

BACHELOROPPGAVE:

Hvordan kan organisasjonsstruktur- og kultur fremme avviksrapporing blant sykepleiere?

FORFATTERE: HEGE VATLAND, TERJE EIDHAMMER OG TRINE ØVERSVEEN

Dato: 20.05.2015

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan organisasjonsstruktur- og kultur fremme avviksrapportering blant sykepleiere?	Dato: 20.05.16
Deltaker(e)/	Hege Vatland Terje Eidhammer Trine Øversveen	
Veileder(e):	Anne Vifladt	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Avviksrapportering, ledelse, kultur, struktur, kunnskap	
Antall sider/ord: 51/13211	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja
<p>Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:</p> <p>Hensikt: Å finne ut i hvilken grad organisasjonsstruktur- og kultur kan bidra til å fremme avviksrapportering.</p> <p>Metode: Begrenset litteraturstudie.</p> <p>Resultat: Et utvalg av seks artikler som omhandler hvordan ledelse, struktur og kultur sammen med kunnskap påvirker og eventuelt bidrar til å fremme avviksrapportering.</p> <p>Analyse: I analysen blir flere områder som sammen påvirker avviksrapportering belyst, disse ble kondensert ned til tre hovedtemaer. Hovedtemaene som blir belyst er ledelse, kultur og kunnskap.</p> <p>Konklusjon: I denne begrensede litteraturstudien har vi ved gjennomgang og analysering av teori og forskningsstudier funnet tre sentrale organisatoriske faktorer som kan bidra til å fremme avviksrapporteringen blant sykepleiere. Disse er <i>ledelse, kunnskap og kultur</i>. Det er viktig å forstå at de organisatoriske faktorene flyter i hverandre, og kan påvirke hverandre i større eller mindre grad. Svaret på problemstillingen er summen av de organisatoriske faktorene; <i>ledelse, kunnskap og kultur</i>, samt at det er et felles fokus på å bedre systemet og læringskulturen.</p>		

ABSTRACT

Title:	How can organizational structure- and culture promote deviation reporting among nurses?	Date: 20.05.16
Participants/	Hege Vatland Terje Eidhammer Trine Øversveen	
Supervisor(s)	Anne Vifladt	
Employer:		
Keywords (3-5)	Deviation reporting, management, culture, structure, knowledge	
Number of pages/words: 51/13211	Number of appendix: 0	Availability (open/confidential): open
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Purpose: To find out in which grade organisationstructure and culture can participate to promote deviation reporting.</p> <p>Method: Limited literature review.</p> <p>Result: A selection of six article, concerning how management, structure and culture together with knowledge affects and possibly helps to promote deviationreporting.</p> <p>Interpretation: In the interpretation emerged several areas that together affects deviatonreporting, these were condensed into to three main topics. These main topics are managment, culture and knowledge.</p> <p>Conclusion: In this limited study of literature, we have through analyses of theory and reasearch identified three organizational factors that are central and can contribute to promote deviation reporting done by nurses. These factors are <i>leadership</i>, <i>knowledge</i> and <i>culture</i>. Understading that these factors are thightly connected and affects eachother is important. In addition to the three factors, organizations and their management should be focusing on continius improving the system and to learn from deviation reports, instead of “targeting” the responsible personell.</p>		

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	5
1.1 SYKEPLEIERFAGLIG RELEVANS.....	6
1.2 OPPGAVENS FORSKNINGSOMRÅDE I KLINISK SYKEPLEIE	6
2 BAKGRUNN	7
2.1 ORGANISASJONSSTRUKTUR- OG KULTUR	7
2.2 AVVIKSHÅNTERING.....	11
2.3 FAGLIG- OG ETISK FORSVARLIGHET	14
2.4 SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV	15
3 METODE	18
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	18
3.2 OPPGAVENS LITTERATURSØK.....	19
3.3 FORSKNINGSETIKK	20
3.4 SØKEPROSESSEN.....	21
4 RESULTATER	25
4.1 SAMMENFATNING AV FUNN	31
5 DISKUSJON.....	34
5.1 KILDEKRITIKK	40
6 KONKLUSJON	43
LITTERATURLISTE	46

Antall ord: 13211

1 Innledning

I Norge har man anslått at ca. 2 000 pasienter dør, og rundt 15 000 skades årlig som følge av uheldige hendelser i helsevesenet. Det er gjort beregninger som viser at uheldige hendelser påfører helsevesenet nesten 500 000 ekstra liggedøgn årlig, noe som medfører en ekstrakostnad i størrelsesorden 1,6 - 2,2 milliarder kroner (Hjort 2007). Begrepet “uheldig hendelse” brukes om et “avvik”, en situasjon eller hendelse hvor hendelsen går utover pasientsikkerheten. Uheldige hendelser er hyppige og skjer i alle deler av helsetjenesten (Hjort 2007). For ca. 2400 år siden ble den gyldne regel formet av Hippokrates “*Primum est nil nocere*”, “Det viktigste er ikke å skade” (Hjort 2007, s.28). Først i 1980-90 årene ble det utført tre store undersøkelser om forekomsten av uheldige hendelser i USA og Australia. Resultatene burde vært viet større oppmerksomhet og vekket stor bekymring, men oppmerksomheten rundt de tre rapportene var overraskende liten (Hjort 2007).

Gjennombruddet kom i 2000 hvor en rapport fra det amerikanske Institute of Medicine, “*To err is human*”, tok for seg uheldige hendelser i helsevesenet og skrev “*This report describes a serious concern in health care that, if discussed at all, is discussed only behind closed doors*” (Kohl, Corrigan og Donaldson 2000 s.9). I rapporten “*To err is human*” påstår Kohl, Corrigan og Donaldson (2000) at mellom 44000 - 98000 amerikanere døde hvert år som følge av medisinske feil. Dette satte en skrekk i hele USA og medførte en rekke endringer i helsetjenesten i flere vestlige land. Blant annet økte rapporten interessen for uheldige hendelser og virkemidler ble iverksatt som f.eks. nye rapporteringsrutiner og strengere krav til sykehusene for å redusere antallet uheldige hendelser (Hjort 2007).

Politikere i Norge har de siste årene iverksatt flere tiltak. Pasientsikkerhetsprogrammet “*I trygge hender 24-7*” startet opp i 2011. Dette var et femårig program hvor hensikten var å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge. Et av innsatsområdene var å forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten (Pasientsikkerhetsprogrammet 2015). Svikt i rutiner kan skyldes individuelle faktorer, men forskning viser til at det også forekommer som følge av feil eller mangler i systemet eller organisasjonen (Hjort 2007). I 2012 kom Stortingsmelding 10 “*God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*”. Stortingsmeldingen omhandler økt satsning på systematisk kvalitetsforbedring på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten for å bedre pasientsikkerheten, og redusere antallet uønskede hendelser (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

Det ble først satt fokus på det å lære av uheldige hendelser så seint som på 1980-90 tallet, mens gjennombruddet først kom i år 2000. Gjennombruddet førte til flere endringer i helsevesenet, og som har hatt stor innvirkning på det kliniske arbeidet til sykepleiere og deres fokus på pasientsikkerhet (Hjort 2007). Det er derfor interessant å se hvor langt man har kommet på vei med disse endringene, siden endringer i helseforetak er tidkrevende (Hennestad 2006). Hvordan endringene kan implementeres i det norske systemet på raskest og best mulig måte, vil ha betydning i arbeidet med å øke pasientsikkerheten. Pasientens krav til trygghet og sikkerhet gjenspeiles i det kliniske sykepleieansvaret, hvor sykepleiere skal ha fokus på god kvalitet (Bjæro og Kirkevold 2011).

1.1 Sykepleierfaglig relevans

Det stiller seg et grunnleggende og samfunnsmessig ansvar bak det å utdanne seg til sykepleier. Utdanningen har som mål å utdanne ansvarsbevisste og selvstendige yrkesutøvere, med en bevisst og reflektert holdning til faget. Oppgavens sykepleiefaglige relevans kan knyttes opp mot funksjonsområdene *“fagutvikling, kvalitetsikring og forskning”* og *“organisering, administrasjon og ledelse”* (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011). Avviksrapportering har til hensikt å synliggjøre uheldige hendelser slik at sykepleierne kan lære av disse. Dette kan gi grunnlag for fagutvikling og bidra til kvalitetssikring av tjenestene ut til pasientene. I dette arbeidet er det viktig at sykepleierne opptrer faglig forsvarlig, og medvirker til et helsefremmende og inkluderende arbeidsmiljø (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2011). Dette forutsetter at sykepleierne innehar en forståelse for helsetjenestens oppbygning, og dens rammebetingelser, samt vilje og evne til samarbeid på alle nivåer innad i organisasjonen. Ytre faktorer som nasjonale føringer og lovverk, er også viktige faktorer i rammeverket sykepleierne skal jobbe innenfor (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011).

1.2 Oppgavens forskningsområde i klinisk sykepleie

Forskningsområdet klinisk sykepleie omfatter to områder med felles formål, profesjonskompetanse og kvalitet i sykepleie. Oppgaven har fokus på kvalitet i sykepleie, dette ut fra aspekter ved avviksrapportering for å fremme kvalitetssikring. Pasientsikkerhet inngår som en viktig del i kvalitetssikring av sykepleie (Lillemoen 2015). Temaets relevans for klinisk sykepleieutøvelse, er å kvalitetssikre de tjenestene som sykepleiere skal yte til pasienter på en forsvarlig måte. Ved å rapportere avvik får man kartlagt hvor eventuelle feil forekommer og kan ved dette forhindre at det skjer igjen.

2 Bakgrunn

2.1 Organisasjonsstruktur- og kultur

Organisasjonsstruktur er hvordan en organisasjon er designet og bygget opp for å løse oppgaver og nå bestemte mål. Organisasjonsstrukturen fordeler ansvar, autoritet og myndighet, i form av hvordan oppgavene koordineres og hvordan organisasjonen styres (Jakobsen og Thorsvik 2009). Organisasjoner er som oftest organisert i et hierarki og er mer sårbar dersom den er komplekst sammensatt (Hjort 2007). Ved å ha en god organisasjonsstruktur vil man øke effektiviteten ved å forhindre dobbeltarbeid, ettersom de ansatte da kan ha fokus på sine gitte arbeidsoppgaver. Organisasjonsstruktur er også viktig for at alle ansatte skal jobbe mot samme overordnede mål. Det at den enkelte ansatte kjenner sin rolle i organisasjonsstrukturen vil skape forutsigbarhet, trygghet og stabilitet for de ansatte så vel som for hele organisasjonen (Jakobsen og Thorsvik 2009).

En helseorganisasjon er en kompleks virksomhet som først og fremst skal fremme helse, behandle og gi omsorg til det syke menneske på en forsvarlig måte (Orvik 2004).

Helseorganisasjoner disponerer bygninger og komplisert utstyr, og omfatter flere mennesker med ulike utdanninger og ulik bakgrunn (Hjort 2007). Organisasjonen skal legge til rette for kunnskapsutvikling og verne om personalet, i tillegg må man ta hensyn til det økonomiske perspektivet og stramme effektivitetskrav. Disse faktorene kan i mange sammenhenger medfører sprikende verdier og mål i organisasjonen (Orvik 2004).

Ledere må skape en overbevisende visjon som motiverer og kommuniserer et ønske om endring. De må arbeide for å skape et arbeidsmiljø som fremmer åpen rapportering av avvik, og hyppig deling av innsikt og bekymringer (Edmondson 2004). Strukturen i en organisasjon er som regel utviklet slik at de tåler kjente og vanlige påkjenninger, men utfordringen er å organisere slik at organisasjonen tåler uvanlige og uventede påkjenninger (Hjort 2007).

Ledere må akseptere at flest feil skjer på systemnivå som en følge av feil i systemet. Lederens rolle må være å støtte de ansatte, i tillegg må lederen omfavne og inkludere kontinuerlig læring i organisasjonen (Kalra 2011).

Ledere har en nøkkelrolle når det gjelder å forme en kultur og legge praktisk til rette for fagutviklingsarbeid. Det er viktig at ledere tar del i utøvende arbeid og at de har en nærhet til

de ansatte slik at de kan relatere seg til de utfordringer som finnes. Dette vil være nyttig med tanke på de vurderinger og prioriteringer ledere må foreta (Bjørk og Solhaug 2008). I følge Edmondson (2004) har lederstil en stor innvirkning med tanke på rapportering av avvik, dette som en direkte konsekvens av at holdnings- og atferdsendring må forankres i ledelsen. Man finner her at en slik prosess bør starte med en overbevisende visjon, etterfulgt av oppmuntrende og støttende læringstiltak lokalt (Edmondson 2004).

Organisasjoner og institusjoner innenfor helse består av fagpersoner med kompetanse innenfor fagområdet, og en profesjonsutøvelse basert på normer og verdier. Dette er det som danner grunnlaget for begrepet kultur i en organisasjon, og det er ikke alltid disse verdiene samsvarer med de overordnede ideene i en målstyrt organisasjon (Orvik 2004).

Kultur handler om hvordan man bygger felles verdier, normer og holdninger til for eksempel kvalitet og sikkerhet. Organisasjonskultur er definert som:

Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon- som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle i forhold til disse problemene (Schein 1985, sitert i Jakobsen og Thorsvik 2009, s.120).

Sikkerhetskultur defineres som en samling av: holdninger, verdier, oppfatninger, atferdsmønster og karakteristika på organisatorisk eller individuelt plan med sikkerhet som overordnet prioritet. (Haugen og Storm 2015). Målet med en sikkerhetskultur er sikkerhet, uten tanke på hverken ledelse eller ytre påvirkninger (Reason 1997). I forhold til å danne en god sikkerhetskultur er kommunikasjon mellom ledere og ansatte essensielt (Rausand og Utme 2009). Reason (1997) påstår at man må ha en organisasjonskultur preget av informasjon, og informasjonsdeling for å ha en god sikkerhetskultur. Hensikten med å ha en god sikkerhetskultur er evnen til å lære av sine feil, og utvikle seg videre (Haugen og Storm 2015). For å kunne oppnå læring er avviksrapportering et sentralt element, samt at informasjon om nesten-uhell blir rapportert og gjort tilgjengelig for resten av organisasjonen, slik at man kan lære av sine feil (Reason 1997, Haugen og Storm 2015). Det er fire komponenter Reason (1997) anser som nødvendige for å oppnå en god sikkerhetskultur hvor

nesten-uhell rapporteres: en rapporterende kultur, rettferdig kultur, lærende kultur og en fleksibel kultur.

Helsetjenesten er sammensatt av mange bestanddeler som hver for seg krever god koordinering, og er avhengig av et godt samarbeid. Manglende koordinering ute i de enkelte enhetene øker faren for svikt i gjennomføringen av behandlingen av pasienter. Ledelse spiller en viktig rolle for denne koordineringen. Forbedringsledelse innebærer å sette fokus på kvalitet, i tillegg til å ta beslutninger basert på kunnskap, ikke antagelser. Ledelsen må også gå foran som et godt eksempel og de må legge tilrette for en åpen kultur, hvor de lytter til sine medarbeidere og skaper et lærende miljø i organisasjonen (Pasientsikkerhetsprogrammet 2016).

Rausand og Utne (2009) hevder at det må være en god kultur blant sykepleiere i en organisasjon for å sikre rapportering av avvik. Sykepleierne må se verdien av å rapportere uønskede hendelser som har oppstått. Kun dersom dette er på plass, vil man kunne bedre kvaliteten ved å iverksette sikkerhetstiltak (Rausand og Utne 2009). Beslutninger vedrørende sikkerhet er knyttet til løsninger og hvilke tiltak som påvirkes av hva som ansees som sikkert nok, økonomiske forhold og ytre påvirkninger i form av lover og retningslinjer (Reason 1997).

Det vil i tillegg kunne eksistere en uformell sikkerhetskultur som styrer sykepleierenes atferd og handlinger, noe som igjen kan påvirke om de ansatte velger å følge de formelle prosedyrer og retningslinjer som er gjeldende. Uten en god sikkerhetskultur vil det over tid oppstå uformelle regler, rutiner eller normer og verdier som avviker fra ønsket og formell sikkerhetskultur. At sykepleier avviker fra ønsket sikkerhetskultur, kan gå på bekostning av sikkerheten (Reason 1997). Hjort (2007) sier at organisasjonskulturen endrer og utvikler seg over tid. Dette kan medføre at den faktiske kulturen avviker fra den kulturen som opprinnelig var ønskelig. Dette skjer uten at det er forventet, eller godkjent fra noe hold. Personalet kan for eksempel ta snarveier, noe som kan redusere sikkerheten i oppgavene som skal utføres (Hjort 2007).

For å kunne endre en kultur i en organisasjon må ledere jobbe med å definere retningslinjer, og lære de ansatte hva som til en hver tid forventes. I tillegg må de ha fokus på å endre

gammel adferd. Endringer av rutiner og forventninger fra ledere kan potensielt føre til økt usikkerhet, og motstand blant de ansatte. Dette fordi endringer i mange tilfeller kan oppleves som en trussel, ettersom det kjente blir erstattet av noe de ikke riktig vet hva er. Et trygt arbeidsmiljø ansees som en forutsetning for at ledere kan klare å gjennomføre kulturelle endringer i en organisasjon (Schein 1993). Edmondson (2004) hevder at helsepersonell mangler trygghet til å melde fra om potensielle avvik, i tillegg vil høyt arbeidspress og en forventning om at man på egenhånd skal håndtere feil som oppstår, hemme organisasjonens evne til å lære av feil.

For å forstå hvordan en organisasjon er organisert med hensyn til pasientsikkerhet, ledelsens rolle og hvordan ledelsen kan påvirke pasientsikkerheten, har vi valgt å bruke modellen til Bate et al. (2008). I følge Bergerød og Wiig (2015) hevder Bate et al. (2008) at man må se på hele organisasjonen, og ikke kun se på enkelte deler av organisasjonen for å forstå hvordan organisasjonen fungerer i forhold til kvalitet og sikkerhet. Dette skyldes at deler av en organisasjon har interaksjon på kryss og tvers med resten av organisasjonen. Bate et al. (2008) har identifisert ytre og indre faktorer som er av betydning for kvalitet og sikkerhet i en helseorganisasjon. Ytre faktorer regnes som nasjonale føringer, lovverk, rammer, forventninger, teknologi, ressurser, sosiale og kulturelle faktorer, og de krav dette medfører. De indre faktorene er organisasjonens størrelse, struktur og evne til å levere med hensyn til budsjett, kvalitet, arbeidsmiljø og pasienttilfredshet (Bergerød og Wiig 2015).

En studien utført av Bate (2008) blir av Bergerød og Wiig (2015) trekt frem, og hvor de avdekker seks universelle utfordringer som kan bidra til opprettholdelse av god kvalitet. Disse er: (1) *Struktur*, (2) *Politikk*, (3) *Kultur*, (4) *Utdanning*, (5) *Følelser* og (6) *Fysisk utforming og teknologi*. I arbeidet med å fremme avviksrapportering og bedre pasientsikkerheten, er disse universelle utfordringene viktige elementer for å lykkes med dette arbeidet. Bergerød og Wiig (2015) beskriver hva disse seks universelle utfordringene handler om: (1) *Struktur* - handler om hvordan organisasjonens arbeid med kvalitet og sikkerhet blir organisert, planlagt, gjennomført og behandlet. (2) *Politikk* – handler om hvordan organisasjonen håndterer, implementerer og manøvrerer de politiske krav. (3) *Kultur* - handler om hvordan man kan bygge felles verdier og holdninger til kvalitet og sikkerhet. (4) *Utdanning* – handler om hvordan det kan støttes opp om, og møte kvalitetskrav og endringer gjennom å skape og bygge en god lærearena. (5) *Følelser* – handler om hvordan

organisasjonen og den enkelte ansatte kan støttes, inspireres og mobiliseres i sitt kvalitet- og sikkerhetsarbeid. (6) *Fysisk utforming og teknologi* – handler om hvordan organisasjonens infrastruktur bidrar til å møte teknologiske og fysiske utfordringer knyttet til kvalitet og sikkerhet (Bergerød og Wiig 2015). Bate et al. (2008) hevder i følge Bergerød og Wiig (2015) at man ikke kan se på enkelte deler av en organisasjon for å forstå hvordan organisasjonen fungerer i forhold til kvalitet og sikkerhet. Sånn sett er det viktig at man vektlegger alle disse seks universelle utfordringene, for at man skal forstå eller skape en organisasjon som fungerer optimalt i forhold til kvalitet og sikkerhet (Bergerød og Wiig 2015).

2.2 Avvikshåndtering

I følge Norsk standard er avvik definert som “manglende oppfyllelse av krav” (NS-ISO 9000:2005). Avvik oppstår når tjenesten som utøves ikke følger gjeldende retningslinjer og prosedyrer. Det er derfor viktig at man er forberedt på å håndtere avvik, i tillegg til at det er gode rutiner for håndtering av avvik. Dette ansees å være en viktig del av et kvalitetssystem (Bjøro og Kirkevold 2011). Avvik omfatter i følge Hjort (2007) ikke bare skader, uhell og klager fra pasienter og pårørende, men også nesten-uhell og hendelser som kunne ført til betydelig skade. Hjort (2007) refererer også til avvik som uheldige hendelser i helsetjenesten og har fokus på hvordan man kan lære av de feil som er begått. For å sikre bedre kvalitet i helsetjenesten er man avhengige av at man har evne til å ta i mot tilbakemeldinger, og at en kunnskapsbasert helsetjeneste må ha kontinuerlig fokus på læring og kvalitetsforbedring (Hjort 2007).

Helsesektoren har opp i gjennom tidene slitt med å få inn rapportering av uønskede hendelser. Dette kan ha en sammenheng med at man har jaktet på den “skyldige” fremfor å finne årsaken til hendelsen, noe som medfører at man heller tier eller prøver å dekke over uheldige hendelser (Kalra 2011). For at man skal kunne lære av rapportering, må rapportene analyseres og tiltak iverksettes, og det er viktig at man sørger for at alle får tilstrekkelig informasjon og forstår hva en uheldig hendelse er. Uheldige hendelser oppfattes forskjellig, noe som igjen kan være en medvirkende årsak til at noen tiltak virker mens andre ikke (Kalra 2011). Avviksrapportering kan øke sikkerheten og kvaliteten ved at det blir avdekket nye risikoområder. Dette kan også bidra til å spre kunnskap om hvordan det enkelte helseforetak tar i bruk nye metoder for å forhindre uheldige hendelser (Kalra 2011). Det å utvikle kvalitetssystemer er en kontinuerlig prosess, og man kan ved å analysere årsakene til at feil

oppstår, oppdage muligheter til å forbedre systemene. En direkte konsekvens av dette kan være at man unngår gjentakelse av liknende feil (Bjørø og Kirkevold 2011).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble etablert i 2012, og er et eksternt organ som skal ha fokus på læring og forbedringstiltak som følge av rapporterte uønskede hendelser (Kunnskapssenteret 2016). Helseforetakene skal i første omgang selv vurdere og granske hendelser. Der det ikke finnes tegn til svikt eller grunnlag for tilsynsmessig oppfølging, avsluttes saken. Der det ut i fra vurdering og informasjon finnes tegn til alvorlig svikt, overføres saken til fylkesmannen for videre oppfølging (Helsetilsynet 2016).

Meldeplikten er regulert i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven (1999): “Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen” (Spesialisthelsetjenesteloven 1999 § 3-3). Hensikten med meldeordningen er å behandle meldingene, slik at man forbedrer og bygger opp kunnskapen til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om hvilke tiltak som bør iverksettes. Dette vil bedre pasientsikkerheten, og risikoen for uheldige hendelser reduseres (Helsedirektoratet 2016).

Kunnskapssenteret for helsetjenesten har utviklet en “modell for kvalitetsforbedring”. Modellen tar for seg fem forskjellige faser, som ansees som viktige med tanke på forbedringsarbeid. Disse er presentert som en sirkel, og forbedringsarbeidet er en kontinuerlig prosess (Helsebiblioteket 2015). Helsebiblioteket (2015) utdyper disse fem fasene i modellen slik: *Forbedre*: Baserer seg på en erkjennelse av at noe må forbedres. Denne erkjennelsen av at tjenestene må forbedres, kan komme som resultat av for eksempel avvik, uheldige hendelser og klager. Det er vesentlig at erkjennelsen om at noe må forbedres er forankret, og at kunnskapsgrunnlaget er kartlagt. *Planlegge*: Herunder kartlegge behov og eksisterende praksis, sette mål, velge måleverktøy og utvikle forbedringstiltak. Kunnskapssenteret har identifisert kartlegging som et viktig steg i planleggingen, ettersom at en god kartlegging vil bidra til å bevisstgjøre dagens praksis. Dette kan gi aha opplevelser hos ledere og medarbeidere, noe som vil være motiverende for det videre arbeidet. *Utføre*: Prøve ut og tilrettelegge for ny praksis. Her påpeker kunnskapssenteret at man bør være bevisst i forhold til utøvelsen, slik at man ikke iverksetter for mange tiltak på en gang. Pilotprosjekter og evaluering av tiltakene er anbefalt. For å lykkes er blant annet informasjon, opplæring,

infrastruktur og oppfølging fra ledelses side viktig. *Evaluere*: Måle og reflektere over resultater, i tillegg til å vurdere de resultatene av endringen som er relevant. Dersom evalueringen avdekker at man ikke har hatt ønsket effekt, bør man gjøre justeringer med tanke på utførelsen. *Følge opp*: Implementert praksis, sikre videreføring og dele erfaringer. Hvis iverksatte tiltak fungerer som ønsket, må man sikre at forbedringstiltakene innføres i daglig drift, slik at effekten av endringen opprettholdes, og implementeres inn i organisasjonens systemer og infrastruktur. Kunnskapssenteret anbefaler å opprette og oppdatere prosedyrer, sikre god opplæring og omfordele ressurser om nødvendig, samt sikre rutiner for god kommunikasjon (Helsebiblioteket 2015).

I 2016 la Helsetilsynet frem rapporten “*Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten – et relevant bidrag i pasientsikkerhetsarbeid?*”. Rapporten har som formål og se på varsler om alvorlige hendelser som et bidrag til pasientsikkerhet. Her har de sett på pasienthistorier, og enkelt hendelser innenfor spesialisthelsetjenesten som de mener er interessante for fagmiljøene. Bakgrunnen for rapporten er helsetilsynets lovfestede pålegg om varsling i spesialisthelsetjenesten fra 2010. Rapportens hensikt er å bidra til analyse og refleksjon i helseforetakene med fokus på læringsperspektivet i varslene av alvorlige hendelser, samt å sette fokus på rapportering, varsling og oppfølging av disse i tillegg til å føre statistikker og aktivitetstall. Rapporten peker på at økningen av varsler har vært jevn siden pålegget tredde i kraft i 2010. Fra 2014 til 2015 økte varslingen til Helsetilsynet med hele 21% (Helsetilsynet 2016).

Læring er en prosess der enkeltindividet og organisasjonen tilegner seg ny kunnskap, og endrer sitt handlingsmønster og sine systemer på grunnlag av denne kunnskapen (Jacobsen og Thorsvik 2009). Rapportering av uønskede hendelser danner grunnlaget for læring slik at man i fremtiden kan forebygge uønskede hendelser. Rapportene vil være et nyttig arbeidsverktøy som kan definere risikoforhold i ulike arbeidsoppgaver. Rapportene er da en viktig kilde til informasjon og bakenforliggende årsaker til hendelsene samt nesten-uhellene (Aase og Wiig 2015). Avviksrapporter må håndteres raskt, og det må gis konkrete tilbakemeldinger til de som har skrevet rapportene for å sikre at sykepleiere ser verdien av å rapportere. I tillegg må det være enkelt å rapportere og det må sikres en felles forståelse av at hensikten med å rapportere ikke er å fordele skyld (Reason 1997). Reason (1997) sier at en rapporterende kultur og en skyldkultur ikke kan eksistere sammen. Hensikten med rapportering er å kunne

identifisere svakheter i organisasjonen og systemet som forårsaker at feil oppstår (Reason 1997).

2.3 Faglig- og etisk forsvarlighet

I arbeidet med å fremme avviksrapportering for å øke pasientsikkerheten er det viktig at organisasjonene og sykepleierne utfører sine handlinger i henhold til etiske retningslinjer og lovverk (Helsepersonelloven 1999 og Molven 2012). Molven (2012) sier at sykepleiernes yrkesetikk er fremhevet som en viktig del av det profesjonelle verktøyet. Yrkesetiske retningslinjer består av skrevne regler som er mer eller mindre konkrete, og kan være av materiell eller prosessuell karakter (Molven 2012). Yrkesetikken skal inspirere til forbedring av den enkeltes praksis, og ha som funksjon å angi hva som er gode beslutningsprosesser eller minstemål for krav til god praksis (Molven 2012). Brinchmann (2012) sier at velgjørhetsprinsippet ligger til grunn for den internasjonale yrkesetikken. Yrkesetiske retningslinjer er en form for prinsippbasert etikk som også minner om pliktetikk (Sneltvedt 2012).

Sykepleiernes fundamentale plikter er i følge Norsk Sykepleierforbund (2013); å fremme helse, å forebygge sykdom, å lindre lidelse og sikre en verdig død. Disse 4 punktene er i følge Sneltvedt (2012) prinsippbasert etikk. Pliktetikk er definert som at fokuset er på personen og handlingen, ikke på konsekvensen av handlingen (Brinchmann 2012). Pliktene og pasientens rettigheter er også gjengitt i gjeldende lovverk som helsepersonell utøver sitt arbeid etter (Brinchmann 2012). Formuleringene i yrkesetikken og lovverket harmonerer i stor grad. Forskjellen er at brudd på lovverk kan gi strafferettslige konsekvenser, mens brudd på yrkesetikken kan gi sanksjoner som for eksempel utestenging fra fagforbund (Brinchmann 2012). Sykepleiernes mål og handlinger kan måles i forhold til hva slags konsekvens målet og handlingen får. Resultatet av målet og handlingen vil gi enten gode eller dårlige konsekvenser (Sneltvedt 2012). Dette kalles i følge Sneltvedt (2012) for konsekvensetikk. Hva som avgjør om en handling er etisk akseptabel eller ikke avhenger av om den fører til en overvekt av gode kontra dårlige konsekvenser. Gode konsekvenser rettfærdiggjør en handling, og kan være til nytte, lykke eller lyst (Brinchmann 2012).

Helsevesenet er i stadig utvikling, noe som innebærer endringer i rammebetingelser og effektivitetskrav lokalt og nasjonalt. Kombinert med mangfoldige og komplekse praksissituasjoner gir dette store faglige utfordringer (Bjørk og Solhaug 2008). Om man skal

fungere tilfredsstillende og holde tritt med utviklingen, vil det være nødvendig at sykepleierne holder seg faglig oppdatert (Bjørk og Solhaug 2008). Faglig forsvarlighet og kvalitet er noe som henger sammen, dette gjenspeiles også i myndighetenes krav til helsepersonell (Helsepersonelloven § 4 og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2). Helsepersonelloven (1999 § 4) er tydelig på at sykepleierne må utføre sitt arbeid i henhold til krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra sykepleierens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonelloven (1999) har som formål å bidra til kvalitet i helsetjenesten (Bjørk og Solhaug 2008). Helsepersonelloven § 16 (1999) uttrykker et generelt ønske om å plassere et systemansvar. Organisasjonen vil derfor ha behov for ledere som på en entydig måte kan ivareta det sykepleiefaglige systemansvaret. Organisatorisk kompetanse er en forutsetning for at man skal kunne gjøre dette (Orvik 2013). Sykepleiere bør også arbeide for å sikre forsvarlige rammer for profesjonsutøvelsen (Orvik 2013). I likhet med Orvik (2013) mener også Brinchmann (2012) at sykepleiere har en profesjon som har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger i sin yrkesutøvelse. Sykepleierne plikter å sette seg inn i gjeldende lovverk og har ansvar for å holde seg oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor eget fagområde, i tillegg til at tilegnet ny kunnskap blir anvendt i praksis (Brinchmann 2012). Sykepleierne skal sette seg inn i arbeidsstedets visjon, verdier, mål og retningslinjer, samt bidra til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis på arbeidsstedet. Sykepleiere har også et etisk ansvar som er definert i de fire etiske prinsipper innenfor sykepleie (Brinchmann 2012).

2.4 Sykepleieteoretisk perspektiv

Sykepleierforsker og teoretiker, Patricia Benner født i 1942 i Virginia (USA), utførte en omfattende studie i 1984 av ”den erfarne praktiker” og ga i 1995 ut boken ”*From Novice to Expert*”. Hun tar for seg hvordan sykepleiere kan lære, og utvikle seg gjennom ferdighetslæring, ved at sykepleierne i sitt arbeid får mer erfaring og kunnskap. Hun sier at den kliniske sykepleieutøvelsen endrer seg i takt med ervervelse av erfaring og kunnskap (Benner 1995). Hun beskriver en modell som viser hvordan sykepleiere tilegner seg nye ferdigheter igjennom 5 kompetanse nivåer: (1) *Nybegynner*, (2) *Avansert nybegynner*, (3) *Kompetent*, (4) *Kyndig* og (5) *Ekspert*. I de ulike nivåene definerer Benner (1995) hva slags ferdighetsnivå sykepleieren er på. Nivå 1 vil si at sykepleieren er uten erfaring med behov for veiledning og opplæring, og at de på dette stadiet har liten fleksibilitet. Sykepleieren forholder

seg lojalt til normer og regler i systemet. På nivå 2 har sykepleieren et tilnærmet akseptabelt ferdighetsnivå. Videre på nivå 3 defineres det at man regnes som kompetent, hvor sykepleieren gjenkjenner kompetansen til en sykepleier og handlingene styres av langsiktige mål og planer. Sykepleieren innehar evnen til å planlegge bevist, abstrakt og analytisk. Som ”*Kyndig*” sykepleier, nivå 4, er sykepleieren i stand til å oppfatte situasjoner i sin helhet. Perspektivet i en situasjon kommer av seg selv etter klinisk observasjon, hvor prestasjon og handling skjer ut fra etiske regler eller prinsipper fremvokst av erfaring. I siste nivå (5) definerer Benner (1995) ferdighetsnivået til at sykepleieren ikke lenger har bruk for etiske regler, prinsippbasert erfaring, eller analytiske vurderinger for å kunne avgjøre en situasjon. Benner (1995) mener at sykepleiere på dette nivået automatisk skaffer seg en oversikt over en situasjon via intuisjon, fordi man har en dyp totalforståelse av situasjonen.

Sykepleiere kan ses på som organisasjonens lim, ettersom deres tilstedeværelse gir dem muligheten til å oppdage og avdekke potensielle feil. De har ansvar for å ha en fleksibel holdning til pasientene, administrasjon og teknologi. Sykepleierne skal ivareta pasientene gjennom å følge opp behandlingen som er iverksatt av leger eller andre profesjonsgrupper, som for eksempel legemiddelhåndtering (Benner 1995). Sykepleierne må ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om medikamentenes indikasjoner, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler, bivirkninger m.m. (Benner 1995). Hun påpeker viktigheten med god overvåkning av terapeutiske reaksjoner for å ivareta pasientens sikkerhet. Dette kan være forskjellen mellom liv og død (Benner 1995).

Benner (1995) hevder at ledelse, struktur og organisasjonskultur er viktige faktorer som har innvirkning på kvalitetssikring i det kliniske arbeidet som utøves av sykepleiere. Blant annet har sykepleiere ansvar for å delegere ut oppgaver og tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid. De må ta høyde for uforutsette hendelser og perioder med ekstrem overbelastning. Disse er alle viktige elementer som ledelse, struktur og organisasjonskulturen må bære preg av for å kvalitets sikre arbeidet som utføres. Ulik kompetanse og bakgrunn vil man alltid se innad i en organisasjon, og dette kan gi rom for uenigheter (Benner 1995). Benner (1995) poengterer viktigheten med å opprettholde moralen og løse uoverensstemmelser så raskt som mulig, for å kunne sikre god kvalitet og effektivitet i arbeidet med pasienter.

Da sykepleieren stort sett alltid er til stede, og koordinerer det mangfoldet av fagpersoner som skal i kontakt med pasienten, er man i en god posisjon til å observere og oppdage feil.

Sykepleierens jobb er å overvåke pasientens kliniske tilstand, samt å sikre kvaliteten i det kliniske arbeidet opp mot pasienten (Benner 1995). Det å være i posisjon til å overvåke og oppdage feil, er et område som i følge Benner (1995) ikke er spesielt tilfredsstillende for sykepleiere. Dette skaper en viss uro og usikkerhet i det å erkjenne at feil og uheldige hendelser har vært et nærliggende mulig utfall i en situasjon. Ting blir stort sett ikke bemerket når alt går bra, men når feil oppstår må sykepleieren fylle ut en avviksrapport. De sitter ofte igjen med en skyldfølelse uavhengig av årsakssammenhengen til at feilen oppsto (Benner 1995).

Som et hovedelement i den faglige- og etiske forsvarligheten, organisasjonsstruktur- og kultur, og gjennom avvikshåndtering er det en klar målsetning å bedre pasientsikkerheten ved at det fokuseres på å lære av feil og uheldige hendelser. I følge Pasientsikkerhetsprogrammet (2016) innebærer pasientsikkerhet at pasienter beskyttes mot unødig skade som følge av handlinger utført av helsepersonell i helsetjenesten. Oppgavens hensikt er å finne ut hvordan organisasjonen kan fremme avviksrapporing. Der av problemstillingen:

Hvordan kan organisasjonsstrukturen- og kulturen fremme avviksrapporing blant sykepleiere?

3 Metode

Metode defineres som en fremgangsmåte for å skaffe kunnskap eller kontrollere fremsatte påstander med krav om å være holdbare, sanne eller gyldige (Tranøy 1986). I oppgaven er det benyttet litteraturstudie som metode og det har blitt gått systematisk tilverks med tanke på litteratursøk. Litteratursøket er dog ikke et fullverdig litteratursøk hvor man systematisk ville gått igjennom all eksisterende forskning som er tilgjengelig på området (Polit og Beck 2014).

3.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er en metode hvor man systematisk leter etter eksisterende forskning på et området som studeres. Man går igjennom forskningen kritisk og sammenligner ulike resultater og funn som er gjort i forskningen (Polit og Beck 2014).

Sammenligning av forskning og publisert litteratur kan brukes som et utgangspunkt for videre undersøkelser av valgt problemstilling eller tema. Når man anvender litteraturstudie som metode brukes fortrinnsvis primærkilder for å belyse fagområdet. Primærkilder er publiserte vitenskapelige artikler fra forskerne selv. Litteraturstudier ansees som sekundærkilder fordi kunnskapen som fremkommer er bearbeidet, og det fremkommer ikke ny kunnskap (Bjørk og Solhaug 2008).

En av styrkene ved å benytte litteraturstudie som metode er at man lett kan innhente mye informasjon i løpet av kort tid, ettersom informasjonskildene er lett tilgjengelig. Men dette kan også sees på som en svakhet fordi det er mye litteratur tilgjengelig, og det kan være vanskelig å samle inn relevant litteratur ut i fra problemstillingen (Dalland 2014).

Innen et tema kan man fokusere på litteratur som vil bekrefte det standpunktet en forsker har og det er rom for tolking, noe som kan medføre at resultatene vil variere avhengig av hvem som analyserer innhentet litteratur. Både kvalitativ og kvantitativ forskning kan anvendes i litteraturstudier (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Kvantitativ metode

Ved bruk av kvantitativ data benyttes målbare metoder hvor man samler inn data i numerisk form og forsker på sammenhengen mellom variabler. Metoden benyttes dersom man kan innhente data systematisk som lar seg analysere i form av tallverdier som prosenter og

gjennomsnitt (Dalland 2014). Det er viktig at utvalget ved innhenting av kvantitative data er stort nok dersom funnene skal generaliseres og gjenbrukes (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Kvalitativ metode

Kvalitativ forskning samler inn data i form av meninger, hendelser og erfaringer som har betydning for enkeltindividet eller grupperinger som ikke er målbare eller kan tallfestes, ofte i form av intervju eller fokusgrupper. Ønsket med kvalitative metoder er å kunne gå i dybden og sikre bedre forståelse, i tillegg til at den gir forskerne fleksibilitet (Dalland 2014).

Kvalitativ forskning kan derfor ikke sies å være utviklet for å generalisere kunnskap (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Felles for begge metodene er at det er viktig hvordan man innhenter og analyserer dataene som er samlet inn, slik at resultatene blir riktigst mulig og kan gjenbrukes (Forsberg og Wengstrøm 2013).

3.2 Oppgavens litteratursøk

Bacheloroppgaven er et litteraturstudie hvor man skal innhente fag- og forskningsbasert kunnskap i forhold til valgt sykepleiefaglig problemstilling. I oppgaven skal man vise til en strukturert, kritisk og åpen fremgangsmåte, dette for å finne, vurdere og oppsummere forskningsstudier som utgjør litteraturstudiets resultat. Resultatet skal bestå av 5-10 vitenskapelige artikler (Høgskolen i Gjøvik 2015). Vi vil i litteratursøket benytte oss av databasene til NTNU Gjøvik, og vi vil utarbeide inklusjon- og eksklusjonskriterier for avgrense søkene. Inklusjonskriteriene betegner den informasjonen som man ønsker å ta med i litteratursøket, med tanke på å belyse problemstillingen. Eksklusjonskriteriene betegner hva man ikke ønsker å ta med i litteratursøket, eller hva man tenker ikke vil bidra til å belyse problemstillingen (Thidemann 2015). Søket vil presenteres i en søkematrise som viser database, søkeord, kombinasjoner av søkeord, antall treff og antall leste artikler. Dette for å kunne vise hvordan vi har kommet frem til de artiklene som er benyttet i oppgaven (Bjørk og Solhaug 2008).

Strategi for analyse og resultat

Artiklene som er valgt vil danne grunnlaget for resultatet i oppgaven. Vi vil presentere disse artiklenes innhold i resultatdelen med fokus på metode, resultat, hensikt og relevans i forhold

til vår problemstilling. Artikkene vil analyseres og oppsummeres i skjema for å kunne identifisere felles temaer (Aveyard 2014).

Oppgavens diskusjon

Med bakgrunn i resultatene fra analysen av forskningsartikkene, vil en diskusjon ta utgangspunkt i ulike temaer som er funnet i analysen. Videre vil disse temaene sees i sammenheng ved å bruke resultater fra forskning, bakgrunns litteratur og annen litteratur innenfor områdene problemstillingen dekker (Aveyard 2014). Tanker rundt litteratursøkets betydning knyttet opp mot praksis og kildekritikk, vil også inngå som en del av diskusjonen (Dalland 2014).

Oppgavens konklusjon

Til slutt i oppgaven vil det presenteres en konklusjon. Her vil problemstillingen bli besvart sett opp mot funnene som er kommet frem igjennom resultater, analyse og diskusjon (Dalland 2014). Resultatene fra sammenfatning av artikkene og diskusjonen vil avslutningsvis presenteres som en figur.

3.3 Forskningsetikk

Forskningsetikk omhandler å overveie hvilke etiske utfordringer forskning vil kunne føre til. Polit og Beck (2014) har definert tre etiske hovedprinsipper for å ivareta personer i forbindelse med medisinsk- og adferdsforskning. Velgjørenhet, er det første prinsippet som omtales. Dette handler om å minimere skade og maksimere nytte fra studiet og at deltakere ikke skal utsettes for fare som følge av forskningen. Det viser også til at forskere må være bevisste i forhold til hvordan de innhenter sensitive opplysninger og at opplysninger som oppgis ikke kan bli misbrukt eller brukes mot deltakere senere (Polit og Beck 2014). Det andre prinsippet sier noe om respekt og verdighet, og at potensielle deltakere frivillig kan bestemme om de ønsker å delta. Et viktig aspekt her er at deltakere skal kunne stille spørsmål ved studien og kunne trekke seg, samt forbeholde seg retten til å ikke besvare spørsmål som stilles. Det siste prinsippet som trekkes frem er rettferdighet. Her kommer deltakerenes rett til personvern og retten til rettferdig behandling inn (Polit og Beck 2014).

Kunnskapsdepartementet har oppnevnt forskjellige forskningsetiske komitéer hvis oppgaven er å gi veiledning og råd i forbindelse med forskningsetiske problemstillinger. Spørsmål de typisk tar stilling til er om forskningen går på bekostning av deltakeres integritet (Dalland 2013).

3.4 Søkeprosessen

Fra februar til april 2016 ble det foretatt søk for å innhente relevant litteratur i forhold til oppgaven. Det var en tidkrevende prosess for å finne gode søkekriterier, og det ble lest mange artikler underveis. Det har blitt søkt både på norsk og engelsk. Ettersom det å kun anvende norske søkeord ville begrenset resultatene av søket og utelate relevante artikler. I tillegg finnes det mange norske studier som er publisert på engelsk. Avvik og de utfordringer avvik medfører er gjeldene i hele Helse-Norge, og mange av de samme utfordringene går igjen i flere vestlige land. Det er derfor ikke bare valgt artikler som omtaler norske forhold. De fleste artiklene som er valgt ut omhandler avvik i spesialisthelsetjenesten, men mange av funnene er ansett som overførbare til kommunalhelsetjenesten med bakgrunn i resultatene som er funnet i artiklene.

I denne oppgaven er det plukket ut seks artikler for å belyse problemstillingen. Artiklene er funnet gjennom strukturerte søk i databaser og andre supplerende søk. Det er kun valgt ut forskningsartikler fra primærkilder, det vil si at litteraturen er publisert av forskerne selv. Artiklene er kritisk analysert og sjekket om de er publisert i et vitenskaplig tidsskrift, i tillegg til om de er fagfellevurdert. En artikkel som er fagfellevurdert er kritisk vurdert og anbefalt publisert av andre forskere enn forfatteren selv (Polit og Beck 2014). Det er viktig at en vurderer funnene som er gjort kritisk i forhold til å belyse problemstillingen (Dalland 2014). For å sjekke om en artikkel er fagfellevurdert har vi benyttet ISSN nummeret eller tittel på tidsskriftet, og sjekket dette mot database for statistikk om høgre utdanning (NSD 2016). Det er også vurdert om artiklene som er valgt har hatt en IMRAD struktur. En IMRAD struktur benyttes som en vanlig oppbygging av vitenskapelige artikler, og har følgende oppbygging; Innledning, Metode, Resultater og (and) Diskusjon (Polit og Beck 2014).

Søkeordene som ble brukt i litteratursøket

Medical error, learning, health services, quality improvement, quality, safety, health care errors, reporting, variance, medication, errors, documentation, norwegian nursing, quality assurance, culture, uheldige hendelser, avvik og sykepleier.

Inklusjonskriterier

I forbindelse med søket etter litteratur har vi hatt følgende inklusjonskriterier:

- Fagfellevurdert ved minst nivå 1
- Følge etiske retningslinjer for forskning

- Ikke eldre enn 15 år
- Norsk og engelskspråklige artikler
- Fra vestlige land som kan overføres til norsk helsevesen
- Kun artikler som følger en IMRAD struktur

Eksklusjonskriterier

I forbindelse med søket etter litteratur har vi hatt følgende eksklusjonskriterier:

- Ikke fagfellevurdert
- Ikke følger etiske retningslinjer for forskning
- Artikler eldre enn 15 år
- Skrevet på andre språk enn norsk og engelsk
- Ikke fra vestlige land som kan overføres til norsk helsevesen
- Ikke følger IMRAD struktur

Søkematrisen

Søkematrisen i tabell 1 viser fremgangsmåten til de artiklene som er valgt ut. Matrisen har til hensikt å dokumentere hvordan resultatene ble funnet (Bjørk og Solhaug 2008).

Tabell 1

Database: SweMed+					
#	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Antall leste abstrakter	Antall valgte artikler
1	Avvik	1	15	4	
2	Sykepleier	2	4204	10	
		1 and 2	2	1	1

Funn 1: Ulvund, Dale og Ødegård (2015) *Skal- Skal ikke Jordmødre og psykiatriske sykepleieres erfaringer med varsling av avvik*

Database: SweMed+					
#	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Antall leste abstrakter	Antall valgte artikler
1	Medical errors	1	1112	9	
2	Reporting	2	2545	4	
		1 and 2	87	6	1

Funn 1: Molven (2010) *Tilsynsmyndighetenes bruk av sanksjoner ved melding om pasientskader*

Database: SweMed+					
#	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Antall leste abstrakter	Antall valgte artikler
1	Culture	1	80519		
2	Reporting	2	37921		
		1 and 2	1039	12	2

Funn 1: Mourtzoglou A. (2010) *Factors impeding nurses from reporting adverse events*

Funn 2: Haw, C.; Stubbs, J.; Dickens, G. L. (2014) *Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: an interview study of nurses at a psychiatric hospital.*

Database: Pubmed					
#	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Antall leste abstrakter	Antall valgte artikler
1	Reporting	1	128698		
2	Norwegian nursing	2	4397	3	
		1 and 2	33	5	1

Funn 1: Malmedal, W., Hammervold, R. og Saveman, B-I. (2009) *To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues.*

Database: Google Scholar					
#	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Antall leste abstrakter	Antall valgte artikler
1	Uheldige hendelser	1	#	1	1

Funn 1: Storli, M. (2008) Feilmedisinering i sykehus - organisasjonskulturens.

4 Resultater

Resultatene fra litteratursøket er presentert i tabell 2. Presentasjonen vil gi en oversikt over de analyserte artiklene og er en kortfattet oppsummering av de enkelte artiklene som utgjør resultatet av litteratursøket (Aveyard 2014).

Tabell 2

Referanse 1:	Ulvund, I., K.Y. Dale og A. Ødegård. (2015) Skal – Skal ikke, Jordmødre og psykiatriske sykepleieres erfaringer med varsling av avvik. I: <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i> , 11(2), s. 86-96.
Hensikt med studien:	Undersøkelsens formål var å utforske erfaringer hos et utvalg jordmødre og psykiatriske sykepleiere med hensyn til varsling av avvik.
Metode:	Kvalitativ studie utført som et semi-strukturert telefonintervju. Utvalget besto av 18 psykiatriske sykepleiere og 7 jordmødre i spesialisthelsetjenesten fra 10 forskjellige sykehus fra ulike deler av landet.
Resultat:	Det ble gjort to hoved funn i studien, 1) Vi har en moralsk plikt til å varsle og 2) Avvik setter den enkelte i en vanskelig situasjon.
Konklusjon:	Nøkkelen til god håndtering av avvik ligger på ledelsen. Det må opparbeides en tydeligere forståelse av sammenhengen mellom individ, system og organisatoriske faktorer. Det er et ledelsesansvar å utarbeide gode rutiner på hva og hvordan avvik skal rapporteres. Det er viktig at det innarbeides åpenhet for hvordan det kan læres av feil både på individ- og systemnivå, og ikke minst er det svært viktig at ansatte forsikres om at melding av avvik ikke får formelle eller uformelle negative konsekvenser.
Relevans for oppgaven:	Artikkelen er norsk og kan derfor sees i direkte sammenheng med vårt helsesystem. Artikkelen kan ikke direkte knyttes opp mot problemstillingen siden dette omhandler spesifikke yrkesgrupper, men er relevant siden den tar for seg holdninger knyttet til det å melde avvik. Vi anser det som nærliggende at holdningene er uavhengig av profesjon og hvor man jobber, på sykehus eller kommunalt.

Referanse 2:	Molven, O. (2010) Tilsynsmyndighetenes bruk av sanksjoner ved melding om pasientskader I: <i>Tidsskrift for Den norske legeforening</i> , 130(10), s. 266 – 9.
Hensikt med studien:	Formålet med undersøkelsen var å finne ut hvor mange meldinger som førte til tilsynssak, og hvor mange som endte med sanksjoner mot helsepersonell.
Metode:	Kvantitativ undersøkelse med analyse av vurderte tilsynssaker av Helsetilsynet i perioden 01.07.2002 – 30.06.2007, og sakene som er avgjort i Statens helsetilsyn i perioden 01.01.2003– 31.12.2007. Utvalget var registrerte tilsynssaker ved Helsetilsynet i fylkene og Statens Helsetilsyn.
Resultat:	Helsetilsynet i fylket mottok 9 268 meldinger i perioden. Av meldingene førte 443 (4,7 %) til tilsynssak, og 19 av disse (2 ‰ av meldingene) endte med administrative reaksjoner (sanksjoner) mot helsepersonell. Flertallet av sanksjonene ble gitt leger: 12 fikk advarsel og én mistet spesialistgodkjenningen. I hvilken grad det reises tilsynssak på grunnlag av meldingene synes å variere sterkt mellom fylkene.
Konklusjon:	Helsetilsynet i fylkene får færre meldinger enn de skal og bør ha. Helsepersonell har svært liten grunn til å frykte at meldingene vil medføre sanksjoner fra tilsynsmyndigheten. Det gjenstår mye utviklingsarbeid i helseforetakene før de selv er gode på å benytte tilsynssaker for å unngå fremtidige hendelser.
Relevans for oppgaven:	Artikkelen er vesentlig i forhold til problemstillingen ettersom den har analysert innmeldte avvik i Norge, og sett på faren for sanksjoner knyttet til innmeldte avvik.

Referanse 3:	Malmedal, W., Hammervold, R. og Saveman, B-I. (2009) To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues. I: <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> , 37, s. 744-750.
---------------------	--

Hensikt med studien:	Å se på i hvilken grad sykepleieres alder, utdanning og ansiennitet påvirker sykepleierens holdning til å rapportere avvik.
Metode:	Kvantitativ spørreundersøkelse utført ved 55 sykehjem i Norge – Sør-Trøndelag, med svaralternativ hvor deltakerne ga graderte svar.
Resultat:	Resultatet presenteres i tabeller, og svarene var forskjellige sett ut i fra alder, utdanning og ansiennitet. De eldste svarer at de er redd for å rapportere kollegaer, redd for at dette vil kunne få negative konsekvenser. Majoriteten mente derfor at det var best å løse avvikene internt. Majoriteten hos de med høyere utdanning svarte at de ville rapportere sine kollegaer. De var modige nok til å si i fra, de mente det var nyttig å rapportere, og var i mindre grad redd for hva som ville skje. Hos de med mer enn 30 års erfaring så man forskjell på to av utsagnene. Forskjellene var at disse ikke så noe vits i å rapportere fordi det ikke skjedde noe uansett, og at de mente at det var best å løse avvikene internt.
Konklusjon:	Helsepersonell har etiske retningslinjer og en profesjonell plikt til å rapportere på vegne av pasientene. Arbeidsgiver på sin side har plikt til å støtte de som rapporterer. De etiske retningslinjer er til for å veilede sykepleiere i vanskelige situasjoner, og deres plikt til å rapportere uheldige hendelser. Institusjonene må utarbeide og implementere rutiner for forståelse og evaluering av uheldige hendelser. De ansatte må oppmuntres til å snakke på vegne av pasientene istedenfor å frykte negative konsekvenser. En organisasjon som lar sykepleiere stille spørsmål ved dårlig praksis og brudd på etiske retningslinjer, vil være en organisasjon som vil kunne utøve den best mulige praksisen og kunne gi best mulig omsorg.
Relevans for oppgaven:	Artikkelen er relevant i forhold til problemstillingen, da den har undersøkt sykepleieres holdning med tanke på å rapportere avvik i Norge.

Referanse 4:	Haw C., J. Stubbs og G.L. Dickens (2014) Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: an interview study of nurses at a psychiatric hospital I: <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 21(9), s.797-805
Hensikt med studien:	Hensikten med studien var å se på i hvor høy grad sykepleiere ved et psykiatrisk sykehus rapporterer feilmedisinering og nesten-uhell som oppstår, og hva som er årsaken til at disse avvikene eventuelt ikke blir rapportert.
Metode:	Kvalitativ undersøkelse med intervju av 50 sykepleiere på et psykiatrisk sykehus. Sykepleierne som deltok var i hovedsak vanlig ansatte sykepleiere og ledere. Deltakerne hadde i snitt syv års arbeidserfaring som psykiatriske sykepleiere, og 80% av de forespurte administrerte minst en medisinrunde per vakt.
Resultat:	Resultantene fra analysen viser at det finnes fire barrierer for å rapportere avvik og nesten-uhell. De finner <i>unnskyldninger</i> som om at ingen skade skjedd og feilen var forårsaket av «tilfeldigheter». De har <i>frykt</i> for disiplinære konsekvenser og uoffisielle sanksjoner, og ønsker ikke interne konflikter med kollegaer. De mangler <i>kunnskap</i> i forhold til avviksrapporteringssystemet og hva som er et faktisk avvik og nesten-uhell. De ønsker ikke ekstra <i>byrder</i> og har ikke tid til rapportering, og opplevde rapportering som meningsløst.
Konklusjon:	Disse funnene er noe som beviser at lederens oppgave må være og overtale og overbevise sykepleierne om læringskulturen som finnes i et hvert innrapportert avvik og nesten-uhell, samt mulighetene dette gir og ikke hvilket bryderi det er.
Relevans for oppgaven:	Artikkelen er britisk, det vil si fra et vestlig land, og kan sammenlignes med de forholdene vi har her hjemme i Norge. Den omhandler hva som er definisjonen på et avvik eller nesten uhell, og i hvilken grad det rapporteres og hva som er årsaken til at det eventuelt ikke rapporteres.

Referanse 5:	Moumtzoglou, A. (2010) Factors impeding nurses from reporting adverse events I: <i>Journal of Nursing Management</i> , 18(5), s. 542-547.
Hensikt med studien:	Å undersøke hvorfor greske sykepleiere er motvillig til å rapportere uheldige hendelser, samt deres holdninger til uønskede hendelser og rapportering.
Metode:	Kvantitativ studie foretatt blant 214 sykepleiere ved 14 store sykehus i Athen, bestående av universitetssykehus og mindre sykehus.
Resultat:	I denne sammenheng ble det funnet 5 hovedgrunner til ikke å rapportere, som inkluderte prosessuelle og kulturelle spørsmål om det greske helsesystemet. 1. "Frykt for media/presen". 2. "Frykt for å miste lisensen/autorisasjonen". 3. "Utfordringer med å håndtere uheldige hendelser". 4. "Selvtillit til å ta opp uheldige hendelser". 5. "Klager fra pasientene".
Konklusjon:	<p>Det faktum at det for øyeblikket ikke finnes noe nasjonalt system for å rapportere uheldig hendelser og at administrasjonen ikke oppmuntrer til en skyldfri kultur, gir en intuitiv forklaring på hvorfor respondenter som jobber på offentlige greske sykehus ser dette som irrelevante.</p> <p>I tillegg til kulturelle endringer i helsevesenet, kan strukturell støtte ved å etablere eller endre regler eller system i ledelsen bli nødvendig. Dette slik at sykepleiere ikke blir et mål for disiplin, og får personlig ansvar for kompensasjon når de rapporterer en uheldig hendelse. Disse systemene kan forhindre at sykepleiere må yte en ekstra innsats og frykte forekomsten av uheldige hendelser, samt frykte kritikk direkte fra pasienten. Dette kan muligens bidra til en åpen holdning for effektiv og fungerende rapportering av uheldige hendelser, og igjen føre til en passende rapporterings- og læringskultur.</p>
Relevans for oppgaven:	Artikkelen er gresk og kan ikke sees i direkte sammenheng med det norske systemet. Likevel finner vi denne relevant fordi den til tross for at Hellas ikke har nasjonalt system og at administrasjonen ikke oppmuntrer til en skyldfri kultur, sånn som i Norge, så finner vi de samme årsakene til at det underrapporteres.

Referanse 6:	Storli, M. (2008) Feilmedisinering i sykehus - organisasjonskulturens. I: <i>Nordic Journal of Nursing Research</i> . 28(3), s. 19-23
Hensikt med studien:	Hensikten med studien var å bidra til større sikkerhet og forbedret kvalitet i sykehus.
Metode:	<p>Kvalitativ metode er benyttet og det er brukt intervjuer i fokusgrupper for å lære om erfaringer og synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler.</p> <p>Det ble intervjuet 22 sykepleiere med ansiennitet mellom 1,5 - 37,5år.</p> <p>Sykepleierne ble tilfeldig valgt fra avdelinger med høy risiko for feilmedisinering, stort forbruk av høypotente legemidler, høyt tempo og mottak av øyeblikkelig hjelp.</p>
Resultat:	<p>I fokusgruppene kom det frem at eksisterende prosedyrer ble lite brukt på grunn av utilgjengelighet og mangelfull oppdatering. Det ble også utarbeidet egne og spesialtilpassede prosedyrer.</p> <p>Sykepleierne fikk mye ansvar i forhold til medikamenthåndtering, til tross for at hovedansvaret for dette ligger hos legene.</p> <p>Det ble uttrykt misnøye vedrørende oppfølging fra ledelsens side i forbindelse med alvorlige feil, ettersom det sjeldent resulterte i permanente tiltak. Sykepleierne følte ikke at de kunne påvirke beslutninger i egen organisasjon.</p> <p>Det ble avdekket at sykepleiere hadde lite kjennskap til avviksmeldesystemet, og det forekom ingen opplysninger om opplæring eller oppfordring til å skrive avvik, med unntak av høyrisikoavdelingene.</p> <p>Sykepleierne la vekt på det individuelle ansvaret som hver enkelt sykepleier har og viste liten forståelse for at hensikten med avviksrapportering var å forbedre systemet, fremfor å henge ut sydebukker. Flere av sykepleierne opplevde ubehag i forbindelse med å gjøre feil, og på selvbebreidelse som reaksjonsmønster.</p>
Konklusjon:	Uheldige hendelser og feil blir fortsatt dårlig utnyttet som et læringsmiddel,

	og organisasjonskulturen virker å fortsatt å være knyttet til individansvar fremfor systemansvar. Ledelsen må forstå at feil forekommer og legge til rette for systematisk læring av feil. Det bør legges større vekt på systematisk opplæring i sikkerhetsrutiner og endre kulturen fra en skyldkultur til en sikkerhetskultur, for å ivareta pasientsikkerheten på en best mulig måte.
Relevans for oppgaven:	Denne studien beskriver kulturelle faktorer som blant annet påvirker avviksrapportering i et sykehus i Norge.

4.1 Sammenfatning av funn

De seks artiklene som er valgt for å belyse vår problemstilling, er analysert ut i fra Aveyard (2014) sin etter en tematiske fremgangsmåte. Den tematiske analysen identifiserte noen felles faktorer som fremmer avviksrapportering. Gjennom sammenstilling av de analyserte artiklene kom det frem tre hovedkategorier: Ledelse, kultur og kunnskap. Ifølge Aveyard (2014) kan kvalitative resultater presenteres i både fritekst og tabellform, det vil her bli presentert først i fritekst for så og komme med en avsluttende figur til slutt.

Ledelse

Ulvund, Dale og Ødegård (2015) finner at nøkkelen til avvikshåndtering ligger hos ledelsen. Det er viktig at de ansatte forsikres om at rapportering av avvik ikke får negative konsekvenser, hverken formelt eller uformelt, og man finner i denne studien at det er viktig at ledelsen utarbeider gode rutiner for avviksrapportering. De viser til viktigheten av å opparbeide gode rutiner, og ha takhøyde for innrapportering av avvik både på individ- og systemnivå. Malmedal, Hammervold og Saveman (2009) hevder at ledelsen plikter å støtte de ansatte ved avviksrapportering, og at institusjonene må implementere gode rutiner og forståelse for rapportering av uheldige hendelser. De ansatte bør oppmuntres til å rapportere på vegne av pasienten, og ikke være preget av frykt for negative konsekvenser. Haw, Stubbs og Dickens (2014) konkluderer med at funnene i sin studie er noe som beviser at lederenes oppgave må være å overtale og overbevise sykepleierene om læringskulturen som finnes i et hvert innrapportert avvik og nesten uhell, samt mulighetene dette gir og ikke hvilket bryderi det er. Storli (2008) viser til at uheldige hendelser og feil blir dårlig utnyttet som et læringsmiddel, og organisasjonskulturen virker å fortsatt å være knyttet til individansvar fremfor systemansvar. Ledelsen må forstå at feil forekommer, og legge til rette for

systematisk læring av feil (Storli 2008). Moutzoglou (2010) konkluderer med at i tillegg til kulturelle endringer i helsevesenet, kan strukturell støtte ved å etablere eller endre regler eller system i ledelsen bli nødvendig. Dette slik at sykepleiere ikke blir et mål for disiplin, og får personlig ansvar for kompensasjon når de rapporterer en uheldig hendelse.

Kunnskap

Malmedal, Hammervold og Saveman (2009) finner i sin studie at majoriteten av de som har høyere utdanning svarte at de ville rapportere sine kollegaer ved uheldige hendelser, og at de var mindre redd for konsekvenser og sanksjoner ved slik rapportering. De som har mer enn 30 års erfaring svarer avvikende i den forstand at de mener at det ikke har til noen hensikt og rapportere uheldige hendelser, og derfor unnlater og gjøre dette i mange sammenhenger (Malmedal, Hammervold og Saveman 2009). Molven (2010) sier at helsepersonell har i liten grunn til å frykte sanksjoner fra øvre myndighet ved innrapportering av uheldige hendelser og potensielle pasientskader. Haw, Stubbs og Dickens (2014) finner manglende kunnskap som en årsak til mangelfull innrapportering av uheldige hendelser og nesten uhell. Årsaken til dette er manglende kunnskap i forhold til definisjonen av uheldige hendelser og nesten uhell, samt manglende kjennskap til innrapporteringssystemet.

Kultur

Malmedal, Hammervold og Saveman (2009) sier at en organisasjon som lar arbeidstakerne stille spørsmål ved dårlig praksis og brudd på etiske retningslinjer, vil være en organisasjon som vil kunne utøve best mulig praksis og yte best mulig omsorg. I Haw, Stubbs og Dickens (2014) artikkel kommer det frem at de forespurte svarte at de ikke ville bruke et system for avviksrapportering i forhold til innrapportering av avvik begått av kollega, og egne nesten uhell. Noe de begrunnet med at de heller vil ta det muntlig med sin overordnede, og så kan den avgjøre hva man skal foreta seg, samtidig som man unnskyldte hendelsen. Manglende innrapportering ble også begrunnet med frykt, frykt for å bli sett på som en varsler, frykt for sanksjoner og tap av status samt det å ikke ønske og skape konflikt innad i personalgruppen. En del oppga arbeidspress og arbeidsmengde som grunn for manglende innrapportering, samt at det er for tidkrevende og lite hensiktsmessig. Storli (2008) mener det bør legges større vekt på systematisk opplæring i sikkerhetsrutiner og endre kulturen fra en skyldkultur til en sikkerhetskultur, for å ivareta pasientsikkerheten på en best mulig måte. Moutzoglou (2010) finner i denne sammenheng flere kulturelle hovedgrunner til at man ikke rapporterer uheldige hendelser, disse inkluderte blant annet prosessuelle og kulturelle spørsmål om det greske

helsesystemet; 1. Frykt for media/presen, 2. Frykt for å miste lisensen/autorisasjonen og 3. Utfordringer med å håndtere uheldige hendelser.

I figuren under presenteres de viktigste funnene fra artiklene som fremmer avviksrapporing. Funnene er kategorisert i tre kategorier: Ledelse, Kunnskap og Kultur.



Figur 1: Resultat av sammenfatning av funn i artikler

5 Diskusjon

Denne oppgaven har til hensikt å belyse hvordan organisasjonsstrukturen- og kulturen kan fremme avviksrapportering blant sykepleiere. Resultatet viser til tre sentrale organisatoriske faktorer som kan bidra til å fremme avviksrapportering blant sykepleiere i avdelingen. (1) En ledelse som har fokus på avviksrapportering, ser nytten av dette og prioriterer å behandle rapporterte avvik som en del av arbeidet med å fremme pasientsikkerhet, (2) At sykepleierne og ledelsen har god kunnskap om sine plikter, systemene som benyttes, og hva som er avvik, (3) En kultur som bygger på godt arbeidsmiljø, at man ser nytten av avviksrapportering, og at man ønsker å lære av feil og uheldige hendelser for å bedre pasientsikkerheten.

Teorien viser til prosjekter, programmer, lover og yrkesetiske retningslinjer som har et entydig mål om å redusere pasient skader og forbedre pasientsikkerheten gjennom å tydeliggjøre mål, hensikter og plikter (Helsepersonelloven 1999, Sneltvedt 2012, Pasientsikkerhetsprogrammet 2015). I arbeidet med å fremme pasientsikkerhet er det å lære av feil og uheldige hendelser ansett som sentralt (Hjort 2007, Helsebiblioteket 2015). Dette avhenger blant annet av at avviksrapporteringen blant sykepleiere er velfungerende. Til tross for betydningen av å lære av feil og uheldige hendelser, viser flere studier stor grad av underrapportering (Storli 2008, Malmedal Hammervold og Saveman 2009, Moutzoglon 2010). Studien til Moutzoglon (2010) er gjennomført ved greske sykehus hvor det ikke finnes nasjonale systemer for avviksrapportering og en ledelse som ikke oppmuntrer til en skyldfri kultur. Teorien og lovverket viser at det i Norge er motsatt, vi har en plikt til å rapportere og det er tilsynelatende tilrettelagt for en rapporteringskultur som oppfordrer til å rapportere (Helsepersonelloven 1999, Sneltvedt 2012, Pasientsikkerhetsprogrammet 2015). Til tross for forskjellene mellom Norge og Hellas ser vi at årsakene til at det underrapporteres er like. Således er det grunn til å undre seg over om systemene og kulturen vi har her i Norge er god og tydelig nok, eller om kunnskapen i organisasjonen er god nok? I resultatene avdekkes flere ulike årsaker til at det underrapporteres som kanskje ikke gir et konkret svar, men at det er flere faktorer som spiller inn (Storli 2008, Malmedal, Hammervold og Saveman 2009 og Moutzoglon 2010).

I arbeidet med å fremme avviksrapportering trekkes ledelsen frem som en sentral faktor i flere av studiene og i teorien (Edmundson 2004, Bjørø og Solhaug 2011, Ulvund, Dale og Ødegård 2015 og Helsebiblioteket 2015). For å fremme avviksrapportering sier Ulvund, Dale og

Ødegård (2015) at nøkkelen ligger på ledelsen. Ledelsen på sin side er ansvarlig for å legge til rette for at rutiner, prosedyrer og systemer er tilgjengelige, oppdaterte og fullstendige, og ikke minst at de oppfordrer til å rapportere når feil og uheldige hendelser skjer. Ved at ledelsen tilrettelegger for en struktur som gir en god rapporterings kultur, gir dette muligheter til å kunne avdekke områder hvor feil oppstår. Således kan man lære av feilene, og utbedre sine rutiner, prosedyrer og systemer, som igjen fører til bedring av pasientsikkerheten (Bjoro og Kirkevold 2011 og Helsebiblioteket 2015). Sykepleierne på sin side skal utføre sitt arbeide i tråd med de yrkesetiskeretningslinjer, og er etter Lov om helsepersonell (1999) pliktige til å holde seg faglig oppdatert, ved å sette seg inn i rutiner, prosedyrer og systemer som er gjeldende for avdelingen (Bjørk og Solhaug 2008 og Brinchmann 2012).

I flere av studiene vises det til at det ”feiles” ved flere av de organisatoriske faktorene som fremmer avviksrapportering blant sykepleierne (Storli 2008 og Malmedal, Hammervold og Saveman 2009). For eksempel viste to av studiene at det underrapporteres som følge av at (1) prosedyrene var utilgjengelige og mangelfulle, (2) misnøye i forhold til oppfølging fra ledelsens side i forbindelse med alvorlige feil, ettersom det sjeldent resulterte i permanente tiltak, (3) at det ikke nyttet å rapportere og (4) sykepleierne fryktet negative konsekvenser hvis de rapporterte (Storli 2008 og Malmedal, Hammervold og Saveman 2009). Disse årsakene tatt i betraktning så viser studien til Malmedal, Hammervold og Saveman (2009) at det er forskjeller innad i en gruppe og at årsakene således ikke er gjeldende for alle innad i avdelingene. Studien avdekker blant annet forskjeller mellom alder, utdanning og ansiennitet. For eksempel fryktet ikke de med høyere utdanning negative konsekvenser i like stor grad. Disse sykepleierne var tøffere til å si i fra og så i større grad nytten av å rapportere (Malmedal, Hammervold og Saveman 2009).

Med utgangspunkt i disse årsakene til underrapportering, ser vi at flere av de organisatoriske faktorene flyter inn i hverandre. Ledelsen har ansvar for å ha et kvalitetssystem og at rutiner, prosedyrer og systemene er tilgjengelige, oppdaterte og fullstendige for sykepleierne. Det er også viktig at ledelsen følger opp avvikene som blir rapportert og legger til rette for at man kan lære av de feilene som blir rapportert (Bjoro og Kirkevold 2011, og Hjort 2007). Ledelsen har et stort ansvar og det handler om hvilke systemer organisasjonen har for å redusere risiko, og for å synliggjøre og lære av hendelser i ettertid (Molven 2009). Sett i sammenheng med sykehus, så er ledelsen der etter lov om spesialisthelsetjeneste (1999, § 2-2) pliktige til å ha en

forsvarlig standard. Dette betyr i praksis at det må legges til rette for at tjenestene må ha nok ressurser, organiseres og bemannes på en forsvarlig måte (Molven 2009). På den andre siden er det viktig at sykepleierne har kjennskap og kunnskap om sitt ansvar, og forstår at de er pliktige til å rapportere, hva som skal rapporteres og at det er viktig å rapportere for å kunne lære av hendelser i ettertid. Ansvaret er presentert i de yrkesetiske retningslinjer og i lovverket (Helsepersonelloven 1999 og Brinchmann 2012). På den måten kan ledelsen følge sin plikt ved å ta tak i problemet, og utarbeide nye tiltak og rutiner slik at man reduserer risikoen for at lignende hendelser skjer igjen.

Studien til Edmundson (2004) påpeker at lederstil er en viktig faktor, som en direkte konsekvens av at holdnings- og atferdsendringer kan forankres i ledelsen. Det er viktig at det ikke er en ”ovenfra og ned” lederstil. Ledere må skape en overbevisende visjon som motiverer og kommuniserer et ønske om endring. Ledere må arbeide for å skape et arbeidsmiljø som fremmer åpenhet om rapportering av avvik, og hyppig deling av innsikt og bekymringer (Edmundson 2004). I verste fall kan en dårlig lederstil føre til at sykepleierne ikke respekterer lederen, noe som kan gi dårlige holdnings- og atferdsendringer. Det kan skape et dårlig arbeidsmiljø som kan føre til negative holdninger, og gi en umotiverende kultur rundt det å rapportere avvik. Det er svært uheldig om en dårlig lederstil fører til at sykepleierne, i tillegg til å ikke respektere lederen, også unngår å respektere rutiner og prosedyrer for avdelingen. Om det går for langt vil man kunne få en permanent ukultur som er vanskelig å snu. Ledelsen på sin side vil kunne føle på at det er nytteløst å ha fokus på kontinuerlig læring og kvalitetsforbedring (Hjort 2007). Sykepleierne på den andre siden vil kunne føle på et dårlig arbeidsmiljø, og ha manglende motivasjon og trygghet til å melde fra om potensielle avvik. I så tilfelle er det viktig at man raskest mulig rydder opp i uoverensstemmelser og konflikter for å gjenvinne et godt arbeidsmiljø, og sikre god kvalitet i det kliniske arbeidet (Benner 1995).

Sykepleiere må ha evnen til å ta i mot tilbakemeldinger og lære av de feil som blir begått for å sikre kvalitet i helsetjenesten. En kunnskapsbasert helsetjeneste må ha kontinuerlig fokus på læring og kvalitetsforbedring (Hjort 2007). Bjørø og Kirkevold (2011) sier at det å utvikle og oppdatere kvalitetssystemene, rutinene og prosedyrene er en kontinuerlig prosess, og man kan gjennom å analysere årsaker til at feil oppstår oppdage muligheter til å forbedre systemene. En direkte konsekvens av dette kan være at man unngår gjentakelse av liknende feil. For å oppnå økt pasientsikkerhet og kvalitet i det kliniske arbeidet, må altså ledelsen ta sitt ansvar

og legge føringene for et godt arbeidsmiljø og en god rapporteringskultur, og hver enkelt sykepleier må bidra til et godt arbeidsmiljø og følge de yrkesetiske retningslinjer, holde seg faglig oppdatert, og sette seg inn i rutiner, prosedyrer og systemer (Brinchmann, 2012).

Som et ledd i arbeidet med å fremme avviksrapportering finner vi at også kunnskap er en sentral organisatorisk faktor som er helt nødvendig i dette arbeidet. Flere av studiene viste at det blant sykepleierne var manglende kunnskap til systemene og til hva som er et avvik (Storli 2008, Haw, Stubbs, Dickens 2014).

For å kunne skape en god kultur som fremmer avviksrapportering er man avhengig av at kunnskapsnivået til ledelsen og sykepleierne er tilfredsstillende. Ledelsen må ha kunnskap om hvordan god opplæring skal gis og at det er nødvendig. I tillegg må de legge til rette for at sykepleierne får den opplæringen de trenger for å beherske avviksrapporteringssystemene. Det bør også gis god opplæring om hva og når man skal melde avvik (Schein 1993). I studien til Storli (2008) fremkommer det ikke opplysninger om at det ble gitt eller tilrettelagt for opplæring, til tross for at det ble avdekket at det var manglende kunnskap til systemene. Om dette er tilfelle så vil vi kunne si at ledelsen ikke tar sin del av ansvaret for å fremme en god avviksrapporteringskultur, og derav bidra til økt pasientsikkerhet.

Haw, Stubbs og Dickens (2014) fant i sin studie at det var manglende kunnskap i forhold til om det er et avvik eller ikke. Når sykepleierne kan si at de har manglende kunnskap, er det helt avgjørende og deres etiske plikt at de opplyser ledelsen om dette, slik at de får nødvendig opplæring. Det er viktig at man ikke ene og alene legger all skyld på ledelsen for at opplæring ikke blir gitt. Som vi allerede kjenner til skal sykepleierne utføre sitt arbeid i tråd med de yrkesetiske retningslinjer, og er etter lov om helsepersonell (1999) pliktige til å holde seg faglig oppdatert. Sånn sett er det like mye sykepleiernes ansvar å sørge for at de får nødvendig opplæring. Helsepersonelloven § 16 (1999) er tydelig på at man ønsker å plassere et systemansvar slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. På den måten kan vi si at det er ledelsens ansvar at opplæring blir gitt, men det er også den enkelte sykepleiers ansvar og etiske plikt å tilegne seg denne kunnskapen.

I tillegg til god kjennskap til systemene og om hva som definerer et avvik, er det også viktig at sykepleierne har kunnskap om hvorfor det er viktig å rapportere. De bør også ha kjennskap

til at det sjeldent resulterer i negative konsekvenser at dem og rapporterer avvik (Molven 2010). Molven (2010) sier at det er særlig liten grunn til å frykte negative konsekvenser. Av 9268 tilsynssaker mottatt av Helsetilsynet i Oslo i 2007, endte 19 av sakene med administrative reaksjoner/sanksjoner. Dette tilsvarer kun 2 ‰ av sakene (Molven 2010). I flere av studiene kommer det frem at sykepleierne sier de frykter disiplinære reaksjoner og avskjedighet, eller generelt frykt for negative konsekvenser; *"Bli sett på som en varslere"*, *"Tap av status"*, *"Stigmatisering"*, *"Tap av tillit"*, var grunner for at det ikke ble rapportert (Storli 2008, Moumtzoglon 2010 og Haw, Stubbs og Dickens 2014). Med bakgrunn i disse argumentene for ikke å rapportere, er det flere kulturelle faktorer som kan gi negative konsekvenser i arbeidet med å fremme avviksrapportering. At sykepleiere blir stemplet som varslere fordi han/hun rapporterer er med på å skape en ukultur og et dårlig arbeidsmiljø, og kan føre til dårlig motivasjon blant sykepleierne. Det er derfor viktig at ledelsens ufarliggjør det å rapportere avvik, og oppfordrer sykepleierne til å rapportere, samt at de er tydelige på hva hensikten er. På en slik måten kan ledelsen bidra til å endre den dårlige kulturen. Samtidig må sykepleierne ta sin del av ansvaret gjennom å tilegne seg ny kunnskap og forstå viktigheten med rapportering av avvik, samt være villige til å lære av feilene (Hjort 2007). Kalra (2011) sier at man opp igjennom tiden har jaktet på den "skyldige" fremfor å finne årsaken til hendelsen. Man ser i flere av studiene som er utført at dette kan stemme overens med virkeligheten (Storli 2008, Moumtzoglon 2010 og Haw, Stubbs og Dickens 2014).

For å skape en kultur for god avviksrapportering er det viktig at man ikke henger ut hverandre selv om avvik meldes. Det kan ikke være sånn at man skal sitte igjen med dårlig samvittighet og føle seg som en syndebykk om man rapporterer et avvik. Til syvende og sist kan dette ha med manglende kunnskap å gjøre. Det er ikke sikkert sykepleierne har tilstrekkelig med kunnskap om hva hensikten er med å rapportere avvik, eller at de vet hva som skjer med avviksrapportene etter at de er sendt. Ledelsen er kanskje ikke flinke nok til å opplyse om dette heller? Dette kommer ikke tydelig frem i resultatene og blir derfor en hypotese som kan peke i retning av manglende kunnskap både hos sykepleierne og ledelsen (Storli 2008, Moumtzoglon 2010 og Haw, Stubbs og Dickens 2014).

Innledningsvis viser denne studien at nøkkelen til å fremme avviksrapportering ligger på ledelsen (Ulvund, Dale og Ødegård 2015). Gjennom det vi allerede har diskutert finner vi at ledelsen i seg selv, sammen med tilstrekkelig kunnskap på ledelsesnivå og blant sykepleierne er viktige organisatoriske faktorer som fremmer avviksrapportering. Disse faktorene gir

grunnlag for å skape en god kultur som har fokus på avviksrapportering, og lære av de feilene som begås for å bedre pasientsikkerheten. Kultur kan kanskje ikke trekkes frem alene, men sammen med *ledelse* og *kunnskap* er det likevel grunn til å anse *kultur* som en sentral organisatorisk faktor. Kulturen alene består ikke bare av en god ledelse og tilstrekkelig med kunnskap.

Orvik (2004) og Bergerød og Wiig (2015) finner at faktorer som normer, holdninger og verdier er viktig for å skape en kultur Orvik (2004) sier at det innenfor organisasjoner og institusjoner er det fagpersoner med ulik kompetanse innenfor et fagområde, og at det er deres profesjonsutøvelse basert på normer og verdier som danner grunnlaget for begrepet kultur i en organisasjon. Den totale strukturen bestående av en ledelse på den ene siden, og ulike profesjoner og deres samarbeid, kunnskap, normer og holdninger på den andre siden, er utslagsgivende for hva slags kultur som er i avdelingen. Flere studier avdekker ulike årsaker til at det underrapporteres. Disse årsakene kan sees i sammenheng med kulturen som er i de ulike avdelingene (Storli 2008, Malmedal, Hammervold og Saveman 2009 og Haw, Stubbs, Dickens 2014). Eksempelvis finner Storli (2008) i sin studie at sykepleierne følte at de ikke kunne påvirke beslutninger i egen organisasjon. Det kan være at det fra ledelsens side ikke ble lagt til rette for en struktur som kunne gitt grunnlaget for en kultur der sykepleierne fikk ta del i beslutninger, noe som påvirker deres arbeidshverdag. Sykepleierne på sin side kan da ha følt på at de ikke fikk være med å bygge felles verdier og holdninger til kvalitet og sikkerhet ved at de ikke kunne påvirke beslutninger, og på den måten fikk manglende motivasjon til å rapportere feil og uheldige hendelser (Bergerød og Wiig 2015). Kultur handler nettopp om hvordan man bygger felles verdier og holdninger til kvalitet og sikkerhet (Bergerød og Wiig 2015). Man er derfor avhengig av at ledelsen og sykepleierne sammen skaper et godt arbeidsmiljø med felles forståelse, gode holdninger, verdier og normer for å fremme en kultur som ser nytteverdien av avviksrapportering, og som ønsker å lære av feil og uheldige hendelser for å bedre pasientsikkerheten.

Resultatene viser, som tidligere nevnt, stor grad av underrapportering (Storli 2008, Malmedal, Hammervold og Saveman 2009 og Haw, Stubbs og Dickens 2014). Det kan tenkes at de ved steder studiene er utført, ikke har en god nok kultur for å rapportere avvik. Dersom dette er tilfelle bør man forsøke å endre kulturen. Schein (1993) sier at endringer fra ledelsen potensielt kan føre til økt usikkerhet og motstand blant de ansatte. Endringer kan i mange

tilfeller oppleves som en trussel, ettersom det kjente blir erstattet av noe de ikke riktig vet hva er. For å få til å endre en kultur må ledelsen jobbe med å etablere retningslinjer og lære de ansatte hva som til en hver tid forventes. Et trygt arbeidsmiljø ansees som en forutsetning for at ledelsen skal få gjennomført en kultur endring i en organisasjon (Schein 1993).

5.1 Kildekritikk

I dagens praksis innenfor helseinstitusjoner ser man at det er tydelige utfordringer for både sykepleiere og annet helsepersonell med tanke på avviksrapportering (Haw, Stubbs og Dickens 2014, Storli 2008, Malmedal, Hammervold og Saveman 2009, Moutzoglon 2010, Ulvund, Dale og Ødegård 2015). I dette litteraturstudiet har det blitt sett på seks vitenskapelige artikler som omhandler temaer rundt avviksrapportering.

Man bør i følge Aveyard (2014) stille seg kritisk til kvantitativ og kvalitativ forskning hver for seg, selv om de har mange likheter. Det er inkludert tre kvantitative og tre kvalitative studier i denne oppgaven. Det var ønskelig med flere artikler, men flere ble ekskludert underveis da grunnlaget ble for tynt i forhold til relevans for oppgaven. Samtlige artikler som er benyttet i resultatdelen er publisert i tidsskrift med vitenskapelig nivå 1 eller 2 (NSD 2016), som inngikk i inklusjonskriteriene. Det burde kanskje vært inkludert flere kvalitative artikler, men de kvantitative er gode med tanke på utvalg og resultat fra både sykehjem og sykehus. Her kan man trekke frem studien til Malmedal, Hammervold og Saveman (2009), med et bredt og variert utvalg fra 55 sykehjem i Norge, som gir et vidt, men godt resultat. Studien til Moutzoglou (2010) veier ikke like tungt siden dette er en studie som er utført ved 14 greske sykehus. Det greske systemet kan ikke sees i direkte sammenheng med det norske, siden de ikke har et nasjonalt system for avvikshåndtering og det her er kulturelle forskjeller. Det interessante er at resultatene i studien til Moutzoglou (2010) er tilsynelatende de samme som vi finner i norske studier. Dette viser nyanser, organisatorisk og nasjonale forskjeller sett opp i mot det norske systemet.

Som nybegynnere på litteratursøk kan det hende at tilnærmingen til artiklene ikke blir like systematisk og grundig, som hvis man har mere erfaring (Aveyard 2014).

I oppgaven er det benyttet 3 engelskspråklige artikler, noe som er utfordrende med tanke på tolkningen av språk i artiklene og at dette kan gi seg gjeldende i ulike variabler med tanke på resultatene. På grunnlag av søkeordene som er benyttet kan man ha gått glipp av flere relevante funn, dette med tanke på gode engelske søkeord og med tanke på mange ulike

begrep knyttet til avviksrapportering. I løpet av søkeprosessen ble det avdekket begreper som f.eks. “uønskede hendelser”, “uheldige hendelser” og “alvorlige hendelser” som førte til at man ble oppmerksom på ny faglitteratur innenfor området. I oppgaven er det brukt “AND” i søkekombinasjoner for å avgrense søket. I ettertid ser man at det også kunne vært nyttig å bruke “OR” for å oppdaget flere relevante funn. I oppgavebeskrivelsen er det et krav at man skal gjøre systematiske søk etter vitenskapelige artikler (Høgskolen i Gjøvik 2015).

Et systematisk søk defineres av Aveyard (2014) som “Konsise sammendrag av den beste tilgjengelige kunnskapen som viser til skarpt avgrensede kliniske spørsmål”. Noe som innebærer et omfattende, planmessig og begrunnet søk av informasjon. Søkene i oppgaven er utført i NTNU Gjøvik sine databaser. Det er forsøkt å gjøre systematiske søk, men som uerfarne på området kan de strukturerte søkene ha blitt noe ufullstendige. Da dette er et litteraturstudie med et begrenset tidsperspektiv, kan dette ha påvirket søkeprosessen ved at man med stor sannsynlighet har gått glipp av relevante funn knyttet til problemstillingen. Det har også blitt utført supplerende søk i f.eks google scholar med søkeord som blant annet “uheldige hendelser”, noe som resulterte i funn av relevante artikler. I litteraturkildene til bakgrunnsteorien og i diskusjonsdelen er det benyttet både primær- og sekundærkilder. I følge Dalland (2014) er det viktig å være bevisst på at ved å benytte sekundærkilder kan det i noen tilfeller være at budskapet er tolket og presentert på en litt annen måte enn det forfatteren opprinnelig mente. I tillegg kan man ikke utelukke at egne tolkninger ikke inneholder feiltolkninger.

Artiklene som er utvalgt følger forskningsetiske retningslinjer (Polit og Beck 2014). Når man utfører en undersøkelse vil det alltid fremkomme spørsmål om validiteten i undersøkelsen. Dette med tanke på både intern validitet og ekstern validitet. Intern validitet er avhengig av relevansen og gyldigheten dataene fra undersøkelser har for å belyse problemstillingen. Denne kan påvirkes av variabler som virker inn på undersøkelsens deltakere. Et eksempel på dette kan være utformingen på spørreskjema og svaralternativer. Ved at man for eksempel ikke kan bruke egne formuleringer, kan dette medføre at man kanskje ikke får frem det respondenten egentlig ville svart. Ekstern validitet er noe som omhandler resultatene fra et utvalg, om det er et brukt et utvalg fordi de innehar visse egenskaper vil dette kunne være noe som vanskeliggjør å generalisere resultatet i undersøkelsen (Forsberg og Wengstrøm 2013). Man kan se på artiklenes gyldighet ved å se på for eksempel måleinstrument, men man må

også se på hvilken metode som er benyttet og hvordan dataene er analysert (Forsberg og Wengstrøm 2013 og Aveyard 2014).

Resultatet av funnene i artiklene dekker ikke all forskning om avviksrapportering, men viser interessante komponenter. Det blir heller ikke vektlagt hvilke ulike typer avvik som oftest blir rapportert i dette litteraturstudiet, grunnet studiens begrensede omfang samt at det her er valgt å legge fokus på hva som fremmer avviksrapportering i sin helhet.

6 Konklusjon

I dette begrensede litteraturstudiet har vi hatt til hensikt å belyse hvordan organisasjonsstrukturen- og kulturen kan fremme avviksrapportering blant sykepleiere. Det har blitt avdekket gjennom flere studier at det er stor grad av underrapportering. Etter gjennomgang og analysing av teori og forskningsstudier finner vi tre sentrale organisatoriske faktorer som kan bidra til å fremme avviksrapporteringen blant sykepleierne. De tre sentrale organisatoriske faktorene er *ledelse, kunnskap og kultur*.

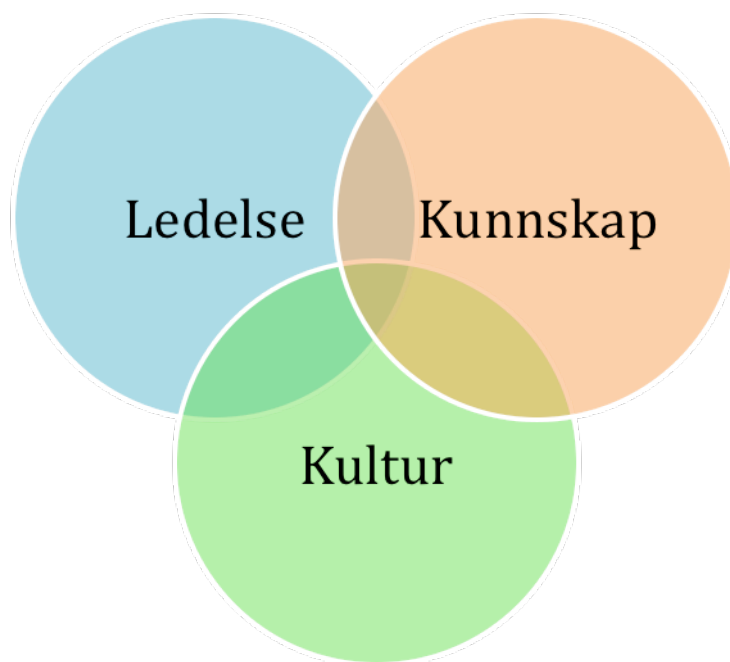
Disse tre faktorene kan vanskelig sees på alene eller hver for seg, for å forstå hvordan organisasjonsstrukturen- og kulturen kan fremme avviksrapportering. Det er viktig å forstå at de organisatoriske faktorene flyter veldig i hverandre og kan påvirke hverandre i større eller mindre grad. Det viser seg at innad i en organisasjon, som for eksempel en sykehusavdeling, er det ledelsen som er ansett som nøkkelen til god avviksrapportering. Det fremkommer i studien ulike årsaker til at det ble underrapportert og at flere av disse årsakene kan forankres i ledelsen. En avdeling som har en leder med en god lederstil, og som i sitt arbeid har fokus på struktur, politikk, kultur, utdanning, følelser og fysisk utforming og teknologi skaper trygge rammer og gir rom for god læringskultur.

Sykepleierne skal utføre sitt arbeid i henhold til gjeldene lover og yrkesetiske retningslinjer. De må være villige til å lære av feil, være lojale, respektere medarbeidere og ledelsen, samt de rutiner og prosedyrer som legges til grunn for at avdelingen skal ha rett fokus på avviksrapportering og kvalitetsikre arbeidet som utføres. Det kan ikke i en organisasjon sees på ledelsen og sykepleierne for seg selv. Det må sees på organisasjonen som en helhet, som sammen skaper en felles organisasjonskultur på tvers av faggrupper. For at dette skal være mulig må ledelsen og sykepleierne være samkjørte og inneha organisasjonskunnskaper, generell kunnskap om hva som er definert som avvik, systemene og klinisk sykepleie. Det er ledelsen som har hovedansvaret for at det blir gitt tilstrekkelig opplæring slik at det kliniske arbeidet blir kvalitetsikret. Sykepleierne har også sine plikter, og er derfor selv ansvarlige for at de tilegner seg tilstrekkelig med kunnskap slik at de er i stand til å utføre sitt arbeid i henhold til lover og regler. Dette vil bidra til en god rapporteringskultur.

Det fremkommer at kulturen i avdelingen påvirker hvor vidt det blir rapportert eller ikke. Kulturen blir til gjennom strukturen som legges til grunn i avdelingen. Strukturen bygger på

flere faktorer. Disse faktorene er for eksempel ledelse, lederstil, sykepleiere, andre faggrupper, kunnskap, holdninger, normer, verdier etc. Disse faktorene kan ha både positiv og negativ innflytelse i de ulike individuelle avdelingene. Slår man sammen de ulike faktorene og måler graden av positive og negative faktorer får man et resultat. Resultatet danner grunnlaget for strukturen, som igjen påvirker den endelige kulturen. På den måten får man en positiv eller negativ kultur, som igjen påvirker avviksrapporteringen.

Med bakgrunn i de funn vi har gjort igjennom dette litteraturstudiet fremkommer det at *ledelse*, *kunnskap* og *kultur* er alle sentrale organisatoriske faktorer som har stor påvirkning i forhold til avviksrapportering blant sykepleiere. Vi har i figuren på neste side presentert disse faktorene og utdypet dem med funn fra bakgrunn og resultatet. De funnene som er presentert er alle elementer som bidrar til å fremme avviksrapportering.



Ledelse	Kunnskap	Kultur
<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar • God lederstil • Gode rutiner • Riktig fokus • Læringskultur • Politiske krav • Støtte og oppmuntring • Forståelse og kunnskap • Overbevisning • Åpenhet 	<ul style="list-style-type: none"> • Opplæring • Rett kunnskap til riktig tid • Plikter • God vilje 	<ul style="list-style-type: none"> • Åpenhet • Holdninger • Normer og verdier • Trygghet • Lojalitet • Læringskultur • Pliktoppfyllelse

Figur 2: Presentasjon av de viktigste faktorene som fremkommer fra bakgrunn og sammenfatning

Summen av de organisatoriske faktorene; *ledelse, kunnskap og kultur*, samt et felles fokus på forbedring av systemer sammen med opprettholdelse av en god læringskultur, er svaret på problemstillingen.

Litteraturliste

Aase, K. og Wiig, S. (2015) 'Læring og uønskede hendelser', i Aase, K. (red.) *Pasientsikkerhet*. Utg. 2. Oslo: Universitetsforlaget AS, s. 98-112.

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: a practical guide*. 3.utg. Berkshire: Open University Press.

Benner, P. (1995) *Fra novise til ekspert*. 1.utg. Norsk utgivelse: TANO forlag A.S.

Bergerød, I. og Wiig, S. (2015) 'Ledelse og pasientsikkerhet', i Aase, K. (red.) *Pasientsikkerhet*. Utg. 2. Oslo: Universitetsforlaget AS, s. 113-126.

Bjørk, I.T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok*. Oslo: Akribe AS.

Bjørø, K. og Kirkevold, M. (2011) 'Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie', i Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 344-383.

Brinchmann, B.S. (2012) 'De fire prinsippers etikk - Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet' i Brinchmann, B.S. (red.). *Etikk i sykepleien* 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Brinchmann, B.S. (2012) 'Pliktetikk' i Brinchmann, B.S. (red.). *Etikk i sykepleien* 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving*, 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Edmondson, A.C (2004) Learning by failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers, *Quality & Safety in Health Care*, 13(2), s.3-9 (Hentet: 09.03.16).

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Forfatterne og Bokförlaget Natur & Kultur.

Haugen, A.S og Storm, M. (2015) 'Sikkerhetskultur i sykehus', i Aase, K. (red.) *Pasientsikkerhet*. Utg. 2. Oslo: Universitetsforlaget AS, s. 77-86.

Haw C., Stubbs, J. og Dickens, G.L. (2014) Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: an interview study of nurses at a psychiatric hospital, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9), s.797-805 (Hentet: 20.03.16).

Helsebiblioteket (2015) *Modell for kvalitetsforbedring*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/modell-for-kvalitetsforbedring> (Hentet: 24.04.2016).

Høgskolen i Gjøvik (2015) *Undervisningsplan, studieenhet 3, Bachelor i sykepleie I2HBSPLD*. Tilgjengelig fra: <https://fronter.com/hig/main.phtml> (Hentet: 10.02.2016)

Helsedirektoratet (2016) *Meld uønsket hendelse etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/meld-uonsket-hendelse/meld-uonsket-hendelse-etter-3-3-i-spesialisthelsetjenesteloven> (Hentet: 15.04.2016).

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *St. melding 10 (2012-2013) God kvalitet - trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/> (Hentet: 25.02.2016).

Helsepersonelloven (1999) *Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (Hentet: 02.04.2016).

Helsetilsynet (2016) *Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten et relevant bidrag i sikkerhetsarbeid?*. Tilgjengelig fra:

https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport2_2016.pdf (Hentet: 06.05.2016).

Hennestad, B.W. (2006) *Endringsledelse og ledelsesendring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hjort, P.F. (2007) *Uheldige hendelser i helsetjenesten* Oslo: Gyldendal Akademiske.

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2009) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Kalra, J. (2011) *Medical Errors and Patient Safety: - strategies to reduce and disclose medical errors and improve patient safety*. Berlin/New York: Walt de Gruyter GmbH & Co. KG.

Kohn, L., Corrigan, J.M. og Donaldson, M. (2000) *To Err is Human*. Washington, DC: National Academies Press, s. 1-312.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (2011) 'Om sykepleie' i Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 15-29.

Kunnskapssenteret (2016) *Kvalitetsforbedring*. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsforbedring> (Hentet: 24.04.2016).

Lillemoen, M. (2015) *Kvalitet i sykepleie*. Tilgjengelig fra: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (Hentet: 10.03.2016).

Lund K.B. og Tilseth, A.E. (2015) *Læring av uønskede hendelser i helsesektoren*. MBA. Universitetet i Nordland.

Malmedal, W., Hammervold, R. og Saveman, B-I. (2009) To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues, *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, s. 744-750 (Hentet: 10.03.2016).

Molven, O. (2010) Tilsynsmyndighetenes bruk av sanksjoner ved melding om pasientskader, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(10), s. 266-9 (Hentet: 14.03.2016).

Molven, O. (2012) *Helse og Jus*. 7.utg. Oslo: Gyldendal Juridisk.

Moumtzoglou, A. (2010) Factors impeding nurses from reporting adverse events, *Journal of Nursing Management*, 18(5), s. 542-547 (Hentet: 03.04.2016).

Norsk standardiseringsforbund (2005) *Systemer for kvalitetsstyring - grunntrekk og terminologi*. Oslo: Norges standardiseringsforbund.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. (2016) *Data base for statistikk for høgre utdanning*. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 21.04.16).

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. (Rev.utg.). Tilgjengelig fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 01.05.2016).

Norsk Sykepleierforbund (2016) *Prinsippprogram*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2832126/17105/Prinsippprogram-> (Hentet 20.04.2016).

Norsk Sykepleierforbund (2013) *Politisk plattform for sykepleieutdanning*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2187311/17036/Politisk-plattform-for-sykepleierutdanning> (Hentet: 01.05.2016).

Orvik, A. (2013) *Organisatorisk kompetanse*. Oslo: Cappelens Forlag AS.

Pasientsikkerhetsprogrammet (2015). *I trygge hender 24-7*. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Lær+om+programmet/i-trygge-hender-24-7> (Hentet: 10.03.2016).

Pasientsikkerhetsprogrammet (2016). *Ledelse av pasientsikkerhet*. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsområder/ledelse-av-pasientsikkerhet> (Hentet: 10.03.2016).

Pasientsikkerhetsprogrammet (2016). *Pasientskader I Norge*. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Lær+om+programmet/pasientskader-i-norge> (Hentet: 01.05.2016).

Rausand, M. og Utne, I. (2009) *Risikoanalyse – teori og metoder*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Reason, J. (1997) *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot, USA: Ashgate.

Schein, E.H. (1993) *Organisjonspsykologi*, Oslo: Tanum-Norli.

Sneltvedt, T. (2012) 'Konsekvensetikk' i Brinchmann, B.S. (red.). *Etikk i sykepleien* 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Sneltvedt, T. (2012) 'Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere' i Brinchmann, B.S. (red.). *Etikk i sykepleien* 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenester m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (Hentet: 08.05.2016)

Storli, M. (2008) Feilmedisinering i sykehus - organisasjonskulturens påvirkning, *Nordic Journal of Nursing Research*, 28(3), s. 19-23 (20.04.2016).

Støren, I. (2013) *Bare søk: praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Thidemann, I.J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tranøy, K.E. (1986) *Vitenskapen- samfunnsmakt og livsform*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ulvund, I., Dale, K.Y. og Ødegård, A. (2015) Skal – Skal ikke, Jordmødre og psykiatriske sykepleieres erfaringer med varsling av avvik, *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(2), s. 86-96 (Hentet: 09.03.16).

Polit, D. F. og Beck, C.T. (2014) *Essential of nursing reaserch: appraising evidence for nursing practice*. 4. Utg. Philadelphia: Wolterns Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.