

Uønskede hendelser i intensivavdelingen. En kvalitativ studie av hva som påvirker melding av uønskede hendelser i intensivavdelingen

Lasse Næss Leistad

Intensivsykepleier, Master i klinisk sykepleie, St. Olavs hospital, Norge

E-post: lassenleistad@hotmail.com

Susan Saga

Førsteamanuensis, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU, Norge

Sammendrag

Bakgrunn: Uønskede hendelser i helsetjenesten er et problem som skaper personlige lidelser for pasienten og store økonomiske utgifter for sykehusene. Til tross for økt fokus på pasientsikkerhet viser forskning at melding om uønskede hendelser underreporteres. 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.

Hensikt: Studiens hensikt var å få innsikt i intensivsykepleieres erfaringer med uønskede hendelser, og hva som påvirker melding av disse.

Metode: Kvalitative data ble samlet inn gjennom tre fokusgruppeintervju med totalt seksten informanter fra et universitetssykehus i Norge. Det ble benyttet fenomenologisk tilnærming som analysemetode.

Resultat: Intensivsykepleierne opplevde at forskjellige oppfatninger dem imellom om hva en uønsket hendelse egentlig er påvirket om avvik ble meldt eller ikke; de opplevde at avvik ble normalisert, at de var usikre på når de skulle skrive avvik og at alvorlighetsgraden av hendelser avgjorde om hendelser ble meldt eller ikke. Flere organisatoriske forhold som manglende tilrettelegging, tungvint meldessystem, travelhet, nedprioritering, redsel for å melde og manglende tilbakemelding og læring påvirket om uønskede hendelser ble meldt eller ikke. I tillegg var det ulike forhold i kulturen på de involverte intensivavdelingene som påvirket om avvik ble meldt, som lojalitet til kollegaer og åpenhet blant intensivsykepleiere.

Konklusjon: Denne studien har gitt oss nye kunnskaper om hva som påvirker praksis 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 melde. Praksis må etablere gode rutiner for melding, drøfting og læring av uønskede hendelser på intensivavdelinger. God meldekultur, som innebærer at sykepleiere målbevisst melder uønskede hendelser, kan forebygge at lignende hendelser skjer i fremtiden, og dermed minimere risikoen ved å være pasient.

Nøkkelord: *intensivsykepleie; uønskede hendelser; pasientsikkerhet; kvalitetsforbedring; kvalitativ metode*

Abstract

Adverse Events in the ICU. A Qualitative Study of Nurses' Experiences of What Affects the Reporting of Adverse Events

Introduction: Adverse events in health care services are 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 a method of analysis.

Results: The participants experienced that there are different opinions amongst the nursing staff as to what constitutes an adverse event, and that these differences contribute to adverse events not being reported. Some adverse events were considered normal and some of the nurses experienced insecurities when assessing whether or not to report. The severity of the event was often the decisive factor in their decision making. Several organizational factors influenced whether or not adverse events were reported. These included lack of resources, cumbersome systems of reporting, lack of time, lack of feedback on what was reported and fear of reporting in and of itself. Additionally the reporting of adverse events were influenced by certain cultural aspects within the contributing ICU wards, such as collegial loyalty and openness within the intensive care nurses work environment.

Conclusion: This study gives new insight into what influences the practice of reporting adverse events among nurses in the ICU. The results show that awareness and transparency can reduce impeding factors that prevent intensive care nurses from reporting adverse events. Furthermore, a good reporting culture, which involves nurses deliberately reporting adverse events, can prevent similar events in the future and thus minimize the risk of being a patient.

Keywords: *intensive care nursing; adverse events; patient safety; quality improvement; qualitative method*

Introduksjon

Pasientsikkerhet handler om å ivareta pasienter slik at uønskede hendelser unngås. Dette inkluderer 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 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 (3,4).

I et stadig mer presset helsevesen er det viktigere enn noen gang å melde fra om uønskede hendelser for å ivareta pasientsikkerheten. God pasientsikkerhet forutsetter at helseforetakene lærer av uønskede hendelser, og at de aktivt forebygger at disse hendelsene gjentar seg. Melding om uønskede hendelser er lovpålagt jf. helsepersonelloven § 17 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 (5,6). 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 (7,8). 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 (2).

Stortinget vedtok i 2019 endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 som innebar at meldeordningen i spesialisthelsetjenesten ble avviklet. Dette fordi de ønsket å forbedre loven i tråd med endringer og behovene i helsevesenet. Stortinget viste til at meldeordningen ikke har hatt dokumentert effekt, og at ressursene kan brukes bedre gjennom blant annet å utvide varslingsordningen ved alvorlige hendelser (9). Ifølge en årsrapport fra Helsedirektoratet i 2015, mottok meldeordningen 9 707 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 (10). 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 (11,12).

Intensivsykepleiernes arbeidshverdag og forhold som påvirker meldekulturen

Riksrevisjonen har undersøkt helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser og peker på at ulike grupper av helsepersonell og avdelinger har potensial for å bedre meldekulturen (12). Uønskede hendelser blir ofte forklart med at enkeltpersoner har gjort feil. Dette kan føre til en kultur hvor ansatte ser på meldesystemet som et angiversystem, og det kan bli høyere terskel for å skrive melding (12,14). Riksrevisjonen anbefaler derfor at ledelsen i helseforetakene, på alle nivåer, tilrettelegger for en kultur for å melde fra og lære av egne og andres feil. Videre at de ansatte har kompetanse til å skrive melding om uønskede hendelser og at det etableres en felles forståelse av hva en uønsket hendelse er, en definisjon som ikke begrenser, men som åpner for en mer utbredt meldekultur (12).

Tidligere studier viser at det er flere forhold som påvirker om intensivsykepleiere skriver meldinger eller ikke når uønskede hendelser inntreffer. Organisasjonsbarrierer, som kultur, meldesystemer og ledelsesatferd, har stor innflytelse på om man skriver melding om uønskede hendelser (13,18). Organisasjonskultur er et viktig arbeidsområde for å bedre pasientsikkerheten, da kulturen er avgjørende for hva sykepleiere gjør og hvordan de gjør det. I en systematisk kunnskapsoppsummering som undersøkte barrierer for å melde feilmedisinering blir organisatoriske barrierer nevnt som et av de største hindrene for god meldekultur (14). Eksempler på organisatoriske barrierer er mangel på tilbakemelding, negativ tilbakemelding eller ingen positiv tilbakemelding. Sykepleierne opplever at ingenting blir gjort med meldingene, og de så dermed ingen fordel med å melde (13,14,17,18). I tillegg er en åpen kultur, hvor sykepleiere erkjenner at ingen organisasjon og ikke noe menneske er ufeilbarlig, av stor betydning (19). Meldeprosessen kan bli en barriere dersom den er tidkrevende: Meldinger om uønskede hendelser blir dermed nedprioritert eller glemt. Stabil bemanning blir sett på som en forutsetning for de ansattes trygghet i rollen som «varslere» (17–19). Manglende kunnskap og opplæring fra utdanningssted eller arbeidsplassen blir også nevnt som barrierer for å melde om uønskede hendelser. Selv om det finnes prosedyrer på melding av uønskede hendelser, blir disse lite brukt på grunn av utilgjengelighet og mangelfull oppdatering (13–17).

Flere studier forteller at sykepleiere er redde for å melde feilmedisinering i frykt for å få skylden, frykt for å miste jobben, eller redsel for å miste ære, verdighet eller bli stigmatisert (13,14). I tillegg beskrives redselen for å melde en kollegas uetiske praksis (13,18).

De tidligere studiene av hva som påvirker melding av uønskede hendelser i helseinstitusjoner er først og fremst studier av helsepersonell og sykepleiere. Vi har ikke funnet studier som har undersøkt hva som påvirker praksisen for melding om uønskede hendelser blant intensivsykepleiere. Hensikten med denne studien er derfor å få innsikt i intensivsykepleieres erfaring med melding om uønskede hendelser, og hva som påvirker meldingen av disse. Målet er å synliggjøre forbedringspotensialet 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 har vi valgt å benytte en fenomenologisk tilnærming. Denne tilnærmingen 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. Ved å bruke fenomenologi søker forfatterne essensen i levd erfaring, gjennom å sette til side sin egen forståelse (20). Studien er basert på datamateriale fra tre fokusgruppeintervju.

Utvalg

Utvalget besto av intensivsykepleiere og sykepleiere ved tre intensiv- og overvåkingsavdelinger ved et 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. 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 1).

Tabell 1 Demografi (n = 16)

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

Datainnsamling

Den kvalitative datainnsamlingen foregikk over fire måneder på de utvalgte intensiv- og overvåkingsavdelingene. Det ble rekruttert informanter i samarbeid med avdelingsleder. Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervju. I to av fokusgruppene ble informanter fra samme avdeling samlet til intervju, mens i det tredje fokusgruppeintervjuet ble informanter fra alle de tre inkluderte intensiv- og overvåkingsavdelingene blandet. 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 (13–19). Intervjuguiden ble utprøvd som en pilot på studenter i videreutdanning for intensivsykepleie før selve datainnsamlingen tok til. Dette var nyttig for utformingen av intervjuguiden da vi fikk avdekket mangler og svakheter med det planlagte forskningsprosjektet. For eksempel ble uklare spørsmål omformulert, rekkefølgen på spørsmålene ble endret, og det ble formulert oppfølgingsspørsmål der det ble avdekket behov for presisering og justering. 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 arbeidstedet sitt (tabell 2). Moderators (førsteforfatter) oppgave var å skape en velvillig og åpen atmosfære, der man kunne uttrykke personlige og motstridende synspunkter på emnene som var i fokus (21). Fokusgruppediskusjonene ble tatt opp på lydfil.

For å avgjøre hvorvidt det var innhentet nok data ble det vurdert om det var nødvendig med nye fokusgruppeintervju basert på de kategoriene og den konseptuelle dybden som kom frem i de foregående intervjuene. Etter at det tredje intervjuet var gjennomført, ble det besluttet at en tilfredsstillende metning var oppnådd (22).

Tabell 2 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.

Analysen

Etter hvert fokusgruppeintervju ble intervjuene transkribert og aidentifisert, og refleksjonsnotater knyttet til den transkriberte teksten ble notert. Analysetilnærmingen er inspirert av Kvale og Brinkmann (20) og ble gjort i 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 vi meningsinnholdet i meningsenhetene i form av sentrale tema fra de tre fokusgruppeintervjuene. Etter denne fasen møttes første- og sisteforfatter for en kritisk gjennomgang og drøfting av de foreløpige temaene i et av fokusgruppeintervjuene. I det fjerde trinnet ble meningsenhetene i intervjuene undersøkt 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 (20). Her gikk første- og sisteforfatter kritisk gjennom temaene ved å vekselvis definere foreløpige navn på temaene. Strukturen og essensen i og mellom tema og den hierarkiske sammenhengen mellom tema og subtema ble diskutert, samt å velge ut passende sitater fra datamaterialet. Til slutt kom vi frem til en enighet om endelige navn på hovedkategorier og subkategorier. Tabell 3 gir et eksempel på hvordan de ulike trinnene i analysen er gjennomført.

Tabell 3 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>	

Etiske vurderinger

Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studiens hensikt, deltakernes rett til å trekke seg, samt ivaretagelse av anonymitet. Deltakerne signerte et samtykkeskjema i forkant av fokusgruppeintervjuene. Studien ble godkjent av Norsk senter for

forskningsdata (NSD, nå Sikt) 5. januar 2022, og det ble innhentet tillatelse fra ledelsen ved de involverte avdelingene. Studien ble utført i henhold til helseforskningsloven (23) og Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper (24).

Resultat

Intensivsykepleierne og sykepleierne med intensivbakgrunn ble i undersøkelsen bedt om å dele sine erfaringer om hva som påvirket praksisen for melding om uønskede hendelser på deres avdeling. Begge kjønn var representert i utvalget. Fjorten informanter hadde videreutdanning i intensivsykepleie, 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).

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? - Normalisering av avvik - Meldingenes alvorlighetsgrad	- Manglende tilrettelegging og tungvint rapporteringssystem - Nedprioritering av avvik - Redsel for at meldingene blir negativt mottatt av leder - Tilbakemelding og læring av hendelsene som blir meldt	- Lojalitet til kolleger - Åpenhet blant intensivsykepleiere

Uklarhet om hva en uønsket hendelse er

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

Informantene i studien var enige om at meldekulturen på deres avdeling burde vært bedre. De opplevde at meldefrekvensen var lav og at de ikke var flinke nok til å utøve varslingsplikten. En informant sa: «Finnes det plasser hvor meldekulturen er god nok?» (1a2a). De ga uttrykk for at de burde varslet hyppigere fordi det var mange uønskede hendelser eller nesten-uhell som skjedde: «Vi burde kanskje skrive ti ganger flere meldinger enn det vi gjør nå ...» (1d2c). Det kom også frem at det var utfordrende å se viktigheten av å melde nesten-uhell. Dette på tross av at leder og kollegaer oppfordret hverandre til å skrive melding om uønskede hendelser på arbeidsplassen.

Når skal man skrive avvik?

Informantene i studien stilte spørsmål ved hvor grensene gikk for hva som var og ikke var en uønsket hendelse, hvordan uønskede hendelser ble definert og hvorvidt det fantes fasitsvar: «Hva er et avvik? Er det et avvik om man har glømt noe?» (1d2b). En annen informant sa: «Hvor går egentlig grensa for hva som skal skrives i et avvik?» (1d3a). Sykepleierne opplevde at underbemanning var en uønsket hendelse, da dette kunne føre til farlige situasjoner. Likevel fortalte informantene at det ikke ble skrevet avviksmeldinger knyttet til underbemanning. De var usikre på om det var et avvik dersom det gikk bra til tross for 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 fortalte sykepleierne at de aksepterte at «slik er det», da leder sier at: «Slik blir det.» Sykepleierne opplevde at det var vanskelig å definere om avvik handlet om uheldige hendelser som hadde 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

Sykepleierne fortalte at situasjoner som handlet om manglende dokumentasjon på et gitt medikament, feil dosering i kurve eller ikke utført arbeid ble sett på som «småting» og «flisespikkeri». Småting det var lett å fikse, og som det derfor ikke var grunn til å melde: «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 fortalte de at dersom forhold som mangel på leger, utstrakt bruk av overtid, underbemanning og overbelegg opplevdes ofte nok, kunne dette etter hvert bli sett på som normalt. Det som ble oppfattet som normalt ble sjeldnere meldt som uønskede hendelser.

Hendelsenes alvorlighetsgrad

Sykepleierne i studien beskrev at alvorlighetsgraden var avgjørende for om man skrev meldinger. Uønskede hendelser med store konsekvenser eller hendelser som kunne ha ført til store konsekvenser ble tatt på alvor, og i de fleste tilfeller førte dette til forbedring og endring i ettertid. «Små» ting, som medikamentfeil eller feil ved administrasjonsmåter som ikke ga konsekvenser for pasienten, førte sjelden med seg endring i ettertid, og ble sjeldnere meldt. Disse situasjonene ble 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 var det flere organisatoriske forhold som påvirket hvorvidt man skrev eller ikke skrev melding om uønskede hendelser. Under denne hovedkategorien ble det identifisert fire subkategorier: manglende tilrettelegging og tungvint meldesystem;

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 meldesystem

Informantene fortalte at det var et ønske og en ambisjon fra leder og kollegaer at det skulle tilrettelegges for å skrive meldinger, men at dette ikke ble gjort: «Det blir ikke lagt til rette for å skrive melding om uønskede hendelser. Da må man skrive på overtid» (1d2a). Informantene ønsket ikke å skrive meldinger på overtid, de ønsket å dra hjem når arbeidshverdagen var over. Sykepleierne var likevel tydelige på at man absolutt kunne 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).

Meldesystemet ble av informantene opplevd som tungvint, noe som igjen hadde negativ påvirkning på informantenes motivasjon til å melde uønskede hendelser. Systemet ble beskrevet som uklart og med mye rom for tolkning. Disse faktorene sammen med manglende tilrettelegging førte til at sykepleierne på intensivavdelingene mistet 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 opplevde daglig samtidighetskonflikter som tvang dem til å prioritere mellom ulike oppgaver. Sykepleierne forklarte også deres lave meldefrekvens med glemsel og at det ble nedprioritert. På en intensivavdeling, der alle pasientene er kritisk syke, opplevde ikke informantene melding om uønsket hendelse som en arbeidsoppgave med høy prioritet. Melding om uønskede hendelser ble 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» (1d1).

Redsel for at meldingene blir negativt mottatt av leder

Flere av informantene opplevde at det å skrive melding på underbemanning, organisering av drift og system var vanskelig, da man fryktet negativ respons fra leder, som i utgangspunktet er den som har ansvaret for underbemanning, organisering av drift og system. Derfor meldte man ikke avvik dersom avdelingen var underbemannet. Sykepleierne på intensivavdelingene beskrev slike situasjoner som utfordrende, og at det kanskje hadde vært lettere å skrive en «fellesmelding» hvor flere har signert, eller å 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 opplevde at det var

vanskelig å formulere seg i meldesystemet på slike saker, og at man i stedet unngikk å skrive melding.

Tilbakemelding og læring av hendelsene som blir meldt

Sykepleierne påpekte at mange tilbakemeldinger på meldingene man skrev kun var en avslutningsmelding som ikke inneholdt læringsinformasjon for avdelingen. Informantene uttrykte at man mistet motivasjonen til å melde avvik fordi meldingene ikke førte til læring eller endring. At de fikk tilbakemeldinger på meldingene var en forutsetning for at de opplevde at de fikk noe igjen for å melde.

Flere av informantene var usikre på om det ble gitt informasjon til de ansatte om meldingene som ble skrevet slik at man kunne lære av dem: «Hvordan lære av feil dersom man ikke vet hvilke feil som har skjedd?» (1d2b). Flere var usikre på om avviksmeldinger i det hele tatt ble tatt opp i fellesmøter, eventuelt om avviksmeldingene bare ble tatt opp på bestemte dager når ikke alle ansatte var til stede: «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 fortalte at de ønsket et eget informasjonsskriv om de meldingene som ble skrevet slik at man kunne lære av dem. Informantene var enige i at det skjedde for lite kvalitetsforbedring som følge av de uønskede hendelsene som ble 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 mente at melding kan føre til endring, men fortalte likevel at de sjelden skriver melding om uønskede hendelser. Likevel så de på en «avviksmelding» som en positiv ting som andre, eller alle, kunne lære av. Informantene uttrykte stor tro på at meldinger som gjøres mer tilgjengelig for ansattgruppen er med på å fremme både meldefrekvens og læring.

Kulturen i intensivavdelingene

I den siste hovedkategorien presenteres forhold i arbeidsmiljøet som påvirket informantenes praksis for melding om uønskede hendelser. To subkategorier ble identifisert: lojalitet til kolleger; åpenhet blant intensivsykepleiere.

Lojalitet til kolleger

Hos informantene på intensivavdelingene stod lojalitetsplikten høyt. Det opplevdes som ubehagelig å varsle om kollegaer fordi man ikke ønsket å henge ut eller «ta noen»: «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 fortalte at de heller ønsket å ta ting direkte med den det gjaldt enn å skrive melding om uønskede hendelser som involverte en kollega. Samtlige beskrev dette som mest «fair», selv om de prinsipielt uttrykte at det var bedre å ta det skriftlig og formelt.

Videre ga de uttrykk for at det var lettere å melde avvik utad, enn innad 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 fortalte at de skrev meldinger når det gjaldt svikt eller mangler fra eksterne yrkesgrupper, personer eller avdelinger som for eksempel manglende legevisitt, manglende dokumentasjon i pasientjournal og feil i medikamenthåndtering. De fleste informantene var enige i at det var lettere å skrive melding på andres feil enn sine egne. Likevel mente samtlige at det stod respekt av å innrømme egne feil og at det av og til ble skrevet melding på dette slik at alle kunne lære av det.

Åpenhet blant intensivsykepleierne

Sykepleierne i studien uttrykte en felles opplevelse av at det ikke var 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 fortalte at åpenhet og kunnskap om uønskede hendelser var nødvendig for best mulig å kunne håndtere lignende hendelser senere, å avklare årsaksforhold og bidra til læring slik at tilsvarende ikke skjedde igjen. Informantene var enige i at åpenhet om uønskede hendelser økte pasientsikkerheten.

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 opplevde normalisering av uønskede hendelser, at de var usikre på når de skulle skrive melding og at det ofte var alvorlighetsgraden av hendelser som avgjorde om hendelser ble meldt eller ikke.

Denne studien viser at organisatoriske forhold som manglende tilrettelegging, tungvint meldesystem, travelhet, nedprioritering, redsel for å melde og manglende tilbakemelding og læring påvirket hvorvidt informantene meldte om uønskede hendelser eller ikke. I tillegg viste resultatene at kulturen i intensivavdelingene som lojalitet til kollegaer og åpenhet blant intensivsykepleiere påvirket hvorvidt man skrev eller ikke skrev melding om uønskede hendelser.

Studien viste at kriteriene for å melde uønskede hendelser opplevdes som uklare, noe som igjen gjorde at skjønn ble utøvd med hensyn til om uønskede hendelser skulle meldes. Tidligere forskning har funnet at en felles forståelse eller definisjon er avgjørende for om man varsler om uønskede hendelser (13–16). Det er for eksempel 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. Hovedregelen er at hvis man er i tvil om hva som skal meldes, skal man melde. Målet med § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven er å bedre pasientsikkerheten ved at meldingene brukes for å avklare årsaker til

hendelser, og å forebygge at tilsvarende skjer igjen (6). Dette er imidlertid ikke kjent for alle, og konsekvensene er at færre melder uønskede hendelser (4).

Informantene i studien ga uttrykk for at meldesystemet opplevdes som tungrodd, tidkrevende og lite brukervennlig. Flere studier har vist hvordan meldesystem som er enkle å håndtere og lettere tilgjengelig er avgjørende for om man skriver avviksmelding (13,14). I Pohjanoksa et al.s studie fra Finland fant man at en forutsetning for et velfungerende meldesystem var at sykepleierne opplevde at det var «enkelt» å melde (16). Meldeprosessen kan bli en barriere dersom den er tidkrevende. Sykepleiere erfarer stadig mer tids- og arbeidspress, noe som gjør at melding om uønskede hendelser blir nedprioritert eller glemt (13,14,16–18). Informantene i denne studien opplevde daglig samtidighetskonflikter der de ble tvunget til å prioritere mellom ulike oppgaver i løpet av en arbeidsdag.

Flere av informantene i studien opplevde det som vanskelig å skrive melding om underbemanning og organisering av drift og system, da man fryktet negativ respons fra leder. Dersom forhold som underbemanning oppleves ofte nok, kunne dette etter hvert bli sett på som normalt hos ansattgruppen. Det som oppfattes som normalt vil sjeldnere bli meldt som uønskede hendelser. I denne studien kommer det frem at underbemanning kan føre til uønskede hendelser. Stabil bemanning blir sett på som en forutsetning for de ansattes trygghet i rollen som «varslere». Stabilitet i bemanningen innebærer en kvalitetssikring i seg selv (16,18,19). Resultatene fra denne studien viste at en god meldekultur var 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.

Informantene påpekte at responsen på meldingene man skrev ofte var en avslutningsmelding og ikke inneholdt læringsinformasjon. Denne studien viser at dette svekket motivasjonen til å melde. Hvis meldingene ikke ledet til synlige tiltak, var det uklart for sykepleierne hvorfor de skulle fortsette å melde fra om uønskede hendelser. Myndighetene er tydelige på at det er helseforetakene som har ansvar for å analysere og lære av uønskede hendelser, samt iverksette tiltak for å forebygge dem (11). Det blir derfor viktig at arbeidsgiver oppretter et godt system som oppfordrer de ansatte til å se forbedringsmuligheter på arbeidsplassen (1). Sykepleierne som melder trenger å oppleve anerkjennelse og se meningen med å melde om uønskede hendelser. Dette vil engasjere de ansatte til å bidra til forbedring i virksomheten, og sikre 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 sile vekk de hendelsene de tenker det ikke er noe læring i.

Alle intensivavdelinger har sin egen kultur som preger personalet og deres arbeidsmåter, og denne kulturen har konsekvenser for pasientsikkerheten. Det er derfor viktig at sykepleiere på intensivavdelingene er bevisste denne kulturen. Flere studier fremhever betydningen av god ledelse for å bygge en god meldekultur (13,14,17–19). Ledelsens tilstedeværelse er viktig. Uønskede hendelser relaterer seg ikke til den enkelte sykepleier,

men til avdelingen, organiseringen, kulturen og ledelsen av avdelingen, så vel som institusjonen (14,17).

For sykepleierne i denne studien sto lojalitetsplikten høyt. Sykepleierne valgte å ikke skrive melding på kollegers feil eller mangler i pasientbehandlingen. Kollegialitet og lojalitetsplikt kan bli et hinder for pasientsikkerheten dersom ansatte velger å ikke skrive meldinger som involverer kolleger. Hjort (4) presiserer at det bør være et tydelig krav om at alle skal melde 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 rundt det å gjøre feil og det å melde feil løftes frem som en viktig faktor for god meldekultur (16). Resultatene fra denne studien kan tyde på at ansatte ved de inkluderte avdelingene var åpne rundt det å gjøre feil. 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 der det er 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 (25).

Tid til refleksjon og faglige diskusjoner har vist seg å forebygge at uønskede hendelser gjentar seg (4). I en travel hverdag på intensivavdelingen er det kanskje nettopp tid til refleksjon man ikke har. Dermed blir travelheten både årsak til uønskede hendelser og hinder til forbedring. I disse tider, hvor mangelen på intensivsykepleiere 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 meldingen av uønskede hendelser blant sykepleiere på intensivavdelinger.

Studiens styrker og begrensninger

Et lavt antall informanter, og det faktum at alle kom fra samme universitetssykehus, kan anses som en svakhet og begrense studiens overførbarhet (26). Det strategiske utvalget har likevel gitt data som styrker denne studiens validitet ved at det gir innsikt i deres unike erfaring og opplevelser med melding av uønskede hendelser. Førsteforfatter har flere år med klinisk erfaring som spesialsykepleier. Denne erfaringen og kunnskapen gir betydelig kontekstuell innsikt i studiefenomenet, men innebærer også en risiko for forutinntatt forståelse og antakelser. Vi har derfor forsøkt å formulere egen forforståelse fra starten av studien og å være bevisst på egne forutinntatte oppfatninger gjennom de forskjellige stegene i forskningsprosessen.

Fokusgruppeintervjuene ble ledet av førsteforfatter som moderator uten assisterende moderator. Dette kan skape utfordringer når man skal observere gruppedynamikken, oppsummere innhold og sentrere diskusjonen omkring det aktuelle temaet i samtalen. Likevel opplevdes fokusgruppeintervjuene som gode diskusjonsarenaer med god flyt og dynamikk med lite avbrytelser.

Denne studien har et kvalitativt design, men har likevel benyttet påstander i intervjuguiden for å innhente data. Vanligvis er påstander benyttet i kvantitative spørreundersøkelser hvor respondenter skal oppgi hvor enig eller uenig man er i en påstand på en skala. 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 i fokusgruppene. Det finnes lite forskning og litteratur på bruk av påstander i intervjuprosessen, og vi ønsker derfor å fremheve det innovative i dette. Bruk av påstander i fokusgruppeintervjuene var et bevisst valg rettet mot noen sentrale forestillinger knyttet til praksis rundt meldekulturen og pasientsikkerheten. Vi mener at dette har vært med på å styrke studien.

Konklusjon

Denne studien gir oss kunnskap om hva som påvirker praksisen for melding av uønskede hendelser blant sykepleiere på intensivavdelingen, forståelsen av hva en uønsket hendelse er, samt kjennskap til hvordan organisatoriske og kulturelle forhold kan bidra til bedring av meldekulturen på intensivavdelingen. Resultatene viser at det er behov for å styrke arbeidet på lokalt nivå, for å øke bevisstheten rundt hvordan melding av uønskede hendelser påvirker pasientsikkerheten.

For å kunne gjøre forbedringer vil åpenhet om feil, og det å melde feil, være viktig for meldekulturen. En god meldekultur innebærer at sykepleiere målbevisst melder om uønskede hendelser. Praksis må etablere gode rutiner for melding, drøfting og læring av uønskede hendelser på intensivavdelinger. Der intensivsykepleiere målbevisst melder uønskede hendelser, kan man forebygge at lignende hendelser skjer i fremtiden og dermed minimere risikoen ved å være pasient. Videre må sykehuset som organisasjon ta hensyn til den menneskelige komponenten i systemet som intensiv- og overvåkingsavdelingen er.

Implikasjoner for videre forskning

Det er tidligere ikke gjort forskning på intensivsykepleieres erfaringer med hva som påvirker praksisen for melding om uønskede hendelser, kun sykepleiere generelt, og det vil derfor være behov for flere studier som undersøker dette. Det vil både være behov for å undersøke temaet om meldinger av uønskede hendelse gjennom kvantitative studier med representative utvalg, samt en kvalitativ oppfølgingstudie av intensivsykepleieres kunnskap om uønskede hendelser for å kunne avdekke kunnskapshull og dermed bidra til å styrke pasientsikkerheten.

Referanser

1. Aase K. Pasientsikkerhet: Teori og praksis. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2018.
2. Helsedirektoratet. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023 [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [hentet 9.januar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no>
3. World Health Organization (WHO). World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems – from information to action [Internett]. Genève: World Health Organization; 2005 [hentet 15. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>
4. Hjort P. Uheldige hendelser i helsetjenesten: Pasientfortellinger. Oslo: Den norske legeföreningen; 2011.
5. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64 [hentet 9. januar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
6. Lov om spesialisthelsetjenesteloven m.m. (spesialisthelsetjenesten). LOV-1999-07-02-61 [hentet 9. januar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
7. Carayon P, Xie A, Kianfar S. Human factors and ergonomics as a patient safety practice. *BMJ Qual Saf.* 2014; 23(3). <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001812>
8. Slawomirski L. The economics of patient safety [Internett]. Boulogne: OECD; 2017 [hentet 11. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
9. Helsedirektoratet. Meldeordningen etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven avvikles [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [hentet 9. januar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/meldeordningen-etter-3-3-i-spesialisthelsetjenesteloven-avvikle>
10. Meld. St. 11. (2018–2019). Kvalitet og pasientsikkerhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017.
11. Ulvund I, Rokstad AM, Vatne S. Varsling av avvik: en vanskelig balansekunst. Sykepleien forskning. 2016. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.58904>
12. Riksrevisjonen. Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser [Internett]. Oslo: Riksrevisjonen; 2017 [hentet 21. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/undersokelse-av-helseforetakenes-handtering-av-uonskede-hendelser.pdf>
13. Jackson D, Peters K, Andrew, S, Edenborough M, Halcomb E, Luck L, Salamonson Y et al. Understanding whistleblowing: qualitative insights from nurse whistleblowers. *J Adv Nurs.* 2010;66:(10).
14. Vrbnjak D, Denieffe S, O’Gorman C, Pajnikihar M. Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2016;67:162–78.
15. Berland A, Natvig GK. Ivaretakelse av pasientsikkerhet. *Nord J Nurs Res.* 2005;25(3):33–38. <https://doi.org/10.1177/010740830502500308>
16. Pohjanoksa J, Stolt M, Suhonen R, Leino-Kilpi H. Wrongdoing and whistleblowing in health care. *J Adv Nurs.* 2018;75(7):1504–17.
17. Storli M. Feilmedisinering i sykehus: organisasjonskulturens påvirkning. *Nord J Nurs Res.* 2008;28(3):19–23.
18. Glette MK, Aase K. The relationship between understaffing of nurses and patient safety in hospitals: a literature review with thematic analysis. *Open J Nurs.* 2017;7:1387–429. <https://doi.org/10.4236/ojn.2017.712100>
19. Olds DM, Clarke, SP. The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *J Saf Res.* 2010;41(2):153–62. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2010.02.002>
20. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
21. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.

22. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quan.* 2018;52(4):1893–907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
23. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). LOV-2008-06-20-44 [hentet 15. nov. 2022]. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
24. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Helsinkideklarasjonen [Internett]. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene & Verdens legeforening; 2013 [hentet 16. juni 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
25. American College of Healthcare Executives. Leading a culture of safety: a blueprint for success. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2017.
26. Thagaard T. Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.