

BSYBAC

Bacheloroppgave i Sykepleie

Den som aldri har gjort en feil, har aldri prøvd noe nytt

– Albert Einstein



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 03.11.2022

x

Jeg tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Regjeringens mål er å styrke det nasjonale arbeidet innen kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet for å redusere og forebygge omfanget av pasientskader. God pasientsikkerhet forutsetter at helseforetakene får innsikt i uønskede hendelser og nestenhendelser, lærer av det, og at de aktivt forebygger at hendelsene gjentar seg. Likevel bekrefter flere forskningsstudier at ideelle læringsforhold ikke er til stede og at kulturen preges av underrapportering.

Hensikt

For å kunne utvikle intervensjoner som vil oppmuntre sykepleiere til å rapportere, må det først identifiseres hvilke barrierer sykepleiere står overfor. Hensikten med oppgaven er derfor å kartlegge hvorfor sykepleiere unnlater å rapportere uønskede hendelser og nestenhendelser, for å kunne identifisere medvirkende faktorer til underrapportering.

Metode

Integrativ litteraturoversikt er brukt som metode. Fem empiriske forskningsartikler utgjør datagrunnlaget, herunder tre kvantitative- og to kvalitative artikler. Fribergs analysemodell er brukt for dataekstraksjon og sammenstilling av funn. Oppgavens resultater drøftes gjennom ulike teoretiske plattformer, tidligere forskning, annen aktuell litteratur og gjennom egne refleksjoner og vurderinger. Samlet sett er dette med på å besvare oppgavens hensikt.

Resultater

Resultatene bekrefter at underrapportering forekommer. Årsakene skyldes at sykepleiere opplever frykt, usikkerhet, høyt arbeidspress, manglende støttestrukturer, lite brukervennlige rapporteringssystem og manglende respons på rapporteringsatferd i møte med rapportering av uønskede hendelser og nestenhendelser.

Nøkkelord

Pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring, rapporteringskultur, underrapportering, uønskede hendelser, nestenhendelser, sykepleiere, sykehus, årsaker, barrierer, medvirkende faktorer.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 PROBLEMFOMULERING	5
1.3 FORMÅL MED OPPGAVEN.....	6
1.4 BEGREPSAVKLARINGER	6
2.0 TEORI	8
2.1 TIDLIGERE FORSKNING	8
2.2 TEORETISK OG FAGLIG PLATTFORM	9
2.2.1 Sykepleierens etiske- og juridiske ansvar	9
2.2.2 Atferdsteori	11
2.2.3 Organisasjonskultur	12
3.0 METODE	14
3.1 HVA ER METODE	14
3.2 PRESENTASJON AV VALGT METODE	14
3.3 SØKEPROSESSEN	14
3.3.1 Systematisk litteratursøk	14
3.3.2 Søkord og kombinasjoner.....	15
3.3.3 Databaser.....	15
3.3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.3.5 Utvalg av artikler.....	16
3.4 ANALYSE	17
4.0 RESULTAT	19
4.1 FRYKTBARRIEREN.....	20
4.1.1 Personlige konsekvenser	20
4.1.2 Kollegiale relasjoner.....	20
4.1.3 Represalier	21
4.2 USIKKERHETSBARRIEREN	21
4.2.1 Uklart ansvarsområde.....	22
4.2.2 Manglende støttestrukturer.....	22
4.3 LOJALITETSBARRIEREN	23
4.3.1 "Det kunne ha vært meg"	23
4.3.2 Tverrprofesjonelle grenser	24
4.4 SYSTEMBARRIEREN	24
4.4.1 Manglende respons.....	24
4.4.2 Rapporteringssystemet	25
4.5 TIDSBARRIEREN	25
4.5.1 Dokumenteringsprosessen.....	25
5.0 DISKUSJON	27
5.1 METODEDISKUSJON.....	27
5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode.....	27
5.1.2 Kildeskritikk.....	27
5.2 RESULTATDISKUSJON	30
5.2.1 Fryktbarrieren: Et juridisk- og etisk veiskille	30
5.2.2 Usikkerhetsbarrieren: Organisasjonskulturen påvirker enkeltindividet	31
5.2.3 Lojalitetsbarrieren: Å bryte med sosiale normer	33
5.2.4 Systembarrieren: Underliggende læringsbehov og ineffektive rapporteringssystem	33
5.2.5 Tidsbarrieren: Prioriteringsutfordringer	34
6.0 AVSLUTNING	35
6.1 OPPSUMMERING.....	35
6.2 FREMTIDIG FORSKNING	35

6.3 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS 35

Antall ord: 8008

1.0 INNLEDNING

“Regjeringen vil styrke det nasjonale arbeidet for pasientsikkerhet og kvalitet for å redusere og forebygge omfanget av pasientskader...” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).

Pasientsikkerhet innebærer at: “Pasienter [ikke] skal utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme” (Aase, 2018, s. 16). I Norge er pasientsikkerhetsarbeidet forankret i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, samlet under slagordet: I trygge hender 24 - 7. Satsningsområder i handlingsplanen er behovet for bedre ledelse og kultur, kompetanse, systemer og strukturer. Kvalitetsmålinger, pasienterfaringer og læring av uønskede hendelser er fokusområder i utformingen av tjenestetilbud og systematisk forbedringsarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Likevel bekrefter et flertall forskningsstudier at ideelle læringsforhold ikke er til stede og at det forekommer underrapportering blant helsepersonell (Aase, 2018, s. 109).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har sjelden opplevd at det registreres uønskede hendelser og nestenhendelser i løpet av praksisperiodene. Derfor er jeg nysgjerrig på hvordan det fungerer i helsevesenet og hvilke erfaringer sykepleiere sitter med. I redegjørelsen av egen før-forståelse vil jeg trekke frem at den ble påvirket etter en hendelse under praksisperioden i kommunehelsetjenesten. Her unnlot veileder å rapportere en nesten-hendelse i forbindelse med doseringsfeil i en multidose. Jeg spurte om vi skulle rapportere dette, men det ble aldri gjort siden vi ikke fikk tilgang til rapporteringssystemet. Leder svarte at “...avviksmeldinger, det har jeg ikke lest på lenge”. Derfor er egen før-forståelse preget av en mistanke om at nesten-hendelser og uønskede hendelser bortprioriteres og underrapporteres av ulike komplekse årsaker.

1.2 Problemformulering

I 2018 ble det meldt om mer enn 600 alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Selv etter flere år med nasjonal innsats, forekommer det fremdeles pasientskader i nær 12 % av sykehusopphold. God pasientsikkerhet forutsetter at helseforetakene får innsikt i uønskede hendelser og nestenhendelser, lærer av det og at de aktivt forebygger at hendelsene gjentar seg. I 2019 ble undersøkelseskommissjonen, Ukom, opprettet (Tajik, 2019). Ukom har mottatt flere bekymringsmeldinger knyttet til kulturen for å melde fra om uønskede hendelser i sykehus og

har derfor startet en undersøkelse som er planlagt avsluttet i 2022 (Ukom, 2021). Tidligere årsrapporter for Kunnskapssenterets meldeordning indikerer også at det eksisterer variasjoner i tilbøyeligheten til å melde. Det er derfor sannsynlig at ikke alle hendelser blir meldt i avvikssystemet og at helsetjenesten går glipp av potensielle læringsmuligheter (Riksrevisjonen, 2016, s. 15). For å kunne skape et solid læringsgrunnlag forutsetter det at helsepersonell faktisk velger å rapportere.

1.3 Formål med oppgaven

Å kartlegge hvorfor sykepleiere unnlater å rapportere uønskede hendelser og nestenhendelser, for å kunne identifisere medvirkende faktorer til underrapportering.

Oppgaven er avgrenset til å fokusere på meldekultur blant sykepleiere ansatt i sykehus. Bakgrunnen for dette er at det per i dag, eksisterer mindre forskning på pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten i Norge (Aase, 2018, s. 21).

1.4 Begrepsavklaringer

Definisjonen på uønsket hendelse og nesten-hendelse er i denne oppgaven basert på fagboken til Aase (2018). Det presiseres at medisineringsfeil faller inn under begge kategoriene, avhengig av om det anses som en nesten-hendelse eller om det resulterte i en uønsket hendelse.

Uønsket hendelse

En skade som er relatert til klinisk behandling og ikke til komplikasjoner ved et sykdomsforløp. Med klinisk behandling menes alle aspekter ved helsetjenester inkludert diagnose, behandling, pleie, systemer og utstyr som brukes for å levere tjenestene (Aase, 2018, s. 16-17).

Nesten-hendelse

En hendelse som har potensial til å lede til en uønsket hendelse, men som ikke gjør det på grunn av tilfeldigheter eller fordi den blir forhindret fra å utvikle seg (Aase, 2018, s. 17).

Avvik

I denne oppgaven omfatter ordet ”avvik” både uønskede hendelser og nesten-hendelser.

Avviksrapportering

Det har vært nødvendig å operasjonalisere begrepet ”avviksrapportering”. I ordet inngår både rapportering av medisineringsfeil, kollega-rapportering, egen-rapportering, uønskede hendelser og nesten-hendelser. Ord som ”varsle”, ”melde” og ”rapportere” brukes om den handlingen som fører til at avviket registreres i et rapporteringssystem og at hendelsen eventuelt meldes til aktuelt myndighetsorgan.

2.0 TEORI

2.1 Tidligere forskning

I en integrativ litteraturstudie utført av Woo & Avery (2021) tar forfatterne sikte på å undersøke sykepleieres erfaringer med frivillig avviksrapportering, forkortet til VER (voluntary error reporting). Resultatene er basert på 31 studier. Flere negative holdninger ble identifisert. Det viste seg at VER ofte ble nedprioritert på grunn av omfattende arbeidsforpliktelser. Dette førte til at rapporteringen ble utsatt, glemt og heller ikke rapportert. Sykepleierne vurderte også avvikets alvorlighetsgrad før de valgte å rapportere. Det var mer sannsynlig at de rapporterte alvorlige avvik enn nesten-hendelser (Woo & Avery, 2021, s. 454 - 456). Det viste seg også at sykepleierne valgte å rapporterte muntlig til sine kollegaer og nærmeste ledere, fremfor å rapportere formelt. Årsakene var todelt. For det første ønsket sykepleierne å diskutere avviket sammen med kolleger og ledere, for å få en avklaring på om det kunne defineres som et avvik. For det andre fryktet de å etterlate dokumentasjon som kunne inkriminere dem for avviket. Erfaringer under og etter avviksrapporteringen ble også kartlagt. Her kom det frem at sykepleierne ble konfrontert med negative følelser som frykt, anger og rastløshet og at de som valgte å ikke rapportere opplevde angst rundt avgjørelsen (Woo & Avery, 2021, s. 460).

Videre ytret sykepleierne et ønske om støtte fra lederne sine og å kunne ha åpne diskusjoner rundt avvik. Psykologisk sikkerhet var også viktig. Dette innebar et underliggende behov for at organisasjonen skulle fremme et trygt arbeidsmiljø preget av en rettferdig og åpen kultur uten frykt for konsekvenser (Woo & Avery, 2021, s. 463). Sykepleiere som tidligere hadde fått negativ respons etter avviksrapportering, oppga dette som en hemmer på fremtidig avviksrapportering. Det ble også identifisert et ønske om å motta konstruktive tilbakemeldinger og læring av feil som kunne resultere i forbedring av praksis. Motsatt kunne avviksrapporteringen undergraves av organisasjonens nonsjaluose, ved manglende forpliktelse til å undersøke de grunnleggende årsakene til feilen (Woo & Avery, 2021, s. 463).

Vektlegging av individuell skyld tjente som en sterk barriere. Det hersket en frykt for å bli stilt ansvarlig og å få skylden blant kollegaer. Intensiteten av skyldfølelsen økte i takt med alvorlighetsgraden av pasientskaden. Vektlegging av individuell skyld kunne også drive sykepleierne inn i følelser som verdiløshet, skyldfølelse og anger. Vider kunne det medføre selvbepreidelse, svekket selvtillit og manglende motivasjon til å fortsette i yrket (Woo & Avery, 2021, s. 464). En institusjonalisert straffe- og frykttkultur ble påvist i flere studier. I noen tilfeller

ble sykepleieledernes misnøye gjenspeilet i de ulike straffesanksjonene. De involverte sykepleierne fikk dårligere prestasjonsvurderinger, noen opplevde økonomiske tap i form av lønnsfradrag og bøter. Oppsigelse av arbeidsforhold ble også brukt som en straffesanksjon. Sykepleierne oppga en motvilje mot avviksrapportering dersom det aktuelle avviket kunne assosieres med faglig uaktsomhet. Særlig hvis den påfølgende avviksrapporteringen kunne medføre konsekvenser i form av institusjonelle disiplinære prosedyrer som suspensjon, tilbakekalling av autorisasjon eller rettssak. Et annet fryktelement var at sykepleierne ville unngå å rapportere kollegaer. Først og fremst for at de ikke ville utsette en kollega for mulige disiplinære handlinger, men også for å unngå å sette det kollegiale arbeidsforholdet i fare (Woo & Avery, 2021, s. 464).

2.2 Teoretisk og faglig plattform

2.2.1 Sykepleierens etiske- og juridiske ansvar

Årlig fratras nesten 150 autorisasjoner fra helsepersonell, ca 1/3 av disse er sykepleiere. Rundt 100 helsepersonell gis årlig advarsler, hvorav ca 1/5 er sykepleiere (Molven, 2016, s. 252).

I henhold til de yrkesetiske retningslinjene har sykepleieren “et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig”, videre har ledere av sykepleietjenester “...et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon...”. Sykepleierens ansvar overfor medarbeidere beskrives ved at de “...viser respekt for kollegers og andres arbeid, og er til støtte i vanskelige situasjoner. Dette er ikke til hinder for å ta opp brudd på faglige, etiske eller kollegiale normer”. Sykepleier har også etiske forpliktelser overfor eget arbeidssted og “...melder fra eller varsler når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold. Lojalitet til arbeidsstedet skal ikke hindre dette” (Norsk sykepleierforbund, 2022). Å melde fra innebærer å skulle meddele om forhold på eget initiativ, mens varsling omtales som en plikt til å si fra om kritikkverdige forhold (Molven, 2016, s. 226). Til slutt har sykepleieren “...rett til å forvente respekt og støtte fra kolleger og arbeidsgiver når [hen] melder fra om kritikkverdige forhold” (Norsk sykepleierforbund, 2022).

Arbeidsmiljølovens § 2 A beskriver videre arbeidstakere- og innleide arbeidstakere sin rett til å varsle om kritikkverdige forhold. Med kritikkverdige forhold menes blant annet forhold som innebærer fare for liv, helse, uforsvarlig arbeidsmiljø eller brudd på personopplysningssikkerheten. Ved en slik varsling er det arbeidsgiver sin plikt å påse at den

som har varslet har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Om nødvendig skal arbeidsgiver også sørge for tiltak som forebygger gjengjeldelse. Eksempler på gjengjeldelse kan være trusler, usaklig forskjellsbehandling, sosial ekskludering, advarsel, endring i arbeidsoppgaver, omplassering, suspensjon, degradering eller oppsigelse (AML, 2005, § 2 A).

Videre har sykepleiere en plikt ifølge helsepersonellovens § 17 om "...av eget tiltak [å] gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters eller brukeres sikkerhet..." (HPL, 1999, § 17). Dersom sykepleiere bryter med de yrkesetiske retningslinjene regnes ikke dette som et lovbrudd, med mindre det også bryter med norske lover. Imidlertid kan sykepleiernes egen yrkesorganisasjon reagere på bruddet og sosiale sanksjoner fra kollegaer eller pressen kan forekomme (Molven, 2016, s. 72). Sykepleiere kan derimot bli stilt ansvarlig dersom hen blir funnet skyldig ved brudd på kravet om forsvarlighet (Molven, 2016, s. 247). Forsvarlighet innebærer at helsepersonellet innretter seg etter sine faglige kvalifikasjoner. At de arbeider faglig forsvarlig og omsorgsfullt, ut ifra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig. Ved behov henvises pasienten eller det innhentes bistand (HPL, 1999, § 4).

De ulike reaksjonene sykepleier kan utsettes for ved lovbrudd er strafferettslige-, erstatningsrettslige-, arbeidsrettslige- og profesjonsmessige sanksjoner (Molven, 2016, s. 247). Dersom det reises straffesak mot sykepleier er det som oftest i samband med misbruk av legemidler, utnyttning av pasienter seksuelt eller ved økonomiske misligheter. Når det gjelder erstatningsrettslige reaksjoner er det veldig sjelden at sykepleiere blir påbudt å betale erstatning. I praksis er det Norsk Pasientskadeerstatning som får det økonomiske ansvaret. Arbeidsgiver kan også benytte arbeidsrettslige reaksjoner mot arbeidstaker dersom det påvises lovbrudd. Reaksjonene kan være oppsigelse, avskjed, advarsel eller irettesettelse, men dette er kun dersom arbeidsgiver finner det hensiktsmessig å reagere (Molven, 2016, s. 248 - 249). Profesjonsmessige sanksjoner gjennomføres hvis tilsynsmyndigheten mener at det er gjort alvorlige brudd på forskrift eller lov. Reaksjonene omfatter ulike begrensninger- eller tilbakekalling av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning og utføres av Statens helsetilsyn. I praksis er det svært mye som skal til for at sykepleier blir fratatt autorisasjonen (Molven, 2016, s. 250). Tilsynsmyndighetene kan også reagere mot virksomheter siden helsetjenestene også er pålagt en plikt om forsvarlighet (SPHL, 1999, § 2). Det er sjelden at sykepleiere blir straffet dersom det viser seg at pasienten ble skadet ved uforsvarlig faglig virksomhet (Molven, 2016, s. 248).

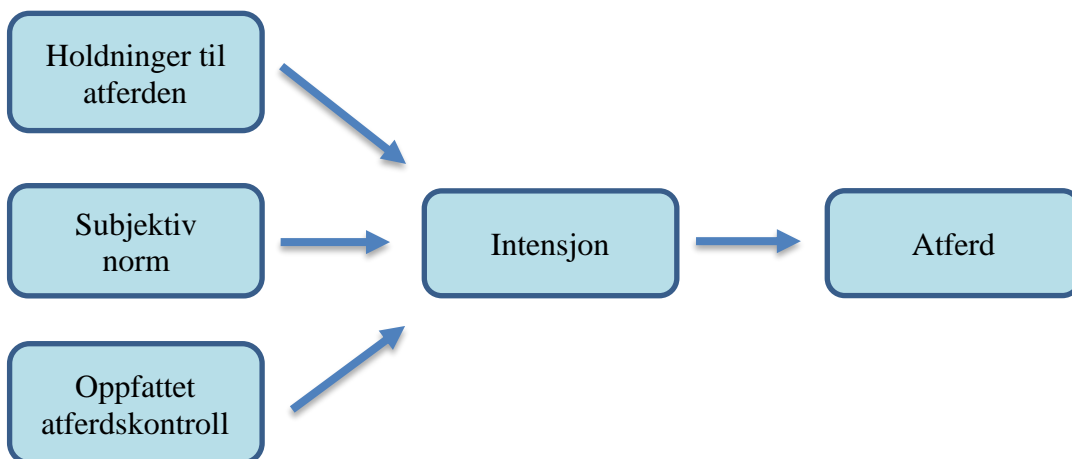
2.2.2 Atferdsteori

Teorien om planlagt atferd

Ajzen sin teori om planlagt atferd er beskrevet i fagboken til Larsen & Gammersvik (2012). Teorien baserer seg på at atferd påvirkes av både indre og ytre faktorer i omgivelsene. Teorien om planlagt atferd ser nærmere på hva som skjer fra intensjon til handling. Intensjon defineres som bevisste tanker om at en skal gjøre noe. Å ha en intensjon om å skulle endre atferd, betyr ikke at dette umiddelbart skjer. Intensjonen er i følge teorien påvirkelig av sosiale faktorer. Det må også være en nær sammenheng mellom intensjon og handling (Larsen & Gammersvik, 2012, s. 149). Teorien tar utgangspunkt i at en gjør bevisste valg når en står overfor en utfordring og at intensjonen påvirkes av tre faktorer:

- 1) Holdninger i miljøet
- 2) Normativt press fra omgivelsene
- 3) Hvordan omgivelsene aksepterer eller tilrettelegger for atferden

Faktorene er med på å påvirke intensjonen positivt eller negativt og de kan også ha ulik styrke innbyrdes. Se figur 1 nedenfor (Larsen & Gammersvik, 2012, s. 150).



Figur 1: Ajzen`s teori om planlagt atferd (Larsen & Gammersvik, 2012, s. 159)

Sosialkognitiv læringsteori

Teorien er utarbeidet av Albert Banduras og er beskrevet i fagboken til Larsen & Gammersvik (2012). Sosial læringsteori har sin opprinnelse fra behavioristisk teori og tar utgangspunkt i at det er en sammenheng mellom atferd, kognitive faktorer og påvirkninger fra omgivelsene.

Atferden styres i forhold til konsekvensene. Dersom det gis positiv forsterkning, øker sannsynligheten for at atferden gjentar seg og gis det straff, minsker sannsynligheten for gjentakelse. Ved sterk resultatforventning, øker også sannsynligheten for at målet oppnås. Ulike faktorer kan være med å påvirke resultatforventningen. Se figur i vedlegg 1 (Larsen & Gammersvik, 2012, s. 150 - 151).

2.2.3 Organisasjonskultur

Filosof og førsteamanuensis Øyvind Kvalnes (2010) skriver i sin bok om risiko og læring i arbeidslivet at det er menneskelig å gjøre feil. Enhver arbeidsplass har derfor sin egen kultur for å tolerere og sanksjonere feil. Han hevder at for å takle slike feil på en hensiktsmessig måte bør det etableres en kultur hvor fellesskapet og individene vedkjenner seg egen feilbarlighet. Han har videre identifisert seks relevante kulturdimensjoner, også kalt kulturtrekk, som er med på å avdekke organisasjonskulturen ved en arbeidsplass. Se figur 3 nedenfor. Arbeidstakere kan derfor avdekke egen organisasjonskultur ved å stille seg følgende spørsmål: På en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), hvordan synes du at organisasjonen vår kjennetegnes ved disse kulturtrekkene? Resultatet kan danne grunnlag for videre refleksjon over egen praksis og gi viktige indikasjoner på hva som trengs å forsterkes og forbedres (Kvalnes, 2010. s. 199 – 200).

Kulturtrekk	Kjennetegn
1. Aktørkultur	Hver av oss forventes å kunne improvisere og gjøre mer enn bare det vi får instruksjoner om eller som står i reglementet.
2. Ytringskultur	Vi snakker åpent og konstruktivt om egne og andres feil. Relevante fakta kommer på bordet, også de som det er ubehagelig å se på.
3. Konsekvenskultur	Individene her er tildelt riktig dose med beskyttelse – verken over- eller underbeskyttelse.
4. Læringskultur	Vi forholder oss til feil som en kilde til læring og utvikling
5. Rettferdig kultur	Ingen blir straffet for å si fra om feil – vi oppmuntrer til det og belønner den som har mot til å si fra. Samtidig reagerer vi i tilfeller hvor noen går over streken for akseptabel atferd.
6. Samarbeidskultur	Prestasjonene våre bygger på tett samarbeid mellom enkeltpersoner som utfyller hverandres kompetanse og perspektiver.

Figur 3: Kvalnes sin modell av ulike kulturdimensjoner (Kvalnes, 2010, s. 200).

Videre beskriver Kvalnes (2010) det som kalles fem grunnleggende feiltyper. På grunn av oppgavens omfang har jeg bare anledning til å trekke frem en av de fem feiltypene. Denne feiltypen er basert på den britiske psykologen James Reason sitt arbeid. Reason hevder at det finnes to – og kun to – tilnærminger til menneskelig feilbarlighet. Den ene er personorientert og den andre er systemorientert. Reason arbeidet iherdig med å påvise at det er urimelig å velte skylden over på enkeltpersoner når noe går galt. Feiltypen er fremstilt i figur 4 nedenfor:

	PERSON	SYSTEM
Perspektiv:	Feil er årsaken til ulykker	Feil er en konsekvens av hvordan arbeid er organisert
Feil oppstår på grunn av:	<u>Villede handlinger forankret i:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Rasisme - Ondskap - Dumskap - Motvilje - Respektløshet, etc. <u>Uvillede handlinger forankret i:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Trøtthet - Lykkerus - Høyt tempo - Konsentrasjonssvikt - Stress, etc. 	Risikofylte arbeidsvilkår: <ul style="list-style-type: none"> - Utstyret er ødelagt og gammeldags - Sikkerhet er nedprioritert - Vaktskiftene er for lange - Medarbeiderne har fått utilstrekkelig opplæring - Strategien er virkelighetsfjern - Lederne gir vage og utydelige beskjeder, etc.

Figur 4: Grunnleggende feiltyper – system- og personfeil (Kvalnes, 2010, s. 32).

3.0 METODE

3.1 Hva er metode

Metode kan anses som et middel eller en fremgangsmåte for å løse et problem og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2020, s. 53). Det finnes ulike forskningsmetoder alt etter hvilket problem som skal løses. Kvantitativ forskning kjennetegnes ved objektivitet og nøytralitet. Den kan ordnes, klassifiseres, se sammenhenger, forutsi og forklare. Kvalitativ forskning kjennetegnes ved å tolke, skape mening og forståelse av menneskers subjektive opplevelse av omverden (Forsberg & Wengström, 2013, s. 53 - 54).

3.2 Presentasjon av valgt metode

Jeg har valgt å skrive en litteraturbasert oppgave. Det vil si at data baseres på vitenskapelige forskningsartikler som vil inngå i en integrativ litteraturoversikt. Friberg (2017) beskriver en litteraturoversikt som det å skape en oversikt over kunnskapsområdet innenfor et visst sykepleiefaglig tema eller problem. Dette innebærer å gjennomføre systematiske søk etter relevant kunnskap og empirisk forskning, hvor både kvalitativ og kvantitativ forskning kan anvendes (Friberg, 2017, s. 141).

3.3 Søkeprosessen

3.3.1 Systematisk litteratursøk

Når problemformuleringen var klar, forberedte jeg det systematiske søket gjennom et PICO-skjema, presentert i tabell 1 nedenfor. Deretter foretok jeg et nøye utvalg av søkeord og aktuelle synonymer. Jeg benyttet meg av både trunkering og boolsk søketeknikk, herunder "AND" og "OR" i ulike kombinasjoner (Friberg, 2017, s. 72).

P = UTVALG ELLER PROBLEM/POPULASJON	I = INTERVENSJON/TILTAK/ INTERESSE	C = KONTEKST	O = OUTCOME / UTFALL
Sykepleiere	Avviksrapportering / pasientsikkerhetskultur / rapporteringskultur	Sykepleieres erfaringer med avviksrapportering og pasientsikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten	Faktorer / barrierer som påvirker mulighetene til å rapportere om uønskede hendelser/avvik/nesten uhell i et sykehusmiljø

Tabell 1: PICO – skjema (Friberg, 2017, s. 42).

3.3.2 Søkeord og kombinasjoner

Innledningsvis startet jeg med søkeordene “nurse”, “adverse events”, “patient safety”, “barriers” og “experience” og kombinerte disse. Etter hvert oppdaget jeg flere ulike synonymer som jeg la til. De utvalgte søkeordene jeg brukte for å identifisere studiene i denne oppgaven var følgende: “Adverse events”, “incident report*”, “error report*”, “sentinel events”, “errors”, “incidents”, “near miss reporting”, “near misses in nursing”, “avvik”, “medication errors”, “reporting culture” og “medication error reporting”. Disse ordene ble kombinert med den boolske operatoren “OR” i ulike kombinasjoner. I tillegg ble ordene “inhibit“, “barriers and facilitators”, “experience”, “perspectives”, “why”, “factors influencing” og “barriers” kombinert med operatoren OR. Deretter ble søkeordet “nurs*” og “nurse*” benyttet sammen med de tidligere ordene og operatoren ”AND”. Det henvises forøvrig til vedlegg 3 for en mer utfyllende oversikt.

3.3.3 Databaser

Databasene var tilgjengelige via nettsidene til biblioteket, gjennom søketjenesten “oria“. Databasene med størst relevans ble selektert til å være CINAHL, PubMed, google scholar, sykepleien.no og SveMed+. I søkeprosessen utelukket jeg SveMed+, da jeg ikke kunne finne tilstrekkelig med forskningsartikler innenfor det gitte temaet. På sykepleien.no avgrenset jeg søket ved å huke av for artikkeltype forskning. Jeg fant en artikkel som jeg valgte å ta med. Gjennom google scholar søkte jeg for å finne oversiktsartikler og for å få inspirasjon til videre søk gjennom databasene CINAHL og PubMed. PubMed hadde ikke like mange muligheter for avgrensninger, derfor valgte jeg CINAHL som database for resterende artikkelsøk. Her fant jeg fire av fem artikler.

3.3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tidsavgrensningen ble satt fra 2012 til 2022. Jeg valgte engelsk som hovedspråk, men ønsket også å finne norsk forskning. Jeg utelukket alt som ikke var fagfellevurdert forskning. Mange av artiklene ble utelukket på grunn av geografisk tilhørighet. Jeg ønsket primært studier fra land med et tilsvarende helsesystem som Norge. Underveis valgte jeg å sette geografisk begrensning ved å kun inkludere forskning fra Europa, Canada, Australia, USA, UK & Irland og Skandinavia. Dokumenttypen ble avgrenset til å gjelde empiriske originalartikler. En annen avgrensning var at studiene måtte belyses gjennom et sykepleieperspektiv. Likevel ble studier som også inkluderte leger eller farmasøytter tatt med. Jeg valgte å benytte meg av sykehus som

arena fordi jeg først antok at det ikke eksisterte like mye forskning innen kommunehelsetjenesten. Noe som bekreftes i boken om pasientsikkerhet av Aase (2018, s. 21) “...er det en kjensgjerning at forskjellen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale helsetjenester fortsatt er markant. Dette gjelder både i praktisk arbeid og i forskningslitteraturen i Norge“.

3.3.5 Utvalg av artikler

Jeg startet først å utelukke titler som ikke samsvarte med egen hensikt. Deretter leste jeg aktuelle abstrakt og så om IMRaD-strukturen ble fulgt. Jeg så videre på problemstillingen og at hensikten sammenfalt med det jeg ønsket å undersøke. Deretter så jeg på artiklenes metode og hvilket utvalg som var foretatt, da det var ønskelig å benytte både kvalitative og kvantitative artikler. Særlig studier som benyttet seg av spørreskjema og intervju for datainnsamling var aktuelle. Deretter så jeg på resultatet og at dette sammenfalt med egen hensikt. Jeg endte opp med 19 artikler i førsteutvalget. Videre leste jeg igjennom artiklene i sin helhet flere ganger og hadde særlig fokus på resultatdelen. Flere av artiklene ble ekskludert med bakgrunn i manglende relevans. Andre ble ekskludert på grunn av feil forskningsarena, da noen av artiklene omhandlet forskning fra sykehjem. Videre valgte jeg bort fire artikler med bakgrunn i geografisk tilhørighet. Jeg vurderte at forskning fra norske helseforetak ville styrke oppgaven, derfor ble to norske studier inkludert. Fem utvalgte studier utgjør det videre analysegrunnlaget hvorav to er kvalitative- og tre er kvantitative studier. Disse presenteres kort i tabell 2 nedenfor.

Tittel	Forfattere, land, årstall	Hensikt	Perspektiv	Metode	Utvalg
To report or not to report? Why some nurses are reluctant to whistleblow	L. Moore & E. McAuliffe Irland, 2012	Å fremme forståelse av rapporteringsatferd ved å utforske forskjellene mellom de som rapporterer hendelser og de som velger å ikke rapportere.	Sykepleieperspektiv	Eksplorativt kvantitativt forskningsdesign. Komparativ analyse. Tilfeldig klyngeutvalg. Data samlet inn via spørreskjema.	152 sykepleiere deltok i undersøkelsen. Data fra åtte akuttsykehus i Irland.
Varsling av avvik – en vanskelig balansekunst	Ulvund, I., Rokstad, A., M., M. & Vatne, S. Norge, 2016	Å beskrive faktorer som påvirker jordmødre- og psykiatriske sykepleieres varsling av avvik.	Sykepleieperspektiv	Kvantitativt design. Innsamling av data ved bruk av spørreskjema.	133 jordmødre og psykiatriske sykepleiere ved ti norske sykehus. Både kvinner og menn.
“Sociocultural Factors Influencing Incident Reporting Among Physicians and Nurses: Understanding Frames Underlying Self- and Peer-Reporting Practices”	Hewitt, T., Chreim, S. & Forster, A. Canada, 2017	Å se på rammene som fremmer og hemmer selvrapportering og kollega-rapportering (inkludert tverprofesjonell) blant leger og sykepleiere.	Lege- og sykepleieperspektiv	Kvalitativ kasstudie. Totalt 30 konfidensielle dybdeintervjuer av både leger og sykepleiere.	Totalt 30 informanter, 20 var sykepleiere. Måltrettet utvalg. Studien ble foretatt på en generell indremedisinsk avdeling ved et kanadisk sykehus.
Barriers to medication error reporting among hospital nurses	Rutledge, D., N., Retrosi, T. & Ostrowski, G. USA, 2018	Å kartlegge MER-barrierer blant sykehussykepleiere. (MER = Medical Error Reporting)	Sykepleieperspektiv	Kvantitativ metode, deskriptivt design. Datasamling via et 20-elements spørreskjema om MER-barrierer. Deltagerne ble rekruttert via e-post.	Totalt 359 respondenter fra 14 ulike avdelinger på et kommunalt sykehus i California. 91 % var kvinner. Majoriteten av respondentene (76 %) jobbet som kliniske sykepleiere.
Medication Errors and Safety Culture in a Norwegian Hospital	M. Waaseth, A. Ademi, M. Fredheim, M. A. Antonsen, N. M. B. Brox & E. C. Lehnbom Norge, 2019	Å identifisere barrierer for rapportering av legemiddelfeil på sykehus samt beskrive helsepersonellens syn på sykehusets sikkerhetskultur.	Lege- og sykepleieperspektiv	Kvalitativ tilnærming. Semistrukturerte intervjuer med 7 deltakere. Fenomenologisk analyse.	Strategisk utvalg av 2 leger, 4 sykepleiere og 1 farmasøyt ansatt ved ulike avdelinger ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Tabell 2: Litteratormatrise for utvalgte artikler

3.4 Analyse

Jeg benyttet meg av Fribergs analysemodell i arbeidet med datamaterialet. For å få en bedre helhetsforståelse leste jeg artiklene flere ganger. Deretter laget jeg en kort oppsummering over artiklenes innhold. Fribergs granskningsspørsmål ble brukt for å kvalitetsgranske artiklene (Friberg, 2017, s. 187 - 188). Deretter laget jeg en systematisk oversikt ved å fylle inn aktuell informasjon i en oversiktstabell. Se vedlegg 3 - 7. Videre sammenlignet jeg studiene med hverandre og identifiserte likheter og forskjeller. For å skape en helhetsoversikt over resultatene festet jeg Post-it lapper på en “stor tavle“ som inneholdt sterke og gjennomgående funn fra de fem artiklene. Dette forenklet arbeidet med å identifisere det som Friberg (2017) kaller “meningsbærende enheter“. Ut i fra tavlen kunne jeg også foreta datareduksjon. Jeg så etter nøkkelfunn som var sterke, gjennomgående og som sammenfalt med oppgavens hensikt.

Deretter laget jeg en tabell hvor jeg krysset av for like eller tilsvarende funn i samme kategori, kalt meningsbærende enheter. Se tabell 3 nedenfor.

Meningsbærende enheter	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Tid			X	X	X
Frykt	X	X	X	X	X
Usikkerhet	X	X	X	X	X
Lojalitet	X	X	X		X
Manglende støtte	X	X	X	X	X
Tverrprofesjonelle grenser		X	X		
Rapporteringssystemet		X		X	X
Respons på rapporteringsatferd		X		X	X

Tabell 3. Oversikt over meningsbærende enheter (Friberg, 2017, s. 178).

4.0 RESULTAT

Gjennom analysearbeidet ble det identifisert fem hovedkategorier og ti underkategorier. Hovedkategoriene er beskrevet i form av ulike barrierer og utdypes nærmere gjennom de ulike underkategoriene. Samtlige av de identifiserte barrierene er med på å beskrive hvorfor sykepleiere unnlater å rapportere uønskede hendelser og nesten-hendelser.

Hovedkategorier	Underkategorier
Fryktbarrieren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personlige konsekvenser ▪ Kollegiale relasjoner ▪ Represalier
Usikkerhetsbarrieren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uklart ansvarsområde ▪ Manglende støttestrukturer
Lojalitetsbarrieren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Det kunne ha vært meg» ▪ Tverrprofesjonelle grenser
Systembarrieren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manglende respons ▪ Rapporteringssystemet
Tidsbarrieren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumenteringsprosessen

Tabell 4: Barrierer for avviksrapportering

Underrapportering:

Samtlige studier avdekket forekomst av underrapportering (Moore & McAuliffe, 2012; Ulvund, Rokstad & Vatne, 2016; Hewitt, Chreim & Forster, 2017; Rutledge, Retrosi & Ostrowski, 2018; Waaseth, Ademi, Fredheim, Antonsen, Brox & Lehnbohm, 2019). En av fire sykepleiere valgte å ikke rapportere, til tross for høy bevissthet om sine etiske og juridiske plikter i studien til Moore & McAuliffe (2012). I studien til Ulvund et al., (2016) hadde 65 % av respondentene vært vitne til minst en uønsket hendelse. 51 % varslet hendelsen, mens 45 % varslet ikke. Av de som ikke varslet, svarte 77 % at de burde ha gjort det. Av de som hadde varslet svarte 11 % at de ikke ville ha gjort det igjen. I studien til Waaseth et al., (2019), ble underrapportering kommentert av en informant: "I think employees in the departments know that they should

report errors, but I think there is under-reporting of errors”. I studien til Rutledge et al., (2018) oppgir 19 % at det er mangel på en rapporteringskultur for legemiddelfeil.

4.1 Fryktbarrieren

Fryktbarrieren anses som det sterkeste og mest gjennomgående funnet i oppgaven (Waaseth et al., 2019; Rutledge et al., 2018; Hewit et al., 2017; Ulvund et al., 2016; Moore & McAuliffe, 2012).

4.1.1 Personlige konsekvenser

I tre av artiklene kommer det frem at deltakerne fryktet ulike former for personlige konsekvenser. Ulvund et al. (2016, s. 4) identifiserte at en fjerdedel vurderte faren for å miste jobben, før de varslet. Sykepleierne i studien til Hewit et al., (2017, s. 133) var også redde for å miste jobben, vist gjennom utsagnet: ”(Some think) “oh my God you made a medication error there’s one x on your evaluation or on your file ... The next x you’re gonna lose your job...” There’s still a lot of thinking about that”. En sterk barriere som ble avdekket av Hewit et al. (2017) var frykt for å få skylden. Denne frykten ble delt av både leger og sykepleiere. I studien til Rutledge et al. (2018, s. 1945) ble det avdekket at 33 % var redde for å få skylden og at 29 % var redde for disiplinære handlinger. Personliggjøring av et avvik og utforming av det som et spørsmål om inkompetanse var også en svært avskrekkende faktor, vist gjennom utsagnet: ”There’s a huge fear of blame and a huge culture of fear of being perceived as being incompetent” (Hewit et al., 2017, s. 132-133). Noen av deltakerne i studien til Hewit et al. (2017) var også bekymret for egen karriereprogresjon hvis de rapporterte avvik på egne feil. Da det viste seg å være et underliggende behov for å imponere beslutningstakerne lenger opp i systemet.

4.1.2 Kollegiale relasjoner

Fire av studiene avdekket en frykt for å skade kollegiale relasjoner. I studien til Ulvund et al. (2016, s. 5) oppgir 63 % at det å skade en kollega er en sannsynlig barriere for avviksrapportering. Hewit et al. (2017) avdekket en underliggende implikasjon om at rapportering bryter med sosiale normer og derfor bør unngås. “...If it was a medication error, some nurses get really offended if you [peer report]. They go “oh she wrote me up....”...” (Hewit et al., 2017, s. 133). Også Waaseth et al. (2019, s. 110) fant at deltakerne var engstelige for relasjonen til kolleger hvis de meldte i fra. Dette bekreftes også i studien til Rutledge et al.

(2018, s. 1945) hvor 27 % oppgir at de er redd for å miste respekten blandt kolleger. Et annet aspekt er hvordan den som rapporterer tror at andre oppfatter en: "I think it's a bit of a kind of knowing your colleagues might feel a certain way about you afterward if they figure out you did something or have an opinion about it and your reputation may be at stake" (Hewit et al., 2017, s. 133).

4.1.3 Represalier

Samtlige studier identifiserte "frykt for represalier" som en sterk barriere blant sine deltakere. I studien til Moore & McAuliffe (2012) ble deltakerne delt inn i to variabler basert på om de hadde valgt å rapportere et observert avvik eller ikke. Blant de som hadde rapportert avviket oppga 41 % at "frykt for represalier" likevel kunne stoppe dem fra å rapportere et avvik, mens hele 57 % av de som ikke rapporterte avviket oppga at dette var hovedgrunnen til at de valgte å ikke rapportere. "Frykt for represalier" var derfor den sterkeste barrieren for avviksrapportering totalt sett, hvor 47 % av samtlige respondenter oppga dette som en sannsynlig barriere (Moore & McAuliffe, 2012, s. 336-337). I studien til Ulvund et al. (2016, s. 5) oppga 25 % at de var "redd for gjengjeldelse eller straff" på spørsmål om hvilke faktorer som medvirket til å unnlate å varsle. Denne frykten blir også godt beskrevet gjennom sitatet til en lege i studien til Hewit et al. (2017): "There's a big culture among residents and med students and even staff I think there's still a stigma of reporting things because people are worried about being reprimanded and punished". Sykepleierne i den samme studien oppgir lignende fryktelement: "There would be a feeling of fault or backlash ... like a punishment associated with it if it's something that they feel could have been avoided" (Hewit et al., 2017, s. 132). I studien til Rutledge et al. (2018, s. 1945) oppgir 34 % at de "frykter søksmål eller å få ansvaret" som en sannsynlig barriere for avviksrapportering. Leger, og noen få sykepleiere, uttalte at rapportering hørtes ut som varsling og noe som kunne resultere i straff, i studien til Waaseth et al. (2019, s.109-110): "[Reporting] errors sounds like you are starting to report and denounce, it sounds like something which implies punishment, more than focus on quality improvement".

4.2 Usikkerhetsbarrieren

Samtlige studier avdekket ulike former for usikkerhet blant sine deltakere (Waaseth et al., 2019; Rutledge et al., 2018; Hewit et al., 2017; Ulvund et al., 2016; Moore & McAuliffe, 2012).

4.2.1 Uklart ansvarsområde

I studien til Hewit et al. (2017) skilles det på ”kollega-rapportering”, å rapportere et avvik gjort av en kollega, og ”egen-rapportering”, å skrive avvik på egne feil. En hemmer for ”kollega rapportering” er synet på at rapportering av avvik fra kollegaer ligger utenfor den enkeltes ansvarsområde. Dette ble bekreftet av noen av sykepleierne, som antydte at sykepleierrapportering er forbundet med disiplinering, en rolle som er forbeholdt ledelsen: ”It’s not really up to me to discipline another nurse. It’s not my job” (Hewit et al., 2017, s. 133). I studien til Waaseth et al. (2019, s. 109) kommer det også frem et ønske om at ledelsen skal ta et større ansvar: “There need to be a decree from the management that this is something we are supposed to do, or prioritize to do”.

4.2.2 Manglende støttestrukturer

Det var tre studier som avdekket en generell usikkerhet rundt selve avgjørelsen om å rapportere. På spørsmål om faktorer som medvirker til å unnlate å varsle oppgir 64 % at de er usikre på om de har rett, 53 % oppgir at det er umulig å bevise og 65 % uttrykker en bekymring for at det ikke er noen å diskutere saken med (Ulvund et al., 2016, s. 5). Moore & McAuliffe (2012, s. 337) identifiserte at 44 % av de som ikke rapporterte avvik oppga “ikke sikker på om det er det riktige å gjøre” som en rapporteringsbarriere. Informantene i studien til Waaseth et al. (2019) uttrykte også en usikkerhet rundt hva som skulle rapporteres som legemiddelfeil. De avdekket videre at medisineringsfeil som av en eller annen grunn ikke nådde eller påvirket pasienten, generelt ikke ble rapportert. Heller ikke medisineringsfeil som ble løst innen kort tid ble rapportert (Waaseth et al., 2019, s.110).

Manglende støtte fra kolleger og ledere virket også hemmende på rapporteringskulturen. I studien til Ulvund et al. (2016, s. 5) oppga 47 % at de “ikke ville blitt hørt”, 49 % oppga at de “var alene om sin mistanke” og 51 % oppga at “ingen ville støtte meg” i svar på faktorer som medvirket til å unnlate å varsle. Også 45 % oppga at “kollegaer ikke ville rådet meg til å varsle”. Legene, og noen av sykepleierne i studien til Waaseth et al., (2019) mente at det manglet engasjement for avviksrapportering på ledernivå, vist gjennom sitat som:

[...] show that reporting errors makes a difference. There also need to be emphasized that reporting errors are ok, and that we actually need to take the time to do it, because it is part of the daily improvement work. (Waaseth et al. 2019, s. 109 - 110)

Andre uttrykket bekymring for kvaliteten og tonen i tilbakemeldingene som ble gitt av ledelsen. Dersom sykepleiere hadde negativ erfaring med avviksrapporing fra tidligere, virket også dette hemmende på rapporteringsatferden, eksemplifisert med sitatet:

I'm sure the manager would say like "oh this is nonpunitive" ... I made an [error in a previous position]. She raised her voice and was pretty much angry and it made me very nervous. I'm like, "Oh wow, can't make mistakes here. (Hewit et al., 2017, s. 132)

Videre identifiserte både Rutledge et al. (2018) og Waaseth et al. (2019) en svak rapporteringskultur blant sine deltakere. 19 % oppgir at det er en mangel på rapporteringskultur for legemiddelfeil (Rutledge et al., 2018, s. 1945) og en informant uttalte at "yes, errors are reported, but I think far too few are reported, and I do not think there is a good environment for error reporting" (Waaseth et al., 2019, s.109).

4.3 Lojalitetsbarrieren

To av studiene avdekket en sterk lojalitet blant medarbeidere og at dette vanskeliggjør prosessen med kollega-rapporing (Ulvund et al., 2016; Hewit et al., 2017).

4.3.1 "Det kunne ha vært meg"

På spørsmål om erfaring med varsling avdekket Ulvund et al. (2016, s. 4) at 65 % av respondentene minst en gang hadde vært vitne til en uønsket hendelse som andre hadde forårsaket. Kun 51 % av disse varslet hendelsen, mens 45 % valgte å ikke varsle. Av de som ikke varslet, svarte 77 % at de burde ha gjort det. Lojaliteten til kollegaer virket sterkt hemmende på rapporteringskulturen og hele 68 % svarte at det var vanskelig å varsle når den aktuelle kollegaen er sykepleier. 42 % oppgir at de ville tenkt "det kunne ha vært meg" og 63 % ville ikke overdramatisere hendelsen (Ulvund et al., 2016, s. 5). Å rapportere en kollega anses som å sladre og å gå bak ryggen på noen. Det mente både legene og sykepleierne i studien til Hewit et al. (2017, s. 133). "I just keep on thinking that I am kind of going behind someone's back. That's why I don't like the idea". Det som likevel kunne medvirke til kollega-rapporing var hvis hendelsen var alvorlig nok:

"Interviewer:..Okay so you wouldn't write an incident report on another nurse?"
Nurse: "[Only if] there was something really bad ... if there was a threat to the patient ... it depends on the severity of the mistake" (Hewit et al., 2017, s. 132).

4.3.2 Tverrprofesjonelle grenser

En hemmende faktor på rapporteringskulturen kan knyttes til når en utøver fra en annen profesjon er involvert i avvikshendelsen. Dette kalles for den tverrprofesjonelle grenserammen i studien til Hewit et al. (2017). Her kommer det frem at leger generelt ikke vil rapportere det de mener er sykepleierrelaterte hendelser. For sykepleierne hadde legestatus en innflytelsesrik rolle og fikk derfor store implikasjoner for tverrprofesjonell rapportering (Hewit et al., 2017, s. 133). Sykepleierne oppga at “de ikke ville gå over” en stabslege og fokuserte heller på å rette opp problemet. Dette løste de ved å ringe den aktuelle legen eller snakke med andre personer, eksempelvis ledere eller farmasøyter. Illustrert med følgende utsagn fra en sykepleier: “...I’d call the doc and just get a verbal order ... or we’ll ask the pharmacist” (Hewit et al., 2017, s. 134). Det ble altså avdekket en sterk tendens til å holde seg innenfor sine faglige grenser når det gjaldt rapportering av kollegaer i studien til Hewit et al. (2017):

Maybe it’s just not part of our culture ... We’re just so used to thinking of ourselves as a unit in terms of nursing practices and nursing processes and we’re so used to dealing with issues within our own scope of practice that I don’t think many people think of [incident reporting] as being a tool for physician improvement as well. (Hewit et al., 2017, s. 134)

Studien til Ulvund et al. (2016, s. 5) avdekket også en sterk barriere mot å rapportere tverrprofesjonelt og fant at hele 63 % av respondentene oppga at det var vanskelig å varsle når kollegaen ikke er sykepleier.

4.4 Systembarrieren

Tre av studiene avdekket ulike former for systembarrierer, både når det kom til selve rapporteringssystemet og i form av manglende respons på de rapporterte avvikene (Ulvund et al., 2016; Rutledge et al., 2018; Waaseth et al., 2019).

4.4.1 Manglende respons

I studien til Ulvund et al. (2016, s. 5) oppgir 42 % av respondentene at “ingenting ville blitt gjort likevel” på spørsmål om faktorer som medvirker til å unnlate å varsle. Dette bekreftes også av respondentene i studien til Rutledge et al. (2018) hvor 19 % oppgir at “manglende tilbakemelding på medisineringsfeil som [tidligere] er rapportert” er en sannsynlig barriere for

avviksregistrering. Videre oppgir også 23 % at “manglende kunnskap om nytten med avviksrapportering” er en sannsynlig barriere (Rutledge et al., 2018, s. 1945).

Dette bekreftes også av en informant i studien til Waaseth et al. (2019):

The report is sent to the department manager, and then you might not hear anymore, you just hope that someone takes care of it. [...] in my experience, the only way to have something done about an error, is to do it yourself. (Waaseth et al., 2019, s.109)

Videre identifiserte studien at enkelte av de som hadde meldt et avvik, sjelden fikk tilbakemelding og at de derfor ikke gadd å sende inn flere (Waaseth et al., 2019, s. 110).

4.4.2 Rapporteringssystemet

Tre barrierer ble avdekket angående selve rapporteringssystemet i studien til Rutledge et al. (2018). 36 % oppgir at skjemaene som benyttes til avviksregistrering av medisineringsfeil er omfattende og tidkrevende. 18 % oppgir at mangel på et anonymt rapporteringssystem er en barriere og 11 % oppgir at rapporteringssystemet er lite tilgjengelig (Rutledge et al., 2018, s. 1945). Disse barrierene bekreftes også i studien til Waaseth et al. (2019) hvor det oppgis av samtlige informanter at et lite intuitivt rapporteringssystem er en viktig barriere for avviksrapportering. Enkelte har heller ikke fått tilgang til systemet, eksempelvis studenter og vikarer. Systemet oppgis å være tungvint og lite brukervennlig. Informantene etterlyste også en mer systematisk opplæring og pekte på at det var en mangelfull opplæring i bruk av systemet (Waaseth et al., 2019, s. 110). Informantene kom med følgende tre sitater angående rapporteringssystemet: “I actually started to report an error, but it was so cumbersome and I understood so little of the report form that I discontinued”, “I do not think it is intuitive and it is too difficult to use” og “I think Docmap has a poor reputation when it comes to finding procedures” (Waaseth et al., 2019, s. 109).

4.5 Tidsbarrieren

Tre artikler nevner tid som en spesifikk barriere for avviksrapportering (Waaseth et al., 2019; Rutledge et al., 2018; Hewit et al., 2017).

4.5.1 Dokumenteringsprosessen

I studien til Waaseth et al. (2019, s. 110) kommer det frem at det ofte var lite tid til å dokumentere avvik i løpet av vekten. Noen ble bedt av sine ledere om å rapportere i rolige

perioder eller i løpet av neste skift. Dette medførte at feilen ofte ble glemt og heller ikke rapportert. Tidsbarrieren bekreftes gjennom utsagn som: "...there also need to be emphasized that reporting errors are ok, and that we actually need to take the time to do it, because it is part of the daily improvement work" (Waaseth et al., 2019, s 109). I studien til Rutledge et al. (2018, s. 1943) oppga 48 % av sykepleierne at ekstra tid involvert i dokumentering var en sannsynlig barriere og 30 % syntes det var en lang og tidkrevende rapporteringsprosess. Hewit et al. (2017, s. 130 – 131) avdekket også at deltakerne oppga utilstrekkelig tid som en viktig rapporteringsbarriere.

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode

Jeg har tilstrebet et kritisk, grundig og nøytralt artikkelutvalg ved å være bevisst min egen forståelse. Likevel kan det ikke utelukkes at andre sannsynligvis kunne fått et annet resultat ved bruk av samme metode. I ettertid kan det vurderes hvorvidt det var hensiktsmessig å inkludere fem artikler, med bakgrunn i oppgavens omfang og ordbegrensning. Siden det medførte et omfattende analysearbeid og en relativt stor resultat-del. Dette kan sies å ha vært en utfordring gjennom arbeidet med bacheloroppgaven. Valget med å inkludere fem artikler medførte likevel et større datagrunnlag og jeg tenker at integrativ litteraturoversikt som metode, har vært tilstrekkelig for å kunne besvare oppgavens hensikt. Det må presiseres at fire av fem artikler var engelskspråklige, derfor kan noe av meningsinnholdet ha forsvunnet bort i oversettelsen. Jeg har tilstrebet nøyaktig oversettelse og benyttet operasjonalisering av ord, der jeg har funnet det hensiktsmessig. Årsaken til dette er at studiene opprinner fra forskjellige land og av den grunn anvender ulik terminologi. Det har derfor vært nødvendig med operasjonalisering for å kunne presentere meningsinnholdet og resultatene på en oversiktlig og logisk måte. Begrepsavklaringene anses likevel å være valide og gyldige, da jeg synes at de har vært entydige, klare og nøyaktige (Grønmo, 2020).

En svakhet med studien er at omfanget av nesten-hendelser ikke er like godt kartlagt, da litteraturen hovedsakelig har omfattet uønskede hendelser. Likevel har jeg vurdert at resultatene er gyldige og relevante, siden jeg også anser de identifiserte barrierene som aktuelle for rapportering av nesten-hendelser.

5.1.2 Kildekritikk

Artikkelutvalg

I oppgaven ønsket jeg å benytte både kvantitativ- og kvalitativ forskning. Grunnen til dette var at jeg ville belyse hensikten gjennom et sykepleieperspektiv med vekt på både erfaringer og holdninger, men samtidig også se på forekomst og utbredelse. Gjennom de kvalitative studiene fikk jeg derfor dybdekunnskap om sykepleierne sine erfaringer og holdninger, mens de

kvantitative studiene belyste forekomst og årsakssammenheng. De tre kvantitative studiene benyttet spørreskjema som datainnsamlingsmetode, mens de to kvalitative studiene benyttet henholdsvis semistrukturert intervju og dybdeintervju. Det som kan sies å være ulempen med spørreskjema som datainnsamlingsmetode, er at svarene forblir konkrete ut i fra de forhåndsutvalgte spørsmålene. Det gis derfor ikke rom for å utforske meningsinnholdet videre, noe som eventuelt kunne gitt en større innsikt i selve problemområdet. Dette kan sies å være styrken ved de kvalitative studiene med intervju som datainnsamlingsmetode. Her har forskeren mulighet til å utforske informantenes utsagn ved å komme med oppfølgingsspørsmål for nærmere utdypelser. Ulempen med å være direkte involvert er at det må erkjennes at forskeren kan ha en viss påvirkningskraft på informantene og derfor også på resultatene. Målet med å anvende kvantitativ- og kvalitativ forskning har vært å oppnå mest mulig fullstendig data. Jeg synes således at studiene har utfylt hverandre og derfor har egnet seg godt for å kunne besvare oppgavens hensikt.

I forbindelse med det systematiske litteratursøket kan det tenkes at både valg av søkeord og databaser kan ha medført begrensninger i artikkel-utvalget. I de kvantitative studiene hadde ingen av forskerne valgt å legge ved spørreskjemaet, noe som anses som en ulempe. Likevel ble samtlige spørreskjema pilottestet og kvalitetsgransket i forkant. Dette ble derfor vurdert som en styrke for resultatenes validitet. Det var også utfordrende å skulle vurdere resultatenes reliabilitet med bakgrunn i at resultatene antakeligvis kunne blitt annerledes dersom målingene ble foretatt ved andre sykehus eller avdelinger. I de kvalitative studiene kom det også frem at det var erfaringsmessige variasjoner med avviksrapportering blant de ulike avdelingene. Likevel vil jeg trekke frem at resultatene i samtlige studier viser generelle tendenser, noe som kan sies å være troverdig, generaliserbart og i overensstemmelse med virkeligheten.

Forskernes bakgrunn

Som en del av kvalitetsgranskningen valgte jeg å se på forskernes bakgrunn. Her fant jeg at samtlige forskere hadde relevant bakgrunn for temaet. Samtlige artikler hadde minimum to forfattere og flere av artiklene var publisert i anerkjente tidsskrift.

Utvalg

Resultatene i oppgaven er basert på data fra totalt 681 deltakere i de fem studiene. I to av studiene inngikk også leger og farmasøyter i utvalget (Hewitt et al., 2017; Waaseth et al., 2019).

Hovedvekten av deltakerne var sykepleiere hvor noen jobbet som sykepleieledere og andre som spesialsykepleiere. Likevel vurderte jeg at dette var relevant i forhold til oppgavens hensikt siden også disse gruppene har erfaring med avviksrapportering. Det kan likevel tenkes at spesialsykepleiere og leger sitter med en annen type kompetanse og erfaring innen avviksrapportering, noe som potensielt kan ha påvirket resultatene.

For at resultatene skulle representere et sykepleieperspektiv valgte jeg hovedsakelig å bare inkludere utsagn fra sykepleiere i den kvalitative studien til Hewitt et al., (2017). En svakhet i den kvalitative studien til Waaseth et al., (2019) var at det ikke fremgikk hvem av informantene som kom med de ulike utsagnene. Derfor kan noe av resultatene være basert på utsagn fra to leger og en farmasøyt. Tre av studiene foretok datainnsamling fra kun ett sykehus (Hewitt et al., 2017; Rutledge et al., 2018; Waaseth et al., 2019). Likevel anser jeg utvalget som representativt siden resultatene i de fem studiene viste seg å være relativt like, uavhengig av utvalget. Noe som kan indikere at underrapportering er en utfordring i flere land, ved ulike sykehus, på forskjellige avdelinger, og på tvers av profesjoner.

Forskningsarena

Det kan antas at uønskede hendelser og nestenhendelser forekommer på alle sykehusavdelinger, derfor valgte jeg ikke å avgrense forskningsarenaen ytterligere. To av studiene er utført ved ulike sykehusavdelinger i Norge. Herunder avdelinger ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (Waaseth et al., 2019) og ved ti norske sykehus fra ulike føde- og barselavdelinger samt psykiatriske avdelinger (Ulvund et al., 2016). De resterende studiene er fra Irland, Canada og USA. Studien fra Irland ble gjennomført ved åtte akuttsykehus i ulike regioner. Informantene i den kanadiske studien ble rekruttert fra en generell indremedisinsk avdeling ved et kanadisk sykehus. Respondentene i den amerikanske studien arbeidet på 14 ulike avdelinger ved et magnet-akkreditert kommunalt sykehus i California. Magnet-sykehus er beskrevet nærmere i vedlegg 6. På grunn av variasjoner i studienes geografiske tilhørighet kan det ikke utelukkes at resultatene kan ha blitt påvirket av forskjeller i kultur, organisering, ledelse og yrkesutøvelse. Likevel anser jeg studiene som representative, med bakgrunn i at resultatene stemmer godt overens med egen erfaring fra praksis og at det er samsvar mellom de to norske studiene og de resterende studienes resultater. Jeg har derfor konkludert med at resultatene er relevante for et norsk helsevesen.

Etiske overveielser

Etiske forhold ble ivaretatt ved at deltakerne mottok skriftlig informasjon i forkant. De ble selektert basert på frivillig samtykke og kunne hele tiden trekke sin deltakelse eller unnlate å svare. Opplysningene ble behandlet fortrolig og kunne ikke spores tilbake siden samtlige studier ble anonymisert.

5.2 Resultatdiskusjon

Her vil jeg diskutere resultatene og belyse hovedfunnene gjennom oppgavens teorikapittel, aktuell litteratur og gjennom egne refleksjoner og erfaringer.

5.2.1 Fryktbarrieren: Et juridisk- og etisk veiskille

Fryktbarrieren var det sterkeste og mest gjennomgående funnet i oppgaven. Frykten var basert på bekymringer for juridiske konsekvenser, kollegiale relasjoner og ulike former for represalier. Slike fryktelement ble også identifisert i studien til Woo & Avery (2021). Her kom det frem at sykepleierne ble konfrontert med negative følelser under og etter avviksrapporteringen. De som valgte å ikke rapportere opplevde angst i forbindelse med avgjørelsen (Woo & Avery, 2021). Det kan derfor tenkes at valget om å rapportere bygger på komplekse individuelle vurderinger som potensielt kan medføre store emosjonelle-, personlige-, kollegiale-, juridiske- og yrkesrelaterte konsekvenser.

Frykt for represalier ble funnet å være en sterk barriere for avviksrapporteringen, noe som kan tyde på en fryktkultur. En slik kultur kjennetegnes ved at det heller fokuseres på at enkeltpersoner er årsaken til feil i stedet for å se det i sammenheng med ulike systemfeil. Eksempler på systemfeil kan være lange og travle vakter, at medarbeidere har fått utilstrekkelig opplæring eller at utstyret er mangelfullt, utdatert eller ødelagt (Kvalnes, 2010, s. 32). Arbeidsgiver er også pålagt et særskilt ansvar når arbeidstakere varsler. Herunder å sørge for at den som varsler har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø og ved å sørge for tiltak som forebygger gjengjeldelse (AML, 2005, § 2 A). Sykepleiere er således beskyttet av lov i forbindelse med varsling, men hvorvidt dette praktiseres av organisasjonene eller ikke, vites ikke. Frykten for å skade kollegiale relasjoner virket også sterkt hemmende på rapporteringskulturen. Det kan tenkes at det å rapportere en kollega anses som å bryte med sosiale normer og at ivaretagelse av kollegiale relasjoner settes høyt av sykepleiere.

Fordi sykepleiere både er underlagt juridiske- og etiske plikter kan det også tenkes at dette virker forsterkende på den opplevde fryktbarrieren. Siden det i realiteten er en sannsynlighet for å kunne bli stilt juridisk ansvarlig eller å bli utsatt for sanksjoner fra egen yrkesorganisasjon eller kollegaer. Likevel må det presiseres at det er svært sjelden at sykepleiere blir utsatt for profesjonsmessige sanksjoner, herunder begrensninger- eller tilbakekalling av autorisasjon (Molven, 2016, s. 250). Dersom det reises straffesaker er det som oftest i forbindelse med grov uaktsomhet. Når det gjelder erstatningsrettslige reaksjoner er også dette svært sjeldent siden det i praksis er Norsk Pasientskadeerstatning som får det økonomiske ansvaret.

At arbeidsgiver har anledning til å benytte arbeidsrettslige reaksjoner, eksempelvis oppsigelse, advarsel eller irettesettelse, kan også tenkes å medvirke til underrapportering (Molven, 2016, s. 248 – 249). Likevel er det kun dersom arbeidsgiver finner det hensiktsmessig å reagere. Med bakgrunn i Banduras sosialkognitive læringsteori (se vedlegg 1), kan det derfor vurderes hvorvidt en slik reaksjon vil være hensiktsmessig. Det kan tenkes at en slik reaksjon vil kunne medføre negativ personlig erfaring og negativ fysiologisk feedback for den som er involvert i det aktuelle avviket. Dette vil kunne påvirke mestringsforventningen, som igjen påvirker intensjonen, atferden og mestringserfaringen negativt. Dette vil tilslutt kunne medføre redusert mestringsforventning og om atferden da knyttes til avviksrapportering, kan det tenkes at dette vil bidra til å underbygge en kultur for underrapportering. Gjennom observasjonslæring kan det også påvirke resultatforventningen i resten av arbeidsmiljøet, ved at det erfares at en slik rapporteringsatferd straffes og derfor bør unngås (Larsen & Gammersvik, 2012, s. 152).

5.2.2 Usikkerhetsbarrieren: Organisasjonskulturen påvirker enkeltindividet

Forskjellige usikkerhetsmoment ble identifisert i samtlige studier. De omhandlet manglende støtte fra ledelse og kollegaer, usikkerhet rundt avgjørelsen om å rapportere eller ikke, hvilke avvik som skulle rapporteres og en svak rapporteringskultur. Det ble også avdekket at nesten-hendelser ikke ble like hyppig rapportert. Dette stemmer godt overens med egen erfaring fra praksis og det bekreftes også i studien til Woo & Avery (2021, s. 456), hvor sykepleierne vurderte avvikets alvorlighetsgrad før de eventuelt valgte å rapportere. Å unnlate å rapportere kan sies å komme i strid med sykepleierens juridiske- og etiske forpliktelser ved at de både er pålagt gjennom Helsepersonelloven § 17 og yrkesetiske retningslinjer å skulle melde fra eller varsle om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet (HPL, 1999, § 17). Sykepleierne har også et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. De yrkesetiske retningslinjene beskriver også sykepleieren sin rett til å forvente

respekt og støtte fra kollegaer og arbeidsgivere når det meldes fra (Norsk sykepleierforbund, 2022). Mye tyder på at det ikke er like enkelt i praksis. Det kan derfor tenkes at sykepleiere jevnlig opplever å stå overfor ulike juridiske- og etiske utfordringer i forbindelse med avgjørelsen om å rapportere, særlig dersom de mangler støttestrukturer, gode rollemodeller og klare retningslinjer i arbeidsmiljøet.

Dette kan også forklares gjennom teorien til Ajzen om planlagt atferd (se figur 1), hvor intensjonen påvirkes av tre faktorer. Faktorene utgjør holdninger i miljøet, normativt press fra omgivelsene og hvordan omgivelsene aksepterer eller tilrettelegger for atferden. Hvis intensjonen tenkes å omhandle vurderingen om hvorvidt en skal rapportere eller ikke, vil dette kunne påvirkes av den eksisterende rapporteringskulturen, manglende støtte fra kollegaer og ledere samt de ulike responsene en møter i etterkant av selve avgjørelsen. Slik sett påvirker faktorene intensjonen, avgjørelsen om å rapportere eller ikke, enten positivt eller negativt. Noe som understøtter påstanden om at negative faktorer i rapporteringskulturen, i arbeidsmiljøet og ved ledelsen kan anses som bidragsyttere til underrapportering. Denne påstanden stemmer også godt med egen erfaring fra praksis.

I en undersøkelse utført av Norsk sykepleierforbund oppgir 72 prosent av sykepleierne at de det siste året har vurdert å slutte som sykepleier eller å skifte arbeidsplass. Av de ulike årsakene oppgir 51 % at “lite tid og rom for faglige diskusjoner med kollegaer” er en medvirkende faktor og nesten 60 % oppgir “den psykiske belastningen” som en annen faktor (NSF, 2021). Dette kan belyse funnet i denne studien, om det underliggende behovet for å ha ulike støttestrukturer i arbeidsmiljøet. Dette ble også bekreftet i studien til Woo & Avery (2021). Hvor det var et ønske om å kunne ha åpne diskusjoner rundt avvik og at organisasjonen skulle fremme et trygt arbeidsmiljø preget av en rettferdig og åpen kultur. For å kunne avdekke organisasjonskulturen ved en arbeidsplass kan Kvalnes (2010) sin modell for ulike kulturdimensjoner trekkes frem (se figur 3). Modellen kan gi viktige indikasjoner på hva som eventuelt trengs å forsterkes og forbedres. Dersom det vektlegges forbedringstiltak innen de seks ulike kulturtrekkene, kan det tenkes at dette vil være med på å fremme en positiv rapporteringskultur. Dersom også tilsynsmyndighetene, helseforetakene, ledere og sykepleiere vedkjenner seg egen feilbarlighet og velger å gå bort fra vektlegging av individuell skyld som eneste årsak til feil. Kan dette potensielt bidra til å skape en rettferdig og åpen organisasjonskultur som vil kunne fremme avviksrapportering blant sykepleiere.

5.2.3 Lojalitetsbarrieren: Å bryte med sosiale normer

Den sterke lojaliteten blant sykepleiere vanskeliggjør prosessen med å rapportere en kollega. Det kan tenkes at en slik handling anses som å bryte med sosiale normer og at det derfor kan sette det kollegiale arbeidsforholdet i fare. Dette ble også funnet å være en barriere i studien til Woo & Avery (2021). De yrkesetiske retningslinjene beskriver sykepleierens ansvar overfor kollegaer ved at de skal være til støtte i vanskelige situasjoner, men at dette ikke skal være til hinder for å ta opp brudd på faglige, etiske eller kollegiale normer (NSF, 2022). Selv om rapportering av en kollega ble ansett som sladring, kom det likevel frem at sykepleierne valgte å rapportere dersom hendelsen var alvorlig nok (Hewit et al., 2017). Dette kan tyde på at sykepleierne har et underliggende engasjement for pasientsikkerhet, ansvarlighet og kvalitetsforbedring, men at dette må balanseres med hensyn til ivaretagelse av kollegiale relasjoner og sosiale normer. De opplevde barrierene for tverrprofesjonell rapportering synes også å falle inn under slike hensyn.

5.2.4 Systembarrieren: Underliggende læringsbehov og ineffektive rapporteringssystem

Manglende respons eller tilbakemeldinger ble funnet som en sannsynlig barriere for avviksrapportering. Woo & Avery (2021) identifiserte også et behov for respons i form av konstruktive tilbakemeldinger. Det kan derfor tenkes at det underliggende behovet i denne barrieren er knyttet til et ønske om forbedring av praksis og læring av feil. Aase (2018, s. 109) skriver i sin bok om pasientsikkerhet at flere “forskningsstudier bekrefter at ideelle læringsforhold knyttet til uønskede hendelser ikke fullt ut er tilstede i helsetjenestene per i dag”. Videre peker hun på helsepersonells frustrasjon over manglende respons på rapporterte uønskede hendelser.

Gjennom Banduras sin sosialkognitiv læringsteori kan dette forstås som at rapporteringen, atferden, er avhengig av positiv forsterkning, for at atferden skal gjenta seg. Med andre ord, dersom sykepleiere opplever at avviksrapporteringen har nytteeffekt, eksempelvis i form av ulike læringstiltak eller kvalitetsforbedringstiltak, vil dette kunne fremme en positiv rapporteringskultur og vice versa dersom responsen uteblir. WHO belyser også helsevesenets tilsynelatende svikt i å lære av sine feil. Når feilen først har oppstått, mangler det både initiativ og gode systemer for å kunne dele disse erfaringene mellom helsepersonell og helseforetak. WHO poengterer videre at et effektivt rapporteringssystem anses som hjørnesteinen i sikker praksis (WHO, 2005, s. 7).

Selve rapporteringssystemet ble funnet å være en viktig barriere for avviksrapportering av samtlige informanter i den norske studien til Waaseth et al., (2019). Her ble docmap trukket frem som et tungvint og lite brukervennlig rapporteringssystem og at studenter og vikarer ikke hadde fått tilgang til systemet. Dette stemmer godt overens med egen erfaring fra praksis. Det kan også vurderes hvorvidt dette bryter med arbeidsmiljølovens § 2 A, som angir innleide arbeidstakere sin rett til å kunne varsle om kritikkverdige forhold. Når de da ikke har tilgang til systemet, mister de også denne muligheten til å varsle.

5.2.5 Tidsbarrieren: Prioriteringsutfordringer

Denne barrieren ble godt dokumentert i tre av fem studier. Utfordringene synes å ligge i at sykepleiere generelt har et travelt arbeidsmiljø, hvor arbeidsoppgavene stadig må prioriteres. Derfor kan det tenkes at avviksrapportering havner lenger ned på prioriteringslisten, blir utsatt, glemt og derfor aldri rapportert. En kan også anta at dersom ledelsen nedprioriterer kvalitetsforbedringsarbeid, vil dette smitte over på resten av arbeidsmiljøet og kunne bidra til underrapportering. Dette stemmer med egen erfaring fra praksis. I studien til Woo & Avery (2021) ble det identifisert at omfattende arbeidsforpliktelser var en sterk årsak til at avviksrapportering ble nedprioritert. Aase (2018, s. 109) henviser også til en norsk forskningsstudie fra 2012 som beskriver travle vakter kombinert med en tidkrevende rapporteringsprosedyre, som årsak til underrapportering.

6.0 AVSLUTNING

6.1 Oppsummering

Til tross for at avviksrapportering er en del av sykepleierens juridiske- og etiske ansvarsområde har denne litteraturstudien identifisert ulike barrierer som medvirker til underrapportering. Forekomsten av underrapportering skyldes en blanding av komplekse personlige-, relasjonelle- og organisatoriske barrierer i tillegg til at sykepleiere møter ulike systemutfordringer. Valget om å rapportere bygger på komplekse individuelle vurderinger som potensielt kan medføre store emosjonelle-, personlige-, kollegiale-, juridiske- og yrkesrelaterte konsekvenser. Rapporteringskulturen påvirkes av kulturtrekk i arbeidsmiljøet, hvilke konsekvenser rapporteringsatferden får og hvordan ledelse og organisasjon velger å fokusere på grunnleggende feiltyper.

6.2 Fremtidig forskning

- Hvordan læring suksessfullt implementeres etter uønskede hendelser
- Kartlegge omfanget av underrapportering av nesten-hendelser
- Å kartlegge suksessfaktorer for et godt rapporteringsmiljø – Identifisere en gullstandard til etterfølgelse
- Å kartlegge hvor mange sykepleiere som velger å slutte i yrket i forbindelse med opplevelser knyttet til uønskede hendelser og nesten-hendelser

6.3 Implikasjoner for praksis

For utfyllende beskrivelse av resultatenes implikasjoner for praksis, se vedlegg 8.

Referanser

- Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget
- Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_2
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave. 2 opplag). Oslo: Gyldendal
- Dahlum, S. & Grønmo, S. (2020). Operasjonalisering. *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/operasjonalisering>
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg. ed.). Stockholm: Natur & kultur.
- Gagnon, D. (2021, 5. november). What is a magnet hospital? Hentet fra <https://www.snhu.edu/about-us/newsroom/health/what-is-a-magnet-hospital>
- Grønmo, S. (2020, 26. august). Operasjonalisering. *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/operasjonalisering>
- Helsedirektoratet. (2021, 7. juli). Pasientsikkerhetskultur. Hentet fra <https://www.itryggeghender24-7.no/ledelse-og-kultur/pasientsikkerhetskultur>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Hewitt, T., Chreim, S., & Forster, A. (2017). Sociocultural Factors Influencing Incident Reporting Among Physicians and Nurses: Understanding Frames Underlying Self- and Peer-Reporting Practices. *Journal of Patient Safety*, 13(3), 129–137. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000130>
- Kvalnes, Ø. (2010). *Det feilbarlige menneske : Risiko og læring i arbeidslivet*. Oslo: Universitetsforlag.
- Larsen, T., & Gammersvik, Å. (2012). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlag

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal juridisk.

Moore, L. & McAuliffe, E. (2012). To report or not to report? Why some nurses are reluctant to whistleblow. *Clinical Governance: An International Journal*, 17(4), 332–342.

<https://doi.org/10.1108/14777271211273215>

Norsk sykepleierforbund. (2022, 18. oktober). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Norsk sykepleierforbund. (2021, 16. august). Sykepleiere vurderer å slutte eller skifte jobb.

Hentet fra <https://www.nsf.no/artikkel/sykepleiere-vurderer-slutte-eller-skifte-jobb>

Riksrevisjonen. (2016). *Undersøkelse av helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser*. (Del av Dokument 3:2 (2016-2017)). Hentet [23/10-22] fra

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/undersokelse-av-helseforetakenes-handtering-av-uonskede-hendelser.pdf>

Rutledge, D. N., Retrosi, T., & Ostrowski, G. (2018). Barriers to medication error reporting among hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(9–10), 1941–1949. <https://doi.org/10.1111/jocn.14335>

Siterte sitater. (2022, 31. oktober). Feil. Hentet fra

<https://www.ordtak.no/index.php?emne=Feil&vis=sitat&side=4>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten. (2021, 8. november). Kan meldekultur påvirke pasientsikkerheten? Hentet fra <https://ukom.no/nyheter/kan-meldekultur-pavirke-pasientsikkerheten>

Tajik, A., A. (2019) Fra skyld og skam til læring og forbedring. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 139(18). [10.4045/tidsskr.19.0557](https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0557)

Ulvund, I., Rokstad, A.-M. M., & Vatne, S. (2017). Varsling av avvik -- en vanskelig balansekunst. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*, 1–10.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.58904>

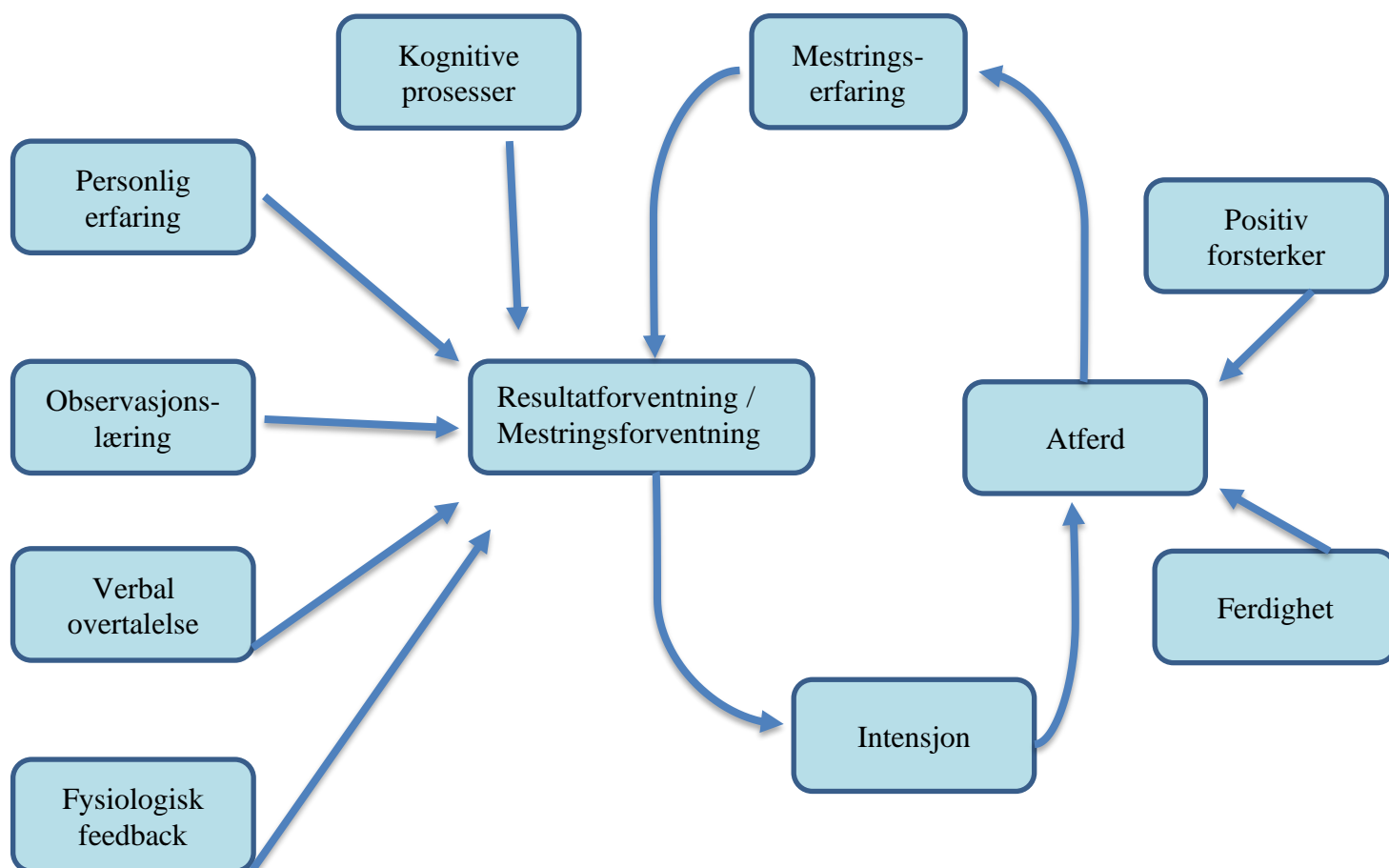
Waaseth, M., Ademi, A., Fredheim, M., Antonsen, M. A., Brox, N. M. B., & Lehnbohm, E. C. (2019). Medication Errors and Safety Culture in a Norwegian Hospital...Context Sensitive Health Informatics (CSHI) Conference, August 23-24, 2019, Lille, France. *Studies in Health Technology & Informatics*, 265, 107–112. <https://doi.org/10.3233/SHTI190147>

WHO (2005). World alliance for patient safety: *WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>

Woo, M., & Avery, M. J. (2021). Nurses' experiences in voluntary error reporting: An integrative literature review. *International journal of nursing sciences*, 8(4), 453–469. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.07.004>

Vedlegg

Vedlegg 1: Banduras sosialkognitive modell



Personlig erfaring: Positive erfaringer gir økt mestringsforventning, negative gir motsatt.

Observasjonslæring: Å bruke andre likesinnede for å lære nye atferder/kopiere atferd.

Verbal overtalelse: Av rollemodeller, eks. v/faglig tyngde, som påvirker tanker og holdninger.

Fysiologiske feedback: Følelsesmessig aktivering. Positive følelser gir optimisme, negative motsatt.

“Når tro på egen **mestring** øker, vil **intensjonen** om å gjennomføre atferden også øke, dermed er det mer sannsynlig at **atferd** gjentas og integreres som handlingsmåte” (Larsen & Gammersvik, 2012, s. 153).

Vedlegg 1: Banduras sosialkognitive modell - kilder til påvirkning (Larsen & Gammersvik, 2012, s. 152)

Vedlegg 2: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
14/9 - 22	CINAHL	Nurse AND adverse events	Forskningsartikkel Fagfelleverdert År: 2012 - 2022	2602	0	0	0
14/9 - 22	CINAHL	Adverse events AND nurse AND experience AND barriers AND patient safety	Forskningsartikkel Fagfelleverdert År: 2012 - 2022	13	4	0	0
14/9 - 22	Svemed+	Uønskede hendelser AND sykepleier	År: 2012 – 2022 Fagfelleverdert	0	0	0	0
14/9 - 22	Svemed+	Adverse events AND nurse	År: 2012 – 2022 Fagfelleverdert	5	3	1	0
14/9 - 22	PubMed	Adverse events AND nurse	Forskningsartikkel År: 2012 – 2022 Fagfelleverdert	3069	0	0	0
14/9 - 22	PubMed	Adverse events AND nurse AND experience AND barriers	År: 2012 – 2022 Fagfelleverdert	40	6	2	0
14/9 - 22	PubMed	adverse events OR error reporting OR near misses AND nurs* AND barriers OR experience	År: 2012 – 2022 Fagfelleverdert Engelsk	482 148	0	0	0
14/9 - 22	CINAHL	Factors influencing AND Incident reporting OR incident report OR incident reports AND nurse OR nurses OR nursing	Forskningsartikkel Fagfelleverdert År: 2012 - 2022	17	8	3	1
15/9 - 22	sykepleien.no	Avvik	Forskningsartikkel Fagfelleverdert	89	11	4	1
15/9 - 22	CINAHL	Barriers and facilitators OR inhibit OR why AND reporting culture OR adverse events OR sentinel events OR errors OR incidents OR near miss reporting OR near misses in nursing OR incident reporting* AND nurs*	Forskningsartikkel Fagfelleverdert År: 2012 – 2022 Abstrakt tilgjengelig Geografi begrenset til: Europa	98	10	4	1

15/9 - 22	CINAHL	Barriers AND Medication errors OR medication error reporting AND Nurse*	Forskningsartikkel Fagfelleverdert År: 2012 – 2022 Abstrakt tilgjengelig - Språk: Engelsk	80	15	5	2
-----------	--------	--	--	----	----	---	---

Vedlegg 3: Oversiktstabell artikkel 1

Artikkel nr. 1	
Tittel	To report or not to report? Why some nurses are reluctant to whistleblow
Land/årstall	Irland, 2012
Tidsskrift	Clinical Governance: An International Journal
Forfattere	L. Moore & E. McAuliffe
Problem	Hvorfor er det noen sykepleiere som rapporterer avvik mens andre ikke gjør det? Studien er et forsøk på å få ytterligere innsikt i hva det er som hindrer sykepleiere i å rapportere når de observerer avvik.
Hensikt	Forfatterne tar sikte på å fremme forståelsen av rapporteringsatferd ved å utforske forskjellene mellom de som rapporterer hendelser og de som velger å ikke rapportere.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Utvalg / populasjon	Data fra åtte akutt sykehus i Health Services Executive (HSE)-regioner i Irland – to sykehus fra hver av de fire regionene og helsepersonell på tre avdelinger innenfor hvert sykehus. 152 sykepleiere deltok i undersøkelsen. Utvalget tilsvarer omtrent 17 % av hver HSE-region i Irland.
Metode	Eksplorativt kvantitativt forskningsdesign. Komparativ analyse. Tilfeldig klyngeutvalg. Data samlet inn via spørreskjema.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 88 prosent av sykepleierne hadde observert en uønsket hendelse eller nesten uhell i løpet av de siste 6 månedene, bare 70 prosent hadde rapportert. ▪ 99 % (n=150) svarte at det å rapportere er til «pasientens beste» og at dette virket fremmende på rapporteringskulturen. ▪ 96 % (n=146) av samtlige respondenter mente at det var deres «etiske plikt» å rapportere. ▪ 56 % (n = 85) av samtlige respondenter ønsket anonym rapportering ▪ Ën av fire sykepleiere valgte å ikke rapporterte, til tross for høy bevissthet om sine etiske plikter. ▪ "Frykt for represalier" var den sterkeste hemmende faktoren <p>Barrierer som oppgis å virke hemmende på rapporteringskulturen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frykt for represalier - Ønske om å ikke skape problemer - Ville ikke blitt hørt/lyttet til - Usikkerhet om det er riktig å rapportere
Konklusjon	Studien antyder at den konstante konflikten mellom sykepleiers etiske plikt overfor pasienter, lojalitet til kolleger og hensyn til egen jobb og karriere fortsatt er en realitet i Irland. Studien konkluderer videre med at ledere og beslutningstakere innenfor helsevesenet må gi mer trygghet for personalet og sette inn bedre tiltak for å beskytte ansatte mot negative konsekvenser som kan oppstå fra rapportering. For å øke rapporteringsnivået blant sykepleiere i Irland, må en ta tak i nøkkelfaktorene som hemmer rapporteringskulturen.

Vedlegg 4: Oversiktstabell artikkel 2

Artikkel nr. 2																					
Tittel	Varsling av avvik – en vanskelig balansekunst																				
Land/årstall	Norge/Australia, 2016																				
Tidsskrift	Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning																				
Forfattere	Ulvund, I., Rokstad, A., M., M. & Vatne, S.																				
Problem	Helsemyndighetene forventer at avvik meldes. Likevel viser forskning at avvik underrapporteres, og det diskuteres hvorfor. Det er behov for kunnskap om faktorer som fremmer og hemmer avviksrapportering i helsetjenesten.																				
Hensikt	Studien tar sikte på å beskrive faktorer som påvirker jordmødres og psykiatriske sykepleieres varsling av avvik.																				
Perspektiv	Sykepleieperspektiv																				
Utvalg / populasjon	Utvalget besto av jordmødre og psykiatriske sykepleiere (n=133). Alle arbeidet i spesialisthelsetjenesten representert ved ulike føde-/barselenheter og psykiatriske enheter ved ti Norske sykehus. Alle var 23 år eller eldre. Jordmødrene hadde fra to til 34 års yrkeserfaring (median 12,8 år), og de psykiatriske sykepleierne fra ett til 40 år (median 10,6 år). Siden det bare var 18 menn som deltok, skilles det ikke mellom kjønn i presentasjonen av funn.																				
Metode	<p>Kvantitativt design. Innsamling av data ble gjennomført ved bruk av spørreskjema. Studien er en del av et forskningsprosjekt som ble gjennomført i et samarbeid mellom sykepleieforskere ved Høgskolen i Molde og James Cook University i Australia. I denne artikkelen presenteres resultatet fra den norske kvantitative spørreundersøkelsen.</p> <p>Forskerne fra Norge og Australia samarbeidet om å utvikle spørreskjemaet. Forskere som hadde lang klinisk erfaring, diskuterte seg fram til temaer det var viktig å utforske, og ble enige om sentrale begreper og innhold i spørsmålene. De prøvde først ut spørreskjemaet i en pilotstudie før det ble modifisert til bruk i hovedundersøkelsen.</p>																				
Hovedfunn	<p>Faktorer som medvirker til å unnlate å varsle:</p> <table border="1"> <tr> <td>Redd for å miste jobben:</td> <td>25 %</td> </tr> <tr> <td>Redd for gjengjeldelse/straff:</td> <td>25 %</td> </tr> <tr> <td>Vil ikke forårsake vanskeligheter:</td> <td>35 %</td> </tr> <tr> <td>Ville tenkt «det kunne ha vært meg»:</td> <td>42 %</td> </tr> <tr> <td>Ingenting ville blitt gjort likevel:</td> <td>42 %</td> </tr> <tr> <td>Kollegaer ville ikke rådet meg til å varsle:</td> <td>45 %</td> </tr> <tr> <td>Ville ikke blitt hørt:</td> <td>47 %</td> </tr> <tr> <td>Var alene om min mistanke:</td> <td>49 %</td> </tr> <tr> <td>Ingen ville støtte meg:</td> <td>51 %</td> </tr> <tr> <td>Umulig å bevise:</td> <td>53 %</td> </tr> </table>	Redd for å miste jobben:	25 %	Redd for gjengjeldelse/straff:	25 %	Vil ikke forårsake vanskeligheter:	35 %	Ville tenkt «det kunne ha vært meg»:	42 %	Ingenting ville blitt gjort likevel:	42 %	Kollegaer ville ikke rådet meg til å varsle:	45 %	Ville ikke blitt hørt:	47 %	Var alene om min mistanke:	49 %	Ingen ville støtte meg:	51 %	Umulig å bevise:	53 %
Redd for å miste jobben:	25 %																				
Redd for gjengjeldelse/straff:	25 %																				
Vil ikke forårsake vanskeligheter:	35 %																				
Ville tenkt «det kunne ha vært meg»:	42 %																				
Ingenting ville blitt gjort likevel:	42 %																				
Kollegaer ville ikke rådet meg til å varsle:	45 %																				
Ville ikke blitt hørt:	47 %																				
Var alene om min mistanke:	49 %																				
Ingen ville støtte meg:	51 %																				
Umulig å bevise:	53 %																				

	Kunne skade en kollega:	63 %
	Ville ikke overdramatisere hendelsen:	63 %
	Vært usikker på om jeg hadde rett:	64 %
	Ikke vært noen å diskutere saken med:	65 %
	% Angir antall som synes dette er viktig (både varslere og ikke-varslere er tatt med i beregningen)	
	Erfaring med varsling:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 % av respondentene svarte at de hadde gitt feil medisin minst én gang de siste tolv månedene. Av dem som hadde gitt feil medisin, svarte 20 % at de hadde unnlatt å varsle. ▪ 4 % oppga at de hadde gitt feil behandling minst en gang de siste tolv månedene, alle oppga at de hadde varslet. ▪ Minst én gang hadde 65 % av respondentene vært vitne til en uønsket hendelse som andre hadde forårsaket. 51 % varslet hendelsen, og 45 % varslet ikke. Av dem som ikke varslet, svarte 77 % at de burde ha gjort det, mens 11 % av dem som hadde varslet, ikke ville ha varslet igjen. 	
	Kjennskap til prosedyrer for varsling:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 13 % svarte at arbeidsplassen ikke hadde, eller at de ikke visste om arbeidsplassen hadde, en prosedyre for varsling av kliniske feil. ▪ De fleste kjente til prosedyrer for avvikshåndtering på egen arbeidsplass, men flere kjente til prosedyrer for varsling av kliniske feil enn for uetisk praksis. Den viktigste grunnen til å varsle var å hindre at pasienter skades. Før de varslet, vurderte mange også om varslingen kunne bli en belastning for dem selv eller en kollega. 	
	Prosesen med å varsle:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 68 % svarte at det var vanskelig å varsle når den aktuelle kollegaen er sykepleier. 63 % svarte at det var vanskelig å varsle når kollegaen ikke er sykepleier. ▪ På spørsmålet om hvorfor det er viktig å varsle, ble det ikke skilt mellom egne avvik eller avvik andre hadde forårsaket. «Forbedring av praksis / minimalisering av skade» fikk høyest skår på rangeringen av hva som ble lagt til grunn for å varsle. ▪ Påstanden som fikk høyest skår som faktor som kan hindre varsling, var «ikke å ha noen å diskutere saken med». Dette antyder at avgjørelsen om å varsle baseres på komplekse vurderinger, og at valget er vanskelig. Man kan stille seg spørrende til hvorvidt det snakkes for lite om opplevelser i tilknytning til avvik, og hvorvidt det mangler åpenhet og aksept for at avvik forekommer. 	
Konklusjon	Studien konkluderer med at respondentene prioriterer pasientens rett til ikke å bli skadet høyt, når de vurderer om de skal varsle et avvik. De baserte beslutningen om å varsle eller ikke varsle på sammensatte vurderinger og var i stor grad påvirket av kulturelle og organisatoriske forhold. Det påpekes at det er viktig med en kultur for åpenhet om avvik og varsling, samt støtte til de involverte uten tildeling av skyld eller fare for sanksjoner. I arbeidet med å øke varslingsfrekvensen er det lederens oppgave å fremme en arbeidskultur som aksepterer at det gjøres feil, som ønsker varsling velkommen, og som fokuserer på sammensatte årsaksfaktorer.	

Vedlegg 5: Oversiktstabell artikkel 3

Artikkel nr. 3	
Tittel	“Sociocultural Factors Influencing Incident Reporting Among Physicians and Nurses: Understanding Frames Underlying Self- and Peer-Reporting Practices”
Land/årstall	Canada, 2017
Tidsskrift	Journal of Patient Safety
Forfattere	Hewitt, T., Chreim, S. & Forster, A.
Problem	<p>Ved riktig bruk kan et avviksrapporteringssystem samle inn data som aggregeres for å identifisere mønstre som kan føre til korrigerende tiltak. Rapporterte hendelser kan også brukes som et læringsverktøy. Likevel har avviksrapporteringssystemet også blitt beskrevet som en kilde til frustrasjon, som ikke gir tiltenkte fordeler. Effektiviteten reduseres av barrierer for frivillig rapportering av hendelser, hvorav noen er relatert til bekymringer om konsekvenser for det rapporterende helsepersonellet. Dette til tross for en kontinuerlig nedtoning av skyld og ansvar hos frontlinjearbeideren og heller et økt fokus på systemfeil.</p> <p>Til tross for at tidligere studier har sett på rapporteringspraksis, eksisterer det hull når det gjelder å sammenligne selvrapporing og kollega-rapportering. Også når det gjelder å utforske de kognitive rammene som ligger til grunn for selvrapporing og kollega-rapportering. Rammer kan forstås som:</p> <p>«En form for mal som individet utgår fra og som fungerer som en veileder i tolkning av hendelser. Rammer er forankret i individuelle og sosiokulturelle erfaringer, og er tett sammenvevd. Individuer og grupper som jobber i samme organisasjon kan oppfatte miljøet sitt på forskjellige måter fordi de innehar forskjellige rammer».</p>
Hensikt	<p>Studien fokuserer på rammene som fremmer og hemmer selvrapporing og kollega-rapportering (inkludert tverrfaglig) blant leger og sykepleiere. Derfor stilles det 2 forskningsspørsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilke fremmende og hemmende rammer ligger til grunn for egenrapportering og kollega-rapporteringspraksis? 2. Hvordan skiller rammene seg fra hverandre, hos leger og sykepleiere?
Perspektiv	Lege- og sykepleieperspektiv
Utvalg / populasjon	<p>Studien ble foretatt på en generell indremedisinsk avdeling ved et kanadisk sykehus. Forskerne ble introdusert for nøkkelpersonell i et kvalitetsgjennomgangsmøte. Overlegen og klinisk leder var nøkkelinformanter, som videre anbefalte resterende personell, basert på en forespørsel om å rekruttere individer med ulike synspunkter og erfaring knyttet til avviksrapportering. Dette resulterte i et målrettet utvalg av 23 informanter. For å øke antall leger i studien ble det rekruttert 5 ekstra leger gjennom henvendelser per e-post. Totalt var det 30 informanter med i studien, hvorav 20 av disse var enten sykepleiere eller sykepleieledere.</p>
Metode	<p>Kvalitativ kasusstudie. Totalt ble det foretatt 30 konfidensielle dybdeintervjuer av både leger og sykepleiere. Studien var en del av et større forskningsprosjekt om frivillig avviksrapportering og sikkerhet ved et undervisningssykehus i Ontario, Canada.</p> <p>I 5 mnd intervjuet 2 forskere (både uavhengig og sammen) sykehuspersonellet konfidensielt. Intervjuet inkluderte spørsmål om rapporteringspraksis, samt årsakene til denne praksisen. Intervjuene varte i gjennomsnitt 45 minutter og ble tatt opp digitalt og transkribert.</p>

	Dataanalyse ble utført av 2 forskere som møttes for å diskutere temaene i intervjuene og utarbeidelse av koder basert på innsamlet data.
Hovedfunn	<p>Det ble avdekket 3 hoveddrammer som fungerer som barrierer for selvrapporing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frykt for skyld ▪ Inkompetanse ▪ Karriereprogresjon <p>«Skylddrammen» har eksistert i helsevesenet i lang tid. Det er mye av dette arbeidet innen pasientsikkerhet har forsøkt å ta tak i. Å oppmuntre frontlinjepersonell til å rapportere hendelser uten frykt for straff har vært en betydelig utfordring. Sykehuset hadde lagt ned innsats i å forsøke å fjerne frykktulturen, likevel viser situatene fra informantene at rammen for å bli klandret ved å rapportere en hendelse holdes veldig sterkt av både leger og sykepleiere.</p> <p>Sykepleiere og leger er stolte av sin kompetanse og sine ferdigheter. Det hersker derfor en frykt for eget omdømme. Dette favner inn under «inkompetanserammen» og oppgis å være en hemmer av selvrapporing. Personalisering av en hendelse og utforming av den som et spørsmål om inkompetanse er en svært avskrekkende faktor for selvrapporing.</p> <p>Selvrapporing som fryktes å kunne hindre en eventuell karriereprogresjon, er en annen hemmende ramme som deles av både sykepleiere og leger. Behovet for å imponere og tilfredsstille de som har beslutningsmyndighet om den enkeltes karriereprogresjon, virker avskrekkende og hemmende på selvrapporingen.</p> <p>3 hoveddrammer som hemmer kollega-rapporing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sladring ▪ Ansvarssted ▪ Faglige grenser <p>Å unngå sladring på egne kolleger anses som en gjennomgripende ramme som besittes av både leger og sykepleiere. Å framsette handlingen med å rapportere en kollega som sladring har en underliggende implikasjon om at rapportering bryter med sosiale konvensjoner og derfor bør unngås.</p> <p>En annen hemmer for rapportering av kollegaer er synet om at rapportering om hendelser fra kollegaer er utenfor individets ansvarsområde. Denne rammen ble holdt av noen av sykepleierne som antydte at sykepleierapporing er forbundet med disiplinering, en rolle som er forbeholdt ledelsen.</p> <p>En annen hemmende ramme er å rapportere hendelser der en utøver fra en annen profesjon er involvert. Dette er den tverrprofesjonelle grenserammen. Når det gjelder leger som rapporterer sykepleiere, så det ut til å være en forståelse blant leger for hva sykepleiere har ansvar for å rapportere, og leger vil generelt ikke rapportere det de mener er sykepleierelaterte hendelser. For sykepleierne har legestatus en innflytelsesrik rolle og har store implikasjoner for tverrprofesjonell rapportering. Det er en sterk tendens til å holde seg innenfor sine faglige grenser når det gjelder tverrprofesjonell rapportering og blir derfor ansett som en uvant praksis.</p>
Konklusjon	Studien konkluderer med at det å innarbeide en praksis med avviksrapportering og å gjøre den til en utbredt og relativt ufravikelig praksis innenfor og på tvers av yrker, krever intensive investeringer i utdanning og opplæring. De systemiske fordelene ved rapportering må belyses samtidig som man må unngå å skape en frykktultur. En må anerkjenne at gruppekultur og normer har en stor innflytelse på individuelle synspunkter og praksis.

Vedlegg 6: Oversiktstabell artikkel 4

Artikkel nr. 4	
Tittel	Barriers to medication error reporting among hospital nurses
Land/årstall	USA, 2018
Tidsskrift	Journal of clinical nursing
Forfattere	Rutledge, D., N., Retrosi, T. & Ostrowski, G.
Problem	<p>For at sykehusene skal forsøke å redusere ME (medical errors), må faktorer rundt ME forstås. Dette krever rapportering fra helsepersonell. Nøyaktig rapportering er avgjørende for å sikre robuste pålitelige data for forbedringstiltak. Frivillig rapportering er «det primære middelet for å gi tidlige varsler om nye typer feil».</p> <p>Barrierer for MER (Medical Error Reporting) gjør det mindre sannsynlig at sykepleiere vil rapportere medisineringsfeil, spesielt feil der pasientskader ikke umiddelbart er synlige eller hvor en feil kan være skjult. Slik underrapportering utelukker innsamling av robuste og nøyaktige data om ME og forhindrer sykehus i å endre praksis.</p>
Hensikt	Hensikten med studien var å kartlegge MER-barrierer blant sykehussykepleiere.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Utvalg / populasjon	Deltagerne ble rekruttert via e-post. Totalt 359 respondenter, majoriteten var sykepleiere. 91 % var kvinner. Gjennomsnittlig alder var 43,9 år og gjennomsnittlig arbeidserfaring var 17,7 år. 14 ulike avdelinger var representert. 229 stk. hadde bachelorgrad som høyeste utdanningsnivå, mens 69 stk. hadde master eller høyere. Resterende 61 hadde annen type helseutdanning. Majoriteten av respondentene (76 %) jobbet som kliniske sykepleiere.
Metode	<p>Kvantitativ metode, deskriptivt design. Datasamling via et 20-elements spørreskjema om MER-barrierer. Artikkelen er en del av en større forskningsstudie ved et «magnet»-akkreditert kommunalt sykehus i California, USA.</p> <p>Et «magnet» utpekt sykehus er et medisinsk anlegg som anses å være gullstandarden for sykepleiepraksis og innovasjon. Det er den høyeste legitimasjonen for pleieinstitusjoner i USA og rundt om i verden. Magnetsykehus er sertifisert av American Nurses' Credentialing Center (ANCC), en underavdeling av American Nurses Association. «ANCC Magnet Recognition Program» fikk sitt utsprang fra en studie fra 1983 for å identifisere arbeidsmiljøer som tiltrekker og beholder de beste sykepleierne som fremmer pasientbehandling av høy kvalitet (Gagnon, 2021).</p> <p>Undersøkelsen var rettet mot sykepleiere og ble godkjent av helsevesenets institusjonsvurderingskomité. Undersøkelsen inneholdt flere kategorier, men denne artikkelen tar kun sikte på å formidle kategorien som omhandlet MER-barrierer.</p> <p>Spørreskjemaet som ble brukt var et etablert 20-elements spørreskjema som tidligere forskere hadde utviklet. Dette skjemaet ble tilpasset for å kunne brukes i et sykehusmiljø. Svarsettene ble endret slik at beskrivelsene og elementsvarene samsvarte med interesseområdet til forskerne.</p>

<p>Hovedfunn</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 50 % av sykepleierne rapporterte at ekstra tid involvert i dokumentasjon er en sannsynlig barriere for rapportering. ▪ 30 % rapporterte at den lange og tidkrevende rapporteringsprosessen og fryktelement var sannsynlige barrierer. <p>De opplevde barrierene kan oppsummeres i 4 faktorer / kategorier:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frykt → Sykepleiere opplevde frykt for konsekvenser ved å rapportere om feil 2. Kulturelle barrierer → Opplevde problemer i rapporteringskulturen 3. Mangel på kunnskap/tilbakemelding → Innebærer både kunnskapssvikt om rapportering hos personalet, manglende tilbakemeldinger knyttet til rapportering av medisineringsfeil og mangel på lett tilgjengelig avviksrapporteringssystem eller skjemaer 4. Praktisk- / nyttebarriere → Dette var kategorier som omfattet elementer knyttet til MER's tidkrevende natur og en opplevd mangel på verdien eller nytten av å rapportere
<p>Konklusjon</p>	<p>Studien konkluderer med at betydelige andeler av utvalgte amerikanske sykehuspleiere identifiserte spesifikke faktorer som barrierer for MER. Sykehusene må fortsette å erkjenne tilstedeværelsen av slike opplevde barrierer blant sykepleiere ved å bruke spørreskjemaer og arbeide for å oppmuntre til bedre rapportering. Kreative måter å engasjere sykepleiere i samtaler om forholdet mellom rapportering, kvalitetsforbedring og pasientutfall er nødvendig. Det anvendte spørreskjemaet ble vurdert til å være nyttig hvis helseforetak trenger å måle barrierer for MER i arbeidet med å forbedre avviksrapporteringen.</p>

Vedlegg 7: Oversiktstabell artikkel 5

Artikkel nr. 5	
Tittel	Medication Errors and Safety Culture in a Norwegian Hospital
Land/årstall	Norge, 2019
Tidsskrift	Studies in Health Technology & Informatics
Forfattere	M. Waaseth, A. Ademi, M. Fredheim, M. A. Antonsen, N. M. B. Brox & E. C. Lehnbom
Problem	Feilmedisinering er assosiert med langvarige sykehusinnleggelses med høye helsekostnader og representerer økte belastninger for pasienter, pårørende og offentlige helsetjenester. I 2017 ble det rapportert om 10 126 uønskede hendelser i Norge. 1 676 av disse var knyttet til legemiddelhåndtering, hvorav 14 resulterte i dødsfall. Helseinstitusjonene er lovpålagt å kontinuerlig arbeide med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.
Hensikt	Målet med studien var å identifisere barrierer for rapportering av legemiddelfeil på sykehus samt beskrive helsepersonellens syn på sykehusets sikkerhetskultur.
Perspektiv	Lege- og sykepleieperspektiv
Utvalg / populasjon	Strategisk utvalg av 2 leger, 4 sykepleiere og 1 farmasøyt ansatt ved ulike avdelinger ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Antall informanter fra hver yrkesgruppe ble forhåndsbestemt.
Metode	Kvalitativ tilnærming. Strategisk utvalg. Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med 7 deltakere. Fenomenologisk analyse ble benyttet.
Hovedfunn/resultater	<p>Identifiserte barrierer for rapportering av legemiddelfeil inkluderte 4 hovedutfordringer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lite intuitivt rapporteringssystem Dette ble nevnt av samtlige informanter å være en viktig barriere. Enkelte har ikke fått tilgang til rapporteringssystemet, bl.a. studenter og sykepleiere som ikke er tilknyttet faste avdelinger. Systemet oppgis også å være tungvint og lite brukervennlig. Det ble etterlyst en mer systematisk opplæring. 2. Mangel på tid Det var ofte lite tid til å skrive avvik i løpet av et skift. Noen ble bedt av sine ledere om å rapportere feilen i rolige perioder eller i løpet av neste skift, noe som kunne medføre at feilen ble glemt og derfor ikke rapportert. 3. Dårlig sikkerhetskultur Det var forskjeller mellom avdelingene for hvordan de opplevde sikkerhetskulturen på sin avdeling. Det var imidlertid en klar enighet om at sikkerhetskulturen blant sykepleiere er bedre enn blant leger. Leger ser ikke læringspotensialet i å rapportere feil og de få feilene legene rapporterer blir sjelden diskutert. Legene, og noen få sykepleiere, uttalte at rapporteringsfeil hørtes ut som varsling og noe som kunne resultere i straff. De var engstelige for å melde fra og ville ikke at kollegaene skulle bli opprørt. 4. Ikke-støttende ledelse Det var usikkerhet rundt hva som skulle rapporteres som feil. Medisineringsfeil som av en eller annen grunn ikke når eller påvirker pasienten (e), rapporteres generelt ikke. Legene, og noen av sykepleierne, mente at det manglet engasjement for avviksrapportering på ledernivå. Noen

	<p>av informantene opplevde manglende støtte fra ledelsen. Noen av de som hadde meldt feil, hevdet at de sjelden fikk tilbakemelding, og gadd derfor ikke sende inn nye meldinger. Andre ga uttrykk for bekymring for kvaliteten og tonen i tilbakemeldingene gitt av ledelsen.</p> <p>Det var variasjon mellom avdelingene når det gjaldt oppfatning av støtte, tillit og fokus på feilmelding, noe som indikerer ulike sikkerhetskulturer innenfor sykehuset.</p>
Konklusjon	<p>Studien konkluderer med at sykehusledelsen bør iverksette tiltak for å forbedre sikkerhetskulturen på hele sykehuset basert på de identifiserte barrierene. De foreslår videre at dette kan inkludere sterkere fokus på viktigheten av å rapportere legemiddelfeil, en transparent gjennomgangsprosess og tydelig kommuniserte handlinger. Av spesifikke tiltak anbefales det bedret kommunikasjon, å etablere et diskusjonsforum for leger samt å håndtere de praktiske utfordringene knyttet til det elektroniske rapporteringssystemet.</p>

Vedlegg 8: Resultatenes implikasjoner for praksis

- Jeg foreslår at helseforetak og ledere jobber systematisk med å senke de ulike rapporteringsbarrierene gjennom forbedring av organisasjonskulturen og ved bruk av atferdsteori. Heriblant gjennomføre en kartlegging av eksisterende organisasjonskultur for å få indikasjoner på hva som trengs å forsterkes og forbedres ved bruk av Kvalnes modell for kulturdimensjoner (se teorikapittel “organisasjonsteori” og figur 3).
- Jeg foreslår at helseforetakene utarbeider en liten og kortfattet pasientsikkerhetsbok/HMS bok som kan deles ut på avdelinger og eventuelt bæres på innerlommen. Boken kan inneholde utfyllende beskrivelser av uønskede hendelser og nesten-hendelser, samt relevante kontaktpunkter for å søke råd eller veiledning i vanskelige situasjoner. Eksempelvis kontaktinformasjon til rådet for sykepleieetikk, arbeidsmiljøutvalg, aktuelle tillitsvalgte fra fagforeningen/NSF og verneombud med mer
- Jeg foreslår at det på et nasjonalt nivå jevnlig gis ut et pasientsikkerhetsmagasin til samtlige helseforetak. Fokuset skal være åpenhet- og læring av feil samt kvalitetsforbedringsarbeid. Hensikten er å bidra til å senke terskelen for å prate åpent rundt det å gjøre feil samt belyse ulike perspektiv fra pårørende, sykepleiere, ledere og fagpersoner i forbindelse med uønskede hendelser og nesten-hendelser. Magasinet kan også inneholde statistikk over ulike typer uønskede hendelser og nesten-hendelser slik at HF kan se og lære av hverandre
- Jeg foreslår at ledere kartlegger hvem av sine ansatte som trenger opplæring i rapporteringssystemet og hvem som ikke har tilgang
- Jeg foreslår å gi avdelingsledere et større ansvar for å løfte frem aktuelle tema knyttet til avviksrapportering og tilrettelegge for åpne diskusjoner blant de ansatte. Eksempelvis gjennom faglunsjer
- Jeg foreslår å synliggjøre de «usynlige barrierene» blant ledere og toppledere. Større vektlegging på at ledere i alle nivå skal tilrettelegge for en åpenhetskultur hvor det ikke fokuseres på personfeil. Ledere bør trygge ansatte på at de ikke risikerer represalier
- At helseforetakene fokusere på viktigheten av å også rapportere nesten-hendelser
- Sykehusene bør tillate anonymitet og personvern i rapporteringen

- Jeg foreslår at rapportering av feil bør sees på som betalt tid for sykepleiere; hvis de må gjøre det utenfor arbeidstid, kompenseres dette med overtidsbetaling
- Jeg foreslår at ledelsen bør gi tilbakemeldinger på rapporterte hendelser. Tilbakemelding bør være til helsepersonellet generelt og til rapporterende sykepleiere spesifikt
- Jeg foreslår at helseforetakene bruker gode eksempler til etterfølgelse ved å identifisere avdelinger som utmerker seg innen kvalitetsforbedringsarbeid og pasientsikkerhetskultur og deler denne kunnskapen videre
- Jeg foreslår å gjøre det obligatorisk under sykepleierutdannelsen, enten under praksis eller gjennom fag, å skulle lære seg å registrere avvik