

Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

# VÅRDSKADOR VID OMVÅRDNAD EN STUDIE AV PATIENTERS, ANHÖRIGAS OCH VÅRDGIVARES ANMÄLNINGAR

Åsa Andersson



**Karolinska  
Institutet**

Stockholm 2017

Tidskrift och utgivare har gett tillåtelse att trycka studie **I** i sin helhet.

Publicerad av Karolinska Institutet.

Tryckt av Eprint AB Stockholm 2017

© Åsa Andersson, 2017

ISBN 978-91-7676-562-3

# VÅRDSKADOR VID OMVÅRDNAD EN STUDIE AV PATIENTERS, ANHÖRIGAS OCH VÅRDGIVARES ANMÄLNINGAR

AKADEMISK AVHANDLING

för avläggande av medicine licentiatavhandling vid Karolinska Institutet  
offentligen försvaras i Aulan, Ersta Sköndal Bräcke Högskola,  
Stigbergsgatan 30 Stockholm

**Fredagen den 24 mars 2017, klockan 12.30**

Av

**Åsa Andersson**  
**Leg sjuksköterska, magister i vårdvetenskap**

*Huvudhandledare*

Docent Görel Hansebo  
Ersta Sköndal Bräcke Högskola  
Institutionen för vårdvetenskap

*Betygsnämnd*

Docent Katarina Göransson  
Karolinska Institutet  
Institutionen för medicin

*Bihandledare:*

Professor Per-Olof Sandman  
Karolinska Institutet  
Institutionen för neurobiologi,  
vårdvetenskap och samhälle  
Sektionen för omvårdnad

Docent Lena Nilsson  
Linköpings Universitet  
Universitetssjukhuset i Linköping

Professor Ania Willman  
Malmö Högskola  
Institutionen för vårdvetenskap

Docent Kersti Theander  
Karlstads Universitet  
Institutionen för hälsovetenskaper  
Avdelningen för omvårdnad

Filosofie doktor Catharina Frank  
Karolinska Institutet  
Institutionen för neurobiologi,  
vårdvetenskap och samhälle  
Sektionen för omvårdnad







## ABSTRACT

**Background:** Patient safety has, over the last decades, been increasingly established as an important global issue. Patient safety is jeopardized by for example adverse events and most of the current evidence on adverse events originates from hospitals, but many adverse events also happen in nursing homes.

It is clear that adverse events occur in nursing care and can cause suffering and even death, which could have been avoided if adequate actions had been taken. While the literature on improving patient safety is extensive, there is a dearth of studies from the perspectives of patients and their relatives.

**Aim:** To gain new insights about adverse events in nursing care from the perspective of patients and their relatives as well as health care providers, and describe contributing factors to serious adverse events. The specific aim in paper **I** was to examine adverse events in nursing care as they are experienced by patients and relatives. In paper **II** the aim was to identify the most common serious adverse events that occur in nursing homes, and their most frequent contributing factors, in order to contribute to the improvement of safe nursing care.

**Methods:** The design was descriptive, based on a total sample of data collected from national registries in Sweden. The method was content analysis with both a qualitative and a quantitative approach.

**Results:** The findings in study **I** showed that experiences of adverse events in nursing care, reported by patients and relatives, included suffering from both physical and mental injuries caused by the nursing care. Lack of participation caused negative consequences for patients or relatives, as well as physical adverse events. The findings from study **II** showed that medication errors, falls, delayed or inappropriate interventions and missed nursing care caused the vast majority of the serious adverse events in nursing homes. The most common contributing factors to serious adverse events were 1) lack of competence 2) incomplete, or lack of documentation 3) teamwork failure 4) and inadequate communication. A comparison of the results of studies **I** and **II** showed that there were discrepancies between the adverse events reported by patients and their relatives and the serious adverse events reported by health care providers.

**Conclusion:** Carers, as well as leaders in health care, can learn from patients' and relatives' experiences of adverse events in nursing care in order to improve the quality of nursing care. The contributing factors to serious adverse events frequently interacted, yet they varied between different groups of serious adverse events.

A holistic approach to improve safe care in nursing homes requires competence of the staff, safe environments as well as resident's and relative's participation.

**Keywords:** Adverse events, Content analysis, Nursing Care, Nursing homes, Patient Participation, Patient Safety.





## INGÅENDE DELARBETEN

- I. Andersson Å, Frank C, Willman, A M L, Sandman P-O, Hansebo, G (2015)  
Adverse events in nursing: A retrospective study of reports of patient and relative experiences. *International Nursing Review* 2015, vol 62, 377-385.
  
- II. Andersson Å, Frank C, Willman, A M L, Sandman P-O, Hansebo, G (2016)  
Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. Manuscript submitted.

# INNEHÅLL

1	DEFINITIONER .....	7
2	INTRODUKTION .....	9
3	BAKGRUND .....	10
3.1	Säker vård .....	10
3.2	Ansvar för hälso- och sjukvård och omsorg .....	11
3.3	Patienters deltagande bidrar till en säker vård .....	13
3.4	Vårdskador vid omvårdnad .....	14
3.5	Säker vård i särskilda boenden .....	14
4	MOTIV FÖR AVHANDLINGEN .....	16
5	SYFTE .....	17
6	METOD .....	18
6.1	Design .....	18
6.2	Datainsamling .....	18
6.2.1	Delstudie I .....	18
6.2.2	Delstudie II .....	19
6.3	Dataanalys .....	20
6.3.1	Delstudie I .....	20
6.3.2	Delstudie II .....	21
6.4	Etiska överväganden .....	21
7	RESULTAT .....	23
7.1	Delstudie I .....	23
7.2	Delstudie II .....	24
7.2.1	Allvarliga vårdskador .....	24
7.2.2	Bidragande faktorer till allvarliga vårdskador .....	25
8	DISKUSSION .....	28
8.1	Resultatdiskussion .....	28
8.2	Metodologiska överväganden .....	30
8.3	Slutsatser .....	31
8.4	Implikationer för omvårdnad och framtida forskning .....	32
9	TACK .....	33
10	REFERENSER .....	34

## FÖRKORTNINGAR

EU	Europeiska unionen
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SOL	Socialtjänstlagen
WHO	World Health Organisation



# 1 DEFINITIONER

Allvarlig vårdskada	En skada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (SFS, 2010:659).
Anhörig	Person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna (Socialstyrelsen, 2017).
Huvudman	Myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för viss verksamhet (Socialstyrelsen, 2017).
Hälso- och sjukvårdspersonal	Person eller personer som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2017).
Lex Maria	Skyldighet för vårdgivare att snarast anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada (SOSFS 2005:28).
Närstående	Person som den enskilde anser sig ha en nära relation till (Socialstyrelsen, 2017).
Omvårdnadspersonal	Yrkesgrupp inom hälso- och sjukvård och kommunal omsorg med högst gymnasiekompetens till exempel vårdbiträde och undersköterska (egen definition).
Patientsäkerhet	Skydd mot vårdskada (SFS, 2010:659).
Patientsäkerhetskultur	Förhållningssätt och attityder hos individer och grupper inom en vårdenhet som har betydelse för patientsäkerheten (SKL, 2013).
Säker hälso- och sjukvård	Hälso- och sjukvård där vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete (Socialstyrelsen, 2009).
Särskilda boenden för äldre	Boenden som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd (Socialstyrelsen, 2017).

Vårdgivare	Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2017).
Vårdskada	Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (SFS, 2010:659).

## 2 INTRODUKTION

Vårdskador är både internationellt och i Sverige relativt vanligt förekommande. Det är mänskligt att fela och hälso- och sjukvården behöver lära av misstag som orsakat vårdskador samt förbättra sina system för att förebygga misstag.

I mitt arbete med kvalitetsutveckling inom omvårdnad har jag reflekterat över svårigheterna med att förebygga vårdskador. Jag har även saknat analyser av vårdskador ur ett omvårdnadsperspektiv.

Då jag fick möjlighet att göra en forskningsstudie avseende säker vård var jag särskilt intresserad av patienters och anhörigas egna erfarenheter av vårdskador vid omvårdnad. Min utgångspunkt var att dessa erfarenheter av misstag i omvårdnad är betydelsefulla för all hälso- och sjukvårdspersonal då de kan bidra till att utveckla säker omvårdnad. Genom patienters och anhörigas anmälningar till HSAN blev det möjligt att ta del av deras erfarenheter.

Då den högsta andelen anmälningar till HSAN från patienter och anhöriga avsåg omvårdnad i särskilda boenden väcktes mitt intresse att särskilt studera det förhållandet vidare och undersöka vilka allvarliga vårdskador i särskilda boenden som Lex Maria anmälts till IVO och vilka faktorer som kan ha bidragit till dessa allvarliga vårdskador.

Det har varit lärorikt och en förmån att i avhandlingsarbetet få ta del av patienters och anhörigas berättelser samt vårdgivarnas anmälningar.

## 3 BAKGRUND

### 3.1 SÄKER VÅRD

De senaste decennierna har betydelsen av säker vård uppmärksammats alltmer, såväl internationellt som i Sverige (WHO, 2005; Mitchell, Schuster, Smith, Pronovost, & Wu, 2016; Soop, Fryksmark, Köster, & Haglund, 2009). I ett internationellt perspektiv är de vanligaste vårdskadorna vårdrelaterade infektioner, felmedicinering, misstag vid operationer, fel på sjukvårdsutrustning, fel diagnos eller utebliven åtgärd (WHO, 2008). Personer som har många kontakter med hälso- och sjukvården löper högre risk att drabbas av vårdskador. Det gäller till exempel multisjuka äldre personer, långvarigt sjuka personer och personer med psykisk ohälsa (WHO, 2008). För patienter som drabbas av en vårdskada innebär det ett vårdlidande. Patienterna är beroende av hälso- och sjukvårdspersonal för sin behandling och vård. När en vårdskada uppstår kan de, utöver lidande från själva vårdskadan uppleva att de inte blir tagna på allvar eller blir negligerade. En vårdskada kan även skapa otrygghet och en känsla av maktlöshet (Hovey et al., 2011).

Rapporten ”To Err is Human – building a safer health system” som publicerades av USA:s nationella Institute of Medicine (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000) fick stor betydelse för utvecklingen och forskningen om patientsäkerhet. Av rapporten framgick att i USA avled varje år mellan 44 000-98 000 personer på grund av en skada som de fått när de vårdats vid sjukhus. Rapportens slutsatser var att det är mänskligt att fela, men att orsakerna till vårdskadorna finns i organisationernas system och rutiner. Detta konstaterande innebar att inriktningen på patientsäkerhetsarbetet förändrades. Det tidigare individperspektivet som fokuserade på disciplinära åtgärder mot den eller de yrkesutövare som begått misstag förändrades till förmån för ett systemperspektiv (Pukk-Härenstam et al., 2008).

I det internationella arbetet har WHO spelat en aktiv roll. WHO:s program ”World Alliance for Patient Safety” (2005) rekommenderade bland annat att patienter ska involveras i arbetet för säker vård och att vårdgivarna ska ha system för hur vårdskador, eller risk för vårdskador, ska rapporteras. Ytterligare rekommendationer var att hälso- och sjukvården behöver lära av inträffade vårdskador samt att forskning avseende säker vård bör främjas. De flesta studier avseende vårdskador är genomförda vid sjukhus, men WHO:s program understryker att vårdskador även inträffar vid till exempel läkarmottagningar, sjukhem och inom hemsjukvården.

Även inom EU är patientsäkerhet ett prioriterat område. År 2009 antog Europeiska rådet rekommendationer för patientsäkerhet som fortfarande är giltiga. I dessa förordas åtgärder som omfattar riktlinjer, patientinvolvering, utbildningsinsatser, system för rapportering och återkoppling av klagomål samt en gemensam terminologi (European Union, 2009).

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att under åren 2012-2014 lämna en årlig lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet (Socialdepartementet, 2011). Den senaste rapporten visade att cirka 12 procent av vårdtillfällena i slutet somatisk vård beräknades ha lett till en vårdskada. Det motsvarar en minskning av cirka 15 000 – 20 000 personer som drabbats av en vårdskada sedan år 2013 (Socialstyrelsen, 2016a). Studien visade också att andelen vårdtillfällen som ledde till vårdskada ökade med patientens ålder.



Flera olika metoder används för att öka patientsäkerhet som till exempel risk- och händelseanalyser, checklistor, punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner och trycksår, samt strukturerad journalgranskning (Socialstyrelsen, 2013). Även förändringar i vårdens strukturer, som att utveckla en patientsäkerhetskultur, identifiera riskområden samt att involvera patienter har prövats i arbetet för en säker vård (Schildmeijer, 2013).

Sammanfattningsvis förekommer det fortfarande att patienter skadas och avlider av vårdskador trots att inflytelserika instanser som Institute of Medicine (Kohn et al., 2000), WHO (2005) och svensk lagstiftning (SFS, 2010:659) har uppmärksammat behovet av insatser för en säker vård. Inom andra delar än somatisk slutenvård är antalet vårdskador inte kartlagt (Socialstyrelsen, 2016a). Det är därför av stor betydelse att studera förekomsten av vårdskador inom andra vårdområden och inom äldreomsorg.

### **3.2 ANSVAR FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD OCH OMSORG**

Hälso- och sjukvården ska enligt HSL (SFS, 1982:763) bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och vid behandling. Hälso- och sjukvården ska vara lättillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Huvudmännen ansvarar även för hälso- och sjukvård och omsorg som utförs av privata vårdgivare på uppdrag. Landsting eller region har enligt HSL (SFS, 1982:763) ansvar för specialiserad somatisk vård, primärvård och specialiserad psykiatrisk vård.

Kommunerna har sedan Ädelreformen genomfördes år 1992 utöver ansvar för omsorg även ansvar för hälso- och sjukvård, exklusive läkarinsatser, i särskilda boenden för äldre personer (Socialstyrelsen, 2006). Enligt Ädelreformen (Proposition, 1988) skulle social och medicinsk kompetens integreras i särskilda boenden. Det innebar att verksamheten i särskilda boenden regleras av både SOL (SFS, 2001:453) och HSL (1982:763). Det är SOL (SFS 2001:453) som ligger till grund för kommunernas ansvar för särskilda boenden och för biståndsbeslut avseende äldre personers rätt att flytta till ett särskilt boende. De medicinska arbetsuppgifterna skulle utföras av personal med medicinsk kompetens eller genom delegering. Vid särskilda boenden skulle äldre personer ges ett individuellt anpassat stöd, service och omvårdnad för att kunna leva ett så självständigt och värdigt liv som möjligt. Enligt Socialstyrelsen (2016b) har över 90 procent av äldre personer som bor i särskilda boenden behov av hälso- och sjukvård. Sjuksköterskan är den yrkeskategori som har högst omvårdnads- och medicinsk kompetens och har därmed ansvar för omvårdnad samt medicinska bedömningar och åtgärder i verksamheten i enlighet med HSL (1982:763).

Fram till år 2010 kunde patienter och anhöriga i Sverige anmäla hälso- och sjukvårdspersonal till HSAN. Nämnden utredde den anmälda händelsen och hade befogenhet att ge anmäld personal en erinran, eller varning, om de inte uppfyllt sina skyldigheter i yrkesutövningen (SFS, 1998:531). Utvecklingen av det internationella patientsäkerhetsarbetet påverkade även Sverige (SOU, 2008). Den tidigare lagstiftningen (SFS, 1998:531), som hade ett individperspektiv med disciplinpåföljd för enskilda yrkesutövare som begått misstag, ifrågasattes av både myndigheter, SKL, fackliga och professionella organisationer (SOU, 2008). Det medförde att Sverige år 2010 antog en ny

patientsäkerhetslag (SFS, 2010:659) vilken innebar att individperspektivet övergavs. Den nya lagen anger att patienternas säkerhet ska vara prioriterad i hälso- och sjukvården och att det är vårdgivaren som har ansvar för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Lagen anger också att de som arbetar i hälso- och sjukvården är skyldiga att rapportera vårdskada eller risk för vårdskada. Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) skiljer på vad som är en vårdskada och en allvarlig vårdskada. En vårdskada innefattar lidande, kroppslig eller fysisk skada samt dödsfall som hade kunnat undvikas medan allvarlig vårdskada anger att skadan ska vara bestående och lett till ett väsentligt ökat vårdbehov eller att patienten avlidit.

När patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) trädde i kraft förändrades HSAN:s roll till att inte längre ansvara för anmälningar av vårdskador och allvarliga vårdskador. I stället inrättades den nya myndigheten IVO med ansvar för tillsyn av hälso- och sjukvård samt omsorg. IVO utreder inte i första hand enskilda yrkesutövares misstag utan gör efter anmälan om allvarlig vårdskada en analys som omfattar berörd enhets organisation och system (SFS, 2010:659). När en allvarlig vårdskada inträffat är vårdgivaren skyldig att göra en anmälan till IVO. I anmälan ska vårdgivaren rapportera vilka orsaker till vårdskadan som identifierats och vilka åtgärder som vidtagits för att förhindra att en liknande vårdskada uppstår (SFS, 2010:659). Även patienter och anhöriga har rätt att anmäla klagomål till IVO. Under år 2015 tog IVO emot 6 198 klagomål från patienter och anhöriga (IVO, 2016a).

I varje landsting och kommun ska det finnas en eller flera patientnämnder som är fristående från vårdgivarna. Patientnämndernas syfte är att stödja enskilda patienter samt rapportera avvikelser i vården till vårdgivare och vårdenheter (SFS, 1998:1656). När patienter och anhöriga är missnöjda med sin vård eller omsorg har de rätt att lämna klagomål till patientnämnderna.

Patientnämnderna tog år 2014 emot drygt 32 700 klagomål. Patientnämnderna är självständiga men IVO sammanställer patientnämndernas data på nationell nivå (IVO, 2016b). Majoriteten av klagomålen till patientnämnderna år 2015 (49 procent) avsåg vård och behandling och därefter bristande kommunikation (19 procent). Inom området kommunikation rörde närmare hälften av anmälningarna brister i bemötande och patientnämnderna har noterat att många patienter upplever att de inte blivit lyssnade till (IVO, 2016b). Inom kommunal vård var omvårdnad det näst vanligaste huvudområdet för klagomål till Patientnämnden (Socialstyrelsen, 2016a).

Sammanfattningsvis finns etablerade system för att patienter och anhöriga ska kunna lämna klagomål och anmäla vårdskador och allvarliga vårdskador. Trots detta går arbetet med att minska antalet vårdskador sakta och det behövs ökad kunskap om innehållet i patienternas och anhörigas klagomål.

### 3.3 PATIENTERS DELTAGANDE BIDRAR TILL EN SÄKER VÅRD

Flera studier har visat att patienterna kan bidra till en säker vård genom att delge sina erfarenheter av vården och mötet med hälso- och sjukvårdspersonal (Sammer, Lykens, Singh, Mains, & Lackan, 2010; Doyle, Lennox, & Bell, 2013; Hibbard & Greene, 2013; Bishop & Cregan, 2015).

Vid svenska sjukhus har patienter genom affischer eller broschyrer uppmanats att agera för en säker vård genom att till exempel påpeka när hälso- och sjukvårdspersonal inte tvättar/spritar händerna eller när de anar att ett misstag håller på att ske (Socialstyrelsen, 2015). I flera studier har det ifrågasatts om det är tillräckligt att uppmana patienter att bidra till en säker vård då patienter kan uppleva ett motstånd mot att framföra kritiska eller andra synpunkter på vården eller hälso- och sjukvårdspersonalen (Thórarinsdóttir & Kristjánsson, 2014).

Patienternas delaktighet i sin vård har i flera studier visat sig bidra till en ökad säkerhet. Patienter som är välinformerade och involverade i den planerade vården har möjlighet att säga till innan ett misstag sker (Hall et al., 2010; Berger, Flickinger, Pfoh, Martinez, & Dy, 2014; Vaismoradi, Jordan, & Kangasniemi, 2014). Även om konsensus saknas avseende begreppet patientens delaktighet (Frank, Pichora, Suurdt, & Heyland, 2010; Longtin et al., 2010) verkar nödvändiga förutsättningar vara; a) etablera en relation mellan patient och sjuksköterska, b) förhandla och balansera sjuksköterskans makt c) dela information och kunskap och d) ett aktivt ömsesidigt engagemang i intellektuella och/eller fysiska aktiviteter (Sahlsten, Larsson, Sjöström, & Plos, 2008; Eldh, Ekman, & Ehnfors, 2010; Soleimani, Rafii, & Seyedfatemi, 2010).

Både internationellt (McCormack & McCance, 2006; Hughes, Bamford, & May, 2008, Morgan & Yoder, 2012) och i Sverige (Ekman et al., 2011; SBU, 2017) pågår en diskussion om att patientens delaktighet är otillräcklig och att hälso- och sjukvården behöver bli mer personcentrerad.

Personcentrerad vård utgår från en filosofi där grundläggande värden är att alla människor är unika, kompetenta, jämlika och har ett egenvärde (Edvardsson, Winblad, & Sandman, 2008; McCormack, 2003) samt innebär ett förhållningssätt där partnerskap och patientberättelsen är central (Ekman et al., 2011). Partnerskap innebär ett delat beslutsfattande mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal där patientens berättelse är utgångspunkten för att identifiera personens resurser och möjligheter (Alharbi, Carlström, Ekman, Jarneborn, & Olsson, 2014). Samtidigt behöver hälso- och sjukvårdspersonal använda sin professionella kunskap för att bidra till att patienten kan få en fördjupad förståelse för sin hälsa. I ett sådant partnerskap kan patientens medverkan till att förebygga vårdskador underlättas (Fawcett & Rhynas, 2014).

Sammanfattningsvis finns det forskning som visar att kunskap om patienters erfarenheter kan bidra till en säker vård. Även om patienters delaktighet förordas av olika forskare är kunskapen begränsad om hur patienters delaktighet bör utformas för att vårdskador ska förhindras.

### **3.4 VÅRDSKADOR VID OMVÅRDNAD**

Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal som utför omvårdnad bör tillsammans med närstående stödja personen till ett så bra liv som möjligt. Förutsättningar för en god och säker omvårdnad omfattar både uppgiften som utförs och relationen inom vilken den utförs. Sjuksköterskans professionella ansvar för säker omvårdnad innebär bland annat att göra riskbedömningar, vidta förebyggande åtgärder samt sträva efter att omvårdnadsåtgärderna är kunskapsbaserade (ICN, 2012).

Misstag vid omvårdnad av patienter kan orsaka vårdskador som vållar kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller dödsfall vilket troligen kunde undvikits om adekvata åtgärder vidtagits (Tran & Johnson, 2010; De Meester, Van Bogaert, Clarke, & Bossaert, 2013; Ammouri, Tailakh, Muliira, Geethakrishnan, & Al Kindi, 2014; Pazokian, Zagheri Tafreshi, & Rassouli, 2014; Van Gaal et al., 2014). De vanligaste fysiska vårdskadorna i Sverige där misstag i omvårdnad kan ha bidragit är vårdrelaterade infektioner, överfylld urinblåsa, läkemedelsrelaterade skador, trycksår och fallskador (Socialstyrelsen, 2016a).

En kränkning av en persons värdighet och integritet kan innebära ett vårdlidande (Eriksson & Svedlund, 2007; Söderberg, Olsson, & Skär, 2012). Vårdlidande kan uppstå av flera orsaker, till exempel om patienten inte möts som en person utan som ett objekt, utebliven omvårdnad, maktutövning, avsaknad av information, bristande kommunikation samt om patientens rätt till inflytande över sin egen vård begränsas (Nygård, Malm, Wikby, & Ahlström, 2011).

Sammanfattningsvis kan misstag vid omvårdnad leda till vårdskador som innebär ett vårdlidande. En säker omvårdnad förutsätter korrekta åtgärder samt ett värdigt bemötande som kännetecknas av att sjuksköterskor och annan omvårdnadspersonal respekterar integritet och värdighet samt visar omtanke om den unika patienten.

### **3.5 SÄKER VÅRD I SÄRSKILDA BOENDEN**

Enligt Socialstyrelsen (2011) tillhör personer som bor i särskilda boenden gruppen mest sjuka äldre med omfattande behov av vård och omsorg. De är i hög ålder med multipla sjukdomstillstånd, ofta nedsatt kognitiv förmåga och är vanligen ordinerade många olika läkemedel. De har ett stort behov av omvårdnad och är i hög grad beroende av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Studier har visat att dessa äldre personer har hög risk att skadas, till exempel drabbas de tre gånger så ofta av fall som personer i ordinärt boende (SKL, 2009) och risken för malnutrition är hög (Törmä, Winblad, Cederholm, & Saletti, 2012). Hur många personer som drabbats av vårdskador inom den kommunala hälso- och sjukvården i Sverige är dock inte känt då inga nationella studier genomförts inom dessa områden (Socialstyrelsen, 2016a).

I särskilda boenden i Sverige utförs omvårdnad huvudsakligen av omvårdnadspersonal och de är oftast bemannade med sjuksköterskor enbart under dagtid på vardagar. På kvällar, helger och nätter har sjuksköterskor vanligtvis jour. Det är därför många gånger nödvändigt att de delegerar hälso- och sjukvårdsuppgifter till icke-legitimerad personal (Karlsson, Ekman, & Fagerberg, 2009). Delegering bör inte användas på grund av personalbrist eller av ekonomiska skäl, och är avsedd att göras i undantagsfall och enbart om den är förenlig med kravet på god och säker vård (SOSFS, 2000:1).

Eftersom äldre personer i särskilda boenden i hög grad är beroende av personalen för sitt dagliga liv blir personalens skicklighet att kommunicera och att kunna möta de boendes behov och önsknings av stor betydelse. Betydelsen av interpersonella relationer och förmåga att möta patientens existentiella behov har poängterats av många omvårdnadsteoretiker till exempel King, Orlando, Peplau, Travelbee och Hall (Meleis, 2007). Halls teori (1969) är av särskilt intresse då hon utvecklade begrepp för omvårdnad av personer som inte längre var i behov av akut vård utan av rehabilitering. Sjuksköterskor behöver enligt Hall (1969) ta hänsyn till de tre aspekterna care (kroppen) core (personen) och cure (behandla sjukdom). Care omfattar alla aspekter av kroppsnära omvårdnad. Core innebär att terapeutiskt stödja personens egen förmåga att medverka och delta i sin vård och behandling. Cure innebär att stödja patienten under den medicinska vården och behandlingen. De tre aspekterna är integrerade i den dagliga omvårdnaden men kan ha olika tyngdpunkt beroende på den äldre personens aktuella hälsosituation.

Sammanfattningsvis har äldre personer i särskilda boenden stora, såväl fysiska som psykiska, omvårdnadsbehov, ofta multipla sjukdomstillstånd samt nedsatta förmågor. De löper därmed en ökad risk att drabbas av vårdskador. Trots denna risk och det stora omvårdnadsbehovet är kunskapen om vårdskador och allvarliga vårdskador inom detta omvårdnadsområde ytterligt begränsad.

## 4 MOTIV FÖR AVHANDLINGEN

Tidigare forskning har visat att brister i patientsäkerheten orsakar vårdskador som vållar vårdlidande. En rad insatser för säker vård har genomförts både internationellt och i Sverige men antalet vårdskador är fortfarande högt. I Sverige drabbas närmare var tionde patient inom slutna somatisk vård av en vårdskada. Trots att arbetet med säker vård är prioriterat, i till exempel lagar och författningar och att det finns etablerade system för klagomål och anmälningar, saknas kunskap om hur patienters och anhörigas erfarenheter av vårdskador som är relaterade till omvårdnad kan bidra till en säker vård.

Forskning om vårdskador har ökat betydligt de senaste åren men berör främst somatisk vård vid sjukhus. Äldre personer i särskilda boenden är sköra och har stora omvårdnadsbehov och utgör en grupp med hög risk att få en vårdskada. Det finns dock begränsad kunskap om allvarliga vårdskador relaterade till omvårdnad och om vilka faktorer som bidrar till dessa allvarliga vårdskador i särskilda boenden.

Det finns alltså behov av ökad kunskap om patienters och anhörigas erfarenheter av vårdskador vid omvårdnad samt om vilka faktorer som bidrar till allvarliga vårdskador i särskilda boenden, en kunskap som kan bidra till att vårdskador inom omvårdnad kan förebyggas.

## 5 SYFTE

Avhandlingens övergripande syfte är att bidra till kunskap om vårdskador inom omvårdnad utifrån patient- och anhörig- samt vårdgivarperspektiv samt om vilka faktorer som bidrar till allvarliga vårdskador.

Delstudierna har följande syften:

- I.** Syftet var att undersöka vårdskador inom omvårdnad, så som de erfarits av patienter och anhöriga.
- II.** Syftet var att identifiera de mest förekommande allvarliga vårdskadorna i särskilda boenden samt vilka faktorer som bidragit till dessa vårdskador och därigenom bidra till en säkrare omvårdnad i särskilda boenden.

## 6 METOD

### 6.1 DESIGN

I de ingående delstudierna (**I-II**) är designen beskrivande med analys av retrospektiva data. I båda delstudierna användes både en kvalitativ och kvantitativ ansats. En översikt över de genomförda studierna presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Design, datainsamling, urval och dataanalys studie **I – II**.

Studie	Design	Datainsamling	Urval	Dataanalys
<b>I.</b>	Retrospektiv Deskriptiv	Patienters och anhörigas anmälningar avseende omvårdnad till Hälso- och sjukvårdsnämnden	Totalundersökning för perioden 2009 och 2010	Kvalitativ innehållsanalys  Deskriptiv statistik
<b>II.</b>	Retrospektiv Deskriptiv	Lex Maria-anmälningar avseende omvårdnad vid särskilda boenden	Totalundersökning år 2013	Kvalitativ innehållsanalys  Deskriptiv statistik

### 6.2 DATAINSAMLING

#### 6.2.1 Delstudie I

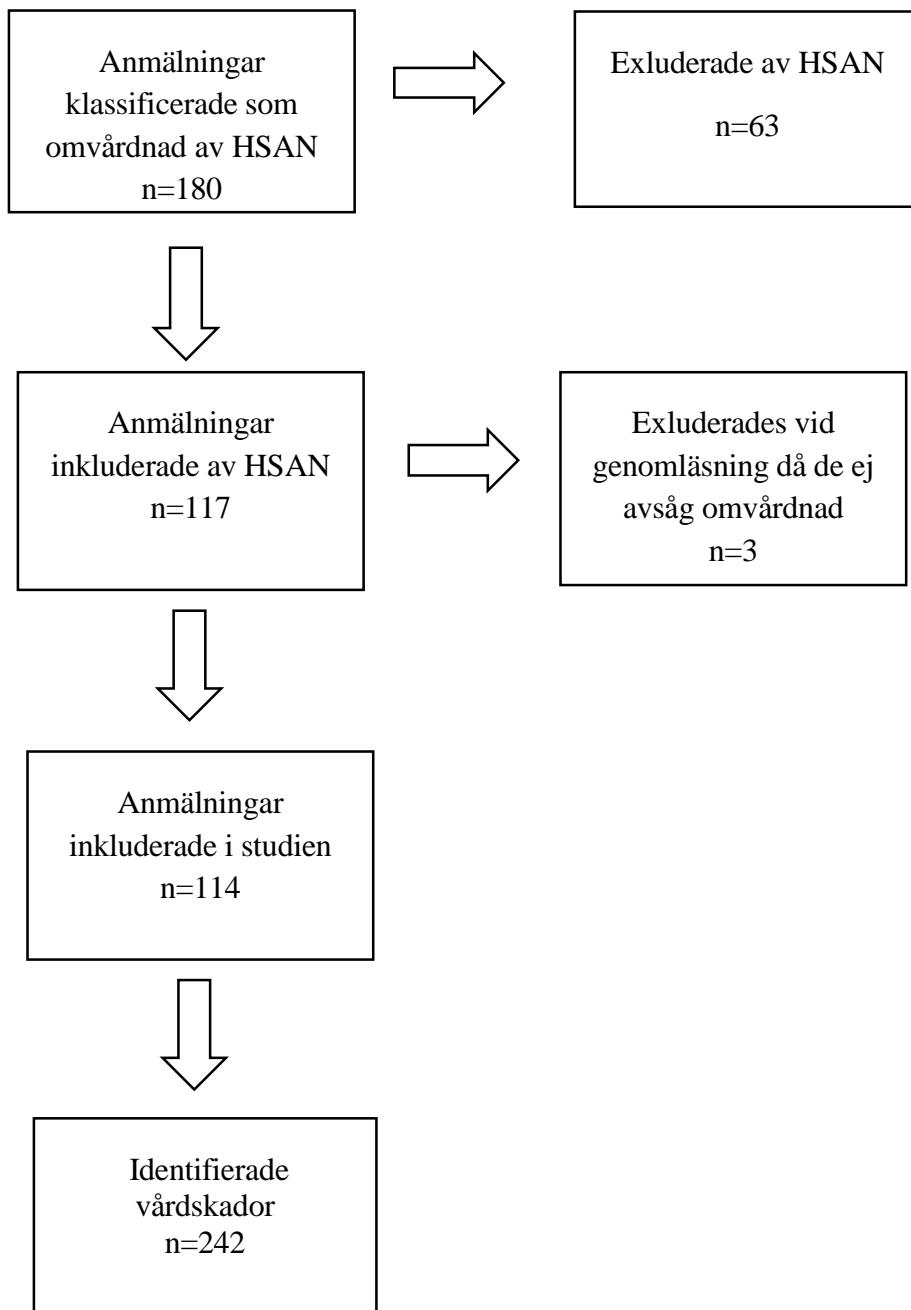
Data för delstudie **I** utgjordes av samtliga anmälningar från patienter och anhöriga som HSAN klassificerat som relaterade till omvårdnad under åren 2009 och 2010. Totalt hade HSAN bedömt 180 anmälningar som omvårdnad varav 129 anmälningar för år 2009 och 51 anmälningar för år 2010. I HSAN:s bedömning av anmälningar saknades definition för omvårdnad. Varje anmälan innehöll patientens eller anhörigas beskrivning av händelsen, HSAN:s granskning och anmäld personals svar på anmälan. I föreliggande studie avgränsades datamaterialet till att omfatta patienters eller anhörigas anmälan.

Eftersom HSAN exkluderat 63 anmälningar på grund av att de inte uppfyllde myndighetens formella krav återstod 117 anmälningar. Vid en första genomläsning visade det sig att ytterligare tre inte avsåg omvårdnad utan gällde bemötande av receptionist och läkares medicinska åtgärder varför de exkluderades för vidare analys, vilket innebar att 114 anmälningar ingick i föreliggande studie.



I analysen identifierades varje vårdskada som var beskriven i respektive anmälan. Flera av anmälningarna innehöll beskrivningar av flera vårdskador. Det innebar att totalt 242 vårdskador identifierades i datamaterialet, se figur 1.

Figur 1. Inklusion och exklusion av anmälningar som HSAN klassificerat som relaterade till omvårdnad.



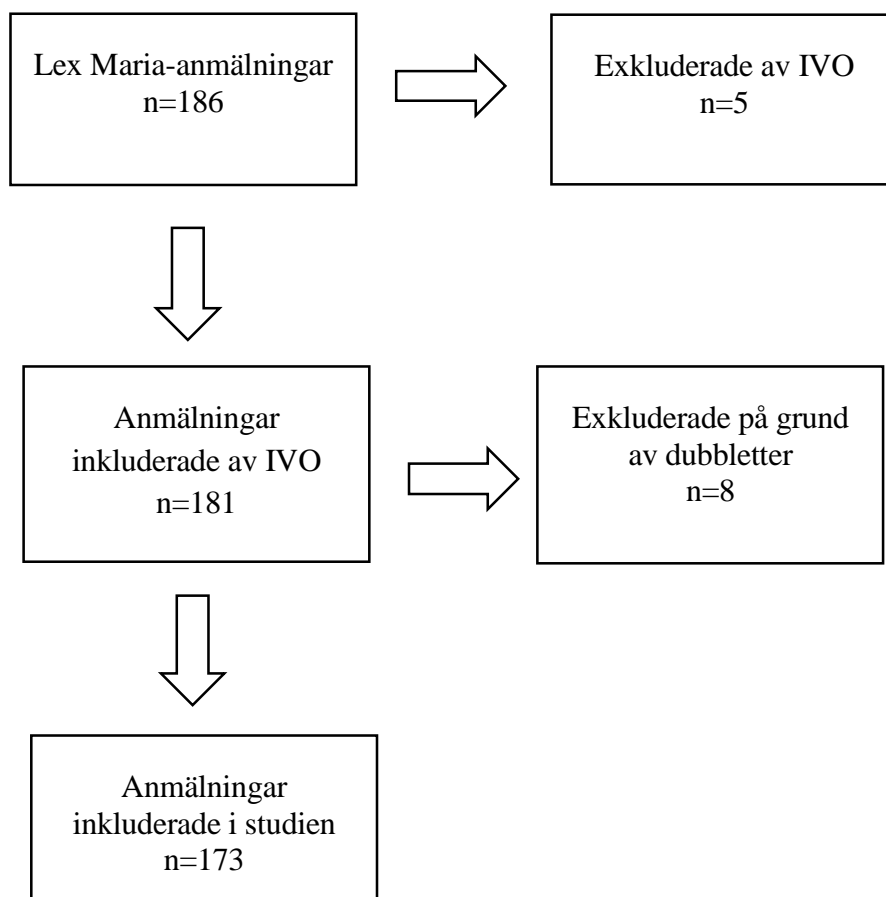
### 6.2.2 Delstudie II

Data i delstudie II utgjordes av samtliga Lex Maria-anmälningar (n=186) till IVO avseende allvarliga vårdskador vid särskilda boenden under år 2013 samt IVO:s utredning av anmälningarna. Varje Lex Maria-anmälan innehöll lagens krav på vårdgivarens skriftliga beskrivning av händelseförloppet, vidtagna åtgärder, identifierade faktorer som man antog bidragit till händelsen samt bedömning av risken för att en liknande händelse skulle kunna

inträffa igen. Anmälningarna var skrivna i fri text. I datamaterialet ingick även IVO:s klassificering och granskning. I studien avgränsades datamaterialet till att omfatta vårdgivarens anmälan samt IVO:s klassificering av den allvarliga vårdskadan.

IVO exkluderade fem Lex Maria-anmälningar eftersom de inte uppfyllde patientsäkerhetslagens krav för en Lex Maria-anmälan. I studien exkluderades ytterligare åtta anmälningar då de var dubletter. Det innebär att totalt 173 anmälningar ingick i studien, se figur 2.

Figur 2. Inklusion och exklusion av Lex Maria-anmälningar.



## 6.3 DATAANALYS

Data i såväl delstudie **I** och **II** analyserades med hjälp av innehållsanalys. Det är en metod för systematisk analys av omfattande textmängder med ett induktivt angreppssätt (Elo & Kyngäs, 2008). Deskriptiv statistik användes för att studera frekvenser i datamaterialet.

### 6.3.1 Delstudie I

Materialet i delstudie **I** lästes upprepade gånger i syfte att få en heltäckande bild av vad anmälningarna handlade om. Därefter identifierades meningsbärande enheter. Då det skriftliga materialet var omfattande definierades meningsbärande enheter som textavsnitt som avsåg en vårdskada i anmälan. De meningsbärande enheterna kondenserades, vilket innebär att textavsnittet kortades men att essensen i innehållet behölls. De kondenserade enheterna kodades och abstraherades. Koderna för varje enhet formulerades så att de beskrev alla

aspekter av innehållet i de kondenserade enheterna. De koder som hade något gemensamt grupperades i subkategorier som därefter grupperades i en högre abstraktionsnivå, i kategorier.

Inga data exkluderades utan all data kunde användas. Under analysarbetet diskuterades alla subkategorier och kategorier i forskargruppen tills samsyn nåddes. Då analysen är en process som kräver reflektion gick analysen fram och tillbaka i flera omgångar.

Deskriptiv statistik användes för att studera frekvenser av anmälda vårdskador och vårdskadornas förekomst i olika vårdformer. Även uppgifter om ålder och kön på de personer som anmält vårdskador, om vårdskadorna anmälts av patient eller anhörig samt vilken yrkeskategori som anmälts ingick i studien.

### **6.3.2 Delstudie II**

Analys av datamaterialet i delstudie **II** genomfördes i flera steg. Den första analysen avsåg IVO:s klassificering av de anmälda allvarliga vårdskadorna. Analysen visade att IVO:s klassificering var inkonsekvent. Fallskada hade till exempel även klassificerats som försenade eller felaktiga åtgärder eller som utebliven omvårdnad. I några fall avsåg klassificeringen inte alls någon vårdskada utan vad som bidragit till den allvarliga vårdskadan. I delstudie **II** genomfördes därför en systematisk granskning av IVO:s klassificeringar där allvarliga vårdskador med liknande egenskaper grupperades tillsammans. Denna granskning resulterade i att IVO:s klassificering ändrades i 19 Lex Maria-anmälningar.

Det andra steget i dataanalysen genomfördes genom innehållsanalys i syfte att identifiera bidragande faktorer till de allvarliga vårdskadorna (Hsieh & Shannon, 2005). Samtliga Lex Maria-anmälningar lästes upprepade gånger i syfte att få en heltäckande bild av materialet. Därpå identifierades de meningsenheter som definierades som bidragande faktorer till allvarliga vårdskador. Meningsenheterna listades ordagrant och grupperades efter likheter. Därefter summerades de i kategorier med en högre abstraktionsnivå. Kategorierna validerades genom diskussion i forskargruppen tills överenskommelse nåddes.

Under analysarbetet visade det sig att allvarliga vårdskador på grund av läkemedelsfel i flera fall inträffat när läkemedel delegerats av sjuksköterska till omvårdnadspersonal. Detta fynd ledde till ett tredje steg som innebar att en fördjupad analys och vårdgivarnas angivna orsaksfaktorer kompletterades med identifiering av samtliga bidragande faktorer till den allvarliga vårdskadan läkemedelsfel. Även dessa identifierade bidragande faktorer redovisas i resultatet.

Deskriptiv statistik användes för att studera frekvens av bidragande faktorer till de olika allvarliga vårdskadorna.

## **6.4 ETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm har godkänt studien (2013/1683-31/5).

Materialet för delstudie **I** bestod av anmälningar från patient eller anhörig till HSAN som är offentliga handlingar. I materialet var det möjligt att identifiera patienter, anhöriga och hälso- och sjukvårdspersonal trots att inga personnummer förekom. För att skydda patienters, anhörigas och hälso- och sjukvårdspersonalens anonymitet avidentifierades alla

personuppgifter i studien. All data om patienters kön, ålder, anmälares kön och yrkesgrupp på personal och typ av vårdenhet som anmäls angavs enbart på gruppnivå.

Materialet för delstudie **II** bestod av Lex Maria-anmälningar till IVO. Detta material är också offentlig handling men utgjordes av data som avidentifierats av IVO. Det innebär att varken patienter, anhöriga eller hälso- och sjukvårdspersonal var möjliga att identifiera.

Det är enbart forskargruppen som har haft möjlighet att ta del av datamaterialet. Materialet är arkiverat i ett låst skåp.

Genom att avidentifiera och använda offentliga handlingar i vetenskapligt syfte har dessa kunnat bidra till ny kunskap. Det omfattande datamaterialet har givit möjlighet att studera vårdskador och allvarliga vårdskador både ur ett inifrån- och ett utifrånperspektiv och kan användas i utvecklingen av förbättrad och säker omvårdnad.

## 7 RESULTAT

### 7.1 DELSTUDIE I

Händelserna som föranledde anmälningarna hade skett inom särskilda boenden (36 procent), akutsjukvård (35 procent), hemsjukvård (18 procent), primärvård (9 procent) och psykiatrisk vård (2 procent). I de anmälda händelserna var det 60 procent kvinnor och 40 procent män som skadats. Majoriteten av anmälningarna (60 procent) gjordes av anhöriga. Anmälningarna rörde personer i åldrarna från 13 till 96 år och majoriteten (64 procent) av anmälningarna avsåg patienter över 60 år. Olika personalkategorier var anmälda.

Legitimerade sjuksköterskor utgjorde den största gruppen (66 procent). Av den anmälda personalen utgjordes 88 procent av kvinnor och 12 procent av män.

I anmälningarna från patienter och anhöriga till HSAN identifierades fyra kategorier av brister som orsakade vårdskador: delaktighet, beslut/ställningstagande, omvårdnadsåtgärder samt omvårdnad av personens grundläggande behov. Anmälningar av vårdskador inom omvårdnad avsåg såväl lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall, se tabell 2.

Tabell 2. Översikt över HSAN anmälningar från patienter och anhöriga avseende brister i omvårdnad indelade i subkategorier och kategorier.

Subkategorier	n=242	%	Kategorier
Bemötande	47	19	Delaktighet
Information	15	6	
Trygghet	9	4	
<b>Subtotal</b>	<b>71</b>	<b>29</b>	
Bedömning	62	26	Beslut/ställningstagande
Rådgivning	8	3	
<b>Subtotal</b>	<b>70</b>	<b>29</b>	
Läkemedelshantering	33	14	Omvårdnadsåtgärder
Insatser	23	9	
<b>Subtotal</b>	<b>56</b>	<b>23</b>	
Fall	17	7	Omvårdnad av personers grundläggande behov
Kroppsnära omvårdnad	28	12	
<b>Subtotal</b>	<b>45</b>	<b>19</b>	
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>	

Samtliga kategorier identifierades i såväl slutenvård, öppenvård, hemsjukvård och i särskilda boenden för äldre personer. Nästan en tredjedel av anmälningarna beskrev patienters eller anhörigas erfarenheter av att inte ha fått vara delaktiga i omvårdnaden. I många av anmälningarna fanns exempel på icke-vårdande relationer och uppgifter om otillfredsställelse med både information från, och kommunikation med, sjuksköterskor och

omvårdnadspersonal. Patienter och anhöriga anmälde att fel uppstått eller att preventiva åtgärder inte utförts på grund av bristande delaktighet. Deras slutsats var att vårdskadorna hade varit möjliga att undvika om patienten själv eller deras anhöriga hade varit mer involverade i omvårdnaden. Erfarenheter av respektlöst bemötande eller kränkning av patientens värdighet beskrevs med starka uttryck som att de blivit obehagligt, nonchalant eller vulgärt bemötta av hälso- och sjukvårdspersonal. Avsaknad av delaktighet upplevdes som förödmjukande och gav en känsla av att ha reducerats till ett objekt.

Patienter och anhörigas erfarenheter av beslut eller ställningstagande som bidragit till vårdskador avsåg felaktiga bedömningar, bristande övervakning och felaktig rådgivning. De menade att misslyckandet med att bedöma förändringar i patientens tillstånd, eller felaktiga beslut, lett till förlängd vårdtid och komplikationer som orsakat vårdlidande eller död.

Åtgärder som utförts felaktigt eller ofullständigt orsakade enligt patienter och anhöriga vårdskador. De skildrade till exempel dålig handhygien, misstag vid katetrisering, felaktig hantering av medicinteknisk utrustning och ofullständig sårbehandling. De vanligaste felen som anmäldes var hantering av läkemedel där patienter fått fel läkemedel, fel dos, uteblivna läkemedel eller där administrering av läkemedel varit felaktig.

Omvårdnad för att tillgodose personers grundläggande behov är förbundet med dagliga, ofta intima aktiviteter som hjälp med hygien, munvård, toalettbesök, inkontinenshjälpmedel, på- och avklädning samt ätstödande åtgärder. Utebliven kroppsnära omvårdnad upplevdes som en kränkning av personens värdighet och orsakade vårdlidande. Exempel på komplikationer som beskrevs var trycksår, dehydrering och undernäring.

Fallskador orsakades enligt patienters och anhörigas erfarenheter av felaktig förflyttning, glömda sänggrindar och att patienten lämnats ensam trots känd fallrisk. Fallskadorna orsakade allvarliga komplikationer och var även den typ av vårdskada som orsakade flest patienters död.

## **7.2 DELSTUDIE II**

### **7.2.1 Allvarliga vårdskador**

Av den totala gruppen allvarliga vårdskador utgjordes 88 procent av läkemedelsfel, fallskador, försenade eller felaktiga åtgärder och utebliven omvårdnad. Den femte vanligaste vårdskadan var självmord eller självmordsförsök, se tabell 3.

Tabell 3. Grupper av allvarliga vårdskador inom omvårdnad i särskilda boenden, redovisade i fallande storleksordning (n=173).

	n	%
Läkemedelsfel	64	37
Fallskador	41	24
Försenade eller felaktiga åtgärder	28	15
Utebliven omvårdnad	21	12
Själv mord eller självmordsförsök	10	6
Fysiska begränsningsåtgärder	2	1
Övriga	7	5

### 7.2.2 Bidragande faktorer till allvarliga vårdskador

Analysen av de 173 allvarliga vårdskadorna visade att det sammanlagt fanns 693 bidragande faktorer till dessa skador. Fler än en bidragande faktor till en allvarlig vårdskada identifierades i 102 Lex Maria-anmälningar. De bidragande faktorerna grupperades i totalt 18 kategorier av vilka de mest frekventa bidragande faktorerna var *bristande kompetens, bristande eller avsaknad av dokumentation, ej fungerade teamwork, otillräcklig kommunikation* samt att *rutiner inte efterlevts*, se tabell 4.

Tabell 4. Kategorier av bidragande faktorer till allvarliga vårdskador redovisade i fallande storleksordning (n=693).

	n
Bristande kompetens	99
Bristande eller avsaknad av dokumentation	99
Ej fungerade teamwork	79
Otillräcklig kommunikation	77
Skriftliga rutiner efterlevs inte	76
Misstag i läkemedelsadministrering	50
Fel på eller felaktig hantering av hjälpmedel	29
Bristande uppföljning	28
Hög arbetsbelastning	25
Utebliven eller felaktig bedömning	25
Brister i kroppsnära omvårdnad	20
Brister i ledarskap eller administration	18
Utebliven riskbedömning eller prevention	14
Brister i vårdens kontinuitet	14
Patientorsakade faktorer	13
Oavsiktliga misstag	11
Brister mellan olika vårdgivares kommunikation	10
Övriga faktorer	6

Det var flera olika bidragande faktorer till respektive allvarlig vårdskada. Dessutom varierade frekvensen av de bidragande faktorerna mellan olika allvarliga vårdskador, se tabell 5.

Grupp av vårdskada	Mest frekventa bidragande faktorer	Antal dödsfall n
Läkemedelsfel	Misstag i läkemedelsadministrering Bristande kompetens Skriftliga rutiner efterlevdes inte	0
Fallskador	Utebliven eller felaktig bedömning Bristande eller avsaknad av dokumentation Ej fungerade teamwork	12
Försenade eller felaktiga åtgärder	Bristande eller avsaknad av dokumentation Ej fungerande teamwork Otillräcklig kommunikation	8
Utebliven omvårdnad	Utebliven eller felaktig bedömning Bristande eller avsaknad av dokumentation Bristar i kroppsnära omvårdnad	3
Själv mord eller självmordsförsök	Utebliven riskbedömning eller prevention	6

Läkemedelsfel var den oftast förekommande gruppen av allvarliga vårdskador. De vanligaste bidragande faktorerna var *misstag i läkemedelsadministrering* och *bristande kompetens*.

Omvårdnadspersonal hanterade läkemedel på delegation i 33 av de 64 anmälda vårdskadorna i gruppen läkemedelsfel och i ytterligare 13 fall var både sjuksköterskor och undersköterskor involverade. Konsekvenserna av den bidragande faktorn *skriftliga rutiner efterlevdes inte* ledde till att den äldre personen fick fel läkemedel, fel dos eller inget ordinerat läkemedel. Det fanns även exempel på att omvårdnadspersonal gett fel dos av insulin eller förväxlat långtids- och snabbverkande insulin.

Fallskador ledde till högsta antalet dödsfall (n=12) i de olika grupperna av allvarliga vårdskador. *Utebliven eller felaktig bedömning* ledde till att förekomst av fraktur, epiduralhematom och subduralhematom inte identifierades efter att ett fall inträffat utan upptäcktes först senare då den äldre personens tillstånd försämrades. *Bristande eller utebliven dokumentationen* kunde innebära att uppgifter saknades om att det förelåg risk för fallskada eller att ett fall inträffat. Exempel på *bristande teamwork* var när sjuksköterskor eller läkare inte kontaktades efter ett fall eller då åtgärder inte utfördes på grund av konflikter i teamet.

Allvarliga vårdskador i gruppen försenade eller felaktiga åtgärder orsakades bland annat av *bristande eller utebliven dokumentationen av tidiga symtom* när den äldre personens hälsa



försämrades. Därför förblev de okända för nästa skift. *Otillräcklig kommunikation* mellan sjuksköterskor och läkare, mellan sjuksköterskor och omvårdnadspersonal samt mellan olika arbetsskift bidrog till försenade eller felaktiga åtgärder.

Allvarliga vårdskador i gruppen utebliven omvårdnad uppstod till exempel vid *utebliven eller felaktig bedömning* av äldre personer som var dehydrerade, undernärda eller med risk för trycksår. *Brister eller avsaknad av dokumentation* ledde till att nästa arbetsskift inte fick kännedom om en boendes försämrade tillstånd och förändrade behov av omvårdnad. *Brister i kroppsnära omvårdnad* innebar att de äldre personerna inte fick sina grundläggande behov tillgodosedda som hjälp med hygien, munvård och ätsvårigheter.

Den dominerande bidragande faktorn till självmord eller självmordsförsök i särskilda boenden var *utebliven riskbedömning eller prevention*. Varken läkare eller sjuksköterskor hade bedömt den äldre personens risk för självmord och vidtagit förebyggande åtgärder. Enligt Lex Maria- anmälningarna är risken för självmord i särskilda boenden underskattad.

I tre grupper av allvarliga vårdskador, fallskador, försenade eller felaktiga åtgärder och utebliven omvårdnad återkommer den mest frekventa bidragande faktorn *bristande eller avsaknad av dokumentation* (se tabell 4). Den tredje mest frekventa faktorn var *ej fungerande teamwork* (se tabell 4) vilken återfinns i gruppen fallskador och försenade eller felaktiga åtgärder. I alla dessa tre grupper av allvarliga vårdskador har dödsfall inträffat (se tabell 5).

## 8 DISKUSSION

### 8.1 RESULTATDISKUSSION

Avhandlingens övergripande syfte är att bidra till kunskap om vårdskador inom omvårdnad utifrån patient- och anhörig- samt vårdgivarperspektiv samt om vilka faktorer som bidrar till allvarliga vårdskador.

Både i delstudie **I** och delstudie **II** analyserades data avseende anmälningar av vårdskador vid omvårdnad. Perspektiven i anmälningarna skilde sig dock åt. I delstudie **I** hade patienter och anhöriga anmält händelser i hälso- och sjukvården som de själva bedömt som vårdskador. I delstudie **II** var anmälningarna gjorda av vårdgivare i enlighet med Lex Maria och anmälningarna var avgränsade till lagens definition av allvarliga vårdskador (SFS 2010:659). Vid en jämförelse av resultaten i delstudie **I** och **II** är det stora skillnader mellan de vårdskador som patienter och anhöriga anmälde och de allvarliga vårdskador som Lex Maria anmälts av vårdgivarna.

Som resultatet i delstudie **I** visade anmälde patienter och anhöriga vårdskador vid omvårdnad som avsåg lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall. Respektlöst bemötande och kränkning av patientens värdighet kunde enligt patienter och anhöriga skapa vårdskador. Ett oväntat fynd i delstudie **I** var att i nästan en tredjedel av anmälningarna beskrev patienter och anhöriga sina erfarenheter av att de inte fick möjlighet att vara delaktiga i omvårdnaden som ett vårdlidande. Dessa resultat skiljer sig från tidigare studier av vårdskador vid omvårdnad där forskarna främst redovisat vårdlidande som fysiska vårdskador som konsekvens av bristande omvårdnad ((D'Amour, Dubois, Tchouaket, Clarke, & Blais, 2013; Doran et al., 2013; Sears, Ross Baker, Barnsley, & Shortt, 2013).

En möjlig tolkning av resultaten i delstudie **I** är att när patienterna möts som objekt, och inte som personer med förmåga att fatta beslut om sin egen vård, kan vårdlidande skapas (Nygård et al., 2011). Patienten känner sig dåligt bemött eller kränkt på grund av hälso- och sjukvårdspersonalens handlingar eller förhållningssätt. I en systematisk litteraturstudie (Angel & Frederiksen, 2015) identifierades flera utmaningar för att patienter ska kunna bli reellt delaktiga i sin vård. Det ojämlika maktförhållandet och skillnaden i kunskap och situation försvårar patienternas delaktighet. Angel och Frederiksens (2015) slutsats var att en reell delaktighet endast kan uppnås om patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen ges tillräckligt med tid att bygga relationer med varandra samt att de delar kunskap med varandra. Mot bakgrund av denna slutsats är studier avseende personcentrerad vård intressanta. En personcentrerad vård skulle kunna bidra till att maktrelationen mellan patient och professionella förändras till ett partnerskap där patienten blir en partner i hälso- och sjukvården och omsorgen. I ett partnerskap ges personens berättelse lika stor betydelse i planering och genomförande av omvårdnaden som professionernas bedömning (Ekman et al., 2012).

Det finns få studier som undersökt om personcentrerad vård kan bidra till att antalet vårdskador minskar (Hall et al., 2010; Peat et al., 2010). Resultatet i delstudie **I** tyder på att vårdskador som orsakats av bristande delaktighet kunde vara möjliga att reducera om hälso- och sjukvården samt omsorgen var mer personcentrerad. En annan aspekt av personcentrerad vård är att den skulle kunna underlätta patientens aktiva medverkan till att förebygga

vårdskador. I Vaismoradis et al., (2014) systematiska litteraturstudie framgår att patienten kan spela en betydelsefull roll för att den egna vården ska vara säker. Det är dock inte tillräckligt att uppmana patienter att agera om de tror att ett misstag håller på att ske. Hälso- och sjukvårdspersonal har även ett ansvar att möta patienter som personer och ta ansvar för att patienterna har tillräcklig kunskap för att kunna delta (Vaismoradis et al., 2014).

Resultatet i delstudie **II** visade att vårdgivarnas Lex Maria-anmälningar av allvarliga vårdskador var begränsade till fysiska vårdskador. Det är en trolig konsekvens av att Patientsäkerhetslagen (SFS:2010:763) skiljer mellan begreppen vårdskada och allvarlig vårdskada. Då endast begreppet vårdskada innefattar lidande och psykisk skada som kunde undvikits inkluderas inte dessa vårdskador i anmälningsplikten enligt Lex Maria. Detta är anmärkningsvärt, då delstudie **I** visade att patienter och anhöriga i hög utsträckning anmälde vårdskador orsakade av bristande delaktighet. Denna skillnad mellan vårdskada och allvarlig vårdskada kan innebära en risk att vårdgivarna underskattar vårdskador som medfört vårdlidande i arbetet för säker vård.

Resultatet från delstudie **I** och delstudie **II** indikerar att det finns ett gap mellan vad patienter och anhöriga upplever som vårdskador, tillräckligt allvarliga att anmäla, och vårdgivarnas anmälningar av allvarliga vårdskador. Detta resultat styrks av att Socialstyrelsen (2016a) i sin kartläggning av läget inom patientsäkerhetsområdet visar att det finns skillnader mellan patientens och anhörigas samt hälso- och sjukvårdspersonalens uppfattning om vad som är en vårdskada.

Resultatet i både delstudie **I** och **II** tyder på att bristande kompetens vid särskilda boenden var en bidragande faktor till vårdskador. Trots att äldre personer i särskilda boenden enligt Socialstyrelsen (2011) tillhör de svårast sjuka äldre är andelen sjuksköterskor betydligt lägre i dessa boenden än inom vård som landstingen är huvudman för. Redan i propositionen till reformen (1988) diskuterades problem med avgränsning mellan omvårdnad och sociala insatser och att omvårdnad inte automatiskt får omvandlas till en uppgift av socialtjänstkaraktär.

Sedan Ädelreformen infördes år 1992 har de äldre personernas omvårdnadsbehov ökat. Enligt Socialstyrelsen (2016b) har antalet personer i särskilda boenden minskat från 76 971 personer år 2008 till 65 056 personer år 2014 och medianåldern vid inflyttningen var år 2014 87 år för kvinnor och 85 år för män. När patientens behov av medicinsk vård minskar så ökar ofta, enligt Hall (1969), behovet av omvårdnad. För den äldre personen i ett särskilt boende är care ofta den dominerande av de tre aspekterna care, core och cure. Även Halldórsdóttir (2008) har beskrivit betydelsen av caring som livsgivande och dess motsats uncaring som livsförstörande. Uncaring innebär att vara taktlös, okänslig, respektlös och ointresserad av patienten. Den kroppsnära omvårdnaden måste anpassas till sjukdom, medicinsk behandling samt till kunskapen om hur den bäst kan genomföras i samklang med den äldres personlighet (Sainio & Hansebo, 2008). Trots de ökade omvårdnadsbehoven i särskilda boenden är andelen sjuksköterskor låg (SKL, 2015) och delegering till omvårdnadspersonal är nödvändigt (Gransjön Craftman, Grape, Ringnell, & Westerbotn, 2016). Mot bakgrund av de äldre personernas stora omvårdnadsbehov kan det ifrågasättas om den tidigare beskrivna svårigheten att avgränsa omvårdnad från uppgifter av socialtjänstkaraktär är relevant och om dagens lagstiftning stödjer eller motverkar de förutsättningar som behövs för en säker omvårdnad i särskilda boenden.

Som resultatet i delstudie **I** visade var vårdskador vanligare vid särskilda boenden under kvällar, nätter och helger. Sjuksköterskor arbetar oftast inte vid enheten under dessa arbetspass. I delstudie **II** var bristande kompetens, tillsammans med bristande eller avsaknad av dokumentation, den vanligaste bidragande faktorn till allvarliga vårdskador. I majoriteten av vårdskador inom gruppen läkemedelsfel var läkemedelsadministrationen delegerad till omvårdnadspersonal. Tidigare studier har visat att vårdgivare i särskilda boenden behöver vara medvetna om att det är en högre risk för läkemedelsfel när de tillåter att omvårdnadspersonal utför arbetsuppgifter de inte har kompetens för (Sutcliffe, Lewton, & Rosenthal, 2004; Dilles, Elseviers, Van Rompaey, Van Bortel, & Stichele, 2011).

Resultatet i delstudie **II** visade att delegering ökade risken för läkemedelsfel. En möjlig förklaring är att särskilda boenden har en låg andel sjuksköterskor anställda. Resultatet överensstämmer med tidigare studier som visat att patientsäkerheten hotas när delegeringar är nödvändiga på grund av låg bemanning av sjuksköterskor (Bystedt, Eriksson, & Wilde-Larsson, 2011; Craftman, Hammar, von Strauss, Hiller, & Westerbotn, 2014).

Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag för att ange vilken kompetens som är adekvat vid särskilda boenden för att uppnå en säker vård. Bowblis (2011) fann ett samband mellan en ökad andel sjuksköterskor och lägre frekvens av trycksår. Lerner (2013) fann att fler sjuksköterskor inte påverkade antalet misstag i särskilda boenden men däremot minskade misstagens allvarlighetsgrad. I en systematisk litteraturstudie av Spilsbury, Hewitt, Stirr, & Bowman (2011) framkom varierande evidens för sjuksköterskors inflytande över omvårdnadens kvalitet i särskilda boenden. Antalet sjuksköterskor hade samband med antalet misstag, en högre sjuksköterskebemanning gav färre misstag. Även ordination av näringsdryck, reducering av urinvägsinfektioner och äldre personernas nöjdhet hade samband med högre sjukskötersketäthet. För andra kvalitetsindikatorer saknades eller fanns negativa samband med ökad sjukskötersketäthet (Spilsbury et al., 2011).

## **8.2 METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN**

I både delstudie **I** och delstudie **II** har kvalitativ och kvantitativ metod använts. Båda studierna baserades på omfattande textmaterial. Deskriptiv statistik användes i både delstudie **I** och delstudie **II**. Statistiken bidrog till att tydliggöra vilka kategorier av vårdskador som oftast anmäldes av patienter och anhöriga samt frekvens av allvarliga vårdskador och dess bidragande faktorer.

Det var en styrka att datamaterialet i studie **I** bestod av patienters och anhörigas egna skriftliga berättelser av vårdskador. Det gav ett inifrånperspektiv med direkt tillgång till patienters och anhörigas egna erfarenheter. I delstudie **II** var datamaterialet skrivet av vårdgivare vilket gav ett utifrånperspektiv med andrahandskällor till de beskrivna allvarliga vårdskadorna och dess bidragande faktorer. Genom att datamaterialen från de båda delstudierna hade olika perspektiv blev det möjligt att identifiera skillnad mellan patienter och anhörigas och vårdgivares bedömning av vårdskador och allvarliga vårdskador.

Trovärdigheten styrks av att delstudie **I** och delstudie **II** var totalundersökningar. Data för studierna utgjordes av samtliga anmälningar till HSN under två år från patienter och anhöriga avseende omvårdnad respektive vårdgivarnas Lex Maria-anmälningar avseende särskilda boenden till IVO under ett år. Kriterier för de anmälningar som exkluderats är

redovisade. Anmälningarna innehöll rikligt material av patienters och anhörigas erfarenheter (**I**) respektive vårdgivares beskrivningar av allvarliga vårdskador och dess bidragande faktorer (**II**). Studien bygger på nationella data för Sverige och ett stort antal vårdskador och allvarliga vårdskador (**I och II**) och bidragande faktorer till vårdskador (**II**) vilket ökar potentialen för överförbarhet. Tillförlitlighet har eftersträvat genom att forskargruppen i analysarbetet av delstudie **I** och **II** har läst materialet, använt all relevant data och diskuterat analyser tills överenskommelse har nåtts. För flera av resultaten finns även visst stöd i tidigare studier.

Trots att delstudie **I** innehåller samtliga anmälningar för två år och delstudie **II** för ett år är det troligt att de endast utgör en mindre del av inträffade vårdskador och allvarliga vårdskador. Tidigare studier har visat att vårdskador och allvarliga vårdskador underrapporteras (Noble & Pronovost, 2010). HSAN hade inte använt någon klassificering för anmälningar inom omvårdnad. Det innebär att det kan finnas anmälningar som avser omvårdnad men som bedömts tillhöra andra områden och därför inte ingår i denna studie.

I delstudie **II** uppstod metodologiska problem på grund av att IVO:s klassifikation för allvarliga vårdskador var inkonsekvent. Det innebar att en systematisk granskning av IVO:s klassificering genomfördes och klassificeringen korrigerades.

Vid analys av de bidragande faktorer vid läkemedelfel som vårdgivare angett visade det sig att delegering var vanligt förekommande. Det innebar att ytterligare en analys genomfördes och bristande kompetens identifierades som en bidragande faktor. Trovärdigheten och tillförlitlighet stärks av att alla steg i analysarbetet är redovisade.

Det hade varit styrka om delstudie **II** kompletterats med intervjuer med omvårdnadspersonal och sjuksköterskor och som varit involverade i de allvarliga vårdskadorna.

### **8.3 SLUTSATSER**

- Det finns en skillnad mellan patienters och anhörigas bedömning av vårdskador och vårdgivarnas bedömning av allvarliga vårdskador. Patienters och anhörigas anmälningar av vårdskador inom omvårdnad avser vårdlidande som orsakats av såväl kroppslig som psykisk skada eller sjukdom. Vårdgivarnas anmälningar av allvarliga vårdskador avser endast fysiska skador.
- Avsaknad av delaktighet kan orsaka vårdlidande för patienter och anhöriga. Patienters och anhörigas delaktighet skulle kunna bidra till att vårdskador förebyggs.
- Omvårdnadskompetensen i särskilda boenden är lägre än i den slutna somatiska vården vilket kan vara en faktor som bidrar till att allvarliga vårdskador inträffar.

## 8.4 IMPLIKATIONER FÖR OMVÅRDNAD OCH FRAMTIDA FOSKNING

- Patienters och anhörigas erfarenheter av vårdskador vid omvårdnad behöver systematiseras och användas av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal i arbetet för säker omvårdnad.
- Patienters och anhörigas delaktighet kan förebygga vårdlidande.
- För att förebygga allvarliga vårdskador finns det skäl att höja kompetensen vid särskilda boenden då majoriteten av de boende har omfattande omvårdnads- och medicinska behov.
- Ökad kunskap om vilka de vanligast bidragande faktorerna till allvarliga vårdskador är vid särskilda boenden kan underlätta arbetet för säker omvårdnad.
- Ytterligare studier behövs för att fördjupa förståelsen för betydelsen av partnerskap mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal för att förebygga vårdskador.
- Ytterligare studier behövs avseende vilken kompetensmix, förhållandet omvårdnadspersonal och sjuksköterskor, som erfordras för att förebygga vårdskador vid särskilda boenden.

## 9 TACK

Det har varit en spännande och lång resa och många personer har varit ovärderliga under min tid som doktorand.

Först vill jag tacka min huvudhandledare Görel Hansebo som generöst bidragit med djup kunskap, kritisk granskning, goda råd, engagemang och ett enormt tålamod. Mitt varma tack till mina bihandledare; Catharina Frank, för konstruktiv kritik, engagemang och ständig uppmuntran, Per-Olof Sandman, för goda råd och skarpa iakttagelser och Ania Willman, som delat sitt stora kunnande, gett kritiska frågor och varm omtanke.

Tack till Anna Nordfjell, min mentor, för spännande diskussioner och omfattande kunskap om vårdskador som du generöst delat med mig.

Tack till alla mina arbetskamrater på Svensk sjuksköterskeförenings kansli som skapar en kreativ arbetsmiljö och som stöttat och visat intresse för min forskning. Ett särskilt tack till min chef Birgitta Wedahl som underlättat mina studier och gett mig stöd. Jag vill också tacka Anne-Marie Wohlin och Birgitta Engström som uppmuntrade mig att våga ta steget att bli forskarstuderande.

Tack till min familj Jan-Åke, Lena och Anna. Ert intresse som pendlat mellan uppmuntran och retsamheter har sporrat mig att gå i mål.

Varma tack till Svensk sjuksköterskeförening som gjort forskningsprojektet möjligt.

## 10 REFERENSER

- Ammouri, A., Tailakh, A.K., Muliira, J.K., Geethakrishnan, Al., & Kindi, S. N. (2014). Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review*, 62, 102–110.
- Alharbi, T. S. J., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn, A., & Olsson, L.E. (2014). Experiences of person-centred care – patients’ perceptions: qualitative study. *BMC nursing*, 13, 28.
- Angels, S., & Frederiksen, K. (2015). Review Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1525–1538.
- Berger, Z., Flickinger, T. E., Pfoh, E., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2014). Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. *Quality & safety in health care*, 23(7), 548-555.
- Bishop, A. C., & Cregan, B. R. (2015). Patient safety culture: finding meaning in patient experiences. *International journal of health care quality assurance*, 28(6), 595-610.
- Bowblis, J.R. (2011). Staffing ratios and quality: an analysis of minimum direct care staffing requirements for nursing homes. *Health Service Research*, 46, 1495–1516.
- Bystedt, M., Eriksson, M., & Wilde-Larsson, B. (2011). Delegation within municipal health care. *Journal of nursing management*, 19(4), 534-541.
- Craftman, A., Hammar, L.M., von Strauss, E., Hiller, P., & Westerbotn, M. (2014). Unlicensed personnel administering medications to older persons living at home: a challenge for social and care services. *International Journal of Older People Nursing* 10, 201-210.
- D’Amour, D., Dubois, C.A., Tchouaket, E., Clarke, S., & Blais, R. (2013). The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units. *International Journal of Nursing Studies*, 5(6), 882–891.
- De Meester, K., Van Bogaert, P., Clarke, S.P., & Bossaert, L. (2013). In-hospital mortality after serious adverse events on medical and surgical nursing units: a mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (15–16), 2308–2317.
- Dilles, T., Elseviers, M., Van Rompaey, B., Van Bortel, L., & Stichele, R. (2011). Barriers for Nurses to Safe Medications Management in Nursing homes. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 171-180.
- Doran, D., Hirdes, J., Blais, R., Ross Baker, G., Poss, J., Xiaoqiang, L, ... Jantzi, M (2013). Adverse events among Ontario home care clients associated with emergency room visit or hospitalization: a retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 13, 227.
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570.



- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's diseases. Current status and ways forward. *Lancet Neurology* 7, 362-367.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 248-251.
- Eldh, A. C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2010). A comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to healthcare definitions. *International journal of nursing terminologies and classifications*, 21(1), 21-32.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Eriksson, U., & Svedlund, M. (2007). Struggling for confirmation: patients' experiences of dissatisfaction with hospital care. *Journal of clinical nursing*, 16, 438-46.
- European Union. (2009). Council recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections (2009/C 151/01). *Official Journal of the European Union*.
- Fawcett, T., & Rhynas, S. (2014). Re-finding the 'human side' of human factors in nursing: Helping student nurses to combine person-centred care with the rigours of patient safety. *Nurse Education Today*, 34, 1238-1241.
- Frank, C., Pichora, D., Suurdt, J., & Heyland, D. (2010). Development and use of a decision aid for communication with hospitalized patients about cardiopulmonary resuscitation preference. *Patient education and counseling*, 79(1), 130-133.
- Gransjön Craftman, Å., Grape, C., Ringnell, K., & Westerbotn, M. (2016). Registered nurses' experience of delegating the administration of medicine to unlicensed personnel in residential care homes. *Journal of clinical nursing*, 25, 3189-3198.
- Hall, J., Peat, M., Birks, Y., Golder, S., Entwistle, V., Gilbody, S., ... Wright, J. (2010). Effectiveness of interventions designed to promote patient involvement to enhance safety: a systematic review. *Quality & safety in health care*, 19(5), e10.
- Hall, L. (1969). The Loeb Center for nursing and rehabilitation, Montefiore Hospital and Medical Center, Bronx, New York. *International Journal of Nursing Studies*, 6(2), 81-97.
- Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 643-652.
- Hibbard, J., & Greene, J. (2013). What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes and Care Experiences. *Health Affairs*, 32(2), 207-14.
- Hovey, R. B., Dvorak, M. L., Burton, T., Worsham, S., Padilla, J., Hatlie, M. J., & Morck, A. (2011). Patient safety: a consumer's perspective. *Qualitative health research*, 21(5), 662-672.

- Hsieh, H-F., & Shannon, SE. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-88.
- Hughes, J.C., Bamford, C., & May, C. (2008). Types of centredness in health care: themes and concepts. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1, 455-463.
- ICN. (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva, Switzerland.
- IVO, Inspektionen för vård och omsorg. (2016). *Tillsynsrapport De viktigaste iakttagelserna, inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015*. Hämtad 2017-01-02 från <http://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/tillsynsrapport-2015> (a).
- IVO, Inspektionen för vård och omsorg. (2016). *Sammanställning av klagomål som inkommit till patientnämnderna under verksamhetsåret 2015*. Hämtad 2017- 01-02 från <http://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/Sammanstallning> (b).
- Karlsson, I., Ekman, S.L., & Fagerberg, I. (2009). A difficult mission to work as a nurse in a residential care home -some registered nurses' experiences of their work situation. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23, 265-73.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C. National Academy Press.
- Lerner, N.B. (2013). The relationship between nursing staff levels, skill mix, and deficiencies in Maryland Nursing Homes. *The Health Care Manager*, 32(2), 123-128.
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic proceedings*, 85(1), 53-62.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International journal of nursing practice*, 9(3), 202-209.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 472-479.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Mitchell, I., Schuster, A., Smith, K., Pronovost, P., & Wu, A. (2016). Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. *BMJ quality & safety*, 25(2), 92-99.
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of holistic nursing*, 30(1), 6-15.
- Noble, D.J., & Pronovost, PJ. (2010). Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction. *Journal of patient safety*, 6, 247-50.

- Nygård, A., Malm, D., Wikby, K., & Ahlström, G. (2011). The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 897–904.
- Pazokian, M., Zagheri Tafreshi, M., & Rassouli, M. (2014). Iranian nurses' perspective on factors influencing medication errors. *International Nursing Review*, 61, 246–254.
- Peat, M., Entwistle, V., Hall, J., Birks, Y., Golder, S., & Group, P. (2010). Scoping review and approach to appraisal of interventions intended to involve patients in patient safety. *Journal of health services research & policy*, 15 Suppl 1, 17-25.
- Pukk-Härenstam, K., Ask, J., Brommels, M., Thor, J., Penaloza, R. V., & Gaffney, F. A. (2008). Analysis of 23 364 patient-generated, physician-reviewed malpractice claims from a non-tort, blame-free, national patient insurance system: lessons learned from Sweden. *Quality & safety in health care*, 17(4), 259-263.
- Proposition. (1988). 1987/88:176 Proposition om äldreomsorgen inför 90-talet. Hämtad 2017-02-05 från <https://data.riksdagen.se/fil/F02E6E2E-0F73-4190-B5B1-1D342481F76E>
- Sahlsten, M.J., Larsson, I.E., Sjöström, B., & Plos, K.A. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum*, 43, 2-11.
- SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården*. Hämtad 2017-02-05 från [http://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet\\_i\\_halso\\_och\\_sjukvarden.pdf](http://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet_i_halso_och_sjukvarden.pdf)
- Sainio, J., & Hansebo, G. (2008). Att flytta till sjukhem - en ny fas i livet. En intervjustudie. *Vård i Norden*, 28(2), 27-31.
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of nursing scholarship*, 42(2), 156-165.
- Schildmeijer. (2013). *Aspects of retrospective record review – A matter of patient safe*. Doctoral dissertation, Department of Health and Caring Sciences, Linnaeus University Press, Växjö.
- Searsi, N., Ross Baker, G., Barnsley, J., & Shortt, S. (2013). The incidence of adverse events among home care patients. *International Journal for Quality in Health Care*, 25 (1), 16–28.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1998:531. *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1998:1656. *Lag om patientnämndsverksamhet m.m.* Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. (2009) *Fallskador bland äldre – en sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador*. Stockholm.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). *Att mäta patientsäkerhetskulturen. Handbok för patientsäkerhetsarbete*. Stockholm.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). *Personalstatistik*. Hämtad 2017-02-05 från <https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/personalstatistik/>
- Socialdepartementet. (2011). *Precisering av uppdrag om uppgifter inom patientsäkerhetsområdet*. Hämtad 2017-02-05 från <http://www.regeringen.se/contentassets/f8b0a8b9b0d4400dbd639069cc62398b/>
- Socialstyrelsen (2006). *Ädelreformen Slutrapport*. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2009). *Nationella indikatorer för god vård: hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer: indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer*. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2011). *De mest sjuka äldres vård och omsorg: en beskrivning utifrån nationella faktorer*. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2013). *Kartläggning av metoder för patientsäkerhetsarbete: en granskning av insatser för patientsäkerhetskultur och metoder för identifiering och analys av risker mot patientsäkerheten* Hämtad 2017-01-02 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18974/2013-5-1.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015). *Min guide till säker vård*. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2016). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016*. Stockholm. (a).
- Socialstyrelsen. (2016). *Vård och omsorg om äldre: lägesrapport 2016*. Stockholm. (b).
- Socialstyrelsen. (2017). *Termbanken*. Hämtad 2017-01-02 från <http://www.termbank.socialstyrelsen.se>
- SOSFS 2000:1 (2001) *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården*. Hämtad 2017-01-02 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1>
- SOSFS 2005:28 (2013). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria*. Hämtad 2017-01-02 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-28>
- SOU. (2008). *Patientsäkerhetsutredningen. Patientsäkerhet: vad har gjorts? vad behöver göra?* Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Soleimani, M., Rafii, F., & Seyedfatemi, N. (2010). Participation of patients with chronic illness in nursing care: An Iranian perspective. *Nursing & health sciences*, 12(3), 345-351.

- Soop, M., Fryksmark, U., Köster, M., & Haglund, B. (2009). The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *International journal for quality in health care*, 21(4), 285-291.
- Spilsbury, K., Hewitt, H., Stirk, L., & Bowman, C. (2011) The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 732–750.
- Sutcliffe, K.M., Lewton, E., & Rosenthal, M.M. (2004). Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Academic medicine*, 79(2), 186-194.
- Söderberg, S., Olsson, M., & Skär, L. (2012). A hidden kind of suffering: female patient's complaints to Patient's Advisory Committee. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 144-150.
- Tran, D., & Johnson, M. (2010). Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital. *International Nursing Review*, 57, 454–462.
- Thórarinsdóttir, K., & Kristjánsson, K. (2014). Patients' perspectives on person-centred participation in healthcare: a framework analysis. *Nursing Ethics*, 21(2), 129-147.
- Törmä, J., Winblad, U., Cederholm, T., & Saletti, A. (2013). Does undernutrition still prevail among nursing home residents? *Clinical Nutrition*, 32(4), 562-568.
- Vaismoradi, M., Jordan, S., & Kangasniemi, M. (2014). Patient participation in patient safety and nursing input – a systematic Review. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 627–639.
- Van Gaal, B. G., Schoonhoven, L., Mintjes-de Groot, J. A., Defloor, T., Habets, H., Voss, A., ... Koopmans, R. (2014). Concurrent incidence of adverse events in hospitals and nursing homes. *Journal of nursing scholarship*, 46(3), 187-198.
- WHO, World Health Organization. (2005). *World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action*. Geneva.
- WHO, World Health Organization. (2008). *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Geneva.