



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

AVVIKELSE- RAPPORTERING = EN TILLGÅNG ELLER ETT HINDER?

En empirisk studie om allmänsjuksköterskors tankar, känslor och upplevelser kring avvikelserapportering.

CECILIA ANDERSSON
MALENA FLORÉN

AVVIKELSERAPPORTERING = EN TILLGÅNG ELLER ETT HINDER?

En empirisk studie om allmänsjuksköterskans tankar, känslor och upplevelse av avvikelserapportering.

Cecilia Andersson
Malena Florén

Andersson, C & Florén, M. Avvikelserapportering = En tillgång eller ett hinder? En empirisk studie om allmänsjuksköterskans tankar, känslor och upplevelse kring avvikelserapportering. *Examinationsarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö Högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2005.

Syftet med vår studie var att undersöka allmänsjuksköterskans tankar, känslor och upplevelser kring avvikelserapportering. I vår empiriska kvalitativa studie besvaras våra tre frågeställningar; ”Hur upplever allmänsjuksköterskan att avvikelserapporter?”, ”Ser allmänsjuksköterskan avvikelserapportering som en tillgång eller som ett hinder?” och ”Vad anser allmänsjuksköterskan att man bör rapportera?”. Genom att intervjua sex informanter från tre olika sjukhusavdelningar fick vi fram fyra kategorier. I vår första kategori presenteras allmänsjuksköterskans tankar och känslor kring avvikelserapportering och i kategori två och tre presenteras deras positiva och negativa upplevelser. I kategori fyra presenteras vilka avvikelser allmänsjuksköterskan tycker bör rapporteras.

Nyckelord: avvikelse, avvikelserapportering, intervju, sjuksköterska, upplevelser

INCIDENT REPORTING = A RESOURCE OR AN OBSTACLE?

An empirical study on nurse's thoughts, feelings and experiences about incident reporting.

Cecilia Andersson
Malena Florén

Andersson, C & Florén, M. Incident reporting = A resource or an obstacle? An empirical study on nurse's thoughts, feelings and experiences about incident reporting. *Degree Project 10 credit points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2005.

The aim of this study was to investigate nurse's thoughts, feelings and experiences about incident reporting. In our empirical qualitative study our three questions were answered; "Does the nurse see incident reporting as a resource or an obstacle?" and "What does the nurse think you should report?". By interviewing six informants from three different hospital wards, we identified four incident reporting categories. The three emerging categories included: nurse's thoughts and feelings about incident reporting, positive and negative experiences of making such reports. In the last category nurses opinions of what should be reported was highlighted.

Keywords: experiences, incident report, incident reporting, interview, nurse

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Historik	5
Lagar och föreskrifter	6
Tidigare forskning	7
Begreppsdefinitioner	8
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	8
METOD	9
Vår förförståelse	9
Etiska överväganden	9
Litteraturgenomgång	10
Urval	10
Datainsamling	10
Bearbetning och analysering	11
RESULTAT	12
Kategori 1: Sjuksköterskans tankar och känslor kring Avvikelse er rapportering	12
<i>Anna</i>	12
<i>Berta</i>	13
<i>Carla</i>	13
Kategori 2: Positiva upplevelser	13
Kategori 3: Negativa upplevelser	14
Kategori 4: Avvikelse er som bör rapporteras	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
<i>Etiska överväganden</i>	17
<i>Litteraturgenomgång</i>	17
<i>Urval</i>	17
<i>Datainsamling</i>	18
<i>Bearbetning och analysering</i>	19
Resultatdiskussion	20
<i>Kategori 1: Sjuksköterskans tankar och känslor kring avvikelseerrapportering</i>	20
<i>Kategori 2 och 3: Positiva och negativa upplevelser Avvikelseer som bör rapporteras</i>	21
SLUTSATSER	25
REFERENSER	26
BILAGOR	28

INLEDNING

Sjuksköterskerollen är en mycket ansvarsfull roll och den ska uppfylla krav på god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling. Ett sätt att tillgodose god kvalitet inom hälso- och sjukvården är genom kvalitetsarbete där avvikelserapportering är en viktig del. Vi är nu snart färdiga med vår utbildning till legitimerade sjuksköterskor och tycker inte att vi fått tillräckligt med information och kunskap om avvikelser och avvikelserapportering under vår sjuksköterskeutbildning. När vi hade möjlighet i vårt examensarbete att göra en empirisk studie såg vi en möjlighet att kunna lära oss mer och samtidigt undersöka hur allmänsjuksköterskor inom hälso- och sjukvården ser på det. Tiden har begränsat oss så att vi inte kunnat göra en så omfattande studie men vi hoppas ändå genom detta arbete kunna visa både sjukhuspersonal och andra studenter hur viktigt det är med kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården.

BAKGRUND

Historik

På 1900-talet började man intressera sig för systematisk utvärdering av kvalitet inom den medicinska vården i Nordamerika. En frivillig organisation grundades år 1952, och de sjukhus som ingick i denna organisation blev snabbt populära då de fick en mer positiv attityd från försäkringsbolagen. Sjukhusen drog allt fler patienter till sig och blev snabbt lönsam. Denna organisation förordade till att liknande organisationer startades i både Kanada, Australien och Storbritannien (Udén, 1994).

På uppdrag från WHO bildades det en internationell organisation 1983 för kvalitetsfrågor, International Society for Quality Assurance (ISQA). I denna organisation har Sverige varit representant från dess uppkomst. Året efter satte WHO upp 38 stycken hälsopolitiska mål för Europaregionen, där mål 31 handlade om kvalitetssäkring. I målet stod det att alla medlemsländer fram till år 1990 ska ha byggt upp ett effektivt system som garanterar god kvalitet i hälso- och sjukvården. För att detta mål skulle uppnås krävde man utveckling av metoder och organisation för en regelbunden kontroll av vårdkvaliteten, och att all hälso- och sjukvårdspersonal får utbildning inom kvalitetskontroll (Dahl, 1991). Detta mål uppfylldes i Sverige med hjälp av olika organisationer, lagar och föreskrifter.

År 1988 startades en arbetsgrupp SSN (Sjuksköterskors samarbete i Norden), som arbetar med kvalitetsfrågor. I SSN: s tidskrift beskrevs 1992 varje nordiskt lands utveckling av kvalitetssäkring utifrån WHO: s riktlinjer. År 1997 bildade Svenska sjuksköterskeföreningen (SSF, som bildades 1910) ett både nationellt och internationellt tvärprofessionellt råd som behandlar kvalitetsfrågor (Kristoffersen, 1998).

År 1991 utarbetade Svensk sjuksköterskeförening (SSF) tillsammans med Vårdförbundet (SHSTF) en metod om kvalitetssäkring, DySSSy. Denna metod kommer ursprungligen från Storbritannien men har omarbetats och anpassats till de svenska förhållandena (Svensk sjuksköterskeförening, 1996).

Kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården jämförs ofta med industrin. På 1800-talet låg hela ansvaret på individen, det vill säga att hela produkten gjordes av en och samma person. Genom industrialiseringen i början av 1900-talet fick varje anställd ansvara för endast en liten del av den totala verksamheten. För att kunna kontrollera produkterna växte det fram olika kontrollavdelningar. På 1960-talet började man prata om total kvalitetsstyrning, vilket innebar att kvalitetskontroll blev viktigt inte bara för arbetsledarna utan också för personalen som helhet. På 1980-talet ökade intresset för kvalitet genom att kunderna satte högre krav och konkurrensen ökade. Idag arbetar man med kvalitetskontroll i team istället för var och en för sig (Dahl, 1991).

Lagar och föreskrifter

Sjuksköterskan styrs av många lagar och författningar som hon är skyldig att känna till och följa.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) beskriver att sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. I SFS 1996:787, står det att ledningen av hälso- och sjukvården skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. För att uppfylla dessa krav antogs en författning (1993:9) om obligatorisk kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården inklusive tandvården. I SOSFS 1993:9 framgår det att personalen ska bedriva fortlöpande, systematiskt och dokumenterat kvalitetssäkringsarbete. Denna föreskrift utvecklades senare till SOSFS 1996:24, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. Föreskriften innefattar att all personal skall medverka i de systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingarna i verksamheten. De ska också garantera kvalitet och säkerhet i patientens vård och omhändertagande. De ska ta hand om och beakta förslag och klagomål från patienter och närstående.

Lex Maria (SOSFS 2002:4 (M)) är bestämmelser om att yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården är skyldiga att anmäla till Socialstyrelsen om en patient drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Vid allvarliga skador eller sjukdomar som patienten utsätts eller kan utsättas för är man skyldig att anmäla. Det ska inte finnas någon risk för att en skada eller sjukdom ska kunna förutses eller uppkomma. Komplikationer till olika vård- och behandlingsmetoder som medfört skada eller risk ska anmälas om hälso- och sjukvårdspersonalen har agerat felaktigt.

Patienterna kan också bidra till kvalitetssäkring genom att vända sig till nämnderna med klagomål och synpunkter. I lagen om patientnämndsverksamhet (SFS 1998:1656) står det att nämnderna ska utifrån synpunkter och klagomål från patienter stödja och hjälpa dem och bidra till kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen (2002) fick i uppdrag av regeringen 2001 att granska avvikelshantering inom olika enheter inom hälso- och sjukvården. Syftet med granskningen var att redovisa hur avvikelshantering som en del i kvalitetsutvecklingen tillämpas hos vårdgivare inom olika delar av hälso- och sjukvården. Granskningen innefattade 267 offentliga och icke offentliga enheter och gjordes under perioden april – september 2001. Resultatet visade ingen

avgörande skillnad mellan de icke offentliga och de offentliga enheterna. Granskningen visade att merparten av personalen kände till skyldigheten att rapportera avvikelser men syftet med avvikelserrapportering var mindre känt. Det framgick att vissa avstod att rapportera för att de var rädda för påföljder samt att komma i konflikt med kollegorna. Personalen får feedback på enskilda åtgärdade avvikelser. Den erfarenheten av feedbacken används dock inte så ofta vid förebyggande riskanalysarbete, det sker heller ingen uppföljning av effekten av åtgärderna. I vårdgivarnas kvalitetsutveckling ansågs avvikelshandlingen endast utgöra en liten del. I granskningen fick man också fram de kategorier som det rapporterades flest avvikelser om, i följande ordning; fallskador, läkemedelshandling, administrativa rutiner i samband med vård och behandling, diagnostiken i vård och behandling, teknik, journaldokumentation, samverkan, klagomål, arbetsmiljö och övrigt. Den kommunala hälso- och sjukvården var den enhet som rapporterade flest avvikelser, märkbart där var den stora andelen avvikelser inom kategorin fallskador. Inom sjukhusvården rapporterades det huvudsakligen inom kategorin diagnostik i vård och behandling. Sjuksköterskor är de som skriver flest avvikelserrapporter, det framkom att läkarna har andra sätt att rapportera avvikelser än genom avvikelssystemet. Slutsatsen i granskningen var att fortsätta fokusera och lägga stor vikt vid avvikelshandling som är en viktig del i kvalitetsutvecklingen.

Tidigare forskning

Walker och Lowe (1998) undersökte sjuksköterskornas inställning till att skriva avvikelserrapporter i Australien. De kom fram till några anledningar varför man bör skriva en avvikelserapport. En anledning var att sjuksköterskorna tyckte det var ett bra system för att de fick feedback så de kunde förbättra sin arbetssituation så att inte fler patienter skulle bli drabbade. Studien visade också två olika anledningar varför sjuksköterskorna väljer att inte skriva avvikelserrapporter. Den första anledningen var att man ville skydda sig själv, man ville helt enkelt inte komma i trubbel eller hamna utanför gruppen. De kände också att de inte ville rapportera någon vän eller kollega som då kunde få problem. Den andra anledningen var att det berodde på följderna av händelsen, om patienten inte fått några allvarigare komplikationer valde de att inte rapportera. Vincent (1998) gjorde en liknande studie i Storbritannien där han kom fram till att det fanns många olika anledningar till att inte skriva avvikelserrapporter. I studien var de fyra vanligaste anledningarna; onödigt, höja arbetsbördan, nyanställda skulle få skulden och man hade mycket att göra så man helt enkelt glömde bort att skriva.

Kingston m fl (2004) gjorde en studie i södra Australien på tre allmänna sjukhus där de jämförde läkares och sjuksköterskors attityder till att skriva avvikelserrapporter. I studien uttryckte sjuksköterskorna en frustration för deras nuvarande avvikelssystem. De tyckte att de fick för lite stimulering och feedback på sina avvikelserrapporter. De kände inget stöd för systemet alls utan kände sig oroliga för utpekning och eventuell bestraffning. Sjuksköterskorna trodde att avvikelserrapportering skulle kunna få fram viktig information och att de problem som fanns skulle bli uppmärksammade. De trodde att det skulle resultera i en förbättrad arbetsmiljö och en bättre och säkrare omvårdnad.

Evans m fl (2004) gjorde en undersökning i södra Australien där man intervjuade 2005 personer per telefon. De intervjuade personerna fick ett fall uppläst för sig där en patient fick fel medicin, inga allvarliga komplikationer tillstötte mer än en orolig mage under ett dygn. Endast ansvarig sjuksköterska kände till incidenten.

Personerna fick sedan välja om de tyckte att sjuksköterskan skulle rapportera incidenten eller låta bli och lära av sitt misstag. Av de tillfrågade tyckte 94,2 % att händelsen skulle rapporteras. De som tyckte att man skulle rapportera fick ytterligare en fråga om de tyckte att den ansvariga sjuksköterskan skulle uppge sitt namn i rapporten eller vara anonym. 68 % tyckte att den ansvariga sjuksköterskan skulle uppge sitt namn och 29,2 % tyckte att hon kunde vara anonym och 2,8 % hade en annan uppfattning.

Webster och Anderson (2002) från Nya Zeeland har tagit fram en guide om hur man inför en effektiv avvikelserapportering för att minska de medicinska misstagen inom hälso- och sjukvården. De menar att noggrann och komplett avvikelserapportering kan identifiera och korrigera problemen innan patienterna kommer till skada. De tror också att allvarliga olyckor kan förebyggas på bästa sätt genom att reducera de underliggande problemen i systemet. Webster och Anderson anser att en effektiv avvikelserapportering kräver anonymitet och lång tid av rapportering i en ickestraffande arbetsmiljö. Webster och Anderson (2002) och Knight (2004) som har gjort sina studier i Storbritannien menar att man ska sätta fokus på att förbättra arbetsmiljön som personalen arbetar i istället för att straffa en enskild individ. De menar att de flesta incidenter inte orsakas av en individ utan oftast beror det på miljön runt omkring och på situationen i sig.

Stanhopes m fl (1998) gjorde en studie där syftet var att bestämma tillförlitligheten av avvikelserapportering på två förlossningsavdelningar på ett universitetssjukhus i Storbritannien. Det gjorde man genom att belysa hur många skadliga incidenter som inte rapporteras av personal och för att bestämma huruvida en kvalitetsansvarig kan öka tillförlitligheten av avvikelserapportering genom att söka igenom olika typer av dokumentation. Studien visade att avvikelserapporter inte avslöjar det riktiga antalet incidenter som inträffar. Resultatet visade också att cirka 23 % av incidenterna rapporterades av personalen, och sedan kunde den kvalitetsansvariga upptäcka och rapportera ytterligare 22,4 %.

Begreppsdefinitioner

Kvalitetssäkring innebär en ständigt pågående process för att beskriva, mäta, värdera och vid behov vidta åtgärder för att förbättra kvaliteten (Udén, 1994).

Avvikelsehantering omfattar rutiner för identifiering, rapportering, analys, uppföljning och återföring av erfarenheter av avvikelser och klagomål. En *avvikelse* är en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller skulle ha kunnat medföra skada för en patient. Med *klagomål* avses negativa synpunkter på hälso- och sjukvården (SOSFS 2002:4 (M)).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med vår studie var att undersöka allmänsjuksköterskors tankar, känslor och upplevelser kring avvikelserapportering. Frågeställningarna som ligger till grund för vårt syfte är:

1. Hur upplever allmänsjuksköterskan att skriva avvikelserapporter?

2. Ser allmänsjuksköterskor avvikelserapportering som en tillgång eller som ett hinder i sitt arbete?
3. Vad anser allmänsjuksköterskan att man bör rapportera?

METOD

Vi valde att göra en empirisk kvalitativ studie med hermeneutisk ansats. Vi ansåg att hermeneutiken var den mest lämpliga teorin till vår studie eftersom vi vill undersöka, förstå och tolka andra sjuksköterskors tankar, känslor och upplevelser kring avvikelserapportering. Enligt Hartman (1998) karakteriseras en kvalitativ studie av att man försöker nå förståelse för livsvärlden hos en individ eller en grupp individer. Hartman menar också att termerna som ingår i hermeneutiken beskriver en individs eller grupp individers livsvärld. Detta gör den genom att innehålla termer som beskriver hur människor uppfattar sin situation. Man är alltså intresserad av innehållet i föreställningar, hur människor föreställer sig olika företeelser i världen inte hur världen är. Hartman säger också att en hermeneutisk teori är holistisk. Med det menar han att man inte kan beskriva människors föreställningar en och en utan man måste se sambanden mellan dem och se hur de påverkar varandra. Detta för att kunna ge en så korrekt beskrivning som möjligt av en individs eller grupp individers livsvärld.

Den forskningsprocess vi använt oss av är analytisk induktion. Denna forskningsprocess delas in i tre faser; planerings-, insamlings- och analysfasen. I planeringsfasen formulerar man sina frågeställningar, väljer sina kunskapskällor och väljer ut sina informanter. Insamlingsfasen innebär att man inhämtar information och kunskap av sina informanter. I analysfasen kodar och tolkar man sitt material. När man ska koda sitt material reducerar, organiserar och kategoriserar man materialet. Först finner man meningsbärande ord och begrepp som man tycker är intressanta och sedan kategoriserar man de orden. Kategoriseringen görs genom att föra samman de ord och begrepp som handlar om samma sak. En av dessa blir sedan huvudkategorin, det är den kategori som känns viktigast för informanterna. De andra kategorierna ska stå i relation till huvudkategorin. När man fått fram de olika kategorierna ska man tolka dem, vilket innebär att man söker den mening för studien och det är där förståelsen som man är ute efter i kvalitativa studier framträder. (Hartman, 1998)

Vår förförståelse

Vi har tidigare erfarenheter av vården och dess arbetsmiljö genom vår kliniska utbildning och våra tidigare arbetserfarenheter inom äldreomsorg. Men vår förförståelse för ämnet avvikelserapportering var relativt liten, vi hade inte varit i kontakt med avvikelshantering tidigare.

Etiska överväganden

Tillstånd att utföra intervjuerna fick vi genom verksamhetschefens godkännande. Detta tillstånd tillsammans med vår projektplan användes vid ansökan om tillstånd från det lokala etikprövningsrådet vid Hälsa och Samhälle, Malmö Högskola. Ansökan godkändes 2004-10-15.

Informanterna fick skriftlig deltagarinformation (bilaga 1) och vid intervjutillfällena gav vi dem muntlig information samt en samtyckesblankett (bilaga 2) att skriva under. Informanterna lovades anonymitet och att ingen intervju skulle presenteras i sin helhet. Vi bedömer att det inte föreligger några etiska hinder för studiens genomförande.

Litteraturgenomgång

Vi började söka ämnesanknuten litteratur för att få en uppfattning om vad som fanns skrivet om avvikelserapportering. Vi sökte också metodlitteratur för att få en djupare kunskap angående den metod vi valt. Vi har läst lagar och författningar som berör avvikelserapportering. På Internet sökte vi artiklar om tidigare forskning i databaserna Elin, PubMed, Blackwell och Cinahl. Sökorden vi använde var ”incident reporting” och ”risk management”. Artiklarna vi använde var ifrån Storbritannien, Australien och Nya Zeeland. Läsning av litteraturen gav en bättre inblick i området avvikelserapportering.

Urval

Kvale (1997) menar att antalet informanter skiftar beroende på den tid och de resurser som finns att tillgå. Han menar att det nödvändiga antalet informanter också beror på studiens syfte. Vi hade en tanke om att studien skulle innefatta mellan 5-8 informanter, till slut blev det sex informanter. Dessa sex informanter var tillräckligt många för att vi skulle kunna intervjua, bearbeta och analysera materialet på ett genomtänkt och bra sätt med tanke på den begränsade tid vi hade. Våra kriterier på informanterna var att de någon gång skulle ha skrivit en avvikelserapport samt att de skulle arbeta som allmänsjuksköterskor. Enligt Hartman (1998) gör man inga slumpmässiga urval i kvalitativa studier utan man är intresserad av en bestämd kunskap och väljer därför ut informanter som kan ge oss den kunskapen. Hartman anser att om man inte har någon föräning om lämpliga informanter kan man söka kontakt med någon som har denna kunskap och på så sätt få hjälp att välja ut lämpliga informanter. Vi kontaktade verksamhetschefen för den aktuella verksamheten och fick namnen på de tre avdelningsföreståndarna för de tänkta avdelningarna. Vi besökte sedan varje avdelningsföreståndare och presenterade oss och syftet med vårt arbete. Vi bestämde att träffas dagen efter så att föreståndarna kunde tänka igenom och förhöra sig om två allmänsjuksköterskor på deras avdelning som kunde tänka sig delta i vår studie. Vi lämnade ut vår projektplan till avdelningsföreståndarna och gav ut deltagarinformation samtidigt som vi planerade tid för varsin intervju. Tidpunkt för intervjun valdes med hänsyn till informantens önskemål. Vi träffade inte alla informanterna vid utlämnandet av deltagarinformationen, för att de inte arbetade just den dagen. De informanter vi inte träffade och gick igenom deltagarinformationen med var vi angelägna att försäkra oss om att de var medvetna om att deltagandet var helt frivilligt och att de när som helst kunde avsluta deltagandet innan intervjuerna började.

Datainsamling

Vi gjorde bandinspelade intervjuer med våra informanter, vilket alla informanter gav sitt samtycke till. När vi i början av intervjuerna gav informanterna information så fick de även skriva under en samtyckesblankett. Både Hartman (1998) och Dahlberg (1997) menar att intervjuer är en bra metod att använda vid kvalitativa studier. De anser att genom en intervju riktar sig forskaren till andra människors livsvärld som är hermeneutikens huvudsakliga innebörd.

Dahlberg (1997) anser att om forskaren genom dialog ska kunna skapa en reflektion över en viss företeelse måste forskaren förhålla sig öppen för vad informanten berättar om den aktuella företeelsen. Vid en intervju ska intervjuaren sträva efter att inte ta något för givet. Man ska försöka att ställa frågor och kommentera på ett sätt som gör att informanten berättar mera, förtydligar sig, fördjupar sig och helst också ger exempel på de beskrivna uppfattningarna. Det är också viktigt att betona för informanten att det inte handlar om ”rätt” eller ”fel” utan det är deras egna erfarenheter, upplevelser och uppfattningar av en företeelse som är det intressanta för intervjun. Precis som Dahlberg beskriver betonade vi vårt intresse för deras tankar, känslor och upplevelser kring avvikelserapportering innan intervjuerna började. Vi förtydligade att intervjun inte skulle gå ut på att förhöra dem angående avvikelserapportering.

Hartman (1998) skriver att informanten själv har stor möjlighet att påverka vad som diskuteras under intervjun, medan intervjuaren försöker rikta in samtalet mot de områden som är relevanta för frågeställningen. För att inte gå utanför ämnet för mycket anser Hartman att man bör använda sig av en intervjuguide. Enligt Kvale (1997) ska intervjuguiden innehålla en översikt över de områden som ska undersökas och förslag på frågor. Vår intervjuguide (bilaga 3) börjar med några bakgrundsfrågor för att vi skulle få en övergripande blick över vilka våra informanter var och vilken förförståelse de hade. Efter bakgrundsfrågorna började vi med en öppen och personlig fråga där informanten talade fritt om sina tankar och känslor kring avvikelserapportering. Sedan valde vi att ställa mer konkreta och riktade frågor för att koncentrera intervjun på ämnet. Vi avslutade intervjun med en öppen diskussionsfråga där informanten själv höll en diskussion kring för- och nackdelar kring avvikelserapportering. Efter våra frågor gav vi tillfälle för informanten att ytterligare kommentera frågor som informanten tänkt på eller undrat över under intervjun, vilket rekommenderas av Kvale (1997). Hartman (1998) beskriver två intervjutekniker, där den vanligaste formen är trattekniken. Med den tekniken börjar man med öppna och allmänna frågor kring ämnet för att sedan rikta frågorna. Den andra intervjutekniken han beskriver är omvänd tratteknik, där man inleder med riktade frågor och avslutar med de mer generella. Vi har som vi beskrivit ovan valt att kombinera dessa båda tekniker, som vi har döpt till ”timglastekniken”.

Vi valde att båda författarna skulle delta under alla intervjuerna, för att båda författarna skulle ha samma upplevelse och kunna tolka och bearbeta resultatet utifrån samma erfarenheter. Varje intervju tog cirka 30 minuter och ägde rum på respektive informants avdelning i ett avskilt rum. Enligt Kvale (1997) ger intervjuer i informantens naturliga miljö en mer komplett bild av deras åsikter.

Bearbetning och analysering

Efter intervjuerna transkriberade vi varje intervju ordagrant direkt efter att den utförts. Att transkribera innebär att intervjun skrivs ned i sin helhet så noggrant som möjligt (Dahlberg, 1997). Kvale (1997) menar att genom transkribering struktureras intervjun på ett sätt som underlättar analysen till skillnad från om man hade analyserat direkt från inspelningen. I analysfasen transkriberade vi tre intervjuer var. Efter transkriberingen lästes intervjuerna igenom många gånger och sen kodade vi intervjumaterialet och tog ut de meningsbärande orden var och en för sig. På detta sätt var det möjligt att oberoende av varandra skapa sig en förståelse för materialet. Vi tyckte att de meningsbärande orden i materialet var ganska självklara och båda hade i stort sätt därför valt ut samma ord. Orsaken till

detta kan bero på att vi båda medverkade vid alla intervjuerna och hade en gemensam bild och upplevelse av intervjuerna samt att vi hade samma förståelse och kunskap om ämnet. Vi hade förväntningar om att transkriberingen skulle vara mer komplicerad än vad den visade sig vara. Sedan kategoriserade vi tillsammans in orden i en matris och tolkade sedan sambanden mellan delarna (kategorierna) och helheten (intervjumaterialet). Tolkningsfasen kändes lämpligare att göra tillsammans eftersom tankearbetet kunde underlättas när en dialog samtidigt kunde föras. Detta tillvägagångssätt genom att först analysera var och en för sig och sedan tillsammans tolka resultatet kan enligt Kvale (1997) öka analysens trovärdighet. Till sist bildades en översiktskarta med de olika kategorierna och vi fick på så sätt fram ett upplägg för vårt resultat.

RESULTAT

Genom bakgrundsfrågorna i intervjuguiden framkom det att alla informanter var kvinnor och i åldern 24-55 år. Informanterna har arbetat som sjuksköterska i 6 mån – 34 år och fyra av dem hade arbetat inom vården tidigare, antingen som vårdbiträde eller undersköterska. Samtliga informanter hade gått sin sjuksköterskeutbildning i Sverige och de hade skrivit allt ifrån 2 - 15 avvikelserapporter var.

Syfte med studien var att ta reda på allmänsjuksköterskans tankar, känslor och upplevelser kring avvikelserapportering. I resultatet fick vi fram fyra kategorier; sjuksköterskans tankar och känslor kring avvikelserapportering, positiva upplevelser och negativa upplevelser samt avvikelser som bör rapporteras. Dessa fyra kategorier har underkategorier för att strukturera upp resultatet och göra det lättöverskådligt.

Kategori 1: Sjuksköterskans tankar och känslor kring avvikelserapportering

Tankar och känslor kring avvikelserapportering är väldigt individuellt och skiljer sig mellan de sex informanterna. Känslorna varierade allt ifrån att vara något naturligt och vardagligt till att kännas tufft och jobbigt. Informanterna hade också mycket tankar och funderingar kring hur andra skulle kunna känna när de skriver en avvikelserapport. De talade ofta om tankar och känslor i tredje person. För att beskriva vad informanterna uppgav skapades tre olika personer (Anna, Berta och Carla) som speglar informanternas tankar och känslor.

Anna

Anna är en person som tycker att avvikelserapportering är någonting bra. Hon ser avvikelserapportering som något naturligt och vardagligt och känner inget obehag inför att skriva. Hon ser avvikelserapportering som en tillgång där det sker positiva förändringar och förbättringar.

”Jag tycker att det känns nåt jättenaturligt /.../.” (Ssk 6)

”/.../ inget negativt med att skriva /.../.” (Ssk 5)

”/.../ vissa är jättepositiva och vissa skriver jättemycket /.../.” (Ssk 6)

Berta

Berta känner ibland skuld känslor när hon skriver avvikelserapporter. Berta tycker att man pekar ut, sätter dit, klankar ner eller sårar en individ genom att skriva avvikelser. Bertas negativa känslor hindrar ändå inte henne ifrån att skriva avvikelser på mera allvarliga incidenter, men hon skriver sällan på de mindre allvarliga incidenterna.

”/.../ det kan såra /.../ jag tror nog att det är en hel del som tolkar det som det är något negativt och inte vill riskera, liksom att det blir personkritik. Det blir osämja på avdelningen och så här /.../.” (Ssk 5)

”/.../ första året vet jag att jag tyckte det var lite så, precis som man skulle peka ut någon /.../.” (Ssk 3)

”/.../ man kan ju tänka sig i sin fantasi att man kan använda den då till att sätta dit någon /.../.” (Ssk 2)

Carla

Carla känner ofta mycket obehag när hon måste skriva en avvikelserapport. Hon skriver nästan aldrig avvikelser för hon skäms och hon tycker att det är pinsamt. Carla känner sig nervös och rädd för hon vet inte vilka konsekvenser avvikelserapporten får. Hon tycker att det känns väldigt tufft och jobbigt. Carlas negativa känslor kring avvikelserapportering kan göra att hon ser det mer som ett hinder än en tillgång.

”/.../ det är jobbigt och ibland har det känts tufft /.../.” (Ssk 4)

”/.../ det är någon som tycker det är fruktansvärt /.../.” (Ssk 6)

”/.../ någon skriver avvikelse på mig så känner man sig, det känns olustigt ju /.../ Man blir ledsen och så, kanske ledsen och arg på sig själv /.../.” (Ssk 4)

Kategori 2: Positiva upplevelser

Under denna kategori finns underkategorier som presenterar informanternas positiva upplevelser av avvikelserapportering. Positiva upplevelser är de fördelar som leder till att man ser avvikelserapportering som något bra och gynnsamt för alla, både för sin egen och andras del.

Kunskap och utveckling. De intervjuade tyckte att man kunde ta lärdom av avvikelserapporteringen. De tyckte också att man utvecklades både som grupp och individ genom att hjälpa varandra att se problemen samt att åtgärda dem. Informanterna som var i åldrarna 24 – 55 år tyckte att det var bra med både ”gamla och nya ögon” som de uttryckte det. Det vill säga en bra kombination av personal med både yngre och äldre som har olika erfarenheter och kunskaper och ser därför saker på olika sätt. Alla informanterna tyckte att det var viktigt med kontinuerlig information för att som en informant uttryckte det – ”/.../ periodvis tänker man på det mer men så glöms det av på nåt sätt /.../”. (Ssk 3) Många av informanterna nämner också att det är viktigt med information för att veta syftet och meningen med avvikelserapportering.

Fördelar med avvikelshanteringssystemet. Informanterna tycker att det avvikelshanteringssystem de har idag är mycket enkelt och smidigt. De tycker

också att det är lätthanterligt och tillgängligt. Ett önskemål var att de ville kunna följa andras avvikelserapporter.

Förbättring och resultat. Genom att visa problem och få dem uppmärksammade kan man nå förbättring. Många tyckte att de märkte av åtgärderna, att rutinerna och resurserna blev bättre och de tror att det kan leda till att fler skriver. Informanterna ser också avvikelssystemet som en hjälp att få sin röst hörd, samt att det är ett sätt att förbättra personal- och patient säkerhet. De tror att ju fler personer som skriver avvikelser ju vanligare och mer legitimt blir det. De menar på att det ska kännas naturligt och öppet och inte kännas dumt och pinsamt.

”/.../ det ska inte va pinsamt och man ska inte gå och hymla med att man har skrivit en avvikelse, en avvikelse är ju till för att liksom för att nånting ska bli bättre så att man ska få upp ögonen för nånting.” (Ssk 6)

Kategori 3: Negativa upplevelser

Under denna kategori finns underkategorier som presenterar informanternas negativa upplevelser av avvikelserapportering. Negativa upplevelser är det som hindrar någon från att skriva avvikelserapport och gör att man är mer kritisk till avvikelssystemet.

Prioritering. Många av informanterna tycker att de kan skriva avvikelser varje dag på väldigt mycket, men de känner också att de är tvungna att prioritera bland alla sina arbetsuppgifter. Vissa informanter uttryckte att på grund av lathet och bekvämlighet valde de att prioritera bort avvikelserapportering. Vissa diskuterade också skillnader mellan nyfärdiga sjuksköterskor och de som jobbat på avdelningen under en längre tid. De menade på att de som jobbat under en längre tid kanske arbetat upp en viss acceptansnivå, det vill säga att de tolererar fler brister utan att skriva avvikelserapporter. De menade att det skedde flera mindre avvikelser hela tiden och när en avvikelse skett flera gånger utan förbättring valde de att tillslut skriva en avvikelse på det. De beskrev det som att det var droppen som var avgörande och fick bägaren att rinna över. De ansåg att de nyfärdiga sjuksköterskorna hade en helt annan blick, de upptäckte de mindre bristerna och skrev oftare avvikelser på dem.

Tidsaspekt. En anledning till att sjuksköterskorna inte prioriterar att skriva avvikelser är att de känner att tiden inte räcker till. De har många arbetsuppgifter och i många fall så rättar de hellre till felen än skriver avvikelser på dem, t ex renskriver läkemedelslistorna, justerar feldoseringar mm.

”/.../ sen är vi är dumma för vi serverar ju läkarna mycket, vi kan ge en medicin i flera dagar utan att det är signerat, för vi vet om att patienten ska ha det /.../.” (Ssk 3)

”/.../ så ska man dela mediciner, sen ska den patienten upp och så ringer det där, att tiden springer iväg, att man har nog inte lugn och ro att sitta och fundera varje dag /.../.” (Ssk 3)

Brister i avvikelshanteringssystemet. En brist som framkom var att det inte går att spara sin avvikelserapport. De kunde inte skriva halva rapporten och sedan komma tillbaka senare och skriva färdigt den, utan de var tvungna att skriva hela rapporten på en gång. Många trodde att de hade skrivit fler avvikelserapporter om

de hade kunnat spara dem och fortsätta senare, de menade på att de hade så många arbetsuppgifter som de inte kunde lämna och gå ifrån hur som helst.

De flesta informanterna tyckte också att feedbacken tog för lång tid. Den långa tiden kunde vara ett orosmoment då personen som skrivit avvikelserna inte kände till konsekvenserna eller graden av allvarlighet på den. De tyckte att det kändes hopplöst om de skriver och skriver och sen aldrig ser någon förbättring eller får någon feedback på sina rapporter och att de då tappar gnistan att skriva.

Informanterna tyckte att många av patienterna är dåligt upplysta om att de själva kan rapportera en avvikelse, antingen genom en vårdpersonal eller genom en lokal patientnämnd. Där kan patienterna lämna in synpunkter och klagomål angående hälso- och sjukvården.

Individuella aspekter. Informanterna kunde tänka sig att personligheten kunde påverka beslutet om man skulle skriva en avvikelserrapport eller inte. De ansåg att deras yrke som sjuksköterska var som en del av deras identitet.

”/.../ jag menar ens yrkesroll är ju lite av ens identitet på något sätt och det är ju som att klanka ner på alltså det blir ju personligt även om man inte ska ta det personligt så tror jag man gör det.”(Ssk 4)

Kategori 4: Avvikelser som bör rapporteras

I vår andra frågeställning undersökte vi vad allmänsjuksköterskan anser att man bör skriva avvikelserrapport på.

Under intervjuerna ställdes frågan; Vad tycker du att man bör rapportera för avvikelser? Resultatet som redovisas nedan i underkategorierna är sammanställt av vad informanterna nämnde under intervjuerna. Svaren som framkom speglar inte den verkliga frekvensen av skrivna avvikelser utan ger endast en bild av vad informanterna upplever som viktigt att rapportera.

- 1) **Läkemedel.** Denna grupp omfattar läkemedelshantering och läkemedelslistor då det gäller bristande dokumentation, fel dos/styrka, fel läkemedel, förväxling och utebliven medicinering. Alla informanterna gav många exempel på fel inom denna kategori.

”Vi har ju mycket fel till exempel på läkemedelsordinationer /.../ Oläsliga ordinationer” (Ssk 2)

”/.../ det är läkemedel som är fel ordinerade, det är nog det allra vanligaste, det står fel styrka...” (Ssk 1)

”/.../ tabletter har missats /.../.” (Ssk 5)

”/.../ jag gav fel tablett till en patient /.../.” (Ssk 4)

”/.../ läkemedelslistor inte stämmer /.../.” (Ssk 3)

- 2) **Omvårdnadsproblem.** Omvårdnad är sjuksköterskans huvudämne och har stor betydelse inom hälso- och sjukvården, informanterna anser att det rapporteras för lite inom denna kategori.

”/.../ omläggning som missades /.../ prover inte är tagna inför operationer och undersökningar /.../.” (Ssk 3)

”/.../ då fick han inte sina inhalationer /.../.” (Ssk 5)

”/.../ de hade inte vänt en patient eller gjort omvårdnad på patienten heller som var i behov /.../.” (Ssk 4)

- 3) **Organisationsproblem.** I denna underkategori gav informanterna exempel på problem och svårigheter som rör organisationen och rutinerna.

”/.../ haft för många patienter på ett rum /.../.” (Ssk 1)

”Och ofta är det ju också kanske systemfel, fel organiserat, man kanske tar fel på läkemedel eller något sånt.” (Ssk 2)

- 4) **Kommunikationsproblem.** Kommunikation och samarbete är två mycket viktiga avsnitt inom hälso- och sjukvårdens organisation. Dessa två avsnitt måste fungera väl mellan både avdelningarna, yrkesgrupperna, patienterna och anhöriga för att kunna fungera som en god verksamhet.

”/.../ bristande rutiner och dåligt samarbete /.../ dålig kommunikation mellan olika avdelningar /.../.” (Ssk 5)

”/.../ patienten var felunderrättad /.../.” (Ssk 1)

”/.../ här på avdelningen visade det sig att han var blodsmittad och det var ingen som hade frågat om det /.../.” (Ssk 6)

- 5) **Tekniska problem.** Det som nämns som tekniska problem var fel på sjukvårdsmaterial.

”/.../ det handlar ju om utrustning och sprutor som är trasiga eller liksom nånting du öppnar som är trasigt /.../.” (Ssk 6)

- 6) **Fallolyckor.** Fallolyckor nämndes inte av så många informanter men de två som nämnde det tyckte verkligen att det var viktigt.

”/.../ fallrapporten är ju ett måste /.../.” (Ssk 5)

DISKUSSION

I vår diskussion kommer vi att diskutera vår metod. Vi ska också diskutera vårt resultat och jämföra det med vår bakgrund.

Metoddiskussion

Vår studie är av hermeneutisk karaktär och inte av positivistisk. Hermeneutiken strävar efter förståelse för hur människor uppfattar världen, inget mätbart alltså, utan man är tvungen att tolka människors beteende. Det positivistiska sättet att

arbete vetenskapligt är därför kraftlöst när det gäller att nå en förståelse för människors tankar, känslor och handlingar. Positivismen ägnar sig mer åt att beskriva den mätbara och observerbara världen och därför valde vi hermeneutiken (Hartman, 1998).

Efter att ha läst om olika tillvägagångssätt vid kvalitativa studier valde vi att använda oss av analytisk induktion, som enligt Hartman är det traditionella sättet att genomföra en kvalitativ studie. Anledningen till att vi valde analytisk induktion var att den stämde mest överens med vår föreställning om hur vår studie skulle genomföras. Analytisk induktion innebär att man inte teoretiserar medan man samlar in data och meningen med det är att man inte vill påverka de människor man intervjuar. Enligt Hartman mynnar analytisk induktion ofta ut i en teori (Hartman, 1998). I vår studie framkom det ingen teori utan endast ovanstående resultat.

Hartman (1998) talar om att den kategori som är viktigast för informanterna blir huvudkategori. Denna huvudkategori ska stå i relation till de övriga kategorierna. Vi ansåg inte att det har framkommit någon huvudkategori i vår studie. Vi tyckte inte att någon av våra kategorier kunde väljas till huvudkategori för att fler än en kategori kändes lika viktiga för informanterna.

Etiska övervägande

Vi lovade våra informanter anonymitet, men något som kan tänkas bryta mot det var att avdelningsföreståndarna faktiskt visste om vilka informanter som ingick i vår studie i och med att det var de som valde ut våra informanter. Men vi tror inte att det hade någon betydelse för våra informanter. Informanterna visste om att de hade blivit valda av sina avdelningsföreståndare och de hade en valmöjlighet att själva välja om de ville delta eller tacka nej till vår studie.

Litteraturgenomgång

Med hjälp av våra sökord ”incident reporting” och ”risk management” fick vi fram de artiklar vi behövde. Det fanns inte så många artiklar att välja på och kanske sökte vi på fel ställen, fel databaser eller använde oss av fel sökord. Men de artiklar vi använt oss av har varit relevanta för vårt ämnesval. Vi tyckte att det var synd att vi inte hittade någon tidigare forskning som var gjord i Sverige, endast en kvalitetsgranskning som var gjord av Socialstyrelsen.

Urval

Ett av våra kriterier var att informanterna någon gång skulle ha skrivit en avvikelserapport. Tanken med kriteriet var att informanterna skulle ha en förförståelse för upplevelsen av att skriva en avvikelserapport, för om man aldrig har skrivit en avvikelserapport kan man heller inte beskriva den upplevelsen. Man kan då tänka sig att när man har skrivit en avvikelse någon gång kanske man automatiskt har en mer positiv inställning till avvikelserapportering eller fått mer information och kunskap om det. De som aldrig har skrivit någon avvikelserapport kanske har mindre eller felaktig kunskap om det och därför känner negativa känslor inför avvikelserapportering.

Sammanlagt blev det sex informanter genom att det valdes ut två informanter från tre olika avdelningar inom samma verksamhet. Vår tanke med att välja ut informanter från tre olika avdelningar var att göra det enkelt för oss att hitta lämpliga informanter. En annan tanke var att de blev mer avidentifierade på det

sättet än om vi hade valt ut alla sex informanter från samma avdelning. I kvalitativa studier menar Hartman (1998) att man undersöker betydligt färre individer och platser än vad man gör i kvantitativa studier. Anledningen är att man vill gå på djupet i människors föreställningsvärld och detta är inte möjligt om man undersöker alltför många individer. Studiens resultat kan vara specifikt för just de allmänsjuksköterskor som arbetar inom den verksamheten vi undersökt på grund av studiens storlek. Kvale (1997) säger att om antalet informanter är för litet kan man inte göra statistiska generaliseringar eller testa hypoteser. Han säger också att man inte kan göra några mer ingående tolkningar av intervjuerna om antalet informanter är för stort.

Urvalet kan ha påverkats genom att avdelningsföreståndarna fick uppgiften att välja ut två informanter till vår studie. Avdelningsföreståndarna känner sin personal och att de kan på så sätt kanske ha valt ut en viss kategori av allmänsjuksköterskor med en viss inställning till avvikelserapportering. Man kan också tänka sig att några ställde upp bara för att det var avdelningsföreståndaren som bad dem och inte för att de själva var intresserade av att delta. Å andra sidan hade det kanske varit lättare att säga nej till avdelningsföreståndaren än till oss författare, vilket kan ha resulterat i att intressanta informanter missats. Anledningen till att vi ändå lät avdelningsföreståndarna välja ut våra informanter var att vi kände att vi inte hade så gott om tid samt att Hartman (1998) ansåg att man mycket väl kunde använda detta tillvägagångssätt.

Datainsamling

Ett alternativ till att genomföra intervjuer kunde ha varit att använda enkäter, men vi tror att vi inte hade fått lika innehållsrika svar. Den begränsade tiden var också en anledning till att intervjuer valdes framför enkäter. Risken med enkäter är att de inte fylls i i tid och att det ofta krävs flera påminnelser för att inte få för stort bortfall.

Något som kan ha påverkat resultatet var att båda författarna medverkade vid alla intervjuerna och informanterna kan tänkas ha uppfattats ha hamnat i underläge. Informanten kan ha känts sig ensam i rummet och uppfattat oss som en grupp som hon stod utanför. Denna situation kan ha haft betydelse för hennes berättelse om tankar, känslor och upplevelser om avvikelserapportering. Vi uppfattade inte att denna situation förekom generellt, men det kan ha påverkat informanterna till en viss del utan att vi märkte det. Ett alternativ hade varit att författarna intervjuat var och en för sig. Då hade den eventuella underlägeskänslan vi beskrivit ovan varit mindre påtaglig. Vi funderade på om vi hade kunnat spara tid genom att intervjuar var och en för sig. Men vi kom fram till att den tiden skulle återvinnas vid bearbetningen och analyseringen då författarna skulle ha varit tvungna att läsa in sig på varandras intervjuer. Att båda författarna deltog vid intervjuerna upplevde vi bara som positivt. Vi tyckte att det underlättade för oss att ställa följdfrågor och kunna lyssna mer aktivt. Vi var medvetna om att risken fanns att prata i mun på varandra och att det kunde bli rörigt. För att förhindra det gjorde vi en preliminär uppdelning bland intervjufrågorna.

Enligt Dahlberg (1997) kan forskaren ofta betraktas som en expert på området eller som en ”spion” som ska avslöja verksamhetens brister. Det kan ha uppstått eftersom vi kom från sjuksköterskeutbildningen och skulle göra vår studie på just deras avdelning. Vi tror inte att våra informanter har uppfattat oss som några experter men ämnet avvikelserapportering kan vara ett känsligt ämne beroende på

hur man ställer sig till det. Vi försökte att mildra dessa eventuella tankar och känslor genom att komma och presentera oss en gång före intervjuerna. Vi hade inte möjlighet att träffa alla informanterna vid presentationen utan vi hade det i åtanke och vi var extra noggranna med att gå igenom deltagarinformationen innan intervjuerna började. Vid intervjutillfället inledde vi med bakgrundsfrågor för att dels få information om informanten men också för att intervjun skulle få en bra inledning. Vi kan nu i efterhand se att bakgrundsfrågorna fick både informanten och oss att komma i rätt stämning och känna oss bekväma i situationen.

Dahlberg (1997) skriver om misstag vid intervjutillfället. Hon beskriver att vissa avsnitt under intervjuerna ofta avslutats för tidigt. Under intervjuerna upplever intervjuaren ett totalt samförstånd med informanten och vet exakt vad informanten menar. Men efter transkribering av intervjuerna framkommer det att det som tycktes så klart under intervjun inte alls framstår så klart i text. Detta problem kände vi igen i våra första intervjuer eftersom det var våra allra första intervjuer någonsin, men efterhand försvann detta problemet och tolkningen av materialet blev betydligt enklare. En annan svårighet vi hade i början var att utnyttja tystnaden och lämna plats för våra informanter att prata fritt på. Men efterhand lärde vi oss det och blev bättre på att utnyttja tystnaden.

Andra faktorer som kan ha påverkat svaren vid intervjutillfällena var att vid två av intervjuerna blev vi störda av annan personal som kom in i rummet, pratade och lämnade lappar till vår informant. Vid den ena av dessa två intervjuerna satt det en kollega i samma rum och dokumenterade journaler. Detta kan möjligtvis ha påverkat informantens svar men vi uppfattade inte att det gjorde det. I en av intervjuerna utlöstes ett hjärtlarm som informanten var tvungen att kontrollera, larmet avbröts snabbt och vi kunde fortsätta nästan direkt utan märkbar påverkan.

En sak vi märkte var att det fanns en generell obekväm känsla hos informanterna av att bli inspelad på band. Det som de reagerade mest på var att diktafonen stod mitt framför dem och en del uttryckte en lättnad när vi stängde av den. Informanterna var inte emot att bli inspelade utan samtliga hade gett sitt samtycke men det var nog en ny situation som många inte varit med om tidigare.

Vi valde att skapa en egen intervjuteknik som vi har döpt till ”timglastekniken”. Den är en kombination av Hartmans två trattekniker. Vi tycker att tekniken fungerade bra och den gav informanten möjlighet att både prata fritt i början och i slutet av intervjun. Genom att använda timglastekniken i vår intervjuguide blev det också enklare för oss intervjuare att hålla informanten inom ämnet.

När vi reflekterade över våra intervjuer så kom vi fram till att det nog hade varit lämpligt att göra en pilotstudie eftersom ingen av författarna hade intervjuat tidigare. Trots att vi inte gjorde någon pilotstudie tycker vi att frågorna i vår intervjuguide räckte för att besvara studiens syfte.

Bearbetning och analysering

Ett alternativ hade varit att överlåta transkriberingen till någon utomstående. Kvale (1997) menar att när författaren själv transkriberar sina intervjuer betyder det att relevanta detaljer säkras. Vi tyckte att det kändes naturligt att själva transkribera eftersom man med största sannolikhet får med så många detaljer som möjligt då. Har man själv utfört intervjun strax innan har man intervjusituationen aktuell i minnet och kommer ihåg ansiktsuttryck, röstnivåer och vilken stämning

som rådde. Under transkriberingen uppstod ändå ett problem, nämligen att vissa delar av intervjuerna var svåra att höra, både vad informanterna och författarna sa. Vissa informanternas skånska dialekt försvårade transkriberingen en aning. Efter lite uppfinningsrikedom så kom till slut intervjuerna fram i sin helhet.

Resultatdiskussion

Vi har valt att lägga upp vår resultatdiskussion efter våra kategorier för att det ska vara lättöverskådligt och smidigt att läsa. Vi har valt att diskutera kategori två och tre tillsammans för att kunna diskutera kategorierna samtidigt.

I resultatet av bakgrundsfrågorna framgick det att alla informanter var kvinnor och därför trodde vi att resultat skulle bli relativt entydigt, men informanternas tankar och känslor skilde sig åt. Detta kan troligtvis bero på informanternas åldersskillnad, arbetserfarenheter och livserfarenheter.

Kategori 1: Sjuksköterskans tankar och känslor kring avvikelserapportering

Under denna kategori skapades tre personligheter. Dessa personer speglar informanternas svar. Vi uppfattade att våra informanter generellt hade tankar och känslor som en blandning av Anna och Berta. De hade en blandning av positiva tankar och känslor med lite inslag av negativa tankar såsom att peka ut och såra någon annan. Vi uppfattade inte att någon informant enbart tänkte och kände som Carla, att de tyckte det var hemskt, obehagligt och jobbigt. Carlas tankar och känslor framkom främst genom att informanterna berättade om hur de trodde andra kunde tänka och känna i samma situation. Vissa av Carlas tankar och känslor speglar också hur en del informanter kände när de var nyfärdiga och inte hade någon kunskap eller erfarenhet kring avvikelserapportering.

Vid intervjuerna var det väldigt olika hur mycket informanten ville delge oss av deras tankar och känslor kring avvikelserapportering. Våra informanter svarade då ibland på frågorna i tredje person. När vi kände att det var svårt att få fram informantens egna tankar och känslor frågade vi om vad de trodde att andra kan tänka och känna i samma situation. Det kan vara lättare för informanten att uttrycka tankar och känslor om samtalet riktas mot en tredje person, särskilt när ämnet för en del kan vara väldigt känsligt. Det är inte så att vi misstror våra informanter och deras svar på något sätt, utan det kan också vara så att de omedvetet vid något tillfälle har svarat i tredje person. Genom detta tillvägagångssätt fick vi ett mer måttat svar, annars hade vi förmodligen inte fått så omfattande intervjuer.

I Socialstyrelsens (2002) granskning framgick det att en del personal undviker att skriva avvikelserapporter för att de är rädda för påföljderna samt att de är rädda för att hamna i konflikt med sina kollegor. Även sjuksköterskorna i Walker och Lowes (1998) studie kände att de inte ville skapa konflikter mellan kollegorna som kunde resultera i att någon hamnade utanför arbetsgruppen. Dessa tankar och känslor har våra informanter gemensamt med sjuksköterskorna i studierna ovan.

Kingston (2004) kom fram till i sin studie att sjuksköterskorna inte var nöjda med det avvikelshanteringssystem de hade idag. Men de tyckte att meningen och syftet med avvikelshantering var bra. De trodde att det skulle resultera i en bättre arbetsmiljö och en säkrare omvårdnad. Många av våra informanter delade dessa sjuksköterskors tankar, att avvikelshanteringssystemet var en viktig del i

kvalitetsarbetet och de kände också till meningen och syftet med det. Samtidigt hade de olika tidigare erfarenheter och upplevelser av avvikelshanteringssystemet som gjorde att de uttryckte skilda tankar och känslor.

Kategori 2 och 3: Positiva och negativa upplevelser

Genom bakgrundsfrågorna kunde vi konstatera att antalet år sjuksköterskan arbetat inte speglade det antal avvikelserapporter hon lämnat in. Detta kan bero på vilken kunskap de har och vilken attityd de har till avvikelserapportering. Vi tror att attityden kan höra ihop med vilken och hur mycket information man fått under sin utbildning och på sin arbetsplats. Bakgrundsfrågorna visade också att de nyare sjuksköterskorna hade skrivit fler avvikelserapporter än de som hade arbetat på avdelningen betydligt längre. Vi har funderat på varför de nyare sjuksköterskorna skrev fler, samtidigt som de borde ha mycket ny kunskap och nya rutiner att befatta sig med. En del informanter berättade att detta kunde bero på att vissa sjuksköterskor hellre rättade till incidenterna än skrev avvikelserapport på dem som de trodde kunde bero på lathet och bekvämlighet. Stanhope m fl (1998) kom fram till i sin studie att det verkliga antalet incidenter som sker inte avspeglas i antalet avvikelserapporter som lämnas in. Vi tror att det kan bero på den ökade acceptansnivån som informanterna beskrev för oss, att sjuksköterskor vet om bristerna men har efter hand accepterat dem.

Informanterna tyckte att de utvecklades både som individ och grupp genom att ta lärdom utav sina egna och andras avvikelser. De menar att de kan påverka, förändra och förbättra sin arbetssituation. I Socialstyrelsens (2002) granskning kom man fram till att erfarenheterna av de skriva avvikelserapporterna inte används i förebyggande riskanalysarbete. I definitionen av avvikelshantering i Lex Maria-lagen (SOSFS 2002:4 (M)) står det att avvikelshantering ska bland annat omfatta återföring av erfarenheter av avvikelser och klagomål. Avvikelshanteringssystemets syfte är ju att man ska lära sig av avvikelserapporterna och inte se det som ett bestraffningsredskap, därför tycker vi att det är ett stort problem att inte erfarenheterna av avvikelserapporterna används i förebyggande syfte.

Vi tror att personalen uppmuntras att skriva avvikelserapporter genom kontinuerlig utbildning och information. Informanterna trodde också att ju fler som skriver avvikelserapporter ju vanligare och mer legitimt blir det. I Socialstyrelsens (2002) granskning av avvikelshantering visade det sig att merparten av personalen kände till skyldigheten att skriva avvikelserapporter men meningen och syftet med det var inte lika klart. Detta tycker vi tyder på att det behövs mer utbildning och mer information som belyser meningen och syftet med avvikelserapportering. En del informanter påpekade att avvikelserapportering var ett sätt att få sin röst hörd och att kunna påtala de problem som finns och där det krävs förändring. För att kunna utnyttja och ta tillvara avvikelssystemets alla förtjänster måste man veta om att det finns ett system och förstå dess mening och syfte. Utifrån bakgrunden och vårt resultat kan vi konstatera att alla inte känner till meningen och syftet med avvikelserapportering, för då hade förmodligen inte den rädsla, ångest och de oroliga känslorna funnits.

De flesta informanterna säger att de kan skriva flera avvikelserapporter varje dag. De anser att under varje arbetspass sker det någon form av incident som de kunde skriva en avvikelserapport på. Informanterna prioriterade bort avvikelserapportering för de ansåg att de hade för många andra arbetsuppgifter

som kom före. De kände att tiden inte räckte till. Vi har funderat på hur man kan underlätta tidsmässigt för att möjliggöra så att sjuksköterskorna kan gå ifrån och skriva avvikelser om det behövs. Ett sätt hade varit att man haft en inarbetad rutin för när man kan skriva avvikelserapporter då hade det inte känts lika jobbigt att behöva lämna sina andra arbetsuppgifter.

I Vincents (1998) studie kom man fram till olika anledningar om varför man valde att inte skriva avvikelserapporter. De fyra vanligaste anledningarna var att de tyckte det var onödigt, att nyanställda skulle få skulden, att det höjde arbetsbördan och att man hade för mycket att göra så man helt enkelt glömde bort att skriva. Jämfört med vårt resultat var det ingen av våra informanter som tyckte att avvikelserapportering var onödigt utan de såg avvikelshanteringssystemet som en tillgång att kunna förändra och förbättra sin arbetssituation. Informanterna i vår studie ansåg heller inte att de nyanställda skulle få skulden för avvikelserna utan det angavs i avvikelserapporten vem eller vilka som var inblandade och hur avvikelserna hade uppstått. Men de höll med om att arbetsbördan höjdes, våra informanter tyckte att de hade så många arbetsuppgifter redan att de kände att de inte hade tid att gå ifrån och skriva. Informanterna tyckte också att de skrev avvikelser periodvis, ibland tänkte de mer på att skriva och ibland glömde de av det. Att skriva avvikelser i perioder kan ge en felaktig bild av förekomsten av incidenter och då sker kanske ingen förbättring. Walker och Lowe (1998) har också kommit fram till två anledningar till varför sjuksköterskan väljer att inte skriva en avvikelserapport. Den ena anledningen var att de ville skydda både sig själva och sina kollegor från att hamna i trubbel. Våra informanter beskriver detta i liknande ord, de vill inte peka ut, sära, klanka ner eller sätta dit någon. De vill inte heller att det ska bli osämja på avdelningen.

Informanterna säger att deras sjuksköterskeroll är en del av deras identitet och därför kan en avvikelserapport bli ett personligt påhopp. Att vara en felfri sjuksköterska är allas mål och att vara felfri innebär att arbetsmiljön ska vara utmärkt samt att kommunikationen med patienter, anhöriga och verksamheter runt omkring ska fungera utan problem. Det kan finnas så många anledningar till att en incident inträffar, som oftast sjuksköterskan inte kan påverka i den situationen som hon är just då. Webster och Anderson (2002) och Knight (2004) skriver i sina artiklar att de flesta incidenter inte orsakas av en enskild individ utan oftast beror det på miljön runt omkring och på situationen i sig. Därför kan det vara ouppnåeliga krav som sjuksköterskan ställer på sig själv, om hon tar en avvikelserapport enbart personligt.

Kingston (2004) har i sin studie kommit fram till att det finns sjuksköterskor som känner att de inte får någon stimulering till att skriva avvikelserapporter, de får inte heller någon feedback på dem. Våra informanter uttryckte att feedbacken på deras avvikelserapporter tog lång tid och i vissa fall fick de ingen alls. Om de inte heller såg någon förändring eller förbättring trodde de att de skulle tröttna på att skriva avvikelserapporter. Några informanter tyckte att i vissa fall var det bättre att vända sig till ledningen istället för att skriva en avvikelserapport. De kände att det gav bättre effekt. I Walker och Lowes (1998) studie tyckte sjuksköterskorna att de hade ett bra avvikelshanteringssystem. De ansåg att de fick tillräckligt med feedback för att kunna förbättra deras arbetssituation så att de kunde förhindra att fler incidenter skulle ske. Ett önskemål från våra informanter var att kunna få en liten feedback på sina avvikelser. Feedbacken skulle vara en sorts bekräftelse på att de hade blivit lästa samt att de fått synpunkter på de lösningar och idéer som

informanterna lämnat in. Det skulle få den som skrivit avvikelserapporten att känna att avvikelsen är av betydelse och att den ses som en tillgång.

Under intervjuerna kom det fram att informanterna hade ett önskemål om att kunna spara avvikelserapporten när den inte är färdigskriven. De tyckte det var svårt att få tid till att sätta sig ner och hinna skriva hela rapporten på en gång. Vi tycker också att man borde kunna spara den, men vi ser också en risk med det. Risken kan vara att det går för lång tid innan man skriver färdigt sin rapport och då kan viktiga detaljer ha glömts av eller missats. En annan risk finns att man glömmer av rapporterna så det ligger en massa gamla avvikelserapporter som aldrig kommer till kvalitetskoordinatören.

Ett önskemål som informanterna uttryckte var att de ville kunna följa upp andras avvikelserapporter. De tyckte att det skulle vara lärorik och de trodde att det skulle intressera fler att skriva avvikelserapporter. De som drar sig för att skriva avvikelserapporter skulle förmodligen inte vara intresserade av att vilja följa upp andras avvikelserapporter. Vi tror att om man skulle ändra i avvikelshanteringssystemet så att man kunde följa upp andras avvikelserapporter skulle man vara tvungen att avidentifiera rapporten, för att inte bryta mot sekretesslagen. Webster och Andersson (2002) anser att en effektiv avvikelserapportering kräver anonymitet. De tror att om man hade varit anonym i sina avvikelserapporter så hade nog fler vågat skriva. De tror att många är rädda för de eventuella konsekvenserna som kan förekomma och att de därför väljer att inte skriva avvikelserapporter. I Evans artikel (2004) "Anonymity or transparency in reporting of medical error" tyckte endast 29,2 % av de intervjuade personerna att en avvikelserapport kunde vara anonym.

Kategori 4: Avvikelser som bör rapporteras

Avvikelsehantering har som mål att identifiera, rapportera, eventuellt åtgärda och sedan utvärdera de problem som upptäckts. Kvaliteten höjs på de områden där det skrivs avvikelser genom att man belyser de problem som finns och därigenom åtgärdar dem. Som man kan se i Lex Maria-lagen (SOSFS 2002:4 (M)) där det står uppräknat incidenter man bör skriva avvikelser på, ser man att incidenterna är väldigt omfattande. Det kan vara svårt att lyfta fram och hitta lösningar på de mindre allvarliga incidenterna.

Vi har funderat på varför gruppen läkemedel hamnade överst på listan över vad som bör rapporteras. Alla informanterna nämnde flera exempel över avvikelser inom denna grupp. Vi tror att det är för att sjuksköterskorna har ansvar för att läkarens ordinationer stämmer och att de blir rätt utförda. Efter läkemedelsgruppen kom omvårdnasproblemsgruppen som är sjuksköterskans huvudområde. Vi tror att orsaken till varför dessa två grupper hamnade överst på listan är för att det är sjuksköterskans arbetsuppgifter samt att dessa arbetsuppgifter ständigt utförs. Längre ner på listan hamnade tekniska problem och fallolyckor. Dessa grupper innefattar avvikelser som antagligen inte sker varje dag. I Socialstyrelsens (2002) granskning har man tagit fram en lista över de avvikelser som det rapporterats mest om. Överst på listan kom fallolyckor och det kan bero på att granskningen omfattade både offentliga och icke offentliga enheter. I deras resultat framgår det också att inom den kommunala hälso- och sjukvården var en betydande andel fallolyckor. En anledning till varför vi fick olika resultat kan vara att vår studie är utförd inom endast sjukhusvården samt att deras granskning var betydligt mer omfattande än vår studie. I deras resultat över

vad som rapporterades mest om inom sjukhusvården var inom diagnostik i vård och behandling. Om man bortser från fallolyckorna i granskningen är ordningsföljden på deras resultat överraskande lik vår ordningsföljd.

Rutin- och organisationsproblemsgruppen hamnade i mitten av vår lista. Våra informanter talade om att de upplevde brister och fel i själva organisationen inom hälso- och sjukvården. Kristoffersen (1998) menar att organisationen påverkar de konkreta handlingarna och på vilket sätt de utförs. Hon menar alltså att omvårdnaden påverkas av verksamhetens organisation. Fungerar inte organisationen kommer omvårdnaden att bli lidande och fler incidenter kommer att inträffa. I ändring i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1996:787) står det att verksamheten ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården.

I historiskt perspektiv kan vi också se att kvalitetsutvecklingen började i och var mest uppmärksam i Storbritannien, Australien och USA. Anledningen till detta tror vi kan bero på att istället för att skriva avvikelserapporter på incidenterna leder de senare ofta till rättsprocesser. I Sverige fungerar det inte så, vi har inte samma rättssystem som dem. Vi har också andra lagar och författningar att följa och sjuksköterskans ansvarsområden skiljer sig också inom de olika länderna. Sjukhusorganisationen i Sverige är uppbyggd och fungerar annorlunda än till exempel USA där den enskilda patienten får betala hela sjukvårdskostnaden själv. Där är det den som har mest pengar och den som kan skaffa fram en bra advokat som får den bästa vården. I Sverige har vi hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763) som säger att alla ska få lika vård på lika villkor.

Dahl (1991) säger att man ofta jämför industrins kvalitetsutveckling med hälso- och sjukvårdens. Hon beskriver att intresset för kvalitetsutveckling ökade under 1980-talet inom industrin genom att kunderna ställde högre krav på produkterna och därmed ökade konkurrensen. Vi tror att kvalitetsutvecklingen är liknande inom hälso- och sjukvården för numera ställer ju patienterna allt högre krav. Information och kunskap är idag mer lättillgänglig för patienterna än vad den var förr i tiden. Idag är patienterna väl insatta i sina sjukdomar och känner till olika behandlingsmetoder. Genom denna kunskap ställer patienterna högre krav på hälso- och sjukvårdens kvalitet.

I lagen om patientnämndsverksamhet (SFS 1998:1656) står det att patienter själva kan bidra till kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården genom att vända sig till de lokala nämnderna med klagomål och synpunkter. Informanterna tyckte att många av patienterna inte visste om detta men vi tycker att sjuksköterskorna har en del av det ansvaret att upplysa och hjälpa patienter som är missnöjda med hälso- och sjukvården.

SLUTSATSER

Vi har kommit fram till i vår studie att våra informanter ser avvikelserrapportering som en tillgång. Men både vi och våra informanter tror att det finns personer som ser avvikelserrapportering som ett hinder. Vi tror att det beror på vilken information och kunskap man har samt vilka tidigare upplevelser man haft. Vi har funderat mycket på hur man skulle kunna förbättra informationen kring avvikelserrapportering så att fler yrkeskategorier får det mer naturligt i sina rutiner. Känner man till meningen och syftet med avvikelshanteringen har vi svårt att se att man fortfarande har negativa tankar och känslor kring det.

Genom detta arbete vill vi lyfta fram och klargöra tankar och känslor som finns kring avvikelserrapportering hos allmänsjuksköterskor, för att eventuellt kunna förändra och förbättra nuvarande system. Informanterna som ingått i vår undersökning tyckte att ämnet avvikelserrapportering var ett aktuellt, spännande och intressant forskningsområde och de var mycket positiva till att bidra med deras kunskap.

En annan sak vi har funderat på är själva namnet avvikelser och avvikelserrapportering. Vi tycker att namnet har en ganska negativ klang och kanske en del av lösningen för att minska de negativa tankarna och känslorna kan vara att bara byta ut ordet mot ett mera positivt.

Området kring avvikelserrapportering är mindre utforskat i Sverige och med denna studie vill vi väcka intresse för vidare forskning. Vi tycker att en studie bör göras med informanter som aldrig har skrivit någon avvikelserrapport för att komplettera vår studie. Det hade varit mycket intressant att jämföra deras tankar, känslor och upplevelser gentemot vårt resultat.

REFERENSER

- Dahl IS, Hasselgren A-M, (1991) *Kvalitet i vården*. Studentlitteratur, Lund. ISBN 91-4429421-2.
- Dahlberg, K (1997) *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Studentlitteratur, Lund. ISBN 91-44-00463-X.
- Evans SM, Berry JG, Smith BJ & Esterman AJ, (2004) Anonymity or transparency in reporting of medical error: a community-based survey in South Australia. *MJA*. Vol. 180, pages 577-580.
- Hartman, J (1998) *Vetenskapligt tänkande – från kunskapsteori till metodteori*. Studentlitteratur, Lund. ISBN 91-44-00318-8.
- Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG (2004) Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *The medical Journal of Australia*. Vol. 181, pages 36-39.
- Knight, D (2004) Incident reporting: Every nurse's responsibility. *Paediatric Nursing*. Vol. 16, pages 23-28. ISSN: 0962-9513.
- Kristoffersen NJ (1998), *Allmän omvårdnad 1*. Författarna och Liber AB, Stockholm. ISBN 91-47-04916-2.
- Kvale S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur, Lund. ISBN 91-44-00185-1.
- SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm.
- SFS 1996:787 Ändring i hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm.
- SFS 1998:1656 Lagen om patientnämndsverksamhet. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2002) *Avvikelsehantering inom hälso- och sjukvården – resultat av nationell tematisk verksamhetstillsyn*. Kopiecenter, Stockholm. ISBN 91-7201-638-8.
- SOSFS 1993:9 Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården inklusive tandvården. Stockholm.
- SOSFS 1996:24 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm.
- SOSFS 2002:4 (M) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningskyldighet enligt Lex Maria samt lokal avvikelsehantering. Stockholm.

- Stanhope N, Crowley-Murphy M, Vincent C, O'Connor AM & Taylor-Adams SE, (1998) An evaluation of adverse incident reporting. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. Vol. 5, pages 5-12.
- Svensk sjuksköterskeförening (SSF) (1996) *Dysssy: en dynamisk metod för kvalitetssäkring i vården*. AB Realtryck, Stockholm. ISSN 1401-3290.
- Udén G (1994) *Kvalitetssäkring i omvårdnad – olika perspektiv*. Studentlitteratur, Lund. ISBN 91-44-39981-2.
- Vincent, C (1998) Reasons for not reporting adverse incidents: en empirical study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. Vol. 5, pages 13-21.
- Walker SB, Lowe MJ (1998) Nurse's views on reporting medication incidents. *International Journal of Nursing Practice*. Vol. 4, pages 97-102.
- Webster CS, Anderson DJ (2002) A practical guide to the implementation of an effective incident reporting scheme to reduce medication error on the hospital ward. *International Journal of Nursing Practice*. Vol. 8, pages 176-183.

BILAGOR

Bilaga 1: Deltagarinformation

Bilaga 2: Samtyckesblankett

Bilaga 3: Intervjuguide

Deltagarinformation

Hej,

Vi är två sjuksköterskestuderande som ska skriva examensarbete om avvikelserapportering. Syftet med studien är att undersöka hur allmänsjuksköterskor upplever, tänker och känner inför avvikelserapportering.

Intervjun kommer att äga rum på din avdelning och kommer att ta cirka 30-40 minuter. Intervjuerna kommer att spelas in på band som sedan kommer att förstöras efter transkribering för att skydda deltagarnas identitet. Båda författarna kommer att delta under intervjun och det är endast vi som kommer att ha tillgång till intervjumaterialet.

Deltagandet är frivilligt och att du när som helst kan avbryta utan att ange någon anledning.

Cecilia Andersson, sjuksköterskestuderande
Malena Florén, sjuksköterskestuderande



MALMÖ HÖGSKOLA

Allmänna sjuksköterskors upplevelser, tankar och känslor kring avvikelserapportering - en empirisk studie.

Medgivande

Jag har tagit del av skriftlig information och är villig att delta i studien genom intervju. Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Studieansvarig:.....

Ort, datum:

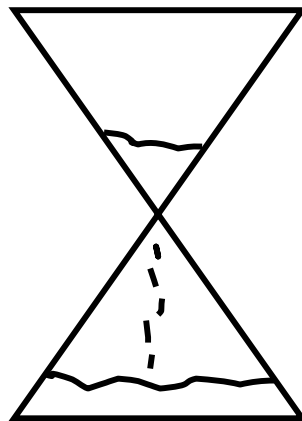
Deltagare:.....

Bakgrundsfrågor

- Hur länge har du arbetat som SSK?
- Hur gammal är du?
- Har du jobbat inom vården tidigare? (innan ssk)
- Har du en svensk utbildning?

Huvudfrågor

- Hur upplevde/upplever du att skriva avvikelserapporter?
 - Hur tänkte du?
 - Hur kände du?
 - Kan du utveckla?
- Ungefär hur många avvikelserapporter har du lämnat in?
- Vad handlade rapporterna om?
- Vad tycker du ska rapporteras?
- Vad ser du för fördelar och nackdelar med avvikelserapportering?
 - vid ev. nackdelar: lösningar, förbättringar
 - respons



”timglastekniken”