

# Patientsäkerhet

En kvalitativ studie om patientsäkerheten och dess brister

Isabella Talvitie

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2022

## EXAMENSARBETE

Författare: Isabella Talvitie

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Nina Vestö

Titel: Patientsäkerhet

---

Datum: 7.11.2022 Sidantal: 25

Bilagor: 1

---

### Abstrakt

Patientsäkerhet är en central del av hela vårdprocessen. Vårdskador är ett globalt problem, som WHO med jämna mellanrum försöker utveckla. WHO startar olika program för att förstärka patientsäkerheten. År 2020 har enligt Patientförsäkringscentralen 6804 patienter anmält en misstänkt patientskada.

Syftet med studien var att få en uppfattning om hur personer upplever vårdskador eller eventuell brist i patientsäkerheten, samt att få en bättre bild ur personens synvinkel.

Metoden som användes var en kvalitativ studie i form av bloggar. Bloggarna var både finländska och svenska, och innehöll olika tankar om patientsäkerheten och dess brister.

Som teoretisk utgångspunkt användes Erikssons tankar om lidande.

Som analysmetod har det använts kvalitativ innehållsanalys, vilket är en mångsidig analysmetod. Analysformen i denna studie är induktivt sätt, det vill säga man utgår från innehållet i texten.

I resultatet kommer det fram att alla vårdskador orsakade tillfällig och/eller permanent lidande. Bemötandet är en viktig del av en fungerande vårdprocess.

---

Språk: svenska

Nyckelord: patientsäkerhet, vårdskada, blogg, lidande

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Isabella Talvitie

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaaja(t): Nina Vestö

Nimike: Potilasturvallisuus

---

Päivämäärä: 7.11.2022

Sivumäärä: 25

Liitteet: 1

---

### Tiivistelmä

Potilasturvallisuus on keskeinen osa koko hoitoprosessia. Hoitovirheet ovat globaalinen ongelma, jota WHO tasaisin väliajoin yrittää. WHO aloittaa erinäisiä ohjelmia potilasturvallisuuden vahvistamiseksi. Vuonna 2020 on potilasvakuutuskeskuksen mukaan tehty 6804 ilmoitusta hoitovirhe epäilystä potilasta kohtaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada laajempi käsitys, kuinka henkilöt ovat kokeneet hoitovirheitä tai mahdolliset puutteet potilasturvallisuudessa, sekä saada parempi kuva henkilön näkökulmasta.

Menetelmänä käytettiin kvalitatiivista tutkimusta blogien muodossa. Blogit olivat suomalaisia sekä ruotsalaisia, ja sisälsivät erinäisiä ajatuksia potilasturvallisuudesta ja sen puutteista.

Teoreettisena lähtökohtana on käytetty Erikssonin ajatuksia kärsimyksestä. Analyysitapana on käytetty kvalitatiivista sisällönanalyysia, joka on monipuolinen analyysitapa. Analyysimuotona on käytetty induktiivista tapaa, toisin sanoen tekstin sisällön perusteella

Tulos osoittaa, että kaikki hoitovirheet tuottivat hetkittäisen ja/tai pysyvän kärsimyksen. Potilaan kohtaaminen on myöskin tärkeä osa toimivaa hoitoprosessia.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: potilasturvallisuus, hoitovirhe, blogi, kärsimys

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Isabella Talvitie

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor(s): Nina Vestö

Title: Patient safety

---

Date: 7.11.2022    Number of pages: 25

Appendices: 1

---

### **Abstract**

Patient safety plays a major role in the healthcare process. Healthcare injuries are a global issue that WHO is constantly trying to improve. This is done by starting different programs to enhance the patient security. In 2020, 6804 patients have reported a suspected healthcare injury, according to patient insurance centre.

The aim of this thesis is to get an idea about how people experience healthcare injuries or potential lack of patient safety, as well as to get more information about how all this feels from the persons point of view.

The method being used is a qualitative study based on blogs. The blogs were both Finnish and Swedish, and contained thoughts about patient safety and its lacks.

As theoretical approach Erikssons thoughts about suffering was used.

Qualitative content analysis was used as analysis method. It is a multipurpose analysis method. Inductive analysis was used as analysis form, and it means that it is based upon the content in the text.

The result showed that all the healthcare injuries caused temporary and/or permanent suffering. The nurse's treatment and communication is an important part of an functioning healthcare process.

---

Language: Swedish

Key words: patient saftey, healthcare injurie, blog, suffering

## Innehåll

1	Inledning	1
2	Patientsäkerhet	2
2.1	Diagnostiska fel	4
2.2	Läkemedelsfel	5
2.3	Vårdrelaterade infektioner	7
2.4	Suicid	9
2.5	Tystnadsplikt	10
3	Syfte och frågeställning	11
4	Teoretisk utgångspunkt	11
5	Metod	12
5.1	Kvalitativ metod	13
5.2	Urval	13
5.3	Datainsamling	13
5.4	Dataanalysmetod	14
5.5	Etiska överväganden	14
6	Resultatredovisning	15
6.1	Typ av vårdskada som skett	16
6.2	Hur personerna upplevt bemötandet	17
6.3	Hurudana skador vårdfelet orsakade	18
6.4	Vad hände efter vårdskadan	19
7	Diskussion	20
7.1	Metoddiskussion	20
7.2	Resultatdiskussion	21
7.3	Slutledning	22
8	Referenser	23

## 1 Inledning

Vårdskador är skador som har hänt patienter inom hälso- och sjukvården. I Finland har vi lagstiftning som beskriver patientens rättigheter. I början av lagstiftningen framkommer vilka rättigheter patienter har. (Finlex.fi, 1993) Dessa är: rätt till god hälso- och sjukvård samt till gott bemötande, rätt till intagning för vård, rätt till planering för undersökning, vård eller medicinsk rehabilitering, patientens rätt till information, patientens självbestämmanderätt, minderåriga patienters ställning, rätten till brådskande vård och rätt till information samt behörighet.

Vid en misstänkt vårdskada har patienten rättigheter, så som till exempel att söka om skadestånd från Patientförsäkringscentralen. Vanligaste vårdskadorna enligt Patientförsäkringscentralen år 2020 var operationer i stöd- och rörelseorganen, andra operations- och/eller anesthesiingrepp, tandvård samt fördröjning av vård och problem med diagnostiken. (Finlex.fi, 2019)

År 2020 har enligt Patientförsäkringscentralen 6804 olika patienter anmält en patientskada. Detta är 13% mindre än år 2019. Orsaken till att statistiken var lägre år 2020 var troligen på grund av den rådande coronapandemin. Patienterna avbokade sina tider och sökte inte vård lika aktivt som tidigare år. Patientförsäkringscentralen har i sin rapport skrivit att ju fler vårdkontakter och åtgärder som görs, desto fler potentiella vårdskador finns det. (Plit-Turunen, 2021)

År 2022 firas patientsäkerhetsdagen lördagen den 17.9. WHO, *World Health Organization*, har i år valt att ha som tema "Medication Safety" med sloganet "Medication Without Harm". Orsaken varför WHO valt detta tema är på grund av den rådande Covid-19 pandemin. Temat ska också främja målet "Medication Without Harm", som är ett femårigt projekt inlett 2017. (WHO, World safety day , 2022)

Jag tycker det är viktigt att alla har kunskap och känner till sina rättigheter vid en eventuell vårdskada. Patientsäkerhet är ett ämne som intresserar mig, och även ett område som aldrig kan undersökas tillräckligt. Jag, som blivande sjukskötare, tycker att vi bör ha kunskap att vägleda patienterna rätt vid eventuella vårdskador. De senaste åren har varit speciella med tanke på Covid-19, kriget i Ukraina samt diskussionen kring vårdarnas arbetsförhållanden. Allt detta kan och har garanterat påverkat patientsäkerheten.

*”Hur litet man vet och förstår om de verkliga lidande vid en sjukdom. Hur föga kan den som njuter av god hälsa sätta sig in i vad en sjuklings liv egentligen är.”*

Nightingale 1954

## **2 Patientsäkerhet**

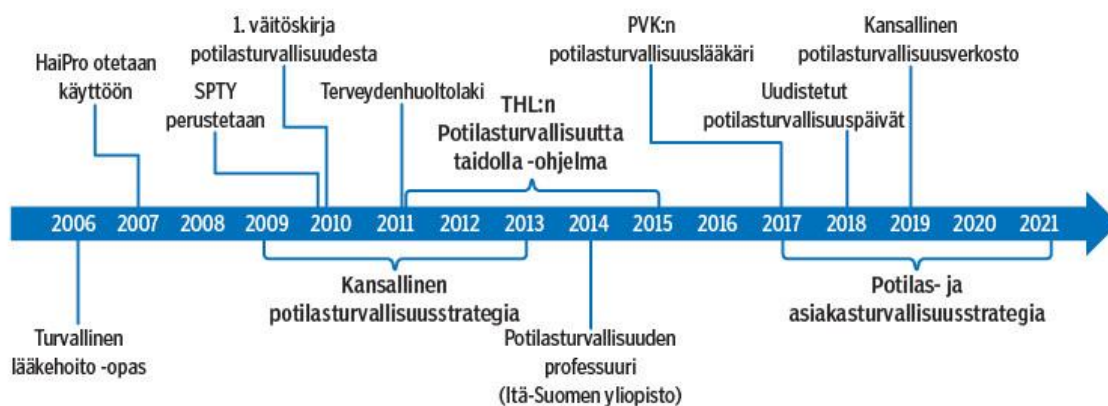
Patientsäkerheten är en central del i hela vårdprocessen. Patientsäkerheten är ett område som ständigt utvecklas. Mellan år 2006 och 2021 har det hänt mycket inom patientsäkerheten. År 2006 utkom första upplagan av handboken “Säker läkemedelsbehandling”, 2007 togs HaiPro i bruk, 2017 kom patientförsäkring centralens patientsäkerhetsläkare i bruk, 2018 förnyades patientsäkerhetsdagen.

HaiPro är ett digitalt rapporteringsverktyg, som används för att rapportera farliga situationer i koppling till patientsäkerheten. Personer som jobbar inom social- och hälsovården kan rapportera farliga situationer i HaiPro-programmet. Till farlig situation klassas tillfällen, där patientens säkerhet är i fara under vården; till exempel att patienten får fel läkemedel under sin vårdperiod eller att patienten halkat och slagit sig. Om situationen har märkts innan faran sker, kallas detta nära ögat situation. Till programmet HaiPro rapporteras både nära ögat situationer och situationer som redan orsakat skada åt patienten. Syftet med HaiPro är att lära sig av misstag för att kunna göra ett bättre jobb i framtiden genom att undvika tidigare brister i patientsäkerheten. (SPTY, 2020)

 KUVIO 1.

### Potilasturvallisuustyön kehitys Suomessa 2000-luvulla

HaiPro = sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä, SPTY = Suomen Potilasturvallisuusyhdistys, PVK= Potilasvakuutuskeskus



Bilden lånad från Lääkärilehti.fi, patientsäkerhetens utveckling i Finland på 2000-talet. (Ikonen, 2020)

I Finland byggs patientsäkerheten på professionalitet, etik, kunskap om styrelseskick och ledarskap samt forskning. (Ikonen, 2020)

Vårdskador är ett globalt problem och år 2002 har WHO gett en uppmaning åt alla medlemsstater i EU att bygga på patientsäkerheten. Efter uppmaningen har det gjorts olika program för att förstärka patientsäkerheten. Några av dem är *Clean care is safer care* 2004, *Safe surgery saves lives* 2008, *Medication without harm* 2017. (Ikonen, 2020)

Då en vårdskada händer, brister patientsäkerheten och när detta har skett ska en som vårdat patienten lära sig av misstaget. Det är viktigt att bemöta vårdpersonalen, som begått ett misstag, på ett lugnt sätt och inte anklaga för att denne ska kunna bättra sig i sitt yrke.

Anna-Kaisa (Eronen, 2016) har 2016 forskat om patientskador som ersatts på grund av läkemedelsavvikelser. Forskningens data samlades åren 2013 och 2014. I forskningen framkommer att de vanligaste avvikelserna är att inte medicinera patienten. Materialet i forskningen markerade olika redan kända läkemedel som klassas som riskläkemedel, vilka är bland annat proppförebyggande läkemedel, vanligaste använt enoxaparin och warfarinpreparat. Efter forskningen har användningen av så kallade nya antikoagulanläkemedel blivit vanligare. Heliö, som är PVK:s inremedicin- och kardiologispecialist, berättar att dessa nya antikoagulanläkemedel inte kräver INR

uppföljning, så som till exempel warfarin-preparat kräver. Detta har i sin tur lett till att INR svarens tolkning, mätning och nya ordinationer för antikoagulansläkemedel har minskat och därav har även skadorna minskat. (Potilasvakuutuskeskus, 2022)

I detta kapitel kommer jag mera specifikt gå in på några rubriker som ingår i patientsäkerheten.

## 2.1 Diagnostiska fel

Felaktig diagnos är en vårdskada, vilket i sin tur betyder att patientsäkerheten brister. Fel diagnostisering har i många år varit ett område inom patientsäkerheten som lämnats undandömt. Diagnostiska fel kan bland annat vara försenad diagnos, fel diagnos eller en diagnos, som hänger med i patientjournalen fastän sjukdomen är botad. De senaste åren har man förstått att diagnostiska fel är bland de största riskerna i patientsäkerheten och i Amerika har man uppskattat att ungefär var tionde diagnos blir fel. Orsaken till att det blir fel i diagnosprocessen är till exempel stress, bristande kunskap samt svårigheter med datasystem. På akutpolikliniker har man upptäckt att en checklista minskat på diagnostiska fel, eftersom när man följer en lista arbetar man mer systematiskt och kan därmed öka patientsäkerheten. I Finland har vi HaiPro och Hilmo, som vi kan använda för att rapportera diagnostiska fel. (Sandelin, 2018)

År 2009, i Amerika, har det gjorts en studie om diagnostiska fel. Studien gjordes eftersom diagnostiska fel är mycket vanliga, men trots detta väldigt lite efterforskade. De som gjort studien, hade som mål att förstå orsakerna till diagnostiska fel, samt att komma på en lösning för hur man kan förebygga diagnostiska fel. I studien skriver de att diagnostiska fel är alla misstag, under diagnosprocessen, som leder till fel diagnos, missad diagnos eller en sen diagnos. Datainsamlingsmetoden som använts är en enkät, där deltagande läkare fick svara på frågor angående diagnostiska fel. I undersökningen deltog olika specialistläkare, bland annat akutläkare. Enkäten delades ut på två sätt, via post och via presentationer. Resultatet för denna studie var relativt drastiskt, 28% av felen blev klassade som större fel, 41% som måttliga och 31% som små. Vanligaste diagnostiska felen var embolism (4,5%), läkemedelsreaktioner eller överdoser (4,5%) och lungcancer (3,9%). Felen uppstod oftast vid provtagningsfasen (44%). (Gordon D S, 2009)

En grupp forskare har utfört en studie om diagnostiska fel vid sjukdomen reumatoid artrit i Colombianska medicinska center. Det framkommer att i dessa medicinska center fattades kunskapen om hur man diagnostiserar reumatoid artrit, vilket då lett till diagnostiska fel. Det händer att artros och andra reumatiska sjukdomar diagnostiseras som reumatoid artrit, vilket i sig leder till fel vård och behandling. Syftet med denna studie var att beskriva demografin och de kliniska egenskaperna av en grupp patienter som blivit felaktigt diagnostiserade med reumatoid artrit. Metoden de har valt att använda sig av är tvärsnittsstudie. I studien deltog patienter som hade skickats från primärvården till specialvård för reumatoid artrit. Där undersöktes varje patient för att bekräfta eller utesluta reumatoid artrit. Resultatet av studien visade att 5176 patienter felaktigt diagnostiserats med reumatoid artrit. Av dessa patienter var 4385 (85%) kvinnor och 791 (15%) män. Diagnoserna som hittades i denna grupp av feldiagnostiserade patienter var: artros hos 2930 (56.6%) patienter, SLE systemisk lupus erythematosus hos 369 (7.1%) patienter, Sjögrens syndrom hos 237 (4.6%) patienter, spondylartrit hos 135 (2.6%) patienter och gikt hos 95 (1.8%) patienter. Hos 28.3% av fallen hittades andra diagnoser, bland annat olika typer av mjukdelsreumatism. Detta resultat visar att det finns ett stort behov av utbildningsmöjligheter för läkare som arbetar inom primärvården. (N. Palacio, 2016)

## 2.2 Läkemedelsfel

Sjukskötare har på basis av sina studier rätt att utföra en mångsidig läkemedelsbehandling. Till detta hör bland annat att beställa läkemedel, att dela läkemedel samt att administrera läkemedel. Sjukskötaren bär ett ansvar för att läkemedelsbehandlingen är säker för avdelningens patient/kund. Det skall finnas en så kallad ansvarig skötare när det gäller läkemedelsbehandling, men detta betyder ändå att var och en som arbetstagare bär ett eget ansvar för sina handlingar. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2021)

Läkemedelsfel är vanliga, men mycket allvarliga fel. Det handlar ofta om fel ordination och fel läkemedel. Läkemedelsfel kan ha allvarliga effekter, i värsta fall så allvarliga att patienten avlider. Dessa fel sker ofta på vårdavdelningar, där det är mycket stressigt, till exempel intensivvårdsavdelningar och akutpolikliniker, men även på vanliga bäddavdelningar och boendeanstalter. Fel kan uppstå under hela läkemedelsprocessen, från diagnostiseringen till administrering av läkemedlet. (Amos, 2006)

I den nyaste upplagan av handboken Säker läkemedelsbehandling skrivs det om dubbelkontroll av läkemedelsutdelning. Detta betyder att två olika social- och hälsovårds professionella dubbelkollar läkemedlet. Den ena är den som delar läkemedlet och den andra är en som kontrollerar att läkemedlet är delat rätt enligt patientens ordination. Även injektioner, intravenösa och flytande läkemedel dubbelkontrolleras. Dubbelkontroll av två olika människor gör läkemedelsbehandlingsprocessen mycket säkrare, än om man dubbelkontrollerar själv. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2021)

Läkemedelsfel är inte enbart fel som hänt på grund av ovanstående text, utan hit klassas även det, då själva läkemedlet orsakar skada. Alla läkemedel har sina biverkningar, men vid en viss gräns blir biverkningar till läkemedelsfel. Biverkningen blir till läkemedelsfel när läkemedlet orsakar skador som (Läkemedelsskadeförsäkringsbolaget) har upplagt. Dessa är kroppssjukdomar, kroppsskador eller psykiska sjukdomar. Vi har en lag angående läkemedel, Läkemedelslagen 1987/395. Enligt lagen är ett läkemedel följande:

- preparat eller ämne, vars ändamål är att bota, lindra eller förebygga sjukdomar eller sjukdomssymptom
- ämne eller kombination av ämnen, som används för att återställa, korrigera eller ändra fysiologiska funktioner eller utröna hälsotillstånd eller sjukdomsorsaker, genom farmakologiskt, immunologiskt eller metaboliskt sätt

Läkemedelspreparat är substanser, som producerats eller importerats enligt lag, och som är menade att användas som läkemedel samt som säljs i försäljningspaket. (Finlex.fi, 1991)

Läkemedelsfel kan bli till en vårdskada, när läkemedlets indikation inte är passande eller när man vid ordinationstillfället inte kollat upp kontraindikationer eller patientens egenskaper, så som ålder, vikt med mera. (Paakkari Ilari, 2019)

För att undvika läkemedelsfel till exempel på en avdelning vid läkemedelsdelning, är det ytterst viktigt att man har så mycket lugn och ro som möjligt. Vid utdelning av läkemedel skall sjukskötaren inte bli avbruten, och för att nå detta används på vissa ställen färgglada västar som ofta kan ha någon sorts text på sig, till exempel; ”stör ej, läkemedels utdelning på gång”. Vid delning av läkemedel samt när man ger läkemedlet åt patienten, bör man alltid följa *5-R-regeln*, som står för ”de fem rätta”. Dessa är; *Rätt patient, rätt läkemedel, rätt dos, rätt administreringstid, rätt administreringsätt*. Den som administrerar

läkemedlen åt patienterna bör också kontrollera dessa; rätt användningsmål, rätt beredning av läkemedlet, rätt dokumentering, rätt handledning till patienten och rätt uppföljning och bedömning av effekterna. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2021)

Vasa centralsjukhus har 2021 uppdaterat deras handbok: *Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen Vaasan sairaanhoitopiirissä – opas turvalliseen lääkehoidon toteuttamiseen*. I handboken berättas om LASA-läkemedel, som är en förkortning av look-alike, sound-alike. LASA-läkemedel är en risk inom patientsäkerheten, och risken för misstag finns redan i början på läkemedelsbehandlingsprocessen. Några exempel på LASA-läkemedel är Ormox/Opamox, Panadol/Panacod, Morphin 20mg/ml/Morphin 2mg/ml. För att förebygga risksituationer bör ordinationen undvikas att ge muntligt. Även skolningar, informering och praktisk organisering av läkemedel förebygger risksituationer och i värsta fall allvarliga patientskador.

Vid Vasa Centralsjukhus bör varje avdelning vara medveten om var medicinskt kol finns, samt resten av förgiftningsläkemedlen och antidoter. En vanlig risksituation är fel läkemedelsdos åt fel patient. Vid dessa situationer bör skötaren omedelbart ta kontakt med läkaren, som avgör situationen och ger vårddirektiv. (VKS, 2021)

### **2.3 Vårdrelaterade infektioner**

Att förebygga vårdrelaterade infektioner är en del av patientsäkerheten. Enligt Lag om smittsamma sjukdomar 583/1986 hör bland annat förebyggande av sjukhusinfektioner. En vårdrelaterad infektion är enligt Lindh och Sahlqvist (2012) ”Infektion som uppkommer hos person under slutna vård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning”

Att minska vårdrelaterade infektioner är en viktig del i det dagliga sjukskötararbetet, vilket man dagligen utför genom att arbeta aseptiskt, komma ihåg bashygienen samt vara medveten om smittvägarna.

I maj 2022 har WHO publicerat en global rapport på förebyggande och kontroll av infektioner. Denna rapport är den första situationsanalysen på hur infektionernas förebyggande och kontrollprogram genomförs runt om i världen. WHO berättar att man på

grund av Covid-19 pandemin och andra stora sjukdomsepidemier har blivit upplysta om hur sjukhusmiljöer kan bidra till smittspridningen av infektioner. Den nya rapporten visar att god handhygien kan förebygga 70% av dessa infektioner. Idag får 7/100 patienter i höginkomstländer och 15/100 patienter i medel- och låginkomstländer en vårdrelaterad infektion under sin vårdperiod. I genomsnitt kommer 1/10 att dö av den vårdrelaterade infektionen. Speciellt personer i intensivvården och nyfödda löper stor risk att drabbas. Rapporten berättar att över 24% av patienter som har drabbats av vårdrelaterad sepsis och 52,3% av dem patienterna som vårdats på en intensivvårdsavdelning dör varje år. Dödsfallen ökar två till tre gånger när infektionen är resistent mot antimikrobiella läkemedel. Under de senaste fem åren har WHO utfört globala undersökningar och utvärderingar av länder för att bedöma statusen av användningen av det nationella IPC-programmet (IPC=infection prevention and control). När man jämfört data mellan olika år, har det inte skett någon förbättring. Åren 2021-2022 uppfyllde endast fyra av 106 (3.8%) länder minimikraven för IPC på nationell nivå. Man ser ändå framsteg inom vissa områden, med ökning av länder som har en utsedd IPC fokuspunkt, en dedikerad budget för IPC och en läroplan för utbildning av personal i frontlinjen. Många länder visar också ett starkt engagemang och framsteg i processen att införa minimikraven och kärnkomponenter i IPC-programmet. (WHO, Global report on infection prevention and control, 2022)

I Texas har det gjorts en studie om patientsäkerhet och förebyggande av infektioner. De har i studien skrivit att vårdrelaterade infektioner är ett sociotekniskt problem, samt att det fortfarande är ett enormt vårdproblem. De har använt sig av *Positive Deviance*, vilket på svenska är positiva avvikelser. Positiva avvikelser är enligt (Ryner, 2015) "en förändringsmetod baserad på grundantagandet att det i varje grupp, samhälle eller organisation finns människor som med ovanliga men framgångsrika beteenden eller strategier hittar bättre lösningar på ett problem än sina kamrater, trots att de ställs inför samma utmaningar och inte har vare sig bättre resurser eller kunskaper." Studien utfördes på Parkland Memorial Hospital, ett offentligt sjukhus med 800 bäddplatser. Studien tog plats mellan april 2011 och mars 2013, och det användes observationsprospektiv studie. Tre avdelningar valdes slumpmässigt för att införa positiva avvikelser. De hade en lista med 3 steg som var steg för positiva avvikelser. Resultatet med denna studie var vårdrelaterade infektioner minskade från 5,0% till 2,1% per 1000 patientdagar på avdelningar var det användes positiva avvikelser. (Pranavi Sreeramoju, 2018)

## 2.4 Suicid

I Finland gjordes det 717 självmord år 2020, vilket är en aning lägre än tidigare året. (Mieli, 2021) Suicid är ett globalt problem, som kunde förebyggas med hjälp av kunnigare personal inom social- och hälsovården. En bra vårdrelation samt samarbetsrelation ger ofta resultat med mindre risk för självdestruktivt beteende samt färre självmordsförsök. Käypä Hoito rekommendationen, *itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito*, målsättning är bland annat att öka på förebyggandet av självmord inom social- och hälsovården, öka kunskapen att känna igen samt att kunna diskutera angående självdestruktivitet samt att klargöra vårdens roll och ansvaret hos olika yrkesgrupper inom social- och hälsovården. (Käypä Hoito, 2022)

Enligt (Kinnunen, ym., 2016), är självmord alltid en vårdskada vid en pågående vårdkontakt. De skriver i artikeln att självmord, självmordsförsök eller allvarlig självdestruktivitet under vård är enligt *Agency for Healthcare research and quality (AHRQ)*, en "never event", vilket vill säga en händelse, som aldrig skulle få ske. För att förebygga självmordsförsök under patientens vårdperiod, är det viktigt redan vid planeringen av sjukhuset eller vårdanstalten att undvika möjligheten att hoppa från höga höjder eller till exempel att inte göra det möjligt för patienten att dränka sig. Vid tidig planering förebygger man tråkiga händelser, vilket i sig förstärker patientsäkerheten. Alla självmord som hänt under en pågående vårdkontakt bör alltid undersökas noggrant, för att vårdanstalten i fortsättningen kunde så gott som möjligt förebygga situationen.

Angående suicid och självskadebeteende, finns också ett etiskt dilemma. I boken *Säker vård*, av (Lindh, 2012) diskuteras denna etiska del inom suicid. De skriver, att personal inom social- och hälsovård borde öva på kommunikation angående död, självdestruktivitet och suicid, eftersom skötare förr eller senare möter på det. Vid arbete med högre risk av självmord är etiska dilemman ännu större, eftersom man som skötare har två principer; att rädda liv och rätten om självbestämmande. I sådana situationer vore det bra att man skulle hunnit diskutera etiken.

Förebyggandet för självmord är A och O. Om en patient kommer in och bedöms vara i risk för självmord, skall vårdenheten göra det bästa i mån av möjlighet för att förebygga

själv mordet. Om en patient tar sitt liv vid en vårdanstalt, kan det vara ännu tyngre för anhöriga, eftersom de tror att deras nära är i säkra händer.

## 2.5 Tystnadsplikt

Att behandla sekretessbelagda uppgifter samt tystnadsplikt hör till varje vårdares arbetsuppgift. Tystnadsplikt enligt (Valvira, 2018) innebär att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvård inte utan tillstånd får dela med sig en privat persons hemlighet som den yrkesutbildade personen har fått information om tack vare sitt yrke. Tystnadsplikten fortsätter även efter att anställningen tagit slut. Personer som har en tystnadsplikt är enligt offentlighetslagen personer, som är anställda hos en myndighet i tjänste- eller arbetsförhållande samt personer som innehar ett förtroendeuppdrag. En tystnadsplikt angår också studerande och andra arbetstagare. (Finlex, 2021)

Jag har valt att skriva om tystnadsplikt i detta examensarbete eftersom jag tycker det är en viktig del i patientsäkerheten. Patienter på en vårdanstalt ska kunna känna sig trygga, vilket man inte gör om tystnadsplikten bryts. Social- och hälsovårdsanställda får inte utan patientens lov berätta vad den anställda vet om patientens hälsotillstånd, sjukdomar, handikapp eller ingrepp. För att tystnadsplikten ska gälla, räcker det att informationen har nått den anställda i sådana förhållanden, så det kan klassas som konfidentiellt. (Tehy)

Alla som jobbar inom vården, har möjlighet att läsa olika uppgifter om patienterna. Men det är inte tillåtet att läsa patienternas information och uppgifter, ifall vårdaren inte deltar i patientens vård. Inom vården lämnar varje klick på datorn ett spår. Om en anställd har läst en patients uppgifter utan en pågående vårdkontakt, leder detta till en diskussion med förmannen. Om den anställda inte kan motivera varför den läst uppgifterna, leder det till olika åtgärder, beroende på situationen. Ibland blir det polisanmälan, och dessa tystnadspliktsärenden behandlas på Valvira, i domstolen, hos Regionförvaltningsverket och till och med hos Justitieombudsmannen. En patient har alltid rätt att be om kontroll vem som läst uppgifterna, och man behöver inte ha en orsak för att kontrollera dessa. På OmaKanta kan man till viss del se vem som använt vilka uppgifter. (Andelin, 2018)

### 3 Syfte och frågeställning

Syftet med examensarbetet är att genom bloggar ta del av hur personer upplevt brister inom patientsäkerheten, hur personerna hanterade situationen samt att få mera information ur patientens synvinkel. Målet är att få en bredare kunskap inom patientsäkerhet både enligt lagstiftningarna och från människans upplevelse. Frågeställningarna i studien kommer att vara:

1. Vilka brister inom patientsäkerheten har personen upplevt?
2. Hur hanterade personen situationen där patientsäkerheten brister?

### 4 Teoretisk utgångspunkt

Jag har valt att använda mig av Erikssons lidande eftersom det är ett lidande när patientsäkerheten brister. Enligt Eriksson är lidandet något ont som ansätter människan. Eriksson berättar att lidandet hör till människans liv, och att lidandet i sig är en kamp mellan det goda och det onda, mellan lidandet och lusten. Utan dessa vore människans liv tomt och meningslöst. Eriksson skriver i sin bok att en av de största utmaningarna inom vården kan vara att eliminera eller åtminstone minska på lidandet. Hon skriver att det finns tre former av lidandet inom vården:

1. *Sjukdomslidandet*. Det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling.
2. *Vårdlidandet*. Det lidande som upplevs i relationen till själva vårdsituationen.
3. *Livslidandet*. Det lidande som upplevs i relation till det egna unika livet – att leva och att inte leva. Insikten om den absoluta enskildheten och därmed ensamheten.

Sjukdomar och behandlingar är något som kan orsaka lidande för patienter. Smärta är en vanlig orsak för lidandet i samband med sjukdom och behandling. Lidandet kan lindras med att försöka minska på smärtan. I Erikssons bok berättar hon om Lazare, som har tankar angående lidandet i sjukhusmiljö. Det menas att människan utsätts för skam, skuld och förnedring inom vården. Till exempel orsakar många uttryck, begrepp och namn ett lidande, så som "ofruktsam", "steril", "borderline" och "invalid". Dessa är förnedrande och orsakar skam. (Eriksson, 1994)

*”Att verkligen leva är att våga välja lidande.”*

Eriksson, 1994

Eriksson har i sin bok funderat varför vi människor lider. Den lidande människan ställer den frågan i något skede av sitt lidande, och ibland kan hen få ett svar, men oftast uteblir det. Att besvara den frågan är inte lätt, svaret växlar mellan olika perspektiv och utgångspunkter. Att lida kan ibland innebära att välja, till exempel hur man vill leva sitt liv. Lidandet är ju en del av livet. När människan då ställer frågan, varför lidandet existerar, vill vi ofta hitta en orsak eller en förklaring. Men i princip kan vad som helst orsaka lidandet. Några exempel från Erikssons bok av vad som kan orsaka lidande är: värdighet och skuld, ensamhet, kärlekslöshet och fördömelse. (Eriksson, 1994)

Ensamhet, bekymmer, osäkerhet, väntan och rädsla för överraskningar kan också ge upphov till lidande. Vårdlidande finns i många olika former, och den som upplevt lidande orsakat av vård känner det på sitt sätt. Vårdlidande går ändå att sammanfattas i fyra kategorier: kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård. (Eriksson, 1994)

## **5 Metod**

Jag har valt att använda mig av en kvalitativ studie. Jag läst fem olika bloggar som berör ämnet patientsäkerhet. En blogg är en online dagbok eller en journal. Studien har inga rätta svar, utan resultaten är subjektiva och beror helt på hur författarna till bloggarna känt sig i sina situationer. Ordet blogg kommer från engelskans *blog*, som är en förkortning på *weblog*. I detta kapitel kommer det beskrivas mer om urvalet av bloggar, vad en kvalitativ metod är samt hur datainsamlingen gått till.

## 5.1 Kvalitativ metod

Jag har valt att använda mig av kvalitativ metod i denna studie. En forskning med kvalitativ inriktning bygger på individuella tolkningar eller bearbetning av resultat, medan en forskning med en kvantitativ inriktning visar generella samband och statistik. Syftet med en kvalitativ metod är att karaktärisera något. Man försöker med den kvalitativa metoden hitta kategorier, beskrivningar eller modeller som bäst beskriver det man vill forska i. En kvalitativ forskning gör att resultatet går mer in på djupet och gäller mer specifika kontexter. Datainsamlingsmetoder som används inom kvalitativ forskning är bland annat intervjuer, observationer, bloggar och litteraturstudier. (Olsson & Sörensen , 2011)

## 5.2 Urval

När jag sökte efter bloggar som kunde vara passliga för detta ämne använde jag sökorden; *"patientsäkerhet"*, *"potilasturvallisuus"*, *"vårdskada"*, *"hoitovirhe"* samt *"hoitovahinko"*. Jag varierade kombinationen av sökord och de bästa resultaten fick jag genom att addera ordet "blogg" till de olika sökorden. Jag har därefter läst flera olika bloggar, varav fem stycken varit relevanta och haft tillräcklig information för att studien kunde genomföras. Jag har valt olika situationer, från unga till gamla patienter samt från större till mindre patientskador. Detta har gjorts för att få en mångsidigare bild över hur det kan gå snett.

I boken *Vetenskaplig teori och metod* beskrivs urvalet mera specifikt när man använder kvalitativ innehållsanalys, vilket används i denna studie. Urvalet görs då utifrån lämpligheter för de syfte och frågor vill ha svar på. Även artiklar går att använda som underlag och stöd för studien. (Henricson, 2017)

## 5.3 Datainsamling

Jag har valt att använda mig av bloggar som datainsamling. Jag har sökt på bloggar via internet, på båda inhemska språken. Jag har analyserat fem bloggar, varav en är skriven i Sverige, resten i Finland. Jag har valt att använda olika åldersgrupper, för att få en bredare syn på ämnet.

## 5.4 Dataanalysmetod

Studien har analyserats med metoden kvalitativ innehållsanalys. I boken *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, skriver författarna att användning av kvalitativ innehållsanalys fungerar bra vid tolkning av texter såsom intervjuer, observationsprotokoll, dagböcker samt bilder & video. (Granskär & Nielsen, 2017)

Kvalitativ innehållsanalys är en mångsidig, användbar analysmetod som har utvecklats sedan 1950-talet. När man använder sig av kvalitativ innehållsanalys krävs det att man har på klart vad syftet med studien är. (Henricson, 2017)

Analysformen som valts har ett induktivt sätt. Det betyder att man utgår från innehållet i texten, mer specifikt har man använt sig av konventionell innehållsanalys. (Henricson, 2017)

Till analysprocessen ingår åtta olika begrepp. Dessa begrepp är: *domän, menighet, kondensering, abstraktion, kod, kategori, tolkning och tema*. Domän är delar ur texten som handlar om ett visst område. Menighet är meningsbärande del av texten. Kondensering innebär att man gör texten kortare och lättare. Kod igen är en etikett på kondenseringen. Kategori är flera koder.

## 5.5 Etiska överväganden

I forskning är det viktigt att komma ihåg forskningsetiken, vilket innebär att man tar hänsyn till de som deltar i studien. Denna studie följer den goda, vetenskapliga praxis som Forskningsetiska delegationen har utgivit. De har lagt upp nio centrala utgångspunkter. Här kommer en kort sammanfattning på dessa utgångspunkter: forskaren iakttar hederlighet, omsorgsfullhet samt noggrannhet i studien. I studien utförs informationssamlingen och analysen enligt kriterierna och etiskt hållbart. Forskaren respekterar andra forskares arbeten. Allt som samlats in inför studien lagras på rätt sätt. (Forskningsetiska delegationen, 2012)

Denna studies informationsinsamling sker via offentliga bloggar. Internet som informationskälla känns som ett relativt tryggt val, eftersom i dagens läge använder största delen av befolkningen någon form av internet. Internet som kommunikationsväg för att hämta data är ganska så nytt, vilket gör att det uppstår olika dilemman angående

forskningsetiska aspekter. Alla sekretessfrågor och etiska frågor måste hanteras utifrån att de sker via internet.

Trots att denna studie sker via offentliga bloggar, bör etiska regler ändå följas.

## 6 Resultatredovisning

Syftet med studien var att ta reda på hur olika personer upplever vårdskador och hur dessa situationer hanteras. Studien utfördes genom att läsa fem olika bloggar och analysera dessa med hjälp av innehållsanalys.

I resultatredovisningen kommer det tas upp vad dessa individer har upplevt i och med vårdskadorna, hur de har blivit bemötta, resultatet av vårdskadan samt hur situationen gått vidare. Alla bloggar får en kort genomgång vid varje kategori.

Resultatet delas in i fyra kategorier: typ av vårdskada som skett, hur personerna upplevt bemötandet, hurdana skador vårdfelet orsakade samt vad som hände efter vårdskadan.

Blogg	Innehåll	Titel
Blogg nr 1	Patienten blir diagnostiserad med cancer 2020, och berättar om vårdfel med cytostatikabehandling. Infusionen har droppat i vävnaden.	Syövän varjosta valoon
Blogg nr 2	En nybliven mamma har fött ett barn med anemi och hepatit på grund av fel anteckning i rådgivningskortet. Barnet genomgick massor av olika	Valon nopeudella

	åtgärder och undersökningar.	
Blogg nr 3	En kvinnas partner skulle genomgå en rutinoperation, slutresultat blev en halverad urinblåsa, permanent stomi och bukinfektion.	Mitt eremitage
Blogg nr 4	En äldre man läggs in på sjukhus efter att han fallit, anhöriga misstänkte UVI, patienten dog på grund av sepsis då inget undersöktes.	anridaniela
Blogg nr 5	En mamma vars son tagit sitt liv vid 16 års ålder på en psykiatrisk vårdanstalt.	Surunauha ry

### 6.1 Typ av vårdskada som skett

Blogg nummer 1. Patienten fick diagnosen Follikulärt lymfom, som är en malign tumörsjukdom. Patienten har skrivit ett blogginlägg, med rubriken *“Hoitovirhe”*. Där berättar patienten att hen fick cytostatikabehandling intravenöst. Tyvärr gick det inte som planerat, när över hälften hade hunnit droppa in, märkte patienten att det gått subcutant i vävnaden.

Blogg nummer 2. I denna blogg är det en mamma som under graviditeten uppföljts noggrant. Orsaken till den noggranna uppföljningen är att barnet konstaterats ha hydronefros i början av graviditeten. Även hos mamman hade det konstaterats antikroppar i blodet. Blodprov hade begärts, men både hälsovårdaren och mödrapolikliniken missade detta eftersom det på rådgivningskortet kryssats för *“inga antikroppar”*.

Blogg nummer 3. Denna blogg skrivs av en kvinna, vars partner har varit på en helt normal rutinoperation. Operationen gick ut på att man skulle koppla ihop tjock- och ändtarmen igen för att patienten skulle slippa den tillfälliga stomi som hen fått efter en operation där man tagit bort en tumör. Rutinoperationen blev istället katastrofal. Operationen misslyckades och patienten fick istället permanent stomi, urinblåsa med tveksam funktion, svår bukinfektion samt förlängd vårdtid.

Blogg nummer 4. I denna blogg skriver en kvinna om sin "Vaari" (det framkommer ej om Vaari var mor- eller farförälder). Vaari hade hamnat in på sjukhus, på grund av att han fallit hemma och skadat sig. På sjukhuset har kvinnan upplevt att Vaari blivit flegmatisk, slö och frånvarande. Denna vårdskada fick den värsta konsekvensen av alla, eftersom Vaari dog till följd av en odiagnostiserad infektion som senare ledde till sepsis.

Blogg nummer 5: Detta är Karins berättelse om hennes son som tog sitt liv vid 16 års ålder. Hon berättar att han då varit inlagd på en psykiatrisk avdelning. Karin hade träffat sin son dagen innan självmordet och då hade han berättat om självmordstankarna samt hur svårt det är att utföra vid ett sjukhus. Karin hade ringt till avdelningen samma dag för att informera om sonens självmordstankar. Dessutom hade hon begärt att sonen inte skulle lämnas utan uppsyn. Tyvärr hade detta inte skett, och den unga pojken tog sitt liv. I bloggtexten skrivs det även att den 16-åriga pojken varit inskriven på en avdelning för vuxna. Mamman i denna text känner sig misslyckad, även om hon gjorde sitt bästa och är medveten om det. Detta är mycket sorligt och lämnar oss med frågan hur detta kunde ske? Patientsäkerheten har brustit på flera ställen.

## **6.2 Hur personerna upplevt bemötandet**

Blogg nummer 1. Bemötandet upplevs ha varit relativt bra. Patienten skriver att vårdaren, som övervakade cytostatikabehandlingen, hade kommit och bett om ursäkt innan hemfärden. Patienten hade svarat: "*annan hänelle anteeksi*".

Blogg nummer 2. Mamman i bloggen skriver att bemötandet inte upplevts så bra. Mamman var orolig då barnet hade krampanfall, och både läkarna och skötarna stod som frågetecken. Mamman upplevde dock att skötarna på barnintensiven var ljuvliga och jobbade med ett stort hjärta. I ett annat inlägg skriver mamman att rådgivningens chef ringt och bett om ursäkt, samt ordnat en ny hälsovårdare åt mamman och barnet. Mamman

skriver att hon upplevde den nya hälsovårdaren som snäll samt att hon hade gott om tid för dem. Mamman nämner också att sjukhusclownerna gör ett viktigt jobb.

Blogg nummer 3. I denna blogg är det svårt att tolka hur bemötandet har upplevts. Det beskrivs till viss del med besvikelse, men också med en del nöjdhet. Kvinnan har skrivit: *“Tänk att få ett erkännande på sin skada, som min man fick. Ett kvitto på att vården gjort fel. Ett löfte om att åtgärder ska vidtas för att detta inte ska drabba någon annan. Att vården anmäler sig själv.”*. Detta tolkas som en lättnad, men också som en besvikelse, eftersom hon sedan skriver att hennes egna vårdskador varit tvivelaktiga och nödvändiga att ifrågasättas.

Blogg nummer 4. Enligt tolkning, var bemötandet dåligt. Anhöriga fick aldrig ordentliga svar på diverse frågor, bland annat när de påpekade och funderade om Vaari kunde ha UVI. Kvinnan hade en gång stött på Vaari när han var fastknuten i en rullstol, och när hon ifrågasatt denna åtgärd hade hon fått som svar: *“Koska hän meinaa tilata taksin ja lähteä, ja SIDOMMEHAN ME HÄNET YÖSIKIN JA TUOMME TUOHON KOPIN ETEEN, ettei hän karkaa.”* Detta upplevs inte vara professionellt.

Blogg nummer 5. Bemötandet tolkas som dåligt. Karin skriver att hon frågat läkaren hur det är möjligt att sonen lämnats ensam fastän hon ringt och begärt att personalen inte skulle lämna honom utan uppsyn. Karin verkar känna sig misslyckad och hon upplever att personalen och läkarna inte lyssnat på henne eller tagit henne på allvar. Hon känner även att hon blivit behandlad *“sen mukaisesti”* eftersom hon var missbrukare.

### **6.3 Hurudana skador vårdfelet orsakade**

Blogg nummer 1. Resultaten av vårdskadan var inte permanenta, men patienten upplevde ändå ett lidande, eftersom hen var tvungen att övernatta två dagar extra på sjukhuset. Patienten var även tvungen att där hemma använda någon slags lösning på skadan tre gånger om dagen. Patienten gavs dessutom tre doser profylax rakt i venen i tre dagar. Patienten gick i rädsla, för i värsta fall kunde skadan orsaka behov av operation i vävnaden.

Blogg nummer 2. Resultaten var ganska tuffa. Barnet var tvunget att använda sig av näsmagsond, behandlas med ljus samt dricka special mjölk eftersom fetterna inte sögs upp.

Barnet var även tvunget att ge flertalet blodprov och en biopsi på levern vid 28 dagars ålder. Hydronefrosen opererades vid 10 månaders ålder. Mamman injicerades med Klexane.

Blogg nummer 3. Skadorna var permanenta och påverkar än idag patientens liv. Patienten fick permanent stomi, vilken hen egentligen skulle slippa. Patienten fick även halverad urinblåsa med tveksam funktion, svår bukinfektion samt en betydligt mycket längre vårdtid.

Blogg nummer 4. Resultatet av skadan var sepsis, som ledde till att patienten avled. Patientens CRP var 400, och en anhörig skriver att hon fortfarande är säker på att UVI aldrig undersöktes.

Blogg nummer 5. I denna bloggtext var resultatet av vårdskadan värsta möjliga, patienten lyckades ta sitt liv på vårdanstalten. Mamman skriver att patienten dessutom var inlagd på vuxenavdelning fast sonen endast var 16 år gammal.

#### **6.4 Vad hände efter vårdskadan**

Blogg nummer 1. I denna blogg framkommer det inte huruvida man tog saken vidare, men jag uppfattar texten som att inga vidare åtgärder gjordes eftersom hen skrivit: *“Seuraava hoito on tämän viikon torstaina, ja silloin annetaan koko lääkelasti – toivottavasti ilman ongelmia”*. Hen har även i ett påföljande inlägg skrivit att detta gick bra och utan problem.

Blogg nummer 2. Barnet normaliserades efter första levnadsåret, men lider av anemi, flera operationer samt olika medicineringar. Mamman insjuknade i ångestsyndrom. I bloggen står det inget om någon anmälning.

Blogg nummer 3. Vårdskadan anmäldes till IVO, *Inspektion för vård och omsorg*. I inlägget framkommer det inte vidare om det. Endast att offret anmält till IVO samt att anmälan är under bearbetning. Vården samlar fortfarande ihop information och utreder anmälan för att kunna utreda fallet.

Blogg nummer 4. Inget vidare hände eftersom ingen av de närmast anhöriga krävde obduktion. Kvinnan bakom bloggen trodde att hon inte själv kunde kräva en obduktion då hon endast är patientens barnbarn.

Blogg nummer 5. Sonen begravdes och mamman fick sitta en tid i fängelse på grund av gamla brott. Mamman har fått hjälp i situationen gällande sonens självmord.

## 7 Diskussion

I detta kapitel kommer jag att gå igenom och reflektera över det jag skrivit. Jag kommer att diskutera metoden och resultatet samt slutligen göra en slutdiskussion.

### 7.1 Metoddiskussion

Syftet med examensarbetet var att genom bloggar ta del av hur olika personer upplevt brister inom patientsäkerheten samt hur dessa personer hanterat situationen. Jag ville även få mera information om patienters synvinkel på ämnet. Jag har läst fem olika bloggar som berört ämnet patientsäkerhet. Jag valde att göra en kvalitativ studie för jag ansåg den metoden mest lämplig för mitt examensarbete. Jag använde mig av bloggar eftersom internet är en stor del av människans vardag nu för tiden. Bloggar känns också som ett bra alternativ med tanke på att skribenten har möjlighet att vara anonym och därmed inte behöver vara rädd för att skriva alla detaljer. Jag har upplevt skrivandet av examensarbetet relativt krävande, eftersom det har varit svårt att hitta lämpliga bloggar. Nu i efterhand inser jag att jag också kunde ha använt mig av bloggar skrivna på engelska.

Analysmetoden jag använde mig av var kvalitativ innehållsanalys. Jag tycker att den passar bra in i mitt examensarbete eftersom kvalitativ innehållsanalys är mångsidigt. De metoder jag valt att använda har enligt mig varit bra och lätta att använda. Om jag skulle skriva detta examensarbete på nytt, så skulle jag eventuellt använda mig av informationsinsamling i form av intervjuer och/eller enkäter.

I metoddiskussionen är det viktigt att man diskuterar styrkor och svagheter. I en kvalitativ studie, så som denna, kan metoden diskuteras med hjälp av dessa tre begrepp: trovärdighet, överförbarhet och pålitlighet. Det viktigaste i metoddiskussionen är att diskutera syftet och frågeställningen. (Henricson, 2017)

## 7.2 Resultatdiskussion

I detta kapitel kommer resultatet att diskuteras noggrannare. Resultatet reflekteras med hjälp av bakgrunden och den teoretiska utgångspunkten.

Frågeställningen i examensarbetet handlar om hurdana brister personerna upplevt i patientsäkerheten samt hur de hanterat situationen efter att patientsäkerheten brustit. Resultaten i examensarbetet har gett svar på frågeställningen enligt hur jag tolkat bloggtexterna. Resultatet bygger på bloggsribenternas texter och en tolkning av dem.

Enligt lagstiftningen vi har i Finland, har alla patienter rätt till god hälso- och sjukvård samt gott bemötande. (Finlex.fi, 1993) Bloggsribenterna har inte fått vård som följer denna lagstiftning. Både brister i god hälso- och sjukvård samt brister i bemötandet kommer fram i dessa bloggar.

Gemensamt för bloggarna var att vårdskadorna kan klassas som allvarliga, och i två av fem fall var resultatet av vårdskadan döden. Enligt min åsikt kunde alla dessa vårdskador undvikas och förebyggas med flera olika åtgärder. Bland annat med mera personal och resurser, bättre kunskap hos personalen samt noggrannare arbetsätt.

Bemötandet var svårt att tolka i några av bloggtexterna, men enligt min tolkning var fyra av fem skribenter missnöjda med bemötandet. En vårdskada orsakar alltid ett lidande och det kan som offer vara svårt att känna att man blivit bra bemött när en anhörig avlidit.

Endast en blogg av fem har skrivit att de anmält vårdskadan och den bloggen har sitt ursprung i Sverige. Det kan förstås vara så att vi i Finland ser det som tabu att nämna sådana saker och att vi upplever att det är en hög tröskel att anmäla vårdskador.

Eriksson berättar att det finns tre former av lidande: *sjukdomslidandet*, *vårdlidandet* & *livslidandet*. Alla fem bloggar jag läst har nämnt någon av dessa former. Alla bloggsribenter har upplevt lidandet på olika sätt. Ett sjukdomslidande är det lidande som upplevs i relation till sjukdomen eller behandlingen. Så som jag tolkat dessa bloggtexter, upplever jag att speciellt blogg nummer ett och tre har utsatts för sjukdomslidande och vårdlidande. I blogg nummer ett råkade patienten ut för ett vårdfel med cytostatikabehandlingen, vilket i sig ledde till förlängd sjukhusvistelse och ytterligare läkemedelspreparat samt rädsla. I blogg

nummer tre var skadorna efter rutinoperationen permanenta och påverkar patientens normala vardag. Patienten fick permanent stomi, vilket hen egentligen skulle operera bort. Dessa skador har orsakat både tillfälligt och permanent lidande. (Eriksson, 1994)

Om en patient utsätts för en vårdskada har hen en del olika rättigheter. Patienten har bland annat rätt att ansöka om skadestånd från Patientförsäkringscentralen. I dessa fem bloggar som jag läst och analyserat framkommer det inte att en enda vårdskada i Finland skulle ha lett till att patienten ansökt om skadestånd. Blogg nummer tre, med ursprung i Sverige, hade anmält skadan till IVO, *Inspektion för vård och omsorg*. Inget mera framkommer. De fyra andra bloggarna berättade just ingenting från tiden efter skadan. Kan det vara så att vi i Finland har en högre tröskel att ta upp sådana sådana situationer till diskussion, på grund av hurdan våran kultur är? (Finlex.fi, 2019)

Suicid är ett globalt problem och det vore extremt viktigt att vårdpersonalen hade kunskap att känna igen samt diskutera självdestruktivitet. Själv mord klassas som en vårdskada, när det händer under en pågående vårdkontakt. Själv mord under vårdkontakt är ett "never event", alltså det skulle aldrig få ske. Det händer ju tyvärr ändå, så som nämns i blogg nummer fem. Mamman hade försökt be vårdpersonalen att inte lämna sonen ensam. Tyvärr hade det av någon orsak inte lyckats och ledde därmed till döden. (Kinnunen, ym., 2016)

### **7.3 Slutledning**

Jag tycker att den första frågeställningen besvarades så gott som möjligt. Det finns många saker som brister inom patientsäkerheten, och tyvärr orsakar vissa värre skada än andra. Jag läste endast fem bloggar, men till och med bland dessa framkom fem olika patientskador.

Den andra frågeställningen var hur situationerna hanterades. Jag anser att svaret i denna frågeställning kan tolkas på flera sätt. Till exempel i blogg nummer fem hanterades själva skadan kanske inte så bra, men mamma Karin fick hjälp med sina egna svårigheter efter att sonen tog sitt liv.

Jag tycker att patientsäkerhet är ett ämne som alltid går att förbättra. Jag är mycket intresserad av ämnet och har lärt mig massor under denna tidsperiod när jag skrivit detta examensarbete.

Slutsatsen jag kommit fram till i och med denna studie, är att alla dessa skador kunde ha undvikits med fler resurser och mer personal. Personalbristen är så enorm inom social- och hälsovården att det mycket lätt sker allvarliga och mindre allvarliga händelser som riskerar patientsäkerheten. Jag tycker det är viktigt för mig som blivande sjukskötare att se vad små misstag i vården kan orsaka.

## 8 Referenser

- Amos, P. (2006). Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim*.
- Andelin, C. (29. 9 2018). *Svenska Yle*. Noudettu osoitteesta <https://svenska.yle.fi/a/7-1332626>
- anridaniel. (31. januari 2019). *anridaniel*. Noudettu osoitteesta <https://nouw.com/anridaniela/moniako-hoitovirheita-vanhustenhoidossao-35423951>
- Antreas. (19. Oktober 2020). *Syövän varjosta valoon*. Noudettu osoitteesta syövän varjosta valoon: <https://toivoaonsittenkin.blogspot.com/search/label/hoitovirhe>
- eremitage, M. (1. Juli 2020). *Mitt eremitage - En allvarlig vårdskada?* Noudettu osoitteesta *Mitt eremitage - En allvarlig vårdskada?*: <https://mitteremitage.wordpress.com/2020/07/01/en-allvarlig-vardskada/>
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm : Liber ab.
- Eronen, A.-K. (2016). *Potilasbahinkona korvatut lääkityspoikkeamat* . Helsinki: Helsingin Yliopisto.
- Finlex. (17. juli 2021). *Lag om offentlig i myndigheternas verksamhet*. Noudettu osoitteesta <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990621>
- Finlex.fi. (1. Mars 1991). *Läkemedelslag 1987/395*.
- Finlex.fi. (1. Mars 1993). *Lag om patientens ställning och rättigheter*. Helsingfors.
- Finlex.fi. (22. Augusti 2019). *Patientförsäkringslag 984/2019*. Helsingfors.
- Forskningsetiska delegationen. (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Helsinki.
- Gordon D S, O. H. (9. November 2009). *Diagnostic Error in Medicine*. Amerika: American Medical Association.

- Granskär, M.;& Nielsen, B. (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Ikonen, T. W. (15. Maj 2020). Parempaa potilasturvallisuutta Lääkärilehti.
- Katie, E. (1994). *Den lidande människan*. Liber AB.
- Kinnunen, M.;Lönnqvist, J.;Ekelund, J.;Roine, R. P.;Aaltonen, L.-M.;& Mustajoki, P. (2016). Potilaan itsemurha hoitosuhteen aikana on aina haittatapahtuma. *Suomen Lääkärilehti*, 821-822.
- Käypä Hoito. (18. february 2022). *Käypä hoito*. Noudettu osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/hoi50122>
- Lindh, M. S. (2012). *Säker Vård - att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Läkemedelsskadeförsäkringsbolaget, F. Ö. (ei pvm). Vad är en läkemedelsskada? Helsinki.
- Mieli. (10. December 2021). *Mieli*. Noudettu osoitteesta <https://mieli.fi/uutiset/itsemurhien-maara-laski-hieman-edellisvuodesta/>
- N. Palacio, D. B.-G.-M. (2016). *A look to the wrong diagnosis of rheumatoid arthritis*. Colombia: Annals of the rheumatic diseases.
- Nopeudella, V. (17. November 2019). *Valon nopeudella - elämää erityislapsen vanhempana. Tarina jatkuvasta taistelusta*. Noudettu osoitteesta Valon nopeudella.
- Olsson, H.;& Sörensen , S. (2011). *Kvalitativ och kvantitativ perspektiv - forskningsprocessen*. Liber AB.
- Paakkari Ilari, U. M. (2019). Lääkevahingot ja niiden korvaaminen. *Duodecim*.
- Plit-Turunen, M. (2021). *Vuosiraportti*. Helsinki: Potilasvakuutuskeskus.
- Potilasvakuutuskeskus. (15. 9 2022). *Potilasvakuutuskeskus*. Noudettu osoitteesta <https://www.pvk.fi/ajankohtaista/uutiset-ja-tiedotteet/uutiset-ja-tiedotteet/2022/maailman-potilasturvallisuuspaivan-teemana-laakitysturvallisuus/>
- Pranavi Sreeramoju, L. D. (8. September 2018). Using a Positive Deviance Approach to Influence the Culture of Patient Safety Related to Infection Prevention. Dallas, Texas.
- Ryner, G. (2. April 2015). *Gunnelryner.se*. Noudettu osoitteesta <https://gunnelryner.se/problemlösning-med-hjalp-av-positiva-avvikelser/>
- Sandelin, H. R. (2018). *Duodecim*, 1873-1874.
- Smith, D. W. (16. November 2013). *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Noudettu osoitteesta <https://plato.stanford.edu/entries/phenomenology/>

- Social- och hälsovårdsministeriet. (12. 2 2021). *Säker läkemedelsbehandling handbok*. Noudettu osoitteesta  
[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162847/STM\\_2021\\_6.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162847/STM_2021_6.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- SPTY. (9. 8 2020). *SPTY*. Noudettu osoitteesta Suomen potilasturvallisuusyhdistys:  
<https://spty.fi/wp-content/uploads/2020/08/Lisatietoa-HaiPro-jarjestelmasta-ja-aineistosta.pdf>
- Surunauha. (Januari 2016). *Surunauha RY*. Noudettu osoitteesta  
<https://surunauha.net/lukemista-karin/>
- Tehy. (ei pvm). *Tehy*. Noudettu osoitteesta Salassapito- ja vaitiolo velvollisuus terveydenhuollossa: [https://www.tehy.fi/fi/tyoelamaopas/koulutus-ja-osaaminen/salassapito-ja-vaitiolo velvollisuus-terveydenhuollossa?gclid=EAIaIQobChMIs9qi2PKP-wIVDWYYCh2VcQSLEAAYASAAEgllifD\\_BwE](https://www.tehy.fi/fi/tyoelamaopas/koulutus-ja-osaaminen/salassapito-ja-vaitiolo velvollisuus-terveydenhuollossa?gclid=EAIaIQobChMIs9qi2PKP-wIVDWYYCh2VcQSLEAAYASAAEgllifD_BwE)
- Valvira. (16. 11 2018). *Valvira* . Noudettu osoitteesta  
[https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/salassapito/salassapito- ja\\_vaitiolo velvollisuus](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/salassapito/salassapito- ja_vaitiolo velvollisuus)
- VKS. (2021). *Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen Vaasan sairaanhoitopiirissä*. Vaasa: VKS.
- WHO. (2022). *Global report on infection prevention and control*. World health organization.
- WHO. (17. September 2022). *World safety day* . Noudettu osoitteesta  
<https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2022>