



EXAMENSARBETE
GRUNDNIVÅ

Hösten 2012

Sektionen för Hälsa och Samhälle

Sjuksköterskeprogrammet

Omvårdnad 15 Hp

Jämförelse av anmälningar enligt Lex Maria år 2000 och år 2010

Författare

Marcus Kidbro

Joel Mattisson

Handledare

Monica Granskär

Examinator

Lars Axelsson

Jämförelse av anmälningar enligt Lex Maria år 2000 och år 2010

Författare: Marcus Kidbro & Joel Mattisson

Handledare: Monica Granskär

Empirisk studie

Datum 2012-01-12

Sammanfattning

Bakgrund: Lex Maria infördes på 1930-talet efter att personal på ett sjukhus i Stockholm råkade förväxla ett läkemedel med ett rengöringsmedel vilket resulterade i att många patienter dog. Genom att känna till vilka misstag som görs och varför ökar yrkeskompetensen och på så sätt höjs patientsäkerheten inom vården. **Syfte:** Syftet med studien var att jämföra vad som anmälts enligt Lex Maria på sjukhus i Region Skåne under år 2000 och år 2010. **Metod:** En empirisk studie med kvantitativ ansats. Lex Maria anmälningar hämtades från Socialstyrelsens regionala tillsynsmyndighet syd. Därefter gjordes en innehållsanalys för att skapa variabler. **Resultat:** Resultatet innehåller 228 anmälningar från båda åren tillsammans. Resultatet presenteras i form av tabeller och diagram för att det överskådligt ska kunna jämföras. **Diskussion:** De fyra viktigaste fynden relaterat till sjuksköterskans yrke var: "Fördröjd vård", "Misstag i allmänna vården", "Misstag i läkemedelshanteringen" samt "Misstag i omvårdnaden". Fynden jämförs och orsaker om varför felen uppstår diskuteras. **Slutsats:** Fel enligt Lex Maria uppstår i många fall på grund av stress, okunskap, dålig kontinuitet och brist i rutiner. Sjuksköterskors skyldighet är att vara medvetna om lagar och författningar som styr dem i sitt arbete och studien kan vara ett hjälpmedel i deras arbetsliv.

Nyckelord: Lex Maria, patientsäkerhet, omvårdnad

Comparison of Lex Maria reports from year 2000 and year 2010

Author: Marcus Kidbro & Joel Mattisson

Supervisor: Monica Granskär

Empirical study

Date 2012-01-12

Abstract

Background: Lex Maria was founded in 1930 after staff at a hospital in Stockholm happened to confuse one drug with a detergent with the result that many patients died. By knowing which mistakes are made and why, the professional skills will increase, thereby increasing the patient safety in healthcare. **Purpose:** The purpose of this study was to compare what is reported according to Lex Maria in hospitals in Region Skåne year 2000 and year 2010. **Method:** An empirical study with a quantitative approach. Lex Maria reports were taken from the Board's regional supervisor South. Then a content analysis was made to create variables. **Results:** The results include 228 notifications from both years together. The results are presented in tables and diagrams to clearly be compared. **Discussion:** The four most important discoveries related to the nurse's profession was: "Delayed care", "Mistakes in public care", "Mistakes in drug dealing" and "Mistakes in nursing". The findings are compared and reasons why errors occur are discussed. **Conclusion:** Errors according to Lex Maria are in many cases caused by stress, ignorance, lack of continuity and lack of procedures. Nurses' obligation is to be aware of laws and regulations that govern them in their work and the study may work as an aid in their work.

Keywords: Lex Maria, patient safety, nursing

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	7
Specifika frågeställningar	7
METOD	8
Design.....	8
Urval och kontext	8
Datainsamlingsmetod.....	8
Analysmetod.....	9
Etiska överväganden	9
RESULTAT	10
Anmälningar enligt Lex Maria år 2000	11
Anmälningar enligt Lex Maria år 2010	12
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
Slutsatser	19
REFERENSER	21

Bilaga 1 Exempel på innehåll i variabler

BAKGRUND

Lex Maria infördes på 1930-talet efter att personal på ett sjukhus i Stockholm råkade förväxla ett läkemedel med ett rengöringsmedel vilket resulterade i att många patienter dog. Efter detta stiftades en lag om att alla olyckshändelser och skador som sker på sjukhus måste anmälas till polisen (Socialstyrelsen, 2011a). Genom att känna till vilka misstag som görs och varför, ökar yrkeskompetensen och på så sätt höjs patientsäkerheten inom vården (Ödegård, 2006).

Lex betyder lag och Maria är efter sjukhuset där den stora olyckan inträffade (Socialstyrelsen, 2011a). Till skillnad från anmälningarna till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) (SFS 2011:582), som fungerar som en domstol för enskild sjukvårdspersonal, är det händelsen som anmäls enligt Lex Maria. Redan på 1970-talet fanns det åsikter om huruvida Lex Maria hade spelat ut sin roll som lag (Bauer & Bergentz, 1976). Först 1983 kom lagen som skulle förändra Lex Maria. Anmälningsskyldigheten gentemot polisen togs då bort och risker som kunde leda till skador skulle nu istället anmälas enligt Lex Maria till Socialstyrelsen. Förändringen ledde till att patientsäkerheten kom i första hand och har format lagen till vad den är idag (SOSFS 1982:79). Anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria innefattar alla de instanser som lyder under Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Varje år förekommer ca 105 000 vårdskador i den somatiska slutenvården (Socialstyrelsen, 2008) och varje år får Socialstyrelsen in cirka 1500 anmälningar enligt Lex Maria från hela landet (Socialstyrelsen, 2011a). En studie från USA har visat att de vanligaste orsakerna till vårdskador inom sjuksköterskans arbetsområde är brist på adekvat utbildning och träning samt brist på noggrannhet och uppmärksamhet (Weld & Garmon Bibb, 2009).

I världen finns organisationer som jobbar globalt med patientsäkerhet. WHO (World Health Organization) presenterade år 2004 ett program för dess medlemsnationer som skulle fokusera på patientsäkerhet. Målet med programmet är att jobba med patientsäkerhet och på så sätt få säkerheten att öka, förbättras och spridas över nationella gränser (World Health Organization, 2011). Forskning i Taiwan har visat att attityden till patientsäkerhet ökade när vårdpersonal hade skyldighet att rapportera avvikelser inom vården (Ming-Fen, Fang-Ting & Chih-Ling, 2011).

En Lex Maria anmälan görs om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling blivit utsatt för skada eller en så stor risk att det skulle kunna leda till svår skada eller sjukdom som inte är ett resultat av sjukdomens naturliga förlopp (SOSFS 2005:28 (M)). De kunskaper som erhålls genom anmälan ska leda till höjd patientsäkerhet. Vårdgivaren ska utse en eller flera anmälningsansvariga på arbetsplatsen som ska sköta alla anmälningar. Den anmälningsansvarige ska vara väl insatt i patientsäkerhetsarbetet och ha kunskap om andra anmälningsfall för att kunna jämföra ett fall med ett annat. Den anmälningsansvarige bör inte hantera fall där understående personal medverkat i (a.a.).

Incidenter som bör leda till en anmälan är till exempel; 1. Allvarliga fallskador som skett på grund av bristfälliga säkerhetsåtgärder i samband med behandling, undersökning eller vård. 2. Läkemedelsfel såsom felaktiga förskrivningar, doseringar och expedieringar. 3. Fördröjd, utebliven eller felaktig behandling, diagnos, undersökning eller vård än vad som brukar ges i det nämnda fallet. 4. De händelser som inträffat vid brist i arbetsrutiner på avdelning, i organisationen eller mellan vårdgivare. 5. Vårdrelaterade infektioner. 6. Bristfällig undersökning, vård eller behandling som lett till suicidförsök eller suicid. Suicid ska även anmälas om det skett inom fyra veckor efter avslutad vård. Anmälan av suicid enligt Lex Maria infördes inte förrän 2006 (SOSFS 2005:28 (M)).

En Lex Maria anmälan ska utformas enligt en blankett från Socialstyrelsen och ska innehålla: Vad som skett, vilka åtgärder som gjorts i samband med händelsen, varför händelsen kan ha inträffat, bedöma hur stor risken är för att det ska inträffa igen, liknande händelser som inträffat tidigare samt vilka åtgärder som gjorts för att det inte ska hända igen. Anmälan ska ha kommit till socialstyrelsen inom två månader från den inträffade händelsen. Patient som utsatts för svår skada eller sjukdom ska underrättas om att en Lex Maria anmälan gjorts. Om patienten inte kan ta emot informationen ska istället anhörig informeras (SOSFS 2005:28 (M)).

Sjuksköterskor ska ha kunskap om vad som ska anmälas enligt Lex Maria för att kunna utöva sin profession på bästa sätt samt öka säkerheten för patienterna. Sjuksköterskor är ledare för patientarbetet, det vill säga ledare för omvårdnadsarbetet, vare sig det är sjuksköterskor med lång erfarenhet eller en nyutbildad sådan (Pfeiffer, 2002). Sjuksköterskor har ansvar att bevara sin yrkeskompetens genom att utöva yrket och ansvarar själv för nytt lärande livet ut (Svensk Sjuksköterskeförening, 2007). Sjuksköterskors skyldigheter är att driva vård som är av god kvalitet och tillgodose patientens behov av säkerhet och trygghet (SFS 1982:763). Sjuksköterskor riskerar därför att få disciplinära påföljder ifall denna säkerhet och trygghet äventyras enligt Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 2010:659). Lex Maria används inte för att bestraffa misstag inom vården utan för att öka patientsäkerheten (SOSFS 2005:28 (M)).

Sjuksköterskor behöver insikt i vilka misstag som är vanligt förekommande inom sjukvården. Kunskapen som erhålls kan hjälpa sjuksköterskor i sin roll inom sjukvården för att öka patientsäkerheten och undvika upprepning av liknande misstag.

SYFTE

Syftet med studien var att jämföra vad som anmälts enligt Lex Maria på sjukhus i Region Skåne.

Specifika frågeställningar

Vad anmäldes år 2000 och år 2010 enligt Lex Maria i Region Skåne?

Fanns det typiska fenomen för de olika tidsperioderna?

METOD

Design

Materialet hämtades från Socialstyrelsen och innefattar 228 anmälningar från år 2000 och år 2010. Studien är en registerstudie med kvantitativ ansats. Insamlingen av datamaterialet är gjort retrospektivt (Ejlertsson, 2003) genom granskning av anmälningar enligt Lex Maria.

Urval och kontext

Datamaterialet insamlades på ett konsekutivt vis (Ejlertsson, 2003) med två begränsningar: geografiskt samt tidsmässigt. Geografisk begränsning gjordes till de sjukhus som tillhör Region Skåne. Region Skåne består av tio instanser som alla ligger i Skåne. Sjukhusen är Skånes Universitetssjukhus i Lund, Skånes Universitetssjukhus i Malmö, Helsingborgs Lasarett, Lasarettet i Landskrona, Lasarettet Trelleborg, Lasarettet i Ystad, Hässleholms Sjukhus, Centralsjukhuset Kristianstad, Ängelholms Sjukhus och Sjukhuset i Simrishamn. Endast de Lex Maria anmälningar som har gjorts under år 2000 och år 2010 ingick i studien.

Datainsamlingsmetod

Datamaterialet samlades in genom att Socialstyrelsens regionala tillsynsmyndigheten syd kontaktades. En registratorn sökte igenom arkiven med sökord anpassade till studiens syfte. Eftersom instanserna i Region Skåne har benämningarna sjukhus eller lasarett gjordes det två separata sökningar till de år som studien begränsats till för att inga anmälningar skulle missas. Till år 2010 gjordes ytterligare en sökning där sökorden självmord och Lex Maria användes eftersom suicid inte anmäldes enligt Lex Maria innan år 2006. Registratorn gjorde totalt fem sökningar.

Tabell 1. Sökschema för Anmälningar enligt Lex Maria.

Sökord	Begränsningar
Lex Maria, lasarett	Region Skåne, år 2000
Lex Maria, sjukhus	Region Skåne, år 2000
Lex Maria, lasarett	Region Skåne, år 2010
Lex Maria, sjukhus	Region Skåne, år 2010
Lex Maria, självmord	Region Skåne, år 2010

För att kunna jämföra anmälningarna hämtades statistik över antal slutenvårdstillfällen inom Region Skåne. Statistiken hämtades med hjälp av Socialstyrelsens webbaserade statistikdatabas (Socialstyrelsen, 2011b). Två sökningar gjordes i statistikdatabasen. I den första sökningen användes följande alternativ: samtliga diagnoser, Skåne län, ålder 0-85+, båda könen, vårdtillfällen samt år 2000. Den andra sökningen gjordes på samma sätt som första förutom att året som valdes var 2010. All data användes i resultatets korstabell.

Analysmetod

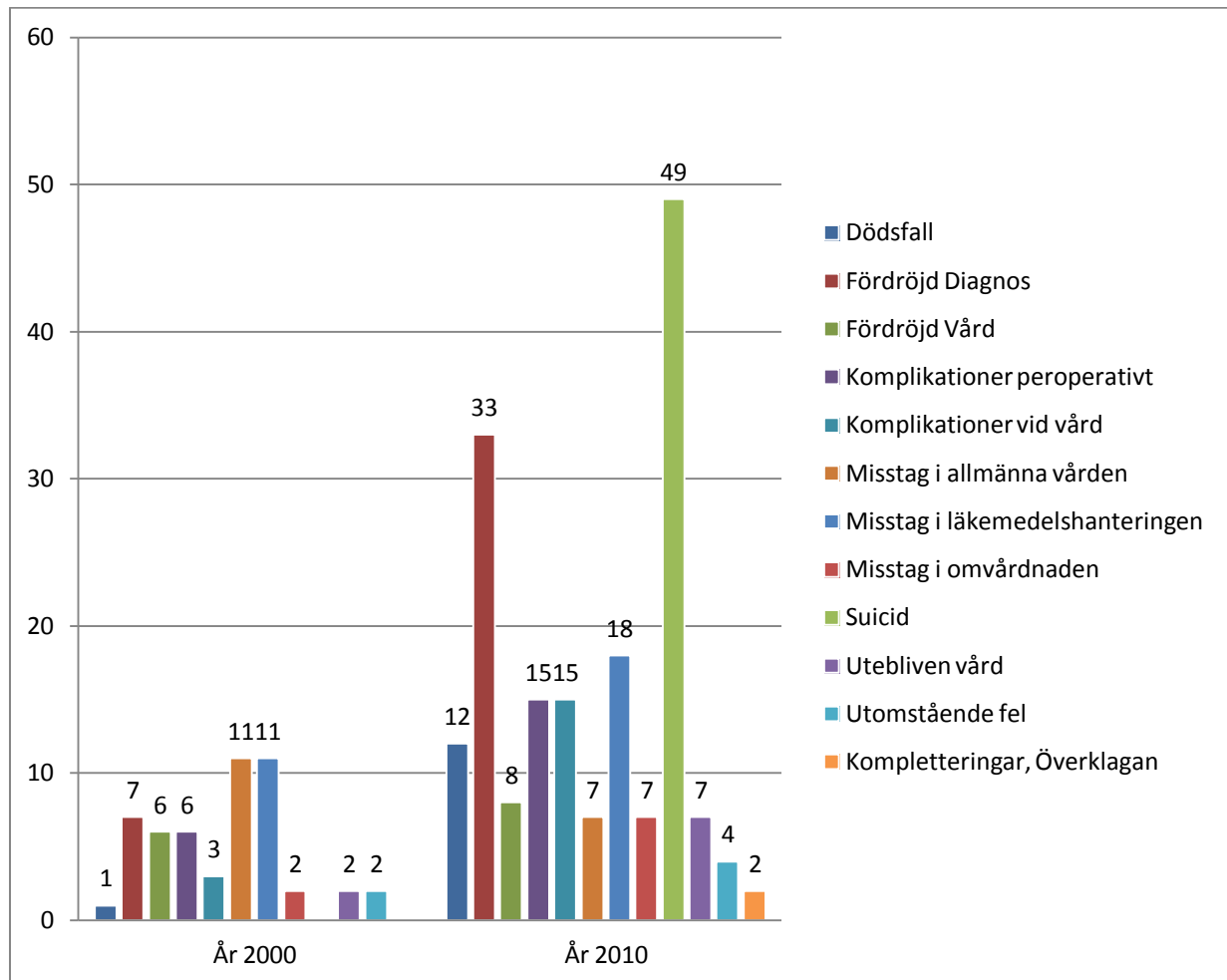
Analysen av datamaterialet och indelningen i variabler gjordes som en kvalitativ innehållsanalys (Polit & Beck, 2010). Datamaterialet kondenserades (Polit & Beck, 2010) och delades in efter likande innehåll i anmälningen. Därefter analyserades materialet statistiskt och delades in i 10 grupper år 2000 och 12 grupper år 2010. Datamaterialet från år 2010 innehöll suicidanmälningar samt kompletteringar och överklagan, därför tillkom det år 2010 två grupper. Varje grupp analyserades var för sig och varje kategori gavs en övergripande benämning som förklaras i bilaga 1. Kategoriernas benämningar användes senare i frekvensdiagrammen och frekvenstabellen som variabler. För klassificering av varje år användes typvärde eftersom datamaterialet bestod av nominaldata.

Etiska överväganden

Studien innehåller endast offentligt datamaterial från Socialstyrelsen. I Socialstyrelsens anmälningar är yrkesgrupper avidentifierade därför gick det inte att urskilja individer, varken personal eller patienter, eftersom det var händelsen som anmäldes. Anonymitet (Stryhn, 2007) bevarar integriteten för de inblandade och strider därför inte med etiska dilemman. Målet med studien har inte varit att belysa personal eller verksamhetens brister utan det har gjorts en observation av vad som hänt för att kunna ta lärdom av detta. Genom att inte belysa bristerna hos sjukvården i studien rättar den sig efter icke-skada-principen (Stryhn, 2007) i det etiska ställningstagandet.

RESULTAT

Resultatet presenteras genom tabeller och diagram för att visa fördelningen av anmälningar i olika variabler från de utvalda åren. Figur 1 visar en översikt av hur mycket som anmälts år 2000 jämfört med år 2010.



n=228

Figur 1. Sammanställning av anmälningar enligt Lex Maria i nominalskala från år 2000 och år 2010.

Tabell 2 visar antal anmälningar som gjordes per slutenvårdstillfälle i Region Skåne år 2000 respektive år 2010. Anmälan av suicid enligt Lex Maria förekom inte år 2000 som nämnts i bakgrunden. Därför visar tabellen två uträkningar för 2010, en inklusive suicid samt en exklusive suicid. Slutenvårdstillfällena ökade med knappt 15% från år 2000 till år 2010. Anmälningarna enligt Lex Maria per vårdtillfälle ökade med 203% från år 2000 till år 2010 (inklusive suicid). Ökningen av anmälningar enligt Lex Maria per vårdtillfälle, exklusive suicid anmälningar, var från år 2000 till år 2010 119%. Statistiken är hämtad från Socialstyrelsen (2011b).

Tabell 2. Anmälningar relaterat till slutenvårdstillfällena i Region Skåne.

År	Slutenvårdstillfällena Region Skåne	Anmälningar enligt Lex Maria	Anmälan per Vårdtillfälle
2000	169 340	51	1 anmälan var 3320 vårdtillfälle
2010 (inkl. suicid)	194 072	177	1 anmälan var 1096 vårdtillfälle
2010 (exkl. suicid)	194 072	128	1 anmälan var 1516 vårdtillfälle

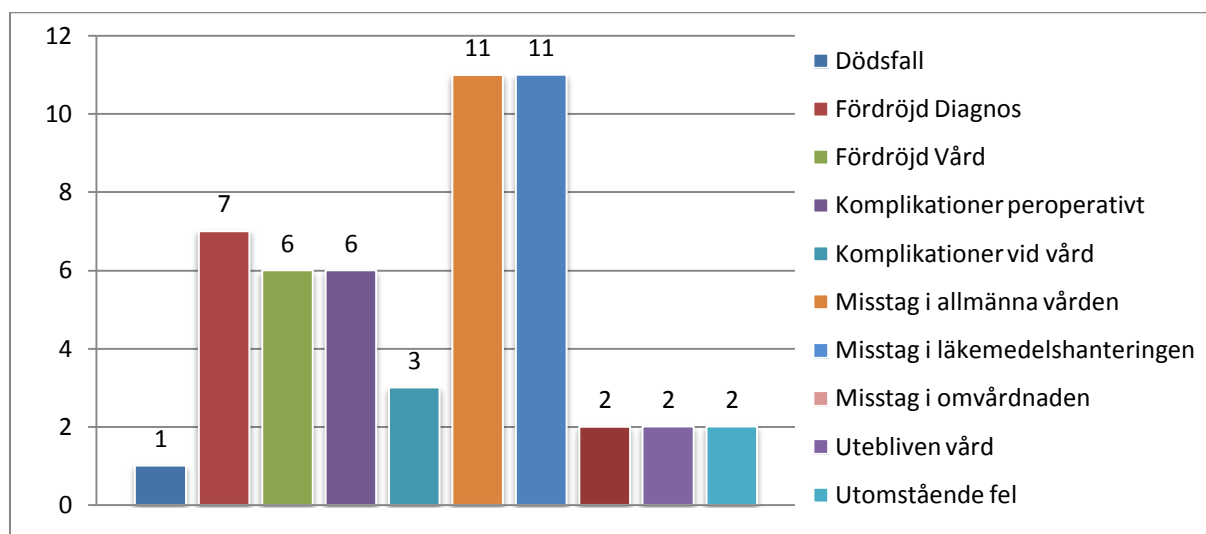
Anmälningar enligt Lex Maria år 2000

Tabell 3 visar den relativa frekvensens fördelning av anmälningar i en frekvenstabell.

Tabell 3. Översyn av anmälningar år 2000 i procent.

n=51

Variabel	Antal	Andel av anmälningarna
Dödsfall	1	1,9 %
Fördröjd diagnos	7	13,7 %
Fördröjd vård	6	11,8 %
Komplikationer peroperativt	6	11,8 %
Komplikationer vid vård	3	5,9 %
Misstag i allmänna vården	11	21,6 %
Misstag i läkemedelshanteringen	11	21,6 %
Misstag i omvårdnaden	2	3,9 %
Utebliven vård	2	3,9 %
Utomstående fel	2	3,9 %



Figur 2. Sammanställning av anmälningar enligt Lex Maria i nominalskala från år 2000. n=51

I Figur 2 visas fördelningen av anmälningar i olika variabler. Variablerna beskriver översiktligt innehållet i anmälningarna. För närmare förklaring av innehållet i varje variabel se bilaga 1. Diagrammet visar att typvärdet är 11. ”Misstag i allmänna vården” samt ”Misstag i läkemedelshanteringen” har båda typvärdet 11.

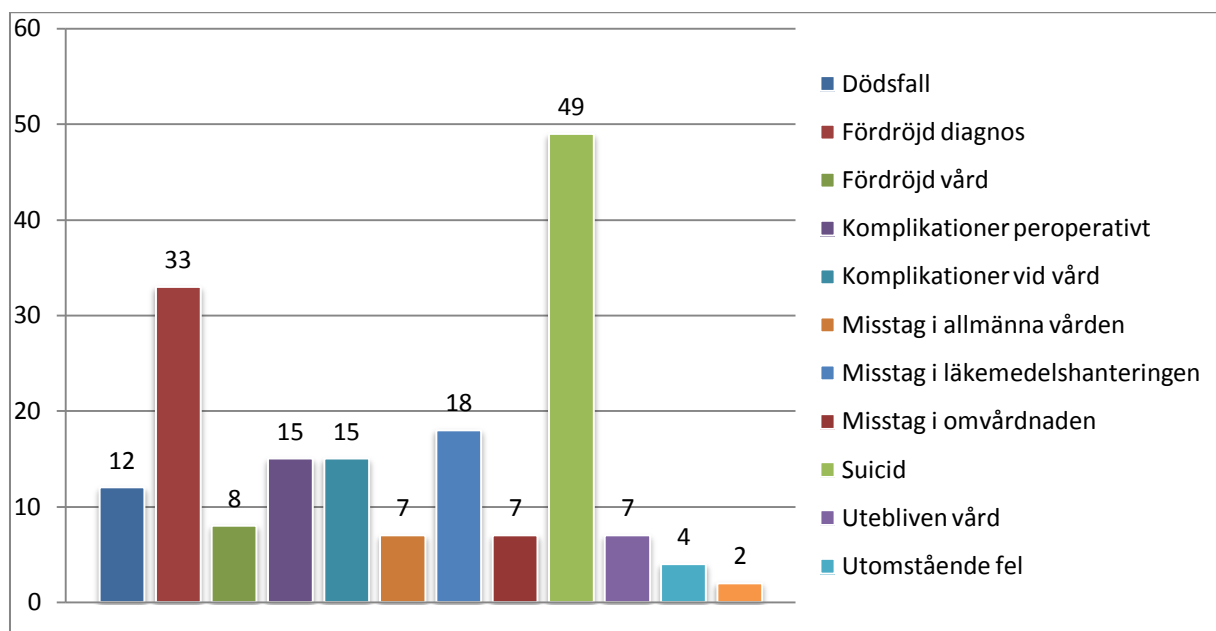
Anmälningar enligt Lex Maria år 2010

Tabell 4 visar den relativa frekvensens fördelning av anmälningar i en frekvenstabell.

Tabell 4. Översyn av anmälningar år 2010 i procent.

n=177

Variabel	Antal	Andel av anmälningar
Dödsfall	12	6,8 %
Fördröjd diagnos	33	18,6 %
Fördröjd vård	8	4,5 %
Komplikationer peroperativt	15	8,5 %
Komplikationer vid vård	15	8,5 %
Misstag i allmänna vården	7	4 %
Misstag i läkemedelshanteringen	18	10,2 %
Misstag i omvårdnaden	7	4 %
Suicid	49	27,7 %
Utebliven vård	7	4 %
Utomstående fel	4	2,3 %
Kompletteringar, Överklagan	2	1,1 %



Figur 3. Sammanställning av anmälningar enligt Lex Maria i nominalskala från år 2010. n=177

I Figur 3 visas fördelningen av anmälningar i olika variabler. Variablerna beskriver översiktligt innehållet i anmälningarna. För närmare förklaring av innehållet i varje variabel se bilaga 1. Typvärdet för Figur 3 är variabeln Suicid med 49 anmälningar.

DISKUSSION

De vanligaste anmälningarna enligt Lex Maria år 2000 var ”Misstag i allmänna vården” samt ”Misstag i läkemedelshandlingen” och år 2010 var det ”Suicid”. De viktigaste fynden var nödvändigtvis inte de mest förekommande anmälningarna men de som kunde relateras till sjuksköterskors yrke.

Metoddiskussion

Under arbetet med studien har aktiva val gjorts för att bäst svara på syftet med studien. Tanken var från början att undersöka vad som anmäldes enligt Lex Maria mot sjuksköterskor på Region Skånes sjukhus. När datamaterialet tagits fram visade det sig att det inte gick att utläsa vilken personal som varit inblandad i anmälan utan endast vad som hade hänt, därför fick studiens syfte förändras vilket ledde till att personalens anonymitet bevarades. Genom att alla anmälningar istället analyserades efter innehåll visade resultatet olika fenomen som anmälts under år 2000 och år 2010. Studien är relevant eftersom sjukhusvården lägger stort fokus på patientsäkerhet och använder sig av Lex Maria som ett verktyg för att öka patientsäkerheten.

Datamaterialet samlades in från en primärkälla (Polit & Beck, 2010) dit alla anmälningar skickas in och arkiveras och registreras. Tillgången till arkiven är fria för allmänheten men materialet plockades fram av en registrator och eventuella misstag kunde därför ske i form av kommunikations- och handhavandefel. För att öka realibiliteten (Ejlertsson, 2003) i studien togs datamaterialet från Socialstyrelsen istället för genom de berörda sjukhusen för att minska risken för bortfall av anmälningar.

Studien har gjorts med ett konsekutivt urval och ingen exkludering av datamaterial har förekommit, alla anmälningar från de berörda åren har blivit presenterade (Ejlertsson, 2003). Risken med konsekutivt urval är att det kan finnas fenomen som endast verkade under vissa tidsperioder (a.a.). Därför analyserades alla anmälningar och de typiska fenomenen definierades i studien. Eftersom suicidanmälningar enbart förekom under år 2010 har hänsyn tagits till det. Resultatet presenterades därför både med suicidanmälningar inkluderade och exkluderade för att öka validiteten (Ejlertsson, 2003) i studien.

Det gick inte att kontrollera ifall det fanns mörkertal bland anmälningarna men troligtvis var det mycket som inte anmäldes som borde anmäls. I resultatet av studien presenterades anmälningar som gjorts av sjukhus mot sjukhus. Resultatet visar inga anmälningar som gjorts av andra instanser mot sjukhus som till exempel en vårdcentral kan ha gjort mot ett sjukhus. Begränsningarna som gjorts på grund av tidsaspekten (tio veckor) har gjort att urvalet begränsats till sjukhus och Region Skåne. Det kan ha gjort att mörkertalet har blivit större eftersom anmälningar från andra instanser inte har blivit kontrollerade.

Datamaterialet delades in i övergripande variabler för att kunna jämföras med varandra och för att kunna dra slutsatser. Vid en större studie hade det varit möjligt att dela in resultatet i fler variabler och därigenom få fram ett djupare och mer precist resultat. Det gick inte att använda fler variabler i studien eftersom materialet under de olika variablerna hade blivit för få för att kunna jämföras. Datamaterialet har en begränsning genom att endast innehålla data på nominalnivå. På grund av det gick det inte att jämföra olika variabler mot varandra utan endast samma variabler från olika tidsperioder vilket var tanken med studien. Tidigare studier inom området saknas och därför gick det inte att göra en hypotesprövning (Ejlertsson, 2003) eller chitvåtest gentemot dess resultat för att kunna generalisera studiens fynd och undersöka reliabiliteten i studien (a.a.). Liknande undersökningar i framtiden kan, för att öka sin reliabilitet och generaliserbarhet, använda sig av studien för olika hypotesprövningar och chitvåtest då den är unik i sitt slag för tillfället.

Resultatdiskussion

De viktigaste fynden utifrån ett omvårdnadsperspektiv var kategorierna ”Fördröjd vård”, ”Misstag i allmänna vården”, ”Misstag i läkemedelshantering” och ”Misstag i omvårdnad”. Kategorierna är inte bara viktiga ur ett sjuksköterskeperspektiv utan behandlar även en av de största grupperna av anmälningar som var ”Misstag i läkemedelshantering”. Ödegårds avhandling (2006) behandlar bland annat patientsäkerhet och anmälningar enligt Lex Maria och visade på att misstag i läkemedelshantering alltid har varit en stor dominerande kategori av Lex Maria anmälningar.

Resultatet visade en markant ökning av anmälningar per vårdtillfälle från år 2000 till år 2010 både inkluderat suicid och exkluderat. Analysen av de individuella variablerna visade oftast en procentuell minskning trots en ökning i antal. Det förklarades genom att år 2010 tillkom det suicidanmälningar som inte var aktuella år 2000. För att kunna se ifall det har skett en förändring av suicidanmälningar, efter att anmälningsplikten av suicid infördes, föreslås att en studie görs där till exempel 2007 års anmälningar jämförs mot 2011 års anmälningar.

Tydliga fenomen påträffades inte under de utvalda tidsperioderna med undantag för ”Fördröjd diagnos” under år 2010. Anmälningarna under kategorin ökade under 2010 med 4,9 % men var den största kategorin år 2010 bortsett från ”suicid”. Utan ”suicid” inräknat i år 2010 hade ”Fördröjd diagnos” utgjort en fjärdedel av anmälningar gjorda under det året. Det hade varit lättare att identifiera tydliga fenomen ifall en studie gjorts på två år som ej varit skilda åt av år 2006 då suicid blev anmälningsskyldigt enligt Lex Maria.

Av Lex Maria anmälningarna år 2000 förekom sex anmälningar under kategorin ”Fördröjd vård” jämfört med åtta anmälningar år 2010. Resultatet av anmälningarna från den berörda kategorin från år 2010 har minskat procentuellt både med ”Suicid” inräknat och exkluderat. Om det beror på att de felen inte förekom lika ofta eller om det berodde på att felen inte anmäldes lika ofta går inte att utläsa från resultatet. En orsak till att anmälningarna hade minskat kunde vara att vårdpersonal och patienter har blivit mer toleranta vid längre väntetider inom vården. På så sätt är varken vårdpersonal eller patienter lika benägna att anmäla exempelvis fördröjt omhändertagande. I studien var fördröjd operation och fördröjt omhändertagande i samma kategori. En orsak till långa väntetider var ett stort tillflöde av patienter på akutmottagningen. Väntetider orskade fördröjningar i omhändertagandet och kunde medföra högre risk för vårdskador. Guttman, Schull, Vermeulen och Stukels (2011) fann att varje timme av fördröjt omhändertagande kunde öka risken för allvarliga vårdskador med dödlig utgång (a.a.). De långa väntetiderna visade i Lee, Smith & Jennings studie (2008) att hela vårdkedjan blev fördröjd på grund av sent omhändertagande av patienter med buksmärter. Det sena omhändertagandet berodde på att sjuksköterskor tog lång tid på sig innan de tog blodprover eller administrerade analgetika (a.a.). Troligen var kvinnor oftare involverade i de händelser som anmäldes under fördröjd vård. Det kunde bero på

sjuksköterskors förkunskap kring hur symptom på hjärtinfarkt ser ut. Sjuksköterskor på akutmottagningen hade ofta problem när de skulle triagera kvinnor med eventuella hjärtinfarkter på grund av att de hade en mer diffus symptom än män (Kuhn, Page, Davidson & Worrall-Carter, 2011). En annan studie har visat att kvinnor fick vänta lika länge som män på att bli triagerade av sjuksköterskorna men att triageringen i sig tog längre tid för kvinnliga patienter (O'Donnell, Condell, Begley & Fitzgerald, 2006). Kuhn et. al. (2011) och O'Donnell et. al. (2006) visade med sina studier att det fanns brister i omhändertagandet av kvinnliga patienter som berodde på okunskap. En lösning på problemet kan vara att göra mer forskning på kvinnor om hur de olika sjukdomssymptomen ser ut. Sjuksköterskor borde ha mer utbildning om hur symptom skiljer sig mellan kvinnor och män för att inte fördröja vården för kvinnor.

Av Lex Maria anmälningarna år 2000 förekom elva anmälningar under kategorin "Misstag i allmänna vården" jämfört med sju anmälningar år 2010. Studiens resultat visade att det hade skett en kraftig minskning av anmälningar under kategorin. Det var en positiv överraskning att anmälningarna minskat men vad det beror på är svårt att kartlägga. Minskningen av misstagen kunde bero på att arbetsrutinerna hade blivit bättre de senaste åren. Rutinerna för provrörsmärkning har blivit mer bestämda. Skov-Poulsen (2011) säger till exempel i vårdhandboken att rören ska märkas innan de används (a.a.). En trolig orsak till misstag i allmänna vården är sjuksköterskors arbetsbelastning med långa arbetsdagar och stort patientantal. Sjuksköterskornas arbetssituation kan i vissa fall leda till att enkla misstag görs, som förväxling av prover och liknande. Rogers, Hwang, Scott, Aiken och Dinges (2004) fann att sjuksköterskor ofta arbetade mer än 40 timmar i veckan. Varje anställd sjuksköterska arbetade övertid minst en gång per schemaperiod. Studien visade att felen som gjordes hade större sannolikhet att inträffa ju längre arbetsdagar sjuksköterskorna hade (a.a.). En lösning på sjuksköterskors arbetssituation är att anställa sjuksköterskor som kan jobba den övertid som finns. Bae, Mark och Fried (2010) fann att det inte bara fanns fördelar med att använda extra arbetskraft. De visade att för många temporära sjuksköterskor kunde riskera patientsäkerheten genom att antal fel ökade. Studien visade dock att en blandning av temporära sjuksköterskor och anställda sjuksköterskor gav en ökad säkerhet för patienten genom ökad rapportering av skador och färre antal läkemedelsfel (a.a.). Det är viktigt att behålla kontinuiteten trots extrapersonal. För att öka säkerheten kan det vara viktigt att samma personal arbetar på

samma avdelning eller en liknande avdelning och inte slussas runt bland olika avdelningar. Kontinuiteten är viktigt för att behålla ett bra arbetsklimat.

Av Lex Maria anmälningarna år 2000 förekom elva anmälningar under kategorin ”Misstag i läkemedelshanteringen” jämfört med arton anmälningar år 2010. ”Misstag i läkemedelshanteringen” har varit en stor kategori båda åren och utgör antagligen fortfarande en stor del av anmälningarna. De vanligaste felen som gjordes var förväxlingar av läkemedel samt feldoseringar av läkemedel. I studiens resultat presenterades anmälningar från Region Skånes sjukhus men det är ett problem som finns i hela landet och har uppmärksammats tidigare i till exempel Ödegårds (2006) doktorsavhandling. Även en utländsk studie visade att de vanligaste felen inom läkemedelshantering var feldoseringar och förväxlingar av läkemedel (Sheu, Wei, Chen, Yu & Tang, 2009). Det fanns många olika orsaker till att misstag gjordes vid läkemedelshantering. I Brady, Malone och Flemings (2009) och i Tang, Sheu, Yu, Wei och Chens (2007) studier påvisades att sjuksköterskorna hade hög benägenhet att göra fel vid läkemedelshanteringen om de hade en tung arbetsbelastning (a.a.). Andra faktorer som påverkade sjuksköterskans administration av läkemedel var avbrott under pågående utdelning av läkemedel. Sjuksköterskorna kände ofta att de blev avbrutna under läkemedelsutdelningen av till exempel patienter som ville ha uppmärksamhet eller på grund av telefonsamtal (Brady et. al., 2009; Palese, Sartor, Costaperaria & Bresadola, 2009). Sjuksköterskorna i Brady et. al. (2009) ansåg att telefonsamtalen tog störst fokus från läkemedelsutdelningen och skapade den största risken för misstag i läkemedelsadministrationen (a.a.). Sjuksköterskornas kunskap om läkemedel har visat sig vara en påverkande faktor när misstag görs. Tre studier (Tang et. al., 2007; Brady et. al., 2009; Ndosu & Newell, 2009) har visat att okunskap om läkemedel var en av de vanligare orsakerna till misstag i läkemedelshanteringen. Förväxlingar av läkemedel, bristande kunskap om läkemedelsnamn och vad läkemedlet är till för gör att många fel sker (a.a.). Eftersom kategorin har varit stor under de båda undersökta åren behöver det läggas in resurser på att förhindra felen som görs. Ett exempel på åtgärd som Wright visade (2007) med sin studie var att sjuksköterkestudenter behövde mer träning i läkemedelsberäkning (a.a.). En lösning är att sjuksköterskor har god kunskap om de läkemedel dem administrerar och tar eget ansvar för att vidbehålla den kunskapen. Rutiner, på samma sätt som det motverkar misstag i allmänna vården, gör att risken för misstag i läkemedelshanteringen minskar.

Av Lex Maria anmälningarna år 2000 förekom två anmälningar under kategorin ”Misstag i omvårdnad” jämfört med sju anmälningar år 2010. Det skilde knappt något mellan de olika tidsperioderna procentuellt i kategorin. Det anmäldes inte särskilt mycket varken år 2000 eller år 2010 vilket kunde bero på att omvårdnad är svårare att anmäla då det är ett brett ämne och svårt att säga vad som egentligen blev fel. Därför är det säkert mycket som borde anmälas men som inte blivit anmält. Vanliga misstag i kategorin var till exempel smittspridning på avdelningar och brister i omvårdnad. Parmeggiani, Abbate, Marinelli & Angelillo (2010) studie visar att smittspridningen kunde bero på mer än en orsak till exempel vårdpersonalens bristfälliga kunskaper om smittspridning hos olika sjukdomar och vårdrelaterade infektioner (a.a.). En annan orsak som kunde bidra till smittspridning var dålig handhygien på vårdavdelningar (Caglar, Yildiz & Savaser, 2010). Biddle (2009) visade att det fanns brister hos anestesipersonal där de till exempel inte bytte handskar mellan vissa arbetsmoment (a.a.). Sjuksköterskors arbetssituation och stress har i en studie visat sig vara en orsak till bristfällig omvårdnad då sjuksköterskor inte hinner utföra omvårdnadsåtgärderna på ett tillfredsställande vis. Studien visade att omvårdnaden lämnats ogjord på grund av stressen (Hegney, Eley, Plank, Buikstra & Parker, 2006). Med de här orsakerna i åtanke är det lätt att förstå varför det kunde bli fel.

Slutsatser

I studien finns många intressanta infallsvinklar som det går att fördjupa sig ytterligare i. Framförallt hade en studie som gjorts på ett liknande sätt över alla Sveriges sjukhus varit av intresse. Det hade också varit intressant att göra en mer ingående studie om varför misstag görs och utreda ifall anmälningarna ökar på grund av att mörkertalet minskar eller på grund av att det görs fler misstag enligt Lex Maria. Som nämnts tidigare kunde en studie som behandlar suicidanmälningar gjorts. Istället för att undersöka två år skilda åt från år 2006, då suicid började anmälas enligt Lex Maria, kan man undersöka två år efter 2006 och även få fram jämförelser av suicidanmälningar.

Skyldigheterna hos sjuksköterskor utgörs av lagar och författningar. Det är sjuksköterskors skyldighet att kunna lagarna och författningarna för att kunna utföra sitt arbete på ett korrekt sätt. Sjuksköterskor är skyldiga att känna till vad som ska anmälas enligt Lex Maria. Studien

som gjorts är på så sätt ett hjälpmedel för sjuksköterskor att känna till vad som ska anmälas och påminna sig om vad som kan gå fel samt hur man undviker felen. Fel uppstår på grund av stress, okunskap, dålig kontinuitet och brist i rutiner. Brist i rutiner är en överhängande orsak till varför det blivit fel och gjorts misstag inom vården. Rutiner finns antagligen på de flesta arbetsplatser men behöver förstärkas och lyftas fram till exempel via utbildning och uppföljning. Test av kunskap och kompetens är något som borde följas upp under sjuksköterskors arbetsliv i form av licensprövningar som avgör om sjuksköterskor är kvalificerade nog för fortsatt yrkesutövning.

Genom granskning av Lex Maria anmälningar kan det vara möjligt att finna de fel som uppstått och orsaken till dem för att sedan kunna vidta åtgärder för att förhindra att liknande fel uppstår, likt den svarta lådan hos ett flygplan. Ödegård (2006) föreslår att sjukvården borde använda sig av samma typ av utredning som en haverikommission gör vid en flygplansolycka där utredningen görs av oberoende personal för att minska risken för jäv (a.a.). Införandet av en haverikommission inom sjukvården hade gjort att utredningarna blivit mer grundligt utförda och på så sätt hade de eventuella mörkertalen minskat.

REFERENSER

Bae, S., Mark, B. & Fried, B. (2010). Use of temporary nurses and nurse and patient safety outcomes in acute care hospital units. *Health Care Management Review*, 35 (4), 333-44.

Bauer, G. & Bergentz, SE. (1976). Har Lex Maria spelat ut sin roll? *Läkartidningen*, 73 (47), 4071-3.

Biddle, C. (2009). Semmelweis Revisited: Hand Hygiene and Nosocomial Disease Transmission in the Anesthesia Workstation. *AANA Journal*, 77 (3), 229-237.

Brady, A., Malone, A. & Fleming, S. (2009). A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *Journal of Nursing Management*, 17 (6), 679-97.

Caglar, S., Yıldız, S. & Savaser, S. (2010). Observation results of handwashing by health-care workers in a neonatal intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*, 16 (2), 132-137.

Ejlertsson, G. (2003). *Statistisk för hälsovetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.

Guttman, A., Schull, MJ., Vermeulen, MJ. & Stukel, TA. (2011). Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 342 (01), d2983.

Hegney D., Eley R., Plank A., Buikstra E. & Parker V. (2006). Workforce issues in nursing in Queensland: 2001 and 2004. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (12), 1521-30.

Kuhn, L., Page, K., Davidson, P. & Worrall-Carter, L. (2011). Triaging Women With Acute Coronary Syndrome: A Review of the Literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26 (5), 395-407.

- Lee, G., Smith, S. & Jennings, N. (2008). Low acuity abdominal pain in the Emergency Department: still a long wait. *International Emergency Nursing*, 16 (2), 94-100.
- Ming-Fen, L., Fang-Ting, T. & Chih-Ling, H. (2011). Study of hospital employee attitudes toward patient safety reporting. *Journal of Nursing & Healthcare Research*, 7 (3), 207-14.
- Ndosi, ME. & Newell, R. (2009). Nurses' knowledge of pharmacology behind drugs they commonly administer. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (4), 570-580.
- O'Donnell, S., Condell, S., Begley, C. & Fitzgerald, T. (2006). In-hospital care pathway delays: gender and myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (1), 14-21.
- Palese, A., Sartor, A., Costaperaria, G. & Bresadola, V. (2009). Interruptions during nurses' drug rounds in surgical wards: observational study. *Journal of Nursing Management*, 17 (2), 185-92.
- Parmeggiani, C., Abbate, R., Marinelli, P. & Angelillo, IF. (2010). Healthcare workers and health care-associated infections: knowledge, attitudes, and behavior in emergency departments in Italy. *BMC Infectious Diseases*, 10 (1), 35-43.
- Pfeiffer, R. (2002). *Sykepleier og leder: den administrative og den faglige sykepleieleders funksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7., [updated] ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rogers, AE., Hwang, W., Scott, LD., Aiken, LH. & Dinges, DF. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23 (4), 202-12.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2011:582. *Instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd*. Stockholm: Justitiedepartementet.

Sheum, S., Wei, I., Chen, C, Yu, S & Tang, F. (2009). Using snowball sampling method with nurses to understand medication administration errors. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (4), 559-69.

Skov-Poulsen, K. (2011). Blodprov, venös provtagning. *Vårdhandboken*. Hämtad 2012-01-23, från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Blodprov-venos-provtagning/Forberedelser/>.

Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 2011-12-12, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf.

Socialstyrelsen. (2008). Vårdskador inom somatisk slutenvård. Hämtad 2011-11-24, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8622/2008-109-16_200810916_rev2.pdf.

Socialstyrelsen. (2011a). Om Lex Maria. Hämtad 2011-09-20, från <http://www.socialstyrelsen.se/lexmaria/omlexmaria>.

Socialstyrelsen. (2011b). Diagnoser i slutenvård. Hämtad 2011-11-16, från <http://192.137.163.49/sdb/par/val.aspx>.

SOSFS 1982:79. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fullgörandet av landstingskommunernas anmälningsskyldighet till socialstyrelsen i fråga om vissa skador och sjukdomar som inträffat i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2005:28 (M). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Tang, FI., Sheu, SJ., Yu, S., Wei, IL. & Chen, CH. (2007). Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (3), 447-457.

Weld, KK. & Garmon Bibb, SC. (2009). Concept Analysis: Malpractice and Modern-Day Nursing Practice. *Nursing Forum*, 44 (1), 2-10.

World Health Organization. (2011). Patient Safety: About Us. Hämtad 2011-10-04, från <http://www.who.int/patientsafety/about/en/index.html>.

Wright K. (2007). Student nurses need more than maths to improve their drug calculating skills. *Nurse Education Today*, 27 (4), 278-85.

Ödegård, S. (2006). *Säker Vård – patientskador, rapportering och prevention*. (Diss.). Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

Bilaga 1

Exempel på innehåll i variabler

Dödsfall: Dödsfall inom vården.

Fördröjd diagnos: Fördröjd diagnos inom slutenvård.

Fördröjd vård: Fördröjda överflyttningar mellan avdelningar, fördröjd OP, fördröjt omhändertagande.

Komplikationer peroperativt: Komplikationer i samband med narkos, bristfälliga rutiner under OP, skadad urinblåsa vid ljumskbråcks-OP, hjärttamponad vid OP.

Komplikationer vid vård: Infektionskomplikation vid transfusion, komplikation efter OP, ventrikelsond orsakat perfurasion på magsäck, cirkulationsstop under intensivvårdsbehandling.

Misstag i allmänna vården: Förväxling av provsvar, fel diagnos, förväxling av tvåparigt organ, operation baserad på felaktigt provsvar.

Misstag i läkemedelshanteringen: Förväxlingar av läkemedel, feldosering av läkemedel.

Misstag i omvårdnaden: Smittspridning på avdelning, brustit i omvårdnadsrutiner, brist av övervakning vid behandling,

Suicid: Själv mord inom vården och i anslutning till vården.

Utebliven vård: Fel på medicinteknisk utrustning, utebliven diagnos, utebliven behandling av fraktur.

Utomstående fel: Strömavbrott, fel vid överföring av journaler mellan datasystem.

Kompletteringar, Överklagan: Kompletteringar och överklagningar av anmälningar från tidigare år.