostnader för avvikelserna högre än vad kostnaderna för vården av en HIV och AIDS patient. (Kohn et al. 2000 s. 27) Liknande uträkningar för Finland finns inte att få.

## **2 TIDIGARE FORSKNINGAR**

Litteraturgranskningen i detta arbete tar upp hurdana säkerhetssystem som det överlag finns. Säkerhetssystemen som har tagits med är flyg-, kärnkrafts-, olje-, sjöfarts-, och järnvägsindustrin. Dessa områden är stora systemsäkerhetsbranscher, där det redan länge har funnits rapporteringssystem. Alla artiklar utom en är internationella, bara en nationell artikel hittades.

Litteratursökningen har gjorts i följande databaser: ABI, EBSCO, Emerald, Google Scholar, Springer, Journal of cognition, technology and work och artiklar tagna från andrahandskällor. Inkluderingskriterierna var följande: materialet skall vara rapporteringssystem av avvikelser, artiklar publicerade mellan år 2000 och 2013,

språket skall vara engelska, finska eller svenska, i abstraktet skall komma fram att det handlar om rapporteringssystem, artiklarna är avgiftsfria, materialet skall inte ha något med patientsäkerhet eller hälso- och sjukvård att göra. Orsaken till varför inte hälso- och sjukvårdsartiklar togs med var att jag ville se på andra säkerhetssystem som är mera etablerade. I frågavarande säkerhetssystem har man gjort avvikelserapportering längre än inom hälso- och sjukvården och därför kan det finnas det en större insikt i rapporteringen. I litteratursökningen hittades 14 artiklar som godkändes efter genomläsning av abstraktet. Av dessa 14 artiklar godkändes åtta på grund av deras irrelevans eller att de klassades som svaga forskningsartiklar.

Sökord som har använts är: *reporting system, incident reporting system, aviation incident reporting system, marine incident reporting system, ict incident reporting system och nuclear incident reporting system.* (Bilaga 1)

## **2.1 Forskningsöversikt**

Baranzini och Christon (2010) ansåg i sin studie att kunskapen om hur olyckorna har uppkommit och analysen av dessa olyckor, hänger mycket ihop med hur man får data, information och andra bakgrundsfakta om olyckan.

Följande synvinklar är bra att ta i beaktande när ett fungerande rapporteringssystem byggs upp: det skall finnas tillräckligt omfattande kunskap gällande mänskliga faktorer, rapporteringssystemet borde vara användarvänligt (också i de fall där användaren inte har en kunskap om mänskliga faktorer), klassificeringen av händelserna borde vara lika (oberoende av rapporterarens verbala kunskap), systemet borde vara användbart för att beskriva problem inom olika yrkesgrupper i organisationen, genom systemet borde organisationen få hjälp i att identifiera speciella orsaker till olyckor, genom systemet skall organisationen få råd och vägledning för att lösa problemen, underlätta olika parter kommunikation mellan varandra och systemet skall kunna adapteras till andra säkerhetsrelaterade datan. (Beurbien & Baker 2007)

Systemet borde vara ett ”totalt system” och det måste kunna visa att det inte bara är tillförlitligt utan också giltigt. Desto bättre data man får av själva rapporterna som görs desto bättre rapporteringssystem har man. (Wallace et al. 2002)

Ett stort problem i organisationer är att avvikelserapporteringar inte görs. Därför är det viktigt att ett rapporteringssystem skall vara till förfogande för hela personalen. (Beurbien & Baker 2007) Dessutom borde det ges tillräckligt med tid åt personalen för att fylla i och göra rapporter av avvikelser (Lappalainen et al. 2011). En annan orsak till varför avvikelserapporteringar inte görs är att användarna inte får respons från ledningen. Responsen är viktig för att upprätthålla intresset för rapportering av avvikelser (Sanne 2008). För det mesta rapporteras inte de ”små” händelserna, det är först när det har hänt något riktigt stort fel, som det görs en avvikelserapportering. (Lappalainen et al. 2011)

Kulturen kan vara en utmaning i utvecklingen och implementeringen av rapporteringssystem av avvikelser. Om det i organisationen finns en kultur där man inte godkänner avvikelserapporteringar, är det mycket svårare att få ett rapporteringssystem att fungera. (Ping & Weitzel 2005) Därför måste de integreras med existerande praxis i användargemenskapen (Sanne 2008). Kulturen kan också vara sådan att personalen helst inte vill göra officiella rapporteringar av avvikelser utan sköter säkerhetsåtgärderna själva utan skriftliga rapporteringar. Då undviker man alla obehagliga och besvärliga rapporteringar. (Lappalainen et al. 2011)

När en olycka händer är det viktigt att höra parten/parterna i fråga. Personalen borde också få ett skydd av organisationen och inte bli stämplade för felet de gjort. Förmännen borde uppmuntra personalen till att göra rapporteringar. (Ping & Weitzel 2005) Dessutom borde ledningen ge bra respons och uppmuntra till att personalen skulle ta egna initiativ för att förbättra säkerheten i organisationen. (Lappalainen et al. 2011)

I Wallace och medförfattares, 2010, studie kom initiativet från organisationen, för utvecklingen av ett rapporteringssystem av avvikelser. Man ville ha ett system som var övergripande och informationen man får av rapporterna skulle ”mata” databasen med information. Det fanns också ett intresse för hur effektivt olyckor i kärnkraftsindustrin utreddes.

Det var viktigt att få fram adekvat data inte bara på en makronivå utan också lätt få adekvat data på en mikronivå. Personalen kan känna att ett rapporteringssystem är för invecklat, tar för mycket tid och är besvärligt. (Lappalainen et al. 2011)

Sannes (2008) kom fram till att istället för att moralisera en arbetstagare för att inte göra avvikelserapporter borde förmännen och organisationsledningen tänka på orsaken till varför rapporterna inte görs. Den största orsaken är skam. Människorna som gjort fel skäms över sitt fel och orsaken till denna skam borde utredas ordentligt. Människor är fortfarande rädda för att göra avvikelserapporter på grund av att de är rädda för att få ett straff för sitt fel. Avvikelseberättelser görs än idag mindre än vad de borde göras.

Man vill helst inte göra en avvikelserapport om en nära kollega. Men om man ser eller upplever ett misstag i en annan organisation gör man lätt en rapport av en avvikelse. Samarbete mellan olika organisationer är viktigt för att få en rapportering av avvikelser att fungera. (Lappalainen et al. 2011)

Man borde få ett nytt tankesätt när ett rapporteringssystem görs. Istället för att koncentrera sig på vilka orsaker och konsekvenserna är, borde man koncentrera sig på vilka mänskliga faktorerna som ligger bakom. (Baranzini & Christon 2010)

### **3 SÄKERHETSSYSTEM, MÄNSKLIGA FAKTORER OCH AVVIKELSERAPPORTERING**

Som teoretisk referensram har jag valt säkerhetssystem. Detta därför att avvikelserapportering av allt vad det innebär är en stor del av organisationens säkerhetssystem. I sjukvården släpar mycket efter i uppbyggande av säkerhetssystem om man jämför med andra områden som till exempel flygindustrin. I den teoretiska referensramen tas upp mänskliga faktorer, efficiency and thoroughness trade-off (ETTO) teorin och avvikelserapportering.

Det finns två synsätt på systemsäkerhet; individ- och systemmodellen. I individmodellen försöker man istället för att förhindra avvikelser behandla dem när de

har skett och försöker därefter göra förändringar så att de inte skall hända på nytt. Till individmodellen hör också att hitta den skyldige till felen och försöka få ett "straff" åt henne/honom. I systemmodellen ser man framåt och försöker förhindra att det händer fel och olyckor. Det är viktigt att veta när man talar om systemsäkerhet att ett system eller en organisation aldrig kan bli helt säkert. (Hollnagel 2009 s 95-96)

Den medicinska världen handlar mycket om risktagning och säkerhet. Det sägs att förebyggande åtgärder är bättre än ett botemedel. Säkerhet uppnås på tre olika sätt; 1) eliminering av riskerna som finns, 2) förebyggande av oväntade händelser och 3) beskydd från de oönskade händelserna när de händer. (Hollnagel 2009 s 7-8)

### **3.1 Teorin on mänskliga faktorer**

Före 1950 talades det inte om mänskliga misslyckanden, eller mänskliga fel i systemsäkerhet. Människor gjorde fel men felen var så små att ingen aldrig kom till skada. Felen som uppstod var få och de kunde förklaras med enstaka faktorer som t.ex. ouppmärksamhet eller distraktion. Men efter kärnkraftsolyckan 1950 i Three Mile Island (USA) förändrades åsikterna. Efter denna olycka började mänskliga faktorer och deras inverkan på fel att uppmärksammas. Man tog också mänskliga faktorer med i organisationernas säkerhetsbedömningar. Modellen som började användas togs från teknologiska riskanalysen. Denna strävar till att förklara mänskliga faktorer och organisationsfaktorer. Under samma period förklarades mänskliga faktorer inom beteendevetenskapen på följande sätt:

*"människan är en maskin som gör fel och mänskliga fel är mänskliga felmekanismer"*(Hollnagel 2009 s. 95-96)

Dekker, (2006 s. 1), tar också upp individ- och systemteorin. Han förklarar individmodellens syn på mänskliga fel på följande sätt: 1) systemet skulle vara säkert, om det inte vore för det nyckfylla beteendet hos vissa opålitliga människor i systemet, 2) mänskliga fel orsakar olyckor; människor är orsaken till två tredjedelar av dem, 3) felen kommer som otrevliga överraskningar. Felen blir introducerade i systemet av de opålitliga människorna som arbetar i systemet. Det är de så kallade "ruttna äpplena" i systemet som gör felen.

Systemteorin tar upp en organisatorisk synvinkel, en synvinkel om människorna som jobbar inuti systemet. Den avslöjar hur människor måste skapa framgång och säkerhet, därför att systemet inte är säkert. Människor i detta system lär sig att pressen, inkonsekvensen och sårbarheten är stigar till misslyckanden. Dessa människor skapar strategier för att felen inte skall kunna ske. Men dessa strategier är inte helt adapterade därför att människorna fokuserar sig på fel saker och fel risker. Enligt systemmodellen är felen ett symptom av att det finns problem djupare i systemet. Felen är den andra sidan av människors handlingar. Människorna måste utöva framgång i en osäker och resurskoncentrerad värld. (Dekker 2006 s. 3-5)

Systemteorin tar upp den organisatoriska synvinkeln, en synvinkel om människorna som jobbar inuti systemet. På grund av att systemet inte är säkert är det människornas uppgift att skapa säkerhet. Den nya teorins synsätt på fel är följande: 1) mänskliga fel är inte orsaken till misslyckanden, 2) mänskligt fel är resultatet av ett djupare problem i organisationen och mänskliga fel är inte slumpmässiga, 3) felen är systematiskt anslutna till funktioner i människors verktyg, uppgifter och verksamhetsmiljöer. (Dekker 2006 s 37)

För att få en ordentlig förståelse för vad som hände i situationen, måste man stiga in i de människors skor som var med om händelsen. Bara då kan man få en förståelse för, varför det var förnuftigt vad människorna gjorde just i denna situation. Om människorna som varit med i händelsen tyckte det de gjorde var rätt, är det en mycket stor risk att andra också i samma situation gör samma fel. På detta sätt finns det risk att samma fel uppstår på nytt. Om man däremot står så att säga utanför tunneln, har man bara en ytlig vetskap om händelsen och då är det en stor risk att händelsen sker på nytt. (Figur 1) (Dekker 2006 s. 3-4, 15, 37-38)

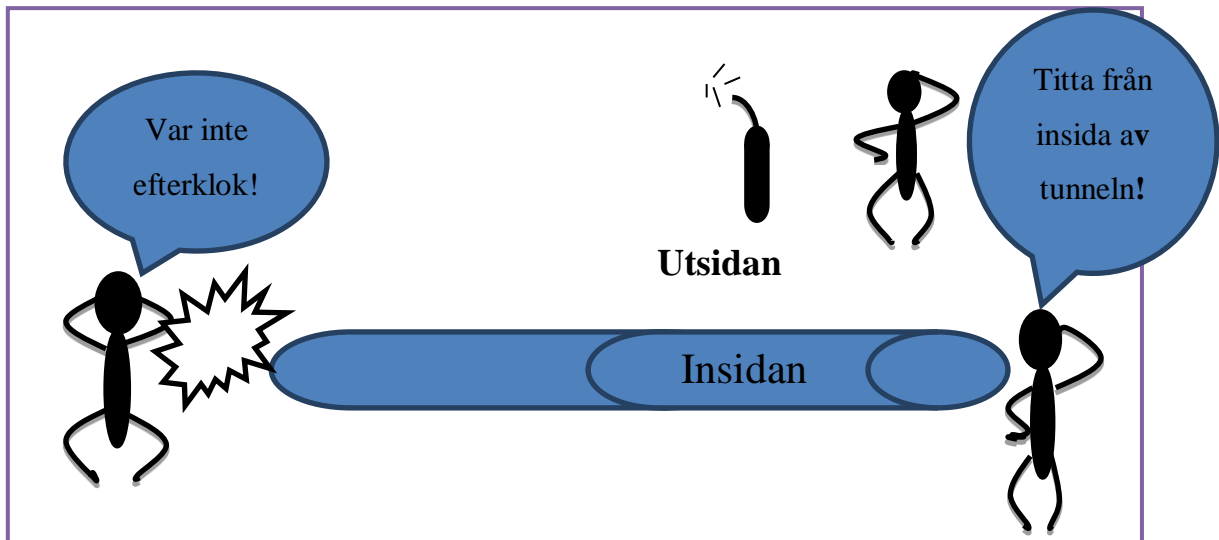


Fig. 1 Systemmodellens syn på fel. Du måste gå in i "tunneln" för att förstå situationen, utanför är du bara efterklok. (Dekker 2006 s 38)

Systemmodellen menar också att säkerhet inte är det enda målet i en organisation. Många interaktiva påtryckningar och mål finns alltid i arbetet, dessa är t.ex. ekonomisk press, tidtabellspress och kundservice. Kompromisser mellan säkerhet och andra mål måste göras. Kompromisserna görs oftast under osäkerhet och oftast under tidspress. Men människor kan skapa säkerhet. Människorna är de som kan förhandla mellan säkerhet och andra påtryckningar. Mänskliga felen kommer inte oförutsägbart, felen är den andra sidan av mänsklig expertis. (Dekker 2006 s. 16-17)

Inom individmodellen analyseras inte händelserna eller felen. Man skyller på mänskliga fel och då kan organisationen kräva mera skolning, ge en reprimand åt "syndabocken" och organisationen sänder ut en påminnelse om att alla skall följa processer som är överenskomna. Dessa förklaringar används av utredningsorgan runt om i världen när de inte hittar på någon annan förklaring till felet eller när organisationen har slut på kapital och vilja för att undersöka djupare i systemet. (Dekker 2006 s. 6)

### 3.2 Balansen mellan effektivitet och noggrannhet – ETTO

Grunden för efficiency and thoroughness trade-off (ETTO) principen innebär en balansgång mellan effektivitets och noggrannhets kompromisser. Lättast kan man förklara ETTO -principen på följande sätt: "människor i sitt arbete väljer mellan att



*jobba effektivt eller noggrant, sällan kan man göra bådadera samtidigt”.* (Hollnagel 2009 s 15)

Med effektivitet menas i ETTO principen att nivån på investeringar eller resurser som används eller behövs för att uppnå ett uttalat mål eller syfte hålls så låga som möjligt. Resurserna kan vara tid, material, pengar, fysisk prestation, arbetskraft etc. Hur mycket ansträngningar en organisation gör för att uppnå noggrannhet, beror på hur mycket de vinner på att vara noggrann. Med grundlighet menas däremot att verksamheten bedrivs endast om organisationen är övertygad om att det finns nödvändiga och tillräckliga villkor, för att verksamheten kommer att uppnå sitt mål och att detta inte skapar några oönskade biverkningar. Enkelt sagt; noggrannhet är att villkoren för att verksamheten är på sin plats, utföranden säkerställda, och resultatet är det avsedda. (Hollnagel 2009 s. 16)

Kompromisserna mellan effektivitet och noggrannhet kan visas i forma av en våg (Fig. 2). På den ena sidan har vi effektivitet och på den andra sidan noggrannhet. Om effektiviteten dominerar, förlorar man kontrollen på grund av att handlingarna görs före förhållandena är de rätta eller man gör helt enkelt fel handlingar. Men om noggrannheten dominerar, kan handlingarna missa sitt tidsfönster, med andra ord handlingarna görs på fel tid eller för sent. För att en handling skall lyckas måste man ha kontroll, denna kontroll uppnås genom en balansgång mellan noggrannhet och effektivitet. (Hollnagel 2009 s. 14)

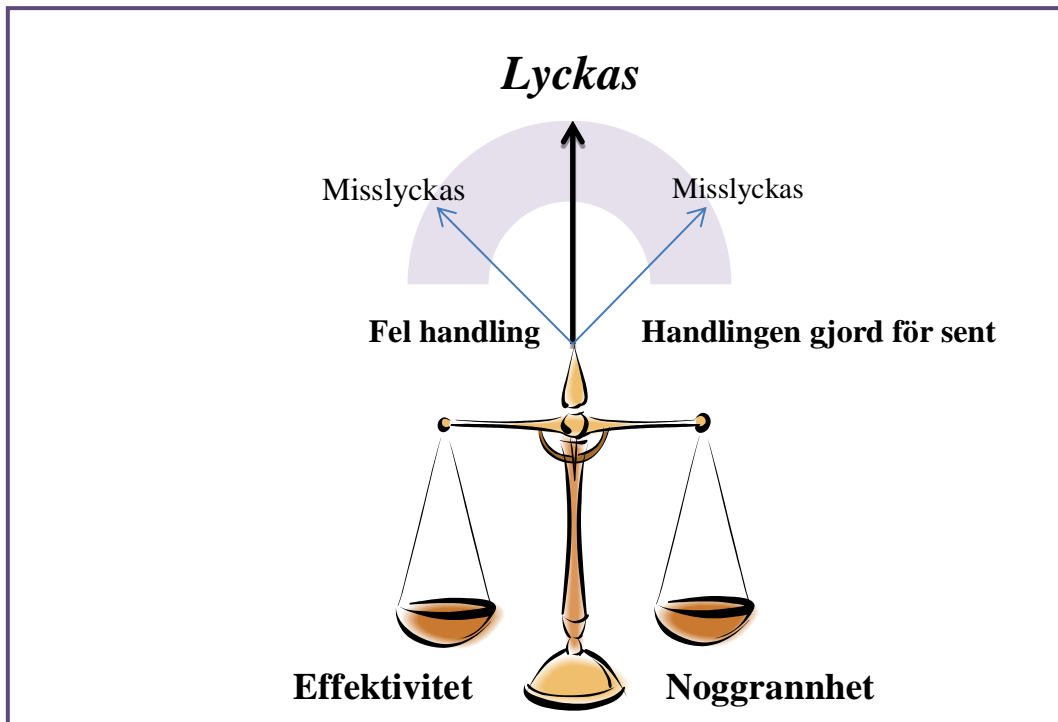


Fig. 2. Balansen mellan effektivitet och noggrannhet. (Hollnagel 2009 s. 14).

Enligt ETTO-principen gör organisationen ofta kompromisser mellan resurser som behövs för att planera aktiviteten och resurser som behövs för att utföra aktiviteten. Om säkerhet och kvalitet dominerar gör man en kompromiss i effektiviteten, men om effektiviteten är dominant och organisationen behöver mera output gör man en kompromiss i noggrannheten. (Hollnagel 2009 s. 29)

Istället för att fråga hur stor chans det finns att en person gör fel, borde man hellre fråga hur stor chans finns för att en person eller organisation gör effektivitets-noggrannhetskompromisser. Svaret är att det inte är en chans utan en verklighet, individen eller organisationen gör det på grund av att det är en del av arbetet. Men som Hollnagel (2009 s. 27) säger ”Människor borde inte alltid vara ETTO utan också göra ETTO”.

### 3.3 Rapportering och analys av avvikelser

I en säker och högklassig organisation finns det klara och tydliga förfaringssätt för hur riskmoment och farliga situationer rapporteras, uppföljs och behandlas. Inom organisationen lär man sig av riskmomenten med hjälp av personalens systematiska rapportering. Det som uppnås med en bra rapporteringsprocess är en förbättring av

kvaliteten och säkerheten. Den information man får av avvikelserapportering borde utnyttjas till att utveckla verksamheten i organisationen. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009 s 17) Genom att fråga vad, när och varför något kan hända kan organisationen förhindra och förbereda sig på olyckor och fel. Genom att veta varför något händer minskas och elimineras risken för avvikelser. Genom att veta vad som kommer att hända kan organisationen utarbeta lämpliga åtgärder och motåtgärder. Genom att veta när något händer kan man försöka bygga upp en högre beredskap för avvikelser. (Hollnagel 2009 s 8)

Det finns två olika system att göra en avvikelserapportering. Vid allvarliga avvikelser (då patienten avlider eller patienten får en allvarlig skada) är det obligatoriskt att rapportera till myndigheter. De allvarliga avvikelserna är ganska få, men dessa avvikelser visar på stora fel i organisationerna. De frivilliga rapporteringssystemen är de som är fokuserade på att förbättra säkerheten. Dessa system fokuserar mest på ”nära ögat” -situationer eller sådana avvikelser som orsakar en minimal skada för patienten. De frivilliga rapporteringssystemen analyserar ”nära ögat” -händelser och de identifierar systemets sårbarhetspunkter. Båda rapporteringssystemen behövs, men de borde skiljas åt och rapporteras var för sig. (Kohn et al. 2000 s. 87)

Det är känt att brådska, arbetstagarnas utbrändhet, dålig arbetsmiljö och ergonomiska problem är delorsaker till avvikelser. Detta har HNS uppmärksammat i patientsäkerhetsstrategin. I den framkommer att arbetstagarna skall få arbetsfrid, handledning och att klara arbetsuppgifter skall säkerställas. Men det nämns också uppbyggande av skyddsbarriärer som förhindrar eller åtminstone gör att avvikelserna upptäcks i tid. I allvarliga avvikelsehändelser måste händelserna rapporteras till ledningen. I generiska händelser skall man försöka förhindra att händelsen upprepas. Man försöker utveckla HaiPro så att programmet på ett bättre sätt kan beakta utvecklingsförslag i organisationen. (Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013 s. 19)

Nedan uppräknas tre skäl som talar för användningen av ett rapporteringssystem: 1) standardiserad rapportering tillåter att man kan kombinera och spåra data över en längre period, 2) om det inte i organisationen finns något sätt att definiera och samla data, kan

inte heller data samlas och analyseras, 3) ett standardiserat system hjälper sådana organisationer som är utspridda och har verksamhet på ett större geografiskt område. (Kohn, et al. 2000 s. 88-89)

Ett rapporteringssystem som inte analyserar data är inte till någon nytta. Utan analys av händelserna uppnås inte en förståelse och därför kan inte fel och misstag minskas. (Kohn et al. 2000 s. 87) Det är mycket viktigt, både för individen och för organisationen, att diskutera felen. Diskussioner ger ett tillfälle för de andra, som inte har varit involverade, att lära sig av händelserna. Utomstående ger nya perspektiv och insikter som fördjupar analysen och hjälper till att motverka egna fördomar som kan färga de involverades uppfattningar om händelsen. Värdet på vad man lär sig genom att analysera och diskutera enkla misstag är ofta förbisedda. (Cannon & Edmondson 2005)

Idag vet man att rapportering av avvikelser förbättrar patientsäkerheten. Ett bra rapporteringssystem är ett instrument för att samla viktig information över avvikelserna av flera olika rapportörer och ger en förståelse av orsakerna till felen så att man kan förhindra dem i framtiden. Organisationen måste sätta ner mycket resurser på att analysera dessa fel. Det finns två utmaningar i rapporteringssystem: för det första måste man bygga upp ett adekvat rapporteringssystem och för det andra borde man få människor att rapportera och därmed uppnå en kultur som rapporterar. (Kohn et al. 2000 s. 99-100)

Avdelningssköterskan eller ansvarsläkaren inom de olika avdelningarna inom HNS skall behandla avvikelserapporten inom fyra veckor från det att rapporten kommit till deras kännedom. I denna behandling klassas händelsen i t.ex. medicinerings- eller rapporteringsavvikelse. Därefter klassar man händelsen i s.k. riskklasser (I-V). Dessa riskklasser är uppbyggda enligt händelsens prevalens och allvarlighet. (Bilaga 2) I allvarliga avvikelsehändelser, grupperna IV-V, behandlas händelsen i patientsäkerhetens styrgrupp. Denna grupp bestämmer om eventuella utvecklingsarbeten. (Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013 s. 13, 16)

### 3.4 Verktyg för avvikelserapportering (HaiPro)

På varje avdelning finns det en person som är utsedd till behandlare. Behandlaren får alla avvikelserapporter som görs på avdelningen. Denna behandlare klassificerar avvikelserna på basis av den information som finns på avvikelserapporten och med hjälp av de alternativ som HaiPro ger. Genom att klassificera händelsen i HaiPro får organisationen reda på när i händelsekedjan avvikelserna har skett och om avvikelserna hör till de vanligaste avvikelsekategorierna (kommunikation, våld eller övrigt). (Bilaga 4) (Ruuhilehto et al. 2011)

HaiPro byggdes upp för att ledningen skall få resultaten av rapporterna och på detta vis kan man inom organisationen och över avdelningsgränserna dela med sig av sina erfarenheter. Förutom att HaiPro i första hand är ett verktyg för rapportering av avvikelser inom organisationen, finns det planer på att man skall få ta del av HaiPros rapporter också nationellt och sprida kunskap över organisationsgränserna. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009)

En HaiPro anmälan görs i fyra steg. I steg ett skall man identifiera avvikelserna, HaiPro ger anmälaren olika alternativ som guidar anmälaren till att lägga anmälan i rätt domäner, uppgifter eller processer. I steg två görs själva HaiPro anmälan här finns olika fält där anmälaren kan med egna ord berätta vad som hänt och vad orsaken var till det som hänt. (Bilaga 3) Det tredje steget är när anmälan kommer till behandlaren och denne klassar och analyserar händelsen. I sista steget drar man nytta och lär sig av händelsen genom att dela med sig till andra och om det är nödvändigt ändrar på sina processer. I detta skede är det också bra att ledningen får information om det som hänt. Med en anmälan hittar man inte nödvändigtvis korrigerande åtgärder, men man kan granska om det har kommit liknande rapporter och efter detta se vad som måste göras. (Sarste 2012 s. 7-8)

Man kan lägga HaiPro anmälningarna i olika grupper; avvikelser som har att göra med läkemedelsvård, olyckor och olyckshändelser som patienten är involverad i och avvikelser som har att göra med information och rapportering (Kuisma 2010 s. 23-24). Det fanns en del utmaningar med HaiPro i pilotskedet. En fjärdedel av behandlaren

tyckte att det var svårt att hitta rätt kvalificering av avvikelserna. Men den största utmaningen med HaiPro var ändå att motivera personalen till att göra avvikelserapporteringar och att be om tilläggsinformation om avvikelserna. Men en stor del av användarna tyckte att användningen av HaiPro var lätt och att genom HaiPro anmälningarna fick man ett stöd för att få problemen uppdagade och hitta lösningar till dessa problem. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009 s. 41-45)

De flesta som är behandlare tycker att de får en bra bild av vad som har hänt i situationen. De tycker också att det är lätt att klassificera händelserna i rätta grupper. Det som kan vålla problem är informationen som behandlaren får av rapporten. Den kan vara knapp och en stor del av behandlarna ber inte om tilläggsinformation, fast de tycker att de har fått för lite information. (Sarste 2012 s. 32)

För att kunna jobba preventivt så borde ”nära på” händelsernas rapporteringsprocent vara högre än de skedda händelsernas rapporteringsprocent. Men i olika undersökningar kommer det fram att rapporteringsprocenten av hända avvikelser fortfarande är större. I Tammerfors rapporterade 24 % av ”nära på” händelser jämfört, med 76 % av skedda avvikelser. Av alla avvikelserapporteringar är det cirka 54 % som tillbringar mera arbete åt enheten. Men bara 4 procentenheter av dessa 54 % gör att enheten får merkostnader eller materialskada av avvikelserna. (Kuisma 2010 s. 27-29)

Det är känt att de aktivaste HaiPro användarna är sjukskötare. Av läkarna är det en mycket liten procent som gör HaiPro anmälningar. Bara 0,2 % av alla HaiPro anmälningar görs av läkare, jämfört med att 85 % av alla anmälningar som görs av sjukskötare. (Kuisma 2010). I HNS hör det till varje arbetstagares skyldighet att direkt informera förmannen om hon eller han upptäcker en farosituation. Strävan är att förhindra en upprepning av händelsen. (Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013 s. 13)

På alla enheter och i alla organisationer finns det ännu inte en som är så utvecklad att de inte söker skyldige till avvikelserna. Enheterna kan ha samtal med den inblandade och personalen i en mycket beskyllande ton. Men det finns också enheter som uppmuntrar och försöker hitta lösningar utan att beskylla. Dessa enheter har en mera informativ och

skolningsinriktad syn på avvikelsehändelser. (Kuisma 2010 s. 31) Fortfarande finns det en negativ inställning till avvikelserapportering. Orsaken kan vara allmän likgiltighet eller en negativ attityd till rapporteringen. En atmosfär som söker den skyldige och där det göms undan och mörkläggs händelser leder också till att avvikelserapporteringen inte är hög. (Sarste 2012 s. 36)

Ledningens och förmännens förhållande till patientsäkerhet och avvikelserapportering är av stor vikt för att organisationen skall kunna lära sig något av HaiPro. Ledningen borde ge tillräckligt med resurser, kontrollera arbetstagarnas yrkeskvalifikationer och profilera vårdinrättningarna rätt i förhållande till behovet. (Kuisma 2010 s. 45) Därtill vill personalen ha feedback av sina gjorda avvikelserapporter och de vill också att avvikelserna gås igenom för att patientsäkerheten kan förbättras (Sarste 2012 s. 34).

#### **4 SYFTE OCH FORSKNINGSPRÅGOR**

Syftet med denna studie var att få en förståelse för en rapporteringsprocess och för hur en bra rapporteringsprocess för avvikelser fungerar. Resultatet av studien kommer att fungera som grund för uppbyggande av en egen rapporteringsprocess till Doctagon.

Frågeställningarna för studien var;

1. Vilken nytta och vilka hinder finns i kulturen för en rapporteringsprocess?
2. Vilka utmaningar finns det i uppbyggnaden av en rapporteringsprocess?

#### **5 METOD, DESIGN OCH URVAL**

Informanterna som valdes till fokusgruppintervjun var sjukvårdspersonal på HNS. Jag valde inte själv ut informanterna utan avdelningarna som var med valdes av patientsäkerhetschefen på HNS. Avdelningarna plockade ut sedan informanterna till intervjuerna.

Det var allt som allt tre grupper av HaiPro användare, i denna grupp fanns det 2-4 sjukskötare eller närvårdare och 1-3 förmän. Tillsammans var informanterna 14 stycken HaiPro användare. (Bilaga 4) Denna grupp intervjuades först. I användar grupper fanns också HaiPro handläggare. Dessa var HaiPro handläggare intervjuades efter användargruppen och de svarade på frågorna som var riktade bara för handläggare. Det gjordes en enskild fokusintervju och två fokusgruppintervjuer med handläggarna. (Bilaga 5) I handläggargruppen fanns 1-3 informanter, tillsammans 6 informanter. (Bilaga 4) Grupperna var HaiPro -användare och –handläggare från den operativa resultatenheten, den medicinska resultatenheten och från ett sjukvårdsdistrikt. En fokusgrupp var ihopsatt av sjukskötare/närvårdare och förmän från olika avdelningar denna grupp var från ett sjukvårdsdistrikt, de två andra grupperna var en grupp med informanter från samma avdelning.

Intervjuerna gjordes under perioden mars till juli 2014. Intervjuerna varade mellan 37 och 65 minuter för fokusgrupperna som gjordes med HaiPro användare. HaiPro handläggarnas intervjuer var mellan nio till tretton minuter långa. Handläggarnas intervjuer gjordes skilt efter användarnas intervjuer.

Grunden för temafrågorna och temagrupperna var de uppgifter som kom upp från forskningsöversikten. Frågorna i intervjuerna var halvstrukturerade och alla frågorna ställdes på samma sätt till alla grupper. Det ställdes tilläggsfrågor som varierade från grupp till grupp beroende på vad som kom upp i gruppen.

Designen beskriver studiens forskningsprocess. Processen börjar med att konstatera att behovet av studien finns. Efter att problemområdena har klargjorts görs en litteraturgranskning inom området för avvikelserprocesser. När litteraturgranskningen har gjorts samlas materialet för studien in genom temaintervju med fokusgrupper. Materialet transkriberas, läses igenom och analyseras. Efter analysen presenteras och diskuteras resultatet. (Bilaga 6)



## 6 ETISKA REFLEKTIONER

Datainsamlingen, undersöknings- och bedömningsmetoderna är etiskt hållbara och upp-fyller de vetenskapliga forskningskriterierna. Vid publiceringen av detta undersöknings-resultat tillämpas öppen och ansvarsfull kommunikation som karakteriserar vetenskaplig verksamhet. Under studiens gång och när resultatet presenteras, till andra forskares arbeten, resultat och hänvisningar görs på ett korrekt sätt. Studien planeras, genomförs och rapporteras enligt kraven för vad vetenskaplig fakta förutsätter. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012)

Informanterna får ett brev före intervjuerna. (Bilaga 7) I brevet klargörs vad studien handlar om och vem uppdragsgivaren är, samt till vilken nytta studien är. Informanterna informeras också om att intervjun är frivillig och informanten kan avbryta intervjun när som helst. I brevet framkommer också att intervjun kommer att göras inom ramen för olika teman; patientsäkerhetskultur, ledning, rapportering och behandlarnas roll och arbete. Intervjun bandas in och transkriberas. Materialet förvaras i god vetenskaplig sed och bevaras i 10 år i låst utrymme.

## 7 ANALYS AV RESULTATET

För att få en så förutsättningslös analys av intervjuerna som möjligt har det använts ett induktivt synsätt. Metoden som använts är kvalitativ innehållsanalys. (Bilaga 8) Intervjuerna som var bandade transkriberades, lästes igenom flera gånger och det väsentliga togs ut. Domänerna i analysen valdes utgående från arbetets forskningsfrågor: nytta, hinder och utmaningar. Efter att domänerna hade definierats extraherades de meningsbärande enheterna, 121 stycken, ut från texten. Efter det kondenserades och abstraherades de meningsbärande enheterna till meningsenheter utan att innehållet i texterna ändrades eller det väsentliga försvann. Dessa meningsenheter abstraherades och försågs med en kod. Dessa koder blev etiketten för meningsenheterna som kortfattat beskriver deras innehåll. Koderna delades sedan in i underkategorier som var 49 till antalet. Underkategorierna i sin tur delades in i 13 kategorier som ledde till 4 teman, se tabell 1. (Lundman & Hällgren Graneheim 2008 s. 162-163) De fyra teman som uppkom genom analysen var rapportering, organisationens påverkan och intresse, säkerhetskultur och avvikelseanalys.

Tabell 1. Induktiv analys

Domäner	Underkategorier	Kategorier	Tema
Nytta	Rapportering av alla händelser Förebygga och förhindra av avvikelser Bredare rapportering En del av arbete Anonymitet Prioritering	Avvikelse rapportering	Rapportering
	Kontinuerlig uppdatering av systemet Bra system för tillfället Kultur förändringar	Erfarenheter av HaiPro	
	Förändringar i arbetsätt, -rutiner och verktyg Säkerhetstänkande Vårdkvalité Talas om felet och godkännande att felet händer Felet är viktigare än de som gjort det	Förändringar	
	Attitydförändringar Skolning och information till personal	Implementering	
Hinder	Alla med i behandlingen av HaiPro Medvetandegöra avvikelserapporteringen	Personalens medtagande i behandlingen	Organisationsledningens påverkan och intresse
	Attityd till "nära på händelser" och upprepade avvikelser	Attityder	
	Skuldsättande kultur Personalens ansvar Kvalité och utveckling Bra skolning Konstruktiv feedback	Feedback till personalen	
	Kontinuerlig uppmuntran Enkla uppmuntringsmetoder Informera om vikten av avvikelserapportering	Rapporteringsuppmuntran	
	Tidtagande, före det är inne i systemet Underlättar ledande	Organisationsförändring	
Utmaningar	Säker patientinriktad vård Kontinuerligt säkerhetsarbete Säkerhetskultur Öppen kommunikation och samarbete Inget syndabockstänkande	Systemsäkerhet	Säkerhetskultur
	Faktaskrivande Inget syndabockssökande i arbetsgemenskapen Lösningfokusering Öppen kommunikation	Skuldbeläggning	
	Handläggarnas intresse och attityd Medvetandegöra handläggarnas arbete Multiprofessionalism i handläggningen Uppmuntran till frivilliga skolningar Strukturerad och kort skolning	Handläggarnas roll, arbete och attityd	Avvikelse-analys
	Behandling av avvikelser från andra avd. Statistik Kategorigruppernas behov Riskgrupperingen svår Patientskada Oklara anmälningar	HaiPro analys	

## **7.1 Nyttan av en rapporteringsprocess**

Resultatet i detta masterarbete visar att ha en rapporteringsprocess är själva rapporteringen, se tabell 1. Den ger en nytta för organisationen när man tänker på kvaliteten av vården. Nyttan kan delas in i fyra kategorier avvikelseberättande: erfarenheter, förändringar och implementering.

Under kategorin avvikelseberättande hör att man rapporterar alla avvikelser, förebygga och förhindra av avvikelser, en bredare rapportering, att det är en del av arbetet, anonymitet och prioriteringar.

Under kategorin erfarenheter av avvikelseberättande hör att HaiPro är ett bra system för tillfället, men att det behövs en kontinuerlig uppdatering av systemet för att det skall fungera och en kulturförändring i organisationen.

Till olika förändringar som skett i och med en rapporteringsprocess (se tabell 1) hör bland annat förändringar i arbetssätt, -rutiner och verktyg, att det uppkommit ett säkerhetstänkande, vård-kvaliteten har stigit, det talas om de skedda felen, och godkänns att det händer fel samt ett tänkande att det är felet som är viktigare än personen som gjort det.

Den fjärde kategorin under temat rapportering är implementering. Underkategorierna för implementering för attitydförändringar, skolning och information till personalen.

## **7.2 Hinder för en rapporteringsprocess**

Ett stort hinder för att en rapporteringsprocess skall fungera och lyckas är organisationen och ledningens påverkan (se tabell 1) och intresse. Kategorierna och underkategorierna är saker som - om inte organisationen gör det väl - kan vara mycket stora hinder i rapporteringsprocessen. Organisationshindren kan delas in i fem kategorier; personalens deltagande i behandlingen, attityder, feedback till personalen, rapporteringssuppmuntran och organisationsförändring.

När en rapporteringsprocess för avvikelser byggs upp sker det en organisationsförändring. Det som då måste tas i beaktande är att denna förändring i organisationen tar tid, det kan i bästa fall enligt intervjuerna ta upp till fem år. Man skall inte ha bråttom med att få igenom processen utan ge den tid det tar för organisationen. Resultatet visar även att en rapporteringsprocess underlättar ledningen i hög grad.

I hindren för rapporteringsprocessen kommer också fram organisationens attityder till avvikelserapportering. Det är viktigt att man gör något direkt när någon avvikelsen sker och speciellt vid nära på-händelser och händelser som upprepar sig.

Organisationsledningen skall ta med personalen i behandlingen av avvikelser, så att personalen får komma med förslag till förbättringar och ändringar. Speciellt viktigt är att alla yrkesgrupper deltar i rapporteringen och att man medvetandegör avvikelserapporteringen för personalen.

För att få rapporteringar av avvikelser måste organisationen uppmana personalen till att göra avvikelserrapporter när något händer. Dessa uppmaningar behöver inte vara invecklade. Det kan vara enkla uppmaningar så som att det är bra för utvecklingen av vården. Men uppmaningarna måste komma kontinuerligt och organisationen borde förklara för personalen varför avvikelserapportering är så viktigt.

Genom att ge feedback åt personalen för deras avvikelserapporteringar uppmuntrar organisationen till rapportering. Feedbacken måste främst vara konstruktiv: det kan inte bara sägas att *"Ni skall vara noggrannare nästa gång"* utan man måste ha något konkret att komma med i sin feedback. Genom bra personalutbildning och genom att förklara för personalen att en avvikelserapportering är bra för kvaliteten i och utvecklingen av vården kan organisationen få personalen att förstå vikten med att rapportera.

Det som kan bli ett stort hinder i rapporteringsprocessen är om organisationen skuldbelägger personalen för felen. Men å andra sidan skall personalen också ta sitt ansvar och ta till sig av förändringar som görs.

## 7.3 Utmaningar för en rapporteringsprocess

I detta avsnitt finns det två olika teman: säkerhetskultur och avvikelseanalys. Säkerhetskulturen är en utmaning därför att om man inte har en godkännande kultur, och så finns det ingen avvikelserapportering. Kulturen måste byggas upp för att man skall få en rapporteringsprocess. Om inte avvikelseanalysen görs rätt kan det påverka rapporteringsprocessen negativt och till utmaningarna för analysen hör att hitta och utse rätt personer till behandlare.

Under temat säkerhetskultur finns kategorierna systemsäkerhet och skuldbeläggning. Temat avvikelseanalysen har kategorierna handläggarnas roll, arbete och attityd och HaiPro-analysen.

Till systemsäkerhet hör säkerhetstänkande, men också ett kontinuerligt säkerhetsarbete och en säker patientinriktad vård. Det som är bra för personalen att tänka på är att man har en öppen kommunikation och ett öppet samarbete och att det inte finns något syndabockstänkande. För att uppnå en säkerhetskultur är det viktigt att det inte finns en skuldbeläggande kultur. Med det menas att man inte har ett syndabockssökande i arbetsgemenskapen, utan att man har en öppen kommunikation. Detta uppnås genom att man i rapporter skriver fakta om händelsen (inte nämner människor, tider etc.) och är lösningsfokuserad.

I avvikelseanalysen är handläggarna och deras roll, arbete, intresse och attityder till avvikelserapportering i fokus. Medvetandegörandet av handläggarnas roll i arbetsgemenskapen förbättrar förståendet för handläggaren. Genom att göra gruppen som behandlar avvikelserapporterna multiprofessionell, får man olika syn på händelserna. Man skall också uppmuntra handläggarna till frivilliga utbildningar och när man utbildar handläggarna i användning av analysverktyget borde utbildningen vara strukturerad och kort.

Det som är bra att få ut från avvikelseanalysen är en slags statistik över avvikelserapporterna. Det borde finnas en bredare variation på kategorierna i kategoriseringen av händelserna och riskgrupperingen skall förklaras noggrant för

handläggarna så att de förstår den. Det vore bra om de avvikelserapporter som kommer från annan avdelning eller organisation kunde behandlas inom den i frågavarande avdelningen och om en patient drabbats av en patientskada är det bra för avdelningen att få vetskap om det.

## **8 DISKUSSION**

I detta kapitel reflekteras resultat i förhållande till frågeställningarna, teorin och litteraturgranskningen.

### **8.1 Resultatet i förhållande till frågeställningarna**

Frågeställningar för arbetet var vilken nytta och vilka hinder finns i kulturen för en rapporteringsprocess för avvikelser och vilka utmaningar finns det för uppbygganden av en rapporteringsprocess?

Nytan av att i organisationen ha en process för avvikelser är själva rapporteringen. Genom den får man reda på vilka fel som sker i organisationen och vad man måste åtgärda och försöka förebygga för att skapa en säker vård för patienterna. En rapporteringsprocess höjer också vårdkvalitén. Detta kräver först och främst en kultur- och attitydförändring bland personal och organisationsledning. HaiPro är ett bra och heltäckande system men vad som kom fram i intervjuerna är att HaiPro är att det enda system informanterna har kommit i kontakt med så de vet inte om det kanske finns ett system som är bättre. Det som syns för personalen i en rapporteringsprocess är att man får förändringar i sina arbetssätt och -rutiner som är säkrare för patienten och ett säkerhetstänkande som borde finnas inom organisationen. Det som alla intervjuade var ganska måna om var anonymiteten: man skall kunna vara anonym när man skriver en avvikelserapport. Å andra sidan fanns det en avdelning som tyckte att de ville ha personlig feedback från sina rapporter.

Det stora hindret för en rapporteringsprocess är själva organisationen och dess attityder gentemot rapportering av avvikelser. Om inte organisationen är med och uppmuntrar och är intresserad blir det inte något av rapporteringsprocessen. Det är en

organisationsförändring och det tar tid före kulturen och processen är inne i systemet. Det som kom upp i intervjuerna är att personalen måste få sin röst hörd, både i behandlingen av avvikelser och i konstruktiv feedback från rapporterna. Detta innebär att man också här har en öppen kommunikation mellan organisationsledningen och personalen. Det krävs också från organisationen att förmännen och ledningen kontinuerlig uppmuntrar personalen till att göra avvikelserapporter.

Det finns två saker som är en stor utmaning i uppbyggnaden av en rapporteringsprocess. Den ena är att bygga upp (om det inte redan finns) en säkerhetskultur och det andra är själva avvikelseanalysen.

Vad gäller kulturen finns det två delar som kom mycket starkt fram i intervjuerna den ena är systemsäkerheten och den andra är skuldbeläggningen av personalen. Till systemsäkerheten hör också här en öppen kommunikation och samarbete bland alla yrkesgrupper och ett kontinuerligt säkerhetsarbete. Kulturen skall inte heller ha vara idelt skuldbeläggande. Det borde arbetas bort och läras ut att man skall se på felet och försöka arbeta lösningsfokuserat. Det som kändes viktigt var att man i arbetsgemenskapen inte beskyllde sina arbetskolleger, utan man kunde känna sig trygg att framföra sina fel som hade hänt, med andra ord öppen kommunikation. I intervjuerna kom det också fram att i rapporten skall framkomma bara fakta om händelsen, det behöver inte framkomma namn, tid eller något annat som kan identifiera personer som var med om händelsen.

Hur bra analysen av avvikelserna man får kan ha mycket att göra med hurudan handläggaren är. Handläggarens intresse och attityd är av stor vikt i analysen. Om handläggaren inte själv är aktiv och intresserad blir inte analysen heller bra. Teamet som analyserar händelserna borde vara multiprofessionellt för att få så bred kunskap och syn på rapporten som möjligt. Avvikelseanalysen kan ha sina egna utmaningar. Den största är hur rapporterna är skrivna. Om rapporterna är oklara eller om man inte kan ställa tillägsfrågor till den som anmält händelsen, så kan det vara mycket svårt att analysera avvikelserna. Handläggaren skall också kunna utläsa vad analysverktyget ger, som till exempel statistiken över rapporterna. Det som också är en utmaning inom HaiPro

analysen är att hitta rätta kategorier för händelsen och riskgrupperingen tyckte de intervjuade var svår.

## **8.2 Resultatet i förhållande till tidigare forskning**

Baranzini och Christon (2010) ansåg i sin studie att vetskapen och analysen om hur olyckor uppstår hänger ihop med hur mycket data, information och bakgrundsinformation man får av olyckan. Detta kom också upp i intervjuerna. Ju mera information man fick av rapporterna desto lättare var det att analysera och få en förståelse för vad som hänt. Följande saker är bra att ta i beaktande när man bygger upp en rapporteringsprocess; tillräcklig kunskap om mänskliga faktorer, att klassificeringen är lika och genom systemet borde organisationen få hjälp att identifiera problem och få lösningar och vägledning till problemen, vilket underlättar kommunikationen mellan olika parter. (Baranzini & Christon 2010)

I intervjuerna kom det fram att handläggarnas tillräckliga kunskap om mänskliga faktorer skall handläggaren ha och detta uppnås säkert med skolning till handläggaren som kom upp i intervjuerna. Riskklassificeringen är nog lika i HaiPro men den kanske inte tjänar alla tillräckligt bra. HaiPro kommer kanske inte med förslag för att hjälpa organisationen men när man diskuterar inom arbetsgemenskapen om problemen och kommer där på lösningar kan man skriva in dem i HaiPro. Kommunikationen tas upp mycket starkt också i intervjuerna, både mellan olika yrkesgrupper, inom yrkesgrupper och mellan förmän och personal.

Det finns flera olika orsaker till varför inte personal gör rapporter när det händer fel. Orsakerna kan vara att man inte får tillräckligt med tid för att göra rapporten, personalen får inte någon respons från ledningen och detta leder till att det inte finns något intresse för rapportering av fel eller att man beskyller personalen för felet istället för att se på orsaken till att händelsen. (Lappalainen et al. 2011, Sanne 2008) Det sägs också att om rapporteringssystemet tar för mycket och är invecklat är rapporteringsintresse lägre. (Lappalainen et al. 2011) De flesta av de intervjuade tyckte att det inte behöver ges tid för rapportering av avvikelser. De tycker att det hör till arbetet och ansvaret. Det kom också fram att anonymiteten kanske skulle bli lidande om man ger tid för



rapporteringen. Det som också poängterades var att man skall se på felet och behandla och rapportera felet och inte koncentrera sig på personen i fråga. Enligt personalen på HNS är HaiPro inte invecklat och en rapportering tar bara cirka 10 minuter.

Förmännens uppmuntring till rapportering är extremt viktigt (Ping & Weitzel 2005). Men också ledningens respons och uppmuntran till att personalen tar egna initiativ till att uppnå säkerhet (Social- och hälsovårdsministeriet 2009). Förmännens kontinuerliga uppmuntran är extremt viktig enligt personalen. Det ansågs också att det att ledningen tar med personalen i behandlingen av avvikelser och att personalen får själva vara med och påverka förändringarna som sker i organisationen uppmuntrar till effektiviserad rapportering. För att få personalen att rapportera avvikelser behövs bara enkla uppmuntringar, som att det är ett sätt att bättra på vårdkvalitén.

Lappalainen et al. (2011) menar att små händelser inte rapporteras. Det är först när det har hänt något större som det görs en rapport. Det samma kom även fram i denna studie. Man kan överföra detta till ”nära på” händelser och riktiga avvikelser. Fast det borde vara så att ”nära på” händelserna skall rapporteras mera så rapporteras riktiga avvikelser mera. Det är då när det på riktigt har hänt något som man gör en anmälan. Man kanske inte tycker att ”nära på” händelserna är lika viktiga, kanske på grund av att patienter inte har tagit skada av händelsen.

Utmaningar för utvecklingen av en rapporteringsprocess för avvikelser är om organisationen inte godkänner rapportering av avvikelser. Om detta sker så fungerar inte en rapporteringsprocess i organisationen. (Ping & Weitzel 2005) Även i min forskning var den stora utmaningen var organisationen. Det kan till och med vara ett hinder om inte organisationen har rätt attityd och intresse.

Det som mycket starkt kom fram i studien, men inte har på samma sätt tangerats i litteraturgenomgången är attityderna till en rapporteringsprocess. Dessa attityder kommer upp på ett eller annat sätt i nästan alla temagrupper i form av t.ex. attitydförändringar, attityder till avvikelsehändelserna, uppmuntran till skolning och rapportering.

### 8.3 Resultatet i förhållande till teorin

Hollnagel talar om individ- och systemmodellen. I individmodellen ser man individen som orsaken till felet, systemmodellen är det systemet som man vill komma åt och rätta till. Säkerhet uppnås genom 1) eliminering av riskerna, 2) förebyggande av oväntade händelser och 3) beskydd från de oväntade händelser när de händer (Hollnagel 2009 s. 7-8, 95-96) HaiPro har tagit fasta på systemmodellen och i HNS försöker man komma åt systemfelen för att kunna ändra på till exempel arbetsrutiner. Genom HaiPro kan man kanske inte helt eliminera riskerna men minska på dem och genom att rapportera ”nära på” händelser kan man förebygga de oväntade händelserna. Dekker (2006 s. 37-38) tar fasta på hur man skall förstå händelsen för att kunna analysera den. Man går in i händelsen, in i ”tunneln”, och ser på händelsen från de personers ögon som varit med om händelsen och försöker förstå deras handlingssätt. Då kan man få en bra och konkret analys. Detta försöker man uppnå med HaiPro. Genom att vara lösningsfokuserad och se på händelsen och orsakerna till händelsen. Detta är klart en mycket stor utmaning för att få en så objektiv syn som möjligt.

Det är viktigt att man diskuterar felet. Då får man en annan synvinkel på felet och vad som har hänt. Speciellt viktigt är det att diskutera händelsen med utomstående för det ger nya perspektiv av händelsen. (Cannon & Edmondson 2005) En del av avdelningarna använder sig av förutom en förman som var behandlare också en sjukskötare från fältet då rapporten analyseras. Detta tyckte de var just för att man får en bredare syn på både behandlingen och analysen av rapporterna. En avdelning tyckte det var ett bra system de hade att i behandlingsteamet ha både läkare, förmän och substanskunnande.

Idag vet man att rapportering av avvikelser förbättrar patientsäkerheten. Ett bra rapporteringssystem är ett instrument för att samla viktig information över avvikelserna av flera olika rapportörer och detta ger en förståelse över orsakerna till felet så att man kan förhindra dem i framtiden. Organisationen måste sätta ner mycket resurser på att analysera dessa fel. Men ändå finns det två utmaningar i rapporteringssystem. För det första måste man bygga upp ett adekvat rapporteringssystem och för det andra borde man få människor att rapportera och få en kultur som rapporterar. (Kohn et al. 2000 s.

99-100) HaiPro är ett bra och adekvat rapporteringssystem. Men det som kom fram är också att man inte har erfarenhet av något annat system så man vet inte om det finns något bättre. Samma två utmaningar kom fram i både forskningen som i teorin; att få människor att rapportera och att få en kultur som rapporterar. Fast HNS har haft HaiPro i många år så har de kanske inte ännu en kultur som rapporterar aktivt. Det är bara toppen av isberget av rapporter som görs och mycket lite av ”nära på” händelser rapporteras

I en HaiPro rapport borde det inte behandlas patientuppgifter eller identifierbar information om de som är inblandade (Social- och hälsovårdsministeriet 2009). Detta togs upp också i en av avdelningsintervjuerna. Det ansågs vara viktigt att man inte skrev någon identifierbar information utan koncentrerar sig bara på händelsen.

HaiPro byggdes upp för att ledningen skall få resultat och därmed kunna dela med sig av erfarenheter över avdelningsgränserna och inom avdelningen. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009) Erfarenheterna delas inom avdelningarna om HaiPro rapporter och behandlar dem aktivt, men att dela med sig över avdelningsgränser utförs ännu i väldigt litet omfattning. Kanske för att HaiPro fortfarande ännu är relativt nytt.

Det är känt att de aktivaste HaiPro användarna är sjukskötare. Av läkarna är det en mycket lite procent som gör HaiPro anmälningar. I Kuismas (2010) Pro gradu arbete kom det fram att det bara var 0,2 % av alla HaiPro anmälningar som var gjorda av läkarna, jämfört med att 85 % av alla anmälningar var gjorda av en sjukskötare. Detta är fortfarande ett problem. Läkarnas aktivitet är mycket minimal. Det var egentligen bara i en avdelning som HaiPro rapporterna går till också läkarna. Intresset och aktiveringen av läkarna borde komma från deras förmän.

## **8.4 Syntes**

Jag ser rapporteringsprocessen som ett hus med grund, väggar, tak och människor som lever i huset. Varför rapporteringsprocessen kan beskrivas som ett hus är enligt mig därför att huset behöver alla sina delar grund, väggar och tak för att hållas ihop, men

också människorna som lever i huset för att det inte skall vara öde. På samma sätt kan man beskriva rapporteringsprocessen.

Grunden för rapporteringsprocessen är att man har en säkerhetskultur, med ett systemsäkerhetstänkande och en kultur som inte skuldbelägger. Själva avvikelseanalysen är väggarna i huset. De är de som håller upp processen och av dem lär man sig av, men också att man behöver stadiga ”väggar”, man behöver kunniga och intresserade handläggare. Analysen är det som ses utåt, vilka förbättringar organisationen har gjort. Taket i en avvikelseprocess är själva organisationen och främst då organisationsledningen. Organisationsledningen ser över hela processen och ger uppmuntran, skolning och bygger upp kulturen. Själva ”människorna” i huset är med andra ord rapporteringen. Det som rapporteras ses inte utåt, men utan rapporterna kan det inte heller finnas en analys och då har inte organisationen en säkerhetskultur eller överhuvudtaget en rapporteringsprocess för avvikelser.

Om en av delarna i huset inte finns eller huset har hål, fungerar inte processen och då dyker det upp hinder och utmaningar. Men det är också en process och utmaning i sig själv att bygga hus och det är det också med att bygga upp en avvikelseprocess.

## **9 KRITISK GRANSKNING**

Denna kritiska granskning görs utgående från giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim 2008 s. 169-170).

Giltighet handlar om hur sant resultaten är. Ett resultat anses giltigt om det lyfter fram de särdrag som är typiska för det som avsätt att beskrivas. Med andra ord de teman och kategorier som kommer upp i analysen skall överensstämma med det som har berättats i intervjuerna. (Lundman & Hällgren Graneheim 2008 s. 169) Granskningen av studiens analysmaterial och dess jämförande med bakgrundsmaterialet stämmer överens. Samma eller likande antaganden kom fram i både studien och bakgrundsmaterialet: öppen kommunikation, inte beskyllande kultur och säkerhetskultur. Om temafrågorna hade varit ännu mera strukturerade skulle materialet kanske ha blivit lite snävare och man skulle ha fått svar direkt på frågorna. Nu var det en del material som inte kom med på

grund av att det inte var väsentligt, men det skulle ha också ha kunnat leda till en alltför snäv syn på saken. Meningsenheter är representerade i analysen för läsaren, så att denne själv kan bilda sig en uppfattning om trovärdigheten i tolkningen.

Tillförlitlighet betyder att forskaren bekräftar sina ställningstaganden under hela forskningsprocessen (Lundman & Hällgren Graneheim 2008 s. 170). Temafrågorna kanske styrde en del av analysresultaten. Teman i analysen liknar teman i intervjuerna. Informanterna i intervjuerna var inte valda av mig, det kan ha en inverkan på att materialet blev ganska brett. Alla tre grupper var mycket olika och hade olika syn på frågorna. Dessa grupper var också olika i synen på hurudan kultur för avvikelserapportering som var gällande. Tyvärr fick jag inte med läkare i grupperna, vilket kanske också skulle ha präglat materialet. Det som kan diskuteras är hur öppna informanterna var i sina intervjuer. Jag var en utomstående, vilket kan ha en negativ effekt eftersom informanterna inte är lika öppna mot mig och de kanske vill visa en så bra sida som möjligt utåt. Det kan också vara tvärtom, eftersom jag var utomstående var de ärliga så att samma misstag som de hade gjort inte görs igen. Planen var att få med en grupp med handläggare, men tyvärr var det svårt att få en egen grupp handläggare så jag tog handläggarna från intervjugrupperna och intervjuade dem skilt för sig.

Överförbarhet handlar om i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer. Hur ”färgat” resultatet är handlar om forskarens påverkan på det som är föremål för studien. I en kvalitativ studie är forskaren delaktig genom att i samspelet under intervjun vara medskapare av texten. Detta innebär att resultatet av en intervjustudie inte kan ses som oberoende av forskaren. Forskarens förståelse är också en viktig del i tolkningsprocessen. (Lundman & Hällgren Graneheim 2008 s. 170) Denna studie kan ganska lätt vara överförbar till vilken som helst organisation som vill starta upp en rapporteringsprocess för avvikelser. Med denna studie får man en förståelse för vilka hindren och utmaningarna är, och nyttan av en rapporteringsprocess. Med detta arbete får en organisation som har en rapporteringsprocess en ny vinkel eller en ny insikt hur en process kan fungera eller inte fungera.

Lundman och Hällgren Graneheim (2008 s. 163) säger också att inga data ska falla mellan två kategorier eller passa in i två eller flera kategorier. Det här betyder att inga

data som svarar på syftet får uteslutas för att det saknas en lämplig kategori. Detta kan vara svårt att uppfylla om man har en text som handlar om upplevelser. Detta märkte jag också i min text och där finns i underkategorierna en del upplevelser som har samma betydelse men kan vara under olika domäner eller teman.

I litteraturgenomgången som gjorts kommer det inte klart upp attityder till en avvikelseprocess. Däremot tar informanterna i studien ganska starkt upp attityderna till en rapporteringsprocess för avvikelser och dessa attityder stiger också upp som mycket viktiga i rapporteringsprocessen. Om jag skulle ha inkluderat artiklar om avvikelserapportering inom hälsovården kan det hända att där skulle ha tagits upp dessa attityder till rapportering. Om en fortsatt studie görs så är det bra att också inkludera artiklar från hälso- och sjukvården för att få en bredare syn på andra rapporteringsprocesser.

Man kan också fråga sig att borde intervjuerna med användarna och handläggarna ha gjorts skilt och sedan jämförts med varandra. Detta gjordes inte för jag ville inte skilja på dem, därför att jag ville ha så mycket stoff till studien som möjligt. Det skulle kanske också ha blivit ett för stort arbete och på detta sätt blev studien begränsad. Mitt intresse var inte heller att se hur olika grupper svarar utan få stoff för att få en fungerande rapporteringsprocess. Men detta skulle däremot kunna vara en fortsättning på denna studie i framtiden.

Under denna studie har det skett en stor organisationsförändring på Doctagon. På våren 2014 såldes en tredje del av företaget och då försvann hemläkar-, hemsjukhus-, fysioterapi- och hemvårdsdelen från organisationen. Det börjades istället bygga upp en egen läkarstation med egna processer. Tidpunkten för detta arbete är helt ypperlig nu när det byggs upp andra nya processer i organisationen för läkarstationen. Då kan man få in denna nya process och få den så som Doctagon vill ha den.

## KÄLLOR

- Awanic.2013, *HaiPro*, Tillgänglig: [www.haipro.fi](http://www.haipro.fi) hämtad 2.6.2013.
- Baranzini, D. & Christon, M. 2010, Human factors data tracability and analysis i European Community´s Major Accident Reporting System. *Journal of Cognition, technology and work*, nr 12, s. 1-12
- Beurbien, M. & Baker, D. 2007, *Taxonomies, reporting systems and datacollection tools*. Washington DC: American Institutes for Research.
- Cannon, M. & Edmondson, A. 2005, Failing to learn and learning to fail (intelligently): How great organizations put failure to work to innovate and improve. *Long range planning journal*, nr 38, s. 299-319.
- Dekker, S. 2006, *The field guide to understanding human errors*. 4 uppl., Farnham: Ashgate Publishing limited.
- Doctagon Ab. 2013, Tillgänglig [www.doctagon.fi](http://www.doctagon.fi) hämtad 25.4.2013
- Finlex. 2010. *Hälso- och sjukvårdslagen 30.12.2010/1326*, <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>, hämtad 25.4.2013
- Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2013, *Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma 2013*, Helsingfors: Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri.
- Hollnagel, E. 2009, *The ETTO principle: Efficiency-thoroughness trade-pff Why things that go right sometimes go wrong*. 2 uppl., Farnham: Ashgate Publishing limited.
- Kohn, L.; Corrigan, J. & Donaldson, M. 2000. *To err is human - Building a safer health system*. 6 uppl., Washington: National academy of Sciences.
- Kuisma, P. 2010, *Terveyshuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä*, Tammerfors: Tampereen yliopisto.
- Lappalainen, J.; Vepsäläinen, A.; Salmi, K. & Tapaninen, U. 2011, Incident reporting in Finnish shipping companies. *Journal of Maritime Affairs*, Nr 10, s. 167-181.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. 2008, Kvalitativ innehållsanalys. i: M. Granskär & B. Höglund-Nielsen, red. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur, s. 159-171.
- Pasternack, A. 2006, Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim*, Nr 122, s. 2459-70.
- Ping, I. L. & Weitzel, T., 2005. Air carrier safety and culture; An investigation of Taiwan´s Adaptation to western incident reporting programs. *Journal of Air transportation*, 1(10).
- Reason, J. 1990, *Human Errors*. 19 uppl., New York: Cambridge University Press.

Ruuhilehto, K.; Kaila, M.; Keistinen, M. & Kinnunen, M. 2011, HaiPro-millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007-2009?, *Duodecim*,nr 10, s. 1033-1040.

Sanne, J. 2008, Incident reporting or storytelling competing schemes in a safety-critical and hazardous work setting. *Safety Science* , nr 46, s. 1205-1222.

Sarste, T. 2012. *Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödynnettävyys*, Itä-Suomen yliopisto.

Social- och hälsovårdsministeriet. 2009, *Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013*, Helsinki: AT-julkaisutoimisto Oy,

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, ei pvm *God vetenskaplig praxis*. Tillgänglig: <http://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis-anvisningar/godvetenskaplig-praxis> [Hämtad 18 05 2013].

Wallace, B. 2002, The Creation of a New Minor Event Coding System. European Community´s Major Accident Reporting System. *Journal of Cognition, technology and Work* ,nr 12, s. 1-12



## BILAGOR

### Bilaga 1

#### Google Scholar

Sökord	Träffar
Incident reporting System	4510
Incident reporting system NOT medicine	2070
Incident reporting system AND oil industry	53
Incident reporting system AND nuclear	38
Incident reporting system AND ICT	98
Incident reporting system AND marine	4

#### Emerald

Reporting system	44
Reporting system NOT patient safety NOT Adverse event	33
Incident reporting system	36

#### EBSCO

Reporting system NOT healthcare NOT adverse event NOT patient safety	176
Reporting system AND aviation	13
Reporting system AND Industry	13

#### Journal of cognition, technology and work

Reporting system NOT medicine	64
-------------------------------	----

**ABI**

Safety reporting system	69
Incident reporting system NOT medicine	14

**Springer**

Incident reporting system NOT medicine	44
--	----

## Bilaga 2





# Riskklassificering

		Tyypilliset seuraukset		
		Vähäiset	Haitalliset	Vakavat
<b>Todennäköisyys</b>  Epätodennäköinen  Satunnainen vaaratilanne, esiintyy harvoin. Teoreettisesti mahdollinen.  Mahdollinen  Vaaratilanteita tai läheltä piti -tapauksia on sattunut meillä tai muilla osastoilla.  Todennäköinen  Vaaratilanteita esiintyy usein ja säännöllisesti.		Korkeintaan epämukavuutta, hoidon viivästyistä tai pitkittymistä ilman merkittäviä terveysvaikutuksia	Toimenpiteitä vaativia terveysvaikutuksia, hoidon pitkittymistä ja ylimääräistä kärsimystä, tilapäinen työkyvyttömyys	Kuolema tai pysyviä vakavia vaikutuksia, elämänlaatua huomattavasti heikentäviä vammoja, pysyvä työkyvyttömyys
		<b><u>I Merkityksetön riski</u></b>	<b><u>II Vähäinen riski</u></b>	<b><u>III Kohtalainen riski</u></b>
		<b><u>II Vähäinen riski</u></b>	<b><u>III Kohtalainen riski</u></b>	<b><u>IV Merkittävä riski</u></b>
		<b><u>III Kohtalainen riski</u></b>	<b><u>IV Merkittävä riski</u></b>	<b><u>V Vakava riski</u></b>

### Bilaga 3

## Anmälningsblanket för avvikelser (Awanic, 2013)

Ilmoituksen pvm: 29.10.2014

<b>Osasto/yksikkö</b>	Lomakkeen täyttäjän yksikkö (*)			
	Valitse	<input type="text"/>		
	Yksikkö, jossa tapahtui (*)			
	Valitse	<input type="text"/>		
<b>Ilmoittajan ammattiryhmä</b>	Valitse <input type="text"/> 			
<b>Tapahtuma</b>	<b>Tapahtuma-aika (*)</b>	<b>Tapahtuman luonne (*)</b>		
	Pvm (p.k.vvvv): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ei tiedossa	<input type="radio"/> Läheltä piti 	<input type="radio"/> Tapahtui potilaalle 
	Kellonaika: <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ei tiedossa	<hr/>	
	<b>Tapahtumapaikka</b>	<input type="checkbox"/> Täytetään myös työturvallisuusilmoitus		
	Valitse <input type="text"/>			
<b>Tapahtuman tyyppi</b>	Ei tiedossa <input type="text"/>			
<b>Tapahtuman kuvaus (*)</b>	Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. 			
	<input type="text"/>			
	Kuvaa lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät.			
	<input type="text"/>			
	Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää?			
	<input type="text"/>			

**Bilaga 4****Informantgrupperna**

Grupp	Användarinformanter (antal)	Handläggarinformanter (antal)
1	6 informanter 3 användare + 3 handläggare (förmän)	3 handläggare
2	5 informanter 3 användare + 3 handläggare (förmän)	2 handläggare
3	3 informanter 2 användare + 1 handläggare (förmän)	1 handläggare

## **Bilaga 5**

### **Teemaryhmät**

#### **Kulttuuri**

Mikä on turvallisuuskulttuuri?

Miten se näkyy teidän osastolla?

Miten ymmärrät syyllistämättömän kulttuurin?

Miten se näkyy teidän osastolla?

Minkälaisia menettelyjä ovat hyviä jotka estää haittatapahtumien/läheltä piti tapahtumien synnyn?

Minkälaisia menettelyjä teillä on?

#### **Johto**

Miten palautejärjestelmä toimii?

Kannustetaanko henkilökuntaa tekemään HaiPro ilmoituksia?

Millä lailla?

Miten johto suhtautuu haittatapahtumiin jotka tapahtuu monta kertaa?

Miten käydään HaiPro ilmoituksia läpi henkilökunnan kanssa?

Miten johto käsittelee "läheltä piti" tilanteita?

## **Raportointi**

Minkälaisia kokemuksia on HaiProsta?

Mitä olisi tärkeätä raportoida HaiProssa?

Miten raportoidaan "läheltä piti" tilanteita?

Millä lailla voitaisiin antaa aikaa tehdä HaiPro ilmoituksia?

Mitä on mielestäsi parantunut HaiPro ilmoituksen jälkeen?

Miten koit että HaiPron implementointi onnistui?

## **Käsittelijän rooli ja työ**

Millainen on hyvä käsittelijä?

Missä roolissa käsittelijä on teillä?

Millainen potilasturvallisuuskoulutus käsittelijällä on? (vain käsittelijöille)

Millainen koulutus HaiPro ohjelmaan käsittelijöillä on? (vain käsittelijöille)

Mitkä ovat raporttien rajoitukset? (vain käsittelijöille)

Mitä raporteista voi analysoida? (vain käsittelijöille)

Miten raporttien ryhmittely perustuu ja toimiiko se? (vain käsittelijöille)

## Temaämnen

### Kulturen

Vad är säkerhetskultur

Hur syns den på er avdelning?

Hur förstår du en idel skuldbeläggande kultur?

Hur ser du?

Hurudana förfaranden skulle vara bra att ha för att förhindra avvikelser/när på händelser?

Hurudana förfaranden har ni?

### Ledningen

Hur fungerar feedback systemet?

På vilket sätt uppmuntras personalen att göra HaiPro rapporter?

Hur ser/behandlar ledningen på avvikelser som sker flera gånger?

Hur går man igenom HaiPro rapporterna med personalen?

På vilket sätt behandlar ledningen "nära på " händelserna?



## **Rapporteringen**

Hurudan erfarenhet har ni av HaiPro?

Vad skulle vara viktigt att rapportera i HaiPro?

Hur borde "nära på" händelserna rapporteras?

På vilket sätt borde man ge tid till HaiPro rapporteringen?

Vad har förbättras efter HaiPro rapporteringen?

Hur upplever du att HaiPro implementeringen lyckades?

## **Handläggarens roll och arbete**

Hurudan är en bra handläggare?

Vilken arbetsroll har handläggaren på er avdelning?

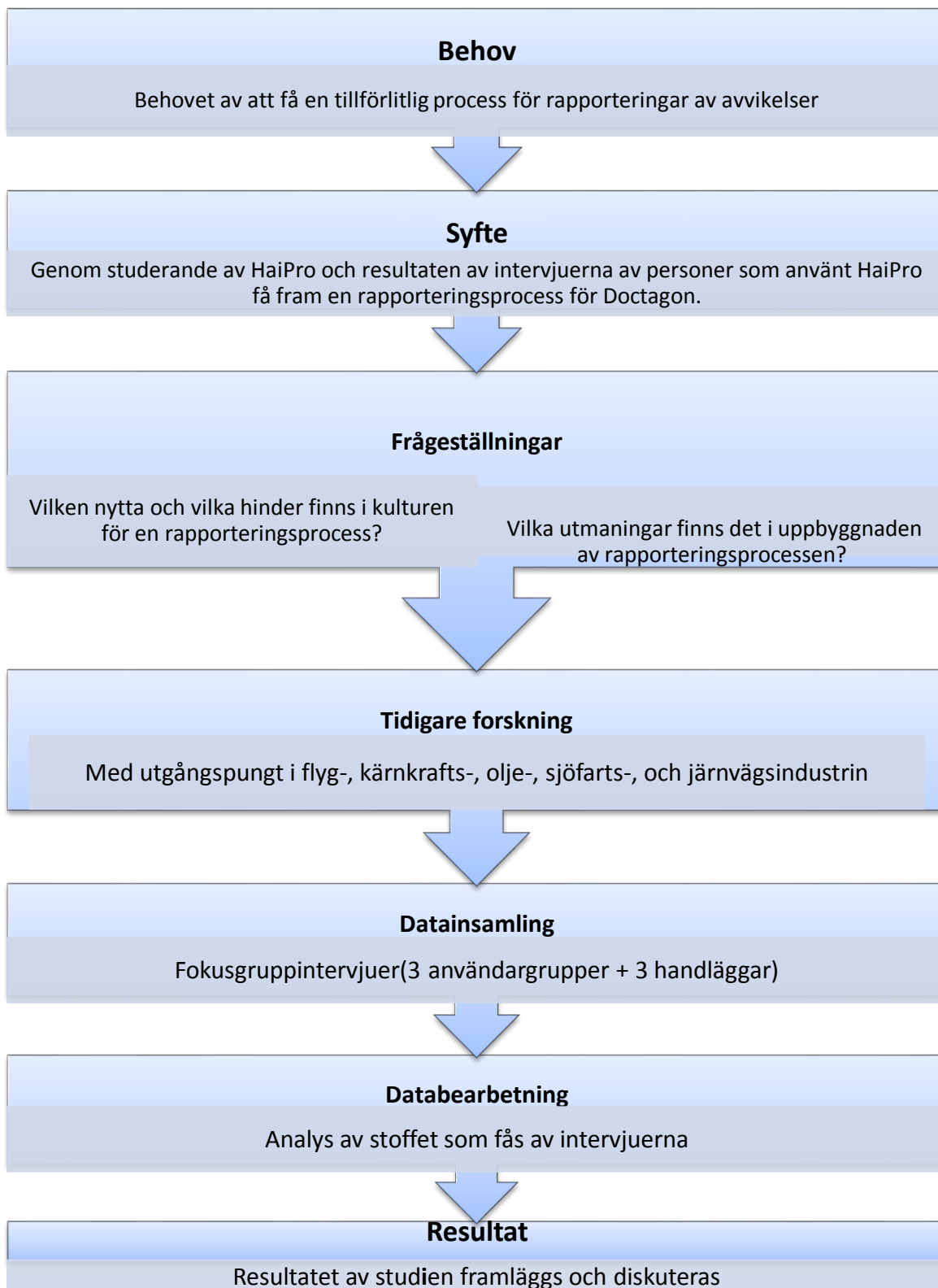
Hurudan patientsäkerhetsskolning har handläggaren? (bara för handläggare)

Hurudan skolning har handläggaren fått till HaiPro programmet? (bara för handläggare)

Vilka begränsningar har rapporteringen? (bara för handläggare)

Vilka analyser kan man göra från HaiPro rapporterna? (bara för handläggare)

Hur ser grupperingen ut av rapporterna och fungerar den? (bara för handläggare)



## Bilaga 7

14.1.2014

# Saatekirje haastattelututkimukseen osallistuville

Arvoisa terveydenhuollon ammattihenkilö,

Doctagon Oy on yksityinen terveydenhuollon yritys. Kotilääkäripalvelujen lisäksi Doctagon tarjoaa mm. kotisairaala, kotihoiva, työterveys- ja etälääkäripalveluja. Ydinajatuksemme on selkeä: hoidon laatu, innovatiivisuus ja työhön sitoutuminen. **Siksi, haluamme rakentaa oman, hyvän ja laadukkaan haittatapahtumaprosessin Doctagonille.**

HUS:illa on ollut vuodesta 2007 käytössä HaiPro, haittatapahtumajärjestelmä, jonka myötä teille on kehittynyt kokemusta ja tietoa millainen hyvä, toimiva ja laadukas haittatapahtumaprosessi on. Sinun näkemyksesi on arvokas, sillä tämän tutkimuksen pohjalta rakennamme Doctagonille oman haittatapahtumaprosessin.

Tutkimushanke, *Rapportering av avvikelser i hälso- och sjukvården - en undersökning av HaiProprocessen bland vårdpersonalen*, on kvalitatiivinen tutkimus jossa käytetään fokusryhmiä jotka vastaavat HaiProhon liittyen erilaisiin kysymyksiin teemaryhmittäin. Teemaryhmät ovat: potilasturvallisuus, johto, raportointi sekä käsittelijöiden rooli ja työ.

Haastattelututkimukseen osallistuminen on Sinulle vapaaehtoista. Antamasi tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja siten, etteivät yksittäisen haastatellut vastaukset paljastu. Voit milloin vain haastattelun aikana keskeyttää haastattelun. Haastattelut nauhoitetaan tiedon mahdollisimman tarkan tallentamisen, analysoinnin sekä haastattelun nopeuttamisen vuoksi. Materiaali säilytetään lukitussa tiloissa ainakin 10 vuotta. Lopputyö ja tutkimuksen tulokset lähetetään HUSin yhtymähallintoon, ja ne ovat kaikkien HUS:in työntekijöiden luettavissa.

Lisätietoja tutkimuksesta ja haastattelusta saa allekirjoittaneelta puhelimitse tai sähköpostitse. Vastaa mielelläni kysymyksiinne.

### Ystävällisin terveisin

Pia Hellman  
Sairaanhoitaja AMK, YAMK-opiskelija  
[pia.hellman@doctagon.fi](mailto:pia.hellman@doctagon.fi)  
p. 044-7321796

Lopputyön ohjaaja:  
Eivor Wallinvirta  
TtT  
[eivor.wallinvirta@arcada.fi](mailto:eivor.wallinvirta@arcada.fi)  
050-3607550

14.1.2014

## Följebrev till deltagarna i undersökningen

Bästa sjukvårdspersonal,

Doctagon Ab är ett privat företag som producerar sjukvårdstjänster. Förutom hemläkartjänster har Doctagon också bl.a. hemsjukhus, hemvård, arbetshälsovårdstjänster, distans läkarvård. Företagets grundfilosofi är: att ge en högklassig vård till patienter, hitta på innovativa vårdformer och ha ett engagerat förhållningssätt till det egna arbetet. **Detta är en av orsakerna till varför Doctagon vill bygga upp en egen avvikelserapporteringsprocess som är både bra och har en hög standard.**

Inom HNS har HaiPro funnits sedan 2007 och genom detta har det säkert utvecklats en egen uppfattning och kunskap om hur en bra, fungerande och högklassig avvikelserapporteringsprocess ser ut. Dina synpunkter är värdefulla, därför att denna undersökning kommer att vara en grund till uppbyggnaden av en rapporteringsprocess inom Doctagon.

Studien, *Rapportering av avvikelser i hälso- och sjukvården - en undersökning av HaiPro-processen bland vårdpersonalen*, är en kvalitativ studie där det används fokusgrupper som svarar på olika frågor inom olika temaområden angående HaiPro. Dessa temaområden är: patientsäkerhetskultur, ledningen, rapporteringen, och handläggarnas roll och arbete.

Det är frivilligt för dig att medverka i intervjun. Intervjumaterialet kommer att behandlas konfidentiellt. Du kan när som helst avbryta intervjun. Intervjun kommer att bandas in för att få en så korrekt information och analys som möjligt. Med att banda in intervjun kan vi också snabba upp processen för undersökningen. Materialet från intervjun sparas i ett låst utrymme i minst 10 år. Det färdiga arbetet och resultaten av undersökningen skickas till HNS koncern och kan därmed läsas av alla som är intresserade av undersökningen.

Tilläggsinformation om undersökningen och intervjun fås från undertecknade per telefon eller e-mail. Jag svarar gärna på era frågor.

Med vänliga hälsningar

Pia Hellman

Sjukskötare YH, HYH studerande

[pia.hellman@doctagon.fi](mailto:pia.hellman@doctagon.fi)

tel. 044-7321796

Handledare för arbetet:

Eivor Wallinvirta

Överlärare

[eivor.wallinvirta@arcada.fi](mailto:eivor.wallinvirta@arcada.fi)

050-3607550

## Bilaga 8

Menings-Enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
Nära på händelserna borde rapporteras mera	Rapportering av nära på händelser	Alla händelser rapporteras	Rapportering av händelser	Avvikelsrapportering	Rapportering
Man kan inte särskilja vad inte skall rapporteras... om något är fel skall det rapporteras	Ingen särskiljning på händelser	Alla händelser rapporteras			
Något som avviker sig på ett dåligt sätt från det normala	Avviker från det normala	Alla händelser rapporteras			
Mera hotfulla och våldsituationer	Hotfulla och våldsituationer	Alla händelser rapporteras			
Allt som är skada för patienten	Skada för patienten	Alla händelser rapporteras			
Om man kommer att tänka på att detta skulle ha kunna förhindras	Skulle kunna förhindras	Förhindra av avvikelser	Förebyggande och förhindra av avvikelser		
Vi... har en sådan här förebyggande arbetssätt	Förebyggande arbetssätt	Förebyggande arbetssätt			
Vi skulle tala över avd. gränserna om att en avvikelse har skett	Rapportering över avd. gränserna	Bredare rapportering	Bredare rapportering		
Mycket få kommer och be om tid till HaiPro... görs på sidan om arbete	Tid till HaiPro... görs på sidan om arbete	En del av arbete	En del av arbete		
Rapportering är en del av arbete	En del av arbete	Arbetsuppgift			
Där kanske vi har lycka med småskalighet att vi vet att det är på väg en HaiPro	Småskalighet... vet att HaiPro på väg	Småskalighet	Anonymitet		
Anonymiteten skulle försvinna om man skulle ge tid	Anonymiteten försvinner vid tidgivning	Anonymitet			

Du måste priorisera... om du har mycket att göra Du måste priorisera... om du har mycket att göra	Priorisera när man har mycket att göra	Prioritering	Prioritering	Erfarenheter av HaiPro	Rapportering
Ett bra system... där kommer fram vad som skall förbättras	Bra system... förbättrings behov kommer fram	Bra system Förbättringsbehov	Bra datasystem, för tillfället		
Lätt att använda men vi har inte sett något bättre heller	Lätt användning, men inte sett bättre	Användarvänlig Bättre alternativ?			
Man får lätt skrivet händelsen... särskiljer inte för mycket	Lätt att skriva... särskiljer inte	Lätt att skriva			
Bra att medvetandegöra personalen	Medvetandegöra personalen	Medvetandegöra	Kulturförändring		
I början trodde man att man sökte syndabocker... tills man blev van	I början sökte syndabocker förrän man blev van	Sökande av syndabock			
I början tänkte man att igen ett nytt dataprogram, men de tiderna har gått förbi	Ett nytt dataprogram, de tiderna gått förbi	Nytt dataprogram i början.			
Sedan var det lite frustration ibland... vi hade ofta det att vi kunde få från andra sjukhus HaiPro anmälningar	Andra sjukhus HaiPro anmälningar	Avvikelser som gjort till fel avd.	Kontinuerlig uppdatering av systemet		
I programmet finns... vårt gamla organisationsträd och avd. namnen kan vara från stenåldern	Gamla organisationsträd och avd. namnen från stenåldern	Föråldrad data			
Vi kan tacka HaiPro för medicinrum och avdelningsfarmaci	HaiPro orsak till medicinrum och avd. farmaci	Medicinrum och avd. farmaci	Ändring på arbetsätt, -rutiner och verktyg		
Man kommer överens med kollegor om... att vad gör var och en	Kollar med kollegor... att man inte gör dubbelt	Uppgiftsdelnin g bland kollegor			

att man inte gör något dubbelt					
Vi har en medikalvaktmästare som kommer under tiden vi delar... mediciner. Så man behöver sedan inte avbryta och göra något.	En medikalvaktmästare som kommer under tiden medicinerna delas	Extra personal			
Det har mera blivit sådan här övergripande säkerhetstänkande	Övergripande säkerhetstänkande	Säkerhetstänkande	Säkerhetstänkande		
Hos oss har intensivsystemet visat att vårdkvaliteten har blivit bättre	Vårdkvaliteten blivit bättre	Högre vårdkvalité	Vårdkvalité		
Man kan nog säga att det talas mera om nära på händelserna	Talas mera om nära på händelserna	Nära på händelserna		Talas om felen och godkännande att fel händer	
Och åtminstone dessa händelser som upprepar sig... dessa kommer bättre fram	Upprepade händelser kommer bättre fram	Upprepade händelser			
Alla händelser blir behandlade och man beaktar att fel händer och sopar inte allt bara under mattan	Alla händelser blir behandlade och fel händer... sopar inte under mattan	Händelserna blir beaktade Fel händer Sopar inte under mattan			
Det gamla sättet att man först börjar fråga att vem som gjorde felet eller vem det var... har nog försvunnit	Sökande efter vem som gjort felet har försvunnit	Sökande efter syndabocken existerar inte		Felet är viktigare än den som gjort det	
Behandlingen har ändrats. För såg man vem som var på jobb... och frågade att vad som hänt... idag kollar man att det har hänt och tänker inte på vem som var på jobb då.	Behandlingen av HaiPro har ändrats, tänker mera på händelsen än vem som gjort det	Händelsen viktigare än vem som gjort felet.			
Nog var det lite i början det här att	Skuldsätta varandra och tog	Skuldsätta Ta det	Attitydförändringar		
Förändringar					Rapportering

man var rädd att skuldsätta varandra och tog det lite personligt	personligt	personligt	Skolning och informera personal	Implementering	Rapportering
Vi har redan tillräckligt med det vi har	Har tillräckligt	Något nytt			
Lätt att hitta fel i andra än i egen enhet	Hitta fel i andra än i egen avd.	Hitta fel i andra			
Jag kommer ihåg att det var mycket arbete bakom.	Mycket arbete	Mycket arbetsam			
Inte tyckte jag att det var ett problem... vi talade om det och man blev instruerad hur man gör och vad man vill uppnå med det	Inget problem... talades om och instruerades och förklarades vad uppnås	Tala om Instruera personalen Vad uppnås?			
Det var skolningar... egna och gemensamma för hela HNS	Det var skolningar	Skolning			
Om man tänker att det inte skulle ha funnits skolning så skulle det inte komma HaiPro anmälningar	Ingen skolning... inga HaiPro anmälningar	Utan skolning ingen HaiPro			
Och fortfarande erbjuds HaiPro skolning till nya arbetare	erbjuds skolning till nytta arbetare	Kontinuerlig skolning			
Varje avdelning gjorde på eget sätt och på eget system, 2010 börjades det erbjudas skolning	avdelningarna gjorde egna system, 2010 skolning	Skolning i början	Alla med i behandlingen av HaiPro	Ledningens intresse och personalens medtagande i behandlingen av avvikelser	
Så vi lämnar dem också i vår infomapp	Lämnas i infomapp	Lämnas så att andra kan läsa			
Rapporttillfälle vid behov där också HaiPro behandlas	Vid behov rapporttillfälle	Kontinuerligt rapporttillfälle			
Avvikelsena diskuteras i grupp och man försöker i gruppen komma på en lösning	Avvikelsena diskuteras i grupp... gruppen kommer på en lösning	Grupp-diskussion			



En gång i månaden avdelningsmöte där vi går igenom HaiPro, dessa kommer också via e-mail	1 gång i månaden rapportmöte och via e-mail	Kontinuerliga rapporttillfällen		
Man kan under dessa möten komma med kommentarer och förändringsförslag	Kommentarer och förändringsförslag	Personalen med i förändringarna		
Läkarna får också e-post om HaiPro händelserna	Läkarna får vetskap om HaiPro händelserna	Medvetandegöra läkarna		
Vi har samarbetsmöten två gånger i året där också överläkarna och – skötarna medverkar	Samarbetsmöte med överläkare och -skötare	Ledningen med i rapporttillfällen	Medvetandegöra avvikelserapporteringen	
HaiPron far inte till klinikledningen utan blir hos överläkarna och -skötarna	Klinikledningen får inte HaiPro rapporter	Ledningens vetskap		
Om man reagerar direkt på felen och försöker åtgärda så då borde inte samma fel återkomma	Direkta åtgärder... samma fel återkommer inte.	Direkta åtgärder minskar på upprepade fel		
Nära på händelserna behandlas på samma sätt som "riktiga" avvikelser	Nära på händelserna behandlas lika med avvikelser	Nära på händelserna behandlas	Attityd till nära på händelser och upprepade avvikelser	Ledningens attityd
Nära på händelser skulle kunna komma mera	Mera nära på händelser	Rapportering av nära på händelser		
Vissa gånger. på en liten avd. så kan jag spåra...att om det står under kvällsskiftet...sedan kan man ta upp det på utvecklingssamtal.	Ta upp felet på utvecklingssamtal	Skuldsättande	Skuldsättande kultur	Ledningens feedback till personalen
Det kom från personalen... att man skulle få en lapp i postlådan om man t.ex. dela fel...	Lapp i postlådan när man gjort fel	Personlig feedback		

## Organisationsledningens påverkan och intresse

då får man själv den där infon.				
En del sjukskötare bryr sig inte om.	Sjukskötare inte bryr sig	Ansvar	Personalens ansvar	
En bra ledning som är intresserad av kvalitén... utveckling på avd.	Ledningen intresserad av kvalitét och utveckling av avd.	Ledningens intresse för kvalitét och utveckling	Kvalité och utveckling	
Om man har skolat personalen bra så av rapporteringen av avvikelser sådana att man inte behöver tillägsfrågor	Skolat personalen bra... behövs inte tillägsfrågor vid en avvikelshändelse	Bra skolning av personalen	Bra skolning	
I feedbacken till personalen måste man ha något annat att säga än att "ni skall vara noggrannare"	Feedbacken måste vara något annat än "ni skall vara noggrannare"	Konkret och konstruktiv feedback	Konstruktiv feedback	
Då i början uppmuntrades det ... nu är det i systemet	I början uppmuntran nu i systemet	I början behövs uppmuntran	Kontinuerlig uppmuntran	Rapporteringsuppmuntran
Större saker ... får man på minna att hej det är en HaiPro juttu	Större händelser får man påminna	Påminna vid större händelser		
Man kan uppmuntra till rapportering genom att säga att om vi vill utveckla verksamheten så är detta en bra väg	Uppmuntran genom utvecklingsmöjligheter av verksamheten	Utvecklingsmöjligheter för verksamheten	Enkla uppmuntringsmetoder	
Enkla uppmuntringar som "nog har ni gjort bra HaiPro anmälningar"	Enkla uppmuntringar	Enkla uppmuntringar		
Behövs inte mera morot än att det är för vårt allas bästa.	Vårt allas bästa	Enkla uppmuntringar		
HaiPro har lyfts upp i vår kunskapskartläggning för ny personal	Lyft upp i kunskapskartläggning för ny personal	Kunskapskartläggning	Visa för personalen hur viktiga avvikelseanmälningarna är.	
Vi reagerar på anmälningarna snabbt och försöker åtgärda dem så fort som möjligt	Reagerar på anmälningar snabbt och åtgärdar dem	Gör något åt anmälningarna		

## Organisationsledningens påverkan och intresse

Få med alla yrkesgrupper	Alla yrkesgrupper med	Alla yrkesgrupper			
De tar tid i organisationen, man måste ge åt det en sådär 5 år, man får inte vara för otålig	Tar tid ungefär fem år var inte otålig	Tar tid Inte för otålig	Tidtagande före inne i systemet	Organisationsförändring	
Lättar eget arbete och förvaltning	Lättar arbete och förvaltning	Lättar förvaltningen	Lättar ledande		
Det skall vara tryggt för patienten och personalen	Tryggt för personal och patienter	Trygghet		Systemsäkerhet	Säkerhetskultur
Patientinriktad vård... försöker göra den så säker som möjlig	Patientinriktad vård och försöker göra den säker	Säker patientinriktad vård	Säker patientinriktad vård		
Försöker ta problem när det kommer och åtgärder dem.	Åtgärda problem när de kommer	Åtgärdande av felen			
Bland annat genom att personalen aktivt gör dom här HaiPro anmälningar	Aktivt göra HaiPro	Åtgärdande av felen			
Ha en sådan här proaktivt arbetsätt... man funderar färdigt vad det är det eventuellt kan hända.	Proaktivt arbetsätt	Proaktivt arbetsätt			
Kontinuerligt liksom försöker göra det tryggare och säkrare, genom olika åtgärder	Kontinuerligt göra de tryggare och säkrare genom åtgärder	Kontinuerligt säkerhetsarbete	Kontinuerligt säkerhetsarbete		
Det finns föreskrifter, förordningar som regler som säger hur man skall handla och sker det brister så skall det göras en HaiPro	Föreskrifter, förordningar och regler... sker det brister i dessa så görs en HaiPro	Kontinuerligt säkerhetsarbete			
Den här kulturen att har man en sådan kultur att man att sådana här saker är viktiga att liksom man förespråkar att	En kultur där sådana saker är viktiga... då lärs dom också vidare.	Säkerhetskulturer	Säkerhetskultur		

då lärs dom också vidare					
I kulturen ses HaiPro rapporteringen ses som någonting konstruktivt och positivt	Kulturen ser HaiPro som konstruktivt och positivt	Säkerhetskulturer			
Att ta fram och tala om vad som försvagar patientsäkerheten	Tala om vad som försvagar patientsäkerheten	Öppen kommunikation	Öppen kommunikation och samarbete	Systemsäkerhet	
Öppen atmosfär och godkänner att felet är en del av en människas göranden.	Öppen atmosfär och godkänner fel	Öppen atmosfär			
Ett enhetligt arbete mellan alla yrkesgrupper	Enhetligt arbete mellan olika yrkesgrupper	Samarbete			
Och en sorts kollegialitet	Kollegialitet	Kollegialitet			
Helst inte så hierarkisk	Inte hierarkisk	Samarbete			
Inte en skuldbeläggande atmosfär utan en konstruktiv vi grunnar inte på saker... tar tag i det som är fel	Inte skuldbeläggande utan konstruktivt grunande... tar tag i felet.	Inte skuldbeläggande Konstruktivt tar tag i fel			Inget syndabockstänkande
Man försöker inte hitta... en syndabock utan det här är en kultur som gör att man vill göra avvikelserapporter för att komma åt systemfel	Inte hitta en syndabock utan ha en kultur som vill komma åt systemfel	Ingen syndabock Komma åt systemfel			
Våga ta fram den egna ofullkomligheten	Ta fram egna ofullkomligheten	Den egna ofullkomligheten			
I HaiPro anmälningen behövs inte behandlas namn, tider och kanske inte ens mediciner.	I anmälningarna behandlar inte namn, tider och mediciner	Inte behandling av igenkännande fakta	Fakta skrivande		Skuldbeläggning
För detaljerat behövs inte... för det hjälper inte	För detaljerad anmälning hjälper inte avvikelser...	Hålla sig till fakta			

## Säkerhetskultur

avvikelsen utan man håller sig till fakta.	hålla sig till fakta			Inget syndabockssökande i arbetsgemenskapen	
Man har en trygg känsla att föra fram felen... till sina kolleger... och behöver inte vara rädd att få dålig feedback.	Trygg känsla att föra fram felen, utan att få negativ feedback	Trygg känsla inom arbetsgemenskapen			
Man ingriper på felet och inte på personen som gjort det.	Ingriper på felet och inte personen	Löser felet inte personen			
Man frågar vad som hände och fokuserar sig på lösningen på problemet.	Frågar vad som hände och fokus på problemlösning	Fokus på händelsen och problemlösning	Lösningfokusering		
Förmännen och behandlarna inte söker efter den skyldige utan man behandlar felen som ett fel.	Ledarna söker inte efter den skyldige utan behandlar felet.	Ledningen fokuserar sig på felet.			
När man tar fram saken så behandlar man inte det genom att "vi skall vara noggrannare i framtiden" utan man försöker komma på att varför sådant händer	När man behandlar felet så försöker man komma på varför felet händer	Varför hände det?			
Öppen kommunikation	Öppen kommunikation	Öppen kommunikation	Öppen kommunikation		
Handläggarna skall inte vara rädda att skicka anmälningarna till högre instans	Handläggarna skall kunna skicka anmälningarna vidare.	Skicka anmälningar vidare	Handläggarnas intresse och attityd		
En handläggare skall vara öppen, intresserad och motiverad	Handläggare; öppen, intresserad och motiverad	Öppen, intresserad, motiverad			
Handläggaren skall inte heller ha en jag tycker attityd.	Handläggaren inte jag tycker attityd	Jag tycker attityd			
Handläggaren borde veta ps. begreppen	Händläggaren vet ps begreppen	Ps. begreppen			
Jo jag kan nog säga	Vet handläggarnas	Vet			
					Handläggarnas roll, arbete och attityd

att jag vet arbetsrollen för handläggarna	arbetsroll	arbetsrollen	Multiprofessionalism i handläggningen
Jag kan säga att jag inte vet handläggarnas arbetsroll	Vet inte handläggarnas arbetsroll	Vet inte arbetsrollen	
Hos oss är handläggare sjukskötare från fältet... de vet vad som händer på fältet bättre än förmän.	Handläggare är sjukskötare från fältet... vet bättre praktiken	Sjukskötare från fältet Bättre praktikkännen om	
Vi har två handläggare en förman och en sjukskötare från fältet... då får man olika syn på händelsen.	1 förman och 1 sjukskötare från fältet... kom då olika synvinklar	Förman och sjukskötare från fältet Olika synvinklar	
När man har handläggare som är från fältet... lättar förmännens arbetsuppgifter.	Handläggare som inte är förman lättar förmännens arbete	Lättar förmännens arbete	
I behandlingsgruppen är bra att vara; läkarnas-, ledningsrepresentanter och substanskunnande	Behandlingsgruppen; läkar- och ledningsrepresentanter och substanskunnande	Olika yrkesgruppsrepresentanter i behandlingsgruppen	
HNS har patientsäkerhetsskolning som är frivillig.	Patientsäkerhetskolningen frivillig	Frivillig ps skolning	
Jag har gått Arcadas patientsäkerhetsspecialiseringen... den var bra och hjälper mig i arbete.	Arcadas patientsäkerhetsskolning hjälper i arbete	Tilläggskolning	
Vi uppmuntrar att delta i nationella patientsäkerhetsskolningar och kongresser	Uppmuntran till patientsäkerhetsskolning och -kongresser	Uppmuntran till ps kongresser och skolning	
De har säkert gått potilasturvallisuustaidolla kursen	Potilasturvallisuustaidolla nätkursen	Frivillig skolning	
Vi hade en dags HaiPro skolning	En dags skolning	Kort skolning	strukturerad och kort skolning

## Avvikelseanalysen

HaiPro skolningen var klar, kortfattad och koncentrera sig på grundsakerna	Skolningen klar, kortfattad och koncentrerar sig på grundsaker	Klar, kortfattad och grundkoncentrerad skolning		HaiPro analys	
Vi lär oss av varandra	Vi lär oss av varandra	Lär av andra			
Om man själv har varit aktiv så har man fått HaiPro skolning	Själv aktiv får man HaiPro skolning	Frivillig skolning			
Finns ingen strukturerad användarskolning	Inte strukturerad användarskolning	Strukturerad användarskolning			
Om en avvikelse har hänt på någon annan avd., men vi anmäler den så kan man skicka den vidare till rätt avd. för behandling	Kan skicka anmälan till rätt avd. för behandling	Anmälan från annan avd.	Behandling av anmälan från andra avd.		
Man får ut statistik över avvikelserna från HaiPro analysen	Statistik över avvikelserna	Statistik	Statistik		
De olika kategorierna för de olika grupperingarna fungerar helt ok, vi använder fyra.	Kategorierna fungerar ok	Kategorier	Kategorigruppernas behov		
Ibland är det svårt att hitta rätt kategori för i frågavarande avvikelse	Svårt att hitta rätt kategori	Rätt kategori			
Där är helt klart kategorier som fattas... skulle kunna vara mera strukturerat.	Fattas kategorier... mera strukturerat	Fattas kategori Mera strukturerat			
Riskgrupperna är sådana rita streck i vattnet... grupperingen är svår... om det skulle finnas antal så skulle det vara lättare	Riskgrupperna och grupperingen svåra... borde finnas antal.	Riskgrupperingen svår.	Riskgruppering oklar		
Vi vet ju till sista slut vilken skada det hade för patienten.	Vet inte vilken skada de hade för patienten	Skadan till patienten?	Patientskadan omfatthet		
Om det kommer från en annan avd.	Om avvikelserna behandlas redan så	Avvikelsens behandling	Oklara anmälingar		

en behandlad anmälan om händelse slipper man inte och behandla den.	kan inte ifrågavarande avd. behandla den				
En oklar anmälning, anmälaren har inte lämnat e-mail adress, många avvikelser i en anmälning kan vara svåra att analysera	Oklar, e-mail saknas, många avvikelser i en är svåra att analysera	Anmälan oklar eller många avvikelser i en			
Kräver ganska mycket av den som gjort anmälningen... måste få ganska mycket information för att lätt kunna göra analysen	Kräver en mycket av anmälaren för att få en bra analys.	Analysen beror på fakta från anmälaren			