

Meldekultur blant intensivsykepleiere



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i Sykepleie, Spesialisering: Intensivsykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Studenter:

Solveig Ask

Camilla Dirdal Rinde

Veiledere:

Otto M. Aareskjold

Kristin Akerjordet

Dato: 26. april 2017

MASTERSTUDIUM I SYKEPLEIE

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Våren 2017

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Solveig Ask og Camilla Dirdal Rinde

VEILEDER: Hovedveileder: Otto Margon Aareskjold

Biveileder: Kristin Akerjordet

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Meldekultur blant intensivsykepleiere

Engelsk tittel: Reporting culture among intensive care nurses

EMNEORD/STIKKORD: Meldekultur, avviksrapportering, intensivsykepleier, fokusgruppeintervju, kvalitativt

ANTALL ORD I ARTIKKEL: 2995

ANTALL ORD I SAMMENFATNING: 5442

ANTALL SIDER: 62

STAVANGER, 26.04/2017

FORORD

Denne masteroppgaven har vært et krevende, men samtidig spennende og lærerikt prosjekt. Tiden fra vi startet til en ferdigstilt oppgave har gått ubeskrivelig fort. Det er ikke til å skyve under en stol at vi til tider har følt vi gikk mest i motbakker, men som Rune Gokstad sier; «det er i motbakker det går oppover».

Først og fremst vil vi takke informantene våre. Dere delte villig både gode og vonde erfaringer, og beriket datamaterialet med gode diskusjoner. Vi har fått en unik innsikt i deres tankegang og arbeidsmåte og det er vi umåtelig takknemlig for.

Vi vil takke hovedveilederen vår Otto M. Aareskjold for veiledning og støtte gjennom denne prosessen. En takk også til biveileder Kristin Akerjordet som har stilt opp når vi trengte en «second opinion».

Tusen takk til Beate Nordahl-Olsen, Asbjørn, Dag Atle og Anders Ask for korrekturlesing og konstruktive tilbakemeldinger.

Til våre medstudenter; endelig er vi i mål! Tusen takk for gode refleksjoner, samtaler underveis i prosessen, motiverende ord og nystekte vafler.

Familie, kjærester og venner som har holdt ut med oss i denne perioden. Deres støttet har vært uunnværlig. Nå skal vi sette av tid til dere!

Stavanger, april 2017.

Solveig Ask og Camilla Dirdal Rinde

Masteroppgaven består av to deler

Del I: Artikkel

Del II: Sammenfatning

Del I: Artikkel

Tittelside

Tittel: Meldekultur blant intensivsykepleiere

Forfattere:

Solveig Ask, Sykepleier, Master i sykepleie med spesialisering i intensiv,
UiS/SUS *

Camilla Dirdal Rinde, Sykepleier, Master i sykepleie med spesialisering i intensiv,
UiS/SUS *

*Begge forfatterne har bidratt likeverdig til artikkelen.

Kontaktperson: Solveig Ask, Schives gate 6, 4010 Stavanger

E-post: solveig_ask@hotmail.com

Tlf: 414 65 700

Antall tegn: 20 787

Antall ord: 2960

Antall tabeller: 1

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Ansatte i spesialisthelsetjenesten er ifølge spesialisthelsetjenesteloven, §3-3 Meldeplikt til Helsedirektoratet, meldepliktige til helsedirektoratet og/eller Statens helsetilsyn dersom det gjennom en hendelse oppstår betydelig personskade på pasient, eller en hendelse kunne ført til betydelig personskade. Internasjonalt og nasjonalt har det lenge vært fokus på at meldekulturen ikke er til for å straffeforfølge, men et forbedringsverktøy. En oversiktsstudie fra 2015 hevder at økt fokus på kommunikasjon kan bidra til å heve kvaliteten i pasientsikkerhetsarbeidet. Norsk helsetilsynsrapport fra 2016 finner økende meldefrekvens i spesialisthelsetjenesten i tidsrommet 2010 til 2015, men hevder at underrapportering fremdeles er et problem. Drøyt 14 prosent av pasientene innlagt ved norske sykehus i 2014 ble påført minst én pasientskade.

Hensikt: Å forstå hvordan intensivsykepleieren erfarer avvikshåndteringen. Hensikten var også å utforske hvordan ledelsen og avdelingskulturen påvirket meldekulturen hos intensivsykepleierne.

Metode: Studien hadde et kvalitativt, induktivt og utforskende design. Utvalget bestod av ti intensivsykepleiere rekruttert fra to intensivavdelinger på et norsk universitetssykehus. Datainnsamlingen er innhentet gjennom to fokusgruppeintervjuer og analysert etter inspirasjon fra Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse.

Resultat: Suksesskriterier for en god meldekultur var åpen kommunikasjon mellom intensivsykepleierne og ledelsen. Et hovedfunn var at rapportering var et hjelpemiddel for å sikre kvalitet i helsetjenesten, ikke for å henge ut noen. Informantene etterlyste økt fokus på veiledning vedrørende hvordan de skal håndtere uheldige hendelser som involverer eller omtaler kollegaer direkte. Informantene foreslo å dele erfaringer om uheldige hendelser i den hensikt å øke bevisstheten og ufarliggjøre rapportering av heldige hendelser blant ansatte.

Konklusjon: Ledelsen hadde en sentral rolle i å veilede intensivsykepleieren og synliggjøre sin egen rolle. Studien identifiserte et økt behov for samhandling mellom intensivsykepleierne og ledelsen. Studien foreslår at en ressursperson i pasientsikkerhetsarbeidet kan imøtekomme behovet for veiledning og rådgøring.

Nøkkelord: Meldekultur, avviksrapportering, intensivsykepleie, fokusgruppeintervju, kvalitativt

INTRODUKSJON

Avviksrapportering hos helsepersonell er lovpålagt etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven (1). Uheldige hendelser som fører til betydelig personskade på pasient, eller kunne ført til betydelig personskade, skal meldes til helsedirektoratet eller Statens helsetilsyn (1). Målet med rapportering av uheldige hendelser eller nesten hendelser, er å lære av de for å forebygge gjentagelser (2).

Uheldige hendelser er komplekse og forebyggende arbeid krever innsikt i organisasjonens struktur, kultur og verdier. Kunnskapscenteret beskriver pasientsikkerhet slik «Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme» (3, s. 6). Definisjonen åpner opp for å se på både utfallet av hendelsen, hendelsen i seg selv og hvilke prosesser som førte til hendelsen. I 2008 gikk 27 EU-medlemsland sammen og dannet The European Network for Patient Safety (EUNetPaS) (4). Organisasjonen er ment å styrke og samle arbeidet innen pasientsikkerhet. EUNetPaS definerer sikkerhetskultur slik: «Et integrert mønster av individuell og organisatorisk adferd, basert på felles oppfatning og verdier, som hele tiden søker å minimalisere pasientskade som kan være et resultat av prosessene for å levere helsetjenester» (4, s. 10). Rundt 98.000 pasienter dør hvert år ved amerikanske sykehus på grunn av uheldige hendelser (2). Omtrent 14 prosent av norske pasienter blir utsatt for minst én uheldig hendelse. Det medfører ekstratiltak, forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser (5).

Ifølge Reason (6) skal organisasjonen beskytte arbeiderne mot uhell. Når en uheldig hendelse skjer, er det viktig å finne ut hvor og hvorfor beskyttelsen feilet. Teorien utelukker ikke at man kan se forbedringer når hver enkelt øker sitt handlingsrepertoar, men de største endringene vokser frem når mennesker med ulike perspektiver og erfaringer samles til å reflektere sammen (7). Reason (6, 8) hevder at menneskeskapte problemer kan ses på individ- og systemnivå. Individnivå fokuserer på at hendelser stammer fra personfeil, glemskhet, uoppmerksomhet og dårlig moralsk vurderingsevne. Systemnivå baserer seg på forholdene arbeiderne jobber under og forsøker å bygge opp et forsvar som hindrer eller reduserer utfallet av feil, - årsaken til feil ligger i systemet, ikke mennesket.

Majoriteten av pasientsikkerhetslitteraturen er engelskspråklig. Felles vokabular og begrepsmessig forståelse nasjonalt og internasjonalt bidrar til å forene den faglige utviklingen. EUNetPaS jobber med engelskspråklig begrepssamling innen

pasientsikkerhetsarbeidet (3). På engelsk beskrives avvik som «adverse event or mishap in health care» og «human error in medicine». Skandinavisk litteratur refererer ofte til utilsiktet, uheldig eller uønsket hendelse.

Disse begrepene benyttes i oppgaven: feil, avvik og uheldige hendelser.

Begrepsforståelsen er i tråd med Hjorts (2) definisjon av uheldige hendelser «(...) noe som ikke burde hendt. Disse hendelsene kan få uønskede og uheldige konsekvenser, små eller store, men behøver ikke få noen konsekvens i det hele tatt» (2, s.23). Begrepet er nøytralt og sier ikke noe om skyld eller årsak til avviket.

Tidligere forskning

Internasjonal forskning hevder årsaker til manglende avviksrapportering er frykt for lekkasje til pressen, lisenstep, økt arbeidsbelastning, tidsmangel og utfrysning av kollegaer (9-12). Det trekkes frem manglende retningslinjer for avviksrapportering og tungvinte rapporteringssystemer (13). Flere finner at alvorlighetsgraden på avviket og konsekvensene for pasienten avgjør om en uheldig hendelse blir meldt (9-12, 14). En nyere brasiliansk studie av intensivsykepleiere hevder etiske holdninger på individ- og organisasjonsnivå er selve hjørnesteinen i meldekulturen, og etikk må vies større fokus i klinikken (14). En finsk studie foreslår tilrettelegging for veiledning og refleksjon rundt avvikshåndtering (15). En systematisk oversiktsstudie hevder det er en positiv korrelasjon mellom fokus på kommunikasjon og pasientsikkerhet (16). Nasjonal forskning hevder at insentiver for rapportering er tydelig ledelse, enkelt meldesystem og godt arbeidsmiljø (4, 17-22). Larsen (19) finner at sykepleiernes kunnskapsplattform og faglige skjønn avgjør hvordan de håndterer utfordringer. Selv om en kvalitativ studie av spesialsykepleiere fant at sosiale sanksjoner som mobbing og utfrysing er barrierer for rapportering (18), fremstår den største sosiale barrieren for avviksrapportering som frykten for å såre kollegaer (19, 21).

Hensikt

Å forstå hvordan intensivsykepleieren erfarer avvikshåndtering. Studien skulle også bidra til økt kunnskap og bevisstgjøring om avvikshåndtering blant intensivsykepleiere på en intensivavdeling.

Problemstilling: Hvordan erfarer intensivsykepleieren avvikshåndtering i intensivavdelingen?

Forsknings spørsmål:

- i. Hvordan erfarer intensivsykepleieren at avdelingskulturen påvirker rapportering av uheldige hendelser?
- ii. Hvordan erfarer intensivsykepleieren ledelsens rolle?
- iii. Hva opplever intensivsykepleieren fungerer i dagens praksis?

METODE

Studien har et kvalitativt, induktivt og utforskende design basert på to fokusgruppeintervjuer ved to intensivavdelinger.

Utvalg

Vi forespurte to intensivavdelinger på et norsk universitetssykehus om deltakelse. Inklusjonskriteriene var intensivsykepleiere med mer enn to års erfaring på avdelingen, 75-100 prosent stilling og grunn- og videreutdanning fra Norge. Avdelingslederne valgte fem deltakere fra hver avdeling. Totalt deltok ni kvinner og en mann med ansiennitet fra 4-28 år.

Ethiske hensyn

Studien ble godkjent hos Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) og var ikke meldepliktig til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Informantene ble informert om at deltakelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Samtykkeskjema ble gjennomgått og signert i forkant av intervjuene. Ingen informanter trakk seg fra studien.

Datainnsamling

Intervjuene fant sted på et konferanserom tilknyttet avdelingene. En semi-strukturert intervjuguide ble utarbeidet. Intervjuguiden bevarte strukturen under intervjuet. Oppfølgingsspørsmål ga utdypende informasjon. Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på diktafon, etter samtykke fra informantene.

ANALYSE

Analysen var inspirert av Graneheim og Lundmans innholdsanalyse (23).

Transkriberingen ble gjort fortløpende og lydfilen ble avspilt gjentatte ganger for å sikre ordrett overføring. Meningsbærende enheter ble markert, skilt ut fra ubetydelig tekst og kondensert. De kondenserte tekstutdragene ble kodet og sortert etter innhold i tre kategorier og tretten subkategorier. Til slutt ble lydfilen avspilt for å kontrollere resultatet av analysen opp mot empirien.

Tabell 1: Eksempler fra analyseprosessen (vedlegg 1)

METODISKE OVERVEIELSER

Begge forfatterne var sykepleiere med somatisk sykehuserfaring. Før intervjuene diskuterte vi egne erfaringer og forventinger til hvilke funn man kunne sitte igjen med. Det gjorde det lettere å fange opp nye elementer i empirien. Ingen av forfatterne hadde relasjoner til avdelingene der intervjuene ble gjennomført.

FUNN

Analysen resulterte i tre kategorier og tretten subkategorier som belyste hvordan intensivsykepleieren erfarte avviksrapportering. Kategoriene var bevisstgjøring og læring, åpenhet om avviksrapportering og ansvar.

Bevisstgjøring og læring

Det kom frem at bevisstgjøring omkring uheldige hendelser i størst grad ble oppnådd gjennom dialoger. Åpen dialog var like viktig med intensivsykepleierne som med ledelsen. Flere informanter støttet opp om at tilbakemeldinger virket skjerpene og økte forståelsen av hendelsen. Det ga kunnskap til å forebygge lignende hendelser. En informant uttrykte seg slik: «Vi får tilbakemelding på avvik på personalmøter eller fagdager. Hvis vi skriver alle de små tingene, så må vi faktisk lære å skjerpe oss enda mer på de tingene» (Informant 1). Det ble trukket frem at de erfarne intensivsykepleierne må synliggjøre ovenfor de mindre erfarne at de også gjorde feil. Veiledning i avvikshåndtering kunne bidra til avverging av ubehagelige konfrontasjoner. «Vi som er gamle i gamet må snakke om avvik og rapportere avvik.

Det bidrar til at det er ufarlig. Studenter og de som er ferske trenger at vi støtter i disse situasjonene» (Informant 1).

Å oppdage eller gjøre et avvik var forferdelig og fortvilende. Informantene sa følelser ble enklere å takle når de reflekterte rundt hendelsen med kollegaer. «Når jeg gjorde et avvik var jeg helt fortvila og begynte å grine. Når jeg fortalte det til kollegaene mine kom en etter en med sine historier. Det gjorde at jeg ikke følte meg alene, men veldig godt ivaretatt» (Informant 2). Sterke følelser kunne øke behovet for å gi beskjed, og meldesystemet virket som en konstruktiv kommunikasjonskanal. Dessuten var det bearbeidende å rapportere avvikene i meldesystemet. «Når jeg har gjort en feil er det godt å få bekjenne det. Avviksrapportering er en arena du kan få det ut» (Informant 3).

Informantene hadde delte meninger om meldesystemets brukervennlighet. De eldste sammenlignet dagens meldesystem med papirsystemet som var før, og opplevde fordeler med elektronisk meldesystem. Alle opplevde at skjemaene var uhensiktsmessig detaljerte. Særlig kostnadsposten, hvor de skulle anslå kostnaden et avvik representerte, fikk kritikk. Her følte informantene at de famlet i blinde. Likevel opplevde de at avviksapparatet var hensiktsmessig og kunne bidra til endring.

Åpenhet om avviksrapportering

En av informantene foreslo å dele det daglige avviket. «Vi burde dele det daglige avviket. Snakke om hva galt vi har gjort i dag» (Informant 4). Hun fikk støtte i at forslaget kunne virke forebyggende og ufarliggjøre avviksrapportering. Åpenhet kunne oppnås ved å anerkjenne at avvik var en del av alles arbeidshverdag.

Intensivsykepleierne i studien passet på hverandre og så på avvikshåndtering som et felles ansvar. En slik holdning mente informantene var essensiell for å forstå avvikssystemet som et forbedringsverktøy, og ikke for å peke ut den skyldige.

Felles diskusjon og refleksjon var med på å ufarliggjøre avviksrapporteringen og bidro til et trygt arbeidsmiljø. Flere snakket om ubehaget ved å stå alene i en situasjon.

Avvikshåndtering kunne være ubehagelig og kollegastøtte var viktig. Rådføring med kollega kom opp som avgjørende for om de meldte avvik eller ikke. Det var betryggende å ikke være alene om å oppfatte en situasjon som et avvik.

Ansvar

Ledelsens ansvarsrolle opplevdes synlig når de ga tilbakemeldinger på at avviket var mottatt og hva som ville skje videre. En slik tilnærming forsterket åpenheten om avvik i avdelingen og gjorde rapportering meningsfullt. Endring eller konsekvens som følge av en avviksrappport var det ultimate målet, men en transparent ledelse fremstod som like viktig. Det motiverte intensivsykepleierne til å fortsette å rapportere, selv uten endring.

Informantene sa det viktigste når man rapporterer avvik på kollegaer, var å snakke med dem om det. Samtidig var dette det vanskeligste. Alle var enige i at samtalen var ment for læring og konstruktiv kritikk, men den kunne like gjerne bli tatt personlig. Det var et sårt tema. Ledelsen hadde en sentral rolle i å veilede hvordan man skulle ta den samtalen. Rådføring med ledelsen bidro til å gi hendelsen et systemperspektiv, og virket ufarliggjørende ved å få en konstruktiv forståelse for hendelsen. En briefing ville øke læringsutbyttet og forebygge ubehagelige konfrontasjoner mellom kollegaer. Ledelsen kunne på den måten bidra til en trygg og forutsigbar meldekultur, samtidig som ansvarsrollen ble synliggjort.

DISKUSJON

Studien ønsket å undersøke hvordan intensivsykepleieren erfarer avviksrapporing. Studien belyser erfaringer ved å se på avdelingskultur, ledelse og hvordan dagens praksis opplevdes.

Bevisstgjøring og læring

Informantene var opptatt av at man måtte snakke sammen om uheldige hendelser. Felles refleksjon bidro til økt læring, og var med på å synliggjøre at uheldige hendelser var en del av alles arbeidshverdag. Å høre på andres erfaringer gjorde at flere enn bare den som stod i situasjonen kunne dra lærdom av det. På AHUS innførte legene «To spørsmål på morgenmøtet». Rikshospitalet i København innførte fem minutters avviksmøte i hvert vaktskifte (17). Informantene sa ledelsen primært brukte ukentlige mailer for å sette fokus på pasientsikkerhet, men etterlyste likevel økt fokus. En informant foreslo innføring av å dele det daglige avviket. Det kunne tyde på at dialoger opplevdes mer konstruktivt og nyttig, enn å lese om uheldige hendelser. En slik tankegang støttes i litteraturen (3, 8, 24), som foreslår at læringsutbyttet er størst i refleksjon mellom individer med ulik erfaring og bakgrunn.

Informantene erkjente at intensivsykepleierne med lang erfaring har veiledningsansvar ovenfor de mindre erfarne i å synliggjøre håndtering av uheldige hendelser. Det finnes ingen snarvei til lang erfaring. Avvikshåndtering kan virke håpløst om man må ha flere års ansiennitet, for å mestre nødvendig etisk refleksjon og faglig argumentasjon. Larsen (19) fant at sykepleiernes avviksrapporing var utsatt for skjønsmessige vurderinger, særlig som nyutdannet. Avvik knyttet til etiske dilemmaer, som reaksjoner på kollegaers oppførsel ovenfor en pasient, ble oftest ikke meldt. Informantene i denne studien etterlyste veiledning i hvordan man skulle gå frem i konfrontasjoner med kollegaer. Andersen (25) snakker om den uformelle lederen, som er den personen alle hører på og rådfører seg med i en avdeling. Det kan tenkes at dagens pasientsikkerhetsarbeid trenger uformelle ledere eller ressurspersoner. Å tillegge intensivsykepleierne med lang erfaring veiledningsfunksjon, kan møte behovet intensivsykepleierne uttrykte for rådføring og refleksjon. En brasiliansk studie (14) problematiserer kompleksiteten ved uheldige hendelser og foreslår at avvikshåndteringen må gjennomføres av etiske prinsipper på alle nivå. At uheldige hendelser er komplekse, kan forklare hvorfor informantene uttrykker behov for veiledning i håndtering av dem. Det kan være vanskelig å se hele bilde og argumentere rundt de. Som nyutdannede intensivsykepleiere har vi ikke problemer med å se nytteverdien i en ressursperson. Med økt ansvar og krevende pasientsituasjoner kan det være utfordrende å holde oversikten og orientere seg. En ressursperson kan bidra til å strukturere tankene.

Et tankekors i pasientsikkerhetsarbeidet er om økt rapportering har sammenheng med bedre pasientsikkerhet. Argumentet om at det er regulert ved lov setter ofte siste punktum. Tidspress fremstod som en hemmende faktor i denne studien. En dansk studie (12) med 2000 deltakere hevder også at tidspress var en hemmende rapporteringsfaktor. En omfattende oversiktsstudie fra 2015 (16) finner som et kontra at det er liten evidens for at økt bemanning har direkte korrelasjon med pasientsikkerheten, men den finner positiv korrelasjon mellom kommunikasjon og pasientsikkert. Det kunne vitne om at ressursene er der, de må bare nyttes riktig.

Åpenhet om avviksrapporing

Det var overraskende at informantene ikke tok opp frykt for sosiale sanksjoner som følge av avviksrapporingen. Internasjonale studier viser til betydelig frykt for å fremstå som inkompetent (12), miste lisensen sin eller bli hengt ut i media (9, 10).

Funnet kunne være betinget i internasjonale kulturforskjeller eller illustrere konsekvensen av å ha privat eller offentlig helsetjeneste. Norske studier hevder frykt for å såre en kollega er en viktigere hemmende faktor (18, 21), noe denne studien støtter.

Flere ganger sa informantene at uheldige hendelser som involverte, eller gikk direkte på kollegaer, alltid måtte varsles til vedkommende før hendelsen ble rapportert skriftlig. Malmedal (21) fant blant sine 616 deltakere, at eldre sykepleiere i større grad ikke meldte avvik på kollegaer. Funnene i denne studien kan tyde på at evnen til faglig argumentasjon er knyttet til ansiennitet og alder, og gjør intensivsykepleierne tryggere i håndtering av uheldige hendelser. Faglig argumentasjon bidro til å ufarliggjøre avvikshåndteringen, og var et viktig element både i meldekulturen og arbeidsmiljøet på avdelingen. Malmedal (21) finner positiv sammenheng mellom antall år utdanning og økt vilje til å rapportere, noe som støttet funnene i denne studien.

Larsen (19) hevder at sykepleierens kliniske skjønn er i stadig utvikling, og evnen til faglig argumentasjon øker med erfaringen. Fredheims studie (4) støtter påstanden, og finner at uheldige hendelser ikke meldes fordi deltakerne var usikker på om det var meldeverdig. Informantene i denne studien, med høyest ansiennitet, var særlig opptatt av felles dialog. Hjort (2) hevder et oversett element i pasientsikkerheten er at de større feilene blir gjort av de mest erfarne, fordi de ofte er i situasjoner som innebærer større risiko. At informantene med lengst ansiennitet stresset betydningen av kommunikasjon kan tyde på at de var komfortable med en slik åpenhet, og vitnet om modenhet og faglig tyngde til å redegjøre for seg. På den annen side kan det gjenspeile at behovet for dialog øker i takt med alvorlighetsgraden på avviket. Funnet reflekterer at ivaretagelse av intensivsykepleierne med lang erfaring var like viktig som ivaretagelse av intensivsykepleierne med mindre erfaring.

Ansvar

Forventingene før studien var å finne at intensivsykepleiernes egenmotivasjon var en fremtredende forutsetning for avviksrapporteringen. Denne påstanden ble ikke bekreftet. Selv om informantene var positivt innstilt til avviksrapportering var det helt klart at motivasjonen deres kom fra en aktiv ledelse. En aktiv ledelse betydde å gi oppmuntring, støtte, tilbakemeldinger og synliggjøre hva som skjer med rapporten. Mer overraskende var det at informantene flere ganger etterlyste veiledning. Informantene mente ledelsen burde veilede spesielt med tanke på kommunikasjon. Flere hadde

opplevd svært ubehagelige konfrontasjoner i forbindelse med rapportering. Det var en hemmende faktor for senere rapportering.

Lederens holdninger og uttalelser spres seg nedover i systemet og gir lederen mulighet til å påvirke meldekulturen i avdelingen (25, 26). Ulvund, Dale og Ødegård (18), hevder sykepleierne stiller spørsmål ved effekten av avvik dersom lederne ikke legger vekt på avviksrapportering og håndtering av disse i arbeidshverdagen. De positive holdningene informantene har i denne studien, viser at ledelsen har påvirkningskraft på meldekulturen i avdelingen. Tidligere forskning hevder at økt fokus på tverrfaglig kommunikasjon er positivt for pasientsikkerhetsarbeidet (16).

I melding til Stortinget står det at kvalitetsforbedring er et lederansvar på alle nivåer i helsesektoren (27). For å samle en organisasjon og få alle til å gå i samme retning må det etableres en felles visjon og inspirasjon. Informantene i denne studien vektlegger ledelsens rolle. Hensikten med organisasjonsorienterte oppgaver, som avviksrapportering, ble meningsfulle når intensivsykepleieren fikk vite hva som skjedde etter rapporten var sendt. Selv om det er en liten studie med fire informanter, finner Larsen (19) at et av problemene med underrapportering var at sykepleieren ikke ser sitt individuelle ansvar i virksomheten, men ovenfor pasienten (19). Det kan belyse hvorfor vår studie finner at avviksrapportering ofte blir en prioriteringssak.

Troverdighet og overførbarhet

For å vurdere studiens troverdighet må man ta stilling til kvaliteten på utvalget (28). Studien bestod av et lite antall informanter og man kan ikke generalisere funnene i denne studien. Det anses likevel som en styrke at utvalget hadde spredning i alder og ansiennitet. Informantene delte rikt av egne erfaringer og snakket generelt om tematikken. Det ga dybde og bredde (28). Data ble mettet ved at tema gikk igjen i begge intervjuene. Utvalget var dominert av kvinner, variasjon i kjønn kunne gitt andre nyanser.

KONKLUSJON

Studien viser at suksesskriterier for meldekulturen var åpen kommunikasjon og refleksjon. Ledelsen hadde en sentral rolle i å veilede intensivsykepleieren underveis i prosessen, og synliggjøre egen ansvarsrolle. Dagens praksis fungerer, men studien identifiserer et økt behov for samhandling mellom kollegaer og ledelse.

På bakgrunn av studien mener forfatterne at pasientsikkerhetsarbeidet kan dra nytte av ressurspersoner. Ressurspersonens oppgave ville være å veilede og rådføre håndtering av uheldige hendelser. Det kan bidra til å løfte den faglige argumentasjonen og stimulere til refleksjon i arbeidshverdagen.

Tematikken trenger mer forskning på intensivsykepleierens holdninger og refleksjoner, og i hvilken grad det preges av alder og erfaring. Kunnskapen kan ha relevans for andre som håndterer uheldige hendelser.

Referanser

1. **Spesialisthelsetjenesteloven.** Lov om spesialisthelsetjenesten. 1999. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
2. **Hjort PF.** Uheldige hendelser i helsetjenesten : en lære-, tenke- og faktabok. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
3. **Saunes IS, Svendsby PO, Mølsted K, Thesen J.** Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2010. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2378523>.
4. **Fredheim M.** Pasientsikkerhetskultur og meldekultur : hvordan er variasjonen i pasientsikkerhetskultur innen en klinikk? Er det sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og meldekultur? Bergen: Universitetet i Bergen Institutt for samfunnsmedisinske; 2011.
5. **Helsedirektoratet.** Rapport fra Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2014. Oslo: Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7; 2015. Hentet fra: http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/_attachment/3453?_ts=152c54e9539
6. **Reason JP.** Life in Error: From Little Slips to Big Disasters. Farnham: Farnham : Ashgate Publishing Ltd; 2013.
7. **Weick KE, Roberts KH.** Collective Mind in Organizations: Heedful Interrelating on Flight Decks. Administrative Science Quarterly. 1993;38(3):357-81.
8. **Reason J.** Human error: models and management.(Education and Debate)(Statistical Data Included). British Medical Journal. 2000;320(7237):768.
9. **Moumtzoglou A.** Factors impeding nurses from reporting adverse events. Journal of Nursing Management. 2010;18(5):542-7.
10. **Galletta M, Portoghese I, Pili S, Piazza MF, Campagna M.** The effect of work motivation on a sample of nurses in an Italian healthcare setting. Work. 2016;54(2):451-60.
11. **Hartnell N, Mackinnon N, Sketris I, Fleming M.** Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: a focus group study. BMJ Quality & Safety. 2012;21(5):361.
12. **Andersen HB, Madsen MD, Hermann N, Schiøler T, Østergaard D.** Reporting Adverse Events in Hospitals: A survey of the Views of Doctors and Nurses on Reporting Practices and Models of Reporting. 2002(Investigation and Reporting of Accidents 2002):127-36.

13. **Sanghera IS, Franklin BD, Dhillon S.** The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK Intensive care unit. *Anaesthesia*. 2007;62(1):53-61.
14. **De Freitas GF, Hoga LAK, Fernandes MdFP, González JS, Ruiz MCS, Bonini BB.** Brazilian registered nurses' perceptions and attitudes towards adverse events in nursing care: a phenomenological study. *Journal of nursing management*. 2011;19(3):331-38
15. **Kangasniemi M, Vaismoradi M, Jasper M, Turunen H.** Ethical issues in patient safety. *Nursing Ethics*. 2013;20(8):904-16.
16. **Zegers M, Hesselink G, Geense W, Vincent C, Wollersheim H.** Evidence-based interventions to reduce adverse events in hospitals: a systematic review of systematic reviews. *BMJ Open*. 2016;6(9):e012555.
17. **Sommerfelt T, Værland T, Haugen SA, Madsen NE.** To err is human, to share is divine: Universitetet i Oslo; 2011.
18. **Ulvund I, Dale KY, Ødegård A.** Skal - skal ikke. Jordmødre og psykiatriske sykepleieres erfaringer med varsling av avvik. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2015;2:86-96.
19. **Larsen LS.** Avviksregistreringsens betydning for god sykepleie: Universitetet i Tromsø; 2011.
20. **Roald AS.** Sykepleieres forhold til uønskede hendelser og meldesystemet ved et sykehus: Universitetet i Oslo; 2013.
21. **Malmedal W, Hammervold R, Saveman B-I.** To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2009;37:744–50.
22. **Ulvund I, Rokstad A-MM, Vatne S.** Varsling av avvik – en vanskelig balansekunst. *Sykepleien Forskning*. 2016.
23. **Graneheim UH, Lundman B.** Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
24. **Battles JB, Dixon NM, Borotkanics RJ, Rabin-Fastmen B, Kaplan HS.** Sensemaking of Patient Safety Risks and Hazards. *Health Services Research*. 2006;41(4p2):1555-75.
25. **Andersen JA.** Organisasjonsteori : fra argument og motargument til kunnskap. Oslo: Universitetsforl.; 2009.
26. **Bergerød IJ.** Ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet : sammenlignende case studie av to norske sykehus. Stavanger: I.J. Bergerød; 2012.

27. **Meld. St. 10.** God kvalitet - Trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. 2012-2013. Available from:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>

28. **Malterud K, Siersma VD, Guassora AD.** Sample Size in Qualitative Interview Studies. *Qualitative Health Research*. 2016;26(13):1753-60.

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Subkategori	Kategori
(...)og da tenker jo også at da er det viktig for, når ledere, når man blir bedt om å gjøre det, at man også tar den biten med å si at «det vil vi gjerne at du skal gjøre, men først så snakker du med vedkommende om og sier hva er årsaken til at vi faktisk gjør det.	Det er viktig når ledelsen ber meg om å melde avvik, at de også veileder meg i hvordan jeg skal orientere den som er involvert i avviket. Fortelle vedkommende om avviket og årsaken til rapporteringen.	Ledelsen bør veilede i avvikshåndtering	Deltakende ledelse	Ansvar
Jeg tenker det viktigste er at man har, at det blir tatt imot da, at ledelsen får og at folk har jo oppmuntra og åpne for å skrive avvik at det ikke er noen sånn tabu tema å snakke om.	Det viktigste er at avvik blir registrert og håndtert av ledelsen og at alle er åpne rundt avviksrapportering slik at det ikke blir et tabubelagt tema.	Ledelsens avvikshåndtering er avgjørende. Åpenhet rundt avviksrapportering	Ledelsens holdninger	
For jeg har tro på at hvis man deler avvikene sine, snakker åpent om de, så vil vi få en enda bedre meldekultur. Det blir mindre farlig å gjør feil, det blir mer etablert.	Jeg har tro på at hvis vi snakker åpent om avvikene våre, får vi en bedre meldekultur. Det blir mindre farlig å gjøre feil	Å snakke åpent om avvik gir bedre meldekultur.	Åpen kommunikasjon	Åpenhet om avvikshåndtering
Ja, jeg tror det har mye å si at du føler at du har støtte i ryggen av dine kollegaer før du skriver et avvik. Litt sånn ubevisst og, man ... kanskje man tar en snakk med de rundt og at man «ja, det er ikke bare jeg som tenker slik	Det har mye å si at du har støtte i ryggen fra kollegaer før du skriver et avvik. Det hjelper å få bekreftet at det ikke bare er jeg som tenker slik.	Kollegastøtte og bekreftelse på egne vurderinger er viktig	Kollegastøtte	
Del det daglige avviket. (latter) Jo, men altså, alle sånne småting som, hva skal jeg si. Som tar den positive utviklingen videre	Del det daglige avviket Ta den positive utviklingen videre	Avvik bidrar til positiv utvikling	Bevisstgjøring og læring	Bevisstgjøring og læring
Hvis man vet for eksempel at det blir, at det blir bare satt bort eller at det ikke nytter så tenker man da er det ikke noen vits. Da må man ha lyst.	Hvis avvik bare blir lagt bort oppleves det nytteløst. Da må man ha et personlig behov for å rapportere.	Synlig håndtering er viktig for motivasjonen	Positiv nytteverdi	

Tabell 1: Eksempler fra analyseprosessen fra meningsbærende enhet til kategori

Vedlegg 1.1: Følg brev til redaktør

Artikkelen tar for seg hvordan intensivsykepleiere erfarer rapportering og håndtering av uheldige hendelser. Studien finner at suksesskriterier for meldekulturen er åpen kommunikasjon og felles refleksjon. Ledelsen har en sentral rolle i å veilede intensivsykepleieren underveis i prosessen, og synliggjøre egen ansvarsrolle i avvikshåndtering. Mye fungerer i dagens praksis, men studien identifiserer et økt behov for samhandling mellom intensivsykepleierne og ledelsen. På bakgrunn av studien mener forfatterne at pasientsikkerhetsarbeidet kan dra nytte av ressurspersoner som kan veilede og rådføre i håndtering av uheldige hendelser. Det kan bidra til å løfte den faglige argumentasjonen og stimulere til økt rapportering av uheldige hendelser.

Resultatene er ikke tidligere publisert.

Vedlegg 1.2 Forfatterveiledning til Sykepleien Forskning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer i manuskriphåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. *Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.*

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt digitalt. Vi ønsker å være den foretrukne kanalen for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt med en tydelig klinisk profil. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+, men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelig for alle via internett. Til tider inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss, beholder copyright til teksten og kan lenke til publikasjonen på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere eller andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som aviser, magasiner og internett. Dobbeltpublisering og sekundærpublisering aksepteres som hovedregel ikke.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord skal begrenses. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel. Husk at flere og flere leser artiklene på mobiltelefon, slik at titlene bør tilpasses de nye formatene.

Sykepleien Forskning språkvaser antatte artikler, men forfatterne må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHold I MANUSKRIPDET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften Skrivetips. Artiklene struktureres etter IMRAD-prinsippet.

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholarOne, skal ha følgende innhold:

1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom). Sykepleien Forskning kan endre tittelen for at den skal tilpasses nettformatet bedre og nå ut til et bredt publikum.

- Forfatterens (forfatternes) navn, stilling og arbeidssted
Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript, presenteres i tillegg kontaktpersonens
- For- og etternavn
- Postadresse
- E-postadresse
- Telefonnummer

I tillegg skal det fremstilles:

- Antall tegn inkludert ordmellomrom og antall ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- Antall figurer og tabeller

2. Sammendrag

Forfatteren/forfatterne fremstiller et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- Bakgrunn
- Hensikt
- Metode
- Resultat
- Konklusjon

Lengde: maksimalt ha 300 ord eller 1500 tegn inkludert mellomrom. Oppgi 3–5 nøkkelord som du enten kan velge fra listen, eller du kan legge til egne nøkkelord. Angi minst ett som viser anvendt forskningsdesign.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av sammendraget til engelsk sammen med hele artikkelen.

Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstretes og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene (mellomtitlene) i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

Du finner gode tips til skriving i det grønne feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside, kalt Skrivetips.

Se også redaktørens leder: Slik skriver du gode forskningsartikler

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

Hensikt med studien og problemstilling(er).

Metodedel (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

Metodedelen skal være kortfattet og tilpasset Sykepleien Forsknings målgruppe.

Resultater. Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode, får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angir hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

Konklusjon. Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt 5 figurer og tabeller (3 tabeller og 2 figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettfomater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antall referanser bør ikke overstige 30.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato. Tilleggsinformasjon, som “red.” og “utgave” skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. **de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *J Adv Nurs* 2006;55:215–29.
2. **Fraser DM, Cooper MA.** Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, London. 2003.
3. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). Grunnleggende Sykepleie. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.
4. **Foucault M.** Truth and power. I: Gordon C. (red). Power/Knowledge: Michel Foucault. Pantheon Books, New York. 1980 (s 78 – 101).
5. **Sosialdepartementet.** Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.
6. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).
7. **Karterud D.** Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

Innsending av manuskript

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskriphåndteringssystem på følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Forslag til habile fagfeller

Artikkelforfatterne må oppgi forslag til minst to habile fagfeller. For å unngå tvil om habilitet kan ikke fagfeller arbeide ved samme institusjon som artikkelforfatter(ne). Fagfeller kan heller ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan innebære tvil om habilitet.

Følg brev til redaktør / cover letter

I følgebrevet må forfatterne oppgi:

- Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer.
- En redegjøring for hvorvidt resultatene er publisert tidligere, for eksempel som poster eller foredrag på en vitenskapelig konferanse.

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees/reviewers) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskriphåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, bedømmes først ut fra følgende kriterier:

- Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?
- Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjonen kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunktet. Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle, sendes til fagfellevurdering. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, må følge denne veiledningen. Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen, blir returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Innsending av revidert manuskript

1. Etter fagfellevurdering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(e) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

2. Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatterne har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør, og dette lastes opp sammen med revidert manuskript i ScholarOne som Author's response.

3. Alle endringer i revidert manuskript skal markeres med rødt eller ved hjelp av funksjonen Spor endringer.

4. Revidert manuskript og Author's response lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>, Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren.

Godkjenning av manuskript

1. Forfatter får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.
2. Det er viktig å følge instruksjer fra redaksjonen vedrørende språkvask av endelig manuskript.

Oversetting til engelsk

1. Fra høsten 2016 blir alle forskningsartikler i Sykepleien Forskning oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.
2. Forfatter(ne) vil få tilsendt engelsk versjon til gjennomlesning før publisering.

Krav til medforfatterskap

Når et artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at vedkommende kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier, kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Det åpnes for spesifisering av forfatternes bidrag, for eksempel «XX og YY har bidratt like mye til denne artikkelen». Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke»

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis når manuskriptet sendes inn.

Del II: Sammenfatning

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	INTRODUKSJON	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Tidligere forskning	1
1.3	Formål og problemstilling	2
1.4	Avgrensing.....	2
2.0	TEORETISK RAMMEVERK.....	3
2.1	Pasientsikkerhet	3
2.2	Organisasjonskultur	3
2.2.1	Ledelse	4
3.0	KVALITATIV TILNÆRMING OG METODE.....	6
3.1	Valg av kvalitativ metode	6
3.1.1	Forskervitenskapelig perspektiv	6
3.2	Fokusgruppeintervju	7
3.3	Utvalg og datainnsamling	7
3.3.1	Tilgang til forskningsfeltet.....	8
3.3.2	Intervjuguide.....	8
3.3.3	Gjennomføring av fokusgruppeintervju.....	8
3.4	Analyse av fokusgruppeintervju	9
3.5	Forskningsetiske vurderinger.....	10
4.0	FUNN.....	11
4.1	Hovedfunn	11
4.2	Kulturforskjell på tvers av yrkesgrupper	15
5.0	DISKUSJON.....	16
5.1	Kulturforskjell på tvers av yrkesgrupper	16
5.2	Diskusjon av metode.....	16

5.2.1 Fokusgruppeintervju	17
5.2.2 Utvalg.....	18
5.2.3 Analyse	19
5.3 Troverdighet og overførbarhet.....	19
6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	21
6.1 Implikasjon for praksis	21
6.2 Behov for videre forskning	21
REFERANSER	23

VEDLEGG 1 GODKJENNING FRA NSD

VEDLEGG 2 INFORMASJONSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA

VEDLEGG 3 INTERVJUGUIDE

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Norsk helsetilsynsrapport i 2016 finner økende meldefrekvens i spesialisthelsetjenesten i tidsrommet 2010 til 2015, men hevder at underrapportering fremdeles er et problem. En oversiktsstudie fra 2015 hevder at det er mangelfull evidens for at forskningsbaserte sikkerhetstiltak på sykehus har sammenheng med økt pasientsikkerhet. Rapporten fremhever derimot at fokus på kommunikasjon og samhandling er viktig for pasientsikkerhetsarbeidet. 14 prosent av pasientene innlagt ved norske sykehus i 2014 ble påført minst én pasientskade under oppholdet. Pasientskader kan gi alvorlige konsekvenser og forlenger sykehusoppholdet.

Hensikt: Formålet med studien var å kartlegge hvordan intensivsykepleiere erfarer avviksrapportering og ulike faktorer som påvirker meldekulturen. Hensikten var å skape en bevisstgjøring og øke kunnskapsnivået rundt tematikken hos intensivsykepleiere.

Metode: Studien hadde et kvalitativt, induktivt og utforskende design. Datamaterialet er hentet ut ved hjelp av to fokusgruppeintervjuer på to intensivavdelinger. Utvalget bestod av totalt ti intensivsykepleiere. Empirien ble analysert med inspirasjon fra Graneheim og Lundmans innholdsanalyse.

Resultat: Fremmede faktorer for god meldekultur var åpen kommunikasjon mellom intensivsykepleiere og ledelse. Avviksrapportering ble brukt som et redskap for bevisstgjøring og læring. I studien kom det frem at informantene etterlyste økt fokus på veiledning i hvordan uheldige hendelser som omhandlet kollegaer, skulle håndteres. Intensivsykepleieren bemerket kulturforskjeller i meldekulturen på tvers av profesjoner.

Konklusjon: Ledelsen hadde en sentral rolle i å veilede intensivsykepleieren og synliggjøre sin egen rolle. Studien identifiserte et økt behov for samhandling mellom intensivsykepleierne og ledelsen. På bakgrunn av dette foreslår studien innføring av ressurspersoner i pasientsikkerhetsarbeidet.

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Intensivpasientene befinner seg i et høyteknologisk miljø og har komplekse og alvorlige sykdomsbilder. Komplekse sykdomsbilder hos intensivpasientene gir større risiko for komplikasjoner, og uheldige hendelser kan i verste fall få fatale konsekvenser (1). De senere årene har det vært økt fokus på pasientsikkerhet nasjonalt (2-5) og i 2016 leverte Helsetilsynets Undersøkelsesenhet en rapport for perioden 2010-2015 (6). Rapporten evaluerte hvorvidt oppfølging av avvik bidro til økt pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten. Den viser til lovbrudd i fem av seks tilsyn i perioden 2010-2015 i forbindelse med intensivbehandling/overvåkning. Rapporten har videre beskrevet en rekke komplikasjoner som er vanlige på en intensivavdeling, som for eksempel sepsis og postoperative komplikasjoner (6). Som intensivsykepleier har man en forebyggende funksjon ovenfor pasienten. Intensivsykepleieren skal forebygge skader og komplikasjoner som kan oppstå under intensivbehandlingen (7). I funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere, punkt nr. 7.1.E, står det «Intensivsykepleieren følger retningslinjer for melding og oppfølging av pasientskader, nesten-uhell, uhell og ulykker» (8). På bakgrunn av dette fant vi det relevant å undersøke hvordan intensivsykepleieren erfarer avviksrapportering etter flere år med økt fokus på pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten.

1.2 Tidligere forskning

Veiledet søk i Cinahl, PubMed, Cochrane har gitt flere tusen treff på pasientsikkerhetsarbeid. En omfattende oversikt utarbeidet av WHO Alliance for Patient Safety viser at omfanget og konsekvenser av uheldige hendelser er godt kartlagt. Det ble i den sammenheng rettet fokus på at man trenger mer forskning som går på de underliggende strukturelle og prosessuelle faktorene, som bestemmer sikkerheten i aktiviteter eller systemer i helsetjenesten (9).

Spørreskjema er en undersøkelsesmetode godt egnet til å måle pasientsikkerhet. Safety Attitude Questionnaire (SAQ) er utviklet ved University of Texas, og er det mest brukte spørreskjemaet på dette område. Det er det eneste spørreskjemaet som måler pasientsikkerhet og samtidig kartlegger korrelasjon mellom pasientsikkerhet og behandlingsresultatet. SAQ

er i utgangspunktet utarbeidet til bruk på intensivavdelinger, men har blitt videreutviklet for å kunne passe inn på flere typer avdelinger (4). SAQ var inkludert som spørreskjema i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen Trygge hender i perioden 2011-2013. Flere norske studier har brukt SAQ, nettopp fordi den kartlegger korrelasjon mellom pasientsikkerhetskulturen i organisasjonen og psykometriske egenskaper. De bekrefter at den norske oversettelsen fanger innholdet i de psykometriske egenskaper (3, 4).

Tidligere forskning fokuserer hovedsakelig på å kartlegge hvorfor avvik ikke blir meldt. Vi ønsker å endre tilnærmingen til tema og undersøke hva som fungerer i dagens praksis. Hvilken påvirkningskraft oppfatter intensivsykepleieren at ledelsen har i denne sammenheng? Hvordan påvirkes de av avdelingskulturen? Ved å samle intensivsykepleiere til felles dialog kan studien avdekke nyanser som tidligere ikke er funnet, og bidra med ny kunnskap om pasientsikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten.

1.3 Formål og problemstilling

Formålet med studien var å kartlegge hvordan intensivsykepleieren opplever avviksrapportering og ulike faktorer som påvirker meldekulturen. Hensikten var å skape en bevisstgjøring og øke kunnskapsnivået rundt tematikken hos intensivsykepleiere.

Problemstillingen var: Hvordan erfarer intensivsykepleieren avvikshåndtering i intensivavdelingen?

Følgene tre forskningsspørsmål ble formulert for å belyse problemstillingen:

- i. Hvordan erfarer intensivsykepleieren at avdelingskulturen påvirker rapportering av uheldige hendelser?
- ii. Hvordan erfarer intensivsykepleieren ledelsens rolle?
- iii. Hva opplever intensivsykepleieren fungerer i dagens praksis?

1.4 Avgrensning

Avviksrapportering i helsesektoren er et stort tema. På grunn av oppgavens struktur og omfang har vi måttet gjøre prioriteringer i innholdet.

1. Det ble ikke lagt vekt på type hendelser som ble innmeldt.
2. Oppgaven gikk ikke inn på ulike rapporteringssystemer.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapitlet belyses teori og begreper som danner grunnlaget for forståelsen av problemstillingen. I første avsnitt presenteres begrepet pasientsikkerhet og hvordan avviksrapportering påvirker pasientsikkerheten. Videre beskrives organisasjonskultur og hvordan ledelsen og ansatte setter sitt preg på den.

2.1 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet går ut på at pasientene skal være trygge og ikke oppleve unødig skade, eller fare for skade, når de er involvert i ulike helsetjenester i helsevesenet (10, 11). Pasientsikkerhet er et viktig fagområde. Det er estimert at 14% av alle norske pasienter blir utsatt for en uheldig hendelse i somatiske sykehus i løpet av oppholdet (12), og at så mange som 98 000 dør hvert år ved amerikanske sykehus på grunn av uheldige hendelser (13). Det finnes en rekke sikkerhetssystemer som skal bidra til å ivareta pasientsikkerheten i helsevesenet. Avviksrapportering er et av disse systemene. Meningen med avviksmeldingene er at de skal bidra til læring og forebygge mot gjentakelser. Avviksmeldingene skal bidra til forbedret praksis og økt pasientsikkerhet (14). Avviksrapportering er regulert etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3 (15).

2.2 Organisasjonskultur

Kultur er måten man tenker på, tradisjoner, ritualer, atferd og oppfatninger som skapes gjennom langvarig samspill mellom mennesker. De er felles, robuste og stabile over tid (16, 17). Organisasjonskultur kan forklares som kulturen som er etablert i en organisasjon, gjennom lang tid. Den gjenspeiler handlingsmønstre og fellestrekk i en gruppe som har utviklet lik forståelse og oppfatning, og som igjen implementeres i nye medlemmer (18). Hartnell, Mackinnon, Sketris og Fleming (19) underbygger betydningen av organisasjonens påvirkning på omgivelsene, ved å trekke frem flere faktorer som er med på å bestemme hvordan avvik blir håndtert. Blant disse faktorene er individuelle faktorer; frykt, motivasjon, helse og organisatoriske faktorer; arbeidsbelastning, bemanning, politikk, prosedyrer. Kulturelle faktorer som trekkes frem er kollegialt samhold, vaner og det faktum at uheldige hendelser skjer.

Hjort (14) trekker frem hvordan en felles sikkerhetsvisjon er problematisk for en organisasjon som helsetjenesten fordi den skal være forståelig for alle involverte parter og samtidig inkludere både ansatte og brukere av helsetjenester. Formuleringene kan fort ha ord som ikke er rettet mot konkret handling. For eksempel “Norsk helsetjeneste skal være god og trygg”. Helsetjenesten er på den måten utsatt for å ha tiltak og mål som utspringer av tolkninger fra en overordnet visjon. Disse vil i sin tur preges av organisasjonens egne holdninger og kultur, som igjen vil legge føringer for hvordan sikkerhetsatferd vektlegges på avdelingen.

Det er betydelig underrapportering av avvik i helsevesenet, og leger virker mer motvillig til å rapportere enn sykepleiere (6, 14). For å opprettholde og forbedre avviksrapporteringen i en avdeling må ledelsen ta en sentral rolle. Ledelsen må vise et åpent og personlig engasjement på områder som er synlig for de ansatte i hverdagen. Gode rollemodeller med lang erfaring må gå foran å lære opp de unge og nye på avdelingen. De må formidle viktigheten med avviksrapportering og skape en god kultur rundt temaet. Rapporteringssystemene må være enkle å bruke for at det skal motivere til rapportering. Rask tilbakemelding øker motivasjonen for avviksrapportering, og hvis tiltakene kommer fortløpende og er effektive (14).

2.2.1 Ledelse

Ledelse defineres som «den adferd som ett eller noen individer i en gruppe, organisatorisk enhet eller organisasjon utviser, og som gjelder systematisk påvirkning på de andre med sikte på at gruppen eller organisasjonen skal løse bestemte oppgaver og nå bestemte mål» (16). For at en organisasjon skal fungere og nå sine mål er det høyst nødvendig med ledere. Det skilles mellom formelle og uformelle ledere i en organisasjon. Den formelle lederen er den som har resultat- og personalansvar, mens den uformelle lederen er den personen som påvirker de andre ansatte mest. Den formelle lederen har ansvaret for å produsere resultater med sikte på å nå organisasjonens mål, men det er de ansatte sin arbeidsinnsats som kan gi disse resultatene (16). For at man skal få frem en felles sikkerhetsvisjon er man avhengig av både organisasjonens ledelse og dens ansatte (14).

Lederens uttalelser og handlinger sprer seg nedover i systemet og gir lederen en stor mulighet til å påvirke avdelingskulturen (16). Schein (20) har kommet frem til flere mekanismer som er med på å forsterke organisasjonskulturen. Blant annet spiller det stor rolle hvilke spørsmål lederen legger vekt på og hvordan vedkommende kontrollerer og bedømmer situasjoner. Hvordan ledelsen håndterer og reagerer på hendelser er også en sentral rolle i å opprettholde eller endre kulturen i en organisasjon.

3.0 KVALITATIV TILNÆRMING OG METODE

Valg av metode henger sammen med tema, hensikt og problemstilling. Kvalitativ tilnærming er en egnet metode når man ønsker å forske på opplevelser, erfaringer, verdier og samhandlinger hos mennesket. Denne type tilnærming åpner opp for at man kan gå i dybden av fenomener (21, 22).

3.1 Valg av kvalitativ metode

Problemstillingen vår var «Hvordan erfarer intensivsykepleieren avvikshåndtering i intensivavdelingen?». Problemstillingen fordrer en eksplorerende, induktiv tilnærming. Eksplorerende tilnærming egner seg til å utforske områder hvor man vil utvikle en analytisk basert forståelse av sosiale fenomener og områder det er liten kunnskap om. Induktiv tilnærming gjør at man lar empirien styre og kan justere teorien underveis (23).

3.1.1 Forskervitenskapelig perspektiv

I kvalitativ forskning tar fenomenologi utgangspunkt i den subjektive opplevelsen for å innhente en dypere forståelse av erfaringer hos enkeltindividet (23, 24). Ofte har det vært ens egen forforståelse som har gitt motivasjonen til å forske på det bestemte området. Derfor er det viktig å gjøre rede for forforståelsen. Den ligger til grunn for bearbeiding og tolking av data. Forforståelsen har betydning for hvilken kunnskap som kommer frem (21). Den samme situasjonen kan oppleves og beskrives ulikt for hver enkelt person (23, 25). Forforståelsen til forfatterne i denne oppgaven var preget av at vi jobbet som sykepleiere på sykehus. Avviksrapportering opplevdes lite konsekvent og varierte mellom avdelingene. Vi hadde opplevd både stimulerende og demotiverende ledere og kollegaer. Erfaringen var at alle avdelinger hadde sin egen standard når det kom til avviksrapportering, og i nettopp dette lå vår motivasjon til å utforske fenomenet nærmere. I forkant av studien var det forventet å finne at avdelingskultur og egen motivasjon var de viktigste faktorene for avviksrapporteringen til intensivsykepleieren.

Hermeneutikken betraktes som fortolkningslære og tar hensyn til forskerens forforståelse i fortolkningsprosessen. En hermeneutisk tilnærming åpner opp for flere sannheter avhengig av forforståelsen (23, 26). Datamaterialet ble innhentet på lydfil og transkribert til tekst.

Under bearbeiding av teksten var hensikten å finne essensen i det som ble sagt, budskapet mellom linjene. Det krevde at vi forholdt oss både fenomenologisk og hermeneutisk i analyseprosessen. På den måten ble essensen i materialet ivaretatt under bearbeiding av empirien (27). I starten av datainnsamlingen forsøkte vi å legge egen forforståelse til side, for å fange opp hva informantene sa uten å tolke. Senere i analyseprosessen skulle vi kategorisere materialet. For å abstrahere innholdet i materialet måtte vi ta i bruk egen forforståelse. Vi har hele tiden forsøkt å bevare informantenes stemme ved å forholde oss til deres egne uttrykk.

3.2 Fokusgruppeintervju

Ifølge Madiz (28) og Thagaard (23) er fokusgruppeintervju en god metode dersom man ønsker å tilegne seg en dypere forståelse av erfaringer, holdninger og synspunkter i en gruppe. Det krever mindre ressursinnsats fra informantene enn om hver informant skulle intervjues individuelt. Fokusgruppeintervjuer ga en annen innsikt i temaet enn individuelle intervjuer, fordi konteksten ble annerledes (29). I denne konteksten ble informantene minst mulig forstyrret og kunne snakke fritt og diskutere egne subjektive opplevelser. Temaene ble styrt av moderators intervjuguide og dermed sikret vi oss data som kunne brukes til å belyse problemstillingen (22, 23). Dessuten responderte og reflekterte informantene over hverandres utsagn og datainnsamlingen ble beriket (23). Avviksrapportering kan oppleves som et sensitivt tema. Å innrømme egne svakheter foran andre, eller påpeke svakheter hos andre, kan være ubehagelig å snakke om. Graneheim og Lundman (30) hevder at fem informanter per fokusgruppe er gunstig når man mistenker at temaet kan være sensitivt, og vi støttet oss til dette.

3.3 Utvalg og datainnsamling

Desember 2016 gjennomførte vi et pilotintervju med fire medstudenter. Fordelingen av rollene som moderator og assisterende moderator ble avtalt på forhånd. Ingen av forfatterne hadde tidligere erfaring med å holde intervju. Vi valgte derfor å beholde rollefordelingen fra pilotintervjuet til fokusgruppeintervjuene på bakgrunn av opparbeidet erfaring i de respektive rollene. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på to intensivavdelinger ved et norsk universitetssykehus. Ingen av oss hadde relasjoner til informantene i studien og vi

antok at begge hadde lik forforståelse av tematikken. Vi stilte i nøytrale klær som ikke var provoserende, indikerte noe form for ståsted eller på annen måte kunne skape uønskede reaksjoner hos informantene (22).

3.3.1 Tilgang til forskningsfeltet

Etter godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) henvendte vi oss til fagutviklingssykepleieren på de aktuelle avdelingene og presenterte forskningsprosjektet. Fagutviklingssykepleier sendte søknad om tilgang til forskningsfeltet. Vi fikk positive svar fra avdelingene og de kunne stille med ønsket antall informanter. Vi hadde et møte med hver av avdelingslederne og gikk gjennom prosjektet.

3.3.2 Intervjuguide

Til intervjuguiden ble det hentet inspirasjon fra Safety Attitude Questionnaire (SAQ) sine psykometriske faktorer (4). Hensikten var at det skulle sikre indre substans i intervjuguiden og danne et sammenligningsgrunnlag til annen forskning på området. SAQ er brukt til å måle pasientsikkerhet på intensivavdelinger og ble dermed aktuell for denne studien. Etter pilotintervjuet ble intervjuguiden revidert på bakgrunn av flyten i intervjuet og tilbakemeldinger fra deltagerne. Spørsmål ble gjort muntlige og åpne. Eksempelvis ble spørsmålet «hvordan opplever dere at ledelsen påvirker avviksrapportering?» endret til «fortell om hvordan dere opplever at ledelsen påvirker avviksrapporteringen». Moderator avbrøt informantene kun ved tilfeller hvor informantene sporet av, eller ønsket utdypet forklaring. Oppfølgings spørsmål som «hvorfor tror du det skjedde?» og «kan du fortelle mer om ...?» ble brukt når det kom opp fortellinger som kunne belyse interessante aspekter ved problemstillingen. Minst mulig avbrytelse var med på å bevare kvaliteten i dataen (21, 31).

3.3.3 Gjennomføring av fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på et konferanserom i tilknytning til informantenes arbeidssted. Moderatoren sørget for at alle informantene kom til ordet, passet på dynamikken i gruppen og at temaet som skulle belyses var i fokus. Målet var å oppnå uformell og naturlig dialog mellom informantene. Det var informantene som satt på kunnskapen (28).

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd etter informantenes samtykke. Assisterende moderator var plassert strategisk ute av synsfeltet til informantene og gjorde feltnotater underveis. Hun dokumenterte spontane iakttagelser, reaksjoner som stakk seg ut og stemningen (24). Etter hvert intervju satte vi av en time til å absorbere og reflektere over intervjusituasjonen. Alle betraktninger og helhetsinntrykk ble notert etter hvert intervju. Notatene ble nyttige for å hente frem situasjoner i senere analysearbeid (23, 25).

Informantene ble bedt om å presentere seg med navn i starten av intervjuet, det sikret oss stemmereferanser til transkriberingen av materialet. Transkriberingen ble gjort ordrett. Stemning og reaksjoner ble markert i parentes og pauser markert med tre punktum. Selv om setninger fremstod muntlige og ufullstendige, kunne vi i stor grad hente frem situasjonen og konteksten siden begge var tilstede under intervjuene. Ved senere bearbeiding reduserte dette alvorlige fordreininger av innholdet (21). Koblingsnøkkelen ble oppbevart på veileders kontor, innelåst i egnet beholder. Transkripsjonene ble oppbevart i privat hjem og som datafil på privat pc i låst rom.

3.4 Analyse av fokusgruppeintervju

Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse bygger på en fenomenologisk-hermeneutisk tolkning (30). Med bakgrunn som sykepleiere ble det problematisk å sette fullstendig parentes rundt egen forforståelse i møte med andre sykepleiere. Derfor ble denne analysemodellen et viktig metodevalg. Dessuten hjalp forforståelsen oss i møte med informantene, fordi vi delte samme språk og begreper om en felles kjent hverdag. Det gjorde at intervjuene kunne foregå uten unødvendige avbrytelser og bidro til en naturlig flyt.

Metoden krevde at vi måtte ta stilling til vår egen påvirkning under hele prosessen for å sikre kvalitet på tolkning, refleksivitet og stringens (21). Haraway (25, s. 138) sier at man må ta hensyn til situering. All empiri er preget av både situasjonen den er skapt i og hvilken metode man bruker for videre analyse og refleksjon. Empirien vår var først og fremst en sannhet mellom informantene og moderatorene i det øyeblikket den ble skapt under intervjuet (32). All bearbeiding i ettertid var med på å fordreie innholdet. Heller ikke lydfilen klarer å fange opp alle detaljer i intervjusettingen (21), som nonverbal kommunikasjon og stemningen. Med induktiv tilnærming var det viktig å være bevisst vår forforståelse og teoretiske referanser og

forsøke å sette parentes rundt den, slik at empirien ikke ble fortolket uhensiktsmessig. På forhånd hadde vi identifisert hvilke funn vi forventet å finne i empirien, kapittel 3.1.1. På den måten var det lettere å sette parentes rundt forforståelsen (21).

I første omgang identifiserte vi de meningsbærende enhetene. Dette arbeidet gjorde vi individuelt for så å diskutere i etterkant. I diskusjonen supplerte vi hverandres funn med ulike nyanser. Det beriket det totale datamaterialet. Vi valgte å ta med hele utdrag for ikke å miste informasjon underveis. De meningsbærende enhetene ble satt inn i en tabell for best mulig oversikt. De neste trinnene i prosessen ble gjort i fellesskap av begge forfatterne. Videre ble tekstutdragene kondensert. Unødvendige og muntlige ord ble fjernet, samtidig som vi passet på ikke å tolke utdragene slik at innholdet ble endret. Vi forholdt oss tekstnært ved å beholde uttrykk og ord informantene brukte for å ikke miste opprinnelig mening (21). Kondensatene ble deretter bearbeidet videre til koder etter hva de handlet om. De etablerte kodene som omhandlet det samme ble slått sammen og subkategoriene vokste frem. Subkategoriene ble slått sammen og endret flere ganger før de endelige ble satt. Flere av kodene flyttet frem og tilbake mellom ulike subkategorier i denne prosessen. Dette var en prosess preget av mye omrokking og diskusjon mellom forfattere og veileder. Atten subkategorier ble til tretten. De ble videre sortert inn i egne tabeller etter innhold. Det ble til slutt funnet tre kategorier som subkategoriene kunne sorteres etter. Vi oppdaget ulike enheter og nyanser, noen som beriket den endelige empirien og styrket påliteligheten (22, 30).

3.5 Forskningsetiske vurderinger

Vi samlet inn personidentifiserbare opplysninger i form av fornavn, arbeidssted, ansiennitet og stemme på lydopptak. Materialet ble anonymisert allerede ved transkripsjon og det ble laget koblingsnøkkel på informantene. På denne måten ble anonymitet og konfidensialitet til informantene bevart. Tilgang til forskningsfeltet og bekreftelse fra avdelingsledelsen ble innhentet før intervjuene ble gjennomført. Før fokusgruppeintervjuene startet ble samtykkeskjema gjennomgått og underskrevet. Informantene ble informert om at alt som ble sagt under intervjuet var konfidensielt og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Samtykkeskjemaene, sammen med koblingsnøkkel, ble oppbevart på veileder sitt kontor i egnet, låsbar enhet.

4.0 FUNN

Funnene fra denne studien gir oss et innblikk i hvordan intensivsykepleieren påvirkes av meldekulturen og erfarer avviksrapportering. Sentrale og gjennomgående funn er presentert i artikkelen. I dette kapitlet oppsummeres først hovedfunnene i studien og deretter utdypes funn som ikke er inkludert i artikkelen. Vi har i dette kapitlet valgt å presentere et utdrag av funnene i tabeller. En slik fremstilling er ment for at leseren lettere skal få innsikt i kategoriene og deres tilhørende subkategorier.

4.1 Hovedfunn

Gjennom innholdsanalysen vokste det frem tre kategorier; bevisstgjøring og læring, åpenhet om avviksrapportering, og ansvar. Under bevisstgjøring og læring fremkommer det at avviksmeldingene ble brukt til bearbeidelse for den enkelte intensivsykepleieren. Et sted de kunne få satt ord på det som skjedde. På den måten kunne de lære av situasjonen og forebygge lignende situasjoner. Rapporteringen kunne også være preget av emosjoner. Informantene refererte til episoder hvor de satt igjen med følelser av sinne eller fortvilelse, og i disse tilfellene var det lettere å sette av tid til avviksrapporteringen.

Informantene sa at det var viktig å kunne snakke sammen om avvikssituasjonene. De vanskeligste avvikene å melde var de som involverte andre kollegaer. Det kom frem at en viktig del av meldekulturen var å varsle den medarbeideren avviket gjaldt, før det ble rapportert skriftlig. Det var sårt å oppdage at et avvik var meldt på en selv, uten å ha fått beskjed på forhånd. Forhåndsvarsling avverget ubehagelige konfrontasjoner og ivaretok arbeidsmiljøet mellom kollegaer. Støtte fra kollegaer og ledelsen når et avvik oppstod var avgjørende for om det ble rapportert inn eller ikke.

Informantenes motivasjon ble påvirket av ledelsens holdninger. En engasjert ledelse som tok avviksmeldingene på alvor og fulgte opp, var derfor viktig. Disse funnene er utdypet i oppgavens artikkel.

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Subkategori	Kategori
2: men kollegaen, når jeg liksom fikk fortalt det, jeg begynte jo å grine, jeg var jo helt fortvila. Og da følte jeg "oi, da var det en og en som kom med sine historier. Sånn at du følte deg ikke alene og du blir faktisk veldig godt ivaretatt, det var hvert fall det jeg opplevde	Når jeg gjorde et avvik var jeg helt fortvila og begynte å grine. Når jeg fortalte det til kollegaene mine kom en etter en med sine historier. Det gjorde at jeg ikke følte meg alene, men veldig godt ivaretatt.	Avvik er fortvilende. Utveksle avvik med kollegaer gjør at man ikke føler seg alene	Sterke emosjoner	Bevisstgjøring og læring
9: Men er man litt hissig, litt såret og litt sånn så er det lettere å be om litt tid til å skrive et avvik enn hvis du ikke er like engasjert da. Nå er jeg helt ærlig.	Er jeg hissig og såret er det lettere å be om tid til å skrive avvik.	Emosjoner fremmer avviksrapportering	Bearbeidelse	
3: Ja, det er jeg helt enig med deg i. 2: Men jeg tenker når du gjør en feil og så er det faktisk en bearbeidelse i å sitte å skrive, skjerpelse for seg selv.	Når man gjør en feil er det en bearbeidelse i å skrive avvik. En skjerpelse for seg selv	Å skrive avvik er en bearbeidelse og skjerpelse		
2: Jeg synes det føles godt for meg selv hvis jeg har gjort en feil og så kan jeg bekjenne det, på en måte. (de andre ivrige) ... At det er en arena du liksom kan få det ut	Når jeg har gjort en feil er det godt å få bekjenne det. Avviksrapportering er en arena du kan få det ut.	Avviksrapportering er positivt for bearbeidelsen		
10: Hvis det er snakk om alvorlig, altså noe som kunne medført pasientskade da. Oppfatter jeg som viktig da. Hvis det er snakk om si at det var en seng da som ikke fungerer eller liksom noe på en seng da, noe utstyr som ikke fungerer som egentlig ikke, som ikke er så nøye der og da som kan vente, så får man vente da.	Hvis det er snakk om pasientskade oppfatter jeg avviket som viktig. Er det snakk om utstyr som ikke fungerer og ikke er så nøye der og da får det vente.	Avvik med pasientskade er viktigere enn andre avvik	Avvik er utsatt for subjektive vurderinger	
10: Det blir mye prioritert som siste, med mindre det er noe alvorlig da som det er viktig å dokumentere, men pasienten kommer jo først og man må jo gjøre tingene man må først da. 6: Ja, enig. Det er liksom, for min del så er det å få gjort liksom alt annet også hvis du får tid til overs så kan du melde et avvik. 10: Eller etter arbeidstid da. Hvis man ikke får tid. 6: Men det, ja. Jeg har også hvis jeg ikke har hatt tid på en vakt at jeg har skrevet avviket i etterkant. 10: Ja. 6: Det har jeg gjort, hvis jeg liksom tenkt at dette her er viktig å melde.	Avvik blir ofte nedprioritert med mindre det er noe alvorlig som skjer. Hvis jeg har tid til overs så kan jeg melde avvik, ellers blir det gjort etter arbeidstid. Det hender jeg har skrevet avvik i etterkant hvis jeg tenker det er viktig å melde.	Avvik blir nedprioritert hvis det ikke er viktig		
2: Og det er klart jeg gikk jo rundt å snakke om dette her og det er jo også læring.	Jeg gikk rundt og snakket om avviket mitt, det er jo også læring..	Det er læring å snakke om avviket.		
3: Del det daglige avviket. (latter) Jo, men altså, alle sånne småting som, hva skal jeg si. Som tar den positive utviklingen videre	Del det daglige avviket Ta den positive utviklingen videre	Avvik bidrar til positiv utvikling		
1: Så det er klart at, det gir en annen trygghet å jobbe at du har gode systemer som ivaretar den sikkerheten	Det gir en trygghet å jobbe i systemer som ivaretar sikkerheten	Avvikssystem skaper trygghet og sikkerhet	Varierende brukeropplevelse og positiv nytteverdi	
10: Hvis man vet for eksempel at det blir, at det blir bare satt bort eller at det ikke nytter så tenker man da er det ikke noen vits. Da må man ha lyst.	Hvis avvik bare blir lagt bort oppleves det nytteløst. Da må man ha et personlig behov for å rapportere.	Synlig håndtering er viktig for motivasjonen		

Tabell 1: Et utdrag av meningsbærende enheter som la grunnlaget til kategorien «Bevisstgjøring og læring»

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Subkategori	Kategori
2:vi må ikke bare sende avvik og avvik og avvik og ikke snakke med hverandre. DET! er en dårlig kultur altså, det blir utrygt. "Hvem er det som har skrevet avvik på meg i dag?", liksom. Det er utrygt, det er ikke godt arbeidsmiljø.	Vi kan ikke sende avvik uten å snakke med hverandre. Det er en dårlig kultur og det blir utrygt. Et dårlig arbeidsmiljø.	Taushet om avvik bidrar til et utrygt og dårlig arbeidsmiljø	Åpenhet i avdelingen	Åpenhet om avviksrapportering
2: at hvis jeg hadde blandet feil medisiner så ville jeg likt at vedkommende kom til meg og sa "at vet du hva, her har du gjort den feilen, og jeg har sendt avvik på deg. Det ville jeg sette pris på. Ikke bare sende avvik, jeg syns man skylder hverandre at man må ikke ha et avvikssystem og ikke snakke med hverandre underveis, tenker jeg.	Hvis jeg gjør feil, ville jeg satt stor pris på at vedkommende som oppdager det kommer og sier det til meg før han sender avviket. Ikke bare send avviket. Jeg syns man skylder hverandre å snakke sammen underveis.	Det blir satt pris på muntlig beskjed før det blir meldt avvik		
10: Det blir forferdelig dårlig mottatt de avvikene som går til høyere organisasjon, sånn som til legene. 7: Jeg tror de ikke er så vant til å få sånn type tilbakemelding.	Avvik skrevet på legene blir veldig dårlig mottatt. De er ikke vant til sånn type tilbakemelding tror jeg.	Leger mottar avvik dårlig	Kulturforskjell	
1: Så tror jeg det er litt kulturforskjell mellom intensivsykepleiere og legene på avdelingen. Jeg tror vi har lettere for å gjøre det, det sitter lengre inne syns jeg, fordi hvis en tar opp det på en visitt eller et eller annet som har skjedd da, også kan du si at dette her melder jeg avvik på, også syns jeg at jeg mange ganger kan få "men er det strengt tatt nødvendig? Det skjedde jo ingenting" Jeg hører det oftere enn at du hadde sagt til meg "hvorfor skal du gjøre det?" Så jeg tror nok vi har en annen, jeg tror det er litt sånn kulturforskjell, altså kultur og tradisjon	Det er kulturforskjell mellom intensivsykepleierne og legene på avdelingen. Jeg tror vi har lettere for å melde avvik. Fra legene kan jeg høre «er det strengt tatt nødvendig?»	Kulturforskjell mellom intensivsykepleierne og legene		
10: hm. Det kan jo være at vi kan føle oss litt tryggere at man ikke blir støtt ut hvis man får støtte fra en kollega.	Jeg føler meg tryggere hvis jeg kan stole på at jeg får støtte fra en kollega.	Kollegastøtte skaper trygghet	Kollegastøtte	
2: Altså, det at det er ufarlig. Det er blitt ufarliggjort, at vi heller blir møtt på at det er ...at vi blir oppmuntret av både kollegaer og ledelse til å skrive avvik	Det er viktig med ufarliggjøring og at vi blir møtt på avviksrapportering. Oppmuntring fra kollegaer og ledelse	Ufarliggjøring. oppmuntring fra kollegaer og ledelse		
3: For jeg har tro på at hvis man deler avvikene sine, snakker åpent om de, så vil vi få en enda bedre meldekultur. Det blir mindre farlig å gjør feil, det blir mer etablert.	Jeg har tro på at hvis vi snakker åpent om avvikene våre, får vi en bedre meldekultur. Det blir mindre farlig å gjøre feil	Å snakke åpent om avvik gir bedre meldekultur.	Åpen kommunikasjon	
2: Og det er klart jeg gikk jo rundt og snakka om dette her og det er jo også læring.	Jeg gikk rundt og snakket om avviket mitt, det er jo også læring..	Det er læring å snakke om avviket.		
10: ja at de er positive til å skrive avvik, at det skal bli sånn positivt i miljøet at folk skriver avvik. At folk ikke er redd for å skrive avvik	Når ledelsen er positiv til at det rapporteres avvik blir man mindre redd for å skrive avvik.	Ledelsen bidrar til ufarliggjøring	Ufarliggjørende faktorer	
2: Altså, det at det er ufarlig. Det er blitt ufarliggjort, at vi heller blir møtt på at det er ...at vi blir oppmuntret av både kollegaer og ledelse til å skrive avvik	Det er viktig med ufarliggjøring og at vi blir møtt på avviksrapportering. Oppmuntring fra kollegaer og ledelse	Ufarliggjøring. oppmuntring fra kollegaer og ledelse		
3: Nei, og så oppfattes det som det motsatte når du får beskjed om at "du har gjort en tabbe, (3: ja, ikke sant).. du gjorde sånn og sånn og det førte til. Og da tenker jeg; men så fint det ble sagt til meg, og ikke OM meg. Og det er veldig bra	Det oppleves trygt når kollegaene kommer direkte til meg og sier jeg har gjort en tabbe i stedet for at de snakker bak ryggen min.	Direkte tiltale fremmer trygghet	Varsling	
3: Og det som var poenget mitt var at vi gjorde en tabbe, han fortalte meg hva som gjorde det, som startet å trille ballen, for det er jo mange ledd i det der og jeg tenker det er så typisk ofte når man ser på avvikene - det blir sånn systemfeil. for den første lille tabben skjer og så får du, den fører det til en stor greie igjen (de andre samtykker).	Han fortalte meg hva som fikk ballen til å rulle, det er jo mange ledd i et avvik-	Bevisstgjøring fra kollega		

Tabell 2: Et utdrag av meningsbærende enheter som la grunnlaget til kategorien «Åpenhet rundt avviksrapportering»

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Subkategori	Kategori
1: og da tenker jo også at da er det viktig for, når ledere, når man blir bedt om å gjøre det, at man også tar den biten med å si at "det vil vi gjerne at du skal gjøre, men først så snakker du med vedkommende om og sier hva er årsaken til at vi faktisk gjør det	Det er viktig når ledelsen ber meg om å melde avvik, at de også veileder meg i hvordan jeg skal orientere den som er involvert i avviket. Fortelle vedkommende om avviket og årsaken til rapporteringen.	Ledelsen bør veilede i avvikshåndtering	Deltagende ledelse	Ansvar
4: Men jeg synes jo at vi blir oppfordret til å melde og at det blir tatt på alvor og at det blir fulgt opp. Og det har jo ikke alltid vært sånn alle stedene hvor jeg har jobbet at, det har vært mange steder hvor disse klagene, jeg som har jobbet på intensiv i mange-og-tredde år at de forsvant i skuffen til overlegen. Det er det jo heldigvis slutt på.	Vi blir oppfordret til å melde, det blir tatt på alvor og fulgt opp.	Oppfordring fra ledelse. Avvik blir tatt på alvor, fulgt opp.		
1: Men fikk en tilbakemelding på avviket, men de mente jeg skulle ordne opp i det selv. Så da gjorde jeg det. 5: Så det ble ditt egen ansvar? 1: Det ble mitt eget ansvar ja. Så det synes jeg, det var en dårlig måte å behandle det på etter min oppfatning da.	Jeg har opplevd å få beskjed fra ledelsen om å ordne opp i avvik selv og det synes jeg er en dårlig måte å behandle det på.	Å ordne opp i avvik uten ledelsen er en dårlig måte å behandle det på.		
10: Det har mye å si hvordan ledelsen håndterer avvik og om ledelsen er for at det skal registreres avvik i avdelingen. Ellers det kan bare settes i en skuff og ferdig med det. 8: jeg syntes egentlig ledelsen motiverer oss til å skrive avvik, hvis vi syntes det er. At vi ikke er fornøyd med ting eller tilstand.. 10: Ja, de skal oppmuntre ... 8: ja, men de gjør det	Det har mye å si at ledelsen er positiv til avviksrapportering i avdelingen, og hvordan de håndterer avvik. Jeg syntes ledelsen motivere oss til å melde avvik når det er noe vi ikke er fornøyd med.	Ledelsens holdninger til avvikshåndtering påvirker avdelingen	Ledelsens holdninger	
10: ja at de er positive til å skrive avvik, at det skal bli sånn positivt i miljøet at folk skriver avvik. At folk ikke er redd for å skrive avvik.	Når ledelsen er positiv til at det rapporteres avvik blir man mindre redd for å skrive avvik.	Ledelsen bidrar til ufarliggjøring		
10: Jeg tenker det viktigste er at man har, at det blir tatt imot da, at ledelsen får og at folk har jo oppmuntra og åpne for å skrive avvik at det ikke er noen sånn tabu tema å snakke om.	Det viktigste er at avvik blir registrert og håndtert av ledelsen og at alle er åpne rundt avviksrapportering slik at det ikke blir et tabubelagtema.	Ledelsens avvikshåndtering er avgjørende. Åpenhet rundt avviksrapportering		

Tabell 3: Et utdrag av meningsbærende enheter som la grunnlaget til kategorien «Ansvar»

4.2 Kulturforskjell på tvers av yrkesgrupper

Et funn som kom opp var at intensivsykepleierne opplevde en kulturforskjell mellom dem og legene. Et interessant funn, men ikke helt i tråd med forskningsspørsmålene til studien. Flere av informantene hadde fått negative tilbakemeldinger fra leger når de meldte avvik. Under fokusgruppeintervjuene ble det sagt at legene kunne ta avviksmeldinger som et personangrep, selv om et avvik var skrevet på en situasjon. For intensivsykepleierne opplevdes dette ubehagelig og det gjorde dem usikre i lignende situasjoner i ettertid. Informantene hadde opplevd at avvik ble bagatellisert av legene: «(...) også syns jeg at jeg mange ganger kan få "men er det strengt tatt nødvendig? Det skjedde jo ingenting» (Informant 1). Som et resultat av slike tilbakemeldinger innrømmet flere av informantene at de hadde en høyere terskel for å melde avvik på legene, enn sykepleiere og intensivsykepleiere.

5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet har vi diskutert funnene som ikke er gjennomgått i artikkelen. For å unngå gjentakelser fra artikkelen, og for å få belyst flere sider ved studien, vil diskusjonen i her ta opp betraktninger rundt metodevalget vårt.

5.1 Kulturforskjell på tvers av yrkesgrupper

Informantene hevdet at intensivsykepleierne og legene hadde ulik meldekultur. Paulsen og Bratlebø (33) fant i sin studie at over 70% av legene i studien ikke meldte avvik dersom avviket ikke fikk noen konsekvenser. Noen av informantene i vår studie uttrykte viktigheten av å melde avvik uavhengig av alvorlighetsgraden, men at tiden ikke alltid strakk til. De innrømmet likevel at i de fleste tilfellene var det alvorlighetsgraden som avgjorde om de satt overtid for å melde eller om dette kunne utsettes til neste vakt. Leger er ofte mer motvillige til å rapportere avvik enn sykepleiere. De frykter sanksjoner mer enn annet helsepersonell (14). Man kan undre seg over om frykten for sanksjoner kan være grunnen til kulturforskjellen informantene uttrykte.

Informantene opplevde at det kunne være utfordrende å sende avvik på legene fordi de fryktet negative tilbakemeldinger. Funnet støttes i studien til Ulvund og Rokstad (5), hvor flere av informantene hadde fått negative tilbakemeldinger i etterkant av et avvik. En informant i vår studie sa at dersom man skulle melde avvik på en lege, måtte man være tøff nok til å tåle støyten som kom tilbake. Slike opplevelser virket hemmende på avviksrapporteringen og påvirket meldekulturen negativt. Ledelsen ville i slike tilfeller stå sentralt for å oppmuntre og støtte intensivsykepleieren. Ledelsens rolle er presentert ytterligere i artikkelen.

5.2 Diskusjon av metode

Kvalitativ metode åpner opp for å gå i dybden på materialet og se på erfaringer og opplevelser ved ulike fenomener (21, 22). Valget av kvalitativ metode fremstod derfor som egnet til å belyse intensivsykepleierens erfaringer med avviksrapportering. Metoden tar ikke sikte på å generalisere funnene, eller trekke strenge konklusjoner. Metoden skulle belyse fenomenet, finne nyanser og skape en dypere forståelse.

5.2.1 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervjuer kan være et godt alternativ for innsamling av data når man ønsker å se på erfaringer og holdninger om fenomener, innenfor en gitt gruppe mennesker. I et slikt intervju vil informantene respondere på hverandres utsagn og skape en åpen diskusjon som synliggjør ulike synspunkter (21, 23). Man kan stille spørsmål ved om fokusgruppeintervju var den beste metoden for vår problemstilling. Det ble vurdert hvorvidt meldekultur kunne være et sensitivt tema og vi valgte derfor å ha fem informanter per gruppe. En større gruppe kunne oppleves truende og ville være ugunstig for meningsutvekslingen (22, 30). I en fokusgruppe er man svært avhengig av god gruppedynamikk. Det er moderator sin oppgave å sørge for at alle informantene kommer til ordet og sørge for at intervjuet dekker de ulike temaene i intervjuguiden, uten å styre diskusjonen for mye eller lite (21). Intervjuene i denne studien var av svært ulik karakter. Under det ene intervjuet henvendte informantene seg primært til moderator fremfor til hverandre og moderator måtte derfor ta stor del i intervjuet. Støttespørsmål fra guiden ble brukt for å holde informantene i gang, men det var flere ganger pauser med stillhet. Informantene kan ha holdt igjen viktig informasjon, og uttalelsene kan være pyntet på for å fremstå bedre (23). På bakgrunn av dette fryktet vi for kvaliteten på datamaterialet og i hvilken grad det egnet seg til å belyse problemstillingen i studien.

Det andre fokusgruppeintervjuet hadde en svært annerledes dynamikk. Informantene diskuterte hverandres opplevelser og erfaringer og fulgte opp med spørsmål til hverandre. Moderator avbrøt kun for å styre informantene over på nytt tema. Små digresjoner ble godtatt og sett på som en naturlig del av dialogen. Selv om intervjuene hadde svært ulik gruppedynamikk, flyt og meningsutveksling så vi under analysen at begge intervjuene bidro med nyttige data. Dette kunne tyde på at intervjuguiden var tro mot problemstillingens tematikk og fikk frem aktuell data, tross utfordringer med det ene intervjuet. Vi diskuterte om det hadde vært nyttig å ha et ekstra fokusgruppeintervju, men etter gjennomlesing av materialet og gjennomført analyseprosess mente vi at innsamlet empiri var tilstrekkelig til å belyse problemstillingen. Etter gjennomgang av materialet satt vi igjen med et inntrykk av at informantene var mer enn villige til å dele sine erfaringer og opplevelser, selv om disse var av alvorlig karakter. Intervjuene bar dermed ikke preg av at temaet ble opplevd sensitivt. Informantene eksemplifiserte med flere større hendelser fra eget arbeidsliv. Dermed

konkluderte vi med at fokusgruppeintervjuer allikevel var en akseptabel innsamlingsmetode for å belyse og berike studiens problemstilling med nye nyanser.

5.2.2 Utvalg

Intensivavdelingene i studien hadde umiddelbar nærhet til hverandre og de har et tett samarbeid. Ved å innhente data med større demografisk spredning kunne vi fått flere variasjoner i funnene (22).

To av informantene i det ene intervjuet tilfredsstilte ikke inklusjonskriteriene. Den ene av informantene hadde tatt utdannelsen i utlandet, mens den andre hadde kun 1,5 års erfaring fra avdelingen. Vedkommende med 1,5 års erfaring hadde jobbet flere år på den andre intensivavdelingen som var med i studien. Dermed mente vi at informanten hadde en unik innsikt i begge avdelingene og kunne berike materialet med et ståsted ingen andre hadde. Informanten med utenlandsk utdanning hadde jobbet som intensivsykepleier i Norge i flere år, snakket flytende norsk og var godt integrert i avdelingen. Ingen av informantene skilte seg ut fra resten av gruppen på noe vis. Grupper på mindre enn fire informanter var uhensiktsmessig fordi det kunne gått utover meningsutvekslingen og mengden data (22). Dermed ble begge inkludert i fokusgruppen.

Felles egenskaper og lik bakgrunn kan hjelpe informantene til å føle seg tryggere på å uttrykke meninger i en gruppe (22, 25). Informantene delte profesjon, arbeidssted, hadde relativt lik ansiennitet innad i fokusgruppene, - og det var et flertall av kvinner. Av informantene var det ni kvinner og en mann. Jevnere kjønnsfordeling kunne ha bidratt til et større mangfold i materialet som ble innsamlet (21). Profesjonen er tradisjonelt sett dominert av kvinner og utvalget kan likevel være representativt. Homogene grupper trigger assosiasjonseffekten hos informantene (25), men variasjon hos informantene kunne beriket studien vår med flere nyanser. Helt tilfeldig hadde den ene fokusgruppen ansiennitet over 18 år, mens den andre fokusgruppen hadde ansiennitet under 14 år. Forskeren kan trekke konklusjoner basert på åpenbare karaktertrekk i utvalget, noe som kan gi feilkilder (23). I artikkelen har vi dratt konklusjoner på bakgrunn av erfaring hos informantene der informantene tydelig har snakket om erfaringsforskjeller.

5.2.3 Analyse

Materialet ble analysert som beskrevet i kapittel 3.4. Analyseprosessen ble utført i to omganger. I første omgang ble materialet analysert med inspirasjon fra Malterud sin systematiske tekstkondensering (21). Gjennom Malteruds tekstkondensering opplevde vi å jobbe deduktivt. Det ble vanskelig å forsvare det hermeneutiske forskerperspektivet gjennom Malteruds analysemodell. Vi besluttet å analysere materialet på ny, men for ikke å gå i samme «deduktive felle» fant vi inspirasjon i Graneheim og Lundmans innholdsanalyse (30). Det var utfordrende å gjøre analysen på ny, men vi fikk til gjengjeld en unik nærhet til empirien. Når analysen var ferdig opplevde vi at kvalitativ innholdsanalyse beriket funnene med flere nyanser. Erfaringer fra første analyseprosess gjorde at vi var mer bevisst på å sette teori og forforståelse i parentes. Resultatet av analysen fremstod mer tro mot empirien og mindre teori-preget.

Grundig gjennomgang av materialet har vært en styrke i analyseprosessen. I tillegg ble materialet analysert hver for oss og diskutert sammen i etterkant. På denne måten ble flere nyanser fanget opp og det sikret at vi ikke gikk glipp av verdifull data underveis i prosessen (21).

Transkriberingen resulterte i flere sider med datamateriale. Utallige sider med innsamlet data kan gi en overveldende følelse for forfatteren (34). Til tider har det skapt en følelse av kaos i tankeprosessen og ved disse anledningene har det vært en styrke å ha gode og konkrete forskningsspørsmål å se tilbake på. Det gjorde det lettere å se hva som var relevant analysemateriale for problemstillingen og hva som kunne utelukkes videre til analysen.

5.3 Troverdighet og overførbarhet

Transparent fremstilling inviterer leseren til å gjøre selvstendige vurderinger om studiens troverdighet (30). I kapittel 3.4 har vi forsøkt å vise alle trinnene i analysen i utstrakt grad for å sannsynliggjøre funnene i oppgaven. Videre har vi, i kapittel 3.1.1, beskrevet vårt eget ståsted og grunnlag for tolkninger, for å styrke troverdigheten i studien.

Når man forsker på eget fagområde må man ta høyde for egen bakgrunn og forforståelse, og hvordan det påvirker intervju-situasjonen og analyseprosessen (32). Vi delte ordforråd og

profesjonsuttrykk og kunne sette oss inn i arbeidshverdagen informantene fortalte fra. Det var med på å skape en naturlig flyt under intervjuene. Det var viktig at vi var oppmerksom på oss selv, informantene, og helheten i situasjonen. Kroppsspråk som foldete hender, urolige føtter og ansiktsuttrykk var viktige observasjoner som ga informasjon om stemningen (32). Tilstedeværelse av begge forfatterne, gjorde at vi hadde likt utgangspunkt til å hente frem konteksten og stemningen ved senere analysearbeid. Datasamlingen fra det første intervjuet gjentok seg etter hvert i datasamlingen fra det andre intervjuet, slik opplevde vi metning i materialet våre. Informantene snakket både generelt om pasientsikkerhet, og drøftet egne erfaringer. Det ga empirien dybde og bredde (30, 35). Vi drøftet empirien opp mot relevant organisasjonsteori og forskning. Informantene ble valgt av avdelingslederne. Vi vet ikke noe om bakgrunnen for valg av informanter. Vi må ta høyde for at informantene kan ha blitt valgt på bakgrunn av at de egnede seg til å delta i fokusgruppeintervju.

Troverdighet i kvalitativ forskning dreier seg ikke om å trekke konklusjoner, men i hvilken grad funnene kan overføres til å gjelde lignende grupper (23, 36). Kvalitativ metode har ikke som mål å generalisere funn (21). Funnene som har kommet frem i denne studien tar ikke sikte på å gjelde for alle intensivsykepleiere, men de er med på å øke forståelsen og belyse opplevelsene rundt avviksrapportering i en intensivavdeling. Studien kan ha en overførbarhet til andre sykepleiere i lignende kulturer og kontekster, forutsatt at man bruker samme metode og analyse. Flere av funnene fra denne studien støttes i tidligere forskning. På bakgrunn av dette kan man i noen grad generalisere studien til å gjelde for en større populasjon, noe som styrker studiens funn (30).

6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Studiens hensikt var å undersøke hvordan intensivsykepleieren erfarte at avdelingskultur og ledelse påvirket avviksrapporteringen. Hovedfunn i studien er at uheldige hendelser kan oppleves ubehagelig å snakke om, fordi man må erkjenne egne feil eller påpeke det hos andre. Intensivsykepleierne etterlyste veiledning i hvordan man burde gå frem i slike situasjoner. Usikkerhet rundt å gi konstruktiv kritikk og tilbakemeldinger kommer frem som en hemmende faktor på rapporteringen. Informantene mente at erfarne intensivsykepleiere og ledelsen burde rådføre i håndtering av uheldige hendelser. Studien foreslår at håndtering av uheldige hendelser kan forbedres ved å ta avvik opp i plenum, muntlig framfor skriftlig. Økt fokus på dialog kan bidra til forbedret praksis og bevisstgjøre intensivsykepleieren at avvik er en del av arbeidshverdagen. Fokusgruppeintervju viste seg som en egnet metode for å innhente data til å belyse problemstillingen, men man må ta høyde for at forskerne selv er et verktøy i analysen, og har preget resultatet av analysen. Vi har forsøkt å redegjøre for eget ståsted, men andre forskere kunne ha hentet ut andre nyanser fra empirien.

6.1 Implikasjon for praksis

Studien hevder at pasientsikkerheten på en intensivavdeling kan dra nytte av ressurspersoner. Ressurspersoner ville hatt en veiledende og rådførende funksjon ovenfor alle som håndterte uheldige hendelser. Hensikten ville være å ivareta intensivsykepleieren i utfordrende situasjoner som konfrontasjoner med kollegaer, ha noen å snakke med når man har gjort et avvik og forebygge intensivsykepleierens opplevelse av å stå alene. Hensikten ville også være å styrke evnen til faglig argumentasjon og etisk bedømming hos intensivsykepleieren. Økt fokus på dialog bidrar til økt læring og bevisstgjøring, som i sin tur kan være en forebyggende faktor i pasientsikkerhetsarbeidet. En ressursperson ville bidratt til å sette pasientsikkerhet på agendaen og gitt uheldige hendelser en naturlig del i hverdagen.

6.2 Behov for videre forskning

Funn i studien kan ikke generaliseres, og det er behov for videre forskning på avviksrapportering hos intensivsykepleieren. Det hadde vært interessant å følge opp effekten av å sette inn ressurspersoner. Det hadde vært spennende å ha oppfølgingsintervju

med ledelsen for å avdekke hva de opplever som sin rolle i håndtering av uheldige hendelser.

REFERANSER

1. **Stubberud D-G.** Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. Oslo: Akribe, 2010; 2010. s. 23-31.
2. **Sommerfelt T, Værland T, Haugen SA, Madsen NE.** To err is human, to share is divine: Universitetet i Oslo; 2011.
3. **Fredheim M.** Pasientsikkerhetskultur og meldekultur : hvordan er variasjonen i pasientsikkerhetskultur innen en klinikk? Er det sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og meldekultur? Bergen: Universitetet i Bergen Institutt for samfunnsmedisinske; 2011.
4. **Deilkås ECT.** Patient safety culture - opportunities for healthcare management : the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006, Norwegian version - 1) Psychometric properties, 2) Variation by organizational level and 3) by position. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet; 2010.
5. **Ulvund I, Rokstad A-MM, Vatne S.** Varsling av avvik – en vanskelig balansekunst. Sykepleien Forskning. 2016.
6. **Statens Helsetilsyn.** Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten – et relevant bidrag i pasientsikkerhetsarbeid? Oslo: Statens Helsetilsyn; 2016.
7. **Stubberud D-G.** Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder. Oslo: Akribe, 2010; 2010. s. 32-52.
8. **Norsk sykepleierforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere.** Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier. 2002.
9. **Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW.** Patient safety research: an overview of the global evidence. Quality and Safety in Health Care. 2010;19(1):42-7.
10. **Saunes IS, Svendsby PO, Mølsted K, Thesen J,** Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2010. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2378523>.
11. **Aase K.** Pasientsikkerhet - Hendelser, begreper og omfang. In: Aase K, editor. Pasientsikkerhet : teori og praksis i helsevesenet. Oslo: Universitetsforl.; 2010. s. 17-29.

12. **Helsedirektoratet.** Rapport fra Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2014. Oslo: Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7; 2015. Hentet fra:
http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/_attachment/3453?_ts=152c54e9539
13. **Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS.** To Err Is Human : Building a Safer Health System. Washington: National Academies Press; 2000.
14. **Hjort PF.** Uheldige hendelser i helsetjenesten : en lære-, tenke- og faktabok. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
15. **Spesialisthelsetjenesteloven.** Lov om spesialisthelsetjenesten. 1999. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
16. **Andersen JA.** Organisasjonsteori : fra argument og motargument til kunnskap. Oslo: Universitetsforl.; 2009.
17. **Guldenmund FW.** The nature of safety culture: a review of theory and research. Safety Science. 2000;34(1):215-57.
18. **Schein EH, Fowler RD, Offermann LR, Gowing MK.** Organizational Culture. American Psychologist. 1990;45(2):109-19.
19. **Hartnell N, Mackinnon N, Sketris I, Fleming M.** Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: a focus group study. BMJ Quality & Safety. 2012;21(5):361.
20. **Schein EH.** Organizational Culture and Leadership. 4th ed. Hoboken: Wiley; 2010.
21. **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforl.; 2011.
22. **Polit DF, Beck CT.** Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health; 2012.
23. **Thagaard T.** Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode. 4. utg. Bergen: Fagbokforl.; 2013.
24. **Kvale S, Brinkmann S.** Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
25. **Malterud K.** Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforl.; 2012.

26. **Thornquist E.** Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag. Bergen: Fagbokforl.; 2003.
27. **Lindseth A, Norberg A.** A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2004;18(2):145-53.
28. **Lerdal A, Karlsson B.** Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning.* 2008:172-5.
29. **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening.* 2002;122(25):2468-72.
30. **Graneheim UH, Lundman B.** Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today.* 2004;24(2):105-12.
31. **Kruger RA.** Quality control in focus group research. In: Morgan DL, editor. *Successful focus groups.* Newbury Park/London/New Dehli: SAGE Publications; 1993. s. 65-85.
32. **Neumann CEB, Neumann IB.** Forskeren i forskningsprosessen : en metodebok om situering. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2012.
33. **Paulsen PME, Brattebø G.** Medisinstudentar og legar sine haldningar til medisinske feil og pasientskade. *Tidsskrift for Den norske legeforening.* 2006;126(16):2129-32.
34. **Elo S, Kyngäs H.** The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing.* 2008;62(1):107-15.
35. **Malterud K, Siersma VD, Guassora AD.** Sample Size in Qualitative Interview Studies. *Qualitative Health Research.* 2016;26(13):1753-60.
36. **Polit DF, Hungler BP.** *Nursing research : principles and methods.* 6th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.

VEDLEGG 1 GODKJENNING FRA NSD



Otto M. Aareskjold
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 10.01.2017

Vår ref: 51379 / 3 / HJP

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.12.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>51379</i>	<i>Meldekultur blant intensivsykepleiere - Avdelingskultur og indre motivasjon</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Otto M. Aareskjold</i>
<i>Student</i>	<i>Camilla Dirdal Rinde</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 16.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Hanne Johansen-Pekovic

Kontaktperson: Hanne Johansen-Pekovic Tlf: 55 58 31 18

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 51379

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring er noe mangelfullt utformet, som diskutert i telefon med Camilla D. Rinde 10.01.2017. Vi ber derfor om at følgende endres/tilføyes:

- at datamaterialet skal anonymiseres innen 15.06.2017

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PUBLISERING AV PERSONOPPLYSNINGER

I meldeskjema har dere oppgitt at det skal publiseres indirekte identifiserende personopplysninger. I informasjonsskrivet er det derimot oppgitt at enkeltpersoner ikke skal kunne gjenkjennes. Personvernombudet legger derfor til grunn at dere skal publisere oppgaven anonymt. Vi har derfor fjernet denne avkrysningen i meldeskjemaet deres.

Dersom dere skal sammenstille bakgrunnsvariabler slik at informantene kan gjenkjennes, bør du be om eksplisitt samtykke til dette fra informantene. Vi anbefaler videre at informantene gis mulighet til å lese igjennom egne opplysninger/sitater før publisering

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

I informasjonsskrivet har dere oppgitt at datamateriale med personopplysninger skal lagres på ubestemt tid å påvente av publisering av artikkel. I telefonsamtale med student Camilla D. Rinde ble det avklart at det er anonymisert datamateriale som skal lagres. Datamaterialet skal anonymiseres innen 16.06.2017, ved at lydopptak og andre personopplysninger som er samlet i prosjektet slettes.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

VEDLEGG 2 INFORMASJONSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA

” Meldekultur blant intensivsykepleiere ”

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å kartlegge meldekultur blant intensivsykepleiere gjennom fokusgruppeintervju. Studien er en masteroppgave på Institutt for Helsefag ved Universitetet i Stavanger. Studien har ikke ekstern arbeidsgiver eller samarbeid med andre institusjoner.

Utvalget til studien er trukket ut fra konkrete kriterier. De deltakende i studien er intensivsykepleiere som er fast ansatt/vikariat, 75% < stilling med direkte pasientkontakt på en intensivavdeling. De deltakende er ikke innleide intensivsykepleiervikarer, utdanning tatt i utlandet, de med lavere enn 75% stilling og de som har mindre enn 2 års ansiennitet på avdelingen. På bakgrunn av dette er du som leser invitert til å delta i studien.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer å delta på fokusgruppeintervju på 60-70 min. Du vil delta sammen med 5-7 andre informanter. Spørsmålene vil omhandle hvilket forhold du har til avviksmelding, hvordan du opplever meldekulturen og faktorer som spiller inn for din opplevelse. Intervjuene er semistrukturert, det vil si at deler av intervjuet er spørsmål vi stiller alle deltakende, men det er åpent for å tilføye eller utdype med egne betraktninger. Intervjuet blir tatt opp på lydbånd og notater underveis. Det blir ikke hentet inn informasjon om deg utover dette.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun studentene og veilederne som har tilgang til personopplysninger. Personopplysningene vil innebære informasjon som arbeidssted, yrke, arbeidsprosent og fylke. All informasjon vil bli anonymisert og vil ikke kunne spores tilbake til opprinnelseskilde. Personopplysninger, opptak og notater vil bli merket med koder og oppbevart separat fra hverandre, innelåst på ulike kontor.

Det vil ikke bli mulig å gjenkjenne deltakerne i publikasjonen, utover det å være intensivsykepleier på en intensivavdeling på et universitetssykehus.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.05.2017. All innsamlet data vil bli bevart på egen harddisk innelåst i safe på ubestemt tid. Formålet med studien er å senere publisere den i form av artikkel til et tidsskrift. På bakgrunn av dette oppbevares innsamlet data frem til ferdigstilt artikkel, først da destrueres all data.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert, men data samlet inn før du trekker deg vil fremdeles kunne benyttes i studien.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektledere Camilla Dirdal Rinde, 93621010 / Solveig Ask, 41465700 prosjektveiledere Otto M. Aareskjold, Otto.M.Aareskjold@uis.no / Kristin Akerjordet, kristin.aarskjold@uis.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til

Å delta på fokusgruppeintervju ___

At personopplysninger lagres etter prosjektslutt___

Jeg er innforstått med at det i fremstillingen av studien kan det komme frem at datasamlingen er gjort på intensivavdelinger på et universitetssykehus ___

--

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 3 INTERVJUGUIDE

Introduksjon

Tema: Sikkerhetsklima (oppfatning av en sterk og proaktiv forpliktelse til sikkerhet)

- ***Diskuter hva dere legger i begrepet avvik?***

- Hva motiverer til å melde avvik, har dere noen eksempler hvor det opplevdes positivt å melde avvik?
- Avdelingskultur
- Hvilken sammenheng ser dere mellom avviksrapportering og pasientsikkerhet

Tema: Oppfatning av enhetsledelsen (anerkjennelse av lederhandlinger på enhetsnivå)

- ***Fortell om hvordan dere opplever ledelsen påvirker avviksrapportering***

- Hvilken betydning har ledelsen for avviksrapportering på avdelingen
- Hvordan opplever dere avdelingens fokus på avviksrapportering
- Hvordan oppfatter dere at avviksrapportering blir fulgt opp?

Tema: Samarbeidsklima (opplevd kvalitet på samarbeidet mellom personalet)

- ***Diskuter betydningen av kollegastøtte ved avviksrapportering***

- Hvordan opplever dere betydningen av kollegial støtte i forhold til avviksrapportering?
- Betydningen av tilhørighet

Tema: Stresserkjennelse (erkjennelse av hvordan prestasjoner påvirkes av stressorer)

- ***Fortell om hvordan dere prioriterer avviksrapportering i arbeidshverdagen***

- Hvordan påvirker arbeidshverdagen avviksrapportering
- Har dere eksempler hvor avviksrapportering var utfordrende? Kan dere utdype dette?

- ***Diskuter om det er egen motivasjon eller avdelingskultur som har mest å si for avviksrapportering?***

Oppsummering og avslutning

Er det noe vi ikke har snakket om i dag, som dere vil trekke frem?

Har dere forslag til hvordan vi kan forbedre praksis?

Har assisterende moderator noen innspill?