

Lasse Næss Leistad

«Melding av uønskede hendelser i intensivavdelingen»

- En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med hva som påvirker melding av uønskede hendelser

Masteroppgave i i klinisk sykepleie

Veileder: Susan Saga

Desember 2022

Lasse Næss Leistad

«Melding av uønskede hendelser i intensivavdelingen»

- En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med hva som påvirker melding av uønskede hendelser

Masteroppgave i i klinisk sykepleie
Veileder: Susan Saga
Desember 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn:

Uønskede hendelser i helsetjenesten er et stort problem som skaper personlig lidelse for pasienten og store økonomiske utgifter for sykehusene. Til tross for økt fokus på pasientsikkerhet viser forskning at melding om uønskede hendelser underrapporteres. Hverdagen til intensivsykepleiere er preget av høy intensitet, samt krav om stor grad av årvåkenhet, presisjon og evne til å prioritere. Arbeidsplassen til intensivsykepleiere er en risikosone hvor uønskede hendelser kan og vil skje. Erfaringene med hva som påvirker disse hendelsene er av den grunn av stor faglig interesse.

Hensikt:

Studiens hensikt var å få innsikt i intensivsykepleieres erfaringer med uønskede hendelser, og rapporteringen av disse.

Metode:

Kvalitative data ble samlet inn gjennom tre fokusgruppeintervju med totalt seksten studiedeltakere fra et stort statlig universitetssykehus i Norge. Det ble benyttet fenomenologisk tilnærming som analysemetode.

Resultat:

Informantene i studien uttrykte en felles oppfatning av at meldekulturen på deres avdeling burde vært bedre. Det oppleves utydelige grenser på hva som er en uønsket hendelse, og alvorlighetsgraden på den uønskede hendelsen. I tillegg er det flere organisatoriske forhold og forhold i arbeidsmiljøet som påvirker hvorvidt intensivsykepleiere skriver eller ikke skriver melding om uønskede hendelser. Analysen resulterte i tre hovedkategorier og ni subkategorier.

Konklusjon:

Denne studien har gitt oss nye kunnskaper om hva som påvirker praksisen for melding av uønskede hendelser blant sykepleiere på intensivavdelingene. Økt bevisstgjøring og åpenhet om uønskede hendelser kan bidra til å fjerne faktorer som hindrer intensivsykepleiere i å rapportere. Videre vil en forbedret meldekultur blant intensivsykepleiere kunne bidra til økt pasientsikkerhet i intensivavdelingen.

(Intensivsykepleie, uønskede hendelser, pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring, kvalitativ metode)

Abstract

Introduction:

Adverse events in health care services is a problem causing individual suffering and economical expenses. Research shows that despite patient safety being a high priority, adverse events are underreported. Intensive care nurses work in a demanding environment that requires them to be on constant high alert, and exhibit precision while correctly prioritizing tasks. Adverse events can, and will, happen in an environment like the ICU. Considering this, the routines regarding the reporting of these events merits our attention.

Aim:

The purpose of this study is to gain insight into intensive care nurses' experiences with adverse events, and the reporting thereof.

Method:

This is a qualitative study. Data was collected from three focus group interviews. Sixteen nurses participated, all employed at a larger university hospital in Norway. A phenomenological approach was used as method of analysis.

Results:

There was a consensus among the participants that the wards culture regarding reporting of adverse events should be improved. They also described a lack of knowledge as to what constitutes an adverse event, and also how to evaluate the events level of severity. Additionally, there are several organisational factors, including factors related to work environment, that influence whether or not ICU nurses decide to report something as an adverse event or not. The analysis resulted in three key categories of information as well as nine subcategories.

Conclusion:

This study gives new insight into what promotes, and what inhibits the reporting of adverse events amongst nurses in the ICU. The results show that awareness and transparency can reduce impeding factors that prevents intensive care nurses from reporting adverse events. Furthermore, a cultural change of attitude towards, and knowledge of, adverse events among intensive care nurses can contribute to increased patient safety outcomes in the ICU.

(Intensive care nursing, adverse events, patient safety, quality improvement, qualitative method)

Forord

Masteroppgaven i klinisk sykepleie leveres i to deler. Del 1 er «kappen» og del 2 er artikkelen. Artikkelen er utarbeidet i henhold til forfatterveiledningen fra tidsskriftet *Inspira*. Kappen legger vekt på teoretiske og metodiske aspekter ved masterstudien som ligger til grunn for artikkelen.

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en meget spennende og lærerik prosess. Det å ha muligheten til å ta et dypdykk i et tema jeg brenner for har vært inspirerende, gitt glede og viktigst av alt faglig utvikling. Jeg har underveis i arbeidet oppdaget en interesse for forskning og et ønske om å fortsette forskningsarbeidet i tiden som kommer.

Takksigelser

Takk til alle involverte parter som har bidratt til å gjøre denne masteroppgaven mulig. Spesielt takk til min veileder som har vært min viktigste støttespiller og lagkamerat i denne tiden. Veiledningen har vært av høy kvalitet og veileder har bidratt med faglig tyngde, erfaring og kunnskap. Veiledningstimene har vært svært nyttige og vært preget av engasjement, diskusjoner og refleksjoner. Ikke minst takk til alle informantene som tok seg tid til å være deltakende i forskningsprosjektet. Til slutt vil jeg også rekke en stor takk til nærmeste leder som har lagt til rette og vært støttende under hele prosessen.

Dette er slutten på arbeidet med masteroppgaven, men forhåpentligvis starten på et nytt og spennende kapittel i min rolle som intensivsykepleier med mastergrad.

Innhold

DEL 1 – Kappe	1
1.0 Introduksjon	1
2.0 Bakgrunn	2
2.1 Pasientsikkerhet	2
2.2 Hva er en uønsket hendelse?	2
2.3 System Engineering Initiative for Patient Safety	3
3.0 Hensikt	4
4.0 Metode	5
4.1 Design	5
4.2 Utvalg	5
4.3 Utforming av intervjuguide	6
4.4 Datainnsamling	6
4.5 Dataanalyse	6
4.5 Forskningsetikk	7
5.0 Oppsummering av resultater	8
6.0 Diskusjon	8
6.1 Metodediskusjon	8
6.2 Resultatdiskusjon	10
7.0 Konklusjon	12
8.0 Referanseliste	13
DEL 2 - Artikkel	16

Tabell 1-5

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 3: NSD-godkjenning

Vedlegg 4: COREQ - sjekklister

Vedlegg 5: Forfatterveiledning Inspira forskning

DEL 1 – Kappe

1.0 Introduksjon

Hverdagen i en intensivavdeling er preget av høy intensitet, krav om stor grad av årvåkenhet, presisjon og evne til å prioritere. Arbeidet er komplekst og mangfoldig, og tempoet er ofte høyt. I tillegg må intensivsykepleiere beherske sterke påkjenninger som stress og akutte situasjoner (1). Det er naturlig at uønskede hendelser kan oppstå i et slikt miljø, utfordringen er når disse hendelsene ikke blir rapportert. I et stadig mer presset helsevesen er det viktigere enn noen gang å melde fra om uønskede hendelser for å opprettholde pasientsikkerheten. God pasientsikkerhet forutsetter at helseforetakene lærer av uønskede hendelser, og at de aktivt forebygger at disse hendelsene gjentar seg.

Pasientskader er ikke bare et stort problem nasjonalt, men også globalt. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) oppgir pasientskader som nummer 14 av verdens globale sykdomsbyrder, sammenlignbart med sykdommer som malaria og tuberkulose (2). Det finnes ikke i dag et godt helhetlig bilde av det totale omfanget av pasientskader i Norge, og det er en utfordring at informasjonen om uønskede hendelser og pasientskader er underrapportert, fragmentert og ligger hos flere ulike aktører. I spesialisthelsetjenesten har pasientskader blitt kartlagt årlig siden 2010 ved hjelp av metoden Global Trigger Tool (GTT-undersøkelsen). GTT-undersøkelsen fra 2017 viser at minst én pasientskade oppstod i forbindelse med 13,7 prosent av sykehusopphold på norske sykehus (3).

Helsedirektoratet kom i februar 2019 med en nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhetsarbeidet, hvor ledelse, kultur og kompetanse er sentrale satsingsområder. Pasientsikkerhetskampanjer bygger på en idé om at bedre systemer kan lære mennesker å unngå de feilene som de ellers ville ha gjort. Slike kampanjer er nødvendige, og det foregår et utstrakt arbeid for å bedre pasientsikkerheten. Pasientsikkerhetsarbeid i Norge er samlet under slagordet «I trygge hender 24-7». Målet med arbeidet er færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. For å lykkes med dette kreves en samordnet innsats på tvers av etater (4).

I denne studien er fokuset på intensivsykepleiernes erfaringer med melding om uønskede hendelser. Med utgangspunkt i dette vil kappen inneholde teoretiske redegjørelser utover det som det var plass til i den vitenskapelige artikkelen. Temaene som blir redegjort for er; Pasientsikkerhet; Hva er en uønsket hendelse og SEIPS-modellen. Videre vil kappen inneholde utdypende refleksjon om det metodiske aspektet i artikkelen, der jeg vil peke på styrker og svakheter i studien.

2.0 Bakgrunn

Det er stor etterspørsel etter intensivsykepleiere i dag for å kunne opprettholde og forbedre pasientsikkerheten. Mangelen på intensivsykepleiere har stått på dagsordenen i flere år, og vi intensivsykepleiere strekker oss langt for å unngå nødturnuser eller beordring. Intensivsykepleieres opplevelse av arbeidsdagene vil ha innvirkning på kvaliteten på pleien til pasientene.

2.1 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet defineres som vern mot unøddig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (5). Ifølge Aase (2018) er begrepet pasientsikkerhet nært knyttet til begrepet kvalitet som handler om å ivareta pasienters sikkerhet slik at uønskede hendelser kan unngås. Pasientsikkerhet handler om å forhindre, forebygge og begrense uønskede konsekvenser eller skader som kan påføres pasienter under behandling i helsevesenet (6).

Kvalitetsforbedring i helsetjenesten handler om en systematisk og kontinuerlig prosess som leder til målbare forbedringer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere tiltak som viser seg å være effektive (5). I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, står det at det er øverste leder som har ansvaret for at virksomheten jevnlig gjennomgår uønskede hendelser. Denne informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og forebygge at tilsvarende skal skje igjen (7).

2.2 Hva er en uønsket hendelse?

Et sentralt begrep innenfor pasientsikkerhet er uønskede hendelser. Tidligere snakket man om medisinske feil og avvik, nå brukes begrepene uønskede hendelser og systemsvikt (8). Uønskede hendelser er et samfunnsproblem og medfører store konsekvenser for pasienter, brukere og deres pårørende. Hendelsene kan i verste fall føre til varige skader, eller tap av liv. Dette er ikke bare en påkjenning for pasienter og pårørende, det er samfunnsøkonomisk kostbart. Én pasientskade er én for mye. Uønskede hendelser rammer anslagsvis én av ti pasienter i norske sykehus (9). Hjort (10) definerer uønskede hendelser slik:

«Uheldige hendelser (eng. adverse events) er en handling eller omstendighet som gjorde eller kunne gjort at det skjedde noe som ikke skulle hendt. Uheldig er her synonymt med uønsket og utilsiktet. Uheldig sier ikke noe om årsak eller skyld, eller om hendelsen skyldes systemsvikt eller menneskelig feil, eller begge deler» (10, s. 14).

WHO definisjon på uønskede hendelser er:

"Adverse event: An injury related to medical management, in contrast to complications of disease. Medical management includes all aspects of care, including diagnosis and treatment, failure to diagnose or treat, and the systems and equipment used to deliver care. Adverse events may be preventable or non-preventable» (11, s. 8).

Melding om uønskede hendelser er lovpålagt i Helsepersonelloven §17 og Spesialisthelsetjenesteloven §3-3, og dermed ikke noe intensivsykepleiere kan velge borte (12, 13). Hovedformålet med meldeplikten er å bedre pasientsikkerheten. Både internasjonale etiske regler for sykepleiere og nasjonale yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere presiserer at sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger. I punkt 5.4 i de yrkesetiske retningslinjene står det at «*Sykepleier skal melde fra eller varsle når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold. Lojalitet til arbeidsstedet skal ikke hindre dette*» (14).

Ifølge en årsrapport fra Helsedirektoratet i 2015, mottok meldeordningen 9707 meldinger om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Innholdet i de uønskede hendelsene var i stor grad knyttet til områder som angår intensivsykepleiere. Blant annet var feil knyttet til legemiddelhåndtering den hyppigste feilen som ble meldt. Her kom det inn nærmere 2000 meldinger (20 prosent). De største risikoområdene var feil ved utdeling, pasientene fikk feil dose, feil foreskrivning og at feil medisin ble gitt. Videre handlet 15 prosent av meldingene om hendelser knyttet til svikt i pasientadministrasjon. Dette gjaldt pasientansvar ved innleggelse, respons på akutt situasjoner og flytting av pasienter internt på sykehus. Svikt vedrørende dokumentasjon blir også beskrevet som et stort problem (15).

Alle helseforetakene i Norge har elektroniske meldesystem, overordnede retningslinjer for å melde uønskede hendelser og et kvalitetsutvalg. Likevel viser statistikk og forskning at antall uønskede hendelser underrapporteres (16-17). Meldesystemene er viktige kilder til kunnskap om uønskede hendelser i sykehus. Her rapporterer man dersom det skjer uhell og «nesten-uhell». Den enkelte meldingen skal analyseres og vurderes med tanke på hva som kan gjøres for å hindre at lignende skjer igjen. Meldingen følges opp regelmessig av leder, analyseres og brukes for å forbedre rutinene, prosedyrene og kvaliteten på sykepleien (18).

Det er flere forhold som påvirker om intensivsykepleiere skriver meldinger eller ikke når uønskede hendelser inntreffer. Faktorer som påvirker meldefrekvensen hos sykepleiere er holdninger, organisatoriske faktorer, mangel på tid, glemsel, økt arbeidsbelastning, overtidsarbeid, frykt for å melde og tungroddede rapporteringssystemer (16,19-27).

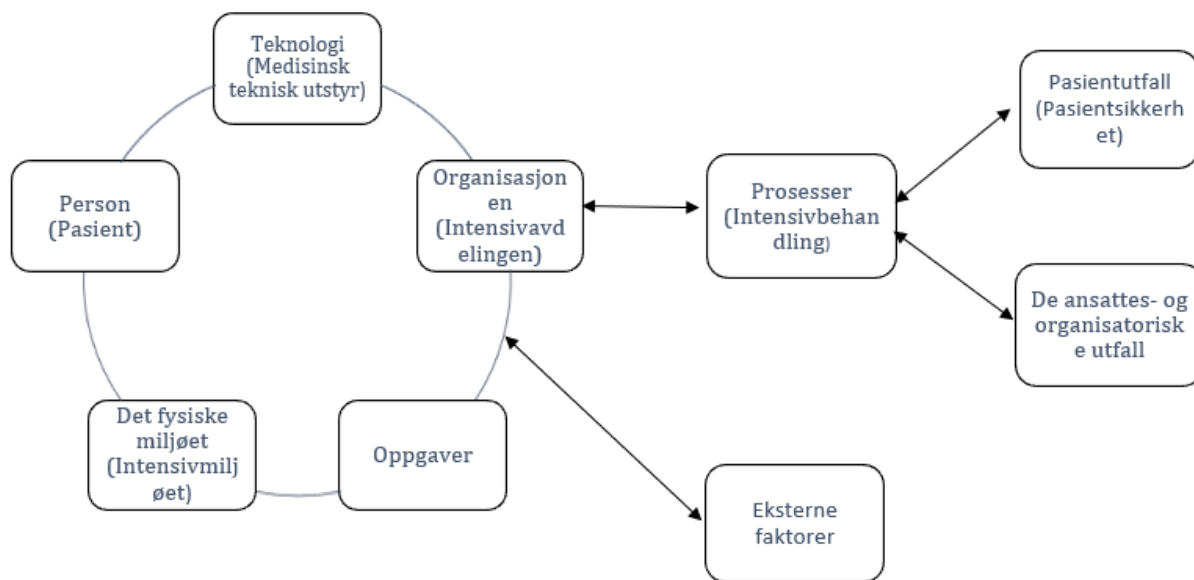
2.3 System Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS)

I følge Carayon et al. (2014) skyldes mange uønskede hendelser mangel på oppmerksomhet på menneskelige faktorer. Det er derfor viktig å se helse- og omsorgstjenesten som et komplekst system. Det systemet som intensivsykepleier jobber i, påvirker både arbeidet og den kliniske prosessen. Dette påvirker igjen pasienten, de ansatte og det organisatoriske utfallet (28). Carayon et al. (2006) har utarbeidet modellen System Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS) for å kunne forstå helse- og omsorgstjenesten som det komplekse systemet det er. Modellen benytter en tilnærming som beskriver samspillet mellom mennesker, teknologi og omgivelser (29).

Modellen kan forklare interaksjoner mellom miljøet i intensivavdelingen og sykepleierne på avdelingen. En intensivsykepleier har en rekke oppgaver som må løses innenfor et spesielt fysisk miljø og under spesifikke organisatoriske forhold. SEIPS-modellens fem elementer (person, oppgaver, teknologi, organisatoriske forhold og det fysiske miljø) både samspiller og påvirker hverandre (Figur 1). Ved å sette **personene** i sentrum av

modellen illustrerer man hvordan intensivsykepleiens fokus må være pasientene. **Oppgaver** vil si de arbeidsoppgavene man har som sykepleier på en intensivavdeling. **Teknologien** er verktøy som blant annet all medisinsk teknisk utstyr som inngår i arbeidet, dens brukervennlighet og muligheter for å gjøre feil. I **organisasjonen** ser man på hvordan tjenesten i intensivavdelinga er organisert og hvordan dette påvirker pasientsikkerheten. **Det fysiske miljøet** består av omgivelsene der pasientene ligger, og intensivavdelingas utforming.

I tillegg til de fem elementene som er beskrevet ovenfor, er det en rekke **eksterne faktorer** som påvirker praksisen direkte og indirekte. Eksempler på dette er politiske føringer, sykehusets økonomiske rammer, nasjonale føringer, lovverk og retningslinjer. Strukturen i dette arbeidssystemet påvirker arbeidet vårt, den kliniske prosessen, pasientene våre, våre kollegaer og det organisatoriske utfallet (29).



Figur 1: SEIPS-modellen: Oversatt (29) og illustrert fra intensivsykepleieperspektiv

Eksempelvis er underbemanning en uønsket situasjon å være i som intensivsykepleier. Dette er en organisatorisk faktor som påvirker prosessen i systemet negativt. Oppgavemengden hos intensivsykepleierne økes, som igjen skaper stress i intensivavdelinga. Med mangel på intensivpersonell vil dette skape økt krav til arbeidseffektivisering og brannslukking for de som er på jobb. Dette vil igjen påvirke kvaliteten på sykepleien som blir gitt, slik at uønskede hendelser kan skje (Figur 1).

3.0 Hensikt

En del av de studiene som er gjort av forhold som påvirker melding av uønskede hendelser er publisert for over 10 år siden, og artikkelsøk ga få resultater på studier av nyere dato (16,19-27). I tillegg har ikke artikkelsøk gitt resultater på hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med hva som påvirker praksisen for melding om uønskede hendelser, kun sykepleiere generelt. Det vil derfor være av interesse å få mere kunnskaper om og studere hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med melding om

uønskede hendelser på et stort statlig universitetssykehus i Norge. Dette er kunnskapshullet jeg som masterstudent vil bidra med i dette forskningsprosjektet.

Hensikten med denne studien er derfor å få innsikt i intensivsykepleieres erfaring med melding om uønskede hendelser. Målet er å synliggjøre forbedringspotensialer ved meldepraksisen på et stort statlig universitetssykehus i Norge og dermed fremme kvalitet i sykepleiepraksis og forbedre pasientsikkerheten.

Forskningsspørsmål:

«Hva påvirker praksisen for melding om uønskede hendelser blant intensivsykepleiere?»

4.0 Metode

Fordi jeg ønsket å få en dypere forståelse av intensivsykepleieres erfaringer med uønskede hendelser, valgte jeg å benytte en kvalitativ tilnærming (30). Studien er basert på datamateriale fra tre fokusgruppeintervju. Hensikten med fokusgruppeintervjuene var å utforske intensivsykepleieres erfaringer med melding om uønskede hendelser. Fokusgruppeintervju er en relevant forskningsmetode når en ønsker å avdekke holdninger og synspunkter fra miljøer hvor flere mennesker samhandler (31).

I 2019 gjennomførte jeg en kvantitativ studie gjennom videreutdanning i Avansert Klinisk Sykepleie ved NTNU, Trondheim. Denne studien var en fordypningsoppgave (15 studiepoeng) som satte søkelys på faktorer som påvirker sykepleieres meldepraksis ved uønskede hendelser. Denne studien hadde et tverrsnittdesign (n=123) hvor man så at det fortsatt er en jobb å gjøre når det gjelder å få sykepleierne til å skrive melding om uønskede hendelser. Studien er ikke publisert. I dette prosjektet ønsker jeg derfor å få en dypere forståelse av intensivsykepleieres erfaringer med melding om uønskede hendelser.

4.1 Design

I denne studien ble det benyttet fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju gir muligheter for å komme dypere og mere konkret ned i kvalitative problemstillinger fordi man utnytter merverdien av samhandlingen mellom informantene til å få innsikt av en annen karakter enn det vi får ved individualintervjuer. Istedenfor å stille spørsmål til hver og en i gruppa, utfordret jeg informantene til å snakke med hverandre, stille spørsmål, utveksle anekdoter, og kommentere hverandres erfaringer og synspunkter (31).

4.2 Utvalg

Utvalget består av intensivsykepleiere og sykepleiere ved tre intensiv- og overvåkningsavdelinger ved et stort statlig universitetssykehus i Norge. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført med fem til seks informanter i hver gruppe. Fokusgruppen hadde ikke som formål å komme til enighet om eller presentere løsninger på de ulike spørsmålene som ble diskutert, men å få frem forskjellige synspunkter på saken (30).

Å rekruttere informanter til fokusgruppene i en pågående pandemi og ved intensivavdelinger med høyt sykefravær har vært utfordrende. Litteraturen varierer i sine anbefalinger vedrørende antall informanter per fokusgruppe (32). Wibeck (2010) argumenterer for å inkludere ikke færre enn fire og ikke flere enn seks, mens Malterud

(2018) sier det er vanskelig å si hvor mange informanter en fokusgruppe bør bestå av, men basert på egne erfaringer anbefaler hun fem til åtte informanter (31-33).

Inklusjonskriteriene var intensivsykepleiere som har en stillingsprosent over 70 prosent som har jobbet ved den aktuelle avdelingen i minst to år. Det var i tillegg ønskelig at informantene kom fra ulike avdelinger ettersom avdelingene organiserer seg ulikt. Grunnet mangel på informanter i studien ble også sykepleiere uten intensivutdanning med lengre erfaring enn tre år på en intensivavdeling inkludert i studien. Sykepleiepersonell som var ansatt i sykehusets eget bemanningsbyrå ble ekskludert, da det kan gå lengre perioder mellom hver gang de er på de inkluderte avdelingene. Intensivsykepleiere som fylte inklusjonskriteriene, ble tilfeldig valgt ut av lederne.

4.3 Utforming av intervjuguide

Intervjuguiden (Vedlegg 1) og spørsmålene som ble stilt var styrt av aktuell teori og tidligere forskning. I tillegg har jeg under en annen videreutdanning gjennomført en tverrsnittsstudie der jeg undersøkte hvilke faktorer som påvirker sykepleieres meldepraksis ved uønskede hendelser. Dette ga meg verdifulle erfaringer og forståelse for dette viktige temaet som jeg har benyttet i utformingen av intervjuguiden til denne kvalitative studien. Intervjuguiden ble utprøvd som en pilot på medstudenter i videreutdanning for intensivsykepleie. På bakgrunn av tilbakemeldinger og erfaringer fikk jeg avdekket eventuelle mangler og svakheter med intervjuguiden.

4.4 Datainnsamling

Den kvalitative datainnsamlingen foregikk over fire måneder. Fagsykepleierne ved den enkelte avdelingen hjalp til med å finne tidspunkt for intervjuene, og jeg fikk muligheten til å utføre intervjuene i sykepleiernes arbeidstid. Fagsykepleierne ved de aktuelle avdelingene bisto ved å levere ut skriftlig informasjonsskriv og samtykkeerklæring digitalt til informantene (Vedlegg 2).

I starten av intervjuene ble prosjektets hensikt og forskningsspørsmål presentert. Fokusgruppediskusjonene ble gjennomført på informantenes arbeidssted og varte i ca. en time. Moderator presenterte tre påstander som skulle vekke reaksjoner og diskusjon og stilte tre hovedspørsmål med underspørsmål som gikk på informantenes personlige erfaringer, oppfatninger, ideer og opplevelser av meldekulturen på arbeidsstedet sitt. Som moderator hadde jeg som oppgave å skape en velvillig og åpen atmosfære, der man kunne uttrykke personlige og motstridende synspunkter på emnene som er i fokus (30). Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene.

4.5 Dataanalyse

Etter hvert fokusgruppeintervju ble intervjuene ordrett transkribert, aidentifisert og refleksjoner knyttet til den transkriberte teksten ble notert. Analysen hadde en fenomenologisk tilnærming hvor informantenes egne erfaringer, forståelser og opplevelser av hva melding om uønskede hendelser er, og rapportering av disse ligger til grunn (30).

Kvalitativ metode bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). Fenomenologi er læren om hvordan fenomener oppleves; at mine opplevelser er noe jeg vet best om selv. Jeg kan heller ikke være sikker på at andre oppfatter virkeligheten på samme måte som meg. Ved å bruke fenomenologi søker en

essensen i levd erfaring, gjennom å sette til side sin egen forståelse (30). I følge Thagaard (2018) tar et fenomenologisk vitenskapssyn utgangspunktet i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer (34).

Analysetilnærmingen ble gjort gjennom fem trinn. Først ble transkripsjonen av intervjuene lest gjennom for å få et helhetsbilde. Deretter ble det i trinn to funnet de naturlige meningsenhetene slik de uttrykkes av informantene. I det tredje trinnet fant jeg meningsinnholdet i meningsenhetene og de sentrale temaene ble funnet (30). Det er i trinn tre jeg begynte med det som kalles dekontekstualisering. *Dekontekstualiseringen* tillot meg midlertidig å løfte ut deler av stoffet og se nærmere på det sammen med andre elementer av materialet som sier noe om det samme. I det fjerde trinnet undersøktes meningsenheten i lys av studiens spesifikke formål; å få innsikt i intensivsykepleieres erfaring med melding om uønskede hendelser. I trinn fire ble delene satt i en ny sammenheng som samtidig er tro mot den sammenhengen deler av datamaterialet blir hentet ut fra, såkalt *rekontekstualisering*. Her kan man forebygge reduksjonisme ved å sikre at svarene som blir lest ut av dekontekstualisert materiale, fortsatt har forsvarlig referanse til sammenhengen de kommer fra (31). I det femte og siste trinnet ble essensen sammenfattet, og det fremstod tre hovedkategorier og ni subkategorier. For å sikre at analysen ble utført pålitelig, ble kodingsprosessen av første intervju utført av masterstudent og veileder uavhengig av hverandre. Subkategorier og hovedkategorier ble senere sammenlignet og diskutert for å validere en felles forståelse av kategoriene.

4.6 Forskningsetikk

Den faglige ledelsen ved tre intensiv- og overvåkingsavdelinger ved sykehuset samtykket til deltagelse i studien. Informantene i studien fikk skriftlig og muntlig informasjon om at deltakelsen var frivillig og at alle opplysninger ble anonymiserte. Informantene ble informert om hvor lenge datamaterialet ble oppbevart og når de ville bli slettet (Vedlegg 2).

Fordi det i denne studien var planlagt å benytte lydopptak under intervjuene ble prosjektet vurdert av Norsk senter for forskningsdata – NSD (Vedlegg 3). Det ble vurdert om det var aktuelt å søke Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for å gjennomføre studiet, men siden dette er en kvalitetsforbedringstudie som ikke innhenter sensitive person- eller helseopplysninger ville ikke dette prosjektet gå inn under helseforskningsloven (35). Data ble lagret i henhold til NTNU's retningslinjer for informasjonssikkerhet (36-37).

Informantene ble anonymisert i studien. Studien ble utført i henhold til NTNU's retningslinjer for forskningsetikk, Helseforskningsloven (2021) og Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper (36,38). I forskningsetikken blir det i dag tatt for gitt at informantene skal beskyttes ved at all informasjon skal behandles konfidensielt og anonymisert. Det er derfor en forutsetning at informantene på forhånd får vite nok om hvordan data skal innsamles og håndteres, til at de eventuelt kan si nei uten å komme i en vanskelig situasjon (30). Det kan alltid være en fare for gjenkjenning av en person i et forskningsprosjekt, derfor må man være svært forsiktig med å love fullstendig anonymitet, og heller anstrenge seg til det ytterste for å gjøre informantene så lite gjenkjennelig som mulig. Intervjuet skal bygge på informert samtykke (38). Siden fokusgruppeintervjuene ble utført i informantenes arbeidstid og informantene kjenner til alle utsagnene i den deltakende fokusgruppen, kan det være en teoretisk mulighet for at

informanter gjenkjennes i studien.

Intervjuperson og transkribering må følge etiske retningslinjer. Det er viktig å ivareta integriteten til de personene som intervjues både under selve intervjuet og i etterkant, når resultatene skal presenteres og fortolkes (38). Kvale og Brinkmann (2018) skriver at det bør foreligge en intersubjektiv konsensus. Dette vil si at informantene og forsker er enige i resultatene fra trinn 5 i analyseprosessen (30). Enigheten er en forutsetning for god validitet. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019) beskriver at hvis forskeren ser at studiens resultater kan virke stigmatiserende og forsterke fordømmende holdninger overfor den gruppen som er studert, må forskeren vurdere om publisering likevel kan forsvares, og om mulige skadevirkninger kan reduseres gjennom måten funnene presenteres på (38). Derfor fikk informantene tilbud om å lese transkripsjonen fra sitt fokusgruppeintervju, i tillegg til å få tilbud om å lese resultatene.

5.0 Oppsummering av resultater

Seksten intensivsykepleiere og sykepleiere med mer enn tre års erfaring på en intensivavdeling har formidlet sine erfaringer med melding om uønskede hendelser. Analysen gav tre hovedkategorier som danner meningsstrukturen i intensivsykepleiernes erfaringer med hva som påvirket melding om uønskede hendelser; 1. Uklarhet om hva en uønsket hendelse er; 2. Organisatoriske forhold og 3. Kulturen i intensivavdelingene.

For det første fortalte informantene at de var usikre på når de skal skrive avvik og at det ofte er alvorlighetsgraden av hendelser som danner utgangspunkt for om hendelser blir meldt eller ikke. I tillegg er det vanskelig å vite når man skal skrive melding da enkelte uønskede hendelser var så vanlige at det førte til normalisering. For det andre fortalte informantene om organisatoriske forhold som påvirket om de meldte fra om uønskede hendelser eller ikke. De fortalte blant annet om et tungvint meldesystem, manglende tilrettelegging og barrierer som manglende tid, nedprioritering, redsel for at meldingene blir negativt mottatt av leder og manglende tilbakemelding av hendelsene som blir meldt. For det tredje fortalte informantene om forhold i arbeidsmiljøet som påvirker informantenes praksis for melding om uønskede hendelser. Her står lojalitetsplikten høyt for informantene og det oppleves ikke nok åpenhet blant de ansatte om melding om uønskede hendelser.

6.0 Diskusjon

6.1 Metodediskusjon

I denne studien skulle erfaringene med melding om uønskede hendelser blant sykepleiere på intensivavdelinger undersøkes. For å få en dypere forståelse av intensivsykepleieres erfaringer med melding av uønskede hendelser, valgte jeg å benytte en fenomenologisk tilnærming (30). Datainnsamlingen ble gjort ved å bruke fokusgruppeintervju som metode. Denne forskningsmetoden viste seg å gi rikelig med data for å avdekke holdninger og synspunkter fra intensivmiljøet på de inkluderte avdelingene.

Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet er sentrale begreper i vurderingen av kvaliteten på empirisk forskning. Kvale og Brinkmann (2018) beskriver validitet som håndverksmessig kvalitet. Planleggingen må være grundig og teorien som skal presenteres må være pålitelig (30). I tillegg er det nødvendig å vurdere om det er

sammenheng mellom studiens hensikt; «Å få innsikt i intensivsykepleieres erfaring med hva som påvirker melding av uønskede hendelser», etablert evidens på feltet og intervju spørsmålene. Validitet handler om gyldighet og studiens validitet styrkes ved at intervju personenes beskrivelser er rikt presentert (30). Sjekklisten COREQ (Vedlegg 4) er brukt som en kvalitetssikring for å synliggjøre de valgene som er tatt underveis i studien for å sikre troverdighet i arbeidet (39).

Begrepet reliabilitet eller troverdighet er en viktig del av kvalitative studier. Dette vil si at den som leser studien blir overbevist om at forskningen er gjennomført på en tillitsvekkende måte. Reliabilitet i forskning går på forskningens etterprøvnbarhet, troverdighet og nøyaktighet (30). Thagaard (2018) bruker begrepet overførbarhet synonymt med generalisering. I forhold til denne studien hvor hensikten var å få innsikt i intensivsykepleierens erfaringer med hva som påvirker melding av uønskede hendelser vil mitt utvalg av informanter være nok til at studien kan generaliseres. En viktig faktor ved generalisering er at studier skal ha relevans utenom bare den ene studien, noe jeg vil si denne studien har (34).

Totalt deltok seksten informanter i tre ulike fokusgruppeintervju. Informantene var erfarne sykepleiere med intensivbakgrunn og videreutdanning innen intensivsykepleie. Det var i gjennomsnitt fem informanter i hvert intervju. Et fokusgruppeintervju består som regel av seks til ti informanter (30). Det lave antallet informanter, og det faktum at alle kom fra samme universitetssykehus kan anses som en svakhet. Dette kan igjen begrense overførbarheten i studien. At sykepleierne kom fra ulike intensivavdelinger, at begge kjønn er representert og informantene hadde ulik mengde erfaring, bidrar likevel til et strategisk utvalg og har gitt data som styrker denne studiens validitet. Studiens validitet blir også styrket da masterstudentens forforståelse av denne forskningen er basert på flere års klinisk erfaring som spesialsykepleier.

Tidligere fordypning i temaet meldekultur har gitt forskeren anledning til å gå dypere i tematikken og dermed økt dataenes kvalitet. På den annen side kan forforståelsen bidra til at en går inn i prosjektet med skylapper og begrenset horisont (31). Likevel mener jeg å ha styrket gyldigheten på studien ved å være bevisst min egen rolle.

En svakhet i studien kan være at forsker ikke har erfaring med fokusgruppeintervju. Intervjuguiden ble diskutert og utarbeidet i samarbeid med min veileder, samtidig som det ble foretatt et pilotintervju. Dette var en nyttig erfaring da jeg fikk avdekket eventuelle mangler og svakheter med det planlagte forskningsprosjektet. Det ble brukt god tid på utvikling av intervjuguiden, prøvd ut og justert underveis i analyseprosessen. Sjansen for at graden av både reliabilitet og validitet vil da øke (30).

Denne studien har et kvalitativt design, men likevel har forsker valgt å bruke påstander i intervjuguiden for å innhente data. Dette var et bevisst valg for å vekke reaksjoner og diskusjon blant informantene. Spørsmål formet som påstander kan virke provoserende for informantene i stedet for at de formidler sine tanker og opplevelser, men i denne studien skapte påstandene gode diskusjoner. Påstander kan brukes dersom den følges av spørsmål om hva man mener om påstanden (Vedlegg 1). Det var derfor viktig for meg at ikke spørsmålene ble opplevd som styrende for den som svarer. Det finnes lite forskning og litteratur på forskerens valgte bruk av påstander i intervju prosessen. Jeg ønsker derfor å fremheve det innovative i at dette var et bevisst valg som var rettet mot forbedring av meldekulturen og pasientsikkerheten. Dette mener jeg har vært med på å

styrke studien.

Forsker hadde ikke innvirkning på valg av lokaler eller informanter. Informantene hadde ikke like omgivelser under intervjuene og sykepleierne som fylte inklusjonskriteriene ble tilfeldig valgt ut av lederne. Dette er forhold som kan ha påvirket dataene, da Polit & Beck (2014) poengterer at hensikten med kvalitativ studie er å finne de informantene med mest mulig erfaring og kunnskap. Et strategisk utvalg av informanter kan bidra til å styrke påliteligheten til dette prosjektet (32). Lokalene som ble brukt var på informantenes arbeidssted og var kjent for dem. Disse var velegnet og fokusgruppeintervjuene ble gjennomført uten forstyrrelser, slik at informantene kunne snakke fritt og uforstyrret. Dette ga trygge rammer under intervjuprosessen, i tillegg til at forsker forsøkte å bidra til en avslappet stemning.

Transkriberingen ble gjennomført av forsker da forsker selv gjerne husker momenter som kan oppklare uklarheter, eller som er av betydningen for meningen i teksten (31). Ofte kan mye gå tapt i en transkripsjon. Derfor er det viktig å få med alt det usagte og gjemte i intervjuene som kun den deltakende forsker har fått med seg. Malterud (2018) sier at en møysommelig transkripsjonsprosess er en styrke for dataenes pålitelighet og gyldighet i studien (31).

For å avgjøre hvorvidt det var innhentet nok data i denne kvalitative studien ble det gjort en vurdering av om nye fokusgruppeintervju var nødvendig basert på kategorier og konseptuell dybde som kom frem i de foregående intervjuene. Analysen ble gjennomført etter Kvale og Brinkmanns (2018) fem trinn. Dette har gitt en grundig analyse av dataene og en bekreftelse på metning (30). Det ble også etter at det tredje intervju var gjennomført besluttet at en tilfredsstillende metning var oppnådd (40).

6.2 Resultatdiskusjon

Det er gjort lite forskning de siste ti årene på studier som omhandler sykepleieres erfaringer med hva som påvirker melding av uønskede hendelser. I tillegg er det ikke gjennomført forskning på hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med hva som påvirker praksisen for melding om uønskede hendelser, kun sykepleiere generelt. Tidligere forskning, litteratur, teori, lovverk og retningslinjer som er innhentet i forbindelse med denne kvalitative studien er brukt gjennomgående i drøftingen. Selv om det er gjort mye forskning på sykepleieres erfaringer med melding om uønskede hendelser er det få studier av nyere tid som er gjennomført i Skandinavia. Den inkluderte forskningen i denne studien er gjennomført i vestlige land, noe som derfor er vurdert å ha overføringsverdi til Norge.

Det er flere forhold som påvirker om sykepleiere skriver meldinger eller ikke når uønskede hendelser inntreffer. Faktorer som påvirker meldefrekvensen er holdninger, organisatoriske faktorer, mangel på tid, glemsel, økt arbeidsbelastning, overtidsarbeid, frykt for å melde og tungroddede rapporteringssystemer (16,18-24). Intensivsykepleierne i denne kvalitative studien trekker frem de samme faktorene. Sykepleierne forteller at det er et ønske og en ambisjon om at det skal legges til rette for at man kan skrive meldinger, men at det likevel ikke blir gjort. Sykepleierne opplever daglig samtidighetskonflikter der de blir tvunget til å prioritere mellom ulike oppgaver i løpet av en arbeidsdag og meldingene blir derfor glemt eller nedprioritert. SEIPS-modellen gir et rammeverk for å identifisere og forstå sammenhenger mellom de ulike forholdene som påvirker sykepleiere til å melde eller ikke. Carayon et al. (2006) sier at det er måten

komponentene i modellen påvirker hverandre som er avgjørende for hvordan ulike prosesser gjennomføres og hvilket utfall dette har for pasientsikkerheten (29). Som sykepleiere på en intensivavdeling har vi en viktig rolle i å ivareta pasientsikkerheten (6). I helse- og omsorgstjenesteloven §4-2 står det at man har en lovfestet plikt til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (15). Sykepleieren skal sette i verk nødvendige tiltak for å beskytte enkeltmennesker, familier og lokalsamfunnet (15).

I Vrnbjak et al. (2016) sin systematiske oversikt blir organisatoriske barrierer nevnt som et av de største hindrene for god meldekultur (27). Det er viktig at ledelsen ikke bare fokuserer på den enkeltes feil, men på hele systemet (29). Eksempler på organisatoriske barrierer er mangel på tilbakemelding, negativ tilbakemelding eller ingen positiv tilbakemelding. Sykepleiere opplever at ingenting blir gjort med meldingene som blir sendt og de så ingen fordel med å rapportere. Dette har vist seg både i tidligere forskning og denne studien å være med på å redusere sannsynlighet for rapportering av uønskede hendelser (19,22,27). I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §3 står det at sykepleieren har rett til å forvente respekt og støtte av arbeidsgiver når man melder fra om kritikkverdige forhold (7). Derfor må man kunne forvente å få gode tilbakemeldinger, slik at man ser fordelene med å melde. Forskriften slår fast at det er ledelsen som har ansvaret for at intensivavdelingenes virksomhet planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres kontinuerlig (7).

Ifølge Berland & Natvig (2005) blir stabil bemanning sett på som en forutsetning for de ansattes trygghet i rollen som «varslere». Størst mulig stabilitet over tid innebærer en kvalitetssikring i seg selv (19). Årsakene til uønskede hendelser er sammensatte og finnes som oftest i systemet. Eksempel på dette kan være tidspress, ufullstendig bemanning og kompetanse, dårlige rutiner og dårlig arbeidsmiljø (19). Flere av informantene i denne studien opplever at det å skrive melding på underbemanning, organisering av drift og system er vanskelig, da man er redd for at det blir negativt mottatt av leder. Underbemanning, økt arbeidsbelastning og overtidsarbeid hos sykepleierne i spesialisthelsetjenesten utgjør en risikofaktor for pasientene, og kan gå utover pasientsikkerheten (29) (Figur 1). Disse faktorene er knyttet til uønskede hendelser (22,23). I Seynaeve, A. et al., studie fra 2011 hvor hensikten var å se på sammenhengen mellom arbeidsbelastning og uønskede hendelser hos sykepleiere på en intensivavdeling, viste det seg at sykepleieres arbeidsbelastning var betydelig høyere på dager da en eller flere uønskede hendelser oppstod (25).

Tap av liv og pasientskader på grunn av uønskede hendelser i sykehus er en global utfordring og et av de største risikoområdene i den vestlige verden (02). Intensivsykepleieres erfaringer med melding om uønskede hendelser vil derfor ha innvirkning på kvaliteten på pleien til pasientene. Derfor ser vi at man både nå og i fremtiden har en avgjørende rolle i opprettholdelsen og utviklingen av god meldekultur blant intensivsykepleierne i praksisfeltet.

7.0 Konklusjon

Denne studien har synliggjort forbedringspotensialer ved meldepraksisen i intensivavdelingen. Studien viser at økt bevisstgjøring rundt pasientsikkerhet og bedre forståelse av hva en uønsket hendelse er, kan ha positiv innvirkning på meldekulturen. I tillegg vil intensivavdelingenes organisering i fremtiden ha betydning for meldekulturen og kvaliteten på intensivsykepleien. For å kunne gjøre forbedringer vil åpenhet om feil og det å rapportere feil være en viktig faktor for god meldekultur. En god meldekultur som innebærer at sykepleiere målbevisst rapporterer uønskede hendelser.

8.0 Referanseliste

1. Gulbrandsen, T., Stubberud, D.-G., & Toverud, K. C. (2020). Intensivsykepleie (4.utgave) Cappelen Damm akademisk.
2. Slawomirski, L. (2017). The economics of patient safety. Hentet fra <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
3. Helsedirektoratet. (2022). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring - 2019-2023. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf
4. Pasientsikkerhetsprogrammet. (2021). I trygge henger 24 – 7. Hentet fra <https://www.itryggehender24-7.no>
5. Helsebiblioteket. (2022). Pasientsikkerhet. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/oppslagsverk-og-databaser/omsorgsbiblioteket/pasientsikkerhet>
6. Aase, K. (2018) Pasientsikkerhet, Teori og praksis, 3.utg. Universitetsforlaget.
7. Lovdata (2022). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-e1250>
8. Folkehelseinstituttet. (2022). Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/eldre/pasientsikkerhetsarbeid-i-norske-sykehus/>
9. Helsedirektoratet. (2021). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf
10. Hjort, P. (2011) Uheldige hendelser i helsetjenesten – Pasientfortellinger. Den norske legeföreningen
11. World Health Organization (WHO). (2005). World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems - from information to action. Geneva: WHO Document Production Services. Hentet fra: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>
12. Lovdata. (2021). Helsepersonelloven. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-e64?q=helsepersonelloven>
13. Lovdata. (2021). Spesialisthelsetjenesteloven. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesten>
14. Norsk sykepleieförbundet (NSF) (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

- Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
15. Regjeringen. (2015). Meld. St. 13 (2016-2017). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/?ch=2>
 16. Ulvund, I., Rokstad, A.-M. M., & Vatne, S. (2016). Varsling av avvik – en vanskelig balansekunst. Sykepleien forskning (Oslo), 1. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.58904>
 17. Riksrevisjonen. (2017). Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/undersokelse-av-helseforetakenes-handtering-av-uonskede-hendelser.pdf>
 18. Helsetilsynet. (2022). Gode rutiner for legemiddelhåndtering. Hentet fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/raad-til-arbeidsgiver-hvordan-avdekke-foelgeopp-svikt-helsepersonell/gode-rutiner-for-legemiddelhandtering/>
 19. Berland, A. & Natvig, G. K. (2005). Ivaretagelse av pasientsikkerhet. Sykepleievitenskap.
 20. Hågensen, G., Nilsen, G., Mehus, G., & Henriksen, N. (2018). The struggle against perceived negligence. A qualitative study of patients' experiences of adverse events in Norwegian hospitals. *BMC Health Services Research*, 18(1), 302–302. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3101-2>
 21. Jackson, D., Peters, K., Andrew, S., Edenborough, M., Halcomb, E., Luck, L., Salamonson, Y. & Wilkes, L. (2010). Understanding whistleblowing: qualitative insights from nurse whistleblowers. *Journal of Advanced Nursing*.
 22. Glette, M. K., Aase, K., W, S. (2017). The relationship between understaffing of nurses and patient safety in hospitals - A literature review with thematic analysis. *Open Journal of Nursing*. 2017, 7 1387-1429. 10.4236/ojn.2017.712100
 23. Olds, D. M., & Clarke, S. P. (2010). The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of Safety Research*, 41(2), 153–162. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2010.02.002>
 24. Pohjanoksa, J., Stolt, M. Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. (2018). Wrongdoing and whistleblowing in health care. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 75, Issue (nr. 7), s. 1504-1517
 25. Seynaeve, S., Verbrugghe, W., Claes, B., Vandenplas, D., Reyntiens, D., & Jorens, P. G. (2011). Adverse drug events in intensive care units: a cross-sectional study of prevalence and risk factors. *American Journal of Critical Care*, 20(6), e131–e140. <https://doi.org/10.4037/ajcc2011818>
 26. Jackson, D., Peters, K., Andrew, S., Edenborough, M., Halcomb, E., Luck, L., w Salamonson, Y. & Wilkes, L. (2010). Understanding whistleblowing: qualitative insights from nurse whistleblowers. *Journal of Advanced Nursing*.
 27. Vrbnjak, D., Denieffe, S., O’Gorman, C. & Pajnkihar, M. (2016). Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 67, s. 162-178
 28. Carayon, P., Xie, A., & Kianfar, S. (2014). Human factors and ergonomics as a patient safety practice. *BMJ Quality & Safety*, 23(3), 196-205. doi: 10.1136/bmjqs-2013-001812
 29. Carayon, P., Schoofs Hundt, A., Karsh, B. T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M., & Flatley Brennan, P. (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Quality and Safety in Health Care*, 15(suppl 1), i50-i58. doi: 10.1136/qshc.2005.015842
 30. Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg.

- Gyldendal akademisk
31. Malterud, K. (2018). Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag 4.utg, 2. oppslag. Universitetsforlaget
 32. Polit, D. F. , og C. T. Beck. 2014. Nursing Research. 8 utg. Philadelphia: Lippincott.
 33. Wibeck, V. (2010). Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. Forlag: Studentlitteratur.
 34. Thagaard, T. (2018). Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. 5. utgave. Bergen: Bokforlaget.
 35. Lovdata. (2022). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=Helseforskningsloven>
 36. NTNU. (2022). Behandling av personopplysninger i student- og forskningsprosjekt. Hentet fra <https://innsida.ntnu.no/wiki//wiki/Norsk/Behandle+personopplysninger+i+student-+og+forskningsprosjekt>
 37. NTNU. (2022). Lagringsguide – NICE-1. (2022). Hentet fra: <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/NICE-1>
 38. De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). Helsinkideklarasjonen (engelsk fulltekst). Hentet 16.06.2022 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-oghelse/Helsinki-deklarasjonen/>
 39. Tong, A, Sainsbury, S & Craig, J .(2007) .Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups .International Journal for Quality in Health Care, Volume 19, Issue 6, Pages 349–357, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
 40. Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H. & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. Quality & Quantity, 52(4), 1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>

DEL 2 – Artikkel

«Melding av uønskede hendelser i intensivavdelingen»

- En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med hva som påvirker melding av uønskede hendelser.

Lasse Næss Leistad

Intensivsykepleier, St. Olavs Hospital, Norge

E-post: lassenleistad@hotmail.com

Susan Saga

Førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, Norge

«Reporting of adverse events in the ICU»

- A qualitative study of nurses' experiences of what affects the reporting of adverse events.

Lasse Næss Leistad

Intensive care nurse, St. Olav's Hospital, Norway

E-mail: lassenleistad@hotmail.com

Susan Saga

Associate Professor, Department of public health and nursing, Faculty of medicine and health sciences, NTNU, Norway

Introduksjon

Pasientsikkerhet handler om å ivareta pasienter slik at uønskede hendelser kan unngås. Ifølge Aase (2018) handler dette om å forhindre, forebygge og begrense uønskede konsekvenser eller skader som kan påføres pasienter under behandling i helsevesenet (1). Uønskede hendelser er et samfunnsproblem og medfører store konsekvenser for pasienter, brukere og deres pårørende. Hendelsene rammer anslagsvis én av ti pasienter i norske sykehus (2) og kan i verste fall føre til varige skader, eller tap av liv. Hjort (3) definerer uønskede hendelser slik:

«Uheldige hendelser (eng. adverse events) er en handling eller omstendighet som gjorde eller kunne gjort at det skjedde noe som ikke skulle hendt. Uheldig er her synonymt med uønsket og utilsiktet. Uheldig sier ikke noe om årsak eller skyld, eller om hendelsen skyldes systemsvikt eller menneskelig feil, eller begge deler» (3, s. 14).

I et stadig mer presset helsevesen er det viktigere enn noen gang å melde fra om uønskede hendelser for å opprettholde pasientsikkerheten. God pasientsikkerhet forutsetter at helseforetakene lærer av uønskede hendelser, og at de aktivt forebygger at disse hendelsene gjentar seg. I en intensivavdeling er man avhengige av at intensivsykepleiere rapporterer uønskede hendelser for å kunne jobbe systematisk med forbedringsarbeid. Melding om uønskede hendelser er lovpålagt jfr. Helsepersonelloven §17 og Spesialisthelsetjenesteloven §3-3 (4,5). Hovedformålet med meldeplikten er å bedre pasientsikkerheten.

Pasientskader er et stort problem globalt og nasjonalt. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) oppgir pasientskader som nummer 14 av verdens globale sykdomsbyrder, sammenlignbart med sykdommer som malaria og tuberkulose (6-7). Det finnes ikke i dag et godt helhetlig bilde av det totale omfanget av pasientskader i Norge, og det er en utfordring at informasjonen om uønskede hendelser og pasientskader er fragmentert og ligger hos flere ulike aktører. Ledelse, kultur og systemer for bedre kvalitet og pasientsikkerhet har vært gjennomgående temaer i stortingsmeldingene de seneste årene (8). Dette er også sentrale utfordringsområder som trekkes frem internasjonalt. Globalt vises det til behovet for å sikre tydelig ledelse, en kultur for åpenhet og læring, og et system for å kunne gjennomføre forbedringer og systematisk styrking av forbedringskompetanse. God kvalitet og pasientsikkerhet

utvikles best i arbeidskulturer der medarbeidere og ledere har et eierskap til kvalitetsforbedring og en faglig ambisjon om å utvikle seg (2,6).

Alle helseforetakene i Norge har elektroniske meldesystem, overordnede retningslinjer for å melde uønskede hendelser og et kvalitetsutvalg. Likevel viser statistikk og forskning at antall uønskede hendelser underrapporteres (9,10). Riksrevisjonen peker på at det er variasjon i meldekulturen mellom enheter og mellom stillingsgrupper innad i samme avdeling. Dette indikerer at flere enheter og avdelinger har et potensial for å få en bedre meldekultur. Kulturen og ledelsen i hver enkelt enhet og avdeling har betydning for hva som meldes, og hvor ofte noe meldes (10). Omfanget av meldinger om uønskede hendelser påvirkes av hvorvidt ledere og ansatte forklarer hendelsen med menneskelig svikt eller systemsvikt. Uønskede hendelser blir ofte forklart med at enkeltpersoner har gjort en feil. Dette kan føre til en kultur hvor ansatte ser på meldesystemet som et angiversystem, og det kan bli høy terskel for å melde om uønskede hendelser (10,11,12). Riksrevisjonen anbefaler at helseforetakene sørger for at ledelsen på alle nivåer tilrettelegger for en kultur for å melde fra og lære av egne og andres feil. Dette kan gjøres ved å sikre at ansatte har tilgang til og kompetanse nok til å skrive melding om uønskede hendelser. Videre er det viktig med en felles forståelse av hva en uønsket hendelse er, en definisjon som ikke begrenser, men som åpner for en mer utbredt meldekultur (10).

Ifølge en årsrapport av Helsedirektoratet i 2015, mottok meldeordningen 9707 meldinger om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Innholdet i de uønskede hendelsene var i stor grad knyttet til områder som angår intensivsykepleiere. Meldingene handlet i størst grad om feil knyttet til legemiddelhåndtering, pasientadministrering og svikt vedrørende dokumentasjon (13).

En intensivsykepleiers hverdag

Intensivsykepleiere er spesialisert til å ha ansvar for akutt kritisk syke pasienter med manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner (14) og for denne pasientgruppen kan små feil medføre store konsekvenser. Hverdagen i en intensivavdeling er preget av høy intensitet, krav om stor grad av årvåkenhet, presisjon og evne til å prioritere. Arbeidet er komplekst og mangfoldig, og tempoet er ofte høyt. I tillegg må intensivsykepleiere beherske påkjenninger som stress og akutte situasjoner (15). Det er naturlig at uønskede hendelser kan oppstå i et slikt miljø, utfordringen er når disse hendelsen ikke

blir rapportert.

Tidligere studier viser at det er flere forhold som påvirker om intensivsykepleiere skriver meldinger eller ikke når uønskede hendelser inntreffer. Eksempelvis holdninger, organisatoriske faktorer, mangel på tid, glemsel, økt arbeidsbelastning, overtidsarbeid, frykt for å melde og tungroddede rapporteringssystemer (11-12,16-22). På bakgrunn av dette er det av betydning å undersøke nærmere hva som påvirker praksisen for melding om uønskede hendelser blant intensivsykepleiere. Hensikten med studien er derfor å få innsikt i intensivsykepleieres erfaring med melding om uønskede hendelser på et stort statlig universitetssykehus i Norge. Målet er å synliggjøre forbedringspotensialer ved meldepraksisen og dermed fremme kvalitet i sykepleiepraksis og forbedre pasientsikkerheten.

Metode

For å få en dypere forståelse av intensivsykepleieres erfaringer med melding av uønskede hendelser, valgte jeg å benytte en fenomenologisk tilnærming. Dette for å forstå ulike fenomener slik verden blir opplevd i enkeltpersoners perspektiv (23). Studien er basert på datamateriale fra tre fokusgruppeintervju.

Utvalg

Utvalget besto av intensivsykepleiere og sykepleiere ved tre intensiv- og overvåkingsavdelinger ved et stort statlig universitetssykehus i Norge. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført med fem til seks informanter i hver gruppe. Det ble gjennomført et strategisk utvalg basert på inklusjonskriterier knyttet til minimumserfaring som intensivsykepleier og sykepleier, stillingsstørrelse, arbeidssted og kjønn (tabell 1). Det var i tillegg ønskelig at informantene kom fra ulike avdelinger ettersom avdelingene organiserer seg ulikt. Et strategisk utvalg var viktig for å sikre at informantene hadde de nødvendige erfaringene og opplevelsene for å belyse studiens hensikt. Totalt seksten samtykket til å delta i studien (tabell 2).

(Vennligst plasser tabell 1 og 2 her)

Datainnsamling

Den kvalitative datainnsamlingen foregikk over fire måneder på de utvalgte intensiv- og overvåkingsavdelingene. Det ble rekruttert informanter i samarbeid med avdelingsleder. Rekrutteringen foregikk ved at det ble gitt muntlig og skriftlig informasjon til informantene om prosjektet i forkant. Fokusgruppediskusjonene varte i ca. en time og ble gjennomført på sykepleiernes arbeidssted innenfor deres arbeidstid våren 2022. Temaene og spørsmålene i intervjuguiden var basert på aktuell teori og forskning. Intervjuguiden ble utprøvd som en pilot på medstudenter i videreutdanning for intensivsykepleie. Dette var nyttig for utformingen av intervjuguiden da jeg fikk avdekket mangler og svakheter med det planlagte forskningsprosjektet. Moderator presenterte tre påstander som skulle vekke reaksjoner og diskusjon og stilte tre hovedspørsmål med underspørsmål som gikk på informantenes personlige erfaringer, oppfatninger, ideer og opplevelser av meldekulturen på arbeidsstedet sitt (tabell 3). Som moderator ble min oppgave å skape en velvillig og åpen atmosfære, der man kunne uttrykke personlige og motstridende synspunkter på emnene som var i fokus (24). Fokusgruppediskusjonene ble tatt opp på lydfil.

For å avgjøre hvorvidt det var innhentet nok data i denne kvalitative studien ble det gjort en vurdering på om nye fokusgruppeintervju var nødvendig basert på kategorier og konseptuell dybde som kom frem i de foregående intervjuene. Etter at det tredje intervju var gjennomført ble det besluttet at en tilfredsstillende metning var oppnådd (25).

(Vennligst plasser tabell 3 her)

Dataanalyse

Etter hvert fokusgruppeintervju ble intervjuene transkribert, aidentifisert og refleksjonsnotater knyttet til den transkriberte teksten ble notert. Analysetilnærmingen ble gjort gjennom fem trinn. Først ble transkripsjonen av intervjuene lest gjennom for å få et helhetsbilde. Deretter ble det i trinn to funnet de naturlige meningsenhetene slik de uttrykkes av informantene. I det tredje trinnet fant jeg meningsinnholdet i meningsenhetene, de sentrale temaene ble funnet. I det fjerde trinnet undersøktes meningsenheten i lys av studiens spesifikke formål; å få innsikt i intensivsykepleieres erfaring med melding om uønskede hendelser. I det femte og siste trinnet ble essensen

sammenfattet og det fremsto tre hovedkategorier og ni subkategorier, som vist i tabell 4 (23). Tabell 5 gir et eksempel på hvordan de ulike trinnene i analysen er gjennomført. For å sikre at analysen ble utført pålitelig, ble kodingsprosessen av første intervju utført av masterstudent og veileder uavhengig av hverandre. Subkategorier og hovedkategorier ble senere sammenlignet og diskutert for å validere en felles forståelse av kategoriene.

(Vennligst plasser tabell 4 og 5 her)

Etiske vurderinger

Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studiens hensikt, deltakernes rett til å trekke seg, samt ivaretagelse av anonymitet. Før fokusgruppeintervjuene startet ble det signert et samtykkeskjema. Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) 5/1/2022, og det ble innhentet tillatelse fra ledelsen ved de involverte avdelingene. Studien utføres i henhold til NTNU's retningslinjer for forskningsetikk, Helseforskningsloven (26) og Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper (27-28). Data ble lagret i henhold til NTNU's retningslinjer for informasjonssikkerhet (29).

Resultat

Intensivsykepleierne og sykepleierne med intensivbakgrunn ble i undersøkelsen bedt om å dele sine erfaringer om hva som påvirker praksisen for melding om uønskede hendelser på deres avdeling. Begge kjønn var representert i utvalget. Fjorten informanter hadde videreutdanning i intensivsykepleie og alle hadde mer enn tre års arbeidserfaring ved en intensivavdeling. Analysen gav tre hovedkategorier som dannet meningsstrukturen i intensivsykepleiernes erfaringer med melding om uønskede hendelser: 1) Uklarhet om hva en uønsket hendelse er 2) Organisatoriske forhold og 3) Kulturen i intensivavdelingene (Tabell 4).

Uklarhet om hva en uønsket hendelse er

Sykepleierne i studien uttrykker at de er usikre på når de skal skrive avvik og at det ofte er alvorlighetsgraden av hendelser som danner utgangspunkt for om hendelser blir meldt eller ikke. I tillegg er det vanskelig å vite når man skal skrive melding da enkelte uønskede hendelser var så vanlige at det førte til normalisering.

Når skal man skrive avvik?

Informantene i denne studien stiller spørsmål ved hvor grensene går for hva som er og ikke er en uønsket hendelse, hvordan uønskede hendelser defineres og hvorvidt det finnes fasitsvar. Dette er illustrert av en informant: «*Hva er et avvik? Er det et avvik om man har glømt noe?*» (1d2b). En annen informant sier: «*Hvor går egentlig grensa for hva som skal skrives i et avvik?*» (1d3a).

Sykepleierne opplever at underbemanning er en uønsket hendelse, da dette kan føre til farlige situasjoner. Likevel forteller informantene at det ikke blir skrevet avviksmeldinger knyttet til underbemanning. De er usikre på om det er et avvik dersom det går bra med en underbemannet avdeling: «*Aldri hørt om at det har blitt sendt melding på underbemannet avdeling, men det burde det absolutt blitt gjort*» (1d1a). I stedet forteller sykepleierne at de aksepterer at slik er det, da leder sier at slik blir det. Sykepleierne opplever det vanskelig å definere om avvik handler om uheldige hendelser som har skjedd eller uheldige hendelser som kunne skjedd på grunn av en gitt risiko som for eksempel underbemannet avdeling: «*Så lenge det går bra, er det ikke et avvik*» (1d1a).

Normalisering av avvik

Informantene er enige i at meldekulturen på deres avdeling burde vært bedre. De opplever at meldefrekvensen er lav og at de ikke er flinke nok til å utøve varslingsplikten. En informant fortalte: «*Finnes det plasser hvor meldekulturen er god nok?*» (1a2a). De gir uttrykk for at de burde varslet hyppigere fordi det er mange uønskede hendelser eller nestenuhell som skjer. En annen informant sa: «*Vi burde kanskje skrive ti ganger flere meldinger enn det vi gjør nå...*» (1d2c). Det kommer også frem at det ligger en utfordring i å se viktigheten av å melde nesten-uhell. Dette på tross av at leder og kollegaer oppfordrer hverandre til å skrive melding om hendelser som oppstår på arbeidsplassen.

Informantene forteller at situasjoner som handler om manglende dokumentasjon på et gitt medikament, feil dosering i kurve eller ikke utført arbeid blir sett på som «småting» og «flisespikkeri». Småting det er lett å fikse, og derfor ikke grunn til å rapportere om i meldesystemet: «*Enkelte tilfeller tenker man bare «nå igjen?», og så «fikser man bare opp i det» i stedet for å skrive melding om en uønsket hendelse*» (1d2a). I tillegg forteller de at dersom forhold som mangel på leger, utstrakt bruk av overtid,

underbemanning og overbelegg oppleves ofte nok, kan dette etter hvert bli sett på som normalt. Det som oppfattes som normalt blir sjeldnere rapportert som uønskede hendelser.

Hendelsenes alvorlighetsgrad

Sykepleierne i studien beskriver at alvorlighetsgraden er avgjørende for om man skriver meldinger. Uønskede hendelser med store konsekvenser, eller som kunne ha ført til store konsekvenser, blir tatt på alvor og i de fleste tilfeller fører dette til forbedring og endring i ettertid. «Små» ting som medikamentfeil eller feil ved administrasjonsmåter som ikke ga konsekvenser for pasienten fører sjeldent med seg en endring i ettertid, og blir sjeldnere rapportert. Disse situasjonene blir ikke sett på som «viktige nok»: «Vi er flinke til å skrive avvik når det går skikkelig galt [...] Man skriver meldinger når noe alvorlig har skjedd, som kunne eller har ført til at pasienten fikk eller kunne fått følger i ettertid» (1d2a).

Organisatoriske forhold

For sykepleierne er det flere organisatoriske forhold som påvirker hvorvidt man skriver eller ikke skriver melding om uønskede hendelser. Under denne hovedkategorien ble det identifisert fire subkategorier; Manglende tilrettelegging og tungvint rapporteringssystem; Travelhet og nedprioritering av avvik; Redsel for at meldingene blir negativt mottatt av leder; Tilbakemelding og læring av hendelsene som blir meldt.

Manglende tilrettelegging og tungvint rapporteringssystem

Informantene i studien forteller at det er et ønske og en ambisjon fra leder og kollegaer at det skal tilrettelegges for at man kan skrive meldinger, men dette blir ikke gjort. Dette er illustrert av en informant: «Det blir ikke lagt til rette for å skrive melding om uønskede hendelser. Da må man skrive på overtid» (1d2a). Informantene ønsker ikke å skrive meldinger på overtid, de ønsker å dra hjem når arbeidshverdagen er over. Sykepleierne er allikevel tydelige på at man absolutt kan bli flinkere til å si ifra og tilrettelegge for hverandre: «Det er tid og mulighet for å avløse hverandre for å skrive meldinger [...]. Men vi kan ikke lukte at det skulle blitt skrevet melding. Den som står i den uheldige situasjonen, har også et ansvar for å si ifra om behovet for avløsning» (1d2a).

Rapporteringssystemet blir av informantene opplevd som tungvint, noe som igjen har negativ påvirkning på informantenes motivasjon til å rapportere uønskede hendelser. Systemet beskrives som uklart og gir mye rom for tolkning. Disse faktorene sammen med manglende tilrettelegging har ført til at sykepleierne på intensivavdelingene mister lysten til å skrive melding om uønskede hendelser: *«Det er ikke førsteprioritet å skrive avvik, da det er tusen andre ting som står før på lista [...]. Det hjelper heller ikke at det tar så lang tid å skrive avvik i systemet heller» (1c3c).*

Travelhet og nedprioritering av avvik

Sykepleierne opplever daglig samtidighetskonflikter som tvinger dem til å prioritere mellom ulike oppgaver i løpet av arbeidsdagen. Sykepleierne forklarer også deres lave meldefrekvens med glemsel og at det blir nedprioritert. På en intensivavdeling, der alle pasientene er kritisk syke, opplever ikke informantene melding om uønsket hendelse som en arbeidsoppgave med høy prioritet. Melding om uønskede hendelser blir sett på som merarbeid, da sykepleiernes arbeidshverdag er preget av mye «brannslukking». En informant fortalte at *«Hvis man skal bruke tida vår på å skrive meldinger må man se at meldingene har noen hensikt» (1da1).*

Redsel for at meldingene blir negativt mottatt av leder

Flere av informantene opplever at det å skrive melding på underbemanning, organisering av drift og system er vanskelig, da man frykter negativ respons fra leder, som i utgangspunktet er den som har planlagt for underbemanning, organisering av drift og system. Derfor melder man ikke på for eksempel underbemannet avdeling. Sykepleierne på intensivavdelingene beskriver slike situasjoner som utfordrende og at det kanskje hadde vært lettere å skrive en «fellesmelding» hvor flere har signert, eller at man kan sende «anonymt»: *«Vanskelig å skrive avvik på avgjørelsen som er gjort til den personen som har tatt beslutninga» (1d1a).* I to av fokusgruppene ble det diskutert om det hadde vært bedre dersom «slike meldinger» ble sendt til en nøytral person. Informantene opplever at det er vanskelig å formulere seg i meldesystemet på slike saker, slik at det da heller blir unngått å skrive.

Tilbakemelding og læring av hendelsene som blir meldt

Sykepleierne peker på at mange tilbakemeldinger på meldingene man skriver kun er en avslutningsmelding og inneholder ikke læringsinformasjon for seg selv og kollegaer. Samtlige informanter forteller at man da mister motivasjonen til å melde avvik fordi meldingene ikke fører til læring eller endring i måten man gjør ting på i avdelingen. Informantene er enstemmig i at gode tilbakemeldinger på meldingene man skriver er en forutsetning for at sykepleierne har en opplevelse av å få noe igjen for å melde.

Flere av informantene er usikre på om det blir gitt informasjon til de ansatte om meldingene som skrives slik at man kan lære av det. En informant fortalte: «*Hvordan lære av feil dersom man ikke vet hvilke feil som har skjedd?*» (1d2b). Videre kommer det frem at flere er usikre på om det blir løftet opp i plenum og om det i det hele tatt blir tatt opp. Andre informanter har erfaring med at «avvik» blir tatt opp i plenum på en bestemt dag, og at det blir skrevet i referat i ettertid. Allikevel kommer ikke meldingene godt nok frem i referatene. En annen informant fortalte at: «*Hvis det blir tatt opp i plenum har man flaks om man i det hele tatt har vakt den dagen. Hvis man ikke er på jobb, kommer heller ikke informasjonen videre*» (1d1a).

Sykepleierne forteller at de ønsket et eget informasjonsskriv om de meldingene som blir skrevet slik at man kan lære av dem. Informantene er enige i at det skjer for lite kvalitetsforbedring med de uønskede hendelsene som blir skrevet: «*[...] For at man skal se nytte av avvikene som blir sendt, må man se at det skjer noe i etterkant – at man lærer av det*» (1d3d). Flere av sykepleierne mener at melding kan føre til endring, men forteller likevel at de sjelden skriver melding om uønskede hendelser. Likevel ser de på en «avviksmelding» som en positiv ting som andre, eller alle, kan lære av. Informantene uttrykker stor tro på at meldingene som gjøres mer tilgjengelig for ansattgruppa er med på å fremme både meldefrekvens og læring.

Kulturen i intensivavdelingene

I den siste hovedkategorien presenteres forhold i arbeidsmiljøet som påvirker informantenes praksis for melding om uønskede hendelser. To subkategorier ble identifisert; Lojalitet til kolleger; Åpenhet blant intensivsykepleiere.

Lojalitet til kolleger

Hos informantene på intensivavdelingene står lojalitetsplikten høyt. Sykepleierne velger å ikke skrive melding på kollegers feil eller mangler i pasientbehandlingen, men ønsker heller å ta det direkte med vedkommende det gjelder. Sykepleierne forteller at det kan være vanskelig å skrive meldinger da andre kan ta dette personlig. De sa at man har kommet lengre med å skjønne at meldingene ikke er angiveri eller sladring, men likevel er det personer som opplever det slik. Dette oppleves som ubehagelig for den som varsler, man ønsker ikke å henge ut eller «ta noen». En informant fortalte: *«I noen tilfeller er det lettere å skrive melding på seg selv enn på andre [...] Jeg har opplevd at vedkommende tok en melding veldig personlig» (1b2c).*

Sykepleiere forteller at de heller ønsker å ta ting direkte med den det gjelder enn å skrive melding om uønskede hendelser. Samtlige beskriver dette som mest «fair». Selv om de prinsipielt gir uttrykk for at det er bedre å ta det skriftlig og formelt. Videre gir de uttrykk for at det er lettere å melde avvik utad, enn på de man kjenner på egen avdeling: *«Innad i avdelinga er det lettere å håndtere når uønskede hendelser oppstår [...] Man kan snakke direkte med den personen det gjelder. Det er vanskeligere å snakke direkte med noen du ikke kjenner» (1a3d).* Informantene i studien forteller at de skriver meldinger når det gjelder svikt eller mangler fra eksterne yrkesgrupper eller personer og eksterne avdelinger som for eksempel manglende legevisitt, manglende dokumentasjon i pasientjournal og feil i medikamenthåndtering. De fleste informantene er enige i at det er lettere å skrive melding på andres feil enn sine egne. Likevel mener samtlige at det står respekt av å innrømme egne feil og at det av og til blir skrevet melding på dette slik at alle kan lære av det.

Åpenhet blant intensivsykepleierne

Sykepleierne i studien uttrykker en felles opplevelse av at det ikke er nok åpenhet blant de ansatte rundt temaet uønskede hendelser: *«Jeg opplever at det ikke er nok åpenhet om det med meldinger. Jeg aner ikke om det skrives fem per uke eller ti per uke. Eller hva disse handler om?» (1d3b).* En annen informant fortalte: *«Det burde absolutt vært mere åpenhet om hva som er meldt inn, og hvilke tiltak eller endringer som blir iverksatt etter at denne hendelsen har skjedd» (1d3a).* Storparten av informantene forteller at åpenhet og kunnskap om hva som har skjedd, vil være nødvendig for best mulig å kunne håndtere hendelsen, å avklare årsaksforhold og bidra til læring slik at tilsvarende ikke skjer igjen.

Informantene er enige i at åpenhet om uønskede hendelser øker sikkerheten for pasientene.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å utforske hvilke erfaringer sykepleiere på intensiv- og overvåkingsavdelingene har med hva som påvirker melding av uønskede hendelser. Resultatene viser at sykepleierne er usikre på når de skal skrive avvik og at det ofte er alvorlighetsgraden av hendelser som danner utgangspunkt for om hendelser blir meldt eller ikke. Flere organisatoriske forhold som manglende tilrettelegging, tungvint rapporteringssystem, travelhet, nedprioritering, redsel for å melde og manglende tilbakemelding og læring påvirker om uønskede hendelser blir meldt eller ikke. I tillegg viser resultatene at kulturen i intensivavdelingene som lojalitet til kollegaer og åpenhet blant intensivsykepleiere påvirker hvorvidt man skriver eller ikke skriver melding om uønskede hendelser.

Studien viser at flere mangler kunnskap om hva en uønsket hendelse er og at alvorlighetsgraden av hendelsene er avgjørende for om man varsler. Kriteriene for å melde om uønskede hendelser oppleves som uklare og gir rom for tolkning, som igjen gjør at det utøves skjønn med hensyn til hva som meldes. Tidligere forskning har funnet at en felles forståelse eller definisjon er avgjørende for om man varsler om uønskede hendelser (11-12,16,22).

I denne studien ser vi at det er vanskelig å vurdere hvorvidt en hendelse er meldepliktig eller ikke. Det er enklere å beskrive en uønsket hendelse som har skjedd enn en som kunne ha ført til skade. En alvorlig hendelse som har ført til skade er lettere å definere. Er man i tvil om hva som skal meldes, skal man som hovedregel melde. Målet med § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven er å bedre pasientsikkerheten ved at meldingene brukes for å avklare årsaker til hendelser, og forebygge at tilsvarende skjer igjen (5). Hjort beskriver utfordringen med at detaljene i lovverket ikke nødvendigvis er kjent for alle. Konsekvensene av dette fører trolig til at færre rapporterer uønskede hendelser. Videre hevder Hjort at dette må belyses av arbeidsgiver for at ting skal bli bedre (3).

Kompliserte systemer er ifølge Aase (2018) en av barrierene som motvirker rapporteringskulturen (1). Informantene i denne studien ga nettopp uttrykk for at meldesystemet opplevdes som tungrodd, tidkrevende og lite brukervennlig. Flere studier har vist hvordan rapporteringssystem som er enkle å håndtere og lettere tilgjengelig er avgjørende for om man skriver avviksmelding. I Pohjanoksa et al. (2019) studie fra Finland fant man at en forutsetning for et velfungerende meldesystem er at sykepleierne opplever det «enkelt» å melde, i tillegg til opplevelsen av å få noe igjen for å melde (11,12,16). Dette henger både sammen med meldefrekvens og hva som blir meldt. Rapporteringsprosessen kan bli en barriere dersom den er tidkrevende. Sykepleiere erfarer stadig mer tids- og arbeidspress; dette gjør at rapporteringen blir nedprioritert eller glemt som vist i tidligere studier (11-12,16,20,22).

Flere av sykepleierne i studien opplever at å skrive melding om underbemanning, organisering av drift og system er vanskelig, da man frykter negative responser av leder. Dersom forhold som underbemanning oppleves ofte nok, kan dette etter hvert bli sett på som normalt hos ansattgruppa. Det som oppfattes som normalt vil sjeldnere bli rapportert som uønskede hendelser. I denne studien kommer det frem at underbemanning kan føre til at uønskede hendelser oppstår. Stabil bemanning blir sett på som en forutsetning for de ansattes trygghet i rollen som «varslere». Størst mulig stabilitet i bemanningen innebærer en kvalitetssikring i seg selv (16,18-19). I lys av resultatene fra denne studien, ser man at en god meldekultur er avhengig av et tett samarbeid mellom ledelsen og ansatte. Man trenger en kultur der man oppfordres til å melde og støttes når man gjør det. Fra et systemperspektiv ligger det en tanke om at mennesket er feilbarlig, og at man må forvente uønskede hendelser i alle organisasjoner. Uønskede hendelser blir her sett på som en konsekvens heller enn en årsak (6). I følge Carayon et al. (2014) skyldes uønskede hendelser mangel på oppmerksomhet på menneskelige faktorer. Det er derfor viktig å se helse- og omsorgstjenesten som et komplekst system. Det systemet som intensivsykepleien jobber i, påvirker både arbeidet og den kliniske prosessen. Dette påvirker igjen pasienten, de ansatte og det organisatoriske utfallet (6). Det er derfor grunn til å påstå at de uheldige hendelsene på intensivavdelingene kan ha opphav i sykehusets organisering.

Sykepleierne påpeker at tilbakemeldingen på meldingene man skriver ofte er en avslutningsmelding og ikke inneholder læringsinformasjon. Denne studien viser at man da mister motivasjonen til å melde. Hvis rapportene ikke leder til synlige tiltak er det

uklart for sykepleierne hvorfor de skal fortsette rapporteringen. Myndighetene er tydelige på at det er helseforetakene som har ansvar for å analysere, iverksette tiltak og læring av uønskede hendelser (8). Ifølge Aase (2018) er det derfor viktig at arbeidsgiver oppretter et godt system som oppfordrer de ansatte til å se forbedringsmuligheter på arbeidsplassen (1). Det er grunn til å påstå at tilbakemelding til sykepleierne som melder fører til at de opplever anerkjennelse og kan se meningen med å rapportere inn uønskede hendelser. Dette vil engasjere de ansatte til å bidra til at virksomheten blir bedre, og at uønskede hendelser og nesten-uhell ikke gjentar seg i fremtiden. Dersom sykepleierne er av den oppfatning at man skriver melding om uønskede hendelser for å lære, vil de kunne si vekk de hendelsene de tenker det ikke er noe læring i.

Alle intensivavdelinger har sin egen kultur som preger personalet og deres arbeidsmåter, denne har konsekvenser for pasientsikkerheten. Det er derfor viktig at sykepleiere på intensivavdelingene arbeider aktivt med denne kulturen. Flere studier viser at betydningen av god ledelse er viktig for å bygge en god meldekultur (11-12,16,20,22). Det viser seg at ledelsens tilstedeværelse er viktig, og uønskede hendelser ikke relatere seg til den enkelte sykepleier, men til avdelingen, organiseringen, kulturen og ledelsen av avdelingen så vel som institusjonen (11,20)

For sykepleierne i studien står lojalitetsplikten høyt. Sykepleierne velger å ikke skrive melding på kollegers feil eller mangler i pasientbehandlingen. Kollegialitet og lojalitetsplikt kan bli et hinder for pasientsikkerheten, dersom informantene velger å ikke skrive meldinger som involverer kolleger. Hjort (3) presiserer at det bør være et tydelig krav om at alle skal rapportere uønskede hendelser og at det koster mer å håndtere skadene etter en uønsket hendelse, enn det koster å forebygge årsakene til at hendelsen oppsto.

Åpenhet løftes fram som en viktig faktor for god meldekultur. Både åpenhet rundt det å gjøre feil og det å rapportere feil (16). Resultatene fra denne studien kan tyde på at ansattgruppen ved de inkluderte avdelingene var åpne rundt det å gjøre feil og melde feil, men at de har en jobb å gjøre når det gjelder å gjennomføre rapporteringen av uønskede hendelser. En kombinasjon av bevisstgjøring på avdelingens meldekultur, og hva man legger i begrepet uønskede hendelser, vil kunne bidra til at flere tør å sende melding i fremtiden.

Forebygging av uønskede hendelser er et kjerneprinsipp i helse- og omsorgstjenesten og et lederansvar. Arbeidsgiver har et juridisk og moralsk ansvar for å

sikre at nødvendige kvalitets- og sikkerhetsstandarder oppfylles. Det er arbeidsgivers ansvar å legge til rette for en kultur der det ikke bare er gitt støtte til å skrive melding om uønskede hendelser, men forventet av deg som arbeidstaker. Videre må sykepleierne være trygge på at arbeidsgiver og nærmeste leder faktisk følger opp meldingene som blir skrevet. Ledelsens fokus på pasientsikkerhet vil være ledende for hvordan de ansatte fokuserer på det samme (30).

Hjort (2011) presiserer at tid til refleksjon og faglige diskusjoner viser seg å forebygge at uønskede hendelser gjentar seg (3). I en travel intensivhverdag er det kanskje nettopp tid til refleksjon man ikke har. Dermed blir travelheten både årsak til uønskede hendelser og hinder for forbedring. I disse tider, hvor intensivsykepleiemangelen allerede er et problem og hvor helsevesenet hele tiden må effektivisere for å holde budsjetter og opprettholde drift, er tid en dyrebar ressurs. Hvordan arbeidsplasser organiserer seg i fremtiden vil ha betydning for meldekulturen og kvaliteten på intensivsykepleien. For å kunne gjøre forbedringer er det derfor nødvendig å kjenne til hva som påvirker melding om uønskede hendelser blant sykepleiere på intensivavdelinger.

Studiens styrker og begrensninger

Totalt deltok seksten studiedeltakere i tre ulike fokusgruppeintervju. Det lave antall studiedeltakere, og det faktum at alle kom fra samme universitetssykehus kan anses som en svakhet. Dette kan igjen begrense overførbarheten i studien. At studiedeltakerne kom fra ulike intensivavdelinger, at begge kjønn er representert og deltakerne hadde ulik mengde erfaring, bidrar likevel til et strategisk utvalg og har gitt data som styrker denne studiens validitet. Videre styrkes studiens validitet av at forforståelse av denne forskningen er basert på flere års klinisk erfaring som spesialsykepleier.

Tidligere fordypning i temaet meldekultur har gitt forskeren anledning til å gå dypere i tematikken og dermed økt dataenes kvalitet. På den annen side kan forforståelsen bidra til at en går inn i prosjektet med skylapper og begrenset horisont (24). Likevel mener jeg å ha styrket gyldigheten på studien ved å være bevisst min egen rolle.

Konklusjon

Denne studien viser at en bedre forståelse av hva en uønsket hendelse er, samt kjennskap til organisatoriske og kulturelle forhold kan forventes å ha positiv innvirkning på meldekulturen på intensivavdelingene. Studien gir oss nye kunnskaper om hva som påvirker praksisen for melding av uønskede hendelser blant sykepleiere på intensivavdelingene. Disse kunnskapene tilsier at det er behov for å styrke arbeidet på lokalt nivå, for å øke bevisstgjøringen rundt pasientsikkerhet. Dette vil igjen ha positiv innvirkning på meldekulturen. God meldekultur som innebærer at sykepleiere målbevisst rapporterer uønskede hendelser, kan forebygge at lignende hendelser skjer i fremtiden og dermed minimerer risikoen ved å være pasient.

Referanseliste

1. Aase, K. (2018) Pasientsikkerhet, Teori og praksis, 3.utg. Universitetsforlaget.
2. Helsedirektoratet. (2021). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf
3. Hjort, P. (2011) Uheldige hendelser i helsetjenesten – Pasientfortellinger. Den norske legeforeningen
4. Lovdata. (2021). Helsepersonelloven. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-e64?q=helsepersonelloven>
5. Lovdata. (2021). Spesialisthelsetjenesteloven. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesten>
6. Carayon, P., Xie, A., & Kianfar, S. (2014). Human factors and ergonomics as a patient safety practice. *BMJ Quality & Safety*, 23(3), 196-205. doi: 10.1136/bmjqs-2013-001812
7. Slawomirski, L. (2017). The economics of patient safety. Hentet fra <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
8. Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Meld. St. 11. (2018-2019). Melding til stortinget. Kvalitet og pasientsikkerhet 2017. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d7c5775978234d4f932e341b4e1850e1/no/pdfs/stm201820190011000dddpdfs.pdf>
9. Ulvund, I., Rokstad, A.-M. M., & Vatne, S. (2016). Varsling av avvik – en vanskelig balansekunst. *Sykepleien forskning (Oslo)*, <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.58904>
10. Riksrevisjonen. (2017). Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser.

- Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/undersokelse-av-helseforetakenes-handtering-av-uonskede-hendelser.pdf>
11. Jackson, D., Peters, K., Andrew, S., Edenborough, M., Halcomb, E., Luck, L., Salamonson, Y. & Wilkes, L. (2010). Understanding whistleblowing: qualitative insights from nurse whistleblowers. *Journal of Advanced Nursing*.
 12. Vrbnjak, D., Denieffe, S., O’Gorman, C. & Pajnkihar, M. (2016). Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 67, s. 162-178
 13. Regjeringen. (2015). Meld. St. 13 (2016-2017). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/?ch=2>
 14. NSFLIS. (2021). Fag, utdanning og forskning. Hentet fra <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleiere/fag-utdanning-og-forskning-0>
 15. Gulbrandsen, T., Stubberud, D.-G., & Toverud, K. C. (2020). *Intensivsykepleie (4.utgave)* Cappelen Damm akademisk.
 16. Berland, A. & Natvig, G. K. (2005). *Ivaretakelse av pasientsikkerhet. Sykepleievitenskap*.
 17. Hågensen, G., Nilsen, G., Mehus, G., & Henriksen, N. (2018). The struggle against perceived negligence. A qualitative study of patients' experiences of adverse events in Norwegian hospitals. *BMC Health Services Research*, 18(1), 302–302. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3101-2>
 18. Glette, M. K., Aase, K., W, S. (2017). The relationship between understaffing of nurses and patient safety in hospitals - A literature review with thematic analysis. *Open Journal of Nursing*. 2017, 7 1387-1429. 10.4236/ojn.2017.712100
 19. Olds, D. M., & Clarke, S. P. (2010). The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of Safety Research*, 41(2), 153–162. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2010.02.002>
 20. Pohjanoksa, J., Stolt, M. Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. (2018). Wrongdoing and whistleblowing in health care. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 75, Issue (nr. 7), s. 1504-1517
 21. Seynaeve, S., Verbrugge, W., Claes, B., Vandenplas, D., Reyntiens, D., & Jorens, P. G. (2011). Adverse drug events in intensive care units: a cross-sectional study of prevalence and risk factors. *American Journal of Critical Care*, 20(6), e131–

- e140. <https://doi.org/10.4037/ajcc2011818>
22. Storli, M. (2008). Feilmedisinering i sykehus – organisasjonskulturens påvirkning. *Nordic Journal of Nursing Research*. Vol. 28, Issue (nr. 3), s. 19 -23
 23. Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Gyldendal akademisk
 24. Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget
 25. Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H. & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
 26. Lovdata. (2022). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=Helseforskningsloven>
 27. NTNU. (2022). Behandling av personopplysninger i student- og forskningsprosjekt. Hentet fra <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Behandle+personopplysninger+i+student-+og+forskningsprosjekt>
 28. De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Helsinkideklarasjonen* (engelsk fulltekst). Hentet 16.06.2022 fra <https://www.etikkom.no/forskningssetiske-retningslinjer/Medisin-oghelse/Helsinki-deklarasjonen/>
 29. NTNU. (2022). Lagringsguide – NICE-1. (2022). Hentet fra: <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/NICE-1>
 30. American College of Healthcare Executives. (2017). *Leading a culture of safety: A blueprint for success*. The National Patient Safety Foundation, Institute for Healthcare Improvement.

Tabell 1-5

Tabell 1: Inklusjonskriterier

INKLUSJONSKRITERIER
Intensivsykepleier >2 års erfaring
Sykepleiere med intensivbakgrunn >3 års erfaring
Stillingsprosent >70%

Tabell 2: Demografi (n=16)

Menn	3
Kvinner	13
Intensivsykepleiere	14
Sykepleiere	2
Erfaring 3-10 år	6
Erfaring >10 år	10

Tabell 3: Intervjuguide

SPØRSMÅL	PÅSTANDER
1. Hvilke typer uønskede hendelser blir meldt på deres avdeling?	1. Meldekulturen på min avdeling er god.
2. Hva opplever dere som de største utfordringene ved å melde om uønskede hendelser?	2. Jeg opplever støtte fra leder og opplever at kollegaene mine oppfordrer hverandre til å skrive melding om uønskede hendelser.
3. Vi kan alltid bli bedre; Hvordan kan og bør deres avdeling gjøre for å bedre meldekulturen?	3. Melding om uønskede hendelser» bidrar til kvalitetsforbedring ved vår avdeling.

Tabell 4: Sub- og hovedkategorier

Hensikten med studien er å få innsikt i intensivsykepleieres erfaring med hva som påvirker melding av uønskede hendelser		
HOVEDKATEGORIER		
Uklarhet om hva en uønsket hendelse er	Organisatoriske forhold	Kulturen i intensivavdelingene
SUBKATEGORIER		
- Når skal man skrive avvik?	- Manglende tilrettelegging og tungvint rapporteringssystem	- Lojalitet til kolleger
- Normalisering av avvik	-Nedprioritering av avvik	- Åpenhet blant intensivsykepleiere.
- Meldingenes alvorlighetsgrad	- Redsel for at meldingene blir negativt mottatt av leder	
	- Tilbakemelding og læring av hendelsene som blir meldt	

Tabell 5: Eksempel på analysesteg

MENINGSBÆRENDE ENHETER	KODING	SUBKATEGORIER	HOVEDKATEGORI
«Hva er et avvik da? Det er jo ikke for å henge ut en person. Det er vel for at det ikke skal gjenta seg?»	Definisjonsspørsmål	<i>Når skal man skrive avvik?</i>	Hva er en uønsket hendelse?
«Hva er et avvik? Er det et avvik om man har glømt noe?»		<i>Meldingenes alvorlighetsgrad</i>	
«Så lenge det går bra, så er det ikke et avvik»			
«Men det er jo godkjent fra ledelsen på et vis. Er det da et avvik? Jeg vet ikke?»		<i>Normalisering av avvik</i>	

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide for fokusgruppeintervju - Master i klinisk sykepleie

«Melding av uønskede hendelser i intensivavdelingen»

Introduksjon

I 2019 gjennomførte jeg en kvantitativ studie gjennom videreutdanning i Avansert Klinisk Sykepleie ved NTNU, Trondheim. Studien satte søkelys på faktorer som påvirker sykepleieres meldepraksis ved uønskede hendelser. Studien er ikke publisert.

Den kvantitative studien hadde et tverrsnittdesign (n=123) hvor man så at det fortsatt er en jobb å gjøre når det gjelder å få sykepleierne til å skrive melding om uønskede hendelser. Derfor ønsker jeg i dette forskningsprosjektet å få en dypere forståelse av hva som påvirker sykepleiere på intensivavdelingens praksis for melding om uønskede hendelser, for derigjennom å synliggjøre forbedringspotensialer ved meldepraksisen.

Det vil bli presentert 3 påstander og stilt 3 hovedspørsmål som går på deres personlige holdninger, oppfatninger, ideer og opplevelser av meldekulturen på deres avdeling. Moderator leder diskusjonen. Moderatorassistent noterer hovedessenser underveis og kan i tillegg stille utdypende spørsmål hvis han/hun ser behov for det, samt passer på tiden. Det er viktig å understreke at:

- Informasjon som kommer fram innen gruppen holdes innenfor gruppen.
- Det er ingen rette eller gale svar
- Det er OK å være uenige
- Det er viktig å respektere hverandres synspunkter
- Det er viktig med en diskusjon hvor alle er med
- Viktig at alle tenker på at alle skal være deltagende/å slippe alle til
- Det ikke er lov å avbryte eller ha sidediskusjoner underveis

*Samtalen blir tatt opp på lydopptak, som står midt på bordet. Intervjuet vil vare ca. 60 minutter.

*Be alle om å signere samtykkeskjema før vi starter.

*Noen spørsmål før vi starter?

Intervju (ca. 60min)

Vi starter med en presentasjonsrunde: navn, avdeling, roller, og hva dere syns er det beste med å jobbe med pasientgruppen på din avdeling (5min).

Spørsmål 1 (10min):

«Hvilke typer uønskede hendelser blir meldt på deres avdeling?»

- *Tror dere at de uønskede hendelsene blir underrapportert?
- *Evt. Hvorfor blir uønskede hendelser underrapportert?
- *Hvilke typer «avvik» meldes på deres avdeling, og hvilke «avvik» meldes ikke?
- *Hvilke typer uønskede hendelser burde blitt meldt?
- *Er dere trygge på hva som skal meldes i avvikssystemet?

Påstand 1 (10min):

«Meldekulturen på min avdeling er god».

- *Hvordan synes dere at meldepraksisen/kulturen er ved deres avdeling?
- *Hvorfor tror dere at den er så god/dårlig på deres avdeling?

Påstand 2 (10min):

«Jeg opplever støtte fra leder og opplever at kollegaene mine oppfordrer hverandre til å skrive melding om uønskede hendelser»

- *Hvordan er oppfølgingen av deres meldinger på uønskede hendelser?
- *Hvilken støtte får dere eller får dere ikke av leder og andre kollegaer?
- *Oppfordrer dere hverandre til å skrive melding om uønskede hendelser? Evt i hvilke tilfeller oppfordrer dere hverandre i?
- *Legger avdelingen til rette for at den enkelte kan skrive melding om uønskede hendelser?

Spørsmål 2 (10min):

«Hva opplever dere som de største utfordringene ved å melde om uønskede hendelser?»

- *Hvorfor har ikke vi intensivsykepleiere tid til å skrive «melding om uønskede hendelser»?
- *Hvordan prioriterer intensivsykepleiere å rapportere melding om uønskede hendelser?
- *Dersom vi er gode til å prioritere, hva tenker dere er årsaken til at meldinger nedprioriteres?

Påstand 3 (5min) :

«Melding om uønskede hendelser» bidrar til kvalitetsforbedring ved vår avdeling»

- *I hvilken grad opplever dere at det bidrar til kvalitetsforbedring?
- *Hva blir gjort for å bidra til kvalitetsforbedring?

*Hva skal til for at alle ser nytten av å skrive «melding om uønskede hendelser?»

Spørsmål 3 (5min):

«Vi kan alltid bli bedre; Hvordan kan og bør deres avdeling gjøre for å bedre meldekulturen?»

- * Har dere eksempler på erfaringer der «avviksmelding» førte til en endring?
- * Hvorfor lyktes det den gangen?

Avslutningsspørsmål (5min):

- *Er det noen kommentarer til dette prosjektet/studien?
- *Er det noe som ikke er berørt som dere synes er viktig å løfte fram?
- *Føler dere at dere har fått uttrykket dere åpent og ærlig i dette fokusgruppeintervjuet?

Vil du delta i forskningsprosjektet

"Melding av uønskede hendelser i intensivavdelingen"

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få innsikt i intensivsykepleieres erfaringer melding om uønskede hendelser, for å synliggjøre forbedringspotensialer ved meldepraksisen på et stort statlig universitetssykehus i Norge. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Forskningsprosjektet er et masteroppgaveprosjekt og målsettingen med prosjektet er å fremme kvalitet i sykepleiepraksis og forbedre pasientsikkerheten. Forskningsspørsmålet som skal analyseres er; «Hva er det som påvirker praksisen for melding av uønskede hendelser blant intensivsykepleiere?»

Resultatene fra prosjektet skal inngå i en masteroppgave og en vitenskapelig artikkel.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Masterstudent ved NTNU, Trondheim og Førsteamanuensis Susan Saga er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker konkret å høre om dine erfaringer med uønskede hendelser omkring pasientbehandlingen: «*Hva gjør du når det oppstår feil eller uhell i pasientbehandlingen?*»

Data ønskes samlet inn ved bruk av fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuene vil gjennomføres med fem til åtte intensivsykepleiere eller sykepleiere med intensivbakgrunn i hver gruppe. Fokusgruppen har ikke som formål å komme til enighet om eller presentere løsninger på de ulike spørsmålene som diskuteres, men å få frem forskjellige synspunkter på saken. Intervjuet vil ta ca. 1 time. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Hva innebærer det for deg å delta?

Det vil bli gjort digitale lydopptak under fokusgruppeintervjuet. Alle data fra intervjuet vil bli anonymisert. Ved bruk av sitater, vil navn og andre personidentifiserbare kjennetegn bli endret. Skulle du ved uhell gi opplysninger som er taushetsbelagte, vil disse opplysningene slettes. Det vil ikke brukes sitater som til tross for slik anonymisering kan føres tilbake til enkeltperson.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i publikasjoner

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. *Navn Navnesen* vil være min assistent under fokusgruppeintervjuene.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 01.12.2022. Lydmaterialet krypteres og slettes når masteroppgaven er innlevert.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Navn Navnesen*
Telefonnummer
E-postadresse.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Det er menneskelig å feile*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervjuet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: NSD-godkjenning (Ref.nr 344115)

Vurdering

Referansenummer

344115

Type

Stand

Dato

05.01.20

Prosjekttittel

«Melding av uønskede hendelser i intensivavdelingen»

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Prosjektansvarlig

Susan Saga

Student

Lasse Næss Leistad

Prosjektperiode

01.01.2022 – 31.12.2022

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Rettslig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 31.12.2022.

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 05.01.2022 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og Personverntjenester. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige frem til 31.12.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Vi vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>
Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 5: COREQ - sjekkliste

COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	16
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	16
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	16
Gender	4	Was the researcher male or female?	16
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	32
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	Yes
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	32
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	21
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	20
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	20
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	21
Sample size	12	How many participants were in the study?	20
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	=0
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	21
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	No
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	20
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	21
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	21
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	21
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	21
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	21
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	21
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	No

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	22
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	22
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	22
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	X
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	No
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	23-27
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	28-31
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	28-31
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	28-31

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Vedlegg 5: Forfatterveiledning Inspira forskning

Inspira er et vitenskapelig tidsskrift som publiserer fagfelleverderte artikler på norsk og engelsk. Fagfellevurdering gjennomføres dobbelt blindet. Tidsskriftet ønsker også å publisere tekster som ikke er fagfelleverderte, som for eksempel fagartikler eller caserapporter. Forfattere som ønsker å formidle fagstoff i annet format enn en vitenskapelig artikkel bes kontakte ansvarlig redaktør per mail: inspira789@gmail.com

Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen er ansvarlig redaktør i *Inspira*. Hun har laget en video der hun forklarer hvordan du forbereder og sender inn en artikkel til tidsskriftet. Se den her:

Slik sender du inn artikkel

Vi ser frem til å motta ditt bidrag!

Last ned forfatterveiledningen som pdf [her](#).

INNHOOLD

1. Før innsending av manuskript
2. Innsending av manuskript
 - Følg brev til redaktør
 - Tittelside
 - Sammendrag
 - Sjekkliste for rapportering
3. Artikkelens struktur og innhold
4. Formatering av manuskript
5. Figurer
6. Referanser
7. Forslag til fagfeller
8. Vurderingsprosessen
9. Plagiatkontroll
10. Innsending av revidert manuskript
11. Godkjenning av manuskript

1. FØR INNSENDING AV MANUSKRIFT

- Manuskripter sendes inn elektronisk via [tidsskriftets elektroniske plattform](#).
- Ved innsending skal manuskriptet være gjennomarbeidet og språkvasket.
- Vitenskapelige artikler skal være anonymisert og et følgebrev og en tittelside for artikkelen skal lastes opp separat under innsendelsen. Dersom anonymisering krever endringer i teksten i manuskriptet bør du laste opp ett fullstendig manus, og ett anonymisert manuskript. Se retningslinjer for [anonymisering](#).
- Det forutsettes at artikkelen ikke er sendt til andre vitenskapelige tidsskrift samtidig. Artikkelen skal heller ikke være tidligere publisert. Deler av artikkelen kan ha vært publisert som abstract eller poster på konferanser. For artikler som er påbegynt i forbindelse med en masteroppgave gjelder at oppgaven skal være reservert mot offentliggjøring.
- Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis når manuskriptet sendes inn. Økonomisk støtte til gjennomføring av studien må oppgis.

- Alle oppførte forfattere må tilfredstille kriteriene for forfatterskap. Se oversikt over [kriterier](#).
- Manuskripter kan være på norsk eller engelsk.
- Antall ord er maksimalt 3000 for kvantitative artikler, maksimalt 5000 ord for kvalitative artikler og kunnskapsoppsummeringer/reviewer (sammendrag, figurer, tabeller og referanser ikke inkludert).
- Alle manuskripter skal følge oppsatte kriterier i denne forfatterveiledningen.

2. INNSENDING AV MANUSKRIPT

Følg brev til redaktør

I følgebrevet må forfatterne oppgi hva artikkelen tilfører av ny kunnskap, om tematikken er interessant for anesthesi- og intensivsykepleiere, samt en redegjøring for hvorvidt resultatene er publisert tidligere (for eksempel som poster eller foredrag/abstract på en vitenskapelig konferanse). Videre skal eventuelle økonomiske interesser eller andre interessekonflikter oppgis. Følgebrevet bør ikke overskride en A4 side.

Tittelside

- Tittel på manuskriptet
- Forfatterens (forfatternes) navn, tittel, arbeidssted og adresse til arbeidssted

Hvis det er flere forfattere presenteres i tillegg kontaktpersonens

- For- og etternavn, tittel (RN, MNSc, PhD el)
- Postadresse, E-postadresse
- Telefonnummer
- Antall ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- Antall figurer og tabeller

Sammendrag

Sammendraget struktureres etter følgende overskrifter:

- Bakgrunn
- Hensikt
- Metode
- Resultater
- Konklusjon

Lengde: maksimalt 300 ord.

Sammendraget skal være på engelsk og artikkelspråket.

3–5 nøkkelord oppgis direkte etter sammendraget. Nøkkelord skal være på engelsk og artikkelspråket.

Sjekkliste for rapportering

Inspira oppfordrer forfattere om å følge aktuelle retningslinjer for rapportering av forskning fra <https://www.equator-network.org/>

Som innledning til artikkelens metodedel (se under) oppgis hvilken retningslinje som er fulgt. Utfylt sjekklister legges ved som vedlegg ved innsending.

3. ARTIKKELENS STRUKTUR OG INNHOLD

Artikler som bygger på empiriske studier struktureres etter IMRAD prinsippet som Introduksjon, hensikt, metode, resultater, diskusjon, konklusjon, kliniske implikasjoner og referanser:

Introduksjon/Bakgrunn: Bakgrunn for valg av emne/tematikk. Start generelt og spisse deretter mer inn mot studiens hensikt

Hensikt: Hensikt med studien/problemstilling(er)/forskningsspørsmål/hypoteser.

Metode: Forskningsdesign, datainnsamlingsmetode, gjennomføring/prosedyre (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), analyse. Eventuelle godkjenninger (REK/Personvernombudet/andre relevante instanser) inkluderes under metodekapittelet. Dersom godkjenning(er) ikke er innhentet bør det beskrives hvorfor ikke. Det samme gjelder eventuelle *etiske betraktninger*. Som innledning til artikkelens metodedel oppgis hvilken retningslinje for rapportering av forskning fra <https://www.equator-network.org/> som er brukt (se også [Sjekklister for rapportering](#)).

Resultater: Beskrivelse av resultatene, uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Det er en fordel for forfattere som bruker kvantitativ metode, at de får studien vurdert av statistiker før den sendes inn. Tabeller og figurer må være lett lesbare, selvforklarende, og ikke strekke seg over ½ side.

Diskusjon: Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Validitets/reliabilitetsdiskusjon *kan* inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat (evt under metodekapittel), men gjerne under egen underoverskrift. Studiens begrensinger/svakheter settes til slutt i kapittelet, og angir hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene, i tillegg til hva som evt er gjort for å utjevne disse.

Konklusjon: Kort oppsummering av artikkelen, implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

4. FORMATERING AV MANUSKRIFT

- Artikkelmanuskript med vedlegg sendes inn som Word-dokument (.doc).
- Teksttypen skal være enten Cambria eller Times New Roman, skriftstørrelse 12. Linjeavstand skal være 1,5 cm.
- Manuskriptet skal ha løpende linjenumre. Se hvordan du legger til det i manus hos [Support Microsoft](#).
- Overskriftene markeres med fete bokstaver, underoverskrifter i kursiv. Unngå for mange underoverskrifter.

- Det anbefales også ren tekst med minst mulig fet eller kursiv tekst, understreking, innrykk, deling av ord og lignende.
- Figurer og tabeller fremstilles på separate sider etter referanselisten- på samme dokument som selve artikkelteksten (se under Figurer og tabeller).
- Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort (maks 20 ord), informativ og vekke interesse. Det skal ikke benyttes forkortelser i selve tittelen.
- Fremmedord og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.
- Artikkelmanuskriptet skal følge Vancouver systemet (se under Referanser).
- Redaksjonen språkvasker antatte artikler, men forfatterne må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.
- Antall ord er maksimalt 3000 for kvantitative artikler, maksimalt 5000 ord for kvalitative artikler og kunnskapsoppsummeringer/reviewer (sammendrag, figurer, tabeller og referanser ikke inkludert).

5. FIGURER OG TABELLER

Artikkelen kan inneholde maksimalt 5 figurer og tabeller til sammen. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og enkle å forstå.

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

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Overskriften plasseres over tabellen og under figuren. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen. Ønsket plassering av figurer/tabeller markeres i fortløpende tekst med fet skrift, eksempel: (Vennligst plasser tabell 1 her). Endelig vurdering av plassering gjøres av redaktør.

6. REFERANSER

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i referanselisten. Se fullstendig veiledning hos [NTNU](#).

- Det angis opptil fem forfattere, deretter "et al."
- Alle tidsskrift skal føres opp i kortform, se oversikt [her](#).
- Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettside og nedlastingsdato.
- Referanser skal anføres med DOI (digital object identifier) der dette er tilgjengelig. Denne skrives inn som full lenke, uten punktum til slutt: <https://doi.org/xxxxx>

Eksempler på korrekt føring av referanser i referanselisten:

1. de Witt L, Ploeg J. Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *J Adv Nurs* 2006;55:215–29.
2. Fraser DM, Cooper MA. *Myles Textbook for Midwives*. London: Churchill Livingstone; 2003.
3. Dahl K, Heggdal K, Standal S. Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). *Grunnleggende Sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2005.
4. Foucault M. Truth and power. I: Gordon C. (red). *Power/Knowledge: Michel Foucault*. New York: Pantheon Books; 1980 (s. 78–101).

5. Sosialdepartementet. Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.
6. Lov av 2. juli 1999 nr. 4 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovddata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 15.11.2007).
7. Karterud D. Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art (doktoravhandling). Åbo: Åbo Akademis Förlag; 2006.
8. Leonardsen ACL, Grøndahl VA, Ghanima W, Storeheier E, Løken TA, et al. Evaluating patient experiences in decentralised acute care using the Picker Patient Experience Questionnaire; methodological and clinical findings. BMC Health Services Research 2017; 17:685. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2614-4>

Sitater og referanser i teksten:

Direkte sitater på inntil 3 linjer markeres med anførselstegn (foran og bak). Sitater på over 3 linjer skrives som et eget avsnitt med innrykk, uten anførselstegn. Se eksempler her: [Vancouver-stilen \(NTNU\)](#)

Eksempler på korrekt føring av referanser i teksten: Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og referanse nummer i rund parentes etter forfatter, eksempel:

Morse (1) eller Redmond (2) asserts that the [...]

Henvisninger til flere verk føres i nummerert rekkefølge på følgende måte: (1-5)

Eller hvis rekkefølgen brytes adskilles med komma, for eksempel: (1,3,8) eller (2-5,8,10)

Flere studier (2-4,9) viser

Merk: Forfattere anmodes om kritisk å vurdere referansene både mht antall og at disse er av nyere dato, der dette er relevant.

7. FORSLAG TIL HABILE FAGFELLER

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

8. VURDERINGSPROESSEN

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes inn. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees/reviewers) for nærmere vurdering. InspirA bruker blindet fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er ukjent for hverandre. Det er likevel en viss mulighet for gjenkjenning av forfattere siden fagmiljøene er relativt små.

Forfattere holdes fortløpende informert om prosessen via mail fra ansvarlig redaktør.

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

- Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?
- Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?
- Holder manuskriptet ønsket kvalitet for en forskningsartikkel?

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

9. PLAGIATKONTROLL

Vi gjør oppmerksom på at NOASP – Cappelen Damm Akademisk benytter plagiatkontrolltjenesten «iThenticate», som kontrollerer innholdet i innsendte bidrag opp mot allerede publisert forskningsarbeid og webmateriale.

10. INNSENDING AV REVIDERT MANUSKRIFT

1. Etter fagfelle-vurdering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(e) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.
2. Endringer markeres av forfatter med "spor endringer" eller annen tydelig markering i et dokument markert "Artikkel med spor endringer". Forfatternavn må ikke fremkomme.
3. Det sendes også inn et renskrevet dokument av forfatter, markert "Revidert artikkel"
4. Revidert artikkel skal følges av et brev til fagfeller og redaktør som nøye beskriver endringene og besvarer eventuelle kommentarer fra fagfellene/redaktør.

11. GODKJENNING AV MANUSKRIFT

Forfatter får beskjed fra redaktøren om og når artikkelen er godkjent for publisering.

