

Utveckling av patientsäkerhet med hjälp av HaiPro rapportering

En studie om användares och behandlares erfarenheter av Hai-
Pro

Lotta Eronen

Masterarbete
Avancerad klinisk vård
2020

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildning:	Avancerad klinisk vård (HYH)
Identifikationsnummer:	7084
Författare:	Lotta Eronen
Arbetets namn:	Utveckling av patientsäkerhet med hjälp av HaiPro rapportering - En studie om användares och behandlares erfarenheter av HaiPro
Handledare (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Uppdragsgivare:	HUS Helsingfors universitetssjukhus
<p>Sammandrag:</p> <p>HaiPro verktyget används inom hälso- och sjukvården i Finland för att rapportera fel, avvikelser och nära ögat situationer. Tidigare studier betonar starkt säkerhetskulturens, den öppna dialogens och den skuldfria miljöns inverkan i att förbättra patientsäkerheten med hjälp av farorapporteringsverktyg. Masterarbetet utförs som ett uppdrag där beställaren är HUS Helsingfors universitetssjukhus. Syftet med undersökningen är att kartlägga med vilka metoder ansvariga för HaiPro farorapporteringsystemet behandlar anmälningarna, på det till studien valda sjukhuset. Man är också intresserad av vårdpersonalens erfarenheter av HaiPro. Alla behandlare av HaiPro anmälningar och en från vårdpersonalen på varje enhet på det till studien valda sjukhuset har möjlighet att delta i undersökningen. Målet är att utifrån resultaten kunna åskådliggöra metoderna och bidra till att i framtiden skapa enhetliga modeller som kan användas till att utveckla patientsäkerheten. Som teoretisk referensram används teorin kring begreppet: högt tillförlitliga organisationer. Studien utförs med en kvalitativ forskningsmetod och som datainsamlingsmetod används fokusgruppintervju. Resultatet analyseras med hjälp av innehållsanalys. Ur resultatet stiger kategorierna: kultur, etik, känslor, ledarskap, struktur och verktyget fram. Två huvudkategorier bildas: förändring och utveckling. Ur resultatet går det att dra slutsatsen att en förbättring i hur behandling av HaiPro anmälningar sker skulle vara till fördel i arbetet kring utveckling av patientsäkerheten. Resultatet ger en bild av hur HaiPro anmälningar behandlas på sjukhuset och en inblick i användarnas erfarenheter kring behandling av HaiPro anmälningar och utveckling av patientsäkerhet, men är inte generaliserbart. Resultatet kan vara till stöd för att bilda och implementera ett enhetligt behandlingssätt på sjukhuset och till att skapa en säkerhetskultur som främjar patientsäkerhet.</p>	
Nyckelord:	HUS Helsingfors universitetssjukhus, HaiPro verktyget, kultur, ledarskap, struktur, farorapportering, förändring utveckling
Sidantal:	62
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	21.04.2020

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Advanced clinical care (Masters degree)
Identification number:	7084
Author:	Lotta Eronen
Title:	Development of patient safety with the help of HaiPro reporting - A study of users and processors' experiences of HaiPro
Supervisor (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Commissioned by:	HUS Helsinki university hospital
<p>Abstract:</p> <p>The HaiPro tool is used in health care in Finland to report errors, deviations and close call situations. Previous studies have strongly emphasized the impact the safety culture, open dialogue and a no-blame environment in improving patient safety with the help of incident reporting tools. The master's thesis is carried out as an assignment where the client is HUS Helsinki university hospital. The purpose of the study is to identify which methods are used and how the HaiPro hazard reports are handled by the professionals responsible for HaiPro at a certain hospital. Interest is also placed on the healthcare professionals' experience of HaiPro. Everyone responsible for HaiPro reports and one person from the healthcare staff of each unit at the hospital have the opportunity to participate in the study. The goal is to be able to illustrate the methods based on the results which could be used in the future to develop models that could aid the development of patient safety. The theory around the concept: high reliability organizations is used as a theoretical frame of reference. The study is conducted using a qualitative research method and focus group interviews are used as the data collection method. The results are analyzed using content analysis. The categories: culture, ethics, emotions, leadership, structure and the tool, rise from the results. Two main categories are formed: change and development. From the result it can be concluded that an improvement in how handling of HaiPro reports is done would be advantageous in the work on developing patient safety. The result provides a picture of how HaiPro reports are handled at the hospital and an insight into users' experiences regarding the processing of HaiPro reports and the development of patient safety, but is not generalizable. The result can work as support for establishing and implementing handling models and for creating a safety culture that promotes patient safety at the hospital.</p>	
Keywords:	HUS helsinki university hospital, HaiPro tool, culture, leadership, structure, change, development
Number of pages:	62
Language:	Swedish
Date of acceptance:	21.04.2020

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Kliininen asiantuntija YAMK
Tunnistenumero:	7084
Tekijä:	Lotta Eronen
Työn nimi:	Potilasturvallisuuden kehittäminen HaiPro raportoinnin avulla- tutkimus käyttäjien ja käsittelijöiden HaiPro kokemuksista
Työn ohjaaja (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Toimeksiantaja:	HUS Helsingin yliopistollinen sairaala
<p>Tiivistelmä:</p> <p>HaiPro-työkalua käytetään terveydenhuollossa Suomessa virheiden, poikkeamien ja läheltä piti tilanteiden ilmoittamiseen. Aikaisemmat tutkimukset korostavat vahvasti turvallisuuskulttuurin, avoimen vuoropuhelun ja syyllistämättömän ympäristön vaikutuksia potilasturvallisuuden parantamiseen, käytettäessä vaaratilanteiden raportointityökalua. Opinnäytetyö suoritetaan toimeksiantona, jossa tilaaja on HUS Helsingin yliopistollinen sairaala. Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa HaiPro- käsittelijöiden toimintatapoja ilmoitusten käsittelyssä, tutkimukseen osallistuvassa sairaalassa. Myös hoitohenkilökunnan kokemukset käsittelystä ovat kiinnostuksen kohteena. Kaikilla tutkimukseen osallistuvan sairaalan HaiPro- ilmoitusten käsittelijöillä ja yhdellä jokaisen yksikön terveydenhuollon ammattilaisista on mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Tarkoitus on pystyä havainnollistamaan käsittelymenetelmiä ja tulevaisuudessa auttaa yhtenäisten mallien luomisessa, joita voidaan käyttää potilasturvallisuuden kehittämiseen. Teoreettisena viitekehyksenä käytetään teoriaa käsitteen: korkean luotettavuuden organisaatiot, ympärillä. Tutkimus suoritetaan laadullisella tutkimusmenetelmällä ja tiedonkeruumenetelmänä käytetään kohderyhmähaastattelua. Tulokset analysoidaan sisältöanalyysin avulla. Tuloksista saadaan luokat: kulttuuri, etiikka, tunteet, johtaminen, rakenne ja työkalu ja kaksi pääluokkaa: muutos ja kehitys. Tuloksesta voidaan päätellä, että HaiPro-ilmoitusten käsittelymenetelmien parantaminen olisi hyödyllistä potilasturvallisuuden kehittämisessä. Tulos antaa kuvan HaiPro-ilmoitusten käsittelystä sairaalassa ja käsityksen käyttäjien kokemuksista HaiPro-ilmoitusten käsittelystä sekä potilasturvallisuuden kehittämisestä, tulos ei ole yleistettävä. Tulosta voidaan käyttää tukena yhdenmukaisten menetelmien luomiselle ja toteuttamiselle sairaalassa sekä potilasturvallisuutta edistävän turvallisuuskulttuurin luomisessa.</p>	
Avainsanat:	HUS Helsingin yliopistollinen sairaala, HaiPro työkalu, kulttuuri, etiikka, johtaminen, rakenne
Sivumäärä:	62
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	21.04.2020

INNEHÅLL

1	Inledning.....	8
2	Bakgrund.....	10
2.1	HaiPro verktyget.....	10
2.2	Rapporteringsprocessen	11
2.3	Statistik	11
2.4	Utveckling av patientsäkerhet med hjälp av HaiPro.....	14
3	Tidigare forskning	15
3.1	Patientsäkerhet.....	15
3.2	Rapporteringskultur	16
3.3	Behandling av HaiPro anmälan i Finland	16
3.4	Patientsäkerhet på organisationsnivå	17
3.5	Rapportering för utveckling av patientsäkerhet.....	18
4	Teoretisk referensram	20
4.1	Högt tillförlitliga organisationer	21
4.2	Säkerhetskultur.....	21
5	Syfte och frågeställningar	23
6	Material och metod	24
6.1	Urval av deltagare	25
6.2	Analysmetod.....	26
7	Etiska överväganden	27
8	Resultat	27
8.1	Behandling av HaiPro anmälningarna utifrån användarnas synvinkel.....	28
8.2	Behandling av HaiPro anmälningarna utifrån behandlarnas synvinkel.....	33
8.3	Likheter och skillnader.....	39
8.4	Sammanfattning av resultat.....	45
9	Kritisk granskning	47
10	Diskussion.....	50
	Källor	58
	Bilagor	62

Figurer

Figur 1. Innehållsanalys av användarnas erfarenheter.....	28
Figur 2. Innehållsanalys av behandlarnas erfarenheter	33
Figur 3. Likheter och skillnader hos användare och behandlare kring deras erfarenheter av HaiPro rapportering och syntesen kring innehållsanalys av resultatet.....	43
Figur 4. Sammanfattning.....	44

Tabeller

Tabell 1. Statistik över HaiPro anmälningar åren 2018 och 2019	12
--	----

Bilagor

Bilaga 1. Litteratursökning

Bilaga 2. Frågeområden

Bilaga 3. Kysymysalueet

Bilaga 4. Informantbrev och samtyckesdokument

Bilaga 5. Tiedote- ja suostumusasiakirja

Bilaga 6. Behandlingsprocessen

Bilaga 7. Urval av informanter

1 INLEDNING

Grunden till patientsäkerhet ligger i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt lagens 8§ ska verksamheten inom hälso- och sjukvården baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt. (Finlex, Hälso- och sjukvårdslagen 8§: Kvalitet och patientsäkerhet, 2010) Patientsäkerhet kan beskrivas som tillgång till nödvändig och rätt vård, vid rätt tillfälle och som orsakar så små skador som möjligt, för patienter inom hälso- och sjukvården. Alla direktiv och arbetssätt som hälso- och sjukvårdspersonal på olika enheter och inom olika organisationer följer skall garantera säkra vårdtjänster. Patientsäkerhet innefattar säkerhet i samband med förebyggande av sjukdomar, diagnostik, behandling och rehabilitering. På alla enheter inom hälso- och sjukvården skall det finnas en för enheten specifik patientsäkerhetsplan för att trygga och utveckla patientsäkerheten. (Institutet för hälsa och välfärd 2012)

Social- och hälsovårdsministeriet har i sin strategi för åren 2017–2021 definierat hur patient- och kundsäkerhet skall tryggas på olika enheter och inom serviceproduktion inom social- och hälsovården i vårt land. Det skall finnas ansvarspersoner inom bl.a. riskhantering för att faror och risker skall kunna identifieras och för att utveckla och skapa förändring som förbättrar patientsäkerheten. Detta skall göras genom praktiska åtgärder som t.ex. regelbundna riskkartläggningar, samarbete med personalen och genom att använda risk- eller farorapporteringsverktyget, HaiPro. (STM 2017–2021)

Verktyget HaiPro är en systematisk modell som används inom hälso- och sjukvården i hela Finland för att rapportera fel, avvikelser och nära ögat situationer som sker i patientarbetet. HaiPro systemet klassas globalt som ett IRS, d.v.s. ”Incident Reporting System”. Anmälan görs anonymt och målet är att man lär sig av tidigare händelser och situationer som hotar patientsäkerheten. Anmälningarna skall behandlas och diskuteras tillsammans med vårdpersonalen, multiprofessionellt och via en öppen dialog mellan personal och ledning. Det är viktigt att informationen når alla för utveckling av patientsäkerheten och för att kunna förebygga liknande händelser och situationer i framtiden. Processen efter anmälan behöver leda till konkret förändring och utveckling av verksamheten på enheterna och inom organisationen. (Awanic 2016, Knuuttila m.fl. 2007, STM 2010 s.23–25)

De vanligaste anmälningarna som görs via rapporteringsverktyget berör läkemedelshantering. Att göra fel anses vara mänskligt och de fel som berör läkemedelshantering i Finland är av samma slag som runtom i världen. Faktorer som medverkar till försummelse och fel beror på komplexa system och följdreaktioner, tillika på både individ- och systemnivå. Inom hälso- och sjukvårdens enheter är det för att förbättra på patientsäkerheten viktigt att systematiskt arbeta med patientsäkerhetsaspekter och fortgående utbildning av personalen inom patientsäkerhetsaker. (Sparring Björkstén m.fl. 2016)

Idén till studien grundar sig på ett uppdrag av avdelningsskötare för en avdelning på ett sjukhus i Finland. Studiens syfte har diskuterats och formats tillsammans med ansvarspersonen för patientsäkerhet på sjukhuset i fråga. Uppdragsgivaren önskar att veta hur HaiPro anmälningarna behandlas på avdelningarna för att bäst kunna skapa ett sätt som gynnar patientsäkerheten och en öppen dialog mellan vårdpersonal och ledning.

Tanken är att kartlägga vilka erfarenheter de ansvariga för HaiPro systemet och personal på sjukhusets avdelningar, vårdenheter och polikliniker har av behandling av anmälningarna. Av intresse är också i vilket forum informationen behandlas och hur förbättringsförslagen åtgärdas och förs vidare inom enheten och organisationen. Studien utförs som en intervjustudie i fokusgrupper där både vårdpersonal och ansvariga för HaiPro rapporteringsprocessen intervjuas.

I tidigare forskning lyfts det fram hur viktigt det är att utvecklingsförslag och förbättring som görs utgående från HaiPro rapportering når utanför egen enhet. Tanken är att åskådliggöra ett enhetligt, regelbundet sätt för alla avdelningar där en öppen dialog och skuldfrimiljö betonas. Att enhetliggöra processer är också en del av ett Lean projekt som pågår inom sjukvårdsområdet. (HUS lean 2018)

Tidigare studier betonar starkt säkerhetskulturens, den öppna dialogens och den skuldfrimiljöns inverkan i att förbättra patientsäkerheten via rapporteringsverktyg och den information de kan ge vårdpersonalen och ledare inom hälso- och sjukvården. (AHRQ 2018, Volmanen & Alahuhta 2015, Arfanis m.fl. 2011, Carljford m.fl. 2018, Oedewald m.fl. 2008, Sarste 2012) Det är svårt att hitta tidigare studier kring effekterna av farorapportering och utveckling av patientsäkerhet, vilket kan tyda på att det finns relativt lite

studier gjorda kring kopplingen mellan farorapportering i sig och utveckling av patientsäkerhet. Det finns statistik på hurdana fel och nära ögat situationer som förekommer och eventuella orsaker till dessa i bl.a. Sparring Björkstén m.fl. (2016) studie.

2 BAKGRUND

Sjukhuset där studien kommer att utföras är en medlemskommun i HUS, Helsingfors universitetssjukhus. Helsingfors universitetssjukhus består av 24 medlemskommuner. Till det för studien valda sjukvårdsområdet hör cirka 96 000 invånare. Sjukhuset erbjuder tjänster inom specialsjukvård och ansvarar också för jourverksamheten inom specialsjukvården för dess invånare. Den gemensamma juren fungerar i sjukhusets utrymmen under kvällar och veckoslut. All psykiatrisk specialsjukvård är centraliserad, och ingår således inte i det till studien valda sjukvårdsområdet. (HUS sairaanhoito 2020, HUS tietoa 2020)

2.1 HaiPro verktyget

Intresset i undersökningen fokuseras på erfarenheter av behandling av HaiPro anmälningar på sjukhuset. På sjukhuset används HaiPro farorapporteringssystemet där vårdpersonalen kan anmäla händelser som kunde ha orsakat eller som har orsakat patienten skada. Det är meningen att alla anmälningar behandlas på enheterna och ytterligare åtgärder sker vid behov, beroende på händelsens allvarlighetsgrad. En annan viktig informationskälla gällande patientsäkerhet är statistik kring patientskador. (HUS laatu- ja potilasturvallisuus 2020)

Det systematiska rapporteringsverktyget HaiPro utvecklades av Läkemedelsverket och Teknologiska forskningscentralen tillsammans med några sjukhus och enheter i Finland. Projektet startade år 2005 och finansierades från och med 2007 framåt av Social- och Hälsovårdsministeriet och Teknologiska forskningscentralen VTT. HaiPro systemet är avsett för utveckling av verksamheten internt på enheterna. Det är meningen att ledare och vårdpersonal använder informationen till att lära sig och utvecklas från tidigare faro- och nära ögat händelser. Rapporteringen skall basera sig på frivillighet, anonymitet och skuldfri behandling av dessa händelser. För att kunna förstå hur farorapportering går till behöver man känna till olika säkerhetsområden. En uppdelning i apparatsäkerhet, säker

vård och läkemedelssäkerhet hjälper till att identifiera och rapportera färo- och nära ögat händelser i patientarbetet. Dokumentation baserar sig på rapportering av vilken typ av skada händelsen förorsakat patienten. Det kan vara fråga om en nära ögat händelse, där patienten inte skadas eller förorsakas lidande. Eller en händelse som orsakar patienten skada och lidande av olika slag. (Awanic 2016, Knuuttila m.fl. 2007)

2.2 Rapporteringsprocessen

Rapportering av färo- och nära ögat händelser är frivillighetsbaserat. Verktöget erbjuder vårdpersonalen en rätt och möjlighet till att anmäla färo- och nära ögat händelser och ger enheten möjligheter att utvecklas. Anmälan görs anonymt, enbart med titel t.ex. sjukskötare. Inga patientuppgifter framkommer i anmälan. Det är ändå möjligt att i fråga om t.ex. rättsliga processer få uppgifter om vem som gjort anmälan. Informationen kring en enskild anmälan är konfidentiell och enbart utvalda personer når den. Informationen går inte automatiskt utanför den egna organisationen. Den som gör anmälan kan vara den som varit med om händelsen eller den som iakttar en händelse. Processen inleds då behandlaren för HaiPro anmälningar på enheten klassificerar den inkomna anmälan utgående från allvarlighetsgrad. Anmälan behandlas sedan endera enbart på enheten eller förmedlas även framåt för fortsatt behandling, beroende på allvarlighetsgrad. Det kan finnas flera personer som fungerar som behandlare för HaiPro systemet på en enhet. Patientsäkerheten inom den egna enheten går enligt Knuuttila m.fl. (2007) att förbättra via gemensamma regelbundna diskussionsforum kring rapporter och resultat utifrån HaiPro systemet. Det är viktigt att ordna gemensamma diskussionsforum tillsammans med personalen på olika nivåer inom organisationen. (Knuuttila m.fl. 2007)

2.3 Statistik

Behandlingsprocessen inleds då två behandlare på enheten får meddelande om inkommen anmälan via HaiPro verktöget. Anmälan görs av vårdpersonal kring färo- och nära ögat händelser som orsakat eller kunde ha orsakat skada för patienten. Det finns ett skilt verktyg för rapportering kring händelser som orsakat eller kunde ha orsakat en färosituation för vårdpersonalen. HaiPro verktöget används enbart för att rapportera händelser som påverkar patientens vård. Behandlarna värderar händelsen på en skala från ett till fem. Ett

står för liten eller ingen skada för patienten och fem för allvarlig skada för patienten. De anmälningar som klassificeras med nummer ett till tre behandlas endast på enheten. Då anmälan klassificeras till ett värde över tre, vidarebefordras den automatiskt till personal vars uppgift är behandling av allvarlig anmälan. Vid behandling av allvarlig anmälan görs det en ny värdering och analys av händelsen. Behandlingen skall utmynna i ett utvecklingsförslag, en tidtabell för utvecklingsarbete och utvalda ansvarspersoner. Se bilaga 6. behandlingsprocessen. (HUS opublicerad källa 2019)

Tabell 1. Statistik över HaiPro anmälningar åren 2018 och 2019

Beskrivning	År 2018	År 2019
Antal HaiPro anmälningar	886	707
Anmälare: sjukskötare	67%	63%
Anmälare: läkare	6%	10%
Anmälare: förstavårdare	2%	4%
Hände patienten	55%	54%
Nära ögat	18%	18%
Annat	27%	28%
Läkemedelsvård	33%	31%
Rapportering, informationsutbyte och administration av data	29%	27%
Liten risk eller skada för patienten	48%	63%

Måttlig risk eller skada för patienten	34%	19%
--	-----	-----

Antalet HaiPro anmälningar inom sjukvårdsområdet som studeras var från januari till december år 2018: 886 och år 2019: 707. Det procentuella antalet anmälningar gjorda av sjukskötare var år 2018: 67% och år 2019: 63%. Det procentuella antalet anmälningar gjorda av läkare var år 2018: 6% och år 2019: 10% och det procentuella antalet anmälningar gjorda av förstavårdare var år 2018: 2% och år 2019: 4%. (HUS opublicerad källa 2020)

Anmälans karaktär var till största delen av slaget: hände patienten, 55% år 2018 och 54% år 2019. Både år 2018 och år 2019 var 18% av anmälningarna nära ögat händelser. Anmälningar av karaktären: annat, var år 2018: 27% och år 2019: 28%. Största delen d.v.s. 31% av anmälningarna år 2019 gäller läkemedelsvård. Antalet är på samma nivå som år 2018 då 33% av anmälningarna gällde läkemedelsvård. Den näst största gruppen anmälningar gäller rapportering, informationsutbyte och administration av data, med en procentuell andel som år 2018 var 29% och 2019: 27%. Andra anmälningar som gäller vård och övervakning är den tredje största gruppen med en procentuell andel på lite under 20%. (HUS opublicerad källa 2020)

Den mest förekommande klassificeringen av risk var både år 2018 och år 2019 klass 2, liten risk eller skada för patienten med en procentuell andel på 48% år 2018 och 63% år 2019. Därefter följer klass 3, måttlig risk eller skada med en procentuell andel på 19% år 2019 och 34% år 2018. I största delen, 20–30% av fallen orsakade händelsen ingen alls eller liten skada åt patienten år 2019. Konsekvenserna av händelserna på enhetsnivå var tilläggsarbete eller image skada för sjukhuset, med en procentuell andel på 30%, både år 2018 och år 2019. (HUS opublicerad källa 2020)

2.4 Utveckling av patientsäkerhet med hjälp av HaiPro

HaiPro systemet erbjuder behandlare en möjlighet för feedback kring anmälningar. Vikten av att som ledare effektivt använda sig av funktionen och den information som erhålls via HaiPro betonas. (STM 2010 s.22) Den information HaiPro erbjuder enheten skall användas så att hela arbetsgemenskapen regelbundet får information om händelser som anmälts. Utvecklingsåtgärder borde diskuteras på ett mångprofessionellt sätt tillsammans på enheten för att maximera nyttan. Igångsättning av förbättringsåtgärder, övervakning av dem och implementering av förändring kräver ansvarspersoner på enhetsnivå. Avdelningsskötarens eller förmännens uppgift är att organisera regelbundna interna diskussioner och analyser kring anmälningarna på enheten. Det är också viktigt att säkra ett informationsflöde till alla inom personalen. Utvecklingsåtgärder kan genomföras på enheten eller föras vidare inom organisationen som förslag åt dem som sköter HaiPro ärenden på högre nivå. Det är viktigt att information om säkerhetsrisker snabbt når alla inom vårdpersonalen för att undvika farosituationer i kommande arbete. Rekommendationer som grundar sig på farodata skall leda till förbättringar i arbetsmiljö, utrustning, personalens utbildning, handledning och förändring i arbetsmetoder och samarbete inom och mellan enheter. Genom att använda sig av dessa metoder kan liknande situationer bättre kontrolleras och undvikas i framtiden. (STM 2010 s.23–25)

Ruuhilehto & Knuutila (2008) har gjort en förfrågan till behandlare av HaiPro anmälningar. Studien fokuserar på erfarenheter av resultat, användning av verktyget och av att fungera som behandlare. Ur resultatet går det att påvisa att HaiPro rapporteringsprocessen och själva verktyget har fungerat enligt målsättning som ett hjälpmedel för att utveckla verksamheten på avdelningar och åskådliggjort faro- och nära ögat händelser. De lyfter fram behovet av utveckling av behandlingsprocessen och själva verktyget trots goda påvisade resultat. Utgående från resultatet betonar Ruuhilehto och Knuutila (2008) en noggrannare analys av de olika klassificeringarna så att de bäst motsvarar avdelningarnas behov. Även vidareutveckling av HaiPro behandlingsprocessen betonas d.v.s. analysen av rapporterade händelser. Det upplevs vara viktigt med utbildning i säkerhetstänkande och direktiv som gör det möjligt att kunna beakta mänskliga faktorer och systemtänkande i analysen av anmälningar på organisationsnivå. Det betonas även ett behov av ett nätverk

som kopplar samman behandlare runtom i Finland, för att möjliggöra delning av kunskap och erfarenheter. (Ruuhilehto & Knuutila 2008)

3 TIDIGARE FORSKNING

Litteraturen som valdes skulle vara aktuell och inom en tidsram på fem år, även äldre litteratur godkändes ifall den specifikt motsvarade intresseområdet. Sökningen av förhandsgranskade vetenskapliga ursprungsartiklar skedde på olika vetenskapliga databaser med fokus på vård och vårdande för att nå så många relevanta artiklar som möjligt och kunna beskriva området trovärdigt. (Karlsson 2017 s. 81–97). Artiklarna valdes genom att läsa abstraktet. Ämnesord inom intresseområdet valdes på både finska och engelska. Som ämnesord på finska användes *HaiPro*, *vaaratapahtuma*, *potilasturvallisuus* och *perioperatiivinen HaiPro*. För att hitta sökord på engelska användes tesaursen *Hoidokki*. Som ämnesord på engelska databaser användes: *incident*, *incident reporting system*, *incident reporting process*, *patient safety* och *development*. Sökorden för den teoretiska referensramen var *HRO* och *patient safety*. Se bilaga 1 som åskådliggör litteratursökningen.

3.1 Patientsäkerhet

Det visar sig att det finns flera utmaningar som vårdpersonalen står inför när det gäller att skapa en högklassig patientsäkerhetskultur. En utmaning är att utveckla patientsäkerhetsynen till ett positivt och förebyggande, mer systematiskt begrepp som ger sig i uttryck i hela organisationen. Kunskapsbrist i fråga om säkerhetstänkande och upplevelser av att man söker skyldiga bland vårdpersonalen då någonting gått fel, kan leda till att patientsäkerhet definieras ur en negativ synvinkel. En beskyllande kultur kan kopplas till en negativ attityd gentemot farorapportering bland vårdpersonalen. (Knuutila m.fl. 2007) En god patientsäkerhetskultur kännetecknas av att man inom organisationen aktivt försöker förstå, fungera och inneha kunskap för att fungera säkert, via aktivt förebyggande arbete. Det skulle vara viktigt att begreppet patientsäkerhet är bekant bland personalen och ger sig i uttryck inom organisationen på olika nivåer. Ansvarskänsla och rätt att påverka ses spela en viktig roll bland vårdpersonalen, då vi pratar om patientsäkerhet och

farorapportering. Rätten att påverka kan verkställas med hjälp av farorapporteringsverktyg. (Oedewald m.fl. 2008)

3.2 Rapporteringskultur

Specialsjukvård t.ex. perioperativ vård, lyfts fram i tidigare studier kring patientsäkerhet, eftersom den är riskfylld och tekniskt krävande. Fel, avvikelser och nära ögat händelser borde därför oftare ses som mänskliga fenomen. Ledningen har en viktig roll i att bidra till skapandet av en öppen och "genomskinlig" kultur i fråga om farorapportering och patientsäkerhet. Med en genomskinlig kultur menas en kultur där man inte skyller på någon eller söker skyldiga, utan var vårdpersonalen kan känna sig anonym. (Volmanen & Alahuhta 2015)

En beskyllande kultur ses som ett av problemen bakom det att vårdpersonalen låter bli att rapportera händelser. Den skuldfria kulturen i sig själv ses öka på rapporteringskänsligheten. Avvikelse, fel och nära ögat situationer ses för det mesta bero på händelser i följdkedjor. Ett felsteg i vårdprocessen t.ex. kommunikationsproblem och missuppfattningar kan bidra till situationer som får fel att uppstå. Mer simuleringsövningar och träning i teamarbete presenteras som eventuella lösningar till att öka på patientsäkerheten ytterligare och minska på ogynnsamma händelser. (Volmanen & Alahuhta 2015, Arfani m.fl. 2011)

En god rapporteringskultur ses alltså öka på rapporteringskänsligheten, vilket i sig ökar på patientsäkerheten. Vikten av att komma bort från att leta efter skyldiga för att kunna nå en genomskinlig och skuldfri rapporteringskultur borde alltmer betonas. Möjligheter till att se avvikelser som mänskliga faktorer och händelsekedjor i hälso- och sjukvårdens komplexa organisationer är mer fruktbart. HaiPro rapporteringssystemet ger enheter information, som kan utnyttjas till att försöka lära sig av tidigare händelser och förbättra på patientsäkerheten. (Volmanen & Alahuhta 2015)

3.3 Behandling av HaiPro anmälningar i Finland

Ur resultatet i en studie gjord i Finland framkommer att största delen av ansvariga eller behandlare för HaiPro anmälningar, oftast är avdelningssköterna och biträdande

avdelningssköterna. De behandlar anmälningarna tillsammans med personalen minst en gång i månaden, enskilt. En del behandlar flera anmälningar under samma tillfälle. Anmälningarna behandlas då de ännu är färska. Alla behandlar anmälningarna så att det leder till ett utvecklings- eller förbättringsförslag och förbättringsåtgärder. Informationen förs inte alltid vidare till högre ledning men ibland behandlas förbättringsåtgärder också på högre nivå inom organisationen. (Sarste 2012)

För att främja patientsäkerheten skulle det vara viktigt med genomgång av anmälningarna på enheten så att vårdpersonalen erbjuds möjlighet till att ge förbättringsförslag och feedback kring händelsen. Från personalens sida betonas en önskan om den högre ledningens deltagande i behandling av anmärkningsvärda, större, förändringsbehov och utvecklingsidéer. En negativ kultur ses starkt påverka patientsäkerheten även i Sarstes studie (2012). Likgiltighet, brådskan och känsla av beskyllande ses som bidragande faktorer till en negativ kultur. Personalen kunde känna att ingen förändring sker även om den upplevs nödvändig. Därför är det viktigt att ledningen är motiverad till farorapportering och att verktyget diskuteras även på egen nivå inom organisationen. En motiverad ledare kan bättre motivera sin personal. (Sarste 2012)

3.4 Patientsäkerhet på organisationsnivå

I Sverige har det gjorts en kvalitativ innehållsanalys kring användningen av ett elektroniskt farorapporteringssystem på olika sjukhus och enheter under tio års tid i Östergötlands län. Systemet togs i bruk i länet år 2004. Undersökningen har gjorts ur ett ledarskapsperspektiv. Det visar sig att farorapportering har kommit för att stanna. De som använder verktyget ser stor nytta och värdesätter det högt. Det skedde förändring mot bättre, i fråga om patientsäkerhet, på de enheter som använder farorapportering. I studien belyser man fortsatta utmaningar kring farorapportering och patientsäkerhet: utveckling, fortbildning, ändamålsenlig användning, konkreta handlingar, fortgående utveckling och förbättring av rapporteringskulturen. Efter tio års användning konstateras att systemet har implementerats väl på användarområdet. Farorapportering har lyft upp patientsäkerheten från en trend, till att stanna på enheterna. En kulturförändring mot en mer skuldfri kultur kunde identifieras på enheterna. Med tanke på framtiden lyfts behovet av att betona konkreta handlingar och utveckling av patientsäkerhet utgående från farorapportering fram,

som centrala områden. Också utveckling av själva verktyget betonas. Det visar sig att personer i ledarskapsposition känner att systemet hjälper dem identifiera och åtgärda problem inom patientsäkerhet på sin enhet. (Carlfjord m.fl. 2018)

En negativ inställning till farorapportering på enhetsnivå stiger fram i Doherty m.fl. studie (2015). Utvecklingsåtgärder, förändringsarbete och riskanalyser ses inte ge tillräckligt goda önskade effekter på förbättring av patientsäkerhet organisatoriskt sett. Även om det med hjälp av systemet går att förbättra processer på enskilda enheter i en mer patientsäker utveckling, så är det som enligt Doherty m.fl. (2015) krävs för god effekt inom utveckling av patientsäkerhet, att arbetet skulle ledas av utbildade patientsäkerhetsteam ”Clinical teams”. Det skulle vara viktigt att farorapportering fungerar som en del av större helheter kring säkerhetstänkande. (Doherty m.fl. 2015)

På organisationsnivå används information från HaiPro systemet i Finland till att lyfta fram, jämföra och sprida god praxis för att förebygga situationer som hotar patientsäkerheten, vilka kan ses ske på vilken enhet som helst. På nationell nivå produceras god praxis kring patientsäkerhet utgående från information kring rapportering av Institutet för hälsa och välfärd (THL) och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) i Finland. Det visar sig att det fortfarande finns önskan och ett behov av att klargöra arbetsuppgifter och förfaranden inom området. Organisationerna anmäler risker och händelser som berör patientsäkerhet även till andra instanser, vilka samlar information kring området t.ex. olika implantatregister. (STM 2010 s. 23–25)

3.5 Rapportering för utveckling av patientsäkerhet

Då interventioner för att förbättra klinisk farorapportering har studerats fann man problem med att hitta tillräckligt med evidenta studier kring temat. Vikten av rapporteringssystemens användarvänlighet och feedback av användarna lyfts fram som en sak som behöver iakttas i fråga om utveckling och användning av rapporteringsverktyg. (Parmelli m.fl. 2012) I Finland har rapporteringsverktyget HaiPro studerats ur en behandlarsynvinkel. Undersökningens mål var att beskriva hur informationen verktyget HaiPro producerar används för att utveckla patientsäkerheten. Problem upptäcktes inom uppgiftsfördelning, ansvar och i att skapa en förtroendefull omgivning. Patientsäkerheten kan förbättras med

hjälp av regelbunden feedback kring anmälningar, utgående från förbättringsförslag och -åtgärder. Brister upptäcktes kring instruktion och vägledning för dem som fungerar som behandlare på enheten. (Sarste 2012) En negativ kultur bland vårdpersonalen kring rapportering om avvikelser och fel ses enligt flera andra tidigare studier leda till att det inte rapporteras tillräckligt, vilket leder till att patientsäkerheten inte främjas på enheterna och inom organisationerna. För skapa en god rapporteringskultur stiger en icke- anklagande omgivning fram som ett centralt tema. (AHRQ 2018, Volmanen & Alahuhta 2015, Arfanis m.fl. 2011, Carlkjord m.fl. 2018, Oedewald m.fl. 2008, Sarste 2012)

Vikten av att dokumentera och granska riskbedömningar lyfts fram i fråga om utveckling av patientsäkerhet. Ett verktyg som används för riskbedömning skall vara ett effektivt och kortfattat dokumentationssystem. Det visar sig att det finns tvivel bland vårdpersonalen om hur effektiva och användbara de olika dokumentationssystemen är på lång sikt. Det är inte alltid lätt för vårdpersonalen att se konkreta förändringar och utveckling som baserar sig på gjorda anmälningar. Brist på transparens i processen och konkreta synliga resultat kan leda till negativitet gentemot rapportering, behandling och vad man kan lära sig av riskbedömning hos vårdpersonalen. I slutändan leder det till problem i arbete för att förbättra patientsäkerheten. Att det saknas lättillgänglig, offentlig och evident kunskap som belyser effekterna av farorapportering är något som deltagarna i studien betonar. Tidspress, brist på resurser och brist på tro till att rapporteringssystemet leder till konkreta förbättringar stiger fram som de vanligaste orsakerna till att det inte sker tillräckligt med rapportering. Rapportering om nära ögat händelser sker mer sällan än rapportering om allvarligare händelser. (Arfanis m.fl. 2011)

Det är oroväckande att anmälningar ofta endast diskuteras lokalt under behandlingstillfället och att de inte utnyttjas som lärdom för att förhindra liknande händelser att ske på andra enheter. Ifall en stor del av vårdpersonalen anser att farorapportering är meningslös och inte bär frukt, har det en liten eller ingen alls inverkan på att förbättra patientsäkerheten. Detta är något som det i framtiden måste fokuseras på i fråga om riskbedömning och riskbedömningsverktyg. Det skulle vara viktigt att hälsovårdspersonalen kan arbeta i en skuldfri miljö i framtiden. Med hjälp av den information som farorapporteringssystemen erbjuder går det att utbilda vårdpersonal i kända risker och i att förbättra, samt utveckla verksamheten och sträva till bättre rapportering och bättre patientsäkerhet. Genom

att få vårdpersonalen på gräsrotsnivån övertygade om att syftet med all rapportering är att lära av det förflutna och utvecklas, och inte leta efter skyldiga, kunde en högre rapporteringskänslighet och kvalitet uppnås. (Arfanis m.fl. 2011)

Det är viktigt att den vårdare som gjort en anmälan i farorapporteringsverktyget blir uppdaterad i det som sker med anmälan i den fortsatta processen. Att bli uppdaterad inom ärendet och få lättillgänglig information är betydelsefullt för att belysa de konkreta förbättringsåtgärder som gjorts och kan öka på rapportering. Att få delta i diskussioner kring förbättrings- och utvecklingsförslag och prata med varandra är också viktigt. Ett förslag till ett webbaserat forum där det skulle finnas information om rapporterade händelser på ett lättillgängligt, icke-hotande och anonymt sätt tas upp. Lättillgänglig information kring anmälningar och rapportering för vårdpersonalen anses viktigt för att kunna förbättra och utveckla patientsäkerheten med hjälp av ett farorapporteringsverktyg. Systemen behöver därtill upprätthållas och utvecklas ständigt. (Arfanis m.fl. 2011)

Rapportering av faro- och nära ögat situationer har visat sig vara ett användbart tillvägagångssätt i fråga om förebyggande av fel inom andra branscher med en hög risk utanför hälso- och sjukvården t.ex. kärnkraft och flygindustrin. För att utveckla patientsäkerheten betonas vikten av att vårdpersonalen och organisationen lär sig av sina misstag. Det ses som viktigt att inom organisationen och på enheter granska system och processer. För att försöka minska på- och förebygga fel och liknande situationer från att uppstå igen. (Taylor 2013)

4 TEORETISK REFERENSRAM

Som teori i studien för att hjälpa till att problematisera och argumentera kring forskningsområdet som ska studeras och för att förklara fenomen används teorin kring begreppet: HRO, förkortat från engelskans high reliability organizations. På svenska skulle det motsvara begreppet högt tillförlitliga organisationer. (Henricson 2017 s. 52–53)

4.1 Högt tillförlitliga organisationer

God medicinsk praxis d.v.s. Gängse vårddirektiv, på finska Käypä hoito, är finländska rekommendationer som utarbetats för hälso- och sjukvårdspersonal och för medborgare som stöd för god vård. Rekommendationerna är oberoende och nationella och baserar sig på evidensbaserade forskningsresultat. Enligt SAOL, Svenska Akademiens Ordlista, (2015) definieras ordet evidens som belägg och bevis. Rekommendationerna kan också innehålla ställningstaganden till sådana frågor inom hälso- och sjukvården som det inte finns vetenskapligt bevis på. (God medicinsk praxis 2018) Rekommendationerna bygger på olika grad av evidensbaserade forskningsresultat. Desto fler evidensbaserade forskningsresultat som finns bakom rekommendationen, desto starkare evidens har den. (Käypä hoito 2014)

Farorapportering med verktyg som t.ex. HaiPro och att lära sig och utvecklas utifrån tidigare händelser kan ses som ett delområde i en strävan till att hälso- och sjukvårdens organisationer kunde kalla sig högt tillförlitliga. Högt tillförlitliga organisationer är ett begrepp som är starkt relaterat till säkerhetskultur. I en högt tillförlitlig organisation minimeras negativa händelser konsekvent trots det komplexa och farliga arbete som utförs. Inom dessa organisationer är säkerheten ”levande”, konsekvent, fortgående ”påsatt” och engagerad på alla nivåer inom organisationen från frontlinjen till högsta förman. (AHRQ 2018, Lorenzini m.fl. 2017)

4.2 Säkerhetskultur

När man studerar patientsäkerhet stiger begreppet säkerhetskultur fram som ett centralt tema. Begreppet har kommit till hälso- och sjukvårdsbranschen från andra branscher där säkerheten länge varit ett ämne man ständigt fokuserat på och utvecklat. Det går inte direkt att överföra dessa säkerhetssystem och teorier till hälso- och sjukvårdsbranschen på grund av deras olika karaktär. (AHRQ 2018, Lorenzini m.fl. 2017)

Inom högt tillförlitliga organisationer kan man identifiera vissa nyckelfunktioner som beskriver den säkerhetskultur som råder inom en dylik organisation: erkännande av högriskkaraktär hos verksamheten, beslutsamhet av att uppnå konsekvent säker verksamhet,

en skuldfri miljö, uppmuntran till samarbete för att söka lösningar till säkerhetsproblem utanför yrkes- och enhetsgränser och organisatoriskt engagemang också i fråga om resurser och säkerhetshänsyn. (AHRQ 2018, Oedewald m.fl. 2008)

Patientsäkerhetskulturen kan ge sig i uttryck i organisatoriska- och sociala processer samt psykologiska erfarenheter bland personalen. För att skapa en god patientsäkerhetskultur är det därför viktigt att utveckla processerna inom organisationerna. För att utifrån HaiPro anmälningarna göra det möjligt att lära sig av färd- och nära ögat händelser och utveckla patientsäkerheten spelar en god rapporteringskänslighet och säkerhetskultur en central roll. (Oedewald m.fl. 2008)

Eftersom säkerhetssystemen som präglas när man talar om högt tillförlitliga organisationer inte direkt går att överföra till hälso- och sjukvårdens organisationer talar Lorenzini m.fl. (2017) om att kombinera olika metoder för att förbättra patientsäkerheten i hälso- och sjukvårdens komplexa system som är i ständig förändring. Ett metodiskt tillvägagångssätt gällande forskning kring säkerhetskultur som innefattar både forskning som undersöker komplexa system, omgivning, etik, lokala praxis och sociala faktorer tillika som det tillsammans aktivt och kritiskt reflekteras och diskuteras säkerhetsaspekter och säkerhetskultur inom enheter och organisationer interprofessionellt lyfts fram. En dialog och kritisk diskussion inom organisationen i samband med teori och forskning kring bakomliggande faktorer, säkerhetsteori och kunskap är redskap som presenteras för att aktivt kunna arbeta för en bättre patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Tillvägagångssättet är tillämpade för de komplexa hälso- och sjukvårdssystemen utifrån högt tillförlitliga organisationer och andra säkerhetsmetoder. Man betonar hela organisationens deltagande i att tillsammans finna lösningar och underlätta förändring till förbättringar, i fråga om patientsäkerhet. Det ses som viktigt att engagera personalen i säkerhetsfrågor och öka på personalens förståelse i säkerhetsfaktorer för att kunna förbättra patientsäkerheten. Genom att närma sig säkerhetskulturen med hjälp av dessa tillvägagångssätt skall det gå att förbättra potentialen till att göra goda strategier för att förbättra patientsäkerheten i dagens komplexa hälso- och sjukvårdssystem. Genom att tillämpa dessa tillvägagångssätt kunde organisationer skapa de förbättringar och förändringar som krävs för att aktivt engagera både frontlinjen, ledare och andra inom organisationen till att tillsammans förbättra patientsäkerheten. (Lorenzini m.fl. 2017)

Studier som gjorts inom området har påvisat betydande skillnader i säkerhetskultur mellan olika organisationer och enheter inom hälso- och sjukvården. Det kan finnas stora variationer i uppfattning av säkerhetskultur inom samma organisation. Det kan också skilja mellan säkerhetsuppfattningen hos frontlinjen och förmanssidan på en och samma avdelning. Av ledningen krävs en involvering och ett engagemang i den dolda sociala kulturen som råder på avdelningen för att kunna förstå, identifiera och förbättra på patientsäkerheten. Relationer på en mikrosystemnivå inom enheten bör även beaktas. Det som upprepat stiger fram i tidigare undersökningar är avsaknad av en skuldfri miljö och avsaknad av organisatoriskt engagemang. Vårdsäkerhetskulturen präglas starkt av hälso- och sjukvårdens komplexitet, myndighetspåverkan och kultur. Hälso- och sjukvårdskulturen är fortfarande starkt hierarkisk. En dåligt upplevd säkerhetskultur kan via olika mätningar direkt kopplas till ökad felprocent. (AHRQ 2018)

En god säkerhetskultur fokuserar på att identifiera och ta itu med systemproblem. På enheten och inom organisationen handlar det om att engagera personalen i osäkra beteenden, individuell ansvarsskyldighet och att etablera en nolltolerans för hänsynslöst beteende. Det är viktigt med en skuldfri miljö och att det görs skillnad på mänskliga fel och riskfylldt- eller hänsynslöst beteende för att nå en så god rapporteringsnivå som möjligt. Att prioritera säkerhetskulturen anses viktigt för att förbättra vårdkvaliteten, minska och förebygga på fel övergripande inom hela hälso- och sjukvården. (AHRQ 2018) Social- och hälsovårdsministeriet har i sin strategi uttryckt faro- och rapporteringsverktyg t.ex. HaiPro som en praktisk åtgärd för att trygga patientsäkerheten inom hälso-, sjuk- och socialvårdens organisationer i vårt land. (STM 2017–2021)

5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med undersökningen är att kartlägga hur ansvariga för HaiPro systemet på det valda sjukhuset behandlar HaiPro anmälningarna, i vilka forum och med vilka metoder anmälningarna behandlas och vilka erfarenheter personalen på avdelningarna har av det. Målet är att utifrån resultaten kunna åskådliggöra metoderna och eventuellt i framtiden skapa enhetliga modeller som kan användas till att utveckla patientsäkerheten på avdelningen.

De tre frågeställningarna för studien är:

1. Hur behandlas HaiPro anmälningarna på avdelningen?
2. Vilka erfarenheter har personalen på avdelningen av behandling av HaiPro anmälningar?
3. Hur kunde förändring ske så att patientsäkerheten kan tryggas och öka?

6 MATERIAL OCH METOD

En kvalitativ forskningsmetod väljs för att bäst kunna observera och studera verkligheten och sedan utifrån resultatet beskriva den. Som metod används halvstrukturerad fokusgruppsstudie där intervjuaren utgår från en intervjuguide med ett antal frågeområden för att täcka intresseområdet och så att alla deltagare kan komma till tals lika mycket. Med hjälp av fokusgruppintervju är det möjligt att analysera de gemensamma värdepremisser och utgångspunkter deltagarna har och ge förståelse för att gemensamt skapa mening åt ämnet som diskuteras i gruppen. Det går också att lämpligt studera människors erfarenheter med hjälp av fokusgrupper. Resultaten från fokusgrupper är dock inte statistiskt generaliserbara. Eftersom studien fokuserar på att finna god praxis till ett specifikt sjukhus behöver detta inte beaktas i studien (Wibeck 2017 s. 169–185).

Som datainsamlingsmetod väljs fokusgruppintervju. Intervju är en lämplig metod för att kunna beskriva och förstå situationer. Genom att i fokusgrupp intervjuja både behandlare av HaiPro anmälningar och representanter av personalen på avdelningarna fås ökade kunskaper för att utveckla patientsäkerheten. (Wibeck 2017 s. 169-185)

Studien har en deduktiv och induktiv ansats som förenas i en abduktiv slutprocess i resultatdelen. Frågeområdena är gjorda utgående från en deduktiv ansats, från kunskap kring tidigare forskning och utifrån den teoretiska referensramen. Materialet från intervjuerna bearbetas genom induktiv ansats.

Planering av en fokusgruppintervju börjar med att läsa sig in på området, formulera syfte, klargöra etiska frågor, planera tidsanvändning och begränsa deltagare. Syftet skall beskriva det intervjuaren vill kunna beskriva och förstå i undersökningen. Närheten som

uppstår i en intervjusituation kan skapa en risk för forskningen, intervjuareffekten. Detta innebär att deltagaren anpassar svaren för att motsvara det han eller hon tror att intervjuaren vill höra eller också upplever att intervjuaren har en maktposition. (Kjellström 2017 s. 69–73, Danielsson 2017 s.143–153) Intervjuareffekten behöver beaktas i planeringen av fokusgruppintervjuerna så bra som möjligt. Informanterna får via informantbrevet information som belyser anonymitet och studiens syfte.

Insamlingen av data planeras ske i fokusgrupper. Fokusgruppintervjuerna görs under hösten och vintern 2019 enligt avdelningarnas möjligheter att frigöra informanter för ca. 60 minuter. Intervjuaren får ett utrymme på sjukhuset till sitt förfogande för att utföra intervjuerna.

6.1 Urval av deltagare

Wibeck (2017) skriver att deltagarantalet i en fokusgrupp inte bör överstiga åtta personer. Hon motiverar antalet med att alla deltagare skall ha en lika viktig roll, eftersom det i större grupper blir begränsat talutrymme och det kan finnas mer dominanta deltagare som tenderar ta över diskussionen. Det är också viktigt att inte bygga hierarkiska skillnader i fokusgruppen. Därför kommer behandlarna av HaiPro anmälningar, som vanligtvis är avdelningsskötaren och biträdande avdelningsskötaren och användarna d.v.s. vårdpersonalen att delta i skilda fokusgrupper. (Wibeck 2017 s.175–176)

På sjukhuset finns det sammanlagt 19 avdelningar, polikliniker och vårdenheter, och sammanlagt sex avdelningsskötare. Av sjukhusets sex avdelningsskötare kommer alla att få en inbjudan att delta i undersökningen. Inbjudan gäller en av behandlarna av HaiPro anmälningar på avdelningen och tillika en vårdare från varje avdelning. Den psykiatriska vården utesluts ur studien utifrån den externa beställarens önskan. Tanken är att avdelningsskötaren frågar sin vårdpersonal om intresse att delta i studien. Ifall det finns flera vårdare från varje avdelning som är intresserade att delta kan ett slumpmässigt urval av de intresserade göras av intervjuaren för att välja ut sex deltagare. Den ena fokusgruppen planeras bestå av sex personer som fungerar som behandlare av HaiPro anmälningar. De tre övriga fokusgrupperna planeras bestå av sex vårdare per grupp från olika avdelningar. Grupperna fylls i den ordningsföljd som samtycke att delta fås. För att kunna få tag på

erfarenheter av alla behandlare för HaiPro anmälningar på sjukhuset och få en inblick i vårdpersonalens erfarenheter väljs denna metod. I bilaga 7 beskrivs urval av informanter.

En förfrågan om intresse att delta i fokusgruppintervju sändes ut via e-post av den externa handledaren åt 24 personer. Behandlarna på sjukhuset identifierades av den externa handledaren. Förfrågan sändes åt avdelningsskötare och behandlare av HaiPro på sjukhuset och åt pre-hospitala akutvårdens förmän och läkare, som fungerar under sjukhuset i fråga. En förfrågan kring möjlighet för en sjukskötare från varje avdelning att delta i fokusgruppintervju skedde via samma förfrågan som sändes åt avdelningsskötarna. Det sändes två påminnelser via e-post och en tredje påminnelse gjordes under en rundvandring på sjukhusets avdelningar muntligt av den externa handledaren. Av de fyra sjukskötare som anmält sitt intresse att delta i studien, kunde bara tre personer delta på grund av problem med tidtabeller och flertal försök till att finna en gemensam dag. Av de fem behandlare som anmält sitt intresse att delta kunde fyra personer slutligen delta, trots flera försök till att finna en gemensam dag. Utifrån de personer som anmälde sitt intresse att delta i studien bildades två fokusgrupper, fokusgrupp 1: användare av HaiPro och fokusgrupp 2: behandlare av HaiPro.

6.2 Analyismetod

För att analysera intervjuerna kommer en induktiv innehållsanalys att göras, där man utifrån intervjuerna försöker skapa en bild av verkligheten på sjukhuset (Lundman & Hällgren- Graneheim 2017). Eftersom patientsäkerhet är ett område som berör hela organisationer har som teoretisk referensram valts att spegla intervjuresultatet till definitionen av högt tillförlitliga organisationer. Det abduktiva arbetssättet ses i hur det induktiva och deduktiva sammanförs, där teori och praxis kombineras på ett nytt sätt. Teman som utgående från tidigare forskning anses viktiga för utveckling av patientsäkerhet med hjälp av rapportering betonas i analysen ifall de ofta stiger fram i tidigare studier. Ju fler studier som betonar samma teman, desto viktigare anses den tidigare forskningen vara för utveckling av patientsäkerhet med hjälp av farorapportering. Genom att sammanbinda intervjuresultaten med tidigare forskning inom området och den teoretiska referensramen erbjuds verktyg för avdelningar att vid behov förändra sina arbetssätt för att ytterligare förbättra på patientsäkerheten.

7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Undersökningen kommer att utföras som ett uppdrag där beställaren är patientsäkerhetsansvarige för det valda sjukhusets område. Undersökningen kommer att följa direktiven för god vetenskaplig praxis enligt forskningsetiska delegationen TENK. (TENK 2019) För att utföra undersökningen behövs inte en etisk förhandsgranskning eftersom inga patienter intervjuas. Ett forskningslov från sjukhuset är nödvändigt. Enskilda avdelningar och deltagare i fokusgrupperna kommer inte att igenkännas. Deltagarna blir informerade genom processen kring informerat samtycke om konfidentialitet och kring undersökningen i sin helhet via ett informations- och samtyckesdokument. Informations- och samtyckesdokumentet fungerar som förfrågan att delta i undersökningen. Se bilaga 4 och 5. Via förfrågan ges informanterna möjlighet att delta av fri vilja och information om möjlighet att avbryta fokusgruppintervjun på eget initiativ. Fokusgruppintervjuerna bandas för att kunna sammanställa resultaten. De bandade intervjuerna förvaras på ett minneskort hemma hos skribenten som utför undersökningen på ett sådant sätt att ingen utomstående för undersökningen kommer åt dem. Informanterna kan inte igenkännas eftersom de inte kallas med namn under intervjun. Informanterna får ta del av resultatet i form av en sammanfattning av arbetet. (Kjellström 2017 s. 69–75)

Intervjuaren har en tjänst på sjukhuset och är således en del av personalen, vilket bör beaktas som en etisk risk när undersökningen görs. Hon kommer att göra sitt bästa för att hålla en neutral ställning och inte låta sin personliga koppling till sjukhuset påverka undersökningens olika skeden.

8 RESULTAT

Resultatet består av användares och behandlares erfarenheter av HaiPro rapportering på sjukhuset, utgående från två fokusgruppintervjuer. Fokusgrupp 1 bildades av användare av HaiPro och bestod av tre sjukskötare. Två av dem representerade den medicinska verksamheten och en av dem den operativa verksamheten. Fokusgruppintervju 1 genomfördes i ett av sjukhusets mötesutrymmen ostört den 17.1.2020 klo 10, varade i 55 minuter och följde intervjuguiden. Fokusgrupp 2 bildades av behandlare d.v.s. operatörer av HaiPro

på sjukhuset och bestod av fyra personer. En i gruppen representerade bäddavdelningarna, en var överläkare, en representerade den operativa verksamheten och en den prehospitala akutvården. Fokusgruppintervjun ägde rum den 18.12.2019 klo 10 i ett av sjukhusets mötesutrymmen, varade i 53 minuter och följde intervjuguiden. Under fokusgruppintervju 2 hamnade en av informanterna avbryta och avlägsna sig på grund av telefonsamtal två gånger för en kort stund.

Fokusgruppintervjuerna transkriberades sedan separat som fokusgruppintervju ett och två och inspelningen avlyssnades flera gånger för båda intervjuerna. En innehållsanalys gjordes separat på fokusgrupp ett och två för att sedan återkomma till en sammanfattande del där de jämförs i förhållande till de mest centrala resultaten kring farorapportering inom tidigare forskning och den teoretiska referensramen kring högt tillförlitliga organisationer. Citaten är plockade ur fokusgruppintervjuerna och översatta från finska till svenska så noggrant som möjligt.

8.1 Behandling av HaiPro anmälningarna utifrån användarnas synvinkel

Innehållsanalysen för fokusgruppintervju 1 inleddes med att avlyssna intervjun och transkribera den. Intervjun transkriberades i sin helhet med undantag för korta stunder vilka går utanför ämnet, dessa nämndes skilt i transkriberingen. Processen fortskred genom att plocka ut bärande meningar ur vilka koder härleddes och kategorier bildades. Kategorierna blev: kultur, etik, känslor, ledarskap, struktur och verktyget. Förändring steg fram som en huvudkategori. Med användare avses de sjukskötare som använder verktyget för att göra anmälningar i det kliniska arbetet. Innehållsanalysen av användarnas erfarenheter är sammanfattad i figur 1 nedan. I molnet beskrivs koderna, i rutan kategorierna, i stjärnan huvudkategorin och i kuben presenteras resultatet.



Figur 1. Innehållsanalysen av användarnas erfarenheter

Det visar sig att behandling av HaiPro anmälningar sker på förmansnivå. Avdelningsskötaren fungerar som behandlare på avdelningen tillsammans med enhetens överläkare eller överläkaren för avdelningen. Anmälan går också till biträdande avdelningsskötare eller den andra avdelningsskötaren, ifall det finns flera ansvariga med olika arbetsuppgifter. Det är förmannens ansvar att styra och koordinera processen då en anmälan kommer in.

Behandling av HaiPro anmälningar är inplanerat regelbundet i mötesprotokollet för avdelningstimmen på avdelningen eller avdelningsmötet. Behandling av anmälningarna sker med inslag av oregelbundenhet och påverkas av externa faktorer som bl.a. resurser, andra ärenden och tidsbrist. Det finns även variation i behandlingssätt och tider avdelningar emellan. Ur användarnas erfarenheter framkommer ändå att behandlingstillfällen sker minst en gång per månad på en del avdelningar. Brist på anmälningar lyfts fram som

en möjlig orsak till att behandling sker mer sällan på en del enheter. Medan det på andra avdelningar visar sig att det kommer in rikligt med anmälningar.

i alla fall är det nu en gång per månad tycker jag, i alla fall minst en gång per månad, eller skulle det ändå, jag tycker att det finns en utnämnd tid för det, jag minns inte ifall det är i samband med varje veckomöte, men är inte säker, inte nödvändigtvis varje men i alla fall en gång per månad

nå kanske just det att hos oss är det inte regelbundet- det är lite ute och svävar att när det finns tid- oregelbundet regelbundet, – jaa regelbundet oregelbundet

men jag vet inte nu jag har en sån känsla att har våra HaiPro minskat? men kan inte helt säga ifall, inte kan det gå så bra att å andra sidan, så säger inte, vet inte

Behandling av anmälningarna sker tillsammans med den vårdpersonal som är i arbetstur under behandlingstillfället och det finns variation i hur öppet de behandlas och hur synliga de är för vårdpersonalen mellan olika avdelningar. Anmälningarna finns utskrivna till påseende för hela vårdpersonalen i en portfolio i personalutrymmet. I portfolion finns möjlighet för vårdpersonalen att kommentera och ge utvecklingsförslag och det framkommer vilka anmälningar som behandlats och vilka som inte ännu behandlats tillsammans med vårdpersonalen. Anmälningar behandlas också från behandlarens initiativ tillsammans med vårdpersonalen under behandlingstillfället utan att finnas till allmänt påseende eller tillgängliga för kommentarer. Läkare deltar i behandlingstillfällena vid behov, då anmälan upplevs beröra även läkarkåren eller vara av så allvarligt slag att multiprofessionellt deltagande krävs för en god diskussion. Vårdpersonalen upplever att de har möjlighet att öppet diskutera och påverka under behandlingstillfället men fortsatt utveckling och förändring upplevs lätt försvinna eller förbli osynlig.

nog upplever jag att jag har goda möjligheter att påverka eller vi har en ganska omedelbar fortgående utvecklingsanda

...men lösningarna tycker jag blir, dom liksom försvinner, kanske med diskussionen på ett sätt

Oklarheter, osäkerhet, känslor av maktlöshet och frustration gentemot behandlingsprocessen stiger fram. Information och en transparens kring behandlingsprocessen då en anmälan gjorts eller behandlats upplevs viktig av vårdpersonalen. Lättillgänglig information

speciellt kring hur behandlingsprocessen skiljer sig vid olika typer av anmälan är önskas. Ledarens ansvar i att informera och engagera personalen även i resultat och utveckling betonas. Vårdpersonalen upplever att behandlingen varierar beroende på anmälnans karaktär. Uppmaningar och konstateranden kan kännas frustrerande ifall de upprepas som utvecklingsförslag ofta. Användarna upplever känslor av frustration och maktlöshet i fråga om känslor kring att det som diskuterats under behandlingstillfället tillsammans med vårdpersonalen stannar där och inte kanske aldrig beaktas eller används i processen. En känsla av osäkerhet präglar processen ur användarnas synvinkel efter att behandling skett. Ett intresse att se lösningar och slutet på behandlingsprocessen finns hos användarna.

ibland känns det som att försvinner HaiProna nånstans? jag har gjort HaiPron som aldrig har behandlats, att vart har de tagit vägen då och vem har behandlat dem?

...det finns två slags, det finns på sätt och vis de HaiPron som leder till ett slags konstaterande anda (meininki) att nu är det såhär, saken är på detta viset och vi alla vet detta och sen finns den HaiPron som väcker frågor kring vilka saker ledde till detta, vad gör vi nu, ännu tycker jag att vi har en jättebra sådan öppen diskussionskultur kring saken, det bollas där mycket och alla vågar säga där eller så...

nå hos oss också får man absolut säga sin åsikt men leder det sedan till någon förändring...

Det visar sig att det förekommer en öppen diskussionskultur med olika inslag av skuld-känslor, social samverkan och attityder. Det finns variation i hur skuldfri kulturen under behandlingstillfällena upplevs. Även om det framkommer att kulturen under behandlingstillfällena delvis påverkas och får inslag av bl.a. deltagarnas attityder, personliga egenskaper, beskyllande konstateranden och samverkan så upplever vårdpersonalen att skuldfrihet har utvecklats och präglar tillfällena överlag i och med förståelse kring den mänskliga faktorn och en kollegialitet.

...man försöker inte sådär fråga sånt, det har ingen skillnad att vem har gjort, för alla vet att detta kunde ha hänt mig också, det har liksom nu på något vis blivit helt självklart samtidigt

Det visar sig att informationsutbyte, engagemang och utvecklingsarbete upplevs präglas negativt av organisatoriska faktorer som t.ex. förändring till större enheter. Tid och

resurser ses om en utmaning i fråga om behandling av HaiPro anmälningar och utvecklingsförslag och förändring. En stor personal ses orsaka utmaningar i fråga om samarbete och gemensamma lösningar. Användare upplever att ansvaret kring händelsen kastas tillbaka i fråga om uppmaningar att t.ex. läsa direktiv bättre eller vara noggrannare. Behandlingssättet väcker känslor av frustration och meningslöshet bland användarna. Teamarbete upplevs i detta fall som en trygghet bland användarna. Verktygets ändamål ifrågasätts då lösningarna upplevs försvinna eller då behandlingen enbart leder till uppmaningar.

...ett litet team inom en stor avdelning...lättare att tycker jag sedan profilera lösningen på något sätt...

...inom en liten enhet är det mycket lättare att hämta in och implementera nytt...

...nu i denna brådska så blir utvecklingsförslagen just dessa att du behöver läsa, du behöver studera mera, du behöver vara noggrann och alla dessa är ju sådana att i den stunden när du håller på att begå felet...så hjälper de ju inte...

Användarna upplever att det tas tag i saker och konkreta resultat kan ses i fråga om t.ex. anskaffning av nya hjälpmedel. Utveckling och förändring upplevs osynlig och ofruktbar i fråga om behandling av ständigt återkommande anmälningar i fråga om t.ex. arbetsätt. Eller angående anmälningar som inte går att lösa konkret, vilket leder till att problemet återkommer och fällan finns kvar. En transparens i fråga om processen kring dylika anmälningar efterlyses.

Verktygets ändamål diskuteras speciellt ifråga om användning till att belysa tidsbrist och ogynnsamma arbetsförhållanden. En avsaknad av samhörighet inom sjukhuset betonas som ett problem i fråga om informationsutbyte för att utveckla patientsäkerhet utifrån HaiPro anmälningar.

det skulle nog vara ett jättetrevligt nytt öppet sätt om vi fast sedan hade på sjukhusets Yammer eller i nån veckoinfo, fast att på avdelningen via HaiPro visade det sig ett sådant problem vi gjorde såhär och såhär för att fixa det, och vi lärde oss, kanske det skulle öka på diskussion och leda till att man skulle börja förstå att en tabbe inte enbart är en negativ sak, utan att man faktiskt kan lära sig och utvecklas av det...

Information och kunskap för att stärka en positiv anda kring användning, syfte och ändamål av HaiPro betonas.

Vi hoppas ju att HaiProna skulle föra saker framåt

...att fast jag redan förhåller mig positivt till det, så är det för många ännu en svordom, skulle vara trevligt att få det till att bli ett dagligt verktyg

Hos användarna stiger en ansvarskänsla och plikttrogenhet kring rapportering fram. Att göra en HaiPro anmälan upplevs viktigt för att trygga patientsäkerheten och för att andra skall få ta del av händelsen och lära sig. Tiden ses som en utmaning och fler HaiPro anmälningar skulle troligtvis göras ifall resurser och tid skulle vara optimala. En variation i gjorda anmälningar mellan enheter diskuteras i fråga om arbetsuppgifter, tid och tillgång till dator t.ex. instrumentskötare. Lean verksamheten diskuteras i relation till utveckling av patientsäkerhet som en tidsbegränsande faktor till att finna flexibilitet i fråga om att hinna göra en HaiPro och begränsad tid för noggrannhet i fråga om arbetsuppgifter.

8.2 Behandling av HaiPro anmälningarna utifrån behandlarnas synvinkel

Innehållsanalysen för fokusgruppintervju två började med att avlyssna intervjun flera gånger och transkribera den. Intervjun transkriberades i sin helhet med undantag för korta stunder vilka går utanför ämnet, dessa nämndes skilt i transkriberingen. Processen fortskred genom att plocka ut bärande meningar ur vilka koder härleddes och kategorier bildades. Kategorierna blev: kultur, etik, ledarskap, struktur och verktyget. Utveckling steg fram som en huvudkategori. Med behandlare avses de som fungerar som ansvariga för verktyget på avdelningen. Innehållsanalysen av behandlarnas erfarenheter är sammanfattad i figur 2 nedan. I molnet beskrivs koderna, i rutan kategorierna, i stjärnan huvudkategorin och i kuben presenteras resultatet.



Figur 2. Innehållsanalysen av behandlarnas erfarenheter

Det visar sig att emottagande och behandling av HaiPro anmälningar hör till avdelningsskötaren, biträdande avdelningsskötaren och överläkarens arbetsuppgifter. Angående den pre-hospitala akutvården går anmälningarna till förmannen, fältchefen och läkaren som ansvarar för den pre-hospitala akutvården. På sjukhusets enheter arbetar avdelningsskötaren eller biträdande avdelningsskötaren och läkaren i par kring behandlingsprocessen. Inom den pre-hospitala förstavården sker behandling i par som består av fältchef och en ansvarig kring HaiPro från räddningsverket. Den ansvariga läkaren för den pre-hospitala akutvården deltar i behandling vid behov. Ett konstant samarbete sker mellan sjukvårdsdistriktet och räddningsverket.

Behandling av HaiPro anmälningar är inplanerat regelbundet och sker tillsammans med vårdpersonalen på varierande sätt. Från att anmälan kommer påbörjas behandling av anmälan vid mån om möjlighet och beroende på anmälnans karaktär direkt på både sjukhusets enheter och inom den pre-hospitala akutvården. Inom pre-hospitala akutvården påbörjas behandling tillsammans med ansvarig behandlare från räddningsverket genast och senast inom en vecka från att anmälan kommit. Ett infoblad för vårdpersonalen kring behandling ersätter utskrivna HaiPro anmälningar inom den pre-hospitala akutvården. Behandling av HaiPro anmälningar sker inom läkarkåren vid behov varje vecka under läkarkårens veckomöte. På sjukhusets två bäddavdelningar behandlas anmälningarna tillsammans med vårdpersonalen minst en gång per månad eller med två veckors mellanrum vid behov. Alla HaiPro anmälningar som gäller bäddavdelningarna finns utskrivna till påseende och tillgängliga för kommentarer och utvecklingsförslag för vårdpersonalen i personalutrymmet. Det visar sig att HaiPro anmälningar inte behandlas lika ofta på alla enheter på sjukhuset och att vårdpersonalen inte heller har möjlighet att se anmälningarna eller kommentera anonymt utöver den diskussion som sker under behandlingstillfället och dras av behandlaren.

Behandling av ärenden gällande HaiPro anmälningar är inplanerat i avdelningstimmens mötesplan på enheterna, även om behandling sker med viss oregelbundenhet. På detta sätt försöker man trygga en regelbundenhet. Flera anmälningar kan samlas ihop innan behandling och andra ärenden kan prioriteras på personalens veckomöten, ifall de anses viktigare. Anmälningarna behandlas med olika tidtabell beroende på deras karaktär. Inom den pre-hospitala akutvården sker informering kring HaiPro anmälan och behandling tillsammans med vårdpersonalen minst en gång per månad i form av ett infoblad eller under ett månadsmöte för personalen. Tid för behandling av HaiPro anmälningar tillsammans med vårdpersonalen är inplanerat regelbundet för att göra det automatiskt. Hela vårdpersonalen, även sekreterare som är i arbetsskift deltar i tillfället för behandling av HaiPro anmälan på bäddavdelningarna. På sjukhuset är inte all vårdpersonal på plats tillika under behandlingstillfällena, samma gäller läkarkåren. Patientarbetet påverkar också behandlingstillfällena på sjukhuset då t.ex. en del blir tvungna att avbryta flera gånger. På bäddavdelningarna påverkar också brådska, resurser och andra ärenden hur ofta behandling blir till under vecko- och månadsmöten för personalen. Inom den pre-hospitala

akutvården utnyttjas dagliga videomöten mellan de olika stationerna till att vid behov dela på brådskande information och behandla anmälningar. I videomötena deltar alla första-vårdare och fältchefer som är i arbetstur. Detta upplevs som en flexibel och snabb kanal att dela information via och då behöver inte ärendet vänta till nästa gemensamma månadsmöte.

...men sedan är där hela personalen även avdelningssekreterare alla som är i arbetsskift, vi går igenom och behandlar saken och vi funderar sedan hur vi kan förebygga att liknande saker inte händer igen...jag tycker de varit jättebra diskussioner för att de också alltid väcker oss till att fundera på egna tillvägagångssätt. Och det kan finnas såna saker som bara blivit något direktiv och man kan ta tag i dem, och de har varit himla bra nog.

Det visar sig att ur behandlarens synvinkel sker diskussion och behandling öppet utan en skuldfri stämning under behandlingstillfällena mellan vårdpersonalen och behandlaren på bäddavdelningarna.

...till det har vi kommit att ingen korsfästs ”ketään ei naulata seinään” människorna gör frivilligt även kring eget arbete, egna fel dessa haipron behandlas utan raseri och behandlas och ”puidaan” diskuteras tillsammans så att det går att undvika att det händer igen att endera handlingssätt behöver förändras och så görs förändringen och det informeras att nu på grund av det här gör vi såhär och såhär så utan vidare och därför är dessa diskussioner så fruktsamma och precis all vårdpersonal deltar och sekreterare alla kommenterar saken, dom är nog bra.

Det framkommer också att en skuldfri stämning inte är en självklarhet på alla enheter inom sjukhuset, trots att öppen diskussion upplevs ske under behandlingstillfällena. En känsla av att man inte på alla ställen har lyckats verkställa en öppen skuldfri kultur stiger fram. Detta upplevs som något som ännu måste utvecklas.

...jo alltså människor skulle få diskutera men det att diskussionerna skulle vara konstruktiva och att man funderar hur man kan undvika så det kommer beskyllande, ledsamt men sant

lärandet bort från beskyllande, det borde vara en inlärningsprocess, hur man kan göra annorlunda, blir en lösning, att ingen gör ju sådär, inte lär man sig av det, utan vad skall vi göra...

Inom den pre-hospitala akutvården stiger en upplevelse av att de småningom börjar lämna den beskyllande kulturen bakom sig fram enligt behandlaren, trots detta upplevs diskussionen kring HaiPro anmälan ännu försiktig och blygsam. Inom läkarkåren är antalet HaiPro anmälningar gjorda av läkare lågt. Vad det beror på spekuleras det kring bland behandlarna, bl.a. att läkare helt enkelt inte gör anmälan alltför ofta eller alls kommer på att göra en anmälan lyfts fram. Det visar sig också att läkare ibland ber en sjukskötare göra HaiPro anmälan kring händelsen.

...kanske vi småningom håller på att komma ur den beskyllande kulturen, rätt sällan så finns möjligheten att påverka och ömsesidigt diskutera ganska sällan berättar människor direkt där under tillfället att jag skulle ha en ide till det här, det kan kanske komma efteråt via e-post av någon att detta tänkte hända mig också och vi gjorde såhär, huvudsaken att de kommer in

Ur diskussionen stiger det fram att det vore önskvärt med flera anmälningar kring nära ögat händelser och att en kunskap kring verktygets ändamål är viktig. Själva verktyget och dess tillgänglighet ses som en orsak till ett lägre antal anmälningar än önskat, speciellt kring nära ögat händelser enligt alla behandlare. Klockslaget och vissa detaljer i anmälan kan upplevas frustrerande då anmälan görs men upplevs ändå efter diskussion kring saken viktiga, för att bl.a. kunna visa på t.ex. hur olika tider på dygnet påverkar arbetet.

Det är ett data bevis att sådant och sådant händer den här tiden och vilka är personalresurserna, så det är ett ganska starkt "järeä" verktyg att peka på saken med

Informationsutbyte kring utveckling och förändring som baserar sig på HaiPro anmälningar sker olika mellan olika enheter. Inom den pre-hospitala akutvården handlar det om informationsutbyte mellan olika räddningsverk och informering till t.ex. dejourpolikliniken på sjukhuset. Det visar sig att svar eller bekräftelser på att informationen nått fram sällan fås. Förändrings- och utvecklingsarbetet d.v.s. konkreta förändringar sköts på sjukhuset och inom den pre-hospitala akutvården av de ansvarspersoner som ansvarar för det område på enheten som ärendet gäller. Inom läkarkåren upplevs inget informationsutbyte

kring HaiPro anmälningar mellan avdelningar och enheter. Det diskuteras att de vanligaste HaiPro anmälningarna gjorda av läkare på sjukhuset oftast gäller läkemedelslistor. Informationsutbyte kring förändring och utveckling mellan bäddavdelningarna sker regelbundet via diskussion, träffar mellan avdelningsskötare eller via e-post. En HaiPro anmälan kan också från enheter styras ut till andra enheter på sjukhuset ifall anmälan också berör en annan enhet. Det är inte klart i vilken grad utveckling och förändring kring HaiPro ärenden behandlas på högre nivå inom organisationen under t.ex. olika styrgruppers egna möten. Det visar sig att arbetarskyddet, Tillstånds och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) eller säkerhetsansvariga inom sjukvårdsorganisationen kan rådfrågas eller kontaktas vid behov under behandlingsprocessen.

ifall det gäller en annan enhet kan man via HaiPro förmedla eller dela till en annan enhet, fast med bäddavdelningen men annars finns det inte sådant att man skulle ha behövt själva anmälan till andra t.ex. bäddavdelningen

...nog tycker jag att man tar fasta på dem medsamma och så skickar vi i alla fall e-post och så ser vi ju varandra ganska mycket.

En del oklarheter om hur processen kring att få svar på en HaiPro anmälan som behandlare går till stiger fram ur behandlarnas resultat.

jag kom bara på att inte får man någon feedback som behandlare det går till styrgruppen eller annan men thats it du har gjort ditt jobb, inte vet jag om man saknar det speciellt någon gång kunde det vara roligt att veta vad som hänt, jaa eller hur saken har fortskridit

Typen av anmälningar diskuteras och det visar sig att utveckling och trender inom sjukvården ibland kunde påverka typen anmälningar som görs t.ex. anmälningar kring aseptik. Det upplevs viktigt att planera in och satsa på regelbunden tid för behandling behandlare sinsemellan, vilket för tillfället inte uppfylls på önskvärt sett. Utveckling av verktyget och dess ändamål upplevs också viktigt med tanke på framtiden. HaiPro som verktyg betonas i fråga om inskolning av ny vårdpersonal, där upplevs för tillfället brister. Inom organisationen finns två skilda verktyg i fråga om risk och nära ögat händelser, ena för händelser som berör patienter och det andra för händelser som berör vårdpersonal, vilket kan upplevas tidskrävande, förvirrande och svårt.

jo säkert det att det finns hus risker och HaiPro kanske det kunde vara något ett ställe som sedan styr dig eller delar automatiskt dit det hör på något sätt människorna alltid att var hör detta och vad skall göras...

en fluens "sujuvuus" är viktigt

enkelt att använda eftersom anmälan behöver göras vid sidan om jobbet och tröskeln att göra är desto högre om du har bråttom och då gör du inte medsamma och sedan blir det, och snart tänker du att du inte alls orkar göra.

Det visar sig att mer arbete behöver göras för att komma till ett läge där nära ögat händelser anmäls oftare, det handlar om både kultur, förståelse, utveckling, tidsplanering och kunskap.

...på stationen kan det vara att någon säger att sjutton det tänkte gå tokigt men det att det ännu skulle göras en nära ögat HaiPro anmälan om saken så där finns ännu lite arbete, att förändra kulturen så...

jo det är just såhär trenden att dessa nära ögat är sådana att de innefattar ett slags bråds-kande moment att de inte alltid eller så förringas de att lite som att tur att vi klarade oss inget hände att så blir det lätt.

8.3 Likheter och skillnader

Ur resultatet av både användare och behandlare stiger likadana kategorier fram. Underkategorierna och koderna som skapar kategorierna har vissa naturliga nyansskillnader beroende på om de härstammar från användarnas erfarenheter eller behandlarnas erfarenheter med tanke på arbetsuppgifter, då behandlarna arbetar på förmansnivå. Skillnaden i kategorierna mellan användare och behandlare är inom området förändring och utveckling. Känslor som t.ex. frustration och maktlöshet stiger starkare fram bland användarnas erfarenheter än i fråga om behandlarnas erfarenheter. I båda grupperna betonas den mänskliga faktorns betydelse, kollegialiteten och etiken i fråga om nära ögat händelser och fel som kan hända vem som helst.

I båda grupperna stiger skillnader i kultur och öppenhet fram. Det visar sig att det både upplevs råda en öppen skuldfri kultur tillika som det på andra ställen fortfarande upplevs

problem med kulturen som måste åtgärdas. Det finns också former av en kultur som ligger mittemellan dessa två på sjukhuset. Användare och behandlare upplever liknande erfarenheter inom samma enheter. I båda grupperna uppmärksammas även enheternas komplexitet i fråga om sociala situationer och personligheter. På vissa enheter finns HaiPro anmälningarna öppet tillgängliga för alla inom vårdpersonalen att se, läsa och kommentera. Medan det på andra enheter enbart finns hos behandlaren och inte utskrivs åt personalen, eftersom det upplevs att detta ger en risk för att blotta anmälaren. Inom den pre-hospitala akutvården skrivs och skickas sammandrag och infoblad, kringbehandlade HaiPro anmälningar ut till påseende åt personalen. De användare som har erfarenhet av utskrivna HaiPro anmälningar lyfter fram möjligheten att känna igen skrivaren trots datorskriven text. De ser det dock inte enbart som ett problem, utan som en sak som ur en annan synvinkel kan leda till positivt psykiskt och kollegialt stöd för anmälaren. Denna upplevelse varierar beroende på personlighet. Olika personligheter och personalens komplexitet diskuteras med tanke på öppenheten och känslor av att alla kanske inte ändå ser det som en positiv sak stiger fram.

själva tänker jag att den har en ganska viktig roll, personen som drar diskussionen att på vilken linje den förs...och vi alla kan göra fel och på så sätt förutsätter det att man inte trampar på någon "tuu kenenkään pään päälle", så att jo det är möjligt, såklart är människor olika, vissa kan vara blygare. " (behandlare)

Vi har personer med ganska starka åsikter "voimakashuonteisia" där så de tystare blir då kanske (paus) tysta. Men nog upplever jag att vi har en öppen diskussion där plus att vi har väldigt sådana "öppna dörrar" teamledare, att dit kan man alltid gå och prata sen om något blir och störa eller oroa en. (användare)

Ur båda grupperna stiger en regelbundenhet kring behandling fram med inslag av oregelbundenhet som påverkas av bl.a. externa faktorer som tidsbrist. Ett allvar och en ansvarskänsla i fråga om regelbunden behandling visar sig hos behandlarna. Ledarens betydelse i behandlingstillfället och processen betonas av både användare och behandlare.

jag har en känsla att det till och med finns på avdelningsmötets mötesplan (användare)

vi avdelningsskötare har en standardiserad mötesplan för avdelningen vilken borde genomgå och där finns ett ställe HaiPro (behandlare)

Ur båda grupperna stiger ett behov av transparens kring processen fram och en kännedom om kulturens och behandlingssättets påverkan i resultatet. Olika känslor kring själva ledarskapet och behandlingsprocessen präglas starkare hos användare. Behandlingsprocessen och organisatoriska- och externa faktorer tas upp av både användare och behandlare. Liknande önskemål och behov till förändring angående olika strukturella faktorer kännetecknas hos båda grupperna. En arbetsbörda och oklarhet i organisationens två olika verktyg i fråga om nära ögat och farohändelser stiger fram i båda grupperna. Ett verktyg gjort för anmälan som berör personalen och ett annat för händelser som berör patienter. Utmaningarna är samma i fråga om tid och resurser hos båda grupperna. Avdelningarnas och enheternas resurser, varierande arbetsmängder och rådande tidsbrist påverkar hur ofta behandling blir möjlig. En viss osäkerhet kring processen visar sig hos både användare och behandlare.

jag kom bara på att inte får man någon feedback som behandlare, det går till styrgruppen eller annan, men thats it du har gjort ditt jobb, inte vet jag om man saknar det speciellt, någon gång kunde det vara roligt att veta vad som hänt, jaa eller hur saken har fortskridit (behandlare)

...sällan får man svar att fast så att någon kommentar har satts som information åt fast olika områdets representanter... (behandlare)

minns att jag en gång fått e-post att din HaiPro anmälan har behandlats, jag reagerade på det att jag fått ett sådant e-post minns inte mer vad det var för en HaiPro...men jag har reagerat på det att jag inte sen dess fått svar. (användare)

men nog skulle de såklart vara trevligare för både nya och erfarna att veta vad det händer med dem och i vilken grad de diskuteras och vet inte ifall det finns nån länk på nätet var det skulle synas (användare)

Det visar sig att det i båda grupperna finns önskan om utveckling av verktyget och dess användning. Även behov av information kring verktygets ändamål stiger fram. Verktygets användarvänlighet diskuteras mycket i behandlargruppen. Hos användarna betonas en tydlighet och transparens kring resultat av behandlade HaiPro anmälningar och konkreta resultat. En önskan om förändring är stark i fråga om både tydliga processer, resultat och åtgärder kring HaiPro anmälningar, lika väl som en förändring kring attityder och arbete för en bättre patientsäkerhet. Behandlare betonar starkt utveckling av behandling av HaiPro anmälningarna och lärdom av färo- och nära ögat händelser. Framtida visioner och behov lyfts fram som mål för vidareutveckling för att trygga vägen mot bättre patientsäkerhet.

...inte räcker det att jag har en sån bra känsla då "hyvä feelis" att prata och diskutera och jag upplever att jag får svar men om det inte ur det utrymmer går vidare eller att jag blir med en känsla att det inte går vidare så inte fungerar det ju. (användare)

det går ju till det att nå vad nu nå nu läser alla på nytt direktivet och inskolning och där stannar det "rapshata" (användare)

nå vi måste säkert utveckla det att vi regelbundet får behandla HaiProna och att vi får bra diskussion och sedan föra dessa goda innovationer modigt vidare och föra fram det som ett bra verktyg för utveckling ännu mer och alltid vid inskolning minnas att för de nya berätta om det för det händer lätt att de nya inte känner till det alltid att där finns så många aspekter "pointtia" (behandlare)

Konkreta förändringar upplevs synliga för båda grupperna i fråga om anmälan kring färo-händelser som kan lösas med konkreta saker t.ex. anskaffning av nya hjälpmedel. Ansvarspersonerna för förändring på enheten eller avdelningen är de personer som har sitt ansvarsområde inom området som ärendet eller förändringen gäller. Ur användarnas resultat stiger det fram en önskan om resultat och förändring i fråga om alla anmälningar, inte bara de som är allvarliga eller enkelt och konkret går att åtgärda. Det visar sig att resultatet lätt kan bli en påminnelse till att vara mer noggrann och läsa direktiv, trots en önskan kring analys av processen och förändring av händelsekedjor och attityder, vilket kräver mer arbete.

Användarna upplever att HaiPro verktyget blir bekant och känns lättare att använda redan efter första anmälan. De upplever dock att tidsbrist leder till att eventuellt mindre nära ögat händelser blir anmälda. Behandlarna ser också bl.a. brådska som orsak till färre mängder anmälan kring nära ögat händelser.

när man gjort det en gång så snabbt gör man den sen (användare)

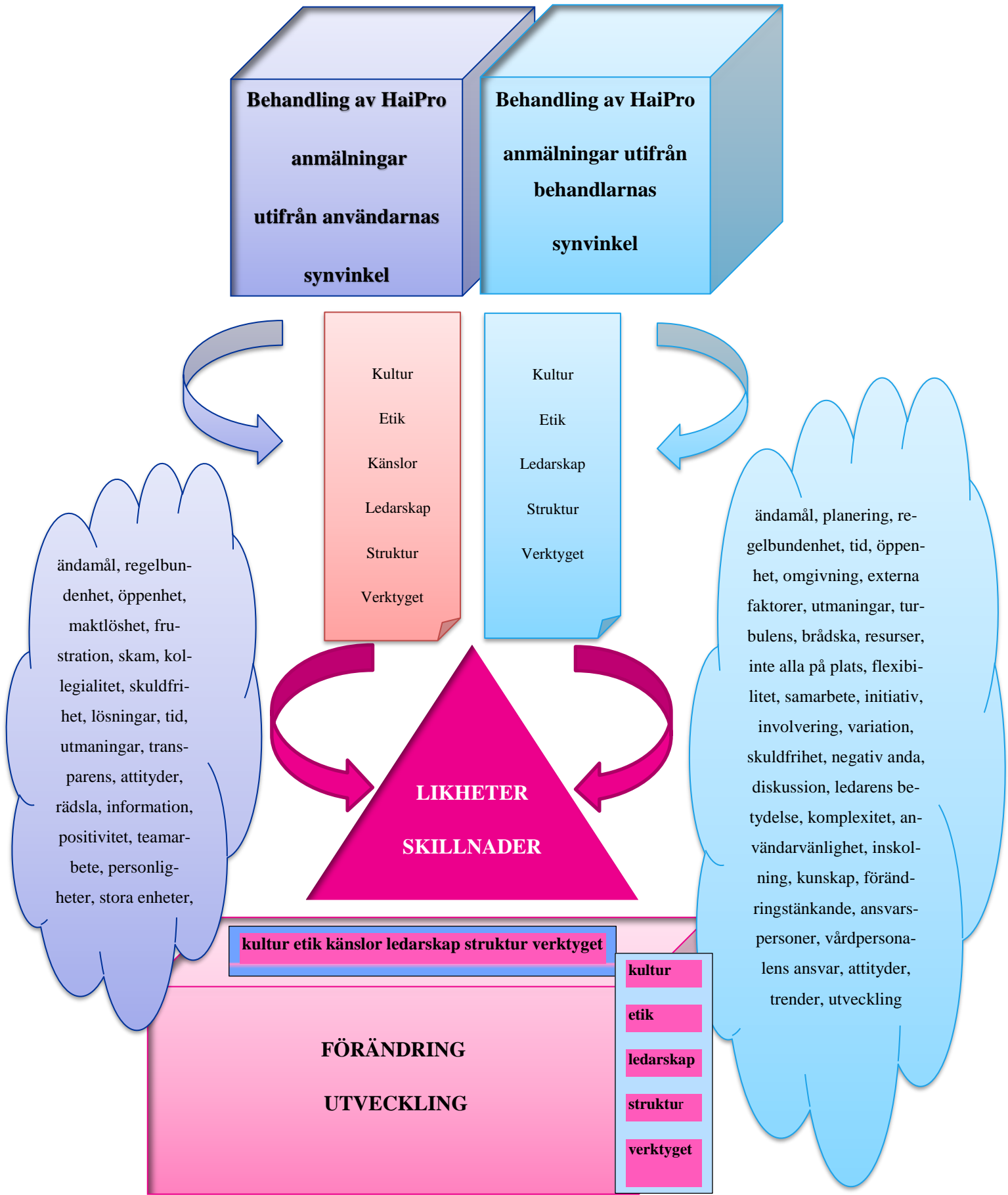
Användarna upplever det öppna sättet acceptabelt eftersom det krävs att HaiPro anmälningar skall behandlas öppet. Det visar sig att känslor av skam och rädsla kring HaiPro anmälan trots detta delvis finns kvar. Genom att alla får ta del av de utskrivna HaiPro anmälningarna blir diskussionen mer öppen och en viss inläring upplevs ske redan då man bläddrar bland dem, menar användarna.

*jag tycker den är ganska brutal ibland- jo då den kom där
detta är ett sätt att hålla dem öppna att vi på riktigt ser vad människorna tänker gör...
...diskussionen blir öppen på detta sätt... (användare)*

*nå säkert klarar en del av det och andra inte...nog skäms man själva inte kan man göra
något åt det, det är normalt...så kan du få stöd på ett annat sätt (användare)*

*...jag har varit med om till och med en sån att någon sagt att det är jag som har gjort den
här anmälan och det gick såhär för mig. (behandlare)*

Behandlarna upplever också öppenheten kring behandling som en positiv sak, där vårdpersonalen får prata öppet, men en tanke kring hur detta skulle ske på ett enkelt och ännu bättre sätt diskuteras. I figur 3 nedan beskrivs likheter och skillnader hos användare och behandlare kring deras erfarenheter av HaiPro rapportering och syntesen kring innehållsanalysen av resultatet.

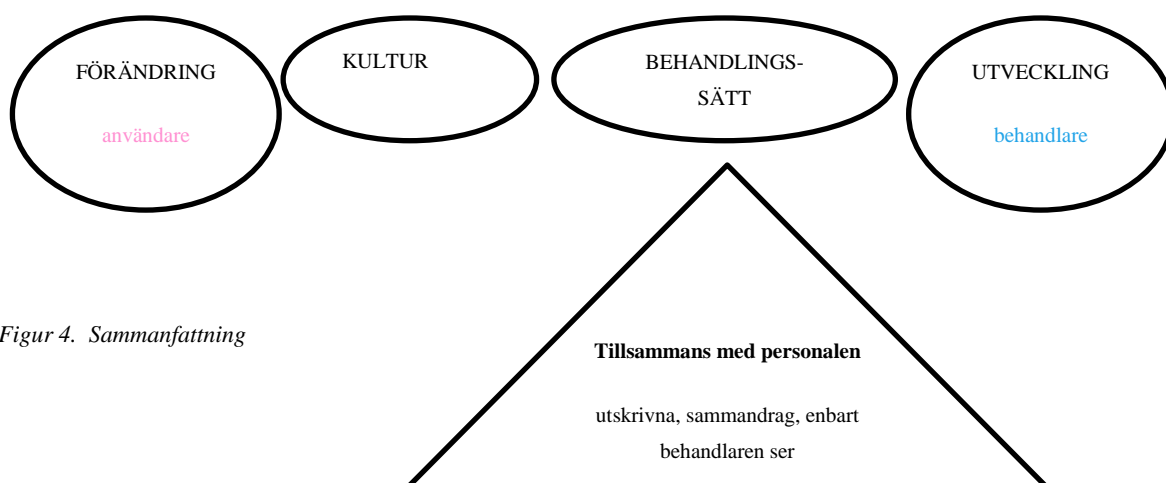


Figur 3. Likheter och skillnader hos användare och behandlare kring deras erfarenheter av HaiPro rapportering och syntesen kring innehållsanalysen av resultatet

Behandlarna diskuterar en ny positiv inställning till rapportering, om anmälan kring arbete som gått bra, på initiativ av behandlaren inom den pre-hospitala akutvården. Ett behov av en positivare attityd till farorapportering och förebyggande arbete inom patientsäkerhet har redan tidigare visat sig under fokusgruppintervjun. Inom den pre-hospitala akutvården har användning av en LFE (Learning From Excellence) mätare tagits i bruk vid sidan om HaiPro. Mätaren har gjorts lättillgänglig med hjälp av en QR-kod i ambulansen. Positivitet upplevs som en ny bra sak, något som kunde utvecklas och föras vidare. Även hos användarna identifieras problem med att få positiva attityder kopplat till HaiPro rapportering. Användarna skulle gärna se HaiPro som ett dagligt verktyg med ett positivt ändamål. I båda grupperna lyfts bristfälliga anmälningar fram, där ändamålet med rapportering inte ses komma till sin rätta endera avsiktligt eller på grund av brist på kunskap.

8.4 Sammanfattning av resultat

Ur både användarnas och behandlarnas resultat bildas de för båda grupperna gemensamma kategorierna: kultur, etik, ledarskap, struktur och verktyget. Det som skiljer i resultatet i de två grupperna är kategorin känslor, som steg starkare fram hos användare. Ur resultatet stiger två huvudkategorier fram: förändring och utveckling.



Figur 4. Sammanfattning

Det visar sig att det finns problem med att uppfylla en skuldfri miljö oberoende vilket av de olika behandlingssätten som används. Ur resultatet går det att dra slutsatsen att en förbättring i hur behandling av HaiPro anmälningar sker skulle vara till fördel i arbetet kring utveckling av patientsäkerheten. Ett behov till förändring och utveckling kring processerna kring farorapportering stiger fram ur resultatet. Både användare och behandlare upplever att det är svårt att uppnå en skuldfri miljö på grund av t.ex. personligheter och behandlingssätt. En öppen diskussion och en delvis skuldfri miljö upplevs av både användare och behandlare under behandlingstillfället, men tvivel i fråga om alla upplever miljön lika lyfts fram. Behandling av HaiPro anmälan sker regelbundet oregelbundet på avdelningstimmen och behandlingstillfället leds av förmän på enheten. Behandlingstillfällena är inplanerade i enheternas mötesbotten för att trygga en regelbundenhet, men de påverkas starkt av externa faktorer som resurser och tidsbrist. Liknande känslor av negativitet, rädsla, skam och skuld kan ses hos både användare och behandlare i fråga om behandlingstillfällena. På en del enheter är anmälningarna utskrivna och tillgängliga för vårdpersonalen att läsa och kommentera, medan det på andra enheter enbart är tillgängliga för behandlarna.

Hos användare kan ett behov och en önskan till förändring ses i processen efter anmälan, i arbetet och i attityder för att förbättra patientsäkerheten. Medan det hos behandlare starkare stiger fram frågor kring utveckling av farorapportering och behandlingsprocesserna. Känslor av maktlöshet och frustration stiger fram i fråga om utvecklingsförslag och transparens kring behandlingsprocessen hos användarna. Det kan handla om att diskussionen kring förbättringsförslag inte leder vidare eller att förbättringen på grund av tidsbrist enbart blir en befordran att t.ex. läsa direktiv noggrannare. Hos behandlare stiger även tidsbristen fram som en begränsande faktor i fråga om behandling och diskussionen tillsammans med andra behandlare. En del behandlare för resultat och diskussion som härstammar från behandlingstillfällena utanför enhetsgränsen, det visar sig ändå inte synligt för användarna. Hos båda grupperna stiger en brist på regelbunden feedback kring anmälan och kunskap kring HaiPro verktyget och dess ändamål fram.

Hos både användare och behandlare betonas behovet till förändring och utveckling kring farorapportering. Användare saknar kunskap och transparens kring behandlingsprocessen och vill gärna se konkreta resultat och mer tid för behandling. En positivare attityd till

rapportering betonas i båda grupperna. Behandlare ser utveckling av själva verktyget, behandlingsprocesser, tidsanvändning och allt mer rapportering kring nära ögat händelser som framtida utmaningar.

9 KRITISK GRANSKNING

Syftet med studien var att skapa en bild av verkligheten på sjukhuset i fråga om utveckling av patientsäkerhet med hjälp av HaiPro rapportering, genom att försöka få tag på vårdpersonalen och ansvarigas erfarenheter. Den kritiska granskningen av studien och resultatet har gjorts systematiskt utgående från Henricson m.fl. (2017 s. 412–416) modell.

Den kvalitativa metoden diskuteras med hjälp av begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Henricson m.fl. 2017 s. 412–416). Fokusgruppintervjuer valdes som dainsamlingsmetod för att studera informanternas erfarenheter under en styrd diskussion. En förfrågan till alla som fungerar som behandlare för HaiPro rapporteringsverktyget och till en användare från alla avdelningar som finns på sjukhuset sändes för att kunna skapa en så verklig bild av verkligheten på sjukhuset som möjligt. Den psykiatriska vården uteslöts i studien utifrån den externa beställarens önskan. Valet att utesluta den psykiatriska sjukvården gjordes eftersom den inte längre fungerar under sjukvårdsområdet som studeras, utan har centraliserats. Detta förvränger resultatet att innefatta enbart den somatiska vården på sjukhuset i fråga. Den psykiatriska vården fungerar inte i samma sjukhusbyggnad utan i skilda byggnader i omnejden. Inkluderande av psykiatriska vården kunde ha åskådliggjort ytterligare behandlingssätt som inte är kända bland de andra enheterna på sjukhuset, redan på grund av deras fysiska avstånd och olika karaktär, trots att de inte tillhör samma sjukvårdsområde längre, men finns i närområdet. Resultatet ur fokusgrupper är inte statistiskt generaliserbart men fungerar för att skapa en bild av verkligheten och erfarenheter. Förfrågan om deltagande och påminnelser sändes per e-post av den externa handledaren för att undvika en påverkan av att skribenten har personlig koppling till sjukhuset i deltagarantalet. De personer som givit samtycke till att delta i studien blev kontaktade per e-post av skribenten för att koma överens om ett tillfälle för fokusgruppintervju. Informanter i olika yrkesposition deltog i skilda fokusgrupper. Det vill säga ledare och vårdpersonal deltog inte i samma fokusgruppintervju för att få ett så trovärdigt

resultat som möjligt och skapa en diskussionskultur som inte påverkas av maktförhållanden. Denna information delgavs redan i förfrågan om deltagande för att inte påverka antalet informanter negativt.

En noggrann databassökning utfördes för att kartlägga bakgrunden till området för studien och för att belysa den teoretiska referensramen. Källorna som använts har följt vetenskapliga riktlinjer och varit aktuella både i fråga om det område som studeras och i tidsperspektiv. Studier gjorda i nordiska länder och finländska hemsidor har prioriterats i bakgrundsforskningen, för att öka på trovärdigheten och jämförbarheten. Intervjuguiden byggdes upp av skribenten utgående från bakgrundsforskning inom området och kring den teoretiska referensramen, för att svara på forskningsfrågorna så bra som möjligt.

Under studiens gång, innan fokusgruppintervjuerna ägde rum skedde en organisationsförändring på det utvalda sjukhuset, där enheter slogs ihop och antalet avdelningsskötare minskade. Organisationsförändringen kan förklara det låga antalet deltagare i fokusgruppen för behandlare, även om alla enheter på sjukhuset tillgavs en förfrågan om intresse att delta. En kommande organisationsförändring kunde beaktas i forskningsplanen och trots att antalet informanter som fungerar som behandlare minskade, blev bredden av specialområden väl uppfyllt, då både representanter från den pre-hospitala akutvården, bädavdelningar, operativa verksamheten och läkarkåren deltog. Antalet deltagare från användarsidan blev lågt, trots flera påminnelser. Kanske antalet användare hade varit högre ifall en skild förfrågan sänts ut åt alla sjukskötare som är i tjänst på sjukhuset. Valet att med samma förfrågan bjuda in både behandlare och användare gjordes för att undvika ett för högt antal intresserade användare och för att inkludera alla avdelningar på sjukhuset. Det är möjligt att informationen på grund av detta val inte nådde alla intresserade användare, trots påminnelser.

Ett nytt informationssystem togs i bruk på sjukhuset under studiens gång. Fokusgruppintervjuerna var planerade att ske innan inskolning för personalen kring det nya informationssystemet påbörjas. Detta lyckades enbart i fråga om fokusgrupp två. Det nya informationssystemet kan vara en orsak till ett lågt antal deltagare från sjukskötarsidan. Även om intervjuerna var planerade att ske innan det nya informationssystemet togs i bruk, lyckades inte detta, på grund av problem med att finna gemensamma tidtabeller bland

intresserade användare. Ett nytt informationssystem belastar vårdpersonalen redan innan ibruktagande i fråga om t.ex. inskolning och informationsflöde. För att få tag på användarnas erfarenheter verkställdes bara en fokusgrupp av de planerade tre. Antalet deltagare kunde ha varit större ifall en enkätstudie valts som datainsamlingsmetod eller en kombination av dessa. Belastning på grund av ibruktagandet av det nya informationssystemet kunde ha orsakat lågt deltagarantal i en enkätstudie också. En rädsla för att dela med sig av sina erfarenheter i grupp kan även ha påverkat antalet deltagare, lika som känslor av stress kring förutspådda problem med tidtabeller.

Som dataanalysmetod valdes induktiv innehållsanalys, eftersom patientsäkerhet är ett område som berör hela organisationer valdes en teoretisk referensram ur ett organisatoriskt perspektiv. Den teoretiska referensramen hänger starkt samman med tidigare forskning inom området och ses således inte styra resultatet. Teman och tyngdpunkter som tidigare forskning inom området betonar spelar en stor roll i fråga om utvecklingsarbete och berättigar användning av en induktiv ansats. Innehållsanalysen gjordes med hjälp av Lundman& Hällgren- Graneheims modell i *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (Lundman& Hällgren- Graneheim 2017)

Skribenten har noggrant läst in sig och beskrivit området och den teoretiska referensramen för att visa på en förförståelse inför analysen av resultatet. Innehållsanalysen har utförts med noggrannhet och illustrerats för att tydliggöra processen. En längre tid har gått mellan tidpunkten för fokusgruppintervjun av behandlare fram till analysen, än för fokusgruppintervjun med användare. Inspelningen har noggrant lyssnats igenom flera gånger för att skapa noggranna minnesbilder av bl.a. kroppsspråk och ansiktsuttryck.

Processen kring studien har följt de etiska riktlinjerna för en forskningsprocess som yrkeshögskolan Arcada i samråd med den forskningsetiska delegationen följer. (TENK 2019) Information har återgetts så noggrant och korrekt som möjligt och anonymitet har säkrats under datainsamlingen och i resultatet. Alla översättningar från finska till svenska har gjorts så noggrant som möjligt.

Med hjälp av de erfarenheter som steg fram i fokusgruppen som bestod av användare kan endast en inblick i hur sjuksköterna upplever utveckling av patientsäkerhet med hjälp av

HaiPro förstås. Ett resultat som inte är generaliserbart fås och en kvalitativ förståelse av erfarenheter och synpunkter ur användarnas synvinkel är således enbart möjlig. Resultatet ger en bild av hur HaiPro anmälningar behandlas på sjukhuset och en inblick i användarnas erfarenheter kring behandling av HaiPro anmälningar och utveckling av patientsäkerhet. Resultatet kan vara till stöd för att bilda och implementera ett enhetligt behandlings-sätt på sjukhuset, för att skapa en säkerhetskultur som främjar patientsäkerhet.

10 DISKUSSION

Resultatet från studien hänger starkt samman med tidigare forskning inom området och inga oväntade resultat steg fram. Resultatet ger svar på forskningsfrågorna, men är inte generaliserbart, utan ger en förståelse av verkligheten på sjukhuset och användares och behandlares erfarenheter av HaiPro rapportering i anknytning till utveckling av patientsäkerhet. Social- och hälsovårdsministeriet i Finland lägger i patient- och klientsäkerhetsstrategin ramarna och tyngdpunkterna för utveckling av patientsäkerhet. I fråga om farorapportering skulle det vara viktigt att den information HaiPro rapporteringsverktyget ger enheterna utnyttjas så att hela vårdpersonalen tillsammans, regelbundet får information om händelser som anmälts. Ledarnas ansvar och uppgift betonas i att organisera regelbundna, interna och multiprofessionella behandlingstillfällen och analyser kring anmälningarna på enheten. I fråga om igångsättning av utvecklingsarbete och implementering betonas vikten av ansvarspersoner på enhetsnivå. (STM 2017-2021)

Behandlings- och analyssätten kring den information HaiPro verktyget erbjuder varierar på enheterna inom social- och hälsovårdsministeriets ramar. Det är på organisatorisk nivå som olika beslut kring upprätthållande och utveckling av patientsäkerhet skall ske. HaiPro anmälningar behandlas på lite olika sätt på de olika enheter på sjukhuset som studerats och presenteras i resultatet. Ansvarspersoner i fråga om förändring och utveckling är de personer på enheterna och inom den pre-hospitala akutvården som ansvarar för området förändringen gäller. Det visar sig att HaiPro anmälningarna behandlas regelbundet med en varierande nyans av oregelbundenhet som beror på olika externa faktorer. Behandling av en anmälan tillsammans med vårdpersonalen går till på lite olika sätt på de enheter och avdelningar som informanterna kommer ifrån. På en del enheter finns anmälningarna

utskrivna, tillgängliga för hela vårdpersonalen att läsa och kommentera innan- och efter behandling. En enhet har beslutat att inte skriva ut anmälningarna, för att trygga anonymitet. Då anmälningar inte skrivs ut till påseende är det enbart behandlarna på enheten som ser dem. Bland läkarkåren behandlas anmälningarna tillsammans med kollegorna under läkarnas regelbundna möten. Inom den pre-hospitala akutvården görs ett sammandrag av behandlade HaiPro anmälningar som tilldelas vårdpersonalen i form av ett infoblad. På den enhet där anmälningarna skrivs ut stiger både för- och nackdelar med synligheten och öppenheten fram i resultatet av användarna. Det är tydligt att även om en öppen skuldfri kultur är en strävan och även om den delvis uppfylls så kommer enheternas komplexitet, människor med olika bakgrund och olika personligheter att troligtvis göra en total skuldfri miljö näst intill omöjlig. Känslor och tankar kring behandlingstillfället och de utskrivna anmälningarna hos både behandlare och användare belyser situationen ytterligare. Att anmälningarna finns till påseende för alla kan också upplevas vara brutalt. Det visar sig ändå att de har vant sig med öppenheten trots dessa känslor. Beskyllande kommentarer och starka åsikter stiger fram som ett problem under behandlingstillfällena också ur behandlarnas synvinkel.

Tidigare forskning poängterar den skuldfria miljöns betydelse i att skapa en god rapporteringskultur där vårdpersonalen kan känna sig anonym (Volmanen & Alahuhta 2015, Arfanis m.fl. 2011, AHRQ 2018, Carljford m.fl. 2018, Oedewald m.fl. 2008, Sarste 2012). En skuldfri kultur är svår att uppfylla till hundra procent då behandlingstillfällena och anmälningarna innefattar känsliga ämnen och människorelationer, oberoende på vilket av sjukhusets olika sätt behandling av HaiPro anmälan verkställs. Känslor som likgiltighet, brådska och beskyllande kan direkt kopplas till en negativ kultur (Sarste 2012). Det går dock att sträva till att göra det så bra som möjligt, men man kan fråga sig om det är värt det? Är det mer värt att försöka omvandla processerna kring utveckling av patientsäkerhet i en mer positiv anda? Doherty m.fl. (2015) lyfter fram en negativ sida kring farorapportering, det visar sig att riskanalyser, utvecklings- och förändringsarbete som baserar sig på farorapportering inte ger önskade effekter på enhetsnivå. Tidigare forskning visar på en utmaning i att utveckla patientsäkerhetssynen till ett positivt begrepp, med en förebyggande funktion som gäller genom hela organisationen. (Doherty m.fl. 2015) En positiv inställning till och förståelse i säkerhetstänkande kunde vara mer

fruktbart än tillfällena som oundvikligt kopplar känslor av rädsla och skam ihop med begreppet patientsäkerhet.

En god patientsäkerhetskultur kännetecknas av att man aktivt försöker förstå och fungera med ett förebyggande perspektiv, där kunskap kring säkerhet spelar en stor roll. (Oedewald m.fl. 2008) En ansvarskänsla hos vårdpersonalen betonas. En ansvarskänsla till rapportering kring faro- och nära ögat händelser stiger fram ur resultatet hos erfarenheter av både användare och behandlare. Rapporteringsverktyg ses som ett sätt för vårdpersonalen att utöva sin rätt att påverka. Både användare och behandlare upplever HaiPro rapporteringsverktyget som en rätt att påverka och belysa olika situationer. Problem med säkerhetskulturen går enligt tidigare forskning direkt att koppla till ökad felprocent, vilket belyser vikten av att investera i en god säkerhetskultur på enhetsnivå och inom organisationen. (AHRQ 2018)

Organisatoriskt sett handlar det enligt tidigare forskning om en dialog och kritisk diskussion som baserar sig på teori, kunskap, forskning och bakomliggande faktorer för att aktivt kunna utveckla patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården. Inom en högt tillförlitlig organisation strävar man till att minimera antalet negativa händelser, trots arbetets komplexitet. I en högt tillförlitlig organisation behöver säkerhetstänkandet vara levande och arbetet kring säkerhet aktivt. (AHRQ 2018, Lorenzini m.fl. 2017) Detta kräver god planering, utbildning och resurser då vi pratar om ett sjukhus. För att skapa en säkerhetskultur som genomsyrar hela organisationen och leder organisationen närmare begreppet högt tillförlitlig organisation, krävs enhetliga modeller kring olika säkerhetsaspekter inom organisationen. I Finland följer man inom hälso- och sjukvården gängse vårddirektiv för att enhetliggöra vårdarbetets kvalitet och för att kunna basera vården på nyaste evidensbaserad forskning. (Gängse vård 2018). Behöver vi skapa gängse vårddirektiv kring säkerhetsaspekter för att kunna gå mot alltmer högt tillförlitliga organisationer inom hälso- och sjukvården i framtiden. För tillfället är säkerheten inbakad i vårddirektiven i fråga om t.ex. läkemedelssäkerhet och isolerings förfaranden. Finlands patientsäkerhetsförbund nämner gängse vårddirektiv som ett sätt för patienter att säkra sig om att de får säker vård d.v.s. ändamålsenlig-, rätt vård vid rätt tillfälle. Regelbunden utbildning inom säkerhet för vårdpersonal kan ses som ett vårddirektiv i en strävan till allt säkrare organisationer inom hälso- och sjukvården. Ett behov av utbildning och information kring säkerhet och

specifikt kring HaiPro rapportering stiger fram i resultatet hos både användare och behandlare. Det skulle vara viktigt att satsa på den fortsatta processen efter att faro- och nära ögat händelser identifierats. Behandlarna nämner behovet av gemensamma träffar och diskussioner kring behandling, vilka är svåra att förverkliga på grund av t.ex. tidsbrist. Hos användarna går det att identifiera känslor av att diskussionen under behandlingstillfällena inte leder vidare och att lösningarna lätt blir befordringar att läsa mer direktiv och vara noggrannare, delvis på grund av brådska. Det skulle vara viktigt för både erfaren och ny vårdpersonal att få regelbunden information och utbildning gällande HaiPro och patientsäkerhet. Kunskap och information kring själva farorapporteringsprocessen önskas av användarna. Behandlarna diskuterar behovet att vid inskolning av ny personal även beakta HaiPro verktyget. Det upplevs att andra saker lätt prioriteras på grund av mängden saker som måste läras ut.

HaiPro fungerar som ett enhetligt verktyg till att åskådliggöra säkerhetsproblem och faro- samt nära ögat händelser på enheterna på olika sjukhus inom organisationen. Det räcker inte att verktyget används aktivt utan även behandlingssättet och utvecklingsarbetet behöver vara fruktbart. För att verktygets ändamål skall uppfyllas krävs att det används på ett ändamålsenligt sätt och att behandling sker på ett sätt som kan ses främja och öka på patientsäkerheten. (Ruuhilehto & Knuutila 2008) I tidigare forskning stiger samma problem kring transparens i behandlingsprocessen och externa faktorer t.ex. resurser och brådska fram, som ur resultatet hos både behandlare och användare. En god ansvarskänsla kring säkerhetskultur kan ses hos vårdpersonalen men kedjan brister på grund av olika problem. Användare och behandlare upplever att det med hjälp av verktyget går att identifiera faro- och nära ögat händelser, då verktyget används på ett ändamålsenligt sätt. Ett större antal anmälningar kring nära ögat händelser skulle vara önskvärt. De följande stegen i processen d.v.s. behandling och utveckling upplevs inte lika lyckade. Ett förbättringsförslag kunde vara att enhetliggöra behandling av HaiPro anmälan och se till att information och kunskap kring verktyget når hela vårdpersonalen. För att en skuldfri miljö som enligt tidigare forskning ses nödvändig kunde uppfyllas på bästa möjliga sätt, skulle det vara viktigt att se behandlingsmöjligheterna utifrån olika synvinklar. När man tittar på användares och behandlares erfarenheter kring behandling av HaiPro, är det här vi kan se utmaningar. Trots att olika behandlingssätt används på sjukhuset stiger en viss ångest kring behandlingstillfällena fram hos både användare och behandlare. Ifall det inte går

att skapa en optimal, icke- beskyllande kultur på grund av olika utmaningar i fråga om t.ex. stora enheter, personligheter och social komplexitet, blir möjligheten att försöka göra det så bra som möjligt. Kunde det finnas andra behandlingssätt för att utnyttja informationen som farorapportering erbjuder? Verktuget i sig upplevs av både användare och behandlare vara ett sätt att påverka och vara delaktig i utveckling av patientsäkerhet på gränsnivå i det kliniska patientarbetet. Behandlare ser även möjligheten att ur verktyg få ut data för att belysa olika olägenheter i arbetsförhållandena. Bland användare diskuteras huruvida verktygets ändamål är att peka på olägenheter ifall ingen vidare process efter behandling sker på ett önskvärt sätt.

En god säkerhetskultur fokuserar på att identifiera problem inom enheter och organisationer och fungera förebyggande utifrån tidigare händelser (Oedewald m.fl. 2008). Det skulle vara viktigt att engagera personalen i fråga om beteendemönster och individuellt ansvar. En strävan till nolltolerans för hänsynslöst beteende kännetecknar högt tillförlitliga organisationer (AHRQ 2018). Detta kräver ett ansvar och en förståelse kring ändamålet bland vårdpersonalen och ledare för att trygga och utveckla patientsäkerheten. Till kunskap kring säkerhetsaspekter inom hälso- och sjukvården hör att kunna skilja på mänskliga fel och riskfyllt- eller hänsynslöst beteende. (STM 2017–2021) Den mänskliga faktorn stiger fram i diskussion hos både användare och behandlare och visar således på en förståelse i ämnet. Det visar sig ändå att alla inte använder verktyget på ett ändamålsenligt sätt både med avsikt och av eventuell brist på kunskap. Det som fattas är transparens kring fortsatta lösningar och utvecklingsarbete speciellt ur användarnas erfarenheter sett. Information som grundar sig på farodata skall enligt social- och hälsovårdsministeriet leda till förbättringar i fråga om arbetsmiljö, utrustning, utbildning, handledning och förändring i arbetsmetoder och samarbete inom och mellan enheter (STM 2010 s.23–25). Det skulle vara viktigt att ytterligare värdesätta lösningar och utvecklingsarbete och inte enbart rapportering och identifiering av färo- och nära ögat händelser. Det är viktigt att ständigt utbilda personalen på olika nivåer inom organisationen vad gäller säkerhet (Lorenzini m.fl. 2017). Brådska och brist på resurser påverkar möjligheten till gemensamma behandlings- och utbildningstillfällen på sjukhuset. Inskolning av ny personal och utbildning till arbete kring patientsäkerhet och farorapportering kräver också resurser och tid som bör beaktas.

Behandlingssätten behöver vara väl igenomtänkta eftersom det visar sig vara svårt att skapa en helt skuldfri miljö på sjukhus där enheterna är stora och karaktäriseras av social komplexitet. Arbetet för att främja rapporteringskänsligheten och patientsäkerheten och leda organisationen mot hög tillförlitlighet kräver systematiska arbetssätt. I diskussionen bland behandlarna steg ett intresse till att lära sig av andra och försöka utveckla behandlingssättet och tillfällena fram. I tidigare forskning kring högt tillförlitliga organisationer betonas interprofessionellt samarbete inom och utanför organisationsgränserna i arbetet för en högre patientsäkerhet (Lorenzini m.fl. 2017).

De olika behandlingsmetoderna, deras användarvänlighet och för- och nackdelar diskuterades. Den pre-hospitala akutvårdens sätt att sammanfatta de behandlade anmälningarna i en rapport för vårdpersonalen belystes som ett sätt där analys blir synlig även för vårdpersonalen och som ett sätt som når alla. Utskrivna anmälningar sågs fortfarande som ett problem i fråga om skuldfri miljö av en behandlare. Detta stärktes även i diskussion bland användare. Dagens digitala utbud skapar möjligheter att utveckla digital verksamhet. Det visar sig att det skulle vara önskvärt att HaiPro verktyget skulle vara mer användarvänligt och lättillgängligt, med tanke på att det används vid sidan om vårdarbetet. En QR-kod styrd tillgång till verktyget är en möjlighet, lika som en snabbikon på datorskärmen. Utveckling av själva verktyget var önskvärt, speciellt hos behandlare. I tidigare forskning lyfts även behovet av utveckling av behandlingsprocessen och själva verktyget fram, trots farorapporteringsverktygens goda påvisade resultat i att identifiera faro- och nära ögat händelser (Carlfjord m.fl. 2018, Ruuhilehto & Knuutila 2008)

Ur resultatet stiger det fram hur viktig roll den som leder behandlingstillfället har, personen skall vara skicklig nog att hålla i trådarna och styra diskussionen i en skuldfri och positiv anda. Detta är viktigt då olika personligheter är samlade för diskussion för att undvika känslor av rädsla och ångest bland vårdpersonalen kring behandlingstillfällena. Tidigare forskning betonar även ledarens ansvar i att effektivt använda den information som erhålls via HaiPro rapportering (STM 2010 s.22, Sarste 2012). Den mänskliga faktorns betydelse behöver betonas. Vikten av att se faro- och nära ögat händelser som mänskliga faktorer och delar av händelsekedjor ses mer fruktbart vid utveckling av patientsäkerhet (Volmanen & Alahuhta 2015). Ett enhetligt sätt kunde vara att inte skriva ut anmälningarna, utan enbart ett sammandrag efter behandlingstillfället som tilldelas hela

vårdpersonalen. Ett sammandrag löser inte problemet med tidsbrist och oregelbundenhet vad gäller behandling, även om informationen lättare når alla. Sättet skulle kunna förminska på skuld känslor och öka på anonymitet i jämförelse med de utskrivna anmälningarna.

Den skuld fria miljön skapar problem vilka utifrån skribentens tankar på basen av diskussion kring användares och behandlares erfarenheter skulle gå att undvika med hjälp av t.ex. en digital plattform. Plattformen skulle ge vårdpersonalen möjlighet att anonymt läsa, diskutera och ge förslag till förbättring och utveckling kring de inkomna HaiPro anmälningarna. Ett webbaserat forum där det skulle finnas information om rapporterade händelser på ett enkelt och anonymt sätt har också lyfts fram i tidigare forskning (Arfanis m.fl. 2011). En digital plattform skulle ge behandlaren möjlighet att anonymt svara på och delta i diskussion kring olika anmälningar. Det finns också en negativ sida med anonymitet som måste beaktas, då diskussionen lättare kan bli osaklig. Diskussionen och kommentarerna på den digitala plattformen skulle vidare användas som botten till en öppen dialog kring utvecklingsarbete och förbättringsåtgärder mellan vårdpersonal och behandlare under behandlingstillfället. Sättet skulle anonymisera den ursprungliga diskussionen och förslagen och möjligtvis styra diskussionen vidare i en mer utvecklande inriktning. Detta kräver att behandlaren fångar problemet för utveckling ur diskussionen och styr behandlingstillfället utgående från det och inte enskilda kommentarer. Den digitala plattformen skulle möjliggöra virtuell diskussion ifall behandlingstillfällena uteblir på grund av resursbrist och brådska. Den skulle även möjliggöra deltagande i egen takt för vårdpersonalen som påverkas av tidsbrist och turbulens och kanske öka på antalet anmälningar kring nära ögat händelser. Risken kan finnas i att diskussion kring anmälningarna uteblir på grund av tidsbrist hos vårdpersonalen. Det skulle ändå vara mer trovärdigt att det känns behagligare för vårdpersonalen att kommentera och diskutera anmälningarna och utvecklingsarbete för att förbättra säkerheten på den egna enheten i första hand anonymt, för att sedan tillsammans fortsätta planering under gemensamma behandlingstillfällen där även ansvarsuppgifter kring förändrings- och förbättringsåtgärder delas ut.

Inom den pre-hospitala akutvården har ett verktyg för att rapportera positiva händelser tagits i bruk. Detta väcker stort intresse bland de andra behandlarna, vilket visar på ett intresse i att ändra på tankesätt kring att leta efter fel till att se på sitt arbete ur en mer

positiv synvinkel. Kanske behandling i en turbulent komplex sjukhusvärld är svår att uppfylla på ett önskvärt sett, vilket orsakar känslor av frustration bland både behandlare och användare. HaiPro verktyget ses fortfarande identifiera faro- och nära ögat händelser väl, men kunde den fortsatta processen kring att använda informationen i förebyggande arbete utvecklas. Kunskapsbrist kring säkerhetstänkande kan ses leda till att begreppet patientsäkerhet definieras ur negativ synvinkel och till att farorapportering får en negativ prägel bland vårdpersonalen (Knuuttila m.fl. 2007). Handlar det om att modernisera sina tankar kring patientsäkerhet eller om att byta perspektiv för att komma vidare? Vikten av att lära sig av faro- och nära ögat händelser betonas fortfarande vid sidan om positivitet, men är det möjligt att arbeta vidare i en mer positiv anda? För att förbättra vårdkvaliteten, minska på- och förebygga fel är det viktigt att ge rum för säkerhetsaspekter och prioritera säkerhetskulturen organisatoriskt sätt och på enhetsnivå. Säkerhetstänkande får inte ske vid sidan om allt annat, det måste prioriteras. Vidare studier kring sjukskötarens erfarenheter av HaiPro behandlingstillfällen skulle vara värdefullt för att utveckla säkerhetskulturen och arbetssätt i fråga om behandling av farorapportering. Utveckling av själva verktyget kräver mera studier ur behandlarnas synvinkel. Är positivitet ändå det nya perspektivet i fråga om utveckling av patientsäkerhet återstår att se. För att möta hög kvalitet och standard som eftersträvas inom dagens komplexa hälso- och sjukvårdsorganisationer krävs även en strävan till hög tillförlitlighet i fråga om säkerhet.

Källor

AHRQ, *culture of safety*, 2018.

Tillgänglig: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture> Hämtad 27.12.2018.

Arfanis, K. & Smith, A., 2011, Informal risk assessment strategies in health care staff: an unrecognized source of resilience? *Journal of evaluation in Clinical Practice*, June 2011

Awanic, *HaiPro* 2016. Hämtad 22.4.2020. Tillgänglig: <http://awanic.com/haipro/>

Carlfjord, S., Öhrn, A., & Gunnarsson, A., 2018, Experiences from ten years of incident reporting in health care: a qualitative study among department managers and coordinators, *BMC Health Services Research* (2018) 18:113
DOI 10.1186/s12913-018-2876-5.

Danielsson, E., 2017, Kvalitativ forskningsintervju. I: Henricson M m.fl. (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, 2 upplagan, Studentlitteratur AB, Lund, s.143–153.

Doherty, C., Stavropoulou, C. & Tosey, P., 2015, How effective are incident- reporting systems for improving patient safety? A systematic literature review, *The Milbank Quarterly*, Vol. 93, No. 4, 2015 pp. 826-866 *Milbank Memorial Fund*, Published by Wiley Periodicals Inc.

Finlex 2010, *Hälso- och sjukvårdslagen 8§: Kvalitet och patientsäkerhet*.

Tillgänglig: <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>

Hämtad 22.04.2020

Författarna och Institutet för hälsa och välfärd, 2012., *Handbok för patientsäkerhet*.

Tillgänglig: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79937/d7da94ba-7232-4e48-bf17-ea684ef84146.pdf?sequence=1> Hämtad: 03.10.2018.

God medicinsk praxis, 2018, *God medicinsk praxis*.

Tillgänglig: <http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/kaypa-hoito>

Hämtad 10.01.2019

Henricson, M., 2017, Diskussion. I: Henricson m.fl. (red.),

Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad, 2 upplagan, Studentlitteratur AB, Lund, s.412–416.

Henricson, M., 2017, Teoretisk referensram. I: Henricson m.fl. (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, 2 upplagan, Studentlitteratur AB, Lund, s.52–53.

HUS laatu- ja potilasturvallisuus, 2020. Tillgänglig: https://www.hus.fi/potilaalle/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuustilanne_hus/Sivut/default.aspx
Hämtad 22.04.2020.

HUS opublicerad källa 2020, *potilasturvallisuuden poikkeamaraportti*.

HUS opublicerad källa 2019, *HaiPro behandlingsprocessen [muntl.]*.

HUS sairaanhoito, 2020. Tillgänglig: <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/porvoon-sairaala/Sivut/default.aspx>
Hämtad 22.04.2020.

HUS tietoa 2020. Tillgänglig: <https://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>
Hämtad 22.4.2020

HUS lean, 2018. Tillgänglig:
<http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/HUS-kehitt%C3%A4%C3%A4-toimintaansa-Lean-menetelm%C3%A4ll%C3%A4.aspx>
Hämtad 23.10.2018

Institutet för hälsa och välfärd, 2012, *Handbok om patientsäkerhet*, Tammerfors Universitet Tryckeri Tammerfors.

Karlsson, E., K., 2017, Informationssökning. I: Henricson m.fl. (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, 2 upplagan, Studentlitteratur, AB, Lund, s. 81–97.

Kjellström, K., 2017, Forskningsetik. I: Henricson m.fl.(red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, 2 upplagan, Studentlitteratur AB, Lund, s.69–73.

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius J., 2007, Terveysthuollon laadunvalvonta, Lääkelaitos: Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi, *Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007*.

Käypä hoito, 2014, Näytön asteen luokitus Käypä hoito -suosituksissa.
Tillgänglig: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02087>
Hämtad: 13.01.2019

Lorenzini, E., Oelke, N., Marck, P. & Dall`Agnoll, C., 2017, Researching safety culture: deliberative dialogue with a restorative lens, *International Journal for Quality in Health Care*, 2017, 29(5), 745–749.

Lundman, B. & Hällgren- Graneheim U., 2017, Kvalitativ innehållsanalys I: Granskär, M. & Hoglund Nielsen, B., (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, 3 upplagan, Studentlitteratur AB, Lund, kap 10.

Oedewald, P., Pietikäinen, E. & Reiman, T., 2008, Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa, *VTT tiedotteita* 2456.

Tillgänglig: <https://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2008/T2456.pdf>

Hämtad 14.10.2018

Parmelli, E., Flodgren, G., Fraser, SG., Williams, N., Rubin, G. & Eccles, MP., 2012, Interventions to increase clinical incident reporting in health care, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD005609.

Ruuhilehto, K. & Knuutila, J., 2008, HaiPro vaaratapahtumien raportointi: tuloksia ja kokemuksia käsittelystä. *HaiPro- projekti*.

Tillgänglig: http://haipro.vtt.fi/aineisto/hai-pro-kyselyn_yhteenvedo_210208.pdf

Hämtad 19.02.2019

SAOL, Evidens, 2015, *Svenska Akademiens Ordlista*.

Tillgänglig: <https://svenska.se/tre/?sok=evidens&pz=2>

Hämtad 14.02.2019

Sarste, T., 2012, *Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödynnettävyys*. Itä-Suomen yliopisto, sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Pro gradu-tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto.

Sparring Björkstén, K., Bergqvist, M., Andersén- Karlsson, E., Benson, L. & Ulfvarson, J.,

2016, Medication errors as malpractice-a qualitative content analysis of 585 medication errors by nurses in Sweden, *BMC health services research* (2016) 16:431 DOI 10.1186/s12913-016-1695-9

STM, 2017-2021, Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021, *Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisuja* 2017:9. Tillgänglig:

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hämtad 13.10.2018

STM, 2010, Vaaroista raportointi ja siitä kertyvän tiedon hyödyntämisen kansalliset linjaukset, raportointityövaliokunta 2006-2009. *Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisusarja 1/2007*

Tillgänglig:

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72183/URN%3ANBN%3Afi-fe201504224053.pdf?sequence=1>

Taylor, K., 2013, Learning from our mistakes Incident reporting, *Practice Nurse*, 10/18/2013, Vol. 43 Issue 10, p24-27. 3p.

TENK, *Forskningsetiska delegationen*, 2019. Tillgänglig: <https://www.tenk.fi/sv>

Volmanen, P. & Alahuhta, S., 2015, Olemmeko potilasturvallisuuden edistämisen eturintamassa, *Finnanest* 2015 48(4) 332–337.

Wibeck, V., Fokusgrupper, 2017. I: Henricson M. m.fl. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, 2 upplagan, Studentlitteratur AB, Lund, s. 169–185.

BILAGOR

BILAGA 1: Litteratursökning

Databas	sökord	avgränsning	träffar	utvalt
Medic	HaiPro	-	17	2
	vaaratapahtuma		1	0
	HaiPro AND potilasturvallisuus		10	0
	vaaratapahtuma AND potilasturvallisuus		1	0
	Incident reporting system AND patient safety AND development		226 46	0 0
Google scholar	perioperatiivinen HaiPro	2013->	77	1
Academic Search Elite- (Ebsco)	Incident reporting system AND patient safety,	2010->	109	2
	incident reporting process AND patient safety,		13	0
	Incident reporting system AND patient safety		16	1

	AND develop- ment HRO AND pa- tient safety Medication er- rors AND nurs- ing	- fulltext,2014->	16 119	1 1
Cinahl (Ebsco)	Incident report- ing system AND patient safety, In- cident reporting process AND pa- tient safety	2010->	55 11	0 0
SveMed+	Incident reporting system #patient safety	peer reviewed	2	0
cochrane library	incident incident reporting		1301 982	1 1

BILAGA 2: Frågeområden

Frågeområden

1. Behandling och rapportering

- A** Vem fungerar som operator för HaiPro rapporteringssystemet på er avdelning?
- B** Hur ofta behandlas HaiPro anmälningarna på avdelningen?
- C** Finns det ett på förhand bestämt regelbundet tillfälle för behandling av anmälningarna?
- D** Tillsammans med vem behandlas rapporterna?

2. Erfarenheter

- A** Har vårdpersonalen möjlighet att tillsammans med behandlaren diskutera HaiPro anmälan under behandlingstillfället?
- B** Har vårdpersonalen/personalen möjlighet att delta i utarbetande av utvecklings- och förbättringsförslag?
- C** Om svaret är ja på A och B, utgås det då från en öppen dialog tillsammans med personalen?

3. Utveckling och förändring

- A** Hur implementeras förbättrings- och utvecklingsförslagen på avdelningen?
- B** Hur framskider information angående avdelningens HaiPro anmälningar utanför avdelningen?
- C** Om det på avdelningen görs förbättringar utgående från HaiPro anmälningarna ger man informationen och utvecklingsförslagen vidare till andra enheter inom organisationen?

BILAGA 3: Kysymysalueet

Kysymysalueet

1. Käsittely ja raportointi

- A Kuka toimii HaiPro-raportointijärjestelmän operaattorina osastollanne?
- B Kuinka usein käsittelette HaiPro- ilmoituksia osastolla?
- C Onko ilmoitusten käsittelyä varten ennalta määrätty tilaisuus säännöllisesti?
- D Kenen kesken ilmoitukset käsitellään?

2. Kokemukset

- A Onko hoitohenkilökunnalla mahdollisuus yhdessä käsittelijän kanssa keskustella HaiPro- ilmoituksista käsittelytilaisuuden aikana?
- B Onko hoitohenkilökunnalla/henkilökunnalla mahdollisuus osallistua kehitys- ja parannusehdotusten valmisteluun?
- C Jos näin on, tapahtuuko tämä avoimen vuoropuhelun kautta?

3. Kehitys ja muutokset

- A Miten osastolla toteutetaan parannus- ja kehitysehdotuksia?
- B Miten tiedot osaston HaiPro- ilmoituksista etenevät osaston ulkopuolelle?
- C Jos osastolla tehdään parannuksia HaiPro- ilmoitusten perusteella, välittykö tieto ja kehitysehdotukset muille organisaation yksiköille?

BILAGA 4: Informantbrev och samtyckesdokument- förfrågan om deltagande i undersökningen: Utveckling av patientsäkerhet med hjälp av HaiPro rapportering

Förfrågan är riktad till avdelningsskötaren eller operatören för HaiPro rapporteringssystemet och till en sjukskötare på avdelningen.

Bakgrund

En högklassig patientsäkerhetskultur är viktig för att förbättra och utveckla patientsäkerheten. Som utmaning kan ses att utveckla patientsäkerhetssynen till ett positivt och förebyggande systemiskt begrepp som berör hela organisationen. I en god patientsäkerhetskultur försöker man förstå och inneha kunskap för att kunna fungera säkert och aktivt arbeta på ett förebyggande sätt. Ansvarskänsla, skuldfri miljö, öppen dialog och rätt att påverka spelar en viktig roll när man pratar om patientsäkerhetsarbete.

Syfte

Syftet med undersökningen är att kartlägga hur de ansvariga för HaiPro anmälningarna på Borgå sjukhus behandlar dem, i vilka forum de behandlas och med vilka metoder man går igenom anmälningar och vilka erfarenheter vårdpersonalen på avdelningen har av behandlingen. I studien är focus också på hur utvecklings- och förbättringsförslagen åtgärdas och förs vidare inom enheten och organisationen. Utifrån svaren är skribenten intresserad att åskådliggöra ett enhetligt sätt för alla avdelningar.

Förfrågan om deltagande

Detta är en förfrågan om deltagande i fokusgruppintervju för er avdelning. Önskemålet är att få komma till sjukhuset och genomföra fokusgruppintervjuer. Förfrågan gäller personen som fungerar som operator för HaiPro rapporteringssystemet på avdelningen och för en sjukskötare från alla avdelningar. Operator och sjukskötare deltar i skilda fokusgruppintervjuer. Grupperna består av 5-6 personer ifall alla inbjudna deltar. Gruppintervjuerna beräknas ta 60 minuter. Deltagandet är frivilligt och deltagandet kan när som helst avbrytas på er begäran. Informanterna har genom detta brev fått ta del av information om studien och genom deltagande i intervju ges samtycke till studien.

Hantering av data

Gruppintervjuerna kommer att bandas, transkriberas och analyseras för ett masterarbete inom utbildningen, Avancerad klinisk vård, vid yrkeshögskolan Arcada. Arbetet kommer att publiceras på databasen Theseus. Då resultatet från studien publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

Kontaktuppgifter och tidtabell

Gruppintervjuerna planeras att ske under hösten 2019. Ni kontaktas per Email för tillstånd och samtycke att delta i undersökningen och för att komma överens om tidpunkt för fokusgruppintervju. Studien utförs av sjukskötare Lotta Eronen som studerar till yrkeshögskoleexamen i Avancerad klinisk vård på Arcada.

Handledare för studien: Eivor Wallinvirta, Hvd, överlärare emerita Arcada,

eivor.wallinvirta@arcada.fi, tel. 0503607530

Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av: Lotta Eronen, tel. 0407266670, lotta.eronen@arcada.fi

Extern handledare: Riitta Matikka, Laatu-päällikkö, TtM, tohtoriopiskelija, riitta.matikka@hus.fi

BILAGA 5: Tiedote ja suostumusasiakirja- kutsu osallistua tutkimukseen:

Potilasturvallisuuden kehittäminen HaiPro raportoinnin avulla

Osallistumispyyntö on suunnattu osastonhoitajalle tai HaiPro raportointijärjestelmän käsittelijälle ja yhdelle sairaanhoitajalle osastolla.

Tausta

Korkealuokkainen potilasturvallisuuskulttuuri on tärkeä potilasturvallisuuden parantamisen ja kehityksen kannalta. Haasteena on kehittää potilasturvallisuuskäytäntöä systeemiseksi, positiiviseksi ja ennaltaehkäiseväksi käsitteeksi, joka käsittää organisaation kokonaisuudessaan. Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa yritetään aktiivisesti ymmärtää, toimia ja sisäistää tietoa, jotta voidaan toimia turvallisesti aktiivisen ennaltaehkäisevän työn kautta. Vastuullisuudentunto, syyllistämätön ympäristö, avoin vuoropuhelu ja oikeus vaikuttaa ovat avainasemassa, kun puhutaan potilasturvallisuustyöstä.

Tavoite

Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa Porvoon sairaalan HaiPro- käsittelijöiden toimintatapoja ilmoitusten käsittelyssä, missä foorumissa ja millä keinolla ilmoitukset käsitellään ja hoitohenkilökunnan kokemuksia käsittelystä. Kiinnostuksen kohteena on myös, miten kehitys- ja parannusehdotukset käsitellään ja viedään eteenpäin yksikön ja organisaation sisällä. Vastausten perusteella pyritään yhtenäistämään kaikkien osastojen toimintatapoja.

Osallistumispyyntö

Tässä esitetään teidän osastollenne pyyntö osallistua fokusryhmähaastatteluun. Toiveena on voida pitää fokusryhmähaastatteluja sairaalassanne. Tämä osallistumispyyntö on henkilölle, joka toimii HaiPro- raporttien käsittelijänä osastollanne. Myös yksi sairaanhoitaja kutsutaan joka osastolta haastatteluun. Sairaanhoitajat ja käsittelijät osallistuvat erilliseen fokusryhmähaastatteluun. Ryhmän koko on osallistumispyynnön mukaan 5-6 henkilöä jos kaikki pyynnön saaneet osallistuvat. Fokusryhmähaastattelu on arvioitu kestävän 60 minuuttia. Osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistuminen voidaan keskeyttää pyynnöstänne, milloin tahansa. Haastateltavat ovat tämän kirjeen myötä saaneet tietoa tutkimuksesta ja osallistumalla haastatteluun antavat suostumuksensa tutkimukselle.

Tietojen hallinta

Fokusryhmähaastattelun aineisto nauhoitetaan, aukikirjoitetaan ja analysoidaan. Aineistosta muokataan ylemmän AMK- tutkinnon (kliininen asiantuntija) opinnäytetyö Arcada- ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus tietokannassa. Julkaistavassa opinnäytetyössä säilytetään haastateltavien anonyymiteetti siten, että ketään henkilöä ei voi tunnistaa.

Yhteystiedot ja aikataulu

Fokusryhmähaastattelut on suunniteltu tehtäväksi syksyn 2019 aikana. Teihin ollaan yhteydessä sähköpostitse kutsun saapumisen jälkeen suostumuksen saamiseksi ja ajankohdan sopimiseksi. Tutkimuksen tekee sairaanhoitaja Lotta Eronen, joka opiskelee ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon: Avancerad klinisk vård, kliininen asiantuntija, korkeakoulu Arcadassa.

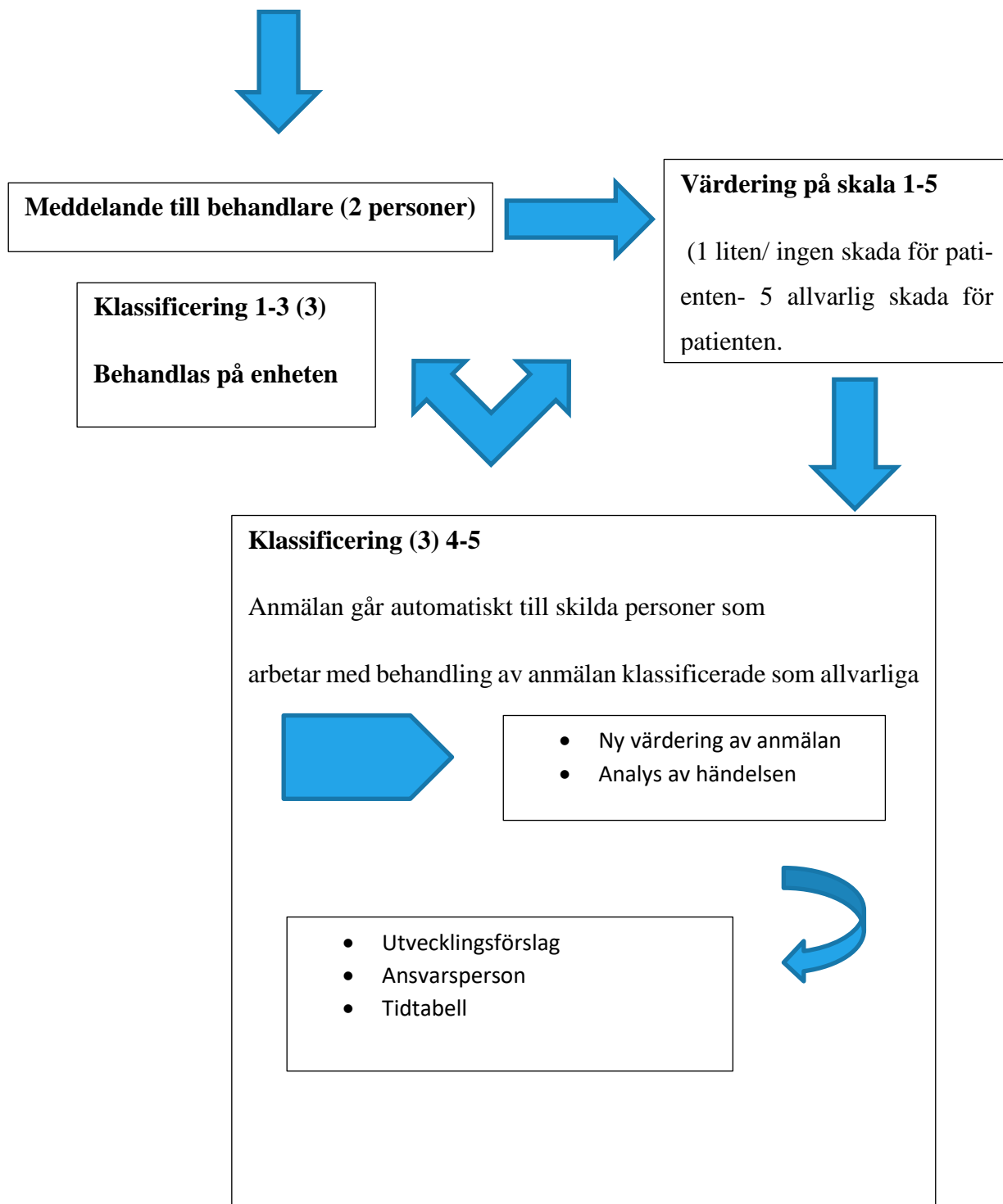
Tutkimuksen ohjaaja Eivor Wallinvirta, TtT, yliopettaja emerita, Arcada, eivor.wallinvirta@arcada.fi, puh. 0503607530

Lisätiedot ja kysymykset Lotta Eronen, puh. 0407266670, lotta.eronen@arcada.fi **Ulkoisen ohjaaja:**

Riitta Matikka, Laatu päällikkö, TtM, tohtoriopiskelija, riitta.matikka@hus.fi

BILAGA 6: Behandlingsprocessen

ANMÄLAN



BILAGA 7: Urval av informanter

