

Kommunicera och rapportera

– En undersökning av sjukvårdsrådgivares syn på patientsäkerhet och inflytandet på verksamhetens säkerhetskultur



Martin Ahlforn

Magisteruppsats i Kognitionsvetenskap
Institutionen för datavetenskap
Linköpings universitet
2010-06-18

LIU-IDA/KOGVET-A--10/013--SE

Handledare: Amy Rankin
Examinator: Arne Jönsson

Sammanfattning

Sjukvårdsrådgivning via telefon har kommit att bli ett allt vanligare sätt att kontakta vården. Det är också ett smidigt sätt att i dagens mobila samhälle utnyttja tiden effektivt. Denna typ av sjukvårdsrådgivning skiljer sig från det annars traditionella sättet där sjuksköterskan fysiskt möter patienten till exempel på en vårdcentral. I anslutning till den tidigare sjukvården finns också etablerade metoder och riktlinjer för patientsäkerhet, vilket bidrar till att kontinuerligt sträva efter att upprätthålla god vårdkvalitet och trygghet för patienten. En metod är exempelvis det avvikelserapporteringssystem som sedan tidigare används inom bland annat Landstinget i Östergötland, vilket också har kommit att användas på Sjukvårdsrådgivningen i Linköping.

Syftet med denna studie var att inom en verksamhet för sjukvårdsrådgivning via telefon undersöka vilka attityder personalen har till patientsäkerhet, samt hur de själva beskriver sina åsikter angående detta ämne. Baserat på tidigare forskning relateras resultaten till vilken påverkan de uppskattas ha på verksamhetens säkerhetskultur.

En webbenkät användes som instrument i studiens datainsamling. Frågorna var sedan tidigare framtagna för att mäta patientsäkerhet inom traditionell sjukvård, vilka grundade sig på element från säkerhetskulturforskning. En av studiens centrala upptäckter tyder på att personalen tycker att det är svårt att hinna med att rapportera avvikelser. Det fanns också en tendens att flera sjukvårdsrådgivare berättar om avvikelser för arbetskamrater när de väl upptäcks, än antal som avvikelserapporterar på formellt vis. Vidare påträffades också att respondenterna inte är rädda för att be om hjälp när oklarheter i arbetet uppstår. En av studiens slutsatser var att sjukvårdsrådgivarna behöver mer tid till att kunna prioritera att rapportera avvikelser som upptäcks för att minimera informationsbortfall.

Förord

Jag vill först tacka personalen på Sjukvårdsrådgivningen i Linköping för att ni tog emot mig med vänlighet och avsatte tid till mina frågor. Speciellt tack till Laila Larsson och Christina Johnson som bistått med extra kunskap och material. Utan er alla hade denna studie inte gått att genomföra. Vidare vill jag tacka Amy Rankin för bra handledning och värdefull feedback under arbetets gång. Jag vill också tacka min opponent, Malin Karlsson, för en bra presentation av mitt arbete men också för konstruktiv kritik under opponeringen. Min största tacksamhet är riktad till dig Åsa för stöd och peppning i alla stunder, mörka som ljusa, så att denna uppsats kunde slutföras!

Linköping den 18 juni 2010

Innehållsförteckning

1 – Inledning.....	1
1.1 Syfte och frågeställning.....	2
1.2 Avgränsningar	2
1.3 Disposition	2
2 – Bakgrund	3
2.1 Om bolaget Sjukvårdsrådgivningen SVR AB.....	3
2.2 Sjukvårdsrådgivningen 1177 i Linköping	3
2.2.1 Utbildning.....	4
2.2.2 Rådgivningsstödet 1177	4
2.2.3 Samtalsprocessens fem faser	5
2.2.4 Avvikelser	6
3 – Teoretiskt ramverk	9
3.1 Sjukvårdsrådgivning via telefon.....	9
3.1.1 Patientsäkerhet	9
3.1.2 Beslutsfattande	10
3.1.3 Faktorer som försvårar sjukvårdsrådgivarens arbete.....	11
3.2 Organisationskultur	12
3.3 Säkerhetskultur.....	13
3.3.1 Säkerhetskulturens centrala dimensioner	14
3.4 Systemperspektiv	15
3.4.1 Koppling och komplexitet.....	16
3.4.2 Mänskliga felhandlingar.....	17
3.4.3 Skarpa- och trubbiga änden.....	19
4 – Metod	20
4.1 Val av metod	20
4.2 Enkätmaterial	20
4.3 Procedur	20
4.4 Deltagare	21
4.5 Databehandling.....	21
4.6 Metoddiskussion.....	21
5 – Resultat och Analys.....	23
5.1 Respondenternas beskrivning och inställning till patientsäkerhet	23
5.2 Kommunikation.....	23
5.3 Rapportering.....	26
5.4 Resultat/analys av fritextssvar.....	29
5.4.1 Analys av sjukvårdsrådgivarnas upplevda problem.....	30
6 – Diskussion	34
6.1 Resultatdiskussion.....	34
6.1.1 Kommunikation.....	34
6.1.2 Avvikelserrapportering	35
6.1.3 Sjukvårdsrådgivarnas upplevda problem	39
6.1.4 Sammanfattning av studiens resultat.....	40
7 – Slutsats	41
7.1 Praktiska implikationer för Sjukvårdsrådgivningen 1177 i Linköping.....	41
7.2 Studiens vetenskapliga bidrag och förslag till vidare forskning	42
8 – Referenser.....	43
8.1 Tryckta referenser	43
8.2 Elektroniska referenser.....	44

Bilaga 1 - Enkätfrågor	46
Bilaga 2 - Citat	48

Tabell- och figurförteckning

Tabell 1: Antal samtal	4
Tabell 2: Definitioner av avvikelser	7
Tabell 3: Avvikelsestatistik	8
Tabell 4: Kommunikation	23
Tabell 5: Rapportering	26
Tabell 6: Omfattningen av olika typer av rapportering skattats som vanligast.....	27
Tabell 7: Vilka problem ser jag som störst i mitt arbete?	29
Tabell 8: Vad finns det för saker som skulle kunna förbättras?.....	29
Tabell 9: Problemområden	30
Tabell 10: Perspektiv på problemområden.....	30
Figur 1: Samtalsprocessen © 2010 Inera AB	5
Figur 2: Frekvensen avvikelserapporteringar.....	28

Förtydliganden

Begrepp

Attityd och åsikt	Bryman (2002) liksom Guldenmund (2007) poängterar att en <i>attityd</i> syftar till ett eget ställningstagande eller en utvärdering som mäts genom Likertskala. En <i>åsikt</i> kännetecknas dock genom en beskrivning av ett fenomen vilket är en uppfattning hos individen.
System	Med ett system menas i denna rapport sammanfattningen av enskilda sammanhängande komponenter (människor, föremål, regelverk m.m.) eller processer som bildar en samverkande ordnad enhet/helhet, och fungerar efter bestämda principer (Svenska Akademiens ordbok, 2001).
Majoritet	Mer än hälften av respondenterna har angivit ett visst svarsalternativ.
Kvalificerad majoritet	Två tredjedelar eller mer av respondenterna har angivit ett visst svarsalternativ.
Relativ majoritet	Flest respondenter som angivit ett visst svarsalternativ, oberoende antal.

Akronymer

SVR	Förkortning för <i>Sjukvårdsrådgivningen 1177</i> eller <i>Sjukvårdsrådgivningen i Linköping</i> och syftar på den studerade verksamheten. Dessa används utbytbart i detta arbete.
RGS	Förkortning för <i>Rådgivningsstödet 1177</i> , används också synonymt med <i>Rådgivningsstödet</i> . Datorsystem som fungerar som beslutsstöd för de som arbetar med rådgivning på landets olika verksamheter som går under namnet Sjukvårdsrådgivningen 1177.
HSOPS	Enkätverktyget <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> framtaget 2004 av Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) för att mäta patientsäkerhetsklimat inom verksamheter för sjukvård

1 – Inledning

I anslutning till sjukvårdens utveckling har också en progressiv utveckling av teknisk apparatur och hjälpmedel skett. En utveckling med strävan efter att modernisera och effektivisera omhändertagandet för individer som behöver vård. Förändringar som delvis bygger på att det angränsande medicintekniska forskningsfältet åtagit sig att utforska faktorer som berör denna domän. Sättet att tillämpa sjukvård på har i sin tur också kommit att förändras till följd av tekniken. Det är inte längre nödvändigt att behöva förflytta sig till en bestämd plats vid en bestämd tidpunkt för att komma i kontakt med sakkunnig expertis. Den nationella utvecklingstrenden, att i princip alla har tillgång till en mobiltelefon, har lagt grunden till en mer lättillgänglig vård för de behövande. Vidare är också delar av mängden vårdsökande som upptar primärvårdens resurser i första hand egentligen inte i behov av denna typ av vård. Resurser hos till exempel vårdcentraler läggs fortfarande på lägre prioriterade fall där patientens- och vårdgivarens tid mer effektivt skulle kunna ha använts genom andra medel. I linje med dessa kunskaper har telefonen kommit att bli ett allt mer använt verktyg vid sjukvårdsrådgivning i Sverige.

Sjukvårdsrådgivning via telefon är nationellt sett inte ett nytt koncept. För omkring två decennier sedan inleddes ett större nationellt samarbete mellan landstingen. Östergötland var det som i slutet av 90-talet tog initiativ till att en gemensam hemsida (numera 1177.se) med patientinformation skulle upprättas. Några år därefter öppnades verksamheten i Linköping under det rikstäckande namnet Sjukvårdsrådgivningen 1177. I dagsläget är 18 landsting/regioner anslutna till snabbnumret 1177. Parallellt med utvecklingen av webbplatsen har bolaget som förvaltar verksamhetens IT-system (Sjukvårdsrådgivningen SVR AB) även jobbat med att effektivisera sjuksköterskans arbete genom olika hjälpmedel. I telefonsjuksköterskans samtalsprocess gör hon eller han flera bedömningar för att komma fram till patientens vårdbehov. Bedömningar som baserar sig på dialogen med patienten, där endast rösten och hörseln används som verktyg för att inhämta information. Besluten styrs av både rådgivarens egen erfarenhet och sakkunskap men också i hög grad av det beslutsstöd med fakta som används. Arbetet föranleds också av utbildning och regler om hur konversationen i samtalet ska gå till. Dessa delar påverkar sjuksköterskans kognitiva förmågor fram till samtalsprocessens avslutande fas då råd till patienten ges.

När säkerhet diskuteras i massmedia är det vanligt att sjukvården är i fokus. Detta faller sig rimligt då denna domän hanterar mer eller mindre akut omfattande problem till vardags. I många fall kan utvecklingsförloppet av en patients symptom ske i negativ riktning om inte adekvata råd ges eller relevant medicinering sätts in i behandlingen i tid. Sjukvårdsrådgivningen i Linköping tog emot över 250 000 samtal år 2009, vilket var en ökning med nära 15 000 från föregående år. På grund av den här stora mängden samtal är risken överhängande att inte all information från patienten synliggörs i den muntliga kommunikationen. I värsta fall kan detta få ödesdigra konsekvenser. I takt med denna ökning av samtal riktas också allt större fokus till att patienten ska känna sig trygg när hon eller han tar kontakt med vården. Speciella grupper jobbar aktivt med patientsäkerhet, bland annat en enhet på Universitetssjukhuset, och säkerhetssystem är idag en del i arbetet på Sjukvårdsrådgivningen i Linköping. Detta säkerhetsarbete har delvis sin utgångspunkt från forskning inom det teoretiska området säkerhetskultur.

Att mäta säkerhetskultur på en arbetsplats via individers introspektion sträcker sig tillbaka till forskning av Keenan, Kerr och Sherman (1951) då termen säkerhetsklimat myntades. En verksamhet antas ha skapat normer, värderingar och beteende som kan avspegla aspekter av

vad som kommit anses som god- eller mindre god säkerhetskultur. Den här typen av mätningar har genomförts på olika typer av arbetsplatser där företagets ledning eftersökt fånga upp dessa komponenter från anställda via mätinstrument. Senare forskning av t ex Flin, Mearns, O'Connor och Bryden (2000) har också bidragit till att faktorer lyfts fram som bör anses centrala i en verksamhets säkerhetsarbete och således strävan efter god säkerhetskultur.

1.1 Syfte och frågeställning

Syftet med denna studie var att inom en verksamhet för sjukvårdsrådgivning via telefon undersöka vilka attityder personalen har till patientsäkerhet, samt hur de själva beskriver sina åsikter angående detta ämne. Målet är att studien ska vara ett bidrag till Sjukvårdsrådgivningens kontinuerliga patientsäkerhetsarbete. I linjer med syfte och mål har detta undersökts via en enkät med följande frågeställningar:

1. Hur upplever anställda att kommunikationen mellan dem fungerar?
2. Vilken inställning har personalen till avvikelserapportering och vad innehåller de flesta avvikelserapporterna?
3. Vilka problem upplever sjukvårdsrådgivarna i arbetet och hur hanteras eventuella problem?

1.2 Avgränsningar

Studien har fokus på den operativa personalen samt teamledarna och chefen på Sjukvårdsrådgivningen 1177 i Linköping, vilka har som huvuduppgift att utfärda rådgivning via telefon. Den enda selektering som gjordes till studiens urval var att ta med de sjuksköterskor som var tillsvidareanställda vid tillfället för datainsamlingen. Den här rådgivningsdomänen sträcker sig till flera orter i landet, men studien är begränsad till verksamheten i Linköping. Ingen direkt fokus läggs på information som framkommit från patienten sida, inte heller från externa organisationer eller verksamheter som personalen har kontakt- eller samarbetar med.

1.3 Disposition

Arbetet inleds med bakgrundsinformation kring området sjukvårdsrådgivning via telefon, för att därefter övergå till teorier kring ämnet med inriktning mot patientsäkerhet och säkerhetskultur. I metodavsnittet går studiens genomförande igenom och i kapitlet efter det presenteras erhållna resultat av datainsamlingen och analys av dessa. Vidare konkritiseras studiens centrala upptäckter vilka därpå diskuteras i en resultatdiskussion. Vidare utkristalliseras slutsatser som får praktisk betydelse för den studerade domänen samt för det teoretiska området säkerhetskultur. Arbetet avslutas med att ge förslag till vidare forskning.

2 – Bakgrund

Denna uppsats är ett examensarbete på magisternivå inom det kognitionsvetenskapliga fältet. Studien har genomförts på initiativ av författaren men också med mycket positiv inställning från Sjukvårdsrådgivningen 1177 i Linköping.

2.1 Om bolaget Sjukvårdsrådgivningen SVR AB

Sjukvårdsrådgivningen SVR AB är en rikstäckande organisation som ägs av landsting och regioner och drivs helt utan kommersiella intressen där ägarna och statliga medel finansierar bolaget. Deras uppdrag formuleras och samordnas av Beställarfunktionen vid Sveriges Kommuner och Landsting. Syftet med verksamheten är att genom olika informations- och IT-tjänster för hälso- och sjukvårdens medarbetare och för allmänheten bidra till att vården blir mer tillgänglig, effektiv och säker. Sjukvårdsrådgivningen SVR AB står också för förvaltningen av den gemensamma tekniska infrastrukturen för hälso- och sjukvården. Under våren 2010 bytte organisationen namn till Inera AB varpå flera tjänster kom att inkluderas.

Under 2008 genomfördes tre stora upphandlingar med avseende på utveckling av nationella IT-stöd och tjänster. Upphandlingarna gällde Nationell Patientöversikt, Bastjänster för informationsförsörjning, och Vården på Webben. Under samma år var de sammanlagda intäkterna cirka 215 miljoner kronor och har beräknats bli allt högre kommande år. En annan utveckling skedde när bolaget expanderade vid årsskiftet 2008 och 2009, då genom att Sjukvårdsrådgivningen SVR AB gick ihop med Svensk Informationsdatabas för Läkemedel (SIL). Uppdraget som Sjukvårdsrådgivningen 1177 har är att samordna landstingens och regionernas sjukvårdsrådgivningar i ett nationellt nätverk för telefonrådgivning.

From 1 februari 2009 används det nya varumärket *1177* och tjänsterna som faller under detta är: *1177.se*, där hälso- och sjukvårdsinformation kan nås på nätet. *1177 Sjukvårdsrådgivningen*, telefonitjänst med personlig sjukvårdsrådgivning dygnet runt. *1177 Egenvårdsguiden*, vilken finns tryckt i bokform. Alla tre tjänsterna bygger på samma medicinska faktabas och har tillsammans som mål att nå ut till så många i Sveriges befolkning som möjligt. Organisationen strävar fortsättningsvis efter större tillgänglighet och första halvåret 2009 uppskattades att cirka 8.1 miljoner människor kunde nå 1177. (Sjukvårdsrådgivningen SVR AB, 2008)

2.2 Sjukvårdsrådgivningen 1177 i Linköping

Verksamheten i Linköping ligger centralt beläget och telefonrådgivningen har funnits sedan 2003. Här jobbar 34 sjukvårdsrådgivare som är tillsvidareanställda, vilket inkluderar två teamledare och en chef. Rådgivarna svarar huvudsakligen i telefonen och bedömer om patienten behöver söka sig till vården. De ger också kvalificerade egenvårdsråd till patienter och bokar tider på jourcentral eller till transport med ambulans.

Teamledarna arbetar mest med personalfrågor men också delvis med telefonrådgivning. Chefen leder verksamheten ur samtliga perspektiv vilka är kund-, process-, medarbetare-, utvecklings- och ekonomiskt perspektiv. Hon hoppar också in och hjälper till med telefonrådgivningen då arbetsbelastningen är stor för ordinarie personal.

Trenden för antalet samtal som behandlas har de senaste åren ökat och statistik från de två senaste åren presenteras i tabellen nedan. En förändring gjordes 2009 vilket innebar att man på Sjukvårdsrådgivningen inte bara redovisar de besvarade samtalen utan även de hanterade samtalen. Detta innebär alla samtal som även går ut från SVR i samband med att en patient ringt in om råd, vilket kan betyda att sjuksköterskan till exempel tar kontakt med jourhavande läkare. Hanterade samtal är alltså patientens samtal till SVR plus eventuella utgående samtal från SVR gjorda av sjukvårdsrådgivaren i samma ärende.

Tabell 1: Antal samtal		
<i>Period</i>	<i>Besvarade</i>	<i>Hanterade</i>
2008	236 104	-
2009	251 376	305 871

2.2.1 Utbildning

Alla anställda vid Sjukvårdsrådgivningen är utbildade sjuksköterskor och de flesta har många års erfarenhet inom vården. I sjuksköterskeutbildningen används inte bara kommunikativa förmågor som tal och hörsel för att komma fram till vilka symptom patienten har utan syn och känsel är också nödvändiga i bedömningsprocessen. I sjukvårdsrådgivning via telefon är det annorlunda eftersom talet och hörseln är de enda verktygen att närma sig patienten med. Sjuksköterskan måste här istället lokalisera problemet genom att ställa frågor och samtidigt mentalt bygga upp och hålla kvar bilden av informationen, dock med viss hjälp av datorn. Symptom där en diagnos annars skulle kunna ställas snabbare för en sjuksköterska som ser patienten, exempelvis utslag på huden eller andra direkt synliga tecken, är nu mer krävande och tar längre tid att diagnostisera. Som nyanställd lär sig sjuksköterskan att lösa problem via telefon med hjälp av det utbildningsmaterial som finns framtaget kring samtalsprocessens fem faser samt programvaran Rådgivningsstödet 1177. Dessa beskrivs i följande avsnitt.

2.2.2 Rådgivningsstödet 1177

Den mjukvara som används som beslutsstöd inom verksamheten kallas för *Rådgivningsstödet 1177*. Den innehåller kvalitetssäkrad medicinsk information, en katalog- och en journaldel som hjälper till att lösa de huvudsakliga arbetsuppgifterna inom telefonrådgivning. Men systemet ska ses som ett komplement till sjuksköterskans egen kunskap och kompetens som bygger på stor erfarenhet inom vårdyrket. Delarna i Rådgivningsstödet är utformade för att ge stöd genom hela samtalsprocessen. Varje beslutsunderlag inom olika områden, till exempel "huvudvärk hos barn", har ett antal symptomrader där den översta innehåller det mest allvarliga. För varje symptomrad finns också en brådskegrad som rekommenderas, denna sträcker sig från "omgående" till "avvakta". (Sjukvårdsrådgivningen 1177, 2010)

Telefonsystemet som används är kopplat till Rådgivningsstödet. Det innebär att när en patient ringer och ombeds knappa in sitt personnummer, kommer hans eller hennes adress automatiskt hämtas från Skatteverkets personregister. Denna information visas under delen för journal vilket spar tid för båda parter. Dokumentation av vad som sägs i samtalet görs av sjuksköterskan i journaldelen för eventuell framtida uppföljning. Efter att samtalet är över signeras det med hänsyn till bedömningen som gjorts kring varför patienten kontaktat rådgivningen. I Rådgivningsstödet finns också en rapporteringsfunktion där sjuksköterskan kan ge förslag till vad som kan och bör förbättras i programvaran. Detta är positivt för att kontinuerligt kunna förbättra beslutsstödet. Under 2008 togs en webbversion av Rådgivningsstödet fram, *Rådgivningsstödet webb*, som framförallt riktar sig till primärvården.

Det är en kopia av den programvara som sjuksköterskorna inom Sjukvårdsrådgivningen 1177 har som arbetsplattform. Under samma år arbetade också 800 sjuksköterskor dagligen med Rådgivningsstödet runt om i Sverige. (Sjukvårdsrådgivningen 1177, 2010)

2.2.3 Samtalsprocessens fem faser

Varje samtal med en patient styrs efter speciella riktlinjer för att få så bra struktur i samtalet som möjligt. I början av sjuksköterskans anställning sker upplärning då dessa tränas. Fem olika faser delar upp samtalsprocessen vilka beskrivs nedan (Sjukvårdsrådgivningen 1177, 2010). Figur 1 nedan visar sekvensen över hur samtalet normalt brukar gå till.



Figur 1: Samtalsprocessen © 2010 Inera AB

1. *Öppna*, en inledande fas där kontakt mellan parterna etableras. Samtalets utveckling kan påverkas redan i detta första skede beroende på om till exempel patient eller sjuksköterska är stressad.
2. *Lyssna*, fokus ligger på patientens berättelse och ett tänkbart huvudsymptom identifieras. Det är viktigt att ha ett förutsättningslöst förhållningssätt samt att lyssnandet sker aktivt. Telefonsjuksköterskan håller en balans mellan god empati och insamling av rena medicinska data, likaså mellan att ställa frågor och att lyssna. Efter patientens berättelse sammanfattas den och presenteras för patienten, detta för att sjuksköterskan ska få feedback på om hon förstått den på rätt sätt. Att strukturera samtalet med hjälp av olika fraser leder till en smidigare övergång mellan faserna.
3. *Analysera*. I denna fas sker vidare utforskning och bedömning av tidigare inringade symptom. Sjuksköterskan styr samtalet genom att ställa öppna- och slutna frågor för att omformulera problemet och utesluta tänkbara faktorer. En uppmärksamhet på egna känslor och fördomar bör finnas för att minimera att dessa får styra samtalet för mycket. Den tredje fasen avslutas genom en längre sammanfattning för patienten.
4. *Motivera*. Sjuksköterskan presenterar, förklarar och motiverar sin bedömning med förslag till åtgärder. Det är viktigt att hon eller han är säker i sin bedömning och att det finns en trovärdighet, vilket påverkas mycket av hur rösten används. Det har också visat sig att patienten tar till sig råden lättare om hon eller han har egen kunskap inom området.
5. *Avsluta*. I den sista fasen försäkrar sig sjuksköterskan om att vårdsökaren förstått och är nöjd med de förslag på åtgärder som föreslagits. Sjuksköterskan berättar vad som kan komma att hända närmsta tiden och vilka symptom patienten bör vara uppmärksam på. En överenskommelse sker, om något symptom uppstår eller om ingen förbättring sker så ska patienten ta kontakt med rådgivningen igen. Samtalet avslutas med att exempelvis ställa frågan "är det något som är oklart" för att båda parter ska känna sig bekväma med att avsluta samtalet.

2.2.4 Avvikelser

Inom Landstinget i Östergötland har följande definition av en avvikelse antagits:

”En icke förväntad händelse eller observation i verksamheten som medför eller skulle kunna medföra risk eller skada för patient, närstående, medarbetare, utrustning eller organisation.”

Personalen inom vårdsektorn har enligt lag skyldighet att anmäla händelser som uppmärksammas. Dessa lagstiftningar och författningar presenteras nedan vilka ligger till grund för de riktlinjer kring avvikelshantering som utarbetats:

- Lagen om anmälningsskyldighet om tillsyn över hälso- och sjukvården (Lex Maria) samt lokal avvikelshantering (SOSFS 1996:23).
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria samt lokal avvikelshantering (SOSFS 2002:4)
- Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:24)
- Lagen om arbetsskadeförsäkring (SFS 1976:380)
- Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531)

Vårdhandboken.se är en vidare informationskälla för vårdpersonal med kunskap i tillämpad hälso- och sjukvård. Dess syfte är att säkerställa god och säker vård på lika villkor oavsett vart i landet den utfärdas. Här står det skrivet att det är viktigt för varje vårdgivare att ha en god kontroll över den egna verksamheten med system för att identifiera, rapportera, åtgärda och följa upp avvikelser och risker. Rutiner ska finnas på varje hälso- och sjukvårdverksamhet och ska följa Socialstyrelsens föreskrift för Ledningssystem för kvalitet- och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12). Den av verksamhetschefen utsedda funktionen, till exempel närmast överordnad chef eller arbetsledare, bedömer avvikelser/risker och svarar för vidare handläggning. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för analys, uppföljning och återföring av insamlat material. Sjukvårdsrådgivningen 1177 omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som innehåller flera bestämmelser som rör vårdens kvalitet och att denna i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Lagen innehåller också bestämmelser om att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet för att tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling. Utöver Hälso- och sjukvårdslagen baserar sig Vårdhandboken också på Socialtjänstlagen (2001:453), vilken handlar övergripande om att kommunen har ett särskilt ansvar för vissa grupper i samhället. Någon tryckt version av Vårdhandboken finns inte eftersom den kontinuerligt uppdateras för att alltid innehålla senaste information. Våren 2010 omarbetades den för att stärka vårdkvaliteten. (Sveriges Kommuner och Landsting, 2010)

På Landstinget i Östergötlands hemsida finns en modell framtagen med syfte att förbättra patientsäkerheten. Denna består av sju delar¹:

1. Handlingsprogram ska finnas på varje enhet där rutiner, ansvar och roller för enhetens avvikelshantering beskrivs.
2. IT-stödet Synergi ska användas för att rapportera avvikelser och risker. I Synergi inkluderas moduler för arbetsskador, vårdrelaterade infektioner och läkemedelsbiverkningar.

¹ www.lio.se

3. Händelseanalyser genomförs på allvarliga händelser där en patient kommit, eller kunde ha kommit, till allvarlig skada.
4. Riskanalyser genomförs för att identifiera risker i befintliga och i planerade processer (införande av ny teknik, metoder och vid förändringar av organisationer där patientsäkerheten kan påverkas)
5. Patientsäkerhetsdialoger genomförs kontinuerligt med landstingets direkt vårdande eller indirekt vårdande enheter
6. Patientens medverkan ska stärkas så att denne blir en naturlig part i säkerhetsarbetet
7. Resultat av insatta åtgärder för att förbättra patientsäkerheten ska kontinuerligt följas upp.

Landstinget i Östergötland har också tagit fram flertalet informationsbroschyrer med syfte att hjälpa personal och chefer men också sprida information till patienter. Exempelvis tidningen *Medarbetarstöd*, vilket vänder sig till chefer men som också kan läsas av dem som varit involverad i en allvarlig händelse. Tidningen *Om det blir fel i vården* vänder sig främst till patienter för att vägleda var de kan vända sig om något gått snett. Det finns även utbildningsmaterial inom patientsäkerhet för dem inom vården som vill engagera sig mer i dessa frågor.

För att kunna rapportera avvikelser som påträffas inom Sjukvårdsrådgivningen ska alla anställda använda en blankett som finns framtagen. Avvikelse rapporten lämnas till samordnaren som genomgått en standardiserad utbildning. Denne för in ärendet i det digitala systemet Synergi, ett webbaserat program som delas med andra vårdinstanser i landet. Avvikelserna klassificeras av samordnaren som en ärendetyp och senare också med en allvarlighetsgrad och var i arbetsprocessen den uppkommit. De olika ärendetyperna är *synpunkter/klagomål* vilket exempelvis kan vara dåligt bemötande. Resterande kategorier är *avvikelse/risk*, *tillbud* och *negativa händelser/olyckor* vilka till exempel kan sträcka sig från att omfatta dålig tillgänglighet på en annan vårdnivå till mer allvarliga händelser, exempelvis på grund av lång väntetid på behandling. Underkategorier till arbetsprocess är: *hänvisning*, exempelvis att patienten felaktigt hänvisats till Sjukvårdsrådgivningen när till exempel vårdcentralen själva skulle tagit hand om patienten. *Bokning*, till exempelvis till akuten eller jourcentral samt *rådgivning* där patienten kan ha fått felaktiga råd.

Sjukvårdsrådgivningen använder sig av Socialstyrelsens definition för avvikelser (Socialstyrelsen, 2009b):

Tabell 2: Definitioner av avvikelser

<i>Avvikelse</i>	= negativ händelse eller tillbud.
<i>Negativ händelse</i>	= händelse som medfört vårdskada.
<i>Vårdskada</i>	= lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd.
<i>Tillbud</i>	= händelse som hade kunnat medföra vårdskada.
<i>Risk</i>	= möjligheten att en negativ händelse ska inträffa.

Avvikelsestatistik

Trenden för mängden avvikelser som rapporteras inom Sjukvårdsrådgivningen i Linköping ser inte ut att minska. Statistik från Synergi visar att det år 2008 rapporterats 76 avvikelser baserat på ärendetyp och under 2009 (jan-sep) rapporterades det 69 fall, vilket hypotetiskt ser ut att passera 2008 års resultat om det fortsätter i samma utveckling. I tabell tre nedan presenteras indelningen av alla rapporteringar som gjorts under dessa två perioder samt vilken allvarlighetsgrad som utfärdats.

Tabell 3: Avvikelsestatistik

Ärendetyp					
<i>Period</i>	<i>Synpunkter/klagomål</i>	<i>Avvikelse/risk</i>	<i>Tillbud</i>	<i>Negativa händelser/olyckor</i>	Summa
2008	4	55	14	3	76
2009 (jan-sep)	8	55	5	1	69

Allvarlighetsgrad				
<i>Period</i>	<i>Mindre allvarliga</i>	<i>Allvarliga</i>	<i>Mycket allvarliga</i>	Summa
2008	62	7	1	70²
2009 (jan-sep)	55	15	1	71³

² Summan av ärendetyp kontra allvarlighetsgrad är olika eftersom ärendet registrerades vid annan tidpunkt än när bedömningen av allvarlighetsgrad gjordes.

³ Ibid.

3 – Teoretiskt ramverk

Följande kapitel inleds med att gå igenom tidigare forskning som angränsar till sjukvårdsrådgivning via telefon. Därefter följer ett avsnitt om säkerhetskultur som tar sin ansats från organisationskultur. Kapitlet avslutas med att beskriva innebörden av ett systemperspektiv samt vissa angränsade teorier som anses relevanta.

3.1 Sjukvårdsrådgivning via telefon

Nedanstående avsnitt tar upp patientsäkerhet i relation till sjukvårdsrådgivning. Vidare följer tidigare forskning som synliggjort problemfaktorer och det beslutsfattande som är typiskt för denna domän.

3.1.1 Patientsäkerhet

Wright (1998) undersökte vad som motiverar organisationer att praktisera säkerhetsarbete och kom fram till att det varken kunde relateras till ekonomi- eller kvalitetsaspekter. Det var snarare en rädsla för att företagen utåt sett skulle förlora sin trovärdighet och inte jobba för god moral som var bakomliggande faktorer. Grunden i kvalitetsutvecklingen på Sjukvårdsrådgivningen ligger i att kunna ge patienten råd som ligger i fas med relevant vårdnivå, vilket är ett steg i arbetet för god patientsäkerhet. Patientsäkerhet definieras av Socialstyrelsen (2009a) som ”*ett skydd mot lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd*”. För att upprätthålla detta skydd sker enligt Socialstyrelsen aktiviteter i form av att rapportera- och analysera risker och händelser för att utvinna mer kunskap om vilka åtgärden som bör vidtas för att stärka patientsäkerheten. De skriver också att kontinuerligt föra ett analysarbete parallellt med huvudarbetet bidrar till en säkerhetskultur där alla strävar efter hög riskmedvetenhet. Det vill säga försöka vara observant på minsta tendens till avvikande beteende och lära sig av negativa händelser och tillbud.

Rollenhagen (2005) definierar en mer generell typ av säkerhet genom en uppdelning i två delar. *Tillförlitlighet*, någonting ter sig som tänkt inom en viss miljö över tid. Samt *frånvaro av incidenter och olyckor*, som upprätthålls genom närvaro av aktiviteter för att understödja systemet. Dessa aktiviteter styrs både efter hur människor uppfattar risker som konsekvenser av tidigare incidenter, men också av de föreställningar om vad som kan inträffa. Vilka inte alltid behöver överensstämma med verkligheten. Beslut måste fattas om vilka avgränsningar som ska göras efter bedömningar vad verksamheten finner meningsfullt att gardera sig mot. De garderingar som görs vilar på grundade nivåer av accepterad risk som finns uttalade implicit- eller explicit inom organisationen, vilka baserar sig på historiska och kollektiva överenskommelser. (Rollenhagen, 2005)

Idsø och Jakobsen (2000) (ur Dekker, 2007) definierar safety (sv. säkerhet) som ”*skydd mot slumpmässiga incidenter. Slumpmässiga incidenter är ovälkomnade händelser som är ett resultat av ett eller flera sammanträffanden*” (egen översättning). De påtalar också att safety inte ska blandas ihop med security, där det hos security finns en hotbild som lämpligt skydd upprättats mot. Här finns också ett uppsåt att medvetet skada delar i arbetet. Security betraktas också som en delmängd av det större området safety. (Dekker, 2007)

Westrum (2004 ur Hopkins, 2006) ser informationshantering och övervakning av denna som den främsta och mest vitala aktiviteten för god säkerhet inom en organisation. Dekker (2007) tar övervakning ett steg längre och hävdar att det inte räcker med en metod, han tänker sig också att en högre övervakning av de processer som övervakar även är viktig. Han poängterar också att det mest väsentliga kring säkerhetsarbetet är vad varje företag ser som sina största risker, vilka metoder de har för att mäta dessa och vilka åtgärder som vidtas.

Ett annat sätt att fokusera på säkerhet inom en organisation kan enligt Rollenhagen (ur Ödegård, 2007) ske genom en akademisk syn på säkerhetsvetenskap. Enligt honom går det att tänka sig detta som en generell vetenskap som i sin tur är applicerbar på vilken domän som helst. Olika domäner, som till exempel hälso- och sjukvården och forskning inom riskperception, har medverkat i säkerhetsdiskussioner med mål att kunna bidra med sin syn på hur proaktivt arbete kring säkerhet ska ske. Enligt Rollenhagen har detta lett till svårigheter i att generalisera säkerhetsvetenskap till att bli tillämpbar över flera fält. Han tycker dock debatten är fruktbar att studera ur flera infallsvinklar eftersom det är viktigt att lyfta fram olika potentiella risker för andra domäner som forskare tidigare inte diskuterat. Det finns också en distinktion mellan den akademiska forskningen som bedrivs och det faktiska säkerhetsarbetet som utförs. De bör nödvändigtvis inte ligga i fas med varandra eftersom det är svårfångat att kunna ta del av allt arbete som händer ute på företag. Om Rollenhagens antagande är riktigt kan det både ses som en brist men också som ett tecken på att företagets säkerhetsarbete ligger längre fram än forskningens. Verksamheter har enligt honom troligtvis lyckats skraddarsy sitt arbete för att upprätthålla säkerhet på ett bra sätt. (Rollenhagen ur Ödegård, 2007)

3.1.2 Beslutsfattande

Triage är en generell benämning på den metod som på olika akutmottagningar världen över använder sig av för att klassificera vilken vårdnivå den som söker vård behöver⁴. Att i ett tidigt skede få snabb och korrekt medicinskt omhändertagande har visat sig vara viktigt för patientens fortsatta prognos. Inom Landstinget i Östergötland heter den specifika triagemodulen METTS⁵ medan Sjukvårdsrådgivningen 1177 har ett specialanpassat system inbyggt i det datorbaserade hjälpmedlet Rådgivningsstödet 1177.

Timpka och Arborelius (1990) studerade sjukvårdsrådgivning per telefon och kom fram till att den primära uppgiften i sjuksköterskornas arbete var just att avgöra om den som söker vård befinner sig i en akutsituation. Wahlberg, Cedersund och Wredling (2005) undersökte i en senare studie vidare på vilka grunder telefonsjuksköterskor bedömer symptom innan de fattar beslut. De kom fram till att det var bred information som grundlade besluten och Wahlberg *et al.* delade upp denna information utefter tre olika perspektiv: *patientrelaterad*, som innebär genom att lyssna på hur patienten beskriver sina symptom samt det som sägs "mellan raderna" skapa sig en uppfattning. *Sjuksköterskerelaterad*, exempelvis den egna kompetensen samt *organisationsrelaterad* information, där bedömningar som baserar sig på hur tillgängliga vissa relaterade tjänster var vid tillfället för telefonsamtalet. Vidare kom författarna fram till att både det verbala och det som inte explicit kommunicerats låg till grund för beslut samt faktorer ur alla tre tidigare nämnda perspektiv. Specifikt för de som inte hade bråttom när de sökte för sina symptom gjordes bedömningar utifrån ett starkt individuellt perspektiv. (Wahlberg *et al.*, 2005)

⁴ www.ne.se

⁵ www.lio.se

Utifrån analysering av intervjuer presenterar Greenberg (2009) en teoretisk modell över hur processen för sjukvårdsrådgivning via telefon går till. Den är uppbyggd av tre faser:

- 1) Inhämtning av information så att den passar sjuksköterskan, både från patienten samt annan källa.
- 2) Kognitiv bearbetning i form av att relatera och verifiera informationen.
- 3) Formulering av svar och direktiv som passar personen som ringer.

Genom den data som Greenbergs studie gav poängterar hon att tyngdpunkten på hur upplärning ska gå till ligger i hur information från patienten ska inhämtas. Också anpassning av de råd som i slutändan ges till patienten bör också inkluderas i upplärningsprocessen, där både implicit- och explicit information styr dessa båda faktorer. (Greenberg, 2009)

Ernesäter, Holmström och Engström (2009) studerade hur telefonsjuksköterskor uppfattar sitt arbete med datorbaserade beslutsstöd. De kom fram till att datorn både kan ses som något som stödjer arbetet men också kan förhindra det. De ansåg att den heller inte kan ersätta den egna kunskapen eller kompetensen hos sjuksköterskan. Trots detta fanns ingen vilja hos telefonsjuksköterskorna att arbeta utan datorn som hjälpmedel i framtiden. (Ernesäter *et al.*, 2009)

3.1.3 Faktorer som försvårar sjukvårdsrådgivarens arbete

Det har tidigare genomförts forskning inom sjukvårdsrådgivning på nationell nivå i Sverige. Wahlberg, Cedersund och Wredling (2003) undersökte vilka problem som sjuksköterskor upplevde i sitt dagliga arbete med telefonrådgivning. Utifrån totalt 24 identifierade problemkategorier sammanfattar författarna de tio mest frekventa sett ur organisations-, rådgivar- och patientperspektiv. På första plats kom *brist på vårdresurser* som kunde associeras till en organisatorisk nivå. Detta följdes strax efter *andrahandskonsultation*, vilket syftar till där den som kontaktar rådgivningen inte är den som faktiskt söker vård, detta kunde kopplas till sjuksköterskans perspektiv. Först på tionde plats påvisades problem som stod i direkt förbindelse med patienten, i detta fall *invandrarrelaterade*. Kring alla tio problem fanns också faktorer som kunde kopplas direkt till sjuksköterskans beslutsfattande via telefonrådgivning. Enligt Wahlberg *et al.* är sjuksköterskor tränade i att fatta beslut utifrån visuell information. Därför ansåg författarna att stora problem också fanns i att sköterskan aldrig har synlig kontakt med den hon eller han talar med. Det fanns också tendenser i att sjuksköterskor som jobbar inom telefonrådgivning ser sig som en annorlunda grupp än de som jobbar med traditionell sjukvård. (Wahlberg *et al.*, 2003)

Pettinari och Jessopp (2000) studerade vidare problemet att sjuksköterskan inte har visuell kontakt med patienten. De påvisade att sjuksköterskan delger patienten med ”verbala instrument” till exempel genom att upprepa en fråga på ett annat sätt. Patienten får då ytterligare ett tillfälle att förklara sina symptom på ett annat sätt. Studien visade också att telefonsjuksköterskor, med hjälp av sin utbildning, lyckats specialisera sina färdigheter till att passa arbetet. Detta ansåg författarna ha kompenserat för saknaden av visuell information. För att skärpa interaktionen mellan sig själv och patienten använde sig sjuksköterskan medvetet också av emotionellt beteende. Pettinari och Jessopp hävdar att detta byggde upp en tillit hos patientens sida som i sin tur gav mer information. (Pettinari & Jessopp, 2000)

3.2 Organisationskultur

Enligt Macionis och Plummer (2002) beskrivs kultur av sociologer som en sorts levnadsdesign som omfattar värderingar, beteende, utövande och materiella ting som utgör människors levnadssätt. Geertz (1973 ur Macionis & Plummer, 2002) menar att det inte finns något som ”*människans naturliga jag som existerar oberoende av kultur*” (egen översättning). Det är något oseparatorbart som alltid följer med när människan studeras. Kultur kan också ses som en verktygslåda för problemlösning i människors vardag eller genom att ge ledtrådar kring hur en historisk utveckling kring ett fenomen sett ut. (Macionis & Plummer, 2002)

Geertz (1973) (ur Rollenhagen, 2005) är kritisk till ett individualiserat kulturperspektiv och menar att den kultur som följer av studiet av människan också omfattar andra individer. Han anser att det är hämmande att enbart se till de individuella processerna hos människan. Därför finns en tyngd i kommunikativa- och symboliska aspekter i social interaktion. Geertz vill analytiskt separera kultur som meningsskapande process, där värderingar, symboler och trosföreställningar är centrala med de faktiska sociala strukturer, nätverk och artefakter som formar människans sociala interaktion med andra. Genom att kunna beskriva hur en grupp använder- och kommunicerar kring symboler och artefakter, samt jämföra den mot andra kan man komma att skapa sig en större förståelse varför kulturen ser ut som den gör. Kulturbegreppet används också med stor dynamik då det kan beskriva allt från en grupp med ett fåtal individer till att omfatta ett helt land. (Rollenhagen, 2005)

Schein (1992) (ur Rollenhagen, 2005) beskriver en kultur som ”*ett mönster av delade grundläggande antaganden och förhållningssätt som gruppen utvecklat när den genomgått processer för anpassning*”. Han förespråkar vidare en modell som beskriver kulturbegreppets aspekter utifrån tre olika nivåer:

- Nivå 1 beskriver kultur i former av *artefakter* eller andra typer av mänskligt skapade produkter. Här finns också arkitektur, beteende, språk och myter som framträtt genom olika tänkande- och värderingstraditioner. Ting är här lätta att observera men svåra att tolka för en utomstående person, eftersom de lätt kan dra för snabba slutsatser som mer står i relation till den egna kulturen än till den som faktiskt studeras. Rollenhagen gör här en poäng när han relaterar nivå 1 till säkerhetssammanhang, om säkerhetsundersökningar görs av utomstående kan deras grundläggande syn vila på egna personliga erfarenheter om vad som anses säkert och inte.
- Nivå 2 beskriver *medvetna attityder och värderingar*. Dessa kan finnas utarbetade i verksamhetens policier. Schein menar att det som finns uttalat inte alltid behöver ha genomgått en internaliseringsprocess hos alla gruppens individer. Men för att det ska bli en delad värdering mellan två eller fler personer måste den ha transformerats kognitivt hos varje individ. Om värderingarna sedan haft nytta för gruppen, i form av att lösa uppgifter bättre, kan de komma att bli grundläggande värderingar inom gruppen. I säkerhetssammanhang nämner Rollenhagen att detta kan manifesteras sig genom koncept som ledningen yttrat genom tal och skrift till exempel som "säkerheten har högsta prioritet". Enligt honom bör det dock uppmärksammas att vad som sägs och vad som faktiskt görs inte alltid är detsamma. Dessa normativa utsagor kan bara vara något som sägs men som saknar djupare övertygelse hos alla för att det ska resultera i aktiva handlingar.

Förutom gemensamma attityder som kännetecknar gruppen utvecklar också individer egna attityder. Rollenhagen (1995) talar om att utifrån ett socialpsykologiskt perspektiv kan människors samverkan studeras genom att se hur bland annat tankar, attityder och handlingar kommer till uttryck. Attityder kan beskrivas genom tre delkomponenter. Den första är av *känslomässig* karaktär, finns en attityd mot något så finns vanligtvis också en känsla anknuten till detta objekt. Den andra är attitydens *kognitiva* del det vill säga tankar och trosföreställningar som är förknippade med någonting. Den tredje beskriver *handlingar* som kan kopplas till attityden vilken benämns som beteendekomponent.

- Nivå 3 beskriver *omedvetna värderingar och antaganden* inom gruppen men också om hur människan fungerar och hans eller hennes olikheter. I modellen innebär det att lösningar som visat sig fungera över längre tid blir till vedertagna grundläggande antaganden. Schein skiljer mellan grundläggande värderingarna som är medvetna, vilka går att diskuteras och välja mellan, och de grundläggande antaganden. De här är inte tillgängliga vilka speglar omedvetna självklara förhållningssätt. Att ha denna ansats som synsätt guidar individer i hur de ska lösa uppgifter. Detta i sin tur minskar osäkerhet samt ger upphov till en mer stabil verksamhet. Schein menar att oro och instabilitet kan skapas om förändringar görs av de grundläggande antagandena.

Att tala om en organisations kultur började enligt Guldenmund (2000) få gehör under 70-talet. Hofstede (1986) (ur Rollenhagen, 2005) skriver att en organisations klimat mestadels beror på hur tillfredsställande anställda långt ner i företagets hierarki uppfattar sin vardag. Medan Guldenmund (2000) menar att organisationskulturen ansågs som ett mer storskaligt fenomen. Vidare urskiljer Guldenmund sju områden som beskriver dragen i en organisationskultur. Det är en *konstruktion* som håller sig *stabil över lång tid*, den omfattar *många variabler* där människor har *delade meningar*. Den består också av *olika kulturer och subkulturer* samt *olika praxis* som kan studeras isolerat från varandra. Helhetsmässigt omfattas den av en *överordnad funktion* som styrs av verksamhetens ledningsorgan. Organisationens prestation är i fokus och kultur ses som en variabel som går att påverka för att leverera flera produkter. Han argumenterar också för att säkerhetskultur har sitt ursprung från området organisationskultur. Med tanken att organisationen är ett yttre skal som omfattar en gemensam kultur, tänker han sig att organisationen också har en syn på säkerhet som kan påverkas i samma mening som kultur kan modifieras för att producera tjänster. Hopkins (2006) hävdar att det finns tendenser till att externa faktorer utanför organisationen har en större påverkan på den interna kulturen än vad som tidigare uppfattats. Exempelvis att logistiken till och från jobbet fungerar smärtfritt kan vara en grundläggande faktor till daglig trivsel på arbetet som således påverkar kulturen.

3.3 Säkerhetskultur

Säkerhetskultur (eng. safety culture) är inte ett entydigt begrepp och många forskare har bidragit med sin definition av begreppet. En definition som författaren till denna rapport anser vara mest passande är den som Hale (2000) gör (ur Gadd & Collins, 2002). Han beskriver det som *”attityderna, trosföreställningarna och uppfattningarna som delas mellan naturligt formade grupper som definierar normer och värderingar, dessa är ett resultat av hur de handlar och reagerar i relation till risker och system som kontrollerar dessa risker”* (egen översättning).

Rollenhagen (i Ödegård, 2007) anser att det var först efter reaktorolyckan i Tjernobyl 1986 som begreppet började användas och spridas explosionsartat. Han anser också att den angränsande termen säkerhetsklimat, summan av anställdas attityd till sitt arbete, var en för smal variabel att mäta eftersom den mest fokuserade på tekniskt- och mänskligt beteende här och nu. Olycksutredare vid Tjernobyl ansåg att större potential fanns i att använda det mer djupgående kulturbegreppet som sträckte sig till att fånga in ett större socialt sammanhang under längre tid med djupare information.

Uppfattningen som författaren har av skillnaden mellan säkerhetskultur och säkerhetsklimat är att det förstnämnda är mer beroende av bakomliggande organisatoriska faktorer, vilka är mer svårförändrade än de faktorer som mäts vid en studie av säkerhetsklimat. Upprepade mätningar av säkerhetsklimat under längre tid kan dock ge indikationer om den bakomliggande säkerhetskulturen. Svahn (2009) menar att den svenska översättningen av safety culture först kom att användas efter incidenten vid Forsmark 2006. Vid det här tillfället var det bristande arbetsrutiner som ledde till att arbetarna glömde jorda ett ställverk vilket senare orsakade kortslutning.

Gadd och Collins (2002) poängterar att det ofta talas om säkerhetskultur som utbytbart med säkerhetsklimat. De anser dock att detta snarare bidragit till en sämre förståelse av begreppens betydelse än bringat klarhet i varför det skulle vara bra med en sammanslagning. Enligt Pidgeon (1998 ur Gadd & Collins, 2002) undviks det ofta att debattera kring definitioner eftersom dessa vilar på osäkra och vaga grunder. (Gadd & Collins, 2002)

3.3.1 Säkerhetskulturens centrala dimensioner

Colla, Bracken, Kinney och Weeks (2005) jämförde nio enkätinstrument och påvisade fem dimensioner vilka de ansåg vara gemensamma för säkerhetsklimat: *ledarskap, kommunikation, procedurer och policyer* samt *bemannning*. Dessa betraktas i relation över lång tid som centrala faktorer även för säkerhetskultur. Rollenhagen (2005) tar upp och beskriver dimensionerna vilket följer nedan.

Cox *et al.* (1997) beskriver *ledarskap* som en av de främsta faktorerna, att det bör ligga stor vikt i att få rätt personal på organisationens ledningsnivå. Personer som ska arbeta med säkerhetsfrågor bör noga väljas ut efter personliga egenskaper för att kunna prioritera och hantera dessa typer av frågor. Om inte ledningens engagemang i säkerhetsfrågor är högt kommer detta genomsyra hela verksamhetens syn på säkerhet. Personerna som är ytterst ansvariga för säkerheten ska heller inte ha ansvar för att verksamhetens budget håller, då säkerhetsfrågor inte direkt får ställas i relation till företagets ekonomi. Rollenhagen (2005) påpekar att det blir allt mer vanligt att alla som arbetar inom ett företag är med och skapar säkerhet. Detta initieras genom att hålla en öppen dialog med strävan efter god *kommunikation*. Att kunna berätta innehållsoberoende saker i förtroende för kollegor som rör arbetet utan att känna sig nongalerad är viktigt för strävan efter att synliggöra potentiella problem. Samma relation bör finnas till chefen, hon eller han måste också vilja få information om saker som inte enbart är positiva. Kommunikationsstilen som används samt hur frekvent diskussioner förs är vidare mekanismer av god kommunikation. Olika aspekter av *bemannning*, att arbetspressen ständigt är hög eller att kompetensnivån är för låg, är en tredje faktor som är negativt för säkerhetskulturen. Enligt Rollenhagen ska väl etablerade *procedurer och policyer* finnas uttalade inom organisationen, men de måste också antagits som praxis och vara naturliga för personalen att följa. Att *rapportera* händelser där incidenter eller olyckor skett är en central del i säkerhetsarbetet för att undvika framtida allvarliga incidenter. Men enligt

Rollenhagen är det främst inte de direkta olyckorna som kontinuerligt för säkerhetsarbetet framåt, eftersom de är relativt ovanliga. Istället bör stor fokus ligga på att upptäcka potentiella riskkällor samt utreda tillbud (eng. near misses) där händelser skulle kunna ha utvecklats till större negativa konsekvenser eller olyckor. (Rollenhagen, 2005)

Cambraia, Saurin och Formoso (2010) ger riktlinjer för att identifiera- och analysera tillbud men också hur informationen ska spridas för att stärka säkerheten. De menar att det är de anställda som själva måste få avgöra vad som är relevant att rapportera. Men för att nå dit måste de först utbildas i hur rapporteringssystemet fungerar samt uppmanas till ett riskmedvetande. Klassificering och kategorisering av avvikelser överlämnas till den eller de specialister som utvecklar strategier för att följa upp varje typ av avvikelse. Kontinuerlig debriefing kring säkerhet bör också genomföras med anställda samt uppmaningar om att de ska vara observanta på sårbarheter, oavsett omfattningen av det som identifierats. Att framhålla flera datakällor för att stimulera att fler medarbetare rapporterar är enligt Cambraia *et al.* också en central aspekt. Utgångspunkten för analysering av tillbud börjar vid vad som klassas som spårbart tillbaka till någon form av grundorsak och syftet ska inte vara att leta efter en människa att lägga skulden på. För att sprida informationen vidare om inträffade tillbud ska relevanta personer utses på olika nivåer som fortsättningsvis ser till att alla kan ta del av denna viktiga information. Personalen ska också direkt få reda på vilka åtgärder, provisoriska eller permanenta, som vidtagits. (Cambraia *et al.*, 2010)

Hur kommunikation kring säkerhet manifesterar sig på företag påvisade Vassie och Lucas (2001 ur Gadd & Collins, 2002) i termer av hur ledarrollerna såg ut på de 35 arbetsplatser som studerades. De kom fram till att organisationer som hade personer som fungerade som ”övervakare” bland arbetarna också hade väldigt låg frekvens av anställdas delaktighet i säkerhetsrelaterat arbete. De hade i större utsträckning också speciella grupper som uttalat förde säkerhetsarbetet framåt. I de organisationer som istället hade uttalade teamledare visade det sig att anställda var mer involverade i säkerhetsarbete samt att kommunikationen mellan dem var mer öppen. (Gadd & Collins, 2002)

Rollenhagen (2005) menar att det är viktigt att belysa olika forskningsansatser som finns inom säkerhetskultur. Den *normativa* synen syftar till att det finns ett ideal som bör eftersträvas där olika kriterier bör tillämpas för god säkerhetskultur. Den *deskriptiva* ansatsen där empiriska studier görs för att se hur individer uppfattar säkerhet. Den *förklarande* där man söker efter kausala samband, och till sist en *utvecklingsansats* där man ägnar sig åt att studera metoder i sig som används för att nå fram till god säkerhetskultur. Svahn (2009) påpekar nackdelarna med att studera säkerhetskultur genom att försöka urskilja gemensamma nämnare mellan organisationer. Det är lätt att missa att kulturen beror på interaktion mellan många faktorer som lätt förstörs om dessa isoleras eller studeras enskilt.

3.4 Systemperspektiv

Oavsett om en person kommit till skada eller inte när en avvikande händelse inträffat, anser Socialstyrelsen (2009b) att denna händelse skulle kunna ha undvikits genom förebyggande arbete. De menar att avvikande händelser som uppstår av individers handlande många gånger beror på organisatoriska bakomliggande faktorer. Tidigare har större fokus inom sjukvården legat på enskilda sjuksköterskors ansvar i deras handlande, men tills för ganska nyligen har individsynen ersatts av ett bredare *systemperspektiv*, där man ser till en större helhet framför mindre enheter. Att ha ett systemtänkande medför en förståelse för att negativa händelser och tillbud i många fall beror på brister i till exempel kommunikation, bemanning, ledarskap och

rutiner. Systemsynen kan användas proaktivt i en verksamhets riskanalysarbete liksom efter att en avvikande händelse redan inträffat. (Socialstyrelsen, 2009b)

Davies och Nutley (2000) menar att om en strävan finns efter att vilja öka kvaliteten inom vården krävs förändringsarbete på en systemnivå, alltså att delkomponenter ska fungera bättre tillsammans. Sjukvårdsrådgivningen i Linköping använder sig av en systemsyn i sitt säkerhetsarbete och strävar efter att identifiera risker innan de leder till allvarigare händelser. En typ av systemsyn är Rollenhagens MTO som är en förkortning för människa, teknik och organisation (Rollenhagen, 1995). Han menar att det är dessa tre huvudfaktorer som i samverkan ger upphov till beteende som kan leda till olyckor. Det är därför nyttigt att använda denna syn vid till exempel olycksutredningar eller vid proaktivt säkerhetsarbete. Fokus hålls till relationer snarare än delkomponenter och ingen del kan isoleras från en annan. Liksom den tidigare synen på kultur av Geertz (1973 ur Macionis & Plummer, 2002) där människan är oseparatorbar från sin kultur. För att inte en systemsyn bara ska kunna användas som slagord för att framhålla att alla delar är inkluderade, är det enligt Rollenhagen (ibid.) viktigt att visa var systemgränsen går och vad som ingår i systemets ramverk. MTO-perspektivet går att avgränsa och diskuteras utifrån dess tre delar, människa, teknik och organisation, men måste användas tillsammans när det används som ansats vid problemlösning. Rollenhagen argumenterar emot att ha en alltför specialiserad och snäv fokus i olycksanalysen vilket inte alltid genererar bra lösningar. Att istället ha en högre överordnad syn kan leda till nya sidospår som annars inte skulle kunna upptäckas. Han hävdar att det är flexibiliteten i angripsfokus, där förmågan att kunna skifta mellan nivåer, som leder till en mer progressiv säkerhetsutveckling. Enligt Rollenhagen har det tidigare legat en trend i att säkerhetsarbete fokuserat mest på tekniska aspekter. Människan har stått i skymundan och på bästa sätt fått försöka anpassa sig till tekniken snarare än tvärt om. Synen på människan har ibland liknat en robot, att hon eller han fungerar relativt statiskt utan att begå handlingar med oönskat utfall. Utvecklingen under de senare decennierna har tagit spjårn inom bland annat synen på ergonomi, där utvecklare fått upp ögonen för att människan inte fortsättningsvis kan behandlas i likhet med en maskin. Variabelt beteende bör också tas med i beräkningen, att mindre bra beteende kan fångas upp och korrigeras utan att systemet havererar. På denna punkt anser Rollenhagen att företag bör utvecklas genom att utgå från det mest fundamentala de kan göra, vilket är att aktivt lära sig av sina misstag.

3.4.1 Koppling och komplexitet

Koppling (eng. coupling) är ett begrepp som Perrow (1984) beskriver som ett icke använt utrymme mellan komponenter eller processer. Kopplingen i ett system kan antingen vara tät eller lös. I processer som har karaktären att vara tätt kopplade finns det inget utrymme för fördröjningar. Kontrasterat mot löst kopplade processer, som inte är beroende av att efterföljas exakt i tid, vilka ibland kan stängas ner tillfälligt utan att något tar skada. Tät kopplade system svarar snabbare på fel och utfallen är oftast värre än i de som är löst kopplade. Det finns ändå för- och nackdelar med de båda konstruktionerna. Vidare presenterar Perrow att det går att se på interaktioner mellan processer i grad av hur linjära- eller komplexa de är. I kontrast med linjäritet menar han med komplexitet att det finns oplanerade och icke förväntade händelser, det vill säga kedjor av händelser, av vilka följer osynliga- eller icke direkt uppfattade resultat. Genom att kombinera variablerna koppling och komplexitet i ett diagram och placera olika processer i ramverket kan en delad bild presenteras och diskuteras med andra berörda personer i verksamheten. (Perrow, 1984)

3.4.2 Mänskliga felhandlingar

Att det i situationer där människor och maskiner är inblandade sker händelser med negativt utfall är enligt Perrow (1984) svårundvikligt. Det är människor som konstruerat- och fortsättningsvis interagerar med maskiner. Men det finns problem kring synen att människan gör fel i form av en aktivitet eller bara med sin passivitet. Hollnagel och Amalberti (2001) argumenterar för svårigheten att komma fram till en teknisk definition av vad *human error* innebär (sv. mänskliga felhandlingar). Det kan tydliggöras vid beskrivning av konceptet ur olika perspektiv, ur ett ingenjörsperspektiv, om människan som övervakare i ett system kan misslyckas på samma sätt som vilken komponent i ett system som helst. Eller att mänskligt beteende bara kan förstås genom hans eller hennes intentioner och subjektiva mål, det vill säga ett psykologiskt perspektiv. Enligt författarna finns det tre grundläggande semantiska problem, vilka följer nedan.

Human error som...

1. ... *orsak*, till exempel *oljan som spilldes ut var orsakat av ett mänskligt fel*.
2. ... *händelse eller handling*, till exempel *jag glömde kontrollera oljenivån*. Fokus ligger här på händelsen utan att ett faktiskt fel har begåtts. Det är inte säkert att avsaknaden av handling lett till fel om det upptäcks och uträttas i tid.
3. ... *konsekvens*, till exempel *jag gjorde fel genom att hälla salt i kaffet*. Avsikten och handlingen var rätt men det blev fel. Ett striktare begrepp är "latent human error" som felaktigt syftar till att det finns human error "gömda" i systemet som är orsaker av tidigare handlingar som senare kan komma att visa sig.

Av ovan nämnda beskrivningar uppstår enligt Hollnagel och Amalberti (2001) en motsägelse. Human error är inte en funktion utan en orsak, men det går att anta termen på ett funktionellt sätt när man säger att någon gör fel. Men i dessa båda fall är human error varken en aktivitet eller ett avsiktligt resultat. Ännu tydligare blir det med exemplet om fel orsakar dåligt beslutsfattande eller om dåligt beslutsfattande leder till att fel uppstår. Det blir alltså ett cirkelresonemang där det inte går att urskilja varken början eller slut. (Hollnagel & Amalberti, 2001)

Enligt Rollenhagen (2005) kan människans handlande i relation till systemtänkande misstolkas. Vid exempelvis ett olyckstillfälle där teknologin inte felfungerat hävdar han att följande resonemang tidigare brukar föras:

"Systemet felfungerade, teknologin i systemet felfungerade inte och systemet består av teknologi och människor. Det var alltså en form av mänsklig faktor som låg till grund för olyckan."

Att använda sig av detta logiska resonemang och peka ut människan har enligt Reason (2000 ur Rollenhagen, 2005) varit mer emotionellt tillfredsställande än att skuldbelägga en hel institution. Fokus bör istället främst hållas till interaktionen mellan komponenterna som bör utredas. Dock, trots osäkerheten att fokusera på människan som orsakande faktor, nämner Rollenhagen att det kan finnas problem med att bara lägga fokus på relationer mellan delar. Eftersom det eventuellt kan leda till att berörda personer tror att incidenter uppstår oberoende av människan, trots att människan är en del av systemet. Det kan också ta bort ansvaret som varje individ har i relation till sitt arbete då denne fortsättningsvis kan skylla på att det är systemets fel. (Rollenhagen, 2005)

Istället för att diskutera kring termen human error och andra typer av fel vill Hollnagel (2001 ur Rollenhagen, 2005) framhäva väsentligheten med att istället leta efter var prestationen varierar i systemet. Därefter bör man ta reda på hur den varierar och försöka kontrollera den. Det innebär att ta ett annat perspektiv än att bara fokusera vid det mänskliga beteendet som grundläggande faktor. Förslagsvis skriver författaren att fokus bör läggas där processer, mänskliga som tekniska, kan resultera i negativa utsagor. Vet personal med sig att minsta avvikande i handlandet kan resultera i tillbud eller olyckor, anser Rollenhagen (2005) att en försiktighetsprincip alltid bör användas. I dessa osäkra situationer ger han också förslag till att säkerhetskultur kan användas som en kompass som visar vägen till de mest lämpliga handlingar i situationen. (Rollenhagen, 2005)

Nya synen på mänskliga felhandlingar

Dekker (2002) skriver om ett nytt synsätt till mänskliga felhandlingar. Till skillnad från den tidigare synen, där fokus låg på att identifiera och justera de mänskliga felhandlingarna för att stärka säkerheten, är kärnan i det nya förhållningssättet följande (Dekker, 2002):

- Human error är inte en handling, eller avsaknaden av handlingar hos en person som utför sitt arbete i linjer med de föreskrifter som finns. Det är istället symptom på problem som finns "djupare" inne i systemet.
- Säkerhet är inte något som finns inneboende i ett system, det måste skapas och upprätthållas av människor, på olika nivåer inom organisationen.
- Human error är kopplat till egenskaper hos verktyg, uppgifter och miljön. Utveckling av säkerhet sker i relation med att människor som förstår dessa kopplingar.

Dekker (2007) tar upp problematiken kring att räkna de fel som identifieras. Han menar att det är fel tillvägagångssätt då metoden enbart styrs av vem som har bestämt vad som ska klassas som ett fel, likaså vem det är som observerar. Om fel inte fångas upp ska det då inte räknas som fel eller är det fel på metoden? Att sedan räkna de identifierade felen kan ge en missvisande bild över den objektiva synen på säkerhet. Antal fel säger, enligt Dekker, inte mycket om säkerheten. Tendensen till att överskatta att organisationen har ett säkert system värderas starkare än att organisationen misstror metoden som urskiljer och klassificerar saker som fel. Han skriver vidare att verksamheter istället bör ifrågasätta sig själva varför de räknar just dessa som fel. Ett sökande som görs efter objektiva fel är också bakåtsträvande eftersom det inte finns objektiva fel enligt Dekker. Det enda som existerar är pågående händelser som människor i efterhand kan klassificera bra eller dåligt resultat. (Dekker, 2007)

Paralleller med resonemanget Dekker (2007) för kring felidentifiering kan dras till forskningen av Simons och Rensink (2005a) inom kognitionspsykologin. Där undersökte de fenomenet *inattentional blindness* och kom fram till att människans uppfattningsförmåga är begränsad. Svårigheter finns att det ibland är omöjligt att rapportera oväntat stimuli, eftersom den som observerar inte har förmågan eller instrument att kunna uppfatta minimala förändringar av percept som något avvikande och oönskat. (Simons & Rensink, 2005)

3.4.3 Skarpa- och trubbiga änden

Tidigare teori kring systemperspektivet riktar fokus på en verksamhet eller organisation som ett system som styrs och struktureras upp efter nivåer. För att förstå fel i ett organisatoriskt sammanhang är det enligt Dekker (2006) konstruktivt att kontrastera människors arbete från olika "ändar". Sett från den spetsiga änden (eng. sharp end) är operativ personal i direktkontakt, här och nu, med processer som i högsta grad är kopplade till kritiska säkerhetsrelaterade faktorer. Här kan människans handlande snabbt resultera i mindre önskvärda utfall, till exempel på grund av svårigheter att hinna med att i efterhand korrigera sitt handlande som visade sig vara mindre bra. Jämfört med den trubbiga änden (eng. blunt end) som indirekt styr hur människor tänker och handlar. Vid denna ände har man inom verksamheten stiftat regler, procedurer och praxis som ska understödja personalens arbete. Detta i sin tur ligger längre bort i tid och rum och är en långsammare process. (Dekker, 2006)

4 – Metod

Följande kapitel går igenom de val som gjorts i studien, hur enkäten utformats, hur proceduren såg ut, vilka som medverkat och hur insamlade data har behandlats. Kapitlet avslutas med en metoddiskussion.

4.1 Val av metod

Skälen till att en webbenkät valdes istället för andra metoder som intervjuer eller strukturerade observationer var flera. Enkäter är smidiga och går snabbt att distribuera till flera människor samtidigt. Personalen på Sjukvårdsrådgivningen jobbar med datorn som arbetsredskap under största delen av sin arbetsdag, därför valdes en webbenkät av praktiska skäl då personalen kunde genomföra den när belastningen på telefonkön var liten.

4.2 Enkätmaterial

Avsnitten som enkäten i denna studie omfattar baserar sig på resultaten i studien av Colla *et al.* (2005). De granskade ett antal enkätverktyg och sammanställde flertalet gemensamma dimensioner av vad som ansågs relatera till säkerhetsklimat: ledarskap, regler och procedurer, bemanning, kommunikation och rapportering. Med detta som utgångspunkt valdes ett av enkätverktygen, *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS), som bas för konstruktion av instrumentet i denna studie. Påståendena i HSOPS är riktade till den enskilda individen till skillnad från andra verktyg som Colla *et al.* undersökte, vilka måste besvaras i grupp. Vissa av frågorna samlar in information om hur personalen psykiskt påverkas av arbetet vilket ansågs som värdefullt. Tidigare har också Socialstyrelsen (2009a) utgått från detta underlag till sin handbok för att mäta patientsäkerhetskultur. Deras enkät validerades också inom den svenska sjukvården med goda resultat vilket ansågs positivt.

Under enkätkonstruktionen slogs en del påståenden ihop, både för att hålla nere längden men också för att dessa påståenden ansågs överlappa varandra. De påståenden som inte passade domänen togs bort då de riktade sig mer till sjukhus med annan verksamhetsstruktur, som till exempel flera fysiska avdelningar. För att fånga åsikter av beskrivande karaktär tillades fritextfrågor. Sist formulerades ytterligare frågor som var mer domänspecifika kring hur arbetet och arbetsmiljön på Sjukvårdsrådgivningen ser ut.

Det var totalt 52 frågor i enkäten, varav nio bakgrundsfrågor som också fungerade som uppvärmningsfrågor. Vidare hade 35 påståenden svar i numerisk form det vill säga med en Likertskala från ett, markerat med *instämmer inte alls*, till fem som var markerat med *instämmer helt*. Återstående åtta frågor bestod av fritextsvar. Fråga 28 fick strykas efter datainsamlingen på grund av att svarsformen felaktigt hade valts till Likertskala fast den istället skulle varit i fritext.

4.3 Procedur

Innan datainsamlingen påbörjades genomfördes en pilotstudie där två personer fick granska enkäten. Dessa hade stor erfarenhet av enkäter som undersökningsverktyg och personerna ansågs bidra med konstruktiv feedback. Detta ledde till att vissa påståenden förtydligades i eftersträvan att minimera missförstånd. Efter besök på Sjukvårdsrådgivningen initierades

datainsamlingen. Detta skedde genom ett utskick av ett informationsbrev till verksamhetens anställda om att en enkät skulle distribueras via e-post inom en snar framtid. Några dagar senare skickades detta brev ut till alla anställda med information samt en länk till studiens enkät. Respondenterna fick två veckor på sig att svara vilket följdes av en påminnelse några dagar innan slutdatumet. En förlängning av slutdatumet gjordes också med en vecka för att försöka få in fler enkätsvar.

4.4 Deltagare

Urvalet i undersökningen bestod av de tillsvidareanställda vid Sjukvårdsrådgivningen vid tillfället för studien. Perioden då datainsamlingen ägde rum var 26 februari till 21 mars 2010. Totala antalet personer i urvalet var 34, varav alla kvinnor där medelåldern var ca 55 år (SD=6.16). Det sammanlagda antalet deltagare som svarade på enkäten var 18 personer varav tre av dem hade rollen som teamledare eller chef.

4.5 Databehandling

Innan enkäten skickades ut taggades frågorna efter fem kategorier (Colla *et al.*, 2005): *ledarskap*, hur chef och ledning åtagit sig styra säkerhetsarbetet. *De regler och procedurer* som finns och vad som anses som praxis. Påståenden som rör *bemanning* av personal. *Kommunikationen* mellan anställda inom verksamheten och *rapportering* av avvikelser och synpunkter.

Efter kategoriseringen utfördes en explorativ faktoranalys i SPSS på enkätens kvantitativa variabler, alltså de påståendena som var på Likertskala. En faktoranalys ansågs potentiellt kunna bidra till att studiens variabler kunde sammanfattas under en mer övergripande faktor, vilket i en faktoranalys tolkas som att en faktor påverkar många variabler. Analysen gjordes för att se om taggarna också var enhetligt fördelade på en faktor. Exempelvis om de påståendena som taggades som rapportering också förhöll sig till en och samma faktor. Det visade sig att påståendena taggade som rapportering respektive kommunikation var mest enhetligt fördelade på två faktorer. Detta låg till grund för generering av studiens första två frågeställningar. De frågor som var taggade med någon av de andra tre kategorierna gjordes därför ingen vidare analys av.

Varje fritextsvar i enkäten lyftes ut, granskades och delades upp där fler svar uttrycktes. Dessa sammanställdes efter likheter där enhetlig terminologi kunde användas. I avsnittet där respondenterna fick ange problem kategoriserades svaren efter liknande termer som Wahlberg *et al.* (2003) gjorde i sin undersökning.

4.6 Metoddiskussion

När en faktoranalys utförs på små stickprov sjunker reliabiliteten och hade svarsfrekvensen till enkäten varit större hade reliabiliteten också varit högre. Trots metodens premisser, med lågt antal deltagare, utfördes ändå denna analys eftersom antagande om att fokus och avgränsningar för studien skulle kunna utforskas lättare. Hur frågorna inledningsvis taggades kan dock ha påverkat tolkningen av det resultat som faktoranalysen gav.

Coyle *et al.* (1995 ur Rollenhagen, 2005) påtalar svårigheter angående generaliserbarheten för användning av enkätverktyg. De rekommenderar dock att det vanligtvis är effektivt att utgå från ett befintligt instrument. Att modifiera en eller flera enkäter så att produkten av dem

passar den egna organisationen tycks vara det mest gynnsamma i många fall. Författaren ansåg därför att en kombination av tidigare studier och egna idéer skulle vara ett bra sätt att utforska Sjukvårdsrådgivningen 1177 på, vilket visade sig i efterhand fungera bra.

I delarna där fritextsvar användes, sammanfattades svaren till delvis delade termer med avsikt att försöka finna gemensamma åsikter mellan respondenterna. Detta ansågs relevant för att kunna hålla ihop- och finna en kärna i resultatet. Enligt Bryman (2002) berör validitet främst kvantitativ forskning. Det finns dock egenheter att nämna om kvalitativa data, det vill säga fritextfrågorna som användes i studien, vilka också är hämtade från tidigare instrument gällande patientsäkerhet. Trots att respondenterna främst svarade på respektive fråga som ställdes, tillade sjukvårdsrådgivarna ibland åsikter som inte direkt berörde frågan. Den interna validiteten kan här till viss del ifrågasättas, om fritextfrågorna verkligen stärkte enkätens totala interna validitet eller bidrog till större bredd än djup. Efter närmare analys anses fritextfrågorna dock ha gett bidragande svar för att stärka bilden av respondentens tankar kring patientsäkerhet, vilket på så vis bidrog till högre intern validitet.

Att fokusera datainsamlingen så att den omfattade alla tillsvidareanställda inom verksamheten ansågs vara bra eftersom det ledde till att så många attityder och åsikter som möjligt kunde samlas in. Reliabiliteten i studien är dock svår att uppskatta, eftersom bortfallet var nästan hälften (47 %) av det urval som gjordes. Mangione (1995 ur Bryman, 2002) anser denna mängd deltagare som knappt godkänt. Bortfallet kan vara ett resultat av anställdas tidsbrist eller andra faktorer som till exempel att utskicket av enkäten gjordes i samband med sportlovet. Eftersom studien har så pass stort bortfall bör eventuell generalisering till hela verksamheten göras med viss försiktighet.

Trots det låga antalet i gruppen *teamledare/chef* gjordes bedömningen att det var relevant att kontrastera dessa respondenters svar mot övriga sjuksköterskor i personalstyrkan. Mest med antaganden om att rollen ledare kontra inte ledare kunde ge olika utfall. Grupperingarna bör dock tas med viss försiktighet eftersom teamledare/chef är underrepresenterade i antal i jämförelse med den andra gruppen.

5 – Resultat och Analys

Följande kapitel inleds med respondenternas beskrivning- och inställning till patientsäkerhet. Därefter följer tre avsnitt som baserar sig på kategorier som enkätens frågor omfattade. Varje avsnitt är resultatet av en frågeställning som ställdes i början av rapporten. Resultatens numeriska data under avsnitt 5.2 och 5.3 är baserade på påståenden med Likertskala. Innehållet i 5.3 omfattar också svar från en fritextfråga, medan 5.1 och 5.4 enbart baserar sig på fritextsvar.

5.1 Respondenternas beskrivning och inställning till patientsäkerhet

Sjukvårdsrådgivarna fick i enkäten inledningsvis frågan om hur de själva beskriver patientsäkerhet. En sammanställning av deras svar visar att de flesta har följande uppfattning om patientsäkerhet:

Utefter hur patienten beskriver sina symptom ge rådgivning i tid som är i fas med relevant vårdnivå, rådgivningen är också enhetlig och grundar sig väl i vetenskaplig forskning.

I enkäten ställdes också påståendet om var och en anser sig vara med och bidra till patientsäkerheten. Här instämmer tio respondenter helt eller delvis (56 %) och sex som svarade förhåller sig tveksamma. Övriga två tog avstånd. Efter detta påstående fick respondenterna också skatta sin attityd på en Likertskala om de ansåg att verksamheten jobbar på ett bra sätt för att stärka patientsäkerheten. Tolv respondenter (67 %) instämmer helt eller delvis och fem är tveksamma (28 %), endast en tog avstånd.

5.2 Kommunikation

I detta avsnitt presenteras inledningsvis jämförande deskriptiv statistik (tabell 4) över de påståenden som kategoriserades som *kommunikation*. De data som är i fokus i tabellen är medelvärdet, *M*, för respektive tre grupper på en skala från ett till fem.

Tabell 4: Kommunikation	<i>Alla respondenter</i>				<i>Telefonsjuksköterskor</i>				<i>Teamledare/chef</i>			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	<i>n</i>
<i>Påstående: Jag tycker att stämningen i mitt arbetslag är mycket god?</i>	3,94	0,94	4	18	3,87	0,99	4	15	4,33	0,58	4	3
<i>Påstående: Här är allas åsikter lika mycket värda?</i>	3,61	1,20	4	18	3,33	1,11	4	15	5,00	0,00	5	3
<i>Påstående: Jag blir informerad om fel som uppstått?</i>	3,89	1,18	4	18	3,73	1,22	4	15	4,67	0,58	5	3
<i>Påstående: Jag kan ifrågasätta beslut som kommer från andra även fast de har högre befogenhet än mig?</i>	4,17	1,10	4,5	18	4,07	1,16	4	15	4,67	0,58	5	3

<i>Påstående: Det diskuteras kontinuerligt hur det går att förhindra att fel och misstag inträffar igen?</i>	3,94	1,16	4	18	3,80	1,21	4	15	4,67	0,58	5	3
<i>Påstående: Jag är rädd för att fråga när något inte står rätt till?</i>	1,72	1,41	1	18	1,87	1,51	1	15	1,00	0,00	1	3
<i>Påstående: Det sker ett bra samarbete mellan andra verksamheter som SVR har kontakt med?</i>	3,50	0,71	2,5	18	3,47	0,74	3	15	3,67	0,58	4	3
<i>Påstående: Jag uppfattar att kollegor bryr sig mycket om säkerheten kring den som söker rådgivning?</i>	4,22	0,81	4	18	4,13	0,83	4	15	4,67	0,58	5	3

I påstående: *Jag tycker att stämningen i mitt arbetslag är mycket god*, instämmer 14 respondenter (78 %). Två stycken tar delvis avstånd (11 %) och resterande två är tveksamma (M=3.94, SD=0.94, N=18). Teamledare/chef tycker i högre utsträckning att stämningen är god i jämförelse med resterande personal.

I påstående: *Här är allas åsikter lika mycket värda*, är det elva stycken (61 %) som instämmer helt eller delvis. Fem respondenter (28 %) tar delvis avstånd och två håller varken med eller inte (M=3.61, SD=1.20, N=18). Telefonsjuksköterskorna instämmer inte lika starkt som teamledare/chef att allas åsikter är lika värda. I gruppen teamledare/chef instämmer alla helt att allas åsikter är lika värda inom verksamheten.

I påstående: *Jag blir informerad om fel som uppstått*, instämmer 14 respondenter helt eller delvis (77 %) och andelen som inte håller med är tre sjukvårdsrådgivare (17 %) (M=3.89, SD=1.18, N=18). Teamledare/chef tycker i större utsträckning att de blir informerade om fel än övrig personalen.

I påstående: *Jag kan ifrågasätta beslut som kommer från andra även fast de har högre befogenhet än mig*, instämmer 14 respondenter (78 %) helt eller delvis att de kan ifrågasätta beslut oberoende från vem som tagit det. Tre respondenter svarar att de varken håller med eller ej (17 %) (M=4.17, SD=1.10, N=18). Telefonsjuksköterskorna instämmer inte lika starkt som teamledare/chef.

I påstående: *Det diskuteras kontinuerligt hur det går att förhindra att fel och misstag inträffar igen*, instämmer tretton respondenter (72 %). Antalet som höll sig tveksamma var tre personer och två tar helt eller delvis avstånd (M=3.94, SD=1.16, N=18). Teamledare/chef instämmer starkare än telefonsjuksköterskorna.

I påstående: *Jag är rädd för att fråga när något inte står rätt till*, finns en stark trend som visar att respondenterna helt tar avstånd. Tretton respondenter eller 80 % instämmer inte alls i detta påstående, medan tre stycken avviker från mängden då de svarat att de instämmer helt eller delvis. Enstaka är alltså rädda att fråga när något inte står rätt till. Ingen som svarade var dock tveksam (M=1.72, SD=1.41, N=18). Teamledare/chef instämmer mindre än resterande personal.

I påstående: *Det sker ett bra samarbete mellan andra verksamheter som SVR har kontakt med,* ställer sig nästan hälften tveksamma, det vill säga åtta respondenter. Medan åtta andra (44 %) instämmer till viss del. En person tar delvis avstånd liksom en annan som instämmer helt ($M=3.50$, $SD=0.71$, $N=18$). Ingen större skillnad uppskattades finnas mellan teamledare/chef och telefonsjuksköterskor.

I påstående: *Jag uppfattar att kollegor bryr sig mycket om säkerheten kring den som söker rådgivning,* är det ingen som inte instämmer. Fyra respondenter är tveksamma och resterande 14 personer (78 %) håller helt eller delvis med ($M=4.22$, $SD=0.81$, $N=18$). Teamledare/chef uppskattar att kollegor bryr sig mer om patientsäkerheten i jämförelse med övriga telefonsjuksköterskor.

5.3 Rapportering

I följande avsnitt presenteras först deskriptiv statistik över de påståenden som kategoriserades som *rapportering* (tabell 5). De data som är i fokus i tabellen är medelvärdet, *M*, för respektive tre grupper på en skala från ett till fem. Därefter följer de rapporteringstyper som respondenterna uppskattade som vanligast (tabell 6). Det var här möjligt för varje respondent att ange flera alternativ då svarsformen i denna fråga var i fri text.

Tabell 5: Rapportering	<i>Alla respondenter</i>				<i>Telefonsjuksköterskor</i>				<i>Teamledare/chef</i>			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	<i>n</i>
<i>Påstående: Incidenter som uppstått har lett till positiva förändringar?</i>	3,56	0,81	4	18	3,40	0,83	3	15	4,33	0,58	4	3
<i>Påstående: Det är bara en tidsfråga innan något allvarligt fel inträffar?</i>	2,67	1,28	3	18	2,80	1,37	3	15	2,00	0,00	2	3
<i>Påstående: När en händelse rapporteras känns det som att det läggs mer fokus på personen som rapporterat än på det faktiska problemet?</i>	2,44	1,04	2,5	18	2,60	1,06	3	15	1,67	0,58	2	3
<i>Påstående: Jag är orolig för att misstag som inträffar ska sparas i min personliga akt?</i>	2,50	1,38	2,5	18	2,40	1,45	2	15	3,00	1,00	3	3
<i>Påstående: Det finns problem som rör patientsäkerhet här?</i>	3,17	1,04	3	18	3,13	1,06	3	15	3,33	1,15	4	3
<i>Påstående: Jag får feedback på förändringar som görs, vilka baserar sig på rapporteringar rörande problem?</i>	3,50	1,29	3	18	3,33	1,29	3	15	4,33	1,15	5	3
<i>Påstående: Om jag upptäcker något som kan påverka verksamheten negativt, så berättar jag det för andra?</i>	4,28	0,67	4	18	4,20	0,68	4	15	4,76	0,58	5	3
<i>Påstående: Finns det avsatt tid till rapportering?</i>	2,81	1,47	3	16	2,77	1,42	3	13	3,00	2,00	3	3
<i>Påstående: Jag har sett eller hört någon annan göra fel?</i>	3,76	1,03	4	17	3,87	1,06	4	15	3,00	0,00	3	2
<i>Påstående: Jag har gjort fel som har skadat eller skulle kunna ha skadat patienten?</i>	1,94	1,06	2	18	2,07	1,10	2	15	1,33	0,58	1	3

Tabell 6: Omfattningen av olika typer av rapportering skattats som vanligast

Typ av rapportering	Frekvens (n=25)	
Felhänvisning	8	32 %
Avvikelse rapportering	6	24 %
Patienten missnöjd	5	20 %
Vet inte (ej offentligt)	3	12 %
Patient fått fel råd	1	4 %
Felbokning	1	4 %
Synpunkter på Rådgivningsstödet	1	4 %

I påstående: *Incidenter som uppstått har lett till positiva förändringar*, instämmer fler än de som tar avstånd. Det vill säga tio (55 %) respektive två respondenter. Sex ansåg sig tveksamma till påståendet (33 %) (M=3.56, SD=0.81, N=18). Teamledare/chef instämmer starkare att positiva förändringar har skett efter incidenter än telefonsjuksköterskorna.

I påstående: *Det är bara en tidsfråga innan något allvarligt fel inträffar*, tar fler helt eller delvis avstånd till att något allvarligt fel när som helst kan inträffa (åtta respondenter eller 44 %) än de fyra som är mer kritiska (M=2.67, SD=1.28, N=18). När påståendet istället omformuleras och ställdes som *Det finns problem som rör patientsäkerheten här är åtta respondenter istället tveksamma*, vilket är nästan hälften (M=3.17, SD=1.04, N=18). Svaren tenderar också till att vara mer normalfördelade i detta påstående än det tidigare. En tendens i resultatet visar också att respondenterna delvis har uppfattningen om att problem finns men inte att i lika starkt till att något allvarligt fel snart ska inträffa.

Påstående: *Finns det avsatt tid till rapportering*, resulterade delvis i spretiga attityder men fler tar avstånd än instämmer. I hela urvalet tycker fem respondenter (32 %) att det finns tid avsatt medan sju (44 %) helt eller delvis tar avstånd. Resterande fyra förhåller sig tveksamma (M=2.81, SD=1.46, n=16). Liknande spretiga data kvarstår om en uppdelad granskning görs mellan teamledare/chef och resterande personal.

I påstående: *Jag har gjort fel som har skadat eller skulle kunna ha skadat patienten*, är det överhängande fler respondenter som tar avstånd (tretton individer eller 72 %) i påståendet än de två personer som delvis håller med. Bland de som tar avstånd instämmer åtta av tretton inte alls. Vidare förhåller sig tre tveksamma i påståendet (M=1.94, SD=1.06, N=18). Telefonsjuksköterskorna håller starkare med om att de har gjort fel än teamledare/chef.

Figur 2 nedan visar hur frekvent hela personalen själva anser sig rapportera avvikelser det senaste året. Det vanligaste svaret är *6-10 gånger*, men det skiljer sig bara med en respondent från det närliggande svaret 3-5 gånger, respektive två personer till 11-20 ggr. En respondent säger sig inte ha rapporterat alls medan en person gjort det vid över 20 tillfällen senaste året.



Figur 2: Frekvensen avvikelserrapporteringar

I påstående: *Om jag upptäcker något som kan påverka verksamheten negativt, så berättar jag det för andra*, så tenderar svaret till att nästan samtliga inte håller inne med information som kan påverka verksamheten negativt. Det vill säga 14 respondenter eller 89 % instämmer helt eller delvis. Resterande två håller varken med eller inte ($M=4.28$, $SD=0.67$, $N=18$). Medelvärdet för telefonsjuksköterskorna är lägre än för teamledare/chef.

I påstående: *Jag är orolig för att misstag som inträffar ska sparas i min personliga akt*, är fyra respondenter oroliga (22 %) medan hälften inte är det (nio respondenter). Resterande fem är tveksamma ($M=2.50$, $SD=1.38$, $N=18$). Det syns också att teamledare/chef är mer oroliga än telefonsjuksköterskorna att inträffade misstag ska sparas i den personliga akten. Dock är resultatet för teamledare/chef spretigt.

I påstående: *Jag har sett eller hört någon annan göra fel*, instämmer elva respondenter (65 %) vilket är markant fler än den enstaka som inte gör det. Resterande fem förhåller sig tveksamma. ($M=3.76$, $SD=1.03$, $n=17$). Vidare kan tendenser utläsas som att telefonsjuksköterskorna instämmer till viss del att de sett eller hört andra göra fel, i jämförelse med teamledare/chef där de varken eller instämmer.

I påstående: *När en händelse rapporteras känns det som att det läggs mer fokus på personen som rapporterat än på det faktiska problemet*, håller nio stycken inte med (50 %). Sex är tveksamma (33 %) och tre tycker att mer fokus läggs på personen än problemet ($M=2.44$, $SD=1.04$, $N=18$). Vidare anser teamledare/chef i större utsträckning än övriga att det inte läggs mer fokus på personen än problemet.

I påstående: *Jag får feedback på förändringar som görs, vilka baserar sig på rapporteringar rörande problem*, håller åtta respondenter helt eller delvis med (44 %) och fyra tar helt eller delvis avstånd. Lika många som instämmer helt (33 %) förhåller sig tveksamma att varken instämmer eller ej ($M=3.50$, $SD=1.29$, $N=18$). Telefonsjuksköterskorna anser i mindre utsträckning få reda på förändringar i jämförelse med teamledare/chef.

I frågan: *Vad är det vanligaste som rapporteras*, fick respondenterna uppskatta vad som mest frekvent rapporteras (tabell 6). Här svarar respondenterna i termer av de olika områdena som används inom Sjukvårdsrådgivningen för att ta hand om rapporteringar. *Hänvisningsfel* nämns flest gånger vilket alltså respondenterna uppskattar vara den vanligaste rapporteringstypen. Detta beskrivs åtta gånger (32 %) i den fria texten.

5.4 Resultat/analys av fritextssvar

Under denna rubrik presenteras först resultaten av de *problem* som respondenterna tycker är störst i sitt arbete (tabell 7). Därefter följer åsikter om vad som skulle kunna förbättras (tabell 8).

Efter inledande resultattabeller tar en analys vid. Utifrån de problemområden som Wahlberg *et al.* (2003) kom fram till har liknande namngivelse används även i denna studie när problemen grupperats. Detta har gjorts för att på ett tydligare sätt avgränsa mellan problemområdena samt för att minimera överlapp. Vissa respondenter har beskrivit flera problem som legat väldigt nära varandra, dessa har slagits ihop till ett problem i de fall där ordvalen ansetts betyda samma sak. Resultatet av gruppering av problemen kan utläsas i tabell 9.

Problemområdena har där efter också delats in i tre olika perspektiv vilket presenteras i tabell 10. Perspektiven har också sin teoretiska ansats från Wahlberg *et al.* (ibid.), vilka är *organisations-*, *sjuksköterske-* samt *patientperspektiv*. Avsnittet slutar med att beskriva varje problemområde under respektive perspektiv, hur detta problem hanteras av respondenterna samt i viss mån vilka förbättringar som de anser bör göras. De här beskrivningarna har förstärkts med citat från sjukvårdsrådgivarna.

Tabell 7: Vilka problem ser jag som störst i mitt arbete?

Problem	Frekvens (n=25)
Lyssna av rätt	3
Telefonkö	2
Brist på uppföljning/feedback	2
Ständigt beslutsfattande	2
Stress	2
Tillgängligheten	1
Brist på personal	1
Tunga/jobbiga samtal	1
Missbedöma patienten	1
Ont om tid att diskutera med kollegor	1
Ekonomi	1
Språksvårigheter	1
Ser ej patienten	1
Missar information	1
Ojämn belastning	1
Samtalsprognos	1
Pauser	1
Ont om fortbildning	1
Svårt med bedömning per telefon	1

Tabell 8: Vad finns det för saker som skulle kunna förbättras?

Förbättringsförslag	Frekvens (n=20)	
Uppföljning/utbildning	6	30 %
Enklare för patienten	3	15 %
Förbättra och förenkla RGS	3	15 %
Större delaktighet	2	10 %
Samarbete med andra vårdenheter	2	10 %
Tydligare riktlinjer	1	5 %
Ta tillvara på kompetens	1	5 %
Rapportera fler avvikelser	1	5 %
Feedback från doktor	1	5 %

5.4.1 Analys av sjukvårdsrådgivarnas upplevda problem

De problem som sjukvårdsrådgivarna påpekade (tabell 7) associerades av författaren till tre olika perspektiv hämtade från Wahlberg *et al.* (2003), vilket kan utläsas i tabell 9 nedan. *Organisationsperspektiv*, problem som länkas till Sjukvårdsrådgivningen som överordnad verksamhet. *Sjuksköterskeperspektiv*, färdigheter som relateras till sjuksköterskan samt *patientperspektiv*, problem som associeras till de egenskaper som beror på den som söker sig till rådgivningen. En summering av dessa görs i tabell 10. Hälften av alla problemområden i denna studie ansågs relatera till ett organisatoriskt perspektiv. Tre problemområden relaterades till sjuksköterskans perspektiv och ett till patienten.

Efter dessa två tabeller analyseras problemen, hur de hanteras samt förslag till vad som skulle behöva förbättras. Författaren har taggat varje citat med två bokstäver som betyder:

P: citatet är hämtat från frågan om vad som är problem, detta är också numrerat.

H: citatet hämtat från frågan om hur respondenten hanterar problemet.

F: citatet hämtat från frågan om förbättringsförslag.

C med efterföljande siffra betecknar citatets löpnummer i rapporten.

Tabell 9: Problemområden

Problemområde	Frekvens (n=20)		Perspektiv
1) Tillgänglighet / Brist på vårdresurser	7	35 %	Organisation
2) Missbedöma patienten	3	15 %	Sjuksköterska
3) Brist på uppföljning/feedback	2	10 %	Organisation
4) Ständigt beslutsfattande	2	10 %	Sjuksköterska
5) Stress	2	10 %	Sjuksköterska
6) Kulturella aspekter	2	10 %	Patienten
7) Ojämn belastning	1	5 %	Organisation
8) Vidareutbildning	1	5 %	Organisation

Tabell 10: Perspektiv på problemområden

Perspektiv	Frekvens (n=8)
Organisation	4
Sjuksköterska	3
Patient	1

Problem ur ett organisationsperspektiv

1) Tillgängligheten/Brist på vårdresurser samt 7) ojämn belastning

Vid sex tillfällen uttalade sig respondenterna om att tillgängligheten eller bristen på vårdresurser var ett problem, till exempel på grund av telefonköer. Vid tillfällen då det inte fanns tillräckligt med personal upplevdes problemet som ännu större. De som inte hade telefonrådgivning som huvudsaklig arbetsuppgift beskrev problemen i andra termer, detta nämndes två gånger. En sjuksköterska beskriver problemet till exempel som brist på pengar: *"att verksamhetens ekonomiska förutsättningar inte stämmer med den ökade efterfrågan från allmänheten"* (C1P1). En annan respondent skriver att ojämn belastning är en knepig faktor att hantera då svårigheter ligger i att kunna bedöma hur mycket personal som ska sättas in kommande perioder.

En sjuksköterska skriver att hon inte kan göra någonting åt problemet med brist på vårdresurser: *"jobbar på så gott jag kan utan att sänka kvaliteten på samtalen"* (C2H). I detta fall syftar hon på hanteringen av en lång telefonkö som bara växer. Oberoende längden av den allt växande kön lägger hon istället fokus på att ett samtal i taget ska behandlas. Vid tillfällen när det inte funnits tillräckligt med personal har, enligt en annan respondent, samtal tvingats kortas ner. I kombination med en ojämn belastning av samtal och dåliga förutsättningar när det gäller verksamhetens ekonomi, anser en sjuksköterska att bearbetningen av schemat kräver väldigt mycket arbete för att det ska bli så bra som möjligt. Hon använder statistik från föregående perioder för att anpassa detta på bästa sätt, också lyhördhet från personalen om de känner sig underbemannade tas med i bedömningen. En annan respondent framhävde att väntetiden i telefonen bör minimeras. Synpunkter framkom också att det borde finnas fler mallar i Rådgivningsstödet som beskriver symptomstatus för att lättare matcha patientens beskrivning. Andra tekniska hjälpmedel som kan nås direkt i datorn för att lättare kunna göra bedömning vid symptom var enligt en sjuksköterska också önskvärt, till exempel en bildtelefon.

3) Brist på uppföljning/feedback

Bristen på uppföljning eller feedback nämndes två gånger att det var ett problem. En sjuksköterska beskriver det som: *"vår brist på uppföljning o feedback angående vårt arbete o patientbedömningar gör att vi inte får ett aktivt lärande i organisationen utan kommer att bli kompetensutarmade"* (C3P2).

Det har inte framkommit hur respondenterna hanterar den här typen av problem men de har förslag på åtgärder som kan vidtas. Enligt en sjuksköterska är en åtgärd att: *"följa upp ett antal samtal per månad och kolla hur väl råd och hänvisningar föll ut"* (C4F). En annan respondent skriver: *"att ta upp avvikelser för hela personalgruppen när något gått fel, hos oss får oftast bara de berörda veta - det är lärorikt att ta del av andras misstag, faktiskt"* (C5F). En annan sjuksköterska uttryckte i liknande ord att det skulle behövas en större delaktighet i många delar av arbetet samt att det också är viktigt att ta tillvara på den kompetens gruppen har, vilken enligt henne bygger på kunskap som inhämtats och omsätts under lång tid. Även externa samarbeten mellan vårdenheter och studiebesök framkom som önskemål. En sjuksköterska ansåg också att det vore positivt att fler avvikelser rapporteras i framtiden.

Flera förslag rörde möjligheten att få feedback på den egna rådgivningen man tidigare gett patienter. Också feedback från doktorn som efter SVR:s rådgivning tagit hand om patienten var önskvärt. En respondent tycker att ta del av äldre ärenden och låta

sjuksköterskor diskutera och spegla olika ärenden med varandra kan ge värdefull feedback på vilka riktlinjer som i framtiden ska användas.

8) Vidareutbildning

Bristen på vidareutbildning nämndes minst en gång. Tid för fortbildning är enligt en sjuksköterska något som det finns för lite av. Både specifikt kring samtalsprocessen men också inom andra områden. Ingen information framkom hur detta problem hanteras. Utbildning, i viss kombination med uppföljning, var det förslag till förbättringar som resultatet mest omfattade. Det vill säga 30 % av förslagen berörde detta (nämndes sex gånger).

Problem ur ett sjuksköterskeperspektiv

2) Missbedöma patienten

Det framkom tre gånger i resultatet att sjuksköterskan kan missbedöma patienten på grund av svårigheter att lyssna in rätt och uppfatta all information. En sjuksköterska skriver att: *"det finns alltid en risk att man missar något allvarligt"* (C6P3) medan en annan påtalar: *"detta är telefonrådgivning och svårigheten finns då vi inte ser patienten och ibland kan det vara svårt att lyssna av rätt."* (C7P4). Problem som dessa hanterar en respondent som: *"aktivt, ställa frågor, upprepa och göra en sammanfattning så att jag uppfattat problemen rätt"* (C8H), eller som att: *"inte stressa upp mig vid svåra frågor, tänka brett, vrida och vända på frågan"* (C9H) enligt en annan sjukvårdsrådgivare. En respondent ger förslag till åtgärd för att minska missbedömning: *"kontinuerlig uppföljning av våra patienter, så vi lär oss om vi bedömer rätt eller fel"* (C10F).

5) Stress samt 4) ständigt beslutsfattande

Två gånger beskrevs stress som ett upplevt problem och en sjuksköterska skriver: *"när datorn krånglar, är det lätt att bli stressad"* (C11P5). Detta problem hanterar hon genom att försöka skaffa sig mer datorvana och nämner att vissa saker anser hon sig inte kunna påverka.

Att ständigt behöva fatta beslut beskrevs två gånger som ett problem. En sjuksköterska skriver: *"följer de stödfunktioner vi har"* (C12H) som svar på hur problemet hanteras.

Rådgivningsstödet hjälper till vid beslutsfattandet och har enligt fler respondenter en positiv utvecklingstrend, men fler vill se att det fortsätter utvecklas och förbättras ännu mer. En sjuksköterska anser att RGS blir allt mer komplicerat på grund av den kontinuerliga informationstillförseln som görs till programmet. Det tenderar till ett informationsöverflöd då denna information aktivt måste sällas under samtalsgången. Enligt henne kan förbättringar på denna punkt göras i form av att begränsa innehållet till det som är främst prioriterat. Hon menar att detta går att utföras genom bättre strukturering och förenkling. Det är också viktigt enligt en annan respondent att fortsätta sträva efter en mer täckande information. Arbetet med vilken information som ska prioriteras vara med i programmet anses alltså enligt personalen inte vara i sin slutfas.

Problem ur ett patientperspektiv

6) Kulturella aspekter

Två gånger nämndes problem som associeras till kulturella aspekter, en sjuksköterska beskriver svårigheter att lyssna in patienten som: *"människor uttrycker sig så olika vid samma symptom och vid samma sjukdomstillstånd"* (C13P6). Detta hanterar hon genom: *"arbeta systematiskt med samtalsmodellen"* (C14H). Inga direkta förslag till vad som kan förbättras har framkommit men tydligare riktlinjer är däremot önskvärt enligt en respondent. En annan skriver att bättre samarbete med andra vårdenheter önskas för att förbättra hanteringen av kulturella svårigheter.

Kulturella aspekter behöver inte bara ses som att det ligger hos antingen patienten eller sjuksköterskan, dock sker rådgivningen främst på svenska. Förhållandet mellan kulturerna kan också ses som ömsesidigt och därför är en kulturell aspekt närliggande ett organisationsperspektiv. Det vill säga att problemet går att belysa som att det ligger hos verksamhetens förmåga att ta emot patienter med annan bakgrund och språkförmåga.

6 – Diskussion

I följande kapitel diskuteras resultatet i anslutning till de frågeställningar som inledningsvis presenterades i rapporten.

Syftet med denna studie var att undersöka vilka attityder personalen på Sjukvårdsrådgivningen har till kommunikation och avvikelserapportering. De här faktorerna har i tidigare forskning påvisats att vara centrala för strävan efter god säkerhetskultur. För att belysa säkerhet från ett annat håll har också risker i form av personalens upplevda problem varit en vidare fokus.

6.1 Resultatdiskussion

Nedan diskuteras resultaten av studiens tre inledande frågeställningar, vilket görs i anknytning till relaterade teorier inom säkerhetskultur och sjukvårdsrådgivning via telefon. Diskussionen avslutas med en sammanfattning där resultaten konkritiseras i punktform.

6.1.1 Kommunikation

En basingrediens i receptet för god kommunikation anses vara bra stämning inom arbetsgruppen vilket också majoriteten av personalen på Sjukvårdsrådgivningen tycker överensstämmer med deras arbetsplats. I strävan efter bättre säkerhet anser flertalet forskare att kommunikationen mellan människor är en central faktor som bör beaktas när en verksamhets säkerhetskultur studeras (Colla *et al.*, 2005). Enligt Macionis och Plummer (2002) är det av stor vikt för individer att uttrycka åsikter liksom få respons på dem för att känna samhörighet med gruppen. Först när tankar kommuniceras till andra parter kan större förändringar ske inom gruppen. Vidare menar Geertz (1973) att kommunikativa aspekter mellan människor är det som i särklass utmärker en kultur. En kultur omfattar beteende och värderingar vilket skänker mening till situationen. Resultatet tyder på att *hälften av respondenterna tycker att allas åsikter är lika värda*. Att ha förtroende och stöd från kollegor krävs enligt Rollenhagen (2005) för positivt säkerhetsarbete liksom att ett engagemang från personalen är önskvärt. Tydliga resultat visade sig i påståendet om personalen är rädda för att fråga andra om det uppstår problem i arbetet, 72 % instämde inte alls. Det är rimligt att anta den här typen av kommunikation som bara positiv för verksamhetens arbetsklimat, men också för strävan efter bättre säkerhetskultur. Att så många inte håller med påståendet tyder på ett öppet prestigelöst klimat. Majoriteten uppfattar också att kollegor bryr sig om patientsäkerheten vilket självfallet är positivt eftersom aktivt säkerhetsarbete bör var utbrett till att inkludera så många anställda som möjligt.

I kontrast till respondenternas svar som diskuteras i stycket ovan visar slutsatsen *mer än hälften av respondenterna kan ifrågasätta beslut oberoende från vart det kommer* att kommunikationen kan bli bättre. I anknytning till vad Rollenhagen (2005) skriver om god säkerhetskultur, att det är något som skapas av alla och bör vara distribuerat över samtliga nivåer inom en verksamhet, bör beslutsfattandet heller inte vara styrt med järnhand. På Sjukvårdsrådgivningen har mer än hälften av respondenterna svarat att de kan ifrågasätta beslut oberoende av vem som har fattat det. Om anställda anser sig ha invändningar mot ett beslut bör denna information också vägas in eller i alla fall få ventileras. Enligt *hälften av sjukvårdsrådgivarna förs kontinuerliga diskussioner kring hur fel och misstag kan undvikas*

att de inträffar igen. Också på denna punkt bör personal få utrymme att kommunicera sina tankar, funderingar och möjliga frågor i den utsträckning som de behöver.

Mer än hälften av respondenterna skriver att de blir informerade om fel som uppstått. Att inte få information om att negativa händelser inträffat kan inte ses som positivt varken för verksamheten som helhet eller för den enskilda individen. Om liknande fel uppstår i andra situationer, där inblandade personer inte har vetskap om tidigare händelse, är det sannolikt att de i sin tur också inte hinner med att identifiera avvikande beteende i tid. Det är dock svårt för sjuksköterskan att veta om information generellt delges om negativa händelser om hon inte fått någon kännedom om de fel som de facto inträffat. Det blir därför paradoxalt att försöka svara på om hon blir informerad om fel som uppstått eller inte, således informationen inte nått fram till henne på ett annat (ickeformellt) sätt. Avsaknaden av information behöver heller inte betyda att den inte kommer fram, bristen på den kan grunda sig i att för få avvikelser rapporteras. Likaså som att en hög informationsfrekvens inte behöver betyda att alla får ta del av de avvikelser som rapporterats. Att haka upp sig på antal avvikelser som rapporteras är enligt Dekker (2007) inte rätt väg att gå, en för stort fokus på detta kan skapa en normativ värld om hur stor prognosen för antal fel bör vara. Istället är det mer konstruktivt att sträva efter en öppen dialog mellan arbetare och chefen, vilket Rollenhagen (2005) påpekar. Muntliga synpunkter bör i min mening vara lika accepterade som skriftliga, oavsett om innehållet är positivt eller negativt. Rollenhagen (ibid.) skriver att det är viktigast att utreda tillbud, vilket inom Sjukvårdsrådgivningen menas en händelse som hade kunnat medföra en vårdskada. I mitt tycke är det viktigare att dessa kommuniceras till andra överhuvudtaget än i vilken form de sker. Självfallet bör händelsen så snart som möjligt skrivas ner i textform för att undvika att information går förlorad men muntlig kommunikation kan ibland vara ett första steg.

6.1.2 Avvikelseerrapportering

Uppmärksammande av fel

Resultatet visar på att *hälften av respondenterna instämmer att problem som rör patientsäkerhet finns.* Dessutom *tycker hälften att något allvarligt fel inte snart ska inträffa.* Att gardera sig mot risker grundar sig enligt Rollenhagen (2005) i vilka föreställningar verksamheten har om vad som anses som riskfyllt arbete samt hur gränserna för accepterad risk definierats. Sjukvårdsrådgivarna är självfallet experter inom sitt yrkesområde och bör vara de som främst analyserar vad som måste upprättas bättre rutiner kring. Svahn (2009) menar att det krävs övning för att kunna hitta fel. Det är inte bara en fråga om att följa regler och erhålla gott resultat, i regelföljande föreligger en attityd till vad som anses vara ett misstag. Ett problem som finns är att kunna förutse utfallet av de processer som samverkar mellan patientens beskrivning av symptom och de råd som sjuksköterskan i slutändan ger. Det har till exempel tidigare visats i Wahlberg *et al.*, (2003) att patienters beskrivning av sin hälsa inte alltid avspeglar verkligheten då han eller hon ofta över- eller underskattar sina symptom. Ett resultat som också framkom i denna studie. Väldigt små problem som ligger innanför gränsen för accepterad risk kan tillsammans resultera i att större problem utvecklas i skuggan av vad sjuksköterskan uppfattar. Perrow (1984) skriver att det inte går att undvika olyckor i större system. När ett system blir mer komplext, det vill säga att fler interaktioner av processer blir möjliga, så som fler beslut för sjuksköterskan att ta i kombination med att fler patienter ringer, ökar också antalet oönskade utfall av de faktorer som samverkar. Ett arbete med strävan att minska alla synliga- liksom föreställda problem bör därför kontinuerligt ske. Av resultatet följer också att *teamledare/chef anser i större utsträckning att problem som rör patientsäkerheten finns än telefonsjuksköterskorna, men de tror å andra sidan att allvarliga*

fel i mindre utsträckning ska inträffa. Slutsatsen visar att telefonsjuksköterskorna möjligen utvecklat ett sätt att hantera problem som de upplever, vilket i så fall inte kommunicerats till teamledare/chef. Detta kan ha medfört att mer allvarliga risker minimerats som i framtiden skulle kunna slå till hårdare mot arbetet. I så fall kan detta vara något som inte i lika stor utsträckning är uppmärksammat hos teamledare/chef.

Det framkom också att *mer än hälften har uppmärksammat andra göra fel*, vilket är ett gott tecken hellre än att felen inte skulle uppmärksammas alls. Kollegor som upptäcker fel som andra gör kan liknas vid det Dekker (2007) skriver om övervakning. Han anser att en del av säkerhetsarbetet bör omfatta system som övervakar de processer som i sin tur står för den grundläggande övervakningen av säkerheten. Arbetskamraterna skulle i vissa fall kunna tänkas fungera som en extra övervakning där negativa händelser är på väg att inträffa. Sjukvårdsrådgivaren i hennes arbete kan successivt avvika från accepterade gränser från vad som anses som säkert arbete utan att själv märka av det. En del av den mängd fel som inte upptäcks kan potentiellt fångas upp av kollegor. En annan parallell kan dras till forskning av Simons och Rensink (2005a). De visade att människan har en oförmåga att detektera avvikande beteende som successivt förändras då vår uppfattningsförmåga är begränsad. Om sjuksköterskan inte uppfattar förändringar på grund av dessa små skillnader kan en andra part kanske göra det som inte följt hela händelseutvecklingen.

Resultatet visade på att *majoriteten tror sig inte gjort fel som skulle kunna ha skadat patienten*, och detta anser nog de flesta som positivt om så verkligen är fallet. Men om individen inte upptäcker eller får reda på fel hon eller han gör är det svårt att svara på denna typ av fråga. Utfallet av handlingar kan få oönskade resultat beroende på otaligt många faktorer som påverkar det reguljära arbetet, till exempel att få kollegor finns att fråga vid behov av råd. Hollnagel (2001) skriver att strävan efter bättre säkerhet bör ligga i att se till vart handlingar, mänskliga- såsom icke mänskliga, kan resultera i negativa utsagor med syfte att försöka hantera dem. Människor är enligt Gadd och Collins (2002) också extremt flexibla och bra på att anpassa sig till miljön och olika uppgifter. Men kombinationen av att vara noggrann kan många gånger gå stick i stäv med att vara effektiv. Exempelvis där det är tryck på hög produktion men samtidigt på noggrannhet. Ett sätt att minimera risker kan istället ske genom försök att minska komplexiteten i det arbete som människan utför, vilket för telefonsjuksköterskan kan innebära variationen av mängden valbara beslut. Skräddarsydda uppgifter som passar människans analytiska förmåga bättre kan också leda till en säkrare verksamhet för personalen att utföra sitt arbete i. Exempelvis att avsaknaden av visuell kontakt med patienter kompenseras på andra sätt för att stärka interaktionen mellan parterna.

Dekker (2006) skriver att arbete kan placeras på olika nivåer av hur aktivt detta är i tid och rum. På Sjukvårdsrådgivningen behandlar telefonsjuksköterskan samtal med patienter vilket ligger nära det arbete som för henne sker här och nu, detta benämns enligt Dekker som *skarpa änden*. Operativ personal är i direktkontakt med processer som i hög grad är kopplade till säkerhetsrelaterade faktorer, vilket omfattar risker som kan uppstå i realtid och snabbt resultera i negativa händelser. Processerna styrs i viss mån av arbetet vid den *trubbiga änden*, vilket innebär verksamhetens stiftade regler, procedurer och praxis som ska understödja sjuksköterskan i samtalet med patienten. De här aktiviteterna befinner sig på högre nivå längre bort i tid och rum och påverkar indirekt tankar och handlingar i samtalet med patienten.

Resultatet visar att *hälften tycker att fokus inte läggs mer på personen som rapporterat än det faktiska problemet*. Davies *et al.* (2000) menar att verksamheter måste ses över på en systemnivå om förändringar ska göras med syfte att öka kvaliteten inom vården. Författaren

av denna rapport anser att det är svårt att säga att ingen fokus ska läggas på personen då denne sitter inne på värdefull information. I de flesta fall är det positivt om inte individen ”skuldbeläggs”, vilket också var avsikten med påståendet. Om resultatet avspeglar att individen pekats ut när en rapportering görs, anser jag att det kan finnas saker att se över i arbetsmallen för verksamhetens händelseanalys. Rollenhagen (2005) beskriver att fel som uppstått ofta härleds tillbaka till människan som vital faktor som initierat händelsen eller olyckan. Ett exempel då detta gjordes var efter den stora dialysolyckan 1983, då en ensam sjuksköterska pekades ut som skyldig trots att skulden borde lagts på bristfällig teknik och organisatoriska faktorer. Att scenarion som dessa uppstår kan bero på att en felaktig slutledning görs när en systemsyn används i olycksutredningen. Trots systemet som felfungerat vid händelsetillfället, vilket består av teknik och människor, anses den mänskliga faktorn vara det som felat. Allt för stor vikt och skuld kan läggas på människan framför synen att det skulle vara ett fel som uppstått i interaktion mellan de olika delarna. Det är dock värdefullt att föra diskussion med de personer som upptäckt risken eller vart med när ett fel identifierats. Men när fokus läggs på en person ska inte detta behöva framhållas som att det är individens fel till uppkomsten av den negativa händelsen. Utan främst med syfte att ta tillvara på värdefull information med avsikt att föra analysarbetet vidare. Socialstyrelsen (2009b) framhäver också vikten i att den person som anses mest lämpad ska intervjua den eller de inblandade liksom att detta bör göras i nära anslutning till händelsen då minnesbilden är som klarast. Resultaten som denna analys gav bör därefter spridas till de drabbade. Varje telefonsjuksköterska har dock ett ansvar till sitt arbete, ett ansvar som enligt Rollenhagen också bör skapa varsamhet i handlandet. Detta får inte utnyttjas i den grad att individen känner sig uthängd när incidenter väl inträffar.

Resultatet att *hälften inte är oroliga att fel ska loggas i ens ”personliga akt”* anser författaren som bra. Dekker (2006) skriver att det kan vara problematiskt med loggning eftersom det kan hämma att rapporteringar görs. För resterande hälft skulle det kunna tolkas som att de mer eller mindre är oroliga. Det kan tänkas att fel som upptäcks på Sjukvårdsrådgivningen inte rapporteras i full utsträckning delvis på grund av att en orolighet kring loggning ändå existerar. Enligt Dekker bör förändringar göras vid den *trubbiga änden* om problem vid upprepade tillfällen identifieras. Det vill säga förändringar kring bland annat regler och procedurer som bättre kan understödja personalen i det arbete som normalt utförs. Reglerna bör också vara tydligare till de arbetsuppgifter som mer sällan utförs. Om det fortsättningsvis finns oroligheter kring att ens uppgifter sparas i anknytning till risken eller händelsen är det svårt att vidta åtgärder kring de negativa faktorer som inte rapporteras.

Tidsaspekten kring avvikelserapportering

Nästan hälften av respondenterna tycker att det delvis alternativt inte alls finns tid till rapportering. För att kontinuerligt kunna ge feedback på eventuella risker som uppmärksammas bör det också finnas tid till att prioritera dessa aktiviteter. Om det som identifierats genast ska rapporteras blir kanske situationen en avvägning mellan vilket arbete som ska göras. Står det många i kö för att få samtala med en telefonsjuksköterska måste hon eller han uppskatta om det är mer värdefullt att rapportera den upptäckta avvikelser och låta patienten vänta. Om man väntar med att rapportera kan värdefull information gå förlorad. Sjukvårdsrådgivningen har som policy att rapportering ska ske inom 24 timmar men bör helst ske i direkt anslutning till händelsen. Rollenhagen (2005) poängterar att det centrala i säkerhetsarbetet ligger i att upptäcka och utreda potentiella riskkällor framför att utreda olyckor eftersom dessa är relativt ovanliga i förhållande till riskerna. Cambraia *et al.* (2010) menar också att personalen bör vara observant på vad som kan tänkas vara en sårbarhet för verksamheten och vet de med sig att inte mycket tid finns över till rapportering kan den

enskilda individens riskmedvetenhet successivt minska. I relation till att hälften av respondenterna inte tycker att det finns tid till att rapportera avvikelser *berättar majoriteten ändå för andra om de upptäcker avvikande beteende som kan påverka verksamheten negativt*. Trots tidsbristen tycks ändå detta resultat visa tendenser till att avspegla en underliggande vilja att personalen på Sjukvårdsrådgivningen vill lyfta fram problem och därmed jobba för att stärka patientsäkerheten.

Förändringar och feedback

Mer än hälften av respondenterna tycker att negativa händelser har fört med sig positiva förändringar. Att förändringar görs utan att vara synliga för personalen är enligt Cambraia *et al.* (2010) mindre bra. De argumenterar för vikten i att uppmärksamma dessa samt att relevanta ansvarspersoner ska utses och delge övrig personal om provisoriska- liksom de förändringar som förblir permanenta. Alla negativa händelser behöver dock inte direkt medföra positiva förändringar, en del händelser utreds under längre tid i väntan på hur berörda ansvarspersoner på bästa sätt ska angripa problemet. I samma påstående svarade också *teamledare/chef* att *de i högre grad sett att positiva förändringar skett än övrig personal*. Detta kan tyda på att chefen är den som har hand om- och går vidare med vad som rapporteras, vilket inte angår övrig personal i samma utsträckning eftersom avvikelssystemet inte är offentligt. Socialstyrelsen (2009b) poängterar också vikten med ansvarsroller efter en incident. Att dessa bör finnas uttalade explicit när en negativ händelse utreds, till exempel vem som leder analysen och vem som ansvarar för dokument. Detta finns också beskrivet i den handlingsplan Sjukvårdsrådgivningen har. Cambraia *et al.* lägger vidare tyngdpunkt på att arbetare inte ska behöva styras av vad de väljer att rapportera, det ska vara upp till vad var och en tycker är avvikande beteende. Det relativa antalet förändringar som gjorts ska heller inte sättas i relation till att saker som rapporterats inte lett till positiva förändringar. En rapportering om en mindre risk kan tillsammans med tidigare avvikelserapporteringar vara avgörande till initieringen av förändringsarbete.

Svaren tyder på att *nästan hälften upplever att de får feedback på förändringar, vilka baserar sig på de avvikelserrapporter som gjorts*. Det är en sämre enad attityd till att feedback ges på rapporteringar i jämförelse med respondenternas attityd till de förändringar som gjorts efter negativa händelser. Det är rimligt att anta att en negativ händelse får större genomslagskraft inom verksamheten än feedback på rapporterade tänkbara risker. Antalet negativa händelser är också långt ifrån de avvikelser/risker som rapporteras på Sjukvårdsrådgivningen. Under 2008 uppgick antalet rapporterade risker till 55 medan mängden negativa händelser bestod av tre. Läggs synpunkter/klagomål till kategorin för identifierade risker stiger också denna mängd ytterligare. Det är alltså markant färre negativa händelser som inträffar och rapporteras, vilket självfallet är positivt, och således färre att ge feedback på till personalen. Negativa händelser, oavsett allvarlighetsgrad, är också något som redan inträffat och inte går att ångra. För att se till att liknande inte inträffar igen bör utredning och diskussioner kring detta rimligtvis prioriteras.

6.1.3 Sjukvårdsrådgivarnas upplevda problem

Det mest utbredda problemet anses vara bristen på vårdresurser och tillgängligheten vilket författaren anser vara en organisatorisk faktor. Detta problem ligger utanför telefonsjuksköterskans direkta förmåga att kunna eliminera eller förhindra att problemet får konsekvenser. När till exempel patienten får vänta lång tid i telefonkö finns det små möjligheter att hantera problemet på annat sätt än att hålla fokus på det samtal som pågår, annars är det risk för att rådgivningens kvalitet inte upprätthålls. Personalens förslag till förbättringar yttrades just i termer kring tillgänglighet där minimering av väntetiden i telefonen för patienten var det som uttalades mest. Resultaten från denna studie finner stöd i undersökningen av Wahlberg *et al.* (2003). De studerade vid upprepade tillfällen sjukvårdsrådgivares upplevelser av problem vilket resulterade i att flest respondenter påtalade problemet kring bristen på vårdresurser. Vidare menar Flin *et al.* (2000) att press på att producera och leverera resultat är kopplat till säkerhet. Tillsammans kännetecknar de här vad som anses god säkerhet, om arbetsbelastningen är markant högre i relation med det som ska levereras anses verksamheten inte sträva efter god säkerhetskultur. I denna studie var flertalet problem kopplade till stress men det framkom inte att detta kunde associeras till att sjukvårdsrådgivarna skulle leverera flera tjänster i form av att till exempel bearbeta fler samtal.

Risken att missbedöma patienten var det näst största problemet, detta relateras till sjuksköterskans perspektiv. Fler respondenter påtalar problematiken kring att rådgivningen sker på distans vilket resulterar i avsaknaden av visuell kontakt med patienten. Pettinari och Jessopp (2000) kom fram till att telefonsjuksköterskor förser sina patienter med en form av verbala instrument för att hon eller han lättare ska kunna förklara sina symptom. På Sjukvårdsrådgivningen har personalen tränats i att använda samtalsmodellen för att samla in tillräckligt med information för att grunda sin rådgivning på. Resultatet i denna studie visar liknande tendenser som Pettinari och Jessopp beskriver. För att minimera risken att missbedöma patienten används samtalsmodellen systematiskt för att få struktur i dialogen med strävan att fånga in så mycket information om patientens tillstånd som möjligt. Personalen beskriver att de upprepar, vrider och vänder på informationen och sammanfattar den för patienten för att undvika missförstånd.

För att sjuksköterskan ska kunna avgöra om alla de råd som hon ger patienter resulterar i positiv utveckling av dennes symptom krävs bland annat feedback på rådgivningen hon ger. Uppföljning och viss utbildning är något som respondenterna i stor utsträckning föreslog som förbättringsförslag. Att mer frekvent följa upp fall för att kunna komma fram till om beslut som tagits lett till bra- eller mindre bra resultat, men också utforma bättre riktlinjer för en mer enhetlig rådgivning i strävan efter bättre kvalitet. Kring utbildning menar Greenberg (2009) att sättet att inhämta information på samt anpassa de råd som sjuksköterskan kommer fram till är de mest centrala faktorerna vilket bör praktiseras i upplärningsprocessen för sjukvårdsrådgivare. Detta är något som återigen avspeglas i samtalsmodellen. Personalen bör träna tills det att de känner sig trygga i systemet men också tillsammans med kollegor för att få feedback från mer erfarna sjuksköterskor. Om träningsfasen för den nyanställda passerat och individen eller kollegor ser att mer utbildning behövs bör verksamhetspraxis vara att ta upp träningen igen. Detta anses rimligt för att upprätthålla målet för bättre säkerhet för patienten men också för att minimera känslan hos telefonsjuksköterskan att inte ge adekvat rådgivning.

6.1.4 Sammanfattning av studiens resultat

1. Kommunikation

- ✓ Majoriteten⁶ tycker stämningen är god i arbetslaget.
- ✓ En kvalificerad majoritet⁷ instämmer inte alls att de är rädda att fråga om något inte står rätt till.
- ✓ Majoriteten uppfattar att kollegor bryr sig om patientsäkerheten.
- ✓ Majoriteten kan ifrågasätta beslut oberoende från vem som fattat det.
- ✓ Majoriteten blir informerade om fel som uppstått.
- ✓ Majoriteten av respondenterna tycker att allas åsikter är lika värda.

2. Avvikelseberättelser

- ✓ En kvalificerad majoritet tror sig inte ha gjort fel där patienten skulle kunna tagit skada.
- ✓ Majoriteten har uppmärksammat andra göra fel.
- ✓ Hälften tycker att fokus inte läggs mer på personen som rapporterat än det faktiska problemet.
- ✓ En relativ majoritet⁸ är tveksam till att fokus inte läggs mer på personen som rapporterat än det faktiska problemet.
- ✓ Nästan hälften tycker att det inte alls eller delvis inte finns tid till rapportering.
- ✓ En kvalificerad majoritet berättar för andra om de upptäcker avvikande beteende som kan påverka verksamheten negativt.
- ✓ Majoriteten tycker att negativa händelser har medfört positiva förändringar.
- ✓ Nästan hälften instämmer att de får feedback på egna rapporteringar.

3. Upplevda problem i arbetet

- ✓ Största problemet låg i tillgängligheten och bristen på vårdresurser. Detta uppskattades vara en *organisatorisk* faktor.
- ✓ Risken att telefonsjuksköterskan missbedömer patienten var också ett utbrett problem, vilket relaterades till ett *sjuksköterskeperspektiv*.

⁶ Majoritet: mer än femtio procent.

⁷ Kvalificerad majoritet: större eller lika med två tredjedelar.

⁸ Relativ majoritet: det svarsvärde flest respondenter angivit.

7 – Slutsats

I detta kapitel konkritiseras först de slutsatser av studien som författaren anser får främsta praktiska betydelse för Sjukvårdsrådgivningen 1177 i Linköping. Utefter de frågeområden som inledningsvis presenterades i syftet diskuteras slutsatserna i var sitt avsnitt nedan. Frågeställningarna omfattade 1) personalens syn på kommunikation och 2) avvikelserapportering, samt 3) vad sjukvårdsrådgivarna upplevde som problem i sitt arbete. Därefter presenteras vad studien har för inflytande på det teoretiska fältet säkerhetskultur. Avslutningsvis ges förslag till andra intressanta och närliggande studieområden som kan ligga till grund för vidare forskning.

7.1 Praktiska implikationer för Sjukvårdsrådgivningen 1177 i Linköping

Positivt med öppna dialoger och diskussioner

Flera slutsatser som kan skönjas av studien är attityderna till olika påståenden som berör kommunikation inom verksamheten. Det grundläggande arbetsklimatet anses som positivt då majoriteten upplever god stämning på arbetsplatsen. Det starkaste resultatet som studien påvisade var dock att nästan tre fjärdedelar tog avstånd till påståendet om de är rädda att fråga om det uppstår oklarheter i arbetet. Grunden i god säkerhetskultur kan avspeglas i att alla följer men också tror på det sätt som verksamheten anser vara bra säkerhetsarbete. Enligt Rollenhagen (2005) är kommunikation här en väsentlig faktor. I anslutning till resultatet finns det stort potential att personalen på Sjukvårdsrådgivningen även fortsättningsvis kommer sprida information vid tillfällen där patientsäkerheten kan ha kommit att hamna i skymundan, vilket kan ske via avvikelserapportering eller genom att informellt berätta för kollegor. Egna åsikter som eventuellt kan komma att beröra verksamheten negativt bör också få ventileras mer oavsett värdet i dem. En god dialog mellan så många medarbetare som möjligt bör eftersträvas för att bättre ena verksamheten till ett team med gemensamma mål och visioner.

Avsätt tid till att rapportera avvikelser

Utvecklingen av kunskapen om människokroppen och sättet att behandla är en pågående process där Sjukvårdsrådgivningen förlitar sig starkt till vetenskaplig fakta. Även patientsäkerheten vilar på vetenskapliga grunder där avvikelserapportering är en central metod. Alla anställda uppmanas rapportera beteende som de anser avvikande, vilket potentiellt skulle kunna innebära risker. För att fortsätta i samma linjer med detta säkerhetsarbete bör tidsaspekten kring avvikelserapportering möjligtvis få större utrymme. Det är troligtvis en känslig vågskål mellan att jobba proaktivt med avvikelserapportering för att främja patientsäkerheten med det aktiva rådgivningsarbetet som är verksamhetens huvuduppgift. Det borde dock inte innebära att avvägningen av och till ses över och utvärderas. I kontrast till att personalen tycker att det är svårt att hinna med att formellt rapportera avvikelser berättar desto flera sina synpunkter för andra. Systemet för att samordna rapporteringar har tidigare anpassats till den traditionella sjukvården och senare överförs till Sjukvårdsrådgivningen. Om det är sättet att föra viktiga synpunkter vidare denna väg som är krångligt kan det finnas vinning i att se över detta system. Användarvänligheten bör eventuellt passa målgruppen bättre för att minimera att onödig tid går till spillo. Hur systemet är uppbyggt bör vara utformat så att det understödjer sjuksköterskan i processen då avvikelserapporteringen genomförs. Nu sker första rapporteringen via ett pappersunderlag men det kan även här vara av godo att se över och eventuellt anpassa detta om det inte redan tidigare har gjorts.

Ökade resurser vore önskvärt

Flera av de problem som denna studie lyfter fram var inte nya fakta för domänen sjukvårdsrådgivning via telefon sett ur ett nationellt perspektiv. Men det stärker tidigare forskning. En strävan efter bättre tillgänglighet bland annat genom mera vårdresurser ansågs vara en organisatorisk faktor. Detta har i sin tur redan innan denna studie poängterats av Wahlberg *et al.* (2003). Det kan rimligtvis antas att arbete redan sker på högre instans kring hur hanteringen av dessa typer av resursproblem ska gå till. Större ekonomiska förutsättningar och bättre metoder för att kunna förutspå storleken på kommande arbete skulle underlätta avsevärt, vilket framkom i studiens resultat. Att sjuksköterskorna upplever viss stress i arbetet kan också övergå till att oväntade misstag inträffar som skulle kunna undvikas genom till exempel mer personal.

7.2 Studiens vetenskapliga bidrag och förslag till vidare forskning

Avvikelsesrapportering är en viktig punkt i organisationers säkerhetsarbete som återspeglas i stora delar av forskning där säkerhetskultur beskrivs. Författaren anser att det finns en tendens i den teoretiska ansatsen, om det finns ett system för att rapportera avvikelser inom en verksamhet så är det också en metod som fungerar utan större problem. Det kan vara väsentligt för vetenskapen att här poängtera användbarhet. Studiens resultat visar på närvarande av faktorn tidsbrist vilket kan associeras till mindre effektiv design. Det bör ligga en tyngdpunkt på att dessa rapporteringssystem ska vara lika intuitivt och ergonomiskt utformade som andra datorbaserade system, oavsett om det sker via papper eller dator. De bör därför användbarhetstestas för att passa sin målgrupp. Mer forskning inom fältet säkerhetskultur bör rikta sin fokus djupare. En strävan bör finnas efter att förstå hur faktorer som till exempel användbarhet av avvikelserapporteringssystem kan och bör utformas, för att inte information ska riskera att utelämnas vid rapportering. Om så är möjligt också inrikta forskningen till att samarbeta med de branscher eller företag som vill skraddarsy sitt avvikelserapporteringssystem till att bli mer användbart och effektivt.

Under arbetets gång har det kläckts många intressanta idéer som genererat ytterligare frågor som ligger nära relaterat detta arbete. Ur studiens slutsats följer att det kan vara givande att se över och eventuellt anpassa avvikelserapporteringssystemet, det pappersbaserade liksom det datorbaserade, till att bättre passa användare som jobbar med det på Sjukvårdsrådgivningen. Det kan innebära allt från användbarhetstestning till implementering av nya gränssnitt. Vidare kartläggning kan göras av upplärningsprocedurerna som finns till Rådgivningsstödet för att potentiellt effektivisera en bättre inlärningsprocess för nyanställda. Vidare studier kan göras i anknytning till samtalsprocessen, där det är viktigt att försöka hålla en balans mellan medicinska- och emotionella aspekter. Det vore tämligen intressant att undersöka hur sjuksköterskan gör för att sträva efter denna jämvikt, samt eventuellt utveckla metoder som kan användas som underlag vid upplärning och i det fortsatta arbetet. Det finns också ett praktiskt värde i att ta reda på vilka mekanismer i människans tal som påverkar lyssnarens riskbedömning. På vilket sätt skiljer sig till exempel riskbedömningen i muntlig kommunikation där personerna ser- respektive inte ser varandra? Studier som detta exempel kan bidra till att sjukvårdsrådgivare i framtiden bättre kommer kunna kompensera för avsaknaden av visuell kontakt med patienten.

8 – Referenser

8.1 Tryckta referenser

- Bryman, A. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber AB. Malmö
- Cambraia, F. B., Saurin, T. A. & Formoso, C. T. (2010). Identification, analysis and dissemination of information on near misses: A case study in the construction industry. *Safety Science* 48(1):91-99
- Colla, J. B., Bracken, A. C., Kinney, L. M. & Weeks, W. B. (2005). Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Quality and Safety in Health Care* 14:364-366
- Cooper, M. D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science* 36(2):111-136
- Davies, H. T. O. & Nutley, S. N. (2000). Organisational culture and quality of health care. *Quality and Safety in Health Care* 9:111-119
- Dekker S. W. A. (2006). *The Field Guide To Human Error Investigations. 2nd Ed.* Ashgate Publishing Co. 2006. U.K. Ashgate
- Dekker S. W. A. (2007). Doctors Are More Dangerous Than Gun Owners: A Rejoinder to Error Counting. *The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 49(2):177-184(8)
- Ernesäter A., Holmström I. & Engström M. (2009). Telenurses' experiences of working with computerized decision support: supporting, inhibiting and quality improving. *Journal of Advanced Nursing* 65(5):1074-1083
- Flin, R., Mearns, K., O'Connor, P. & Bryden, R. (2000). Measuring safety climate: Identifying the common features. *Safety Science* 34(1-3):177-193
- Gadd, S. & Collins, A. M. (2002). *Safety Culture: A review of the literature*. Health & Safety laboratory, Sheffield
- Greenberg, M. E. (2009). A comprehensive model of the process of telephone nursing. *Journal of Advanced Nursing* 65(12):2621-2629(9)
- Guldenmund F. W. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science* 34:215-257
- Guldenmund F. W. (2007). The use of questionnaires in safety culture research – an evaluation. *Safety Science* 45(6):723-743
- Hollnagel, E. & Amalberti, R. (2001). The emperor's new clothes: Or whatever happened to "human error"? In S. W. A. Dekker (Ed.), *Proceedings of the 4th International Workshop on Human Error, Safety and Systems Development*, pp. 1–18. Linköping

University. Linköping

- Hopkins, A. (2006). Studying organisational cultures and their effects on safety. *Safety Science* 44(10):875-889
- Macionis J. J. & Plummer K. (2002). *Sociology: A Global Introduction*, 2nd Edition. Pearson Education Limited. Prentice Hall
- Perrow, C. (1984). *Normal Accidents - Living with High-Risk Technologies*. Basic Books. New York
- Pettinari, C. J. & Jessopp, L. (2000). Your ears become your eyes: managing the absence of visibility. *Journal of Advanced Nursing* 2001, 36(5):668-675
- Rollenhagen, C. (1995). *MTO - en introduktion*. Sambandet Människa, Teknik och Organisation. Utbildningshuset. Studentlitteratur. Lund
- Rollenhagen, C. (2005). *Säkerhetskultur*. RX Media. Stockholm
- Simons, D.J. & Rensink, R. A. (2005a). Change blindness: past, present, and future. *Trends in Cognitive Sciences* 9(1):16-20
- Svahn, J. (2009). *Kunskap i resonans. Om yrkeskunnande, teknologi och säkerhetskultur*. Dialoger Förlag. Stockholm
- Wahlberg, A. C., Cedersund, E. & Wredling, R. (2003). Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. *Journal of Clinical Nursing* 12:37-45
- Wahlberg, A. C., Cedersund, E. & Wredling, R. (2005). Bases for assessments made by telephone advice nurses. *Journal of Telemedicine and Telecare* 11:403-407
- Wright, M. S., (1998). *Factors Motivating Proactive Health and Safety Management* HSE Contract Research Report 179/1998 (HSE Books, Sudbury, Suffolk)
- Ödegård, S. (2007). *I rättvisans namn – ansvar skuld och säkerhet i vården*. Liber. Stockholm

8.2 Elektroniska referenser

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)* [www]
<<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture>> Hämtat 16/3 2010.
- Landstinget i Östergötland (2010). *Modell för att förbättra patientsäkerhetsarbetet* [www]
<<http://www.lio.se/Patientsakerhet/For-sjukvarden>> Hämtat 16/3 2010.
- Leander, E., Libiseller, C., Danielsson, S. och Wahlin, K. (2009). *Kompendium för kursen 732G81 Statistik för internationella ekonomprogrammet*. Avdelningen för statistik. Linköpings universitet, Linköping. [www]
<<http://www.ida.liu.se/~732G81/kompendium2009.pdf>> Hämtat 16/3 2010.

Sveriges Kommuner och Landsting (2010). *Handbok för hälso- och sjukvård* [www] <<http://www.vardhandboken.se>> Hämtat 16/3 2010.

Sjukvårdsrådgivningen SVR AB (2008). *Årsredovisning 2008* [www] <<http://www.1177.se>> Hämtat 16/3 2010.

Socialstyrelsen (2009a). *Att mäta patientsäkerhetskulturen - Handbok för patientsäkerhetsarbete*. ISBN: 978-91-85999-94-1 [www] <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8341/2009-126-12_200912612.pdf> Hämtat 16/3 2010.

Socialstyrelsen (2009b). *Riskanalys och händelseanalys - Handbok för patientsäkerhetsarbete*. ISBN: 978-91-86301-28-6 [www] <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-120/Documents/RiskanalysochHandelseanalys_original.pdf> Hämtat 16/3 2010.

Sjukvårdsrådgivningen 1177 (2010). *Utbildning Samtalsprocessen*. Informationsmaterial. [www] <<http://www.1177.se/samtalsprocessen/>> Hämtat 16/3 2010.

Bilaga 1 - Enkätfrågor

Inledande frågor

Fråga 1: Kön

Fråga 2: Ålder

Fråga 3: Hur länge har jag arbetat på Sjukvårdsrådgivningen?

Fråga 4: Jag är anställd som?

Fråga 5: Berätta lite om mina arbetsuppgifter och vad jag gör

Fråga 6: Hur många timmar i veckan arbetar jag här?

Fråga 7: Jag har daglig kontakt med personer som söker rådgivning?

Fråga 8: Akademisk utbildning

Fråga 9: Antal år sedan examen

Påståenden på attitydskala 1-5, kategoriserade som *kommunikation*:

Påstående 11: Jag tycker att stämningen i mitt arbetslag är mycket god?

Påstående 13: Här är allas åsikter lika mycket värda?

Påstående 33: Jag blir informerad om fel som uppstått?

Påstående 34: Jag kan ifrågasätta beslut som kommer från andra även fast de har högre befogenhet än mig?

Påstående 35: Det diskuteras kontinuerligt hur det går att förhindra att fel och misstag inträffar igen?

Påstående 36: Jag är rädd för att fråga när något inte står rätt till?

Påstående 46: Det sker ett bra samarbete mellan andra verksamheter som SVR har kontakt med?

Påstående 50: Jag uppfattar att kollegor bryr sig mycket om säkerheten kring den som söker rådgivning?

Påståenden på attitydskala 1-5, kategoriserade som *rapportering*:

Påstående 17: Incidenter som uppstått har lett till positiva förändringar?

Påstående 18: Det är bara en tidsfråga innan något allvarligt fel inträffar?

Påstående 21: När en händelse rapporteras känns det som det läggs mer fokus på personen som rapporterat än på det faktiska problemet?

Påstående 25: Jag är orolig för att misstag som inträffar ska sparas i min personliga akt?

Påstående 26: Det finns problem som rör patientsäkerhet här?

Påstående 31: Jag får feedback på förändringar som görs, vilka baserar sig på rapporteringar rörande problem?

Påstående 32: Om jag upptäcker något som kan påverka verksamheten negativt, så berättar jag det för andra?

Påstående 40: Finns det avsatt tid till rapportering?

Påstående 48: Jag har sett eller hört någon annan göra fel?

Påstående 49: Jag har gjort fel som har skadat eller skulle kunna ha skadat patienten?

Övriga påståenden på attitydskala 1-5:

Påstående 15: Jag känner att jag är med och bidrar till att förbättra patientsäkerheten?

Påstående 43: Jag anser att verksamheten jobbar på ett bra sätt för att stärka patientsäkerheten?

Frågor med svar i fri text:

Fråga 10: Vad är patientsäkerhet för mig?

Fråga 19: Vilka problem ser jag som störst i mitt arbete?

Fråga 20: Hur hanterar jag problemen?

Fråga 38: Vad är det vanligaste som rapporteras?

Fråga 41: Beskriv en händelse där något gått fel.

Fråga 44: Vad finns det för saker som skulle kunna förbättras?

Fråga 51: Hur bra/dåligt skulle jag beskriva att arbetet med *Rådgivningsstödet* fungerar? (t ex information, struktur, vad saknas osv.)

Fråga 52: Övriga saker som jag vill berätta mer om.

Fråga på ordinalskala

Fråga 39: Hur många gånger har jag rapporterat avvikelser de senaste 12 månaderna?

Påståenden och frågor som inte analyserats vidare i studien

Fråga 22: När det gjorts förändringar i att förbättra patientsäkerheten följs det upp hur effektivt det blev?

Fråga 27: Våra procedurer och arbetssätt är bra på att förhindra att fel uppstår?

Fråga 42: Som nyanställd fick jag den hjälp jag kände att jag behövde?

Fråga 12: Det finns tillräckligt med personal för att hinna med allt arbete som måste göras?

Fråga 14: Jag arbetar ofta för länge innan jag tar paus?

Fråga 16: Det händer ofta att avdelningen får hjälp av tillfällig personal?

Fråga 23: Jag försöker hinna med mycket på för kort tid?

Fråga 24: Det händer att jag åsidosätter patientsäkerheten för att hinna med arbetet?

Fråga 29: Chefen ger beröm när han/hon ser att arbetet utförs i linjer med säkerhetsföreskrifter?

Fråga 30: När arbetspressen höjs vill chefen att jag jobbar snabbare, även fast det innebär att ta genvägar i arbetet?

Fråga 45: Verksamhetens ledning bidrar till ett arbetsklimat som främjar patientsäkerheten?

Fråga 47: Ledningen intresserar sig bara för patientsäkerhet efter negativa incidenter?

Fråga 28: Vilka förändringar har jag sett att det gjorts för att stärka patientsäkerheten?

Fråga 37: Hur ofta rapporteras när ett fel inträffat, oavsett om det skulle kunna ha skadat patienten eller inte?

Bilaga 2 - Citat

Taggar

C1: citat nummer ett

P1: problem nummer ett

H: hantering av problem

F: förbättringsförslag

C1P1	<i>"att verksamhetens ekonomiska förutsättningar inte stämmer med den ökade efterfrågan från allmänheten"</i>
C2H	<i>"jobbar på så gott jag kan utan att sänka kvaliteten på samtalen"</i>
C3P2	<i>"vår brist på uppföljning o feedback angående vårt arbete o patientbedömningar gör att vi inte får ett aktivt lärande i organisationen utan kommer att bli kompetensutarmade"</i>
C4F	<i>"följa upp ett antal samtal per månad och kolla hur väl råd och hänvisningar föll ut"</i>
C5F	<i>"att ta upp avvikelser för hela personalgruppen när något gått fel, hos oss får oftast bara de berörda veta - det är lärorikt att ta del av andras misstag, faktiskt."</i>
C6P3	<i>"det finns alltid en risk att man missar något allvarligt"</i>
C7P4	<i>"detta är telefonrådgivning och svårigheten finns då vi inte ser patienten och ibland kan det vara svårt att lyssna av rätt."</i>
C8H	<i>"aktivt, ställa frågor, upprepa och göra en sammanfattning så att jag uppfattat problemen rätt"</i>
C9H	<i>"inte stressa upp mig vid svåra frågor, tänka brett, vrida och vända på frågan"</i>
C10F	<i>kontinuerlig uppföljning av våra patienter, så vi lär oss om vi bedömer rätt eller fel"</i>
C11P5	<i>"när datorn krånglar, är det lätt att bli stressad"</i>
C12H	<i>"följer de stödfunktioner vi har"</i>
C13P6	<i>"människor uttrycker sig så olika vid samma symptom och vid samma sjukdomstillstånd"</i>
C14H	<i>"arbeta systematiskt med samtalsmodellen"</i>

Presentationsdatum

2010-06-11 Kl: 8:15 i Alan Turing

Publiceringsdatum (elektronisk version)

Institution och avdelning
Institutionen för datavetenskap**Linköpings universitet****Språk**

- Svenska/Swedish
 Engelska/English
 Annat (ange nedan)

Antal sidor

59

Rapporttyp

- Licentiatavhandling
 Examensarbete
 D-uppsats
 C-uppsats
 Rapport
 Annan (ange nedan)

ISBN**ISRN**

LIU-IDA/KOGVET-A--10/013—SE

Serietitel (licentiatavhandling)**Serienummer/ISSN (licentiatavhandling)****URL för elektronisk version****Publikationens titel**

Kommunicera och rapportera - En undersökning av sjukvårdsrådgivares syn på patientsäkerhet och inflytandet på verksamhetens säkerhetskultur

Publikationens engelska titel

Communicate and report - A survey of telephone nurses' view of patient safety and the influence on organization's safety culture

Författare

Martin Ahlform

Sammanfattning

Sjukvårdsrådgivning via telefon har kommit att bli ett allt vanligare sätt att kontakta vården. Det är också ett smidigt sätt att i dagens mobila samhälle utnyttja tiden effektivt. Denna typ av sjukvårdsrådgivning skiljer sig från det annars traditionella sättet där sjuksköterskan fysiskt möter patienten till exempel på en vårdcentral. I anslutning till den tidigare sjukvården finns också etablerade metoder och riktlinjer för patientsäkerhet, vilket bidrar till att kontinuerligt sträva efter att upprätthålla god vårdkvalitet och trygghet för patienten. En metod är exempelvis det avvikelserapporteringssystem som sedan tidigare används inom bland annat Landstinget i Östergötland, vilket också har kommit att användas på Sjukvårdsrådgivningen i Linköping.

Syftet med denna studie var att inom en verksamhet för sjukvårdsrådgivning via telefon undersöka vilka attityder personalen har till patientsäkerhet, samt hur de själva beskriver sina åsikter angående detta ämne. Baserat på tidigare forskning relateras resultaten till vilken påverkan de uppskattas ha på verksamhetens säkerhetskultur.

En webbenkät användes som instrument i studiens datainsamling. Frågorna var sedan tidigare framtagna för att mäta patientsäkerhet inom traditionell sjukvård, vilka grundade sig på element från säkerhetskulturforskning. En av studiens centrala upptäckter tyder på att personalen tycker att det är svårt att hinna med att rapportera avvikelser. Det fanns också en tendens att flera sjukvårdsrådgivare berättar om avvikelser för arbetskamrater när de väl upptäcks, än antal som avvikelserapporterar på formellt vis. Vidare påträffades också att respondenterna inte är rädda för att be om hjälp när oklarheter i arbetet uppstår. En av studiens slutsatser var att sjukvårdsrådgivarna behöver mer tid till att kunna prioritera att rapportera avvikelser som upptäcks för att minimera informationsbortfall.

Nyckelord

Säkerhetskultur, sjukvårdsrådgivning via telefon, patientsäkerhet, systemperspektiv, triage