

Skal – skal ikke

Jordmødre og psykiatriske sykepleieres erfaringer med varsling av avvik

Ingeborg Ulvund, Karl Yngvar Dale og Atle Ødegård

Ingeborg Ulvund, høgskolelektor, Høgskolen i Molde, vitenskapelig høgskole i logistikk, Avdeling for helse og sosialfag

Karl Yngvar Dale, førsteamanuensis, Høgskolen i Molde, vitenskapelig høgskole i logistikk, Avdeling for helse og sosialfag

Atle Ødegård, professor, Høgskolen i Molde, vitenskapelig høgskole i logistikk, Avdeling for helse og sosialfag

Abstract

Midwives and mental health nurses experiences with reporting adverse events.

Patient Safety has a high priority on the national and international health care agenda. The incidence of adverse events is estimated to be too high and for a variety of reasons, a fair amount of such events are not reported. Hence, the aim of this study was to explore how midwives and mental health nurses experience and deal with adverse events. The study had a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with 25 midwives and mental health nurses. The data analysis strategy was systematic text condensation. Two primary themes emerged from the interviews: a) Nurses have a moral obligation to report, and b) Adverse events puts the individual in a difficult situation. The findings suggest developing a clearer understanding of the relationship between individual and organizational factors. In addition, management is proposed as the key factor in establishing good practice for reporting. More research is required in order to understand the psychosocial aspects of reporting adverse events, and the dynamics involved in professional decision-making in patient safety activities.

Emneord/Key words

*Varsling; pasientsikkerhet; psykiatrisk sykepleier; jordmor; kvalitativt intervju
Whistleblowing; patient safety; midwives; mental health nurse; qualitative interview*

Referee*

Introduksjon

Helsetjenesten skal tilby en sikker tjeneste av god kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Likevel skades pasienter som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på det samme (Skjellanger, Deilkås, Sørensen, Advocaat-Vedvik, Brudvik, Schreiner, Fredheim, Longva, Austdal, Lemser og Nikolaisen 2014). Internasjonalt er det anslått at avvik forekommer ved ti prosent av sykehusinnleggelsene og at halvparten av hendelsene kunne vært unngått (Vincent, Aylin, Franklin, Holmes, Iskander, Jacklin og Moorthy 2008,

Donaldson 2005). En kartlegging, gjennomført i spesialisthelsetjenesten i Norge, viser at i 2013, fikk tretten prosent av pasientene en skade som resulterte i forlenget sykehusopphold eller behov for tiltak (Skjellanger et al. 2014). Denne undersøkelsen har som formål å eksplorere prosesser knyttet til varsling av denne type hendelser.

Spesialisthelsetjenesten er pålagt å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og har opprettet meldesystem for rutinemessig oppfølging av avvik. Dette er pålagt institusjonene i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven §3 -3, §3-3a og §3-4 som omhandler pasienthendelser (Lovdata1999), og Internkontrollforskriften som omhandler HMS-hendelser (Lovdata 1996). I tillegg er spesialisthelsetjenesten ved lov pålagt å orientere Kunnskapssenteret og Helsetilsynet om hendelser som har eller kunne ha ført til alvorlig skade eller død (Spesialisthelsetjenesteloven §3-3 og §3-3a) (Lovdata 1999). I tråd med dette motiveres sykepleiere gjennom utdanning og egen fagorganisasjon til å ha oppmerksomhet rettet mot pasientsikkerhet, som det kommer fram i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, punkt 5.4; *Sykepleieren melder fra eller varsler når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold. Lojalitet til arbeidsstedet skal ikke hindre dette* (Norsk sykepleierforbund 2014).

Når pasienter utsettes for fare for skade, eller skade, brukes begrep som *avvik, feil, uønsket hendelse, kritikkverdige forhold* og *mangelfull eller uforsvarlig praksis*. I denne sammenhengen bruker vi begrepet *avvik* om slike hendelser. Varsling brukes ofte synonymt med det engelskspråklige *whistleblowing*, og deles ofte i intern og ekstern varsling. Intern varsling brukes da om varsling innad i organisasjonen, mens ekstern varsling brukes om varsling ut av organisasjonen (Skivenes og Trygstad 2005). En mye brukt definisjon på varsling er: *The disclosure by organization members (former or current) of illegal, immoral, or illegitimate practice under the control of their employers, to person's or organizations that may be able to effect action* (Miceli, Near og Dworkin 2008:6). Begrepet *varsling* brukes i denne artikkelen som en samlebetegnelse på handlinger der avvik er meldt videre, uavhengig av om de er meldt internt, internt, men forbi nærmeste ledelsesnivå, eller eksternt som til media.

Park og Blenkinsopp (2009) argumenterer for at *Teori om planlagt handling* (TPH) kan være den mest nærliggende teoretiske forståelsesrammen med hensyn til varsling. I TPH angis flere faktorer som påvirker handling, herunder a) holdningen til adferden som er mediert av hvilke konsekvenser en kan forestilles seg, b) en subjektiv norm knyttet til adferden og som er mediert av normative forestillinger og c) oppfattelse av kontroll over egen atferd (Ajzen 2005). TPH angir altså en dynamisk forståelse av varsling. Det harmoner med funn fra en rekke studier, som a) at sykepleiere ser det som sitt ansvar å være pasientenes talsperson, men at både det å være involvert i avvik, og å varsle dem, er en utfordrende oppgave (Black 2011, Evans, Berry, Smith, Esterman, Selim, O`Shaughnessy og DeWit 2006, Ahern og McDonald 2002, Kirkehei, Lindahl og Tinnå 2012, Peters, Luck, Hutchinson, Wilkes, Andrew, Jackson 2011, Sanghera, Franklin og Dhillon 2007), og b) at avgjørelsen om å varsle eller ikke er et resultat av en komplisert beslutningsprosess knyttet til egen kompetanse, hendelsens karakter og forventning om støtte og/eller risiko for de involverte (Sanghera et.al 2007, Sirriyeh, Lawton, Gardner og Armitage 2010, Vaartio, Leino-Kilpi, Salantero og Suominen 2006).

Et av virkemidlene i pasientsikkerhetsarbeidet er avvikrapporing med påfølgende læring av feil. På den andre siden har det vært påpekt at avvik underrapporteres og at det i helsetjenesten mangles kunnskap om hvorfor helsepersonell unnlater å varsle (Hofstad 2015, Vincent 2008). Sykepleiere er sentrale aktører i helsetjenesten og kunnskap om deres

erfaringer med avvik og avvikshåndtering er viktig når helsetjenesten som ledd i kvalitetssikkerhetsarbeidet skal etablere kulturer og system for varsling av avvik og læring av feil (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Denne undersøkelsen utforsker erfaringer og prosesser i tilknytning til dette. Målsetningen med studien er å utforske erfaringer hos et utvalg jordmødre og psykiatriske sykepleiere når det gjelder varsling av avvik i spesialisthelsetjenesten.

Metode

Utvalg

Utvalget besto av jordmødre og psykiatriske sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. De ble rekruttert via en større undersøkelse blant jordmødre og psykiatriske sykepleiere (Ulvund og Vatne 2015). Ledere ved føde- og barselenheter og psykiatriske enheter på 10 sykehus, fra ulike deler av landet, distribuerte et informasjonsskriv med forespørsel om å delta i et individuelt telefonintervju. De som ville delta sendte kontaktinformasjon i en forhåndsfrankert svarkonvolutt, adressert til den ansvarlige for studien. For å sikre anonymitet ble det ikke innhentet bakgrunnsopplysninger.

Semi-strukturert telefonintervju

Det ble benyttet et semi-strukturert telefonintervju som metodisk tilnærming. Intervjuguiden ble utviklet i et samarbeid mellom norske og australske forskere og var ledd i en større undersøkelse om jordmødre og psykiatriske sykepleieres erfaring med varsling av avvik (Ulvund og Vatne 2015). Intervjuene varte fra 25 til 60 minutter og ble gjennomført av førsteforfatter. Det ble gjort opptak av intervjuene som deretter ble transkribert av intervjuer.

Temaene i intervjuguiden tok utgangspunkt i forskning på varsling og kjente begrep og system i tilknytning til dette; 1) Informantenes erfaring med å forårsake avvik og å være vitne til avvik, 2) Om avvikene ble varslet (ene), 3) Informantenes begrunnelser for å varsle/ikke varsle, 4) Hva som påvirker beslutningen(e) om å varsle/ikke varsle, 5) Hva som hendte etter at de varslet, 6) Kjennskap til avviksmeldesystem og 7) Tema som burde fått større fokus i pasientsikkerhetsarbeidet.

For å sikre en felles forståelse for innholdet i brukte begrep ble informantene først oppfordret til å beskrive hva de oppfattet som avvik og varsling, og å reflektere rundt begrep som brukes i pasientsikkerhetsarbeidet. Dette for å få forsikre seg om at informantene svarte på det samme når de blir spurt det samme spørsmålet. I tillegg gjentok intervjuer informantenes svar og oppsummert hovedinntrykk med egne ord for å forsikre seg om at informantenes mening kom fram. Underveis ble det benyttet oppfølgingsspørsmål som: "Kan du fortelle ...?", " Kan du si litt mer om ...?« o.l. Oppfølgingsspørsmål ble stilt for at informantens egne meninger og begrunnelser i størst mulig grad skulle komme fram.

Analyse

I analysearbeidet ble det ikke skilt mellom jordmødre og psykiatriske sykepleiere. Analysen fulgte prinsippene i Malterud's systematiske tekstkondensering (Malterud 2011). Ved flere gangers gjennomgang av både lydfiler og tekst ble det dannet et helhetsinntrykk av informantenes meninger og erfaringer med avvikshåndtering og varsling. Dette ga igjen

grunnlag for å trekke ut noen foreløpige temaer. Disse foreløpige temaene ble vurdert mot studiens hensikt og det ble arbeidet videre med den delen av materialet som besvarte denne, som anbefalt i Malterud (2011). Utsagn og tekstbiter som var relevante ble samlet under tilhørende tema. Dette dannet utgangspunktet for å trekke ut de meningsbærende enhetene, som igjen ble kondensert til subtemaer, og som tilslutt ble samlet i to hovedtemaer.

Alle forfatterne har lang klinisk erfaring og kjenner utfordringene og dilemmaene knyttet til varsling. Førsteforfatter er sykepleier og jordmor og har førstehåndserfaring fra den type praksisområder som informantene er hentet fra. Det ble lagt vekt på å reflektere rundt egen forforståelse i alle deler av forskningsprosessen.

Etikk og personvern

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD). Informantene gav skriftlig informert samtykke til å delta. Krav til anonymitet og konfidensiell behandling av data-materialet ble ivaretatt i transkriberingen og alt datamateriale er anonymisert. Deltakelsen var frivillig, det ble ikke notert navn i tilknytting til intervjuene, informantene oppgav heller ikke arbeidssted og det ble opplyst at de når som helst kunne trekke opplysninger tilbake.

Funn

I alt ble 25 spesialsykepleiere intervjuet, 18 var psykiatriske sykepleiere og syv var jordmødre. Den enkelte informant refererte til flere typer avvik, ulike måter å varsle på og delte erfaring fra både alvorlige hendelser med skade på pasient og avvik som ikke hadde medført uønskede konsekvenser for pasienten. Informantene brukte begrepene varsling, melding og rapportering, og uønskede hendelser, feil og avvik, litt om hverandre. Det kom likevel tydelig fram hvilke type handlinger det ble referert til. De to hovedtemaene som ble identifisert i analysen var: 1) Vi har en moralsk plikt til å varsle og 2) Avvik setter den enkelte i en vanskelig situasjon.

Vi har en moralsk plikt til å varsle

Informantene vektla respekt for pasientenes rettigheter som en sentral verdi i sykepleieres yrkesgrunnlag og viste til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og Norsk Sykepleierforbunds oppfordring til sykepleiere om å være modig og sterk og varsle avvik og faglig uforsvarlig praksis. En av informantene uttrykte det slik; ... *etterpå har jeg tenkt, fader at jeg ikke sa fra, vi må ikke være feige*. Tok de ikke dette ansvaret hendte det at de i ettertid angret eller fikk en følelse av ikke å gjøre nok for pasientene, som det kom fram i følgende utsagn;

Har følt at jeg burde stått på litt mer for pasientene, noen ganger når jeg har gått tilbake og trøstet pasientene har jeg tenkt på at jeg burde sagt fra, men det er litt vanskelig.

Jeg tenker på at folk må tørre å varsle – at det som varsles ikke blir dysset ned, og at det er litt mer rom for å varsle, ikke være redd for det - ikke redd for å bli fryst ut av avdelingen, har hørt om det.

Det kom både fram et ansvar for å melde avvik en hadde vært delaktig i, og avvik en hadde vært vitne til. Ansvarret ble beskrevet som en profesjonell plikt (yrkesetikk) og et personlig ansvar (moralske verdier, egenskaper hos individet), det kommer fram i utsagn som; ... *jeg er den typen som sier fra*. Informantene forventet videre, både av seg selv og andre, at pasientens interesser ble satt foran egne, hadde en gjort en feil måtte en ordne opp for seg, som en sa;

Når jeg oppdaget at jeg hadde gitt feil medisin, så ville jeg ikke sitte med den rette etiske følelsen om at her er det gitt feil medisin når den er rapportert, da har jeg på en måte plassert det ut av meg selv.

Varslingsplikten knyttes ikke bare mot ivaretagelse av den enkelte pasient, informantene varslet også for hindre gjentakelse og å lære av feil. En informant uttrykte det på denne måten; ... *vi må melde for å bli bedre, for å skjerpe oss og slik at vi rent faglig blir bedre*. På den måten løftet informantene ansvar og hensikten med å varsle ut av den konkrete situasjonen, varsling fikk en forbyggende effekt og tillagt å ha en viktig funksjon i pasientsikkerhetsarbeidet, som to andre sa;

... begrunnelsen er ikke å finne ut hvem som gjør feil, vi gjør det for å bli bedre rent faglig og for å skjerpe oss.

... varslingssystemet fungerer greit, vi bruker meldingene til å bli bedre.

For å fortsette å varsle ble det imidlertid påpekt som viktig at leder hadde fokus på at hensikten var kvalitetsforbedring, at det var åpenhet om avvikene som ble varslet og om hva som ble gjort i etterkant.

Avvik setter den enkelte i en vanskelig situasjon

Flere forhold kan redusere sannsynligheten for at et avvik varsles. Det å være involvert i et avvik, enten som vitne eller som delaktig i hendelsesforløpet, utløste emosjonelle reaksjoner som stress og skyld, som en fortalte; ... *jeg kan huske det skjedde en gang for min egen del, jeg gjorde en feil, og det var en forferdelig ubehagelig opplevelse*. I tillegg til å klandre seg selv, opplevde noen det å ha gjort en feil som noe truende, som en spurte; ... *de kan ikke dømme meg for det?*

Informantene brukte ord som å *angi* og *angiveri* om avvikssystemet, og var opptatt av å unngå tildeling av skyld og utpeking av syndebukker. Noen kjente til at avvik hadde ført til utilsiktede konsekvenser for de involverte, som en sa; ... *det ble en heksejakt, folk var ikke interessert i å høre min versjon*. Dette førte til at de for ettertiden ble mer forsiktige, både på egne og andres vegne, det kommer fram i utsagn som;

Det skal være graverende før jeg melder en kollega, og det er ikke alltid jeg gjør noe.

... og man blir redd for at de skal prøve å finne en feil på deg.

Melder du meg melder jeg deg, det kan bli maktkamp i avdelingen, det blir ikke hyggelig å omgås den personen.

I analysen kom det fram en rekke eksempler på konsekvenser av varsling: a) at de involverte ikke fikk støtte eller hjelp b) at de ble frosset ut av leder eller kolleger, c) at de ikke ble trodd,

d) at hendelsen ble bagatellisert og e) at de involverte ble utsatt for represalier eller sanksjoner. I verste fall hadde varsling ført til tap av omdømme, svekkelse av helse og tap av avansementsmuligheter, og det ble referert til omplassering eller skifte av arbeidsplass. Dette fikk både personlige og profesjonelle konsekvenser, som det ble sagt ... *det gjør at en blir mer forsiktig*, eller; ... *det jeg merker i dag er at jeg har symptomer* og; ... *jeg har blitt mer varsom og vaksom*. Uavhengig av om de negative konsekvensene rammet dem selv eller en arbeidskollega, ble de selv i etterkant mer forsiktige, både med å varsle egne og andres avvik. Videre kom det fram at hyppig bruk av avviksmelding på egne avvik kunne medføre at ledelsen eller kollegaer vurderte dem som mindre dyktige eller at de ble stemplet som en "bråkebøtte". I tillegg kunne høy forekomst av avviksmeldinger ramme avdelingens omdømme negativt.

Gode rutiner for behandling av meldinger, støtte til de involverte og informasjon om avvik i egen avdeling virket motiverende, som en informant konkluderte; *Det at det blir gjort noe er helt vesentlig, da blir motivasjonen enda sterkere for å jobbe med endringsarbeid*. En annen informant fortalte følgende eksempel for illustrere det samme;

Jeg varslet om en ekstravakt som ikke fungerte, hun ble ikke brukt mer, det var litt leit, men jeg fikk god støtte fra leder og kollegaer, de sa det var riktig å varsle.

Noen typer avvik, som for eksempel feilmedisinering, var det relativt lett å identifisere som avvik. Ved andre typer avvik, for eksempel uetisk praksis og prosedyrebrudd, kunne det oppstå tvil og uenighet om hendelsen skulle varsles. Mangel på kompetanse til å vurdere, og manglende konsensus om hvilke typer hendelser som skulle varsles, kunne føre til underrapportering og skjevhet med hensyn til hva og hvem som varslet. Særlig utfordrende var det å forholde seg til en kritikkverdig praksis dersom den var akseptert av ledelsen og/eller kollegiet, samtidig som man selv mente praksisen var faglig uforsvarlig. Om denne type hendelser kunne det bli sagt;

... det er ikke vits å skrike til tomme vegger.

... jeg blir lei av å være jusstisstemme.

Ledere som oppfattet avvik og avviksmeldinger som personlig kritikk, eller som ikke fokuserte på varsling og avvikshåndtering som et middel til å lære av feil, ble oppfattet som "bremseklosser", en kommenterte det slik; ... *for å melde bekymring uten at noe skjer, da ender det med å gi opp*. Noen stilte spørsmål til effekten av å melde avvik, om det førte til kvalitetsforbedring, og argumenterte for andre former for kvalitetssikkerhetsarbeid;

... jeg har ikke alltid varslet, bare bedt om en diskusjon for eksempel, om hvordan ulike yrkesgrupper skal forholde seg.

... jeg liker ikke varslingssystemet, andre metoder virker bedre, hvorfor kan vi ikke bare snakke sammen, og ta det opp på avdelingsmøter.

Det ble også pekt på at det var ressurskrevende å melde. Det tok for mye tid, det var mangel på opplæring i bruk av meldesystemet og at kvaliteten på meldesystemet ikke var god nok.

Diskusjon

Målsetningen med studien var å utforske erfaringer hos et utvalg jordmødre og psykiatriske sykepleiere med hensyn til varsling av avvik. Funnene peker i retning av to hovedtemaer; 1) Vi har en moralsk plikt til å varsle og 2) Avvik setter den enkelte i en vanskelig situasjon.

Informantene oppfattet det som en sentral del av sin yrkesfunksjon å være pasienters talsperson og å varsle avvik. Imidlertid ble både det å forårsake et avvik, og å varsle det, forbundet med personlig og profesjonell risiko, noe som igjen kunne forhindre varsling. Det har tidligere vært foreslått at de som ikke varsler og de som varsler har ulike holdninger til varsling og pasientsikkerhetsarbeid (Ahern og McDonald 2002, Jansma, Wagner, Kate og Bijnen 2011). Denne studien fokuserte ikke direkte på holdninger, men mer på den kompleksiteten valgsituasjoner er forbundet med. Som Ajzen (2005) påpeker er det flere faktorer enn holdninger som påvirker handlingsvalg. Den indre motivasjonen, eller "holdningen", til å varsle kan overstyres av faktorer i omgivelsene. Alvorlighetsgrad kan være en slik faktor, som i denne studien hvor informantene presiserte at alvorlige hendelser alltid ble varslet i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3 og §3-3a (Lovdata 1999). For andre hendelser kunne faktorer som forventning om resultat og egen evne til å mestre påkjenningene som kan oppstå i kjølevannet av en varsling, påvirke om hendelsene ble varslet eller ikke. I funnene kommer det fram flere eksempler på negative følger av varsling. Informantene fortalte både om egne og andres opplevelser, og refererte blant annet til episoder der bekymring for uetisk eller mangelfull praksis ble avfeid, at varslere hadde blitt frosset ut av kollegiet, at de selv eller en kollega hadde fått endret sitt ansettelsesforhold og personlige utfordringer som stress og redusert arbeidsevne.

Forskning om varsling gir holdepunkt for at helsepersonell som har vært involvert i avvik opplever at både det å forårsake avvik, og å varsle hendelsen, kan gi personlige konsekvenser for de involverte gjennom å utløse følelsesmessige reaksjoner som skyld og selvbebreiding (Jackson et al. 2010, Kirkehei et al. 2012, Mesel 2014, Peters et al. 2011). Det å gjøre en feil kan etterlate en opplevelse av ikke å strekke til overfor pasienten, seg selv eller kollegiet. I tillegg refererte informanter til at det hadde gitt svekket omdømme for de involverte. Det kan oppstå en konflikt mellom forventning til seg selv og det som faktisk hendte, og noen kan i etterkant streve med å plassere skyldspørsmål og skyldfølelse. Når informantene etterlyser støtte til de involverte kan det være støtte til å rydde opp i dette ansvarsforholdet og opplevelsen av moralsk skyld og selvbebreiding (Mesel 2014).

Helsemyndighetene har fokus på pasientsikkerhetsarbeid og vil ha kulturer som er åpne om avvik og lærer av feil. Man skulle således tro at norske helsepersonell opplever det uproblematisk å melde avvik, men likevel meldes ikke alle avvik. Hvorfor? På den ene siden har den som varsler et stillingsvern (Lovdata 2005). Med andre ord, man skal ikke miste jobben som følge av varsling. På den andre siden, varslere beskyttes ikke mot gjengjeldelse som sosiale sanksjoner, herunder utestengelse fra kollegiet, fortielse, mistro og mangel på støtte. Samlet sett er dette former for gjengjeldelse som både kan skape dårlig arbeidsmiljø og som kan medføre risiko for underrapportering. Det er et lederansvar å etablere kulturer og rutiner som gjør det trygt å varsle avvik. Dette vil i en ideell verden fungere slik at i stedet for å frykte konsekvenser fra kolleger og/eller ledelsen, vil de som varsler oppleve at ledelsen tar ansvar og støtter dem. Det gjøres når organisasjonen tar sin del av ansvaret og erkjenner systemfaktoren ved enkelthendelser, og forhindrer at avvik utløser en jakt på syndebukker, og således utvikler et arbeidsklima som stimulerer til læring av feil.

Manglende konsensus om hvilke hendelser som skal varsles, og manglende kompetanse til å identifisere dem, kan også påvirke meldefrekvensen (Helsetilsynet 2013, Jansam et al. 2011). Eksempelvis viser forskning at helsepersonell oftere varsler enkelthendelser som fall og feilmedisinering enn mangler som utvikler seg over tid, som trykksår og inadekvate prosedyrer (Joolae, Hajibabae, Peyrovi, Haghani og Bahrani 2011). Her ser vi konturene av nok en lederoppgave; det er ikke nok med kompetanse i bruk av meldesystemet, det må også gis opplæring i hvilke hendelser som skal meldes og hvilke som kan løses på andre måter. Åpenhet fra ledelsens side om hvordan avvik håndteres og kjennskap til positive resultat motiverer til å varsle, mens manglende kompetanse i bruk av avviksmeldinger, uklare melderutiner og kompliserte meldesystem virker motsatt (Evans et al. 2006, Jansma et al. 2011, Joolae et al. 2011, Kirkehei et al. 2012, Sirriyeh et al. 2010). Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at dersom pasientsikkerhetsarbeidet kun fokuserer på læring av feil kan det føre til at vi mister andre verdifulle innfallsvinkler. Fokus på utvikling av pasientsikkerhetskulturer, forbedringsarbeid og kunnskapsbaserte prosedyrer og retningslinjer er noen eksempler på dette. Internasjonale studier påpeker at høy faglig kompetanse hos personalet minsker avviksfrekvensen og bedrer pasientsikkerheten, en strategi som øker jobbtilfredsheten og motiverer sykepleiere til å gjøre en god jobb (Aiken Sermeus, Van den Heede, Sloane, Busse, McKee, Bruyneel, Rafferty, Griffiths Moreno-Casbas, Tishelman, Scott, Brzostek, Kinnunen, Schwendimann, D. Heinen, Zikos, Sjetne, Smith og Kutney-Lee 2012, Joolae et al. 2011, Sirriyeh et al. 2010).

Metodekritikk

Datamaterialet i denne undersøkelsen er begrenset og funnene kan ikke gjøres gyldige på tvers av kontekster der jordmødre og psykiatriske sykepleiere arbeider. Den eksterne validiteten er altså lav (Lund 2002). Oppfølgende intervju (runde to) kunne vært brukt for å samle inn nye data som kunne gitt økt forståelse av fenomenet varsling for denne gruppen informanter.

Et annet moment som må tas i betraktning er at førsteforfatter selv er sykepleier og jordmor og har førstehåndserfaring fra den type praksisområder som informantene er hentet fra. Dette anses både som en styrke og en svakhet. Det ga god mulighet til å stille relevante oppfølgingsspørsmål, men innebar også en viss risiko for at intervjuer for fort, tok for gitt at det var samsvar mellom informantens og intervjuers forståelse av situasjonen.

Vi ser for oss muligheten for å utvikle ny metodikk for kartlegging av de «psykososiale aspekter ved avvik og varsling», og som tematisk sett kom frem i denne studien, det vil si: "Hva hemmer og fremmer varsling hos tjenesteytere innen det helsefaglige området?" En større forståelse av varsling som fenomen (jfr. begrepsvaliditet), vil også kunne bidra til å forstå hvordan varsling er relatert til for eksempel arbeidsmiljøkontekst, ledelse og individuelle forutsetninger.

Konklusjon

Det må opparbeides en tydeligere forståelse av sammenhengen mellom individ, system og organisatoriske faktorer, og mye taler for at ledelsen er nøkkelen til god praksis for håndtering av avvik. Det er et ledelsesansvar å etablere rutiner som gjør de ansatte kompetente til å

vurdere hvilke situasjoner som skal meldes og hvordan de skal gjøre det. Pasientsikkerhetsarbeid innbefatter også at man på et organisatorisk nivå medierer og styrker både bemanningssituasjonen og de ansattes kompetanse og forståelse knyttet til faglige standarder. Videre må det innarbeides en åpenhet for hvordan det kan læres av feil, både på individ- og systemnivå, og ikke minst må de ansatte forsikres om at varsling ikke medfører formelle og/eller uformelle negative konsekvenser.

Litteratur

Aiken, L. H., W., K. Sermeus, D. M. Van den Heede, R. Sloane, M. Busse, L. McKee, A. M. Bruyneel, P. Rafferty, M. T.Griffiths, C. Moreno-Casbas, A. Tishelman, T. Scott, J. Brzostek, R. Kinnunen, M. Schwendimann, D. Heinen, I.S Zikos, S. Sjetne, H.L. Smith og Kutney-Lee, A. (2012) "Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States." *Bmj* 344:e1717. doi: 10.1136/bmj.e1717.

Ahern, K. og A. McDonald (2002) The beliefs of nurses who were involved in a whistleblowing event. *J Adv Nurs* 38 (3):303-9.

Ajzen, Icek (2005) *Attitudes, Personality and Behaviour* (2nd Edition). Berkshire, GBR: McGraw-Hill Education.

Black, L. M. (2011) Tragedy into policy: a quantitative study of nurses' attitudes toward patient advocacy activities. *Am J Nurs* 111 (6):26-35; quiz 36-7. doi:10.1097/01.NAJ.0000398537.06542.c0.

Donaldson, L. (2005) *World alliance for Patient Safety*. WHO, France:WHO.

Evans, S. M., J. G. Berry, B. J. Smith, A. Esterman, P. Selim, J. O'Shaughnessy og M. DeWit, (2006) Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care* 15 (1):39-43. doi: 10.1136/qshc.2004.012559.

Helse og omsorgsdepartementet (2012) *God kvalitet – trygge tjenester Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Mld.st. nr 10(2012-2013) Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Helsetilsynet (2014) *Tilsynsmelding 2013* 2013 [cited 10.12 2014]. Available from <https://www.helsetilsynet.no>.

Hofstad, E. (2015) Avvik stoppes og avvises *Sykepleien* 3:30-39.
Jackson, D., K. Peters, S. Andrew, M. Edenborough, E. Halcomb,

L. Luck, Y. Salamonson og L. Wilkes (2010) Understanding whistleblowing: qualitative insights from nurse whistleblowers. *Journal of Advanced Nursing* 66 (10):2194-2201. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05365.x.

Jansma, J. D., C. Wagner, R W. Kate og A. B. Bijnen (2011) Effects on incident reporting after educating residents in patient safety: a controlled study. *BMC Health Serv Res* 11:335. doi: 10.1186/1472-6963-11-335.

Joolae, S., F. Hajibabae, H. Peyrovi, H. Haghani og N. Bahrani (2011) The relationship between incidence and report of medication errors and working conditions." *International*

Nursing Review 58 (1):37-44. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00872.x.

Kirkehei, I, A., K. Lindahl og M. Tinnå (2012) *Helsepersonell som har vært involvert i uønskede hendelser*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Kunnskapssenteret (2014) *Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24-7, 2011 – 2013 – 2013*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-i-trygge-hender-24-7-2011-2013>. Nedlastet 01.10.2015.

Lovdata (2005) *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern*. 17. juli 2005; nr. 62. (Arbeidsmiljøloven). Sist endret fra: 01.10.2015. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>. (Nedlastet 20.10.2014).

Lovdata (1996) *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter*. 6. desember 1996. nr. 1127. (Internkontrollforskriften). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127>. (Nedlastet 01.10.2105).

Lovdata (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten*. 2. juli 1999; nr. 61. (Spesialisthelsetjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>. (Nedlastet 01.10.2015).

Lund, Torleif (2002) *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: UniPub.

Malterud, Kirsti (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mesel, Terje (2014) *Når noe går galt: fortellinger om skyld, skam og ansvar i helsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Miceli, Marcia, Jeanet P Near og Terry M. Dworkin (2008) *Whistle blowing in organizations*. New York: Routledge.

Norsk sykepleierforbund (2014) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/1378906/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>. (Nedlastet 10.01.2015).

Park, H. og J. Blenkinsopp (2009) Whistleblowing as Planned Behavior – A Survey of South Korean Police Officers. *Journal of Business Ethics* 85 (4):545-556. doi: 10.1007/s10551-008-9788-y.

Peters, K., L. Luck, M. Hutchinson, L. Wilkes, S. Andrew og D. Jackson (2011) The emotional sequelae of whistleblowing: findings from a qualitative study. *J Clin Nurs* 20 (19-20):2907-14. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03718.x.

Sanghera, I. S., B. D. Franklin og S. Dhillon (2007) The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK Intensive care unit. *Anaesthesia* 62 (1):53-61. doi: 10.1111/j.1365-2044.2006.04858.x.

Skivenes, Marit og Sissel C. Trygstad (2005) *Når arbeidstakere ytrer seg kritisk: en pilotstudie av et utvalg medarbeideres erfaringer med å varsle i utdannings- og pleie- og omsorgssektoren*. Vol. 2005:4. Oslo: FAFO.

Sirriyeh R., R. Lawton, P. Gardner og G. Armitage (2010) "Coping with medical error: a

systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being " *Qual Saf Health Care* 19: (43):8. doi: 10.1136/qshc.2009.035253.

Skjellanger A. G., E.T. Deilkås, R. Sørensen, J. Advocaat-Vedvik, M. Brudvik, M. Schreiner, N. Fredheim, K. W. Longva, C. Austdal, M. Lemser og J. Nikolaisen (2014) Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24-7» 2011–2013. Endret 04.10.2015 Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-i-trygge-hender-24-7-2011-2013>. (Nedlastet 01.10.2015.)

Ulvund. I., og S. Vatne (2015) *Varsling og mangel på varsling av kliniske feil og uetisk praksis*. Rapport. Molde: Møreforskning In press.

Vaartio, H., H. Leino-Kilpi, S. Salanterä og T. Suominen (2006) Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scand J Caring Sci* 20 (3):282-92. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00406.x.

Vincent, C., P. Aylin, B. D. Franklin, A. Holmes, S. Iskander, A. Jacklin og K. Moorthy (2008) Is health care getting safer? *Bmj* 337:a2426. doi: 10.1136/bmj.a2426.