

Silje Klein Løvhaug
Hedda Glorud

Barrierer – en av årsakene til underrapportering?

Bacheloroppgave i 16BSPLH
Veileder: Lars Aune Svarthaug
Mai 2019

Silje Klein Løvhaug
Hedda Glorud

Barrierer – en av årsakene til underrapportering?

Bacheloroppgave i 16BSPLH
Veileder: Lars Aune Svarthaug
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Sammendrag

Tittel:	<u>Barrierer – en av årsakene til underrapportering?</u>	Dato: 14/05/2019
Deltaker(e)/	<u>Silje Klein Løvhaug</u> <u>Hedda Glorud</u>	
Veileder(e):	<u>Lars Aune Svarthaug</u>	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	<u>Feilmedisinering, Avvikshåndtering, Barrierer, Avvikssystem, Sykehus</u>	
Antall sider/ord: 38/9239	Antall vedlegg: 0	
<p>Bakgrunn: Medisineringsfeil utgjør en stor risiko for pasientsikkerheten i Norge og i resten av verden. Meldeordningen i Norge er et tiltak som skal sikre pasientene en sikker helsetjeneste og Helsedirektoratet oppfordrer all helsepersonell til å melde avvik. Et viktig virkemiddel for å redusere medisineringsfeil er avviksmeldinger. Helsesektoren er avhengig av at sykepleiere skriver avvik på uheldige hendelser og “nesten-hendelser” for å avdekke sårbare og utsatte områder. Barrierer sykepleiere opplever kan være en årsak til underrapportering. Å undersøke hvilke barrierer som fører til lavere rapporteringsfrekvens er viktig for å sørge for at fremtidens meldeordning ikke er preget av urealistiske og unøyaktige tall. Dette vil føre til en sikrere helsetjeneste både for brukere, pasienter og helsepersonell.</p> <p>Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke hvilke barrierer som hindrer sykepleiere i sykehus fra å skrive avvik om medisineringsfeil.</p> <p>Metode: Vi har utført en litteraturstudie som er bygget på fem kvantitative studier og en kvalitativ studie. Vi har utført strukturerte søk i Cinahl og Medline, og ustrukturerte søk i google scholar. Studiene er analysert systematisk. Funnene ble kategorisert i temaer og videre drøftet opp mot lovverk, etikk, klinisk relevans og forskning.</p> <p>Resultat: Hovedbarrieren flest sykepleiere opplevde var frykt, etterfulgt av administrativ respons, tid og holdninger.</p> <p>Konklusjon: Funnene våre er komplekse og er ikke nødvendigvis relatert til en spesifikk årsak men kan tenkes å være sammensatte av både organisatoriske og individuelle faktorer. Videre forskning vil dra nytte av å se på effektene av spesifikke tiltak som går ut på å redusere barrierene.</p>		

Abstract

Title:	<u>Barriers- on of the causes of underreporting?</u>	Date:	14/05/2019
Participants/	<u>Silje Klein Loevhaug</u> <u>Hedda Glorud</u>		
Supervisor(s)	<u>Lars Aune Svarthaug</u>		
Keywords	<u>Medication Errors, Incident Report, Barriers, Error Reporting System, Hospital</u> (3-5)		
Number of pages/words:	38/ 9239	Number of appendix:	0
<p>Background Medication error is a major risk to patient safety in Norway and the rest of the world. The error reporting system in Norway is a measure to ensure patients a safe health service and the Norwegian directorate of health encourage all health personnel to report errors. An important tool to reduce medication error is error reporting. The health sector depends on nurses to report errors and near-misses to reveal vulnerable areas. Barriers nurses experience may be a cause of under-reporting. Investigating which barriers lead to lower reporting rates is important to ensure that the future error reporting system is not characterized by unrealistic and inaccurate numbers. This will lead to a safer health service for both users, patients and health professionals.</p> <p>Purpose: The purpose of the study is to investigate which barriers prevent nurses in hospitals from writing medication error reports.</p> <p>Method: We have conducted a literature study based on five quantitative studies and a qualitative study. We have performed structured searches in Cinahl and Medline, and unstructured searches in google scholar. The studies have been systematically analyzed. The findings were categorized into topics and further discussed against legislation, ethics, clinical relevance and research.</p> <p>Result: The main barrier most nurses experienced was fear, followed by administrative response, time and attitudes.</p> <p>Conclusion: Our findings are complex and are not necessarily related to a specific cause but may be composed of both organizational and individual factors. Further research will benefit from looking at the effects of specific measures aimed at reducing barriers.</p>			

Begrepsavklaring

Avvik: En uønsket hendelse som resultat av brudd på gjeldende lov- og forskriftskrav, interne avtaler og prosedyrer (Flovik & Rokseth, 2015). Med avvik mener vi i denne oppgaven alle uheldige hendelser og nesten hendelser som fører til eller kunne ført til skade på pasient grunnet feil i administrasjon av medikamenter.

Feilmedisinering: Feil i legemiddelhåndteringen kan oppstå i alle ledd og kan begås av alle grupper helsepersonell (Nordeng, 2013). Feil i legemiddelhåndteringen innebærer for eksempel; feil ved ordinasjon, utdeling (feil legemiddel, dose eller pasient) og ved administrering. I denne oppgaven brukes feilmedisinering og medisineringsfeil som et samlebegrep.

Pasientsikkerhet: *“Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser”* (Helsebiblioteket, 2019).

Meldeordningen: Brukes som en samlebetegnelse på internt- og eksternt avvikssystem.

Klandringskultur: En kultur hvor det forventes at arbeidsoppgaver skal utføres uten feil. Dersom det skjer feil antas det å være på grunn av latskap, uaktsomhet eller inkompetanse og skylden blir pålagt personen (Hölmstrøm, 2017).

Barriere: Brukes i denne oppgaven som synonymt med hinder eller hindring.

Barrierscore: I denne oppgaven brukes for å avspeile antall deltakere som svarte det samme/ulikt. Høyere score avspeiler større barriere

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	1
Abstract	2
Begrepsavklaring.....	3
1.0 Innledning.....	5
2.0 Bakgrunn	6
2.1 Meldeordningen	6
2.2 Lovverk	6
2.3 Plikt og etikk	7
2.4 Relevant teori og forskning	8
2.5 Hensikt med oppgaven	9
2.6 Problemstilling	9
3.0 Metode.....	9
3.1 Litteraturstudie som metode.....	9
3.2 Søkestrategi	9
3.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.....	10
3.4 Søkehistorie.....	11
3.5 Valg av studier	14
3.6 kvantitativ -og kvalitativ metode.....	15
3.7 Analyse av resultatet	16
4.0 Resultat.....	18
4.1 Resultatpresentasjon.....	18
4.2 Barrierer relatert til frykt	24
4.3 Barrierer relatert til administrativ respons.....	25
4.4 Barrierer relatert til tid.....	25
4.5 Barrierer relatert til holdninger.....	25
5.0 Diskusjon.....	26
5.1 Begrensninger.....	32
6.0 Konklusjon	33
7.0 Litteraturliste	34

1.0 Innledning

“For hver skade forekommer det fem nestenskader, og før disse kan det ha skjedd om lag hundre feil. Alvorlige legemiddelskader utgjør derfor bare “toppen av isfjellet”.” (Nordeng, 2013, s. 39). Hvis man tar utgangspunkt i det Noreng (2013) skriver, kan man anta at mørketallene for underrapportering av feil er høye. Usikker medisinhåndtering og medisineringsfeil er en av de største årsakene for unngåelig skade i helse- og omsorgssektoren i verden (WHO, 2017). St.Meld. 6 (2017-2018) bekrefter at det også er en av de største utfordringene rundt pasientsikkerhet i den norske helse- og omsorgstjenesten. Siden sykepleiere ofte er ansvarlig for utdeling av medisiner kan vi si at de er det siste forsvaret i et sikkerhetsnett for å forhindre feil. Derfor har sykepleierrollen en viktig funksjon og et viktig ansvar når det kommer til legemiddelhåndtering. Medisineringsfeil er ikke bare et alvorlig problem innenfor pasientsikkerhet, men også utfordrende økonomisk. Verdens helseorganisasjon estimerer at kostnader assosiert med medisineringsfeil ligger på 42 milliarder US\$ årlig (WHO, 2017).

Meldeordningen har lenge vært tatt i bruk som et verktøy for å sikre kvalitet i tjenesten og kan hjelpe de ansatte og resten av helsesektoren til å lære av hendelsen og forebygge at samme feil gjentas (Sykepleien, 2015). I en undersøkelse utført av sykepleien.no (2015) med 2814 deltagere, hvor 1520 deltagere jobbet i spesialisthelsetjenesten, kom det frem at 51% av disse ikke kjente til et godt eksempel på at det nyttet å melde avvik på sin arbeidsplass. En av tre sier at det ikke ble noen konsekvenser av å melde avvik, og 42% sier at de sjelden eller aldri fikk tilbakemeldingen på avvikene.

I årsrapporten fra Helsedirektoratet (2018) står det at meldeordningen mottok totalt 9 681 meldepliktige meldinger i 2017. 17,3% av disse var feil knyttet til legemiddelhåndtering. Betydelig pasientskade var registrert i 83 hendelser. Til tross for at 51% av deltakerne mente at å melde avvik førte til bevisstgjøring internt og åtte av ti ble oppfordret av sin nærmeste leder til å melde avvik (Sykepleien, 2015) er meldeordningen preget av underrapportering (SINTEF, 2015). At sykepleiere opplever barrierer kan være en av årsakene til underrapportering (Vrbnjak *et al.*, 2016). Å finne ut av hvilke barrierer som hindrer sykepleiere i å melde avvik er klinisk relevant fordi å melde avvik er nært knyttet til utviklingen av en sikker helsetjeneste. Ved å bryte ned barrierene kan man i fremtiden sikre at meldeordningen ikke lenger er preget av underrapportering som igjen vil føre til økt pasientsikkerhet.

2.0 Bakgrunn

2.1 Meldeordningen

I 2000 kom boken *To err is human* (Kohn, *et al.* 2000) og la grunnlaget for det vi i dag kjenner som meldeordningen. Denne boken tar for seg hvordan avvikssystem kan bedre kvalitet på helsetjenesten og bidra til økt pasientsikkerhet. Pasientsikkerhet handler om at pasienten ikke skal utsettes for skade som følge av behandling eller mangel på behandling (Flovik & Rokseth, 2015). Dette innebærer i hvilken grad rutiner, holdninger og handlinger bidrar til å forebygge uønskede hendelser. For at meldeordningen skal fungere er det viktig at helsepersonell melder uønskede hendelser og “nesten-hendelser”. Dersom disse hendelsene ikke rapporteres hindrer det helseforetakene i å jobbe systematisk med pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid (Kohn, *et al.* (2000) og Johannessen (2018)). Meldeordningen består i dag av det vi kaller eksterne og interne systemet. Helseinstitusjoner er via det eksterne meldesystemet lovpålagt å melde til Helsedirektoratet ved betydelig personskade (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Det interne meldesystemet er helseinstitusjoner sitt eget ansvar og burde ha som forutsetning at det sikrer anonymitet og at det er frivillig. Innrapporterte avvik burde brukes av den enkelte organisasjonen for å identifisere feil, evaluere hvorfor det skjedde og iverksette tiltak (Kohn, *et al.*, 2000). Videre er det viktig at når man skal drøfte individavvik bør navnet til den som utførte handlingen utelates (Flovik & Rokseth, 2015). Hensikten med å rapportere avvik er at ledere oppdager sårbare og/eller utsatte områder og får iverksatt tiltak før en alvorlig hendelse oppstår. Dette vil resultere i en tryggere helsetjeneste både for personell og brukere (Flovik & Rokseth, 2015).

2.2 Lovverk

Helsepersonelloven (1999), Spesialisthelsetjenesteloven (1999) og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har alle som formål å sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Begrepet pasientsikkerhet er nært knyttet til begrepet kvalitet (Helsebiblioteket, 2019). Jf. § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven (1999) har helseinstitusjonen meldeplikt til Helsedirektoratet. Meldeplikten har som formål å bedre pasientsikkerheten ved å finne årsaker til samt forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Helsedirektoratet kan varsle Statens Helsetilsyn dersom det er mistanke om alvorlig systemsvikt. Jf. § 3-3 a skal det varsles om alvorlige hendelser. “Med alvorlige hendelser menes dødsfall eller betydelig skade på pasienten” (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Ifølge Spesialisthelsetjenesteloven (1999) § 3-4 a skal alle som yter helsetjenester sørge for at det

arbeides for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Under Helsepersonelloven (1999) §17 står det at “helsepersonell skal på eget initiativ gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasientens sikkerhet”. Legemiddelhåndteringsforskriften (2008) er gjeldende for virksomheter og helsepersonell, og skal sikre riktig og god legemiddelhåndtering. Jf. §4. er det virksomhetsleder som har ansvar for legemiddelhåndtering. Det vil si at virksomhetsleder skal sørge for at alle som håndterer legemidler har tilstrekkelig med kompetanse og at legemiddelhåndtering skjer i henhold til gjeldende lover og forskrifter (Legemiddelhåndteringsforskriften, 2008).

2.3 Plikt og etikk

Mens sykepleie er en profesjon hvor man plikter til å følge lover og gjeldende regler er sykepleieutøvelsen normativ (Kim, 2015). Med dette menes at det ikke finnes regler som sier akkurat hvordan sykepleieutøvelsen skal være, men den tjener som en rettesnor og defineres ut fra hvordan den bør være. Sykepleieutøvelsen kjennetegnes blant annet av at den er styrt av et sett etiske og moralske prinsipper og standarder og fungerer som retningslinjer (Kim, 2015). Sykepleiere har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2014). I dag vektlegges selvstendighet, ansvarlighet og mot hos sykepleiere (Brinchmann, 2016). Som profesjonell yrkesutøver er det viktig å tenke på hvilke konsekvenser handlinger og handlingsvalg får. Innenfor pliktetikk finner vi i utsagn som «Du skal ikke lyve» og «Du skal ikke stjele». Brinchmann (2016) skriver at personer som handler korrekt ut fra pliktetikk handler i overensstemmelse med visse plikter uansett konsekvensene. Immanuel Kant, en av de mest innflytelsesrike moralfilosofene formulerte “det kategoriske imperativ”. En handlingsregel eller et påbud som gjelder i alle situasjoner og for alle mennesker. Universalformuleringen av det kategoriske imperativ kan tolkes slik; at man alltid og i alle situasjoner skal handle ut ifra den handlingsregelen som vil være den etisk beste, ikke bare i denne situasjonen, men også for alle andre lignende situasjoner (Brinchmann, 2016). Ut ifra pliktetisk tankegang skal man alltid fortelle sannheten uavhengig av konsekvensene. Hvis vi ser fra et konsekvensetisk perspektiv er en handling etisk akseptabel dersom den fører til en overvekt av goder i forhold til konsekvenser. Nytteetikk (utilitarisme) som er en form for konsekvensetikk grener seg i to; handlingsutilitarisme og regelutilitarisme. Det som skiller disse er at innenfor regelutilitarisme stiller enn krav om at handlingen skal kunne gjøres til en allmenn regel og i tillegg til at det er den handlingen som fører til mest mulig lykke (Brinchmann, 2016). Sett fra et konsekvensetisk perspektiv må en

handling føre til mest mulig lykke og nytte for flest mulig for kunne forsvare den som moralsk riktig (Brinchmann, 2016).

2.4 Relevant teori og forskning

Helsetilsynet (2012) skriver på sin nettside at gode rutiner for legemiddelhåndtering innebærer at det skal skrives avviksmeldinger ved feil og nesten-feil. Avviket som meldes skal analyseres og vurderes for å hindre at det gjentas, avvikene skal følges opp av virksomhetsleder og brukes for å forbedre rutiner og kvaliteten på legemiddelhåndtering (Helsetilsynet, 2012). Helsedirektoratet har utarbeidet læringsnotater ut fra nasjonale avviksmeldinger, der de peker på forbedringsområder og forslag til hvordan det skal unngås å gjøre den samme feilen i fremtiden (I trygge hender, 2018).

Ved feilmedisinering kan årsaken ofte forklares med systemsvikt (Nordeng, 2013). Eksempler på systemsvikt er arbeidsmiljøproblemer, personalproblemer og ledelsesproblemer. Nordeng (2013) henviser til en studie hvor det kom frem at to av fem sykepleiere hadde gjort en feil i legemiddelbehandlingen som førte til at pasienten fikk alvorlige konsekvenser. Videre skriver Nordeng (2013) at 40% av sykepleierne i studien var plagsomt redd for at de skulle gjøre en feil når de var på jobb. Ved å ikke melde avvik kan følelsen av å angre og at man ikke har gjort nok for pasienten plage sykepleiere (Ulvund, Dale & Ødegård, 2015). I studien til Ulvund, Dale & Ødegård (2015) kom det frem en rekke utfordringer de norske sykepleiere følte ved rapportering: mangel på støtte eller hjelp, frykt for å bli fryst ut av kollegaer eller leder, blir ikke trodd, at hendelsen skulle bli bagatellisert og at den som meldte skulle bli utsatt for represalier eller sanksjoner. Videre fortalte sykepleierne at de i verste fall fryktet tap av omdømme, tap av muligheter for forfremmelse og at de måtte skifte arbeidsplass. I en annen norsk studie var mangel på støtte, muligheten for å skade en kollega, ønske om å ikke overdramatisere hendelsen, usikkerhet og ingen å diskutere hendelsen med faktorer som ville påvirke om de melder avvik eller ikke (Ulvund & Vatne, 2016).

Det er i dag delte meninger om man skal se på systemet når feil begås eller om man skal fjerne enkeltindivider som begår feil. Vi har derfor inkludert "The bad apple theory". Vi har valgt å inkludere to motpoler i denne diskusjonen. Dr. Levitt (2014) mener at enkeltpersoner som begår feil må fjernes for å sikre et mest mulig feilfritt system. Dekker & Leveson (2014) mener at fokuset ikke burde være på individer eller system, men individene innenfor systemet og hvordan systemet kan legge til rette for arbeidskravene individet møter. I boken To err is

Human står det at problemet ikke er dårlig folk i helsevesenet, det er gode mennesker som jobber i dårlige systemer og disse systemene må gjøres tryggere (Kohn, *et al.* 2000).

2.5 Hensikt med oppgaven

Som nevnt innledningsvis skriver SINTEF (2015) at meldeordningen i Norge er preget av underrapportering og ulike barrierer kan være en av årsakene til dette (Vrbnjak *et al.*, 2016). Hensikten med denne oppgaven er derfor å undersøke hvilke barrierer som hindrer sykepleiere fra å skrive avvik. Ved å avsløre hvilke barrierer som hindrer sykepleiere i å melde avvik, kan man starte arbeidet med å redusere disse. Dersom meldeordningen får et riktig og nyansert bilde av uønskede hendelser og nesten-hendelser vil dette kunne brukes i kvalitetssikringsarbeidet og øke pasientsikkerheten.

2.6 Problemstilling

Hvilke barrierer opplever sykepleiere på sykehus når de skal rapportere medisineringsfeil?

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en søkestrategi som går ut på å samle inn og tolke all litteratur som finnes rundt et bestemt forskningsspørsmål eller tema (Aveyard, 2014). I denne litteraturstudien har vi samlet forskningsartikler til systematisk gjennomgang for å finne svar på hvorfor sykepleiere ikke rapporterer feilmedisinering. Eksempler på tema i vår oppgave vil være feilmedisinering og avvikshåndtering.

3.2 Søkestrategi

Før vi gjennomførte søket skrev vi ned hvilke søkeord som kunne være aktuelle i forhold til problemstillingen vår og førte disse oppi et eget skjema. (tabell 1)

Problem	Hvor	Hvem	
Underrapportering av medisineringsfeil Barrierer for rapportering Pasientsikkerhetskultur	I sykehus	Sykepleiere	OR
Medication Errors Risk Management Incident Reports Barriers Patient safety culture	Hospitals	Nurses Nurse's Role	
AND			

Tabell 1. PICO-skjema for søkestrategi

For å finne rett terminologi brukte vi en nettside hvor man kan skrive inn søkeord og få forslag til MeSH-termer. Disse termene, også kjent som emneord, er tilpasset databasene slik at man får tilgang på mer materiale enn ved å kun bruke tilfeldige søkeord. Under viser vi til eksempel på hvordan vi har tenkt; et tema i litteraturstudien vår er feilmedisinering. Dersom vi skriver inn dette i søkefeltet for MeSH-termer kommer emneordet Medication Errors opp. Vi kan da søke på denne terminologien i Medline, som er en av de største databasene innenfor medisin. Medication Errors kommer da opp som emneord. Vi har aktivt brukt knappen «scope» for å se hva som inngår i termene og at det stemmer med hva vi søker etter. Nedenfor i tabell 2 viser vi til hvilke emneord vi har endt opp med å søke på i Medline og Cinahl.

Norske søkeord	MeSH terminologier i Medline (Ovid)	MeSH terminologier i Cinahl	Nøkkelord i Medline	Nøkkelord i Cinahl.
Medisineringsfeil Avviksrapportering Sykepleiere Sykehus	Medication Errors Risk Management Nurses Hospital Nurse's Role	Medication Errors Incident Reports Nurses Hospitals Communication barriers Professional Boundaries Self Report	Risk Management Barriers	Barriers

Tabell 2. Søkeord, MeSH terminologier og nøkkelord

3.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Disse kriteriene ble satt tidlig i søkeprosessen for å avgrense søket. Det var viktig for oss at artiklene var oppdaterte og vi satte derfor 2010 eller nyere som inklusjonskriterium. For at vi skal kunne lese innholdet og ikke være avhengig av oversettelse har vi kun inkludert engelske, norske, svenske og danske tekster. Det har også vært viktig at vi har hatt tilgang til hele

artikkelen, da bare et sammendrag ikke gir mulighet for å vurdere kvaliteten og å trekke konklusjoner. For å konkretisere søket har vi valgt å fokusere på sykepleiere som jobber på sykehus. Tabell 3 nedenfor viser våre inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	
<i>Innhold</i>	Hovedfokus på barrierer som hindrer sykepleiere i å skrive avvik
<i>Populasjon</i>	Sykepleiere som jobber på sykehus
<i>Type studie</i>	Kvantitativ, kvalitativ og/eller begge deler. Publiserte og fagfellevurderte studier som har innhentet etisk godkjenning Fulltekst
<i>Språk</i>	Engelsk, norsk, svensk, dansk
<i>Tidsramme</i>	2010-2019
Eksklusjonskriterier	
Studier som ikke møter inklusjonskriteriene	

Tabell 3. Inklusjons -og eksklusjonskriterier

3.4 Søkehistorie

Vi har utført strukturerte søk i databasene Cinahl, Medline og Cochrane Library. Sistnevnte uten resultat. Google scholar ble brukt til ustrukturert søk. Databasene er valgt fordi de er de fremste databasene innen medisin og sykepleiepleiefaglig litteratur og de har blitt anbefalt av veileder, bibliotekar og lærere ved NTNU. Det er disse databasene vi har best kjennskap til og var derfor et naturlig valg for oss. I søkene startet vi bredt. Vi begynte med MeSH-termene og inkluderte deretter nøkkelord. OR brukte vi for å utvide søket og kombinere synonymer, mens AND har vi brukt for å snevre inn søket. For å vise et eksempel på hvordan vi har snevret inn søket kan vi se på søket utført i Cinahl (Tabell 4). Her har vi kombinerte Medication Errors med Hospitals ved å bruke AND. Da vil vi kun få opp treff der begge ordene er med. Nedenfor viser vi hvordan vi gikk frem for strukturert søk i Medline Ovid (tabell 5) og Cinahl (tabell 4)

	Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1	exp Medication Errors/	Medline (Ovid)		12394
2	Risk Management.mp. and exp Risk Management/			15769
3			1 OR 2	27463
4	exp Hospitals/			141785
5			3 AND 4	2469
6	exp Nurses/ or exp Nurse's Role/			84486
7			5 AND 6	101
8	exp «Attitude of Health Personnel»/ or exp Organizational Culture/ or exp Medical Errors/ or exp Patient Safety/			999077
9			7 AND 8	94
10	Barriers.mp.			84358
11			9 AND 10	6
12			2 AND 10	275
13	Limit 12 (english language and full text and yr=2010-Current)			46

Tabell 4. Søk etter artikler i Medline

	Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1	MH «Medication Errors» OR MH «Health Care Errors”	Cinahl		39578
2	MH «Hospitals»			103656
3			1 AND 2	2335
4	Limiters: Published Date: 2010-2019		3	1207
5	MH «Incident Reports» OR MH «Self Report»			41492
6			4 AND 5	74
7	MH «Nurses»			204510
8			6 AND 7	28
9	MH «Professional Boundaries» OR MH «Communication Barriers» OR «Barriers”			56166
10			8 AND 9	3
11			3 AND 7 AND 9	14
12	Limiters – Published Date: 2010-2019		3 AND 7 AND 9	10

Tabell 5. Søk i Cinahl

3.5 Valg av studier

Etter søkene vist i tabell 4 og 5 satt vi igjen med 39 utvalgte artikler fra strukturert søk og 15 artikler fra google scholar. Disse artiklene ble valgt på bakgrunn av relevant overskrift og/eller abstrakt. Vi skumleste artiklene sammen og kunne allerede her ekskludere 42 av 54 fordi de ikke møtte inklusjonskriteriene våre. Vi gikk igjennom de resterende 12 artiklene med kritisk blikk. Vi så blant annet etter om problemstillingen var tydelig og klart formulert og at valg av metode var logisk for å svare på problemstillingen. Resultatet skulle komme tydelig frem enten via tabeller eller oversiktlig tekst, spesielt i de studiene som brukte kvantitative metode. Vi tok også hensyn til størrelsen på studien. En studie med flere deltakere har større sannsynlighet for validitet og overførbarhet (Aveyard, 2014). Videre så vi etter hvilke deltakere forskerne har inkludert i studien og hvilke argumenter de har brukt. For oss har det vært viktig at studiene samlet har vektlagt sykepleiere sitt syn og forståelse, men vi har også inkludert en kvalitativ studie som inkluderer sikkerhetsekspert, direktører, leger og farmasøyter. Dette for å få et mer nyansert perspektiv og helhetlig forståelse (Thiedemann, 2017). Videre gransket vi hvordan studiene beskrev innsamling av data og hvordan disse er blitt analysert. Til slutt så vi etter om forfatteren har skrevet om studiens begrensninger. Dette er fordi det vil gjøre det lettere for oss å vurdere studien og data kritisk. Ved å gjøre rede for studiens svakheter gir det også andre forskere mulighet til å ta hensyn til nevnte begrensninger dersom de ønsker å gjøre videre forskning på emnet. Som vist i tabell 3 så må studien være etisk godkjent. Dette sikrer forskningens troverdighet da de er nødt til å følge et rammeverk som sikrer god forskningsetikk (Regjeringen, 2018). Siden studiene våre er fra ulike land så har vi hentet inn opplysninger fra den norske Regjeringen sine nettsider om helsetilbudet fra hvert land for å sjekke at helsetilbudet er av god kvalitet. For at vi skulle ha mulighet til å sammenligne resultatene og trekke konklusjon har det vært viktig at studiene har inkludert samme områdene/temaene. På bakgrunn av dette har vi valgt seks artikler som vi mener oppfyller kravene våre (tabell 6).

Resultat etter søk i Cinahl
Artikkel 1) <i>Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them.</i> Av Hammoudi, B.M. Ismaile, S. Yahya, O.A.
Artikkel 2) <i>Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: a focus group study.</i> Av Hartnell, N., MacKinnon, N., Skertris, I. & Fleming, M.
Artikkel 3) <i>Reporting among nurses and its correlation with hospital safety culture.</i> Av Qin, C., Xie, J., Jiaang, J., Zhen, F. & Ding, S.
Artikkel 4) <i>Barriers to medication error reporting among hospital nurses.</i> Av Rutledge, D.N. Retrosi, T. Ostrowski, G.
Resultat etter søk i Medline (Ovid)
Artikkel 3) <i>Reporting among nurses and its correlation with hospital safety culture.</i> Av Qin, C., Xie, J., Jiaang, J., Zhen, F. & Ding, S.
Artikkel 5) <i>Nurses' attitudes and perceived barriers to reporting of medication administration errors.</i> Av Yung, H-P. Yu, S. Chu, C. Hou, I-C, Tang, F-I.
Artikkel 6) <i>National and Local Medication Error Reporting System – A Survey of Practices in 16 Countries.</i> Av Holmström, A.R., Airaksinen, M., Weiss, M., Wuliji, T., Chan, X. H. & Laaksonen, R.

Tabell 6. Resultat av søk

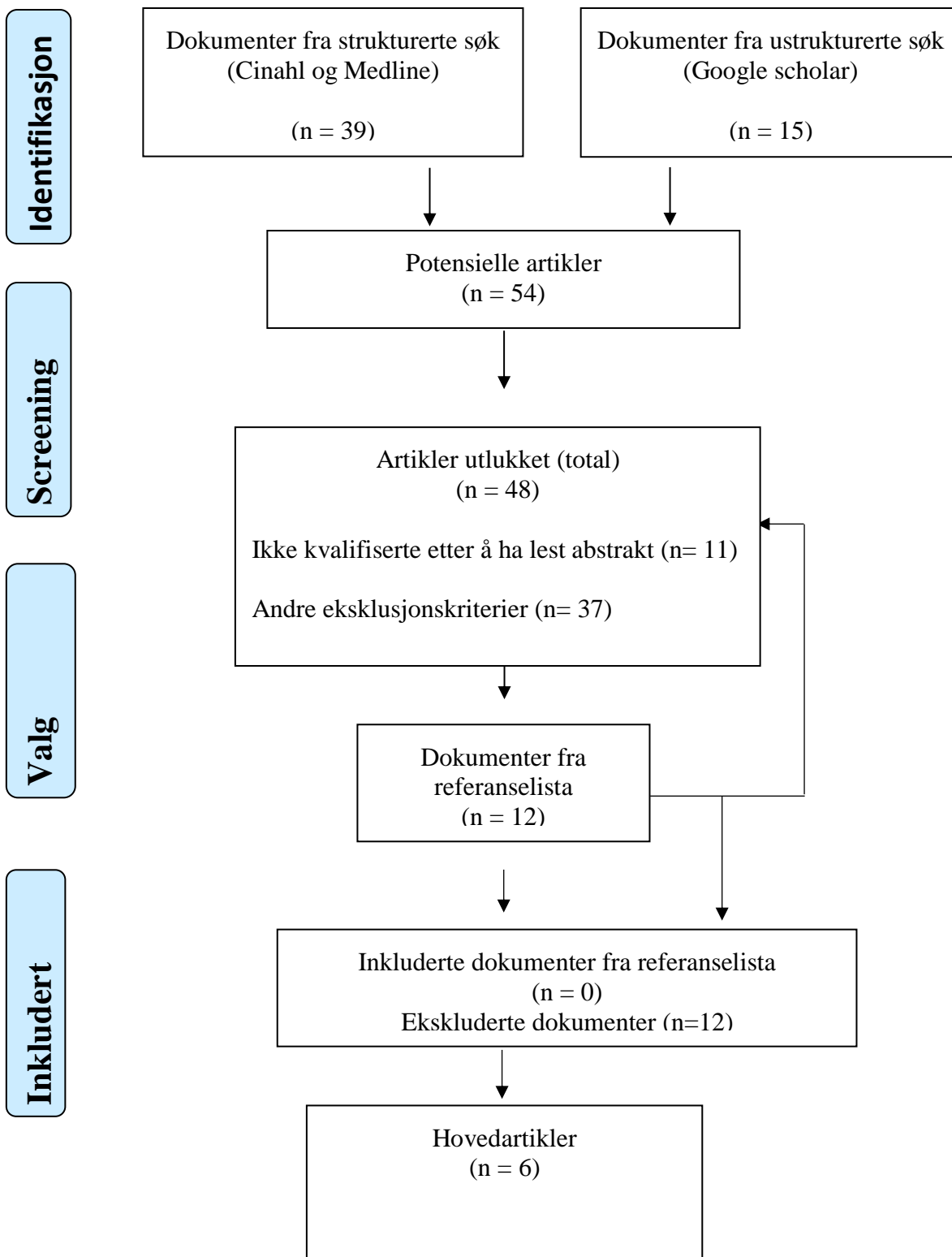
3.6 Kvantitativ- og kvalitativ metode

Fem av studiene har brukt kvantitativ metode og en studie har brukt kvalitativ metode. Vår problemstilling går ut på å finne hvilke barrierer som hindrer sykepleiere i å melde avvik. For å finne ut hvilke barrierer som er representativ for flest sykepleiere har det vært hensiktsmessig å se på studier med kvantitative datainnsamlingsmetoder. Ved å bruke spørreskjema har forskerne innhentet breddekunnskap, det vil si at de får lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thiedemann, 2017). Videre kjennetegnes kvantitative metode at det gir eksakt faktakunnskap. Vi har inkludert en studie som har utført dybdeintervjuer på en satt fokusgruppe. Denne innsamlingsmetoden forbindes ofte med kvalitativ metode. De kvantitative studiene gav tall på hvor mange sykepleiere som opplevde de samme barrierene mens den kvantitative studien gav dypere innsikt og et mer nyansert

bilde. På neste side viser vi et tilpasset flytskjema (tabell 7), en visuell oversikt over prosessen vi har vært igjennom (Moher *et al.*, 2009).

3.7 Analyse av resultatet

For å få helhetlig oversikt gikk vi igjennom artiklene gjentatte ganger og fargekodet funnene. Vi førte hovedfunnene inn i egne litteraturmatriser (Aveyard, 2014). Deretter gjennomgikk vi hver enkelt studie på nytt og analyserte både funn og resultatene. Ut ifra fargekodene kunne vi dele de ulike resultatene opp i tema; frykt, administrativ respons, tid og holdninger. Vi jobbet med ulike måter å analysere resultatet på. I eget skjema ble resultatene sortert på to forskjellige måter; først sorterte vi etter artikler og noterte resultatene fra høyest til lavest barrierscore og deretter sorterte vi resultatene etter tema. Vi dobbeltsjekkete at resultatene stemte, blant annet ved å se nøye på hvilke resultater forfatterne selv hadde trukket frem i løpende tekst. Dette gav oss en god visuell oversikt og vi kunne enkelt se hvilke funn som gikk igjen, og hvilke som skilte seg ut. Vi var nøye med å skille resultatene forskerne selv hevet frem i løpende tekst og resultatene vi kunne lese av i tabeller.



Tabell 7. Flyt skjema

4.0 Resultat

4.1 Resultatpresentasjon

Artikkel nr.1

Forfatter:	Hammoudi, B.M. Ismaile, S. Yahya, O.A.
År:	2018
Land:	Saudi-Arabia
Tidsskrift:	Scandinavian Journal of Caring Science
Tittel:	Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them
Hensikt:	Hensikten med denne studien var å undersøke faktorer som påvirker forekomsten og rapportering av feilmedisinering, fra sykepleieres perspektiv
Metode/instrument:	Tverrsnittstudie med kvantitativ metode. Spørreskjema Fire sykehus i Saudi-Arabia
Deltagere/frafall	367 deltakere
Hovedfunn: (Funn relatert til forekomst av medisineringsfeil er ikke beskrevet her)	<i>1) Administrativ respons-</i> når medisineringsfeil ble rapportert var det for mye fokus på individfeil i stedet for systemfeil og feilmedisinering ble brukt for å måle kvaliteten på sykepleien <i>2) Frykt-</i> for å bli klandret dersom noe skjedde med pasienten som et resultat av medisineringsfeilen Denne studien konkluderer med at kun 25,8% av alle feilmedisineringer ble rapportert.
Vurdering av kvalitet:	Problemstilling er klar formulert og forfatterne beskriver hvorfor studien er utført hvorfor den er aktuell De har brukt riktig metode for å svare på problemstillingen Innhentet godkjenning og brukt kjent spørreskjema Resultatet er logisk fremvist i tabeller God beskrivelse av hvordan studien er utført God studiedeltagelse og responsrate Publisert i fagfellevurdert tidsskrift Innhentet etisk godkjenning

Artikkel nr. 2

Forfatter:	Hartnell, N., MacKinnon, N., Skertris, I. & Fleming, M.
År:	2012
Land:	Canada
Tidsskrift:	BMJ Quality & Safety
Tittel:	Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: a focus group study
Hensikt:	Hensikt var å identifisere og forstå hvilke barrierer som hindrer rapportering av feilmedisinering og å undersøke hvordan noen sykehus har fjernet disse barrierene.
Metode/instrument:	Kvalitativ. Dybdeintervju av fire fokusgrupper fra 4 forskjellige sykehus
Deltagere/fracfall	4 direktører, 7 farmasøyter, 9 leger og 14 sykepleiere
Hovedfunn:	<ul style="list-style-type: none">• Tidkrevende og gir økt arbeidsmengde• Profesjonell identitet, en frykt for å virke inkompetent og forventet negative reaksjoner fra pasient.• Informasjonsgap, mangel på informasjon om den generelle prosessen, usikkerhet rundt hva av feilmedisinering man skal rapportere og hvorfor.• Organisatoriske faktorer, oppfatning av at avviksmeldinger ikke resulterer til endring, mangel på tillit om hvordan avviksmeldinger kan bli brukt, og en antagelse om at det er noen andre sitt ansvar.• Frykt, frykt for straffereaksjoner og saksøking på grunn av feilbehandling.
Vurdering av kvalitet:	Målet med studien er klart formulert og forfatterne beskriver godt hvorfor de er aktuell De beskriver dealtjert hvordan de har gått frem og hvordan de har samlet inn og analysert data De har inkludert fire sykehus, herunder direktører, farmasøyter, leger og sykepleiere Valg av metode og deltagere fremstår fornuftig Publisert i fagfelleurdert tidsskrift Innhentet etisk godkjenning

Artikkel nr.3

Forfatter:	Qin, C., Xie, J., Jiaang, J., Zhen, F. & Ding, S.
År:	2014
Land:	Kina
Tidsskrift:	Journal of Nursing Care Quality
Tittel:	Reporting among nurses and its correlation with hospital safety culture.
Hensikt:	Holdninger kinesiske sykepleiere har om sikkerhetshendelser, barrierer for å rapportere, og korrelasjonen mellom barrierene med sikkerhetskulturen i sykehusene.
Metode/instrument:	Kvantitativ studie, tre tertiære sykehus og fem sekundære sykehus i Hunan, Kina. Spørreskjema utviklet av Andersen et al.
Deltagere/fracfall	1125 deltakerne
Hovedfunn: (Kun barriere for å rapportere er nevnt under hovedfunn)	<ul style="list-style-type: none">• Frykt for at pasienten ville klage• Frykt for reprimande• Frykt for at det ville påvirke karrieren negativt <p>Barrierescoren til sykepleiere med lavere utdanning økte med alderen, mens barrierescoren til sykepleiere med høyere utdanning sank med alderen</p>
Vurdering av kvalitet:	Problemstilling er klar formulert og forfatterne beskriver hvorfor studien er utført hvorfor den er aktuell De har brukt riktig metode for å svare på problemstillingen Innhentet tillatelse og tatt i bruk anerkjent spørreskjema God beskrivelse av hvordan studien er utført og hvordan de har analysert innsamlet data God studiedeltagelse og responsrate. Kun registrerte sykepleiere fikk delta Publisert i fagfellevurdert tidsskrift Innhentet etisk godkjenning

Artikkel nr. 4

Forfatter:	Rutledge, D.N. Retrosi, T. Ostrowski, G.
År:	2017
Land:	California
Tidsskrift:	Journal of Clinical Nursing
Tittel:	Barriers to medication error reporting among hospital nurses
Hensikt:	1) Undersøke hvilke barrierer som hindrer sykepleiere i å rapportere feilmedisinering og 2) fastslå gyldigheten og påliteligheten til spørreskjema.
Metode/instrument:	Kvantitativ. Spørreskjema
Deltagere/fracfall	359 sykepleiere
Hovedfunn: (Funn relatert til spørreskjema er ikke nevnt her)	<ul style="list-style-type: none">• Det tar for mye tid• Frykt for juridiske konsekvenser• Frykt for å få skylden og bli holdt personlig ansvarlig• Frykt for å miste respekt fra kolleger
Vurdering av kvalitet	Hensikten med studien kommer godt frem og argumenterer godt for hvorfor studien er aktuell De har brukt riktig metode for å svare på problemstillingen Anvendt kjent spørreskjema Viser hvordan de har vurdert spørreskjema de har brukt Resultatet er logisk fremvist i tabeller God beskrivelse av hvordan studien er utført God studiedeltagelse og responsrate Publisert i fagfelleurdert tidsskrift Innhentet etisk godkjenning

Artikkel nr. 5

Forfatter:	Yung, H-P. Yu, S. Chu, C. Hou, I-C, Tang, F-I.
År:	2016
Land:	Taiwan (Kina)
Tidsskrift:	Journal of Nursing Management
Tittel:	Nurses' attitudes and perceived barriers to reporting of medication administration errors
Hensikt:	Utforske holdninger og barrierer for avviksrapportering
Metode/instrument:	Tverrsnittstudie, kvantitativ. 3 delt spørreskjema
Deltagere/frafall	306 deltakere. 51 sykepleieledere og 255 sykepleiere
Hovedfunn: (Sykepleiernes følelser vedrørende avviksrapportering er ikke nevnt her)	<p>Frykt for at pasienten og familien skulle miste tillit og at administrasjonen skyldig-gjorde den ansatte.</p> <p>Studien viser at til tross for at 73.5% mener at all feilmedisinering burde meldes, uavhengig av pasientskade så er det 83.3% som ikke melder avvik dersom pasienten ikke tar skade av feilmedisineringen</p>
Vurdering av kvalitet:	<p>Problemstilling er klar formulert og forfatterne beskriver hvorfor studien er utført og hvorfor den er aktuell</p> <p>De har brukt riktig metode for å svare på problemstillingen</p> <p>Har vurdert om spørreskjema de har utviklet er av god kvalitet (inkludert en pilotstudie)</p> <p>Resultatet er logisk fremvist i tabeller</p> <p>God beskrivelse av hvordan studien er utført og dataene analysert</p> <p>God studiedeltagelse og responsrate</p> <p>Publisert i fagfellevurdert tidsskrift</p> <p>Innhentet etisk godkjenning</p>

Artikkel nr. 6

Forfatter:	Holmström, A.R., Airaksinen, M., Weiss, M., Wuliji, T., Chan, X. H. & Laaksonen, R.
År:	2012
Land:	Canada, Japan, Sverige, Norge, Zambia, Australia, Tsjekkia, Finland, Ungarn, Østerrike, Rwanda, Ghana, India, Kosovo, Latvia og Serbia.
Tidsskrift:	Journal of Patient Safety
Tittel:	National and Local Medication Error Reporting System – A Survey of Practices in 16 Countries
Hensikt:	Beskrive rapporteringssystem for medisineringsfeil i utviklede og tradisjonelle land, og utviklingsland. Spesifikke objekter for undersøkelsen var å utforske eksistensen og egenskapene til nasjonale og lokale rapporteringssystem av medisineringsfeil og identifisere grunnegenskaper av et effektivt system og barrierer for å rapportere.
Metode/instrument:	Kvantitativ. Nettundersøkelse
Deltagere/fracfall	120 medlemmer av FIP i 88 land ble kontaktet gjennom FIP. I tillegg ble 20 informanter fra Europarådet og Nordisk pasientsikkerhets forskningsnettverk kontaktet. De mottok kontaktinformasjon fra 32 eksperter om medisinsikkerhet i 26 land. 16 eksperter som representere hvert sitt land deltok i undersøkelsen.
Hovedfunn: (Ikke nevnt funn om rapporteringssystem)	Vanligste oppfattede barrieren for å rapportere: <ul style="list-style-type: none">• Frykt for konsekvenser• Klandringskultur• Mangel på opplæring for å melde avvik• Mangel på tid for å rapportere• Mangel på organisert lederskap og støtte
Vurdering av kvalitet:	Hensikten med studien kommer godt frem og de forklarer hvorfor den er aktuell God beskrivelse av metode De har utviklet et eget spørreskjema og de hentet inn tilbakemelding fra International Pharmaceutical Federation og World Health Organization for validering.

	<p>Resultatet fremstilles i tabeller</p> <p>God beskrivelse av hvordan studien er utført og dataene analysert</p> <p>Under begrensninger gjør de rede for hvorfor og hvordan lav responsrate kan ha påvirket resultatene.</p> <p>Publisert i fagfellevurdert tidsskrift</p> <p>Innhentet etisk godkjenning</p>
--	--

4.2 Barrierer relatert til frykt

Frykt er den barrieren som scorer høyest i fem av seks studier. Frykt for negativ reaksjon fra pasient og pårørende har den høyeste barrierescoren i flere av studiene (Qin *et al.* (2014), Yung *et al.* (2016) og Hammoudi, Ismaile & Yahya (2018)). Rutledge, Retrosi & Ostrowski (2018) er den eneste studien som ikke har inkludert spørsmål om frykt for å miste tillit fra pasienter og pårørende. Frykt for å få skylden hvis pasienten tok skade av feilmedisineringsfeil og frykt for å bli saksøkt hadde høy barrierescore i studien til Yung *et al.* (2016) og Hammoudi, Ismaile & Yahya (2018). Det var 34,3% av deltakerne i studiet til Rutledge, Retrosi & Ostrowski (2017) som svarte at de fryktet søksmål og 32,8% svarte av de var redde for å få skylden dersom de rapportere medisineringsfeil. Dette støttes av funn i studiet til Yung *et al.* (2016) der sykepleierne fryktet at avviksmeldingene ville bli brukt for å gi ansatte en negativ vurdering. I studien til Qin *et al.* (2014) fryktet sykepleierne at rapportering av medisineringsfeil ville føre til reprimande og å påvirke deres karriere og videre ansettelse negativt. Frykt for manglende støtte fra kollegaer er sett på som en barriere av sykepleierne i studiet til Qin *et al.* (2014). Det støttes av funn hos Rutledge, Retrosi & Ostrowski (2018) der 26,7% fryktet å miste kollegaers respekt. Den kvalitative studien til Hartnell *et al.* (2012) støtter funnene fra de kvantitative studiene. I den kvalitative studien trakk intervjuobjektene frem fire punkter under tema frykt. Disse punktene var “frykt for represalier fra ledere”, “frykt for å utsette seg selv for juridiske konsekvenser”, “frykt for negative holdninger fra pasienter”, og “frykt for å miste sitt rykte/bli sett på som inkompetent”. I studien til Holmstöm *et al.* (2012) er frykt for konsekvenser og klandringskultur de to største funnene relatert til barriere for rapportering av medisineringsfeil. Studien ble gjennomført med deltakere fra seksten land, og disse funnene samsvarer med funnene i studiene gjort i enkeltland. Qin *et al.* (2014) er den eneste studien som har involvert spørsmål angående media og deltakere svarte at frykt for at media skulle skrive om feil var en barriere.

4.3 Barrierer relatert til administrativ respons

I studien til Hartnell *et al.* (2012) hadde direktørene som ble intervjuet en annen mening enn de ansatte om hvordan avvikssystemet fungerte; der direktørene mente at ansatte fikk tilbakemelding og nødvendig opplæring, mens de ansatte var uenige. Disse funnene støttes av Holmström *et al.* (2012) som skriver at manglende opplæring fungerer som en barriere i 8 av 16 land. Manglende tilbakemelding og oppfattelsen av at det ikke nytter å melde er barrierer som hindrer deltakeren i å melde avvik (Hartnell *et al.* (2012), Rutledge, Retrosi & Strowski (2017) og Hammoudi, Ismaile & Yahya (2018)). Barrieren for å rapportere blir høyere i de situasjoner der administrasjonen fokuserer på individet og ikke systemet (Yung *et al.* (2016) og Hammoudi, Ismaile & Yahya (2018)). Et uorganisert lederskap og mangel på støtte er et funn i Holmström *et al.* (2012) sin studie hvor sju av seksten land mente dette var en barriere.

4.4 Barrierer relatert til tid

48,2% av deltakerne så på tid som den største barrieren og 35,9% mente at skjemaene som ble brukt var for lange og tidkrevende (Rutledge, Retrosi & Ostrowski, 2017). Dette er funn som også ses av studien til Hammoudi, Ismaile & Yahya (2018). I studien til Holmström *et al.* (2012) svarer åtte av seksten land at tid er en barriere. Dybdeintervjuene gjort av Hartnell *et al.* (2012) påpeker at liten tid og ineffektivt rapporteringssystem er en barriere for å melde avvik. Tid som barriere skiller seg ikke signifikant ut i studiene til Qin *et al.* (2014) og Yung *et al.* (2016).

4.5 Barrierer relatert til holdninger

I studien utført av Hammoudi, Ismaile & Yahya (2018) svarte deltakerne at de visste hva medisineringsfeil er og defineres som. Videre svarte de at de var innforstått med viktigheten av å rapportere. Til tross for dette viste undersøkelsen at under 26% av feilene ble rapportert. 25-29% av deltakerne kunne finne på å holde avvikene hemmelig (Qin *et al.*, 2014) og 45,1% meldte ikke avvik dersom feilen var ukjent for alle andre (Yung *et al.*, 2016). 83,3% melder ikke avvik dersom pasienten ikke tar skade av feilmedisineringsfeil (Yung *et al.*, 2016). 73,5% mener at all feilmedisineringsfeil burde meldes, uavhengig av pasientskade (Yung *et al.*, 2016). Samspillet mellom alder og utdanningsnivå påvirket barrierescoren viser studien til Qin *et al.* (2014) der barrierescoren minket da sykepleierne med høyere utdanning ble eldre; dette støttes av funn hos Rutledge, Retrosi & Ostrowski (2017). Sykepleiere opplevde barrierer for å rapportere som høyere enn lederne (Yung *et al.*, 2016). Studien fant i tillegg ut at desto flere negative holdningen sykepleiere hadde for å rapportere, desto flere barrierer ble oppfattet. Qin

et al. (2014) oppdaget at barrierescoren minket da jobbtilfredsheten økte, og at barrierescoren økte da stress tilknyttet til arbeidet økte.

5.0 Diskusjon

Studiene vi har valgt å inkludere er utført i Kina, Saudi Arabia, USA og Canada. En av studiene (Holmström *et al.* 2012) er en undersøkelse utført i seksten land, inkludert Norge. Vi erkjenner at resultatene i studiene kan være påvirket av de kulturelle faktorene i hvert land. Vi har ikke lyktes å finne norsk forskning som er innenfor våre kriterier for valg av hovedartikler, men vi har i valgt å inkludere funn fra norske studier i bakgrunnen vår for å vise at funn fra Norge kan sammenlignes med funnene som er gjort i studiene vi har inkludert. Holmström *et al.* (2012) påpeker at USA er et ledende land innenfor rapporteringssystem for medisineringsfeil. De har sammenlignet funn gjort i USA med funn fra egen studie og konkludert med at funnene var like og at studien kan sammenlignes med andre land.

Våre resultater viser at frykt er den barrieren som hindrer flest sykepleiere fra å melde medisineringsfeil. Dette funnet er interessant da det står i kontrast med det helsepolitikken i de ulike landene ønsker å fremme. I studiene som er utført i Kina (Qin *et al.* (2014) og Yung *et al.* (2016)) og studien utført i Saudi Arabia (Hammoudi, Ismaile & Yahya, 2018) kan vi lese at regjeringen har en veldefinert helsepolitikk med fokus på å redusere antall feilmedisineringer og sikre kvalitet i helsetilbudet. Her nevnes det blant annet at ledere skal oppfordre til frivillig rapportering og at man skal etterstrebe anonymisering. Hölmström *et al.* (2012) viser i sin studie at mange land har avvikssystem som er bygget på et “ikke straffende” system. Dette inkluderer Canada, Japan, Australia, og Finland. Sverige har gradvis innført et lokalt meldesystem som fokuserer på å finne feil i systemet og ikke klandre individer (Björkstén, *et al.* 2016). I Norge har virksomheter, Jf § 3-4a i pasientsikkerhetsloven (1999), en uttrykkelig plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2016). Det er opp til hver enkelt virksomhet å ha rutiner for å melde avvik. Det er virksomhetens leder som har ansvar for at det er et fungerende meldesystem tilgjengelig for ansatte og ledere burde oppfordre til å skrive avviksmeldinger dersom det skjer feil og “nesten-feil”. Disse avvikene skal følges opp, analyseres og brukes for å forbedre rutiner og prosedyrer (Helsetilsynet, 2012). Øystein Flesland, seksjonsleder for meldeordningen i Norge sier at meldeordningen er der for å bidra til læring og oppnå en bedre pasientsikkerhet. Videre sier han «Vi er ikke opptatt av å lete etter syndebukker. Vi finner nesten alltid at feilen ligger i systemene» (Johannessen, 2018).

Frykt for hvordan pasienten og deres pårørende vil reagere, og frykt for å bli skyldiggjort scorer høyt. Negativ reaksjon fra pasient/pårørende og frykt for å miste respekt fra kolleger kan tenkes å true den profesjonelle identiteten (Hartnell *et al.*, 2012). Dette kan igjen føre til økt personlig stress og vanskeliggjøre det å ta selvstendige valg. Det å arbeide selvstendig og kunne ta egne vurderinger og å kunne motta og gi respekt og støtte i vanskelige situasjoner er begge oppført punktvis under yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2014). I studien til Ulvund & Vatne (2016) svarte 51% av de norske deltakerne at dersom de ikke følte støtte bidro det til at de unnlot å varsle. 26.7% var redd for å miste kollegers respekt (Rutledge *et al.*, 2018). Frykt er en grunnleggende emosjon iboende i menneske og emosjoner er nært forbundet med personers motiv og handling. Frykt fra ledelse og frykt for å virke inkompetent kan føre til at man velger å beskytte seg mot følelsen og dermed velger å ikke melde feil. Det kan tenkes at dersom man skal overkomme denne barrieren er det viktig at ledelsen og ansatte går sammen for å skape åpenhet og fremme ærlighet. Ledere kan ikke oppfatte avvik og avviksmeldinger som personlig kritikk, men heller se på potensiale til forbedring (Ulvund, Dale & Ødegard, 2015). Det er menneskelig å feile, det har skjedd og vil skje i fremtiden. Så lenge administrering av legemidler gjennomgår menneskelige ledd er det uunngåelig at feil skjer. Det kan være lurt og jobbe med en holdningsendring på arbeidsplassen. Ansatte må kunne rapportere uten å være redd for å bli personlig holdt ansvarlig (Qin *et al.*, (2014), Yung *et al.*, (2016), Rutledge, Retrosi & Ostrowski (2018) og Hammoudi, Ismaile & Yahya (2018)). Uavhengig om sykepleiere er hovedkilden til at feil skjer, er administrasjonen helt avhengig av dem til å oppdage og rapportere feil (Yung *et al.*, 2016. En arbeidsplass som fokuserer på god meldekultur og åpenhet mellom ledere og ansatte kan føre til økning av rapportering fordi fokuset nå ligger på kvalitetsutvikling og ikke på klandringskultur (Vrbnjak *et al.*, 2016).

I studien utført av Hartnell *et al.* (2012) kom det frem at det var en uenighet mellom ansatte og ledelse om hvordan avvikssystemtene fungerte, om de ansatte fikk nok opplæring og at informasjon som var tenkt gitt til ansatte, ikke alltid kom frem. Dette informasjonsgapet er et interessant funn fordi det avdekker hvor viktig kommunikasjonen mellom ansatte og ledelse er. Den øverste leder for hver virksomhet som har ansvar for at alle pasienter mottar trygge og forsvarlige tjenester (Helsedirektoratet, 2018). Jf. § 4 i Legemiddelhåndskriften (2008) er det virksomhetsleder har ansvar for legemiddelhåndtering. Det vil si at virksomhetsleder skal

sørge for at alle som håndterer legemidler har tilstrekkelig med kompetanse. Dette innebærer opplæring i hvilke retningslinjer som arbeidsplassen har for avvikshåndtering og hvordan disse skal tas i bruk. I praksis har vi opplevd at leder har delegert bort opplæring av rutiner til en sykepleier. Dette kan være en utfordring da lederen kan miste oversikt over hvilke ansatt som faktisk har fått tilstrekkelig med opplæring i bruk av avvikssystemet. Uforutsette hendelser i løpet av vekten kan hindre sykepleier fra å gi tilstrekkelig med opplæring. Som nyansatt kan det da være viktig å ta initiativ til å lære hvordan avvikssystemet fungerer. Det kan være vanskelig å være frempå i en slik situasjon, men sykepleiere har et selvstendig ansvar for sette seg inn i arbeidsstedets visjon, verdier og mål (Norsk Sykepleierforbund, 2014). Dette innebærer at man setter seg inn i gjelde systemer for å melde avvik.

Manglende tilbakemelding fra ledelsen ble sett på som en barriere i studiene til Hammoudi, Ismaile & Yahya (2018) og Rutledge, Retrosi & Ostrowski (2018). Å ikke få tilbakemelding fra ledelsen når man melder avvik kan være demotiverende. Det er viktig at ledelsen informerer de ansatte om hva som skjer med tiltakene slik at den ansatte føler at de gjør noe riktig og viktig. Et aktivt meldesystem gir sykepleiere mulighet til å bli hørt og tilbakemeldinger gir dem mulighet til å delta aktivt i forbedringsarbeidet (Flovik & Rokseth, 2015). Avviksmeldinger bør ikke brukes som en målenhet for å vurdere kvaliteten på avdelingen eller på omsorgsevnen til sykepleierne (Ulvund, Dale & Ødegård (2015), Yung *et al.* (2016) og Hammoudi, Ismaile & Yahya (2018)). Manglende organisert lederskap og støtte fra ledere var en barriere for rapportering i studiene til Hölmström *et al.*, (2012). Ut ifra resultatene i studiene som er inkludert ser det ut til at en tydelig lederkultur som involverer sykepleiere i avviksprosessen er viktig for at det skal bli en bedre meldekultur. Forståelse og støtte fra ledere kan resultere i et mer realistisk og nøyaktig meldesystem (Bayazidi *et al.*, 2012). En tydelig ledelse kan også føre til sikkerhet rundt det å melde avvik og en klargjøring av definisjoner vil gjøre det enklere å vite hva som skal meldes. Når man jobber i et miljø som etterstreber høy faglig kompetanse og hvor ansatte får delta i forbedringsprosesser kan det tenkes at man trives bedre på jobben. Positive tilbakemeldinger og oppmuntringer kan redusere følelsen av frykt og utrygghet. Qin *et al.* (2014) fant i sin studie ut at barrierescoren ble lavere når sykepleierne trivdes på jobb.

48.2% mente at tid var den største barrieren (Rutledge, Retrosi & Ostrowski, 2018). Studier utført i Norge støtter dette funnet da sykepleierne svarte at det var for rapportering var ressurskrevende og at det tok for lang tid (Ulvund, Dale & Ødegård, 2015). I studien til Qin *et*

al. (2014) og Yung *et al.* (2016), var deltagere delvis uenige om at tid var en barriere. Disse motsigende resultatene kan ha noe med strukturen på arbeidsplassen å gjøre eller kulturelle forskjeller. Ulike meninger om hva som defineres som tidkrevende kan spille inn på resultatet. Ut ifra egen erfaring har vi oppfattet at mange sykepleiere beskriver sin arbeidshverdag som hektisk, og at de er utsatt for stor arbeidsbelastning gjennom vekten. Gjennom studiet og vår arbeidserfaring har vi lært at som sykepleiere er vi nødt til å prioritere for å få gjennomført det som er viktigst i løpet av vekten. Vi vet at avviksrapportering kan bli brukt for å forbedre omsorgssektoren og det kan bidra til at man lærer av sine og andre sine feil så de ikke gjentas. Det trekker frem spørsmålet om det å skrive avviksmeldinger burde være en høyere prioritet for sykepleierne, dog er dette vanskelig fordi det kan oppstå uventede situasjoner som fører til at avviksrapportering blir nedprioritert. Erfaringsbasert har vi i et stressende og krevende miljø, opplevd at avviksrapportering ofte blir nedprioritert og i noen situasjoner glemt. Ulike holdninger til rapportering kan gjøre utslag på frekvensen. Det kan tenkes at en sykepleier som er positivt innstilt vil ta seg tid til å skrive avvik, mens sykepleiere med negative holdninger til rapportering opplever høyere barrierescore (Yung *et al.*, 2016). Det kan tenkes at hvis sykepleiere hadde fått en større og tydeligere deltakende rolle i hvordan meldekulturen kan endres for at det skal være nok tid til å melde avvik, at det kan påvirke sykepleierens egne holdninger koblet til avviksmeldinger av medisineringsfeil. Hvis ansatte har tid til å melde avvik kan opplevelsen av å melde bli mer positivt fordi man ikke må velge bort noe annet. Dersom meldeprosessen går fra å være tidkrevende til noe positivt kan det tenkes at holdningene endres fordi sykepleiere kan ta del i noe som vil føre til bedring. Hvis en sykepleier må velge mellom å utføre et sårstell på infisert sår eller å melde avvik er det naturlig at sykepleieren velger sårstellet. Dersom sykepleieren har tid til begge deler blir opplevelsen positiv fordi man ikke må velge bort noe man kanskje anser som viktigere.

I Norge er ikke personlig søksmål rettet mot individer innenfor helsetjenesten vanlig praksis, men frykten for å bli rapportert inn til arbeidsgiver eller høyere nivå innen helse- og omsorgstjenesten i Norge kan likevel relateres til frykten for søksmål. 34,3% av sykepleierne fra Canada svarte at de fryktet søksmål (Rutledge, Retrosi & Ostrowski (2018)). Det å bli saksøkt eller straffet kan føre til økonomiske problemer, det samme gjelder tap av lisens. 23-25% av de norske deltakerne i studien til Ulvund & Vatne (2016) var redd for å miste jobben og/eller bli straffet. Som sykepleier er vi lovpålagt å følge plikter som taushetsplikt og plikten til å redde liv og vi kan si at etikk og sykepleie går hånd i hånd. Innenfor sykepleieetikk må man alltid tenke på konsekvensene av ulike handlinger og handlingsvalg (Brinchmann, 2014).

Dersom en sykepleier bryter med taushetsplikten kan dette medføre advarsel og/eller sanksjon. Er overtredelsen stor nok kan vedkommende bli fratatt lisensen og miste jobben. Det er forståelig at frykten for å miste jobben kan føre til at man ikke melder avvik, men i Norge mister man ikke jobben fordi man har begått en “nestenfeil” eller en mindre alvorlig feil. Dersom en pasient er forordnet 500mg paracet ved behov og en sykepleier ved feiltagelse gir 1g, vil dette i utgangspunktet ikke føre til skade på pasienten. Men hva skjer hvis dette er sterkere tabletter og pasienten tar skade av det? Kan det forsvares at flere sykepleiere over tid ikke har varslet fordi pasienten ikke tok skade av det? Immanuel Kant mener at menneske skal basere avgjørelsen på fornuft og at denne avgjørelsen ikke må skyggelegges av emosjoner som frykt (Brinchmann, 2016). Det kan tenkes at sykepleieren står i et moralsk dilemma hvor ingen av utfallene er å foretrekke. Vi har tidligere nevnt universalformuleringen av det kategoriske imperativ hvor man alltid og i alle situasjoner skal handle ut ifra den handlingsregelen som vil være den etisk beste, ikke bare i denne situasjonen, men også for alle andre lignende situasjoner. Hvis sykepleieren melder kan hun bli sett på som inkompetent og frykte reprimande fra leder, dersom hun lar være vil det ikke være etisk akseptabelt fordi å la være å melde ikke kan/bør gjøres til en allmenn regel. Hvis sykepleieren ser situasjonen fra konsekvensetisk perspektiv; der en handling er akseptabel dersom den fører til overvekt av goder, vil vedkommende kanskje tenkte at det er menneskelig å feile, og det er viktigere å melde for å hindre at det skjer igjen enn frykten for reprimande. Det er viktig å huske på et sykepleieutøvelsen er kompleks og det er mange aspekter som må tas hensyn til når man står i et valg. Det kan tenkes at å gjøre valg blir lettere når man har opparbeidet seg erfaring fordi man da har utviklet evnen til å se situasjoner ut ifra flere perspektiv. “Phronesis-kunnskap oppstår som følge av erfaring over tid, og erfarne mennesker bør man lytte til, fordi de ofte har utviklet evnen til å komme frem til gode etiske og rette handlingene” (Brinchmann (2016), s 138). Studiene viser at ledere ofte har lettere for å melde avvik og ikke er like preget av frykt som nyutdannede (Qin *et al.*, (2014), Yung *et al.*, (2016) og Rutledge, Retrosi & Ostrowski (2018)). Det kan tenkes at dette er fordi de opparbeidet seg erfaring over tid og evner derfor å se situasjoner og konsekvenser fra flere sider.

Qin *et al.* (2014) er de eneste som har inkludert spørsmål om reaksjon fra media. Funnene viste at sykepleierne fryktet at media ville skrive om medisineringsfeilen som ble gjort. Det kan tenkes at frykt for reaksjon fra media hadde fått høyere barrierescore dersom spørsmålet hadde vært inkludert i de andre studiene. I Norge har media flere ganger skrevet om medisineringsfeil som har ført til alvorlig skade eller død. Vi har selv fulgt disse sakene nøye

og har gjentatte ganger sett kommentarer som truer og klandrer enkeltindividene som har utført medisineringsfeilen. I kommentarfelt kreves det ofte at vedkommende får straff, ofte i form av at de mister sin lisens. Det er et eksempel på “bad apple” teorien. Bad apple teorien går ut på at i stedet for å se på systemet som feil, så fjerner man enkeltindivider, som egentlig er avlet opp av systemet og hvor systemet skaper muligheten for å gjøre feil (Dekker & Leveson, 2014). Konseptet bak “bad apple” teorien er at hvis et få antall individer er årsaken til flere medisineringsfeil, så ville systemet blitt tryggere dersom disse ble fjernet. Problemet her er at det ofte er systemet som legger til rette for at feilene skjer. Dr. Levitt (2014) har mange års erfaring som øverste leder for helsepersonell. Han mener at enkeltindivider som begår feil må straffes og fjernes fra systemet for å sikre et feilfritt system. Dekker & Leveson (2014) mener på den andre siden at det ikke går ann å fjerne alle som begår feil, fordi forutsetningene ikke er like. Helsepersonell jobber i ulike settinger hvor det i noen tilfeller er større sannsynlighet for at feil skjer. De argumenterer for at det ikke må ses på individer eller system, men heller på individer i systemet. De som jobber på et akuttmottak eller i operasjonssalen hvor akutte ting oppstår, kan tenkes å ha større risiko for å gjøre feil på grunn av et stressende og belastende arbeidsmiljø som kan i situasjoner kreve høyt tempo. Ofte er det flere personer involvert i disse settingene. Dette øker risikoen for kommunikasjonsfeil, som kan føre til at feil i behandlingen kan skje. To legemiddelnavn kan fort forveksles. Helsetilsynet (2019) skrev i februar om pasienten som døde etter infusjon med kaliumklorid. Sykepleieren som fikk den muntlige forordningen oppfattet at legen sa kaliumklorid og ikke kalsiumklorid. Videre står det at legen og anestesisykepleieren utførte en ufullstendig dobbeltkontroll av legemiddelet og en tredje sykepleier noterte i kurven at pasienten fikk kaliumklorid. Kalium og Kalsium utgjør en spesiell forvekslingsrisiko fordi de har nesten like navn. Tilsyn ved sykehuset avdekket at sykehuset ikke hadde lagt til rette for forsvarlig legemiddelhåndtering av legemidler som innebar en forvekslingsrisiko. Det ble også påpekt at sykehuset ikke hadde hatt tilstrekkelig opplæring av medarbeidere når det gjaldt dobbeltkontroll. I dette tilfellet er man pliktet til å melde hendelsen Jf. spesialisthelsetjenesteloven (1999) og alvorlige feil som denne dekkes ofte av medier. Det er mer sjelden at nesten-hendelser dekkes av medier, men det kan tenkes av frykt for at det skal skje er en barriere også for norske sykepleiere. Uansett hendelse, mener vi det er viktig og ikke bare se på individer som skyld i hendelse men å se hele situasjonen i helhet. Desto flere mennesker som er involvert i en hendelse, jo større risiko er det for at det skjer feil (KILDE). For at man skal føle seg trygg på melde er det viktig at det legges til rette for det. Systemet er bygget av mennesker, og mennesker gjør feil.

Som nevnt innledningsvis er medisineringsfeil årsaken til en stor økonomisk utgift på verdensbasis. Norsk Pasientskadeerstatning utbetalte 200 millioner kroner i perioden 2006-2015 på grunn av feilmedisinering (NPE, 2017). Ved å redusere barrierene for å melde avvik kan det tenkes at flere vil skrive avviksmeldinger. Avviksmeldingene kan avdekke sårbare områder og gi en indikasjon hva som er årsaken til feilene. Ved å se på hvilke områder som fungerer og hvilke områder som på forbedres kan det tenkes at det er mindre sannsynlighet for at de samme feilene vil skje igjen. Dersom man får avdekket sårbare områder og hindret at feil skjer kan dette øke pasientsikkerheten og redusere antall erstatningsutbetalinger. De midlene som tidligere ble brukt på pasientskadeerstatning kan da brukes til for eksempel forebygging, bemanning og generelle utbedringer av helse- og omsorgssektoren.

Vi vet at underrapportering reduserer muligheten for å gjøre strukturelle endringer, utfordrer pasientsikkerheten og kan potensielt føre til unødig skade på pasienten (Hartnell *et al.* (2012), Holmström *et al.* (2012), Qin *et al.* (2014), Yung *et al.* (2016), Vrbnjak *et al.* (2016), Hammoudi, Ismaile & Yahya (2018), Rutledge, Retrosi & Ostrowski (2018), og Helsedirektoratet (2017). Ut ifra funnene i studiene kan vi se en manglende parallell om hva som forventes og faktisk utføres når det kommer til rapportering av avvik. Studie viser at til tross for at 73.5% mener at all feilmedisinering burde meldes uavhengig av pasientskade, så er det 83.3% som ikke melder avvik dersom pasienten ikke tar skade av feilmedisineringen (Yung *et al.*, 2016). Det kan tenkes at denne holdningen også er gjeldene i Norge da meldesystemet er preget av underrapportering (SINTEF, 2015). Dette viser at dagens system ikke fungerer optimalt. Resultatene i studien vår viser at det må arbeides på flere plan. Ledere må lære opp, oppmuntre og gi tilbakemeldinger. Kolleger må støtte opp og undervise hverandre. I tillegg burde hver enkelt virksomhet sørge for at alle ansatte har den beste forutsetning for å melde avvik. Hvis disse elementene jobbes med kontinuerlig kan det tenkes at det vil skje en holdningsendring som fører til en bedre meldekultur i helsesektoren.

5.1 Begrensninger

Vi erkjenner at resultatene i studiene kan være påvirket av de kulturelle faktorene i hvert land. Det må tas hensyn til at inkluderte studier har brukt ulike spørreskjema og at dette kan påvirke resultatene. Vi har ikke tilstrekkelig med kunnskap til å vurdere om spørreskjemaene som har blitt benyttet er av god kvalitet og har derfor tatt høyde for valideringen forfatterne selv har gjort. Grunnet tidsrammen har det ikke vært mulig å innhente all informasjon som er mulig å få tak i og søkestrategien vår kan ha utelatt relevant forskning. Inkluderte studier har

vært engelskspråklige og blitt oversatt av oss. Vi har begge forstått innholdet likt, men muligheten for at vi har tolket feil er tilstede.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å finne svar på hvilke barrierer som hindrer sykepleiere fra å melde avvik. Ut ifra resultatene i studiene som er inkludert kan vi konkludere med at frykt, administrativ respons, tid og holdninger er de barrierene som i størst grad hindrer sykepleiere fra å melde avvik. Frykt er den barrierene som påvirker flest sykepleiere. Viktige tiltak for å redusere frykt kan være å jobbe for en klandrerfri kultur på arbeidsplassen og at ledere ikke bruker avviksmeldinger for å lete etter syndebukker. Eksempel på videre studier kan være at leder for en avdeling oppfordrer og deltar på refleksjonsmøter som handler om avviksrapporing, hvor målet er å fremme åpenhet og en klandrefri kultur. Det kan utføres randomisert kontrollstudie for å se om denne tilnærmingen vil redusere frykt blant ansatte og om det fører til økt rapporteringsfrekvens. For å redusere den barrieren som går på administrativ respons kan man det være en ide å se om intensiv opplæring av ansatte i bruk av avvikssystemet over en gitt periode, vil ha en effektiv på antall avviksmeldinger. Å forske på effekten av at en eller to ansatte får ansvar for å minne på og oppmuntre til å melde avvik dersom det har skjedd medisineringsfeil i løpet av dagen, kan si noe om hvorvidt en positiv holdning gir økt rapporteringsfrekvens.

7.0 Litteraturliste

Aveyard, H. (red.) (2014) *Doing a literature review in health and social care*. 3.utg. England: Open University Press

Brinchmann, B.S. (red.) (2016) *Etikk i sykepleien*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dekker, S.W, Leveson, N.G (2014) The bad apple theory won't work, I *BMJ Quality & Safety*. 23(12), 1050. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003585

Eivor Hofstad (2015) *Liten nytte av å melde avvik*. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/2015/03/1-av-2-ser-ikke-nyttens-av-melde> (Hentet 22.04.2019)

Flovik, A.M. Rokseth, T. (2015) Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet, I Grov, E.K. Holter, I.M (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: CAPPELEN DAMM AS, s 271-295

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (2008). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320> (Hentet: 08.05.2019)

Hammoudi, B.M. Ismaile, S. Yahya, O.A. (2018) Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 32(3), 1038-1046. doi: 10.1111/scs.12546.

Hartnell, N., MacKinnon, N., Skertris, I. & Fleming, M. (2012) Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: a focus group study, *BMJ Quality & Safety*, 21(5), 361-368. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000299

Helsebiblioteket (2018) «MeSH på norsk» i *Helsebiblioteket – verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk*

Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok> (Hentet 09.04.2019)

Helsebiblioteket (2019) *Pasientsikkerhet*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/pasientsikkerhet> (Hentet: 06.05.2019)

Helsedirektoratet (2016) *Veileder til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-til-spesialisthelsetjenesteloven-3-3-meldeplikt-til-helsedirektoratet> (hentet 29.04.2019)

Helsedirektoratet (2018) *Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. (ISBN 978-82-8081-524-8) Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1446/Ar rapport2017_Meldeordningen.pdf (Hentet 21.02.2019)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 22.02.2019)

Helsetilsynet (2012) *Gode rutiner for legemiddelhåndtering*. Oslo: Helsetilsynet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/raad-til-arbeidsgiver-hvordan-avdekke-foelge-opp-svikt-helsepersonell/gode-rutiner-for-legemiddelhandtering/#Godavvikshndtering> (Hentet 22.02.19)

Helsetilsynet (2019) *Pasient døde etter infusjon med kaliumklorid, skulle hatt kalsiumklorid*. Oslo: Helsetilsynet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarki v/2019/pasient-dode-etter-infusjon-med-kaliumklorid-skulle-hatt-kalsiumklorid/> (Hentet: 08.05.2019)

Holmström, A-R. (2017) *Learning from Medication Errors in Healthcare - How to Make Medication Error Reporting System work?* Doktorgradsavhandling. Universitetet i Helsinki

Holmström, A-R. Airaksinen, M. Weiss, M. Wuliji, T. Chan, X.H. Laaksonen, R (2012) National and Local Medication Error Reporting System - A survey of Practices in 16 Countries, *Journal of Patient Safety*, 8(4), 165-176. doi: 10.1097/PTS.0b013e3182676cf310.1097/PTS.0b013e3182676cf3

I trygge hender (2018) *Læring av avviksmeldinger*. Tilgjengelig fra:
<https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/1%C3%A6ring-fra-avviksmeldinger> (Hentet; 01.05.2019)

Johannessen, L.B (2018) Meldeordningen – fra jus til læring og forbedring, *Tidsskriftet den Norske Legeforening*. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2018/02/aktuelt-i-foreningen/meldeordningen-fra-jus-til-laering-og-forbedring> (Hentet 10.04.19)

Kim, H.S (2015) Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn - det kunnskapsfilosofiske grunnlaget, I Grov, E.K. Holter, I.M (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: CAPPELEN DAMM AS, s 142-155

Kohn, L.T. Corrigan, J. Donaldson, M.S. (2000) *To err is human : building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press

Levitt, P. (2014) Challenging the systems approach: why adverse event rates are not improving, I *BMJ Quality & Safety*. 23(12), 1051-1052. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003569

Meld. St. 6 (2017-2018) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/49a6fabd659744dda11b5f2afb00c3a3/no/pdfs/stm201720180006000dddpdfs.pdf> (Hentet 10.04.19)

Moher, D. Liberati, A. Tetzlaff, J. Altman, D.G. (2009) *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. Tilgjengelig fra:
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097> (Hentet: 03.03.2019)

Nordeng, H. (2013) Grunnleggende kunnskap, i Nordeng, H. og Spigset, O (red.) *Legemidler og bruken av dem*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s 23-45

Nordeng, H. Spigset, O. (red.) (2013) *Legemidler og bruken av dem*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Norsk Pasientskadeerstatning (2017) *Over 200 millioner utbetalt etter feilmedisinering i helsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/over-200-millioner-utbetalt-etter-feil-i-helsetjenesten/>

(Hentet 21.02.2019)

Norsk Sykepleierforbund (ukjent) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet 11.04.2019)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 21.02.2019)

Qin, C., Xie, J., Jiaang, J., Zhen, F. & Ding, S. (2014) Reporting among nurses and its correlation with hospital safety culture, *Journal of Nursing Care Quality*. 30(1), 77-83. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000068.

Regjeringen (2018) *Etikk i forskningen*. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>

(Hentet: 24.04.2019)

Regjeringen (2019) *UDS reiseinformasjon*. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/id2413163/> (Hentet:

10.04.2019)

Rutledge, D.N. Retrosi, T. Ostrowski, G. (2017) Barriers to medication error reporting among hospital nurses, *Journal of Clinical Nursing*. 27(9-10), 1764-1949. doi: 10.1111/jocn.14335

SINTEF (2015) *Fortsatt underrapportering av avvik*. Tilgjengelig fra:

<https://forskning.no/sintef-helsetjenester-partner/fortsatt-underrapportering-av-svikt/517315>

(Hentet 22.04.2019)

Sneltvedt, T. (2016) Konsekvensetikk, i Brinchmann, B.S (red.) *Etikk i sykepleien*. 4.utg.

Oslo: Gyldendal Akademisk, s 67-78

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (Hentet: 21.02.2019)

Thidemann, I.J. (red.) (2017) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget

Ulvund, I. Dale, K.Y. Ødegård, A (2015) Skal - skal ikke. Jordmødre og psykiatriske sykepleieres erfaringer med varsling av avvik, *Nordisk Tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 86-96. <https://doi.org/10.7557/14.3714>

Ulvund, I. Vatne, S (2016) *Varsling og unnlatt varsling av avvik i helsetjenesten. En studie blant jordmødre og psykiatriske sykepleiere i Australia og Norge* (M1605). Molde: Møreforskning AS. Tilgjengelig fra: (Hentet: 23.03.2019)

Vrbnjak, D. Denieffe, S. O’Gorman, C. Pajnikhar, M. (2016) Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review, *International Journal of Nursing Studies*. (63), 162-178. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.08.019.

World Health Organization (2016) *Medication Errors*. (ISBN 978-92-4-151164-3) Switzerland: Department of Service Delivery and Safety. World Health Organization. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643-eng.pdf;jsessionid=01AB3ABCBCDEABC615B506CA1ECCA05E?sequence=1> (Hentet: 21.02.2019)

Yung, H-P. Yu, S. Chu, C. Hou, I-C, Tang, F-I. (2016) Nurses’ attitudes and perceived barriers to reporting of medication administration errors, *Journal of Nursing Management*. 24(5), 580-588. doi: 10.1111/jonm.12360

