

VARSLING OG UNNLATT VARSLING AV AVVIK I HELSETJENESTEN

En studie blant jordmødre og psykiatriske sykepleiere i Australia og Norge

TITTEL	Varsling og unnlatt varsling av avvik i helsetjenesten. En studie blant jordmødre og psykiatriske sykepleiere i Australia og Norge
FORFATTERE	Ingeborg Ulvund og Solfrid Vatne
ARBEIDSRAPPORT NR.	M 1605
SIDER	24
ANSVARLIG UTGIVER	Møreforskning Molde AS
UTGIVELSESTED	Molde
UTGIVELSEÅR	2016
ISSN	0803-9259
DISTRIBUSJON	Høgskolen I Molde, Biblioteket, pb 2110, 6402 Molde tlf 71 21 41 61 epost: biblioteket@himolde.no www.moreforsk.no

SAMMENDRAG

Helsetjenesten skal tilby en sikker tjeneste av god kvalitet, likevel skades pasienter som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på det samme. Internasjonalt er det anslått at avvik forekommer ved ti prosent av sykehusinnleggelsene og at halvparten av hendelsene kunne vært unngått. Et av virkemidlene i pasientsikkerhetsarbeidet er avviksrapportering 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 avvik. Hensikten med dette prosjektet var å belyse et utvalg australske og norske jordmødre og psykiatriske sykepleieres erfaringer med og overveielser i tilknytning til varsling av avvik.

Studien hadde både et kvantitativt og kvalitativt forskningsdesign. Tilsammen 528 jordmødre og psykiatriske sykepleiere i Australia og Norge besvarte et spørreskjema. Flere jordmødre enn psykiatriske sykepleiere, og flere kvinner enn menn deltok i studien. I den norske kvalitative studien ble 25 informanter intervjuet, 8 psykiatriske sykepleiere og syv jordmødre.

De fleste kjente til prosedyrer for avvikshåndtering på egen arbeidsplass, men flere kjente til prosedyrer for varsling av kliniske feil enn for uetisk praksis. Den viktigste grunnen til å varsle var å hindre at pasienter skades. I den kvalitative delen av studien kom det fram at informantene oppfattet det som en del av sin yrkesfunksjon å være pasienters talsperson og å varsle avvik. Både i det kvantitative og kvalitative datamaterialet kommer det imidlertid også fram at både det å forårsake et avvik, og å varsle det, forbindes med personlig og profesjonell risiko, noe som igjen kunne forhindre varsling. Tendensen var at selv om jordmødre og psykiatriske sykepleiere prioriterte pasientens rettigheter høyt utløste avvik kompliserte vurderinger der avgjørelsen om å varsle eller ikke ble påvirket av personlige, kulturelle og organisatoriske forhold. Det er viktig med en kultur for åpenhet om avvik og varsling samt støtte til de involverte uten tildeling av skyld eller fare for sanksjoner.

© FORFATTER/MØREFORSKING MOLDE

Forskriftene i åndsverksloven gjelder for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller fremstille eksemplarer til privat bruk. Uten spesielle avtaler med forfatter/Møreforskning Molde er all annen eksemplarframstilling og tilgjengelighetsgjøring bare tillatt så lenge det har hjemmel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavere til åndsverk.

FORORD

I denne rapporten formidles resultat av et internasjonalt samarbeidsprosjekt som satt fokus på varsling og unnlatt varsling av avvik i helsetjenesten. Prosjektgruppen besto opprinnelig av syv medlemmer, Dr Faye E Thompson og Professor Colin Holmes, James Cook University, Professor Janet Mavis Kirkham University of Sheffield, Professor Solfrid Vatne, Høgskolen i Molde og Høgskolelektorene Gerd Unni Stavik, Elfrid Settemsdal og Ingeborg Ulvund, Høgskolen i Molde. Prosjektgruppens opprinnelige medlemmer hadde, i tillegg til annen kompetanse, utdanning og erfaring som psykiatrisk sykepleier eller jordmor.

Etter pilotstudien gikk fire av medlemmene ut av gruppen. Dr Faye E Thompson, Professor Solfrid Vatne, og Høgskolelektor Ingeborg Ulvund fullførte datainnsamlingen i hovedstudien. Dr Alistair Campbell, James Cook University bidro med valg av analyse metoder, utforming av spørreskjema og koding i SPSS. Etter gjennomført datainnsamling gikk Dr Faye E Thompson ut av prosjektet og overlot det kvantitative datamaterialet til Solfrid Vatne og Ingeborg Ulvund. I Norge tok Ingeborg Ulvund ansvar for den kvalitative delen av studien, både datainnsamling, analyse og formidling av funn. Vi takker alle som har deltatt i ulike faser av studien.

INNHold

1.	Innledning.....	6
1.1	Pasientsikkerhet og varsling.....	6
1.2	Kunnskap om helsepersonell og varsling	7
1.3	Hensikt.....	8
1.3.1	Begrepsavklaring	9
1.4	Organisering av prosjektet	9
1.5	Finansiering	9
2	METODE	9
2.1	Instrument.....	10
2.1.1	Spørreskjema.....	10
2.1.2	Intervjuguide	10
2.2	Utvalg	10
2.2.1	Inklusjonskriterier:	11
2.2.2	Rekrutering og datainnsamling	11
2.3	Analyse	11
2.3.1	Kvantitative data	11
2.3.2	Kvalitative data.....	12
2.4	Etiske overveielser.....	12
3	RESULTAT	12
3.1.	Pilotstudien	13
3.2	Hovedstudien, kvantitative data	13
3.2.1	Demografiske data	14
3.2.2	Kjennskap til retningslinjer for varsling av kliniske feil og uetisk praksis.....	15
3.2.3	Erfaring fra varsling av kliniske feil og uetisk praksis	16
3.2.4	Erfaring fra egne avvik.....	17
3.2.5	Forhold som påvirker beslutningen om å varsle	18
3.3	Hovedstudien, kvalitative data.....	20
3.3.1	Vi har en moralsk plikt til å varsle	20
3.3.2	Avvik setter den enkelte i en vanskelig situasjon.....	20
3.3.3	Faktorer som fremmer og hemmer varsling av avvik	20
4	Styrker og svakheter.....	21
5	Oppsummering.....	22
6	LITTERATUR	23

1. INNLEDNING

Nasjonalt og internasjonalt arbeider helsemyndigheter for å senke avviksfrekvensen i helsetjenesten (Aiken et al 2012, Skjellanger et al 2014, Pasientsikkerhetskampanjen 2015). Et av virkemidlene er å øke meldefrekvensen. Arbeidet har både fokusert på meldeordninger for avvik, og på å skape arbeidskulturer som fremmer varsling. En viktig hensikt med økt meldefrekvens er å forebygge at uønskede hendelser gjentar seg, og det legges vekt på at meldingene skal medvirke til læring (Helse og omsorgsdepartementet 2012). Tiltros for økt fokus på avviksmelding viser forskning at avvik underreporteres og at helsetjenesten mangler kunnskap om hvorfor helsepersonell unnlater å varsle avvik (Hofstad 2015). Sykepleiere er sentrale aktører i helsetjenesten, og kunnskap om hvordan de håndterer avvik er viktig når helsetjenesten skal innfri regjeringens forventning om å utvikle system og kulturer for læring av feil. I dette prosjektet bidrar vi med kunnskap om dette, gjennom å belyse et utvalg jordmødre og psykiatriske sykepleiere sine holdninger, erfaringer og overveielser i tilknytning til varsling av avvik.

Vitenskapelige ansatte ved Avdeling for sykepleiefag ved James Cook University, Australia, University of Sheffield, England og Avdeling for helse- og sosialfag ved Høgskolen i Molde, Norge, skrev sammen en prosjektbeskrivelse under tittelen; *Mistakes, Behaviour and Ethics in Clinical Practice*. Vi valgt et kvantitativt design, utarbeidet et spørreskjema og gjennomført en pilotstudie. På bakgrunn av pilotstudien ble spørreskjemaet modifisert og det opprinnelige forskningsdesignet utvidet med et kvalitativt individuelt intervju. Denne rapporten beskriver bakgrunn for prosjektet, prosessen med å innhente data og resultatet av datainnsamlingen.

1.1 PASIENTSIKKERHET OG VARSLING

Internasjonalt er det anslått at avvik forekommer ved 10 % av sykehusinnleggelsene og at halvparten av hendelsene kunne vært unngått (Vincent et.al 2008). En kartlegging fra Norge viste at andelen pasienter som ble skadet ved norske sykehus, i 2013, var på tretten prosent (Skjellanger et.al. 2014). Avvik fører først og fremst til unødig lidelse for pasienten, i tillegg øker det kostnadene for helsetjenesten. I Norge er det anslått at det i 2013 ble brukt 1,1 milliarder kroner i erstatningsutbetalinger og utredningskostnader (Norsk pasientskadeerstatning 2013).

Pasientsikkerhet er et relativt nytt felt innenfor helsetjenesteforskning og gode begrep og definisjoner er under utvikling. I et notat fra Kunnskapscenteret skrives følgende om pasientsikkerhet: *Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme* (Saunes, Svendsby, Mølsted, & Thesen 2010:6) Om selve hendelsen brukes begrep som uønsket hendelse, uheldig hendelse, avvik, feil, krittverdige forhold og mangelfull eller uforsvarlig praksis, og det diskuteres hvilke begrep som skal brukes og hva de skal dekke. Avviksbegrepet er i Norge godt innarbeidet og er foreslått brukt slik at det dekker både skade på og risiko for å skade pasient (Saunes et al. 2010).

Å melde fra om en uønsket hendelse gjøres også under flere navn. Varsling brukes ofte synonymt med det engelskspråklige whistleblowing, og ble først brukt om varsling ut av organisasjonen, for eksempel til media og eksterne organ. I dag deles ofte varsling i intern og ekstern varsling. Intern varsling brukes om varsling innad organisasjonen, mens ekstern varsling

brukes om varsling ut av organisasjonen, som til media (Skivenes & Trygstad 2005). En internasjonalt 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, & Dworkin 2008:6).

Spesialisthelsetjenesten i Norge 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 Spesialisthelsetjenestelovens §3-3, §3-3a og §4, som omhandler pasienthendelser (Lovdata 1999), 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 (Spesialist-helsetjenesteloven §3-3 og §3-3a) (Lovdata 1999). Den lovpålagte meldeplikten har fra prosjekt-start til i dag vært gjenstand for revidering. Revideringene gjenspeiler økt oppmerksomhet mot avviksforebygging og avvikshåndtering, og omfatter nye rutiner for rapportering av uønskede hendelser og økte krav til intern avvikshåndtering. I tråd med dette motiveres sykepleiere gjennom utdanning og egen fagorganisasjon til å ha oppmerksomhet rettet mot pasientens sikkerhet. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 5.4 står det: *Sykepleieren melder fra eller varsler når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold. Lojalitet til arbeidssstedet skal ikke hindre dette* (Norsk sykepleierforbund 2014).

1.2 KUNNSKAP OM HELSEPERSONELL OG VARSLING

Prosjektet har utviklet seg over tid og omfanget av forskning med relevans til temaet har økt i løpet av prosjektperioden. Det er gjennomført flere litteratursøk i Ovid Medline, Ovid Nursing Database, PsycInfo Helsebiblioteket Journals@Ovid, SweMed, Chinal, og Cochrane, med søkeordene; *nurs* or mental health nurs* or midwif* and whistleblow* or disclosure or report*. Det siste søket ble gjort i 2013.

Både teoretisk og empirisk litteratur diskuterer helsepersonells holdninger til avvik og avvikshåndtering, og hvilken betydning holdninger har for om avvik varsles. Forskning på sykepleieres holdninger til avvik og varsling finner at sykepleiere har integrert i sin yrkesfunksjon å være pasientens talsperson, kontinuerlig og aktivt involvere seg i kvalitetsarbeid og om nødvendig varsle (Ahern & McDonald, 2002, Peters et al., 2011, Vaartio, Leino-Kilpi, Salanterä og Suominen 2006). Det er nærliggende å knytte sykepleieres opplevelse av å ha dette selvstendige ansvaret mot sykepleiernes yrkesgrunnlag. Det har tradisjonelt vært tett koblet til dydsetikk og utvikling av gode holdninger, nestekjærlighet og omsorg for den syke (Nortvedt 2008, Brinchmann 2012). I dydsetikken beskrives dydene som karakteregenskaper som fører til moralske holdninger og handlinger (Brinchmann 2012). Ut fra denne tenkningen styres ikke sykepleieres handlinger først og fremst av regler eller ytre omstendigheter, det er dydene som gjør dem til gode samfunnsborgere og som får dem til å gjøre de gode handlingene, som å melde avvik og uforsvarlig praksis.

På den andre siden påpekes det, at til tross for ansvar og opplevelse av plikt til melde avvik, hender det at sykepleiere lar være å melde (Firth-Cozens, Firth og Booth 2003, Mansbach og Bachner 2010, Sanghera, Franklin, og Dhillon 2007). En studie blant norske sykepleiere fant i 2005 at 25% av informantene ikke hadde sagt fra internt om minst et kritiskverdige forhold de kjente til (Aas 2005), mens en nyere undersøkelse gjennomført av NSF fant at 22% av

informantene aldri hadde meldte et avvik (Hofstad 2015). Jansma et al (2011), som undersøkte om pasientsikkerhetskurs påvirker meldefrekvensen, konkluderte med at kursing gir økt kunnskap og mer positive holdninger til varsling, men at det er usikkert om det øker meldefrekvensen.

Park og Blenkinsopp argumenterer for at «Teori om planlagt handling» (TPH) er den mest nærliggende teoretiske forståelsesrammen med hensyn til varsling (Park og Blenkinsopp 2009). I TPH angis tre faktorer som påvirker handling; a) holdning 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 en dynamisk forståelse av varsling. Det harmoner med funn fra en rekke studier, som finner at selv om sykepleiere ser det som sitt ansvar å være pasientenes talsperson opplever de, både det å være involvert i avvik, og å varsle dem som en utfordrende oppgave (Black 2011, Jackson 2012, Evans et al. 2006, Kirkehei, Lindahl og Tinnå 2012, Peters et al. 2011, Sanghera, Franklin og Dhillon 2007). Avgjørelsen om å varsle påvirkes av forhold som egen kompetanse, forventning om støtte og risiko for de involverte (Sanghera, Franklin og Dhillon 2007, Shirey 2006, Vaartio et al. 2006).

Dette fører med seg et nytt spørsmål, hva er det helsepersonell opplever som belastende i forbindelse med avvik? En systematisk review basert på 24 studier konkluderer med at det å være involvert i feilmedisinering utløser følelser som skam, skyld, selvanklage og angst (Sirriyeh, Lawton, Gardner og Armitage 2010). Engelskspråklig litteratur bruker begrepet *second victim* om helsepersonell som har vært involvert i avvik, og det påpekes at varsling har gitt personlige og/eller profesjonelle følger for de involverte, for noen på en slik måte at helse og arbeidsevne er redusert (Ahern og McDonald 2002, Jackson et al. 2010, Kirkehei et al. 2012, Peters et al. 2011). Sykepleiere ønsker å unngå at avvik påfører dem selv eller arbeidskollegaer belastninger som gjengjeldelse, represalier, bagatellisering av hendelsen, mangel på kvalifisert støtte til de involverte, endret posisjon i arbeidsmiljøet og tap av avansementsmuligheter (Black 2011, Evans et al. 2006, Kirkehei, Lindahl og Tinnå 2012, Peters et al. 2011, Sanghera, Franklin og Dhillon 2007, Ahern og McDonald 2002). I NSFs avviksundersøkelse kjente 19% av informantene til negative konsekvenser av avviksføring (Hofstad 2005). En studie fra Australia påpekte at avviksrapportering ofte førte til uønsket oppmerksomhet mot de involverte, istedenfor mot organisatoriske forhold, og at sykepleiere derfor var motvillige til å identifisere seg selv i forbindelse avvikshendelser. Det som motiverer til å melde avvik er erfaring med at de involverte støttes og kompetanse til vurderer hvilke situasjoner som skal varsles og hvordan det skal gjøres.

Mye tilgjengelig forskning har brukt scenarioer, enten fiktive eller faktabaserte. Ved prosjektstart fant vi mindre forskning på varsling eller unnlatt varsling av forsømmelser helsepersonell selv hadde vært vitne til eller delaktig i. Firth-Cozens et al (2003) hevder at deres studie, som konkluderte med at holdninger er viktig for hvorvidt helsepersonell rapporterer eller ikke, er den første som tar for seg legers og sykepleieres virkelige erfaringer med rapportering og det å være bekymret for noe, men unnlater å varsle. Det etterlyses studier, som den vi har gjort her, som tar utgangspunkt i egen erfaring med uønskede hendelser og varsling.

1.3 HENSIKT

Hensikten med prosjektet var å belyse et utvalg jordmødre og psykiatriske sykepleieres erfaringer med og overveielser i tilknytning til varsling av avvik.

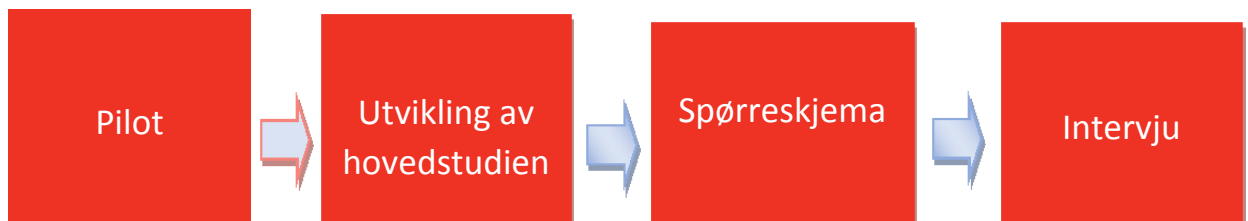
1.3.1 BEGREPSAVKLARING

Respondentene ble ikke bedt om å skille mellom ulike typer varsling. Begrepet varsling brukes, i denne sammenhengen, som en samlebetegnelse på handlinger der avvik er meldt videre, uavhengig av om de er meldt internt, internt, men forbi nærmeste ledelsesnivå eller eksternt.

Begrepene, uetisk praksis og kliniske feil ble brukt for skille mellom ulike typer uønskede hendelser/handlinger. Klinisk feil omfatter hendelser som for eksempel feil behandling, feil medisiner og prosedyrebrudd. Noen ganger ble det spurt etter begge deler samtidig, andre ganger ble det skilt mellom dem. Dette ble det informert om i ingressen før spørsmålene. Under telefonintervjuene ble begrepene diskutert innledningsvis og informantens forståelse av begrepene innhold ble en del av datamaterialet.

1.4 ORGANISERING AV PROSJEKTET

Prosjektet var tredelt. Fase I var en pilotstudie med utprøving av spørreskjema, fase II var hovedstudien av spørreskjemaundersøkelsen, fase III var et individuelt telefonintervju.



Figur 1 Organisering prosjektet

1.5 FINANSIERING

I Australia ble en søknad om finansiering fra bevilgningsordningen for nyansatte innvilget (New Staff Grant Scheme, James Cook-universitetet). I Norge mottok prosjektet økonomisk støtte fra Norsk sykepleierforbund. Avdeling for sykepleiefag ved James Cook-universitetet og Avdeling for helse- og sosialfag ved Høgskolen i Molde bidrar med "naturalia-støtte".

2 METODE

Det er valgt en bred metodisk tilnærming med både et kvantitativt og et kvalitativt forskningsdesign. Den kvantitative datainnsamlingen ble gjennomført ved bruk av et spørreskjema utviklet for denne studien, den kvalitative delen av studien er basert på individuelle intervju.

2.1 INSTRUMENT

2.1.1 SPØRRESKJEMA

Spørreskjemaet til pilotstudien ble utviklet ved at forskere fra tre land diskuterte seg fram til spørsmål som besvarte prosjektets hensikt. Det ble innhentet tillatelse til å bruke et eksisterende spørreskjema utviklet av Firth-Cozens (publiserte 2003). Utvalgte spørsmål fra spørreskjemaet ble brukt, i tillegg utarbeidet forskerne i prosjektet egne spørsmål. Formuleringene ble nøye diskutert mot hva vi ville ha svar på, både på engelsk og australsk engelsk, før to norske forskere sammen formulerte de norske spørsmålene. Dette var en tidkrevende, men nødvendig prosess. Det ble lagt vekt på å komme fram til felles forståelse av innholdet i spørsmålene og å tilpasse spørre-skjemaets terminologi og språklige uttrykk til helsetjenestekontekstene i Australia, (England) og Norge.

Spørreskjemaet i pilotstudien hadde 30 hovedspørsmål med tilsammen 86 variabler med ulike avkryssingsalternativ og skalaer, 19 av spørsmålene hadde kommentarfelt. Etter pilotstudien møttes forskere fra Australia og Norge og videreutvikle spørreskjemaet og planla hovedstudien. Prosessen med å videreutvikle spørreskjemaet var den samme som for pilotundersøkelsen, men bare med forskere fra Australia og Norge. Erfaring fra pilotstudien førte til at noen språklige formuleringer ble bearbeidet, noen spørsmål tatt ut og noen nye inkludert. Flere av deltakerne i pilotstudien hadde kommenterte spørsmålene i kommentarfeltet. Disse ble diskutert i arbeidet med å modifisere spørreskjemaet for fase II. Det nye spørreskjemaet inneholdt 62 variabler. Kommentarfeltene ble fjernet, i stedet planla vi et individuelt telefonintervju.

2.1.2 INTERVJUGUIDE

En kvalitativ datainnsamling ble gjennomført i form av et individuelt telefonintervju. En semistrukturert intervjuguide ble utviklet etter samme prinsipp som for spørreskjemaet. For å tone inn tema og danne en felles forståelse av begrep ble informantene oppfordret til å si litt om hva de oppfattet som avvik, og reflektere rundt ulike begrep som brukes i pasientsikkerhetsarbeidet. Deretter ble informantene spurt om egne erfaringer med avvik, både hendelser de hadde vært vitne til og hendelser de hadde forårsaket, hvordan dette i etterkant hadde blitt håndtert og hvilke tanker de hadde gjort seg rundt dette. Informantene ble også spurt om rutinene for avvikshåndtering i egen avdeling og hvordan de mente dette fungerte. Avslutningsvis ble informantene oppfordret til å reflektere rundt begrunnelser for å varsle før de ble spurt om det var noen sider av teama som ikke var belyst, og om det var noe de var spesielt opptatt av og som burde fått større fokus. Spørsmålene var åpne; «Kan du fortelle ...? Kan du si litt mer om ...?» og det ble lagt vekt på å stille oppfølgingsspørsmål underveis for at informantenes egne meninger og begrunnelser skulle komme fram.

2.2 UTVALG

Målgruppen for studien var jordmødre og psykiatriske sykepleiere fra Australia, Norge og England (England gikk ut av prosjektet etter pilotstudien). Dette er yrkesutøvere som har sammenlignbare nivå av profesjonsutdanning i de samarbeidene land. Andre fellestrekk er at flertallet av brukerne/pasientene som mottar helsehjelp innen fødselshjelp og psykiatrisk helseomsorg er voksne og at begge yrkesgruppene jobber selvstendig og tar selvstendige avgjørelser i pasientnære situasjoner.

2.2.1 INKLUSJONSKRITERIER:

- Autorisasjon/godkjenning som jordmor eller psykiatrisk sykepleiere innen det felt og det land vedkommende praktiserer.

2.2.2 REKRUTERING OG DATAINNSAMLING

Pilotstudien ble gjennomført på et tilgjengelighetsutvalg av jordmødre og psykiatriske sykepleiere. Forskere fra de tre landene hadde selvstendig ansvar for å gjennomføre pilotstudien i sitt land ved bruk samme spørreskjema. Hensikten var å få et felles grunnlag for å validere, modifisere og videreutvikle spørreskjemaet slik at det ble ytterligere språklig og kontekstuell egnet for jordmødre og psykiatriske sykepleiere i Australia, England og Norge. En papirutgave for egenutfylling av spørreskjema ble i Norge gjort tilgjengelig for ansatte på to sykehus i et fylke. Spørreskjemaet ble besvart og innsendt anonymt i en forhåndsfrankert konvolutt til prosjektleder. Det ble ikke purret. Det ble ikke registrert hvor mange som fikk tilbud om å delta og det foreligger derfor ingen svarprosent. Retur av det utfylte spørreskjema innebar samtykke til å delta i studien.

I Hovedstudien ble et tilfeldig utvalg av praktiserende jordmødre og psykiatriske sykepleiere i Australia og Norge, invitert til å delta i spørreundersøkelsen. I Australia ble deltakerne rekruttert via annonsering hos registreringsmyndigheter for sykepleiere/jordmødre og medlemskap i yrkesorganisasjoner. I Norge ble de invitert til å delta via ledere ved føde-barselenheter og psykiatriske enheter på 10 sykehus spredt i Norge. Både store og små sykehus var representert. Det var enhetsledere som distribuerte spørreskjemaet. Informantene fikk sammen med et informasjonsskriv tilgang på et elektronisk spørreskjema (en nettside) og en papirversjon av det samme spørreskjemaet. Sammen med papirversjonen lå en forhåndsfrankert konvolutt. Begge versjonene ble besvart anonymt.

Informantene til det kvalitative intervjuet ble rekruttert via spørreskjemaundersøkelsen. Sammen med informasjonsskrivet lå en invitasjon til å delta i et individuelt telefonintervju. De som ville delta oppgav kontaktinformasjon i et eget brev. I intervjusituasjonen ble det lagt vekt på at informantene ikke skulle begrenses, at alle fikk utale seg om det de syntes var viktig og at intervjuer skulle være utforskende og lyttende og stille oppfølgingsspørsmål. Selv om rekkefølgen i intervjuguiden ikke alltid ble fulgt, fikk alle uttale seg om de samme spørsmålene og intervjuet ble ikke avbrutt før de hadde sagt det de ville si.

2.3 ANALYSE

2.3.1 KVANTITATIVE DATA

En rekke statistiske tester kan utføres på dataene, inkludert initiell deskriptiv statistikk, Cronbachs alfa og faktoranalyse. Faktoranalysen kan identifisere egenskapene ved, og de elementer som bidrar til varsling og unnlatt varsling av kliniske feil og uetisk adferd hos yrkesutøvere. Slutningsstatistikk som t-test, chi-kvadrat, ANOVA kan brukes for å teste for gruppeforskjeller, relasjoner, varians og kovarians, og for å indikere dataenes representativitet. Signifikansnivået er satt til $p < 0,05$. I denne rapporten brukes hovedsakelig deskriptiv statistikk for å presentere data. Dataene ble behandlet og analysert ved hjelp av IBM SPSS Statistics versjon 22 (Boston, USA).

Kommentarene i pilotstudien ble samlet i et fellesdokument, først sortert etter spørsmålet de gav svar på, deretter under tema.

2.3.2 KVALITATIVE DATA

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 avvik, avvikshåndtering og varsling. Dette ga 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 tilslutt samlet i hovedtemaer.

2.4 ETISKE OVERVEIELSER

Hvert land fulgte eget lands retningslinjer for godkjenning av forskningsprosjekt. I Norge ble studien meldt til norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Det ble lagt vekt på konfidensialitet både med hensyn til informantens arbeidssted og informantene selv. Deltakelse i studien var frivillig. De som valgte å delta samtykket i deltakelse når de returnerte det utfylte spørreskjema eller kontaktopplysninger for telefonintervjuet. Dette ble det informert om i informasjonskrivet.

Forskningsteamet erkjenner at dataene er av potensielt sensitiv karakter. Konfidensialitet og anonymitet er derfor to ledende prinsipper. Følgelig foretrakk vi ett engangs anonymt spørreskjema uten kodemerkning og uten purremuligheter. Personvern og konfidensialitet i forhold til intervjuene ivaretas ved at all informasjon om deltakerne er avidentifisert umiddelbart etter intervjuet og at identifiserbar informasjon er fjernet før resulterende artikler og rapporter er publisert. Rådata inneholdt ikke navn, men siden det kan være andre personidentifiserbare data der, lagres de i en låst boks / låst skap ved helseforskerens avdeling. Eventuelle data som lagres på datamaskin/CD-er er avidentifisert. Disse dataene vil bli oppbevart i minst 5 år, og kun medlemmer av forskerteamet vil ha adgang til dem.

Det antas ikke at noen av deltakerne får problemer som resultat av sin deltakelse i studien. Hvis dette skulle skje, har de navn på medlemmer i forskningsgruppen som vil stå til disposisjon for dem. Forskerne var ikke ansatt i og hadde ikke arbeidskolleger i helseforetakene i målgruppen. Det var først for å gjøre telefonintervjuet at forskeren tok kontakt med individuelle yrkesutøvere.

3 RESULTAT

Fra pilotstudien og det kvalitative intervjuet presenteres det norske resultat, fra den kvantitative hovedstudien presenteres resultat fra Australia og Norge.

3.1. PILOTSTUDIEN

Det var 23 som svarte på spørreskjemaet, alle arbeidet i spesialisthelsetjenesten og hadde fra to til 37 år med yrkeserfaring. Det var overvekt av kvinner.

Tabell 1. Land, kjønn utdanning

	N=23
Utdanning	
Jordmødre	11
Psykiatriske sykepleiere	12
Kjønn	
Kvinner, jordmødre	11
Menn, jordmødre	0
Kvinner, psykiatriske sykepleiere	9
Menn, psykiatriske sykepleiere	3

Tjueto av 23 respondenter kjente til en retningslinje for å rapportere kliniske feil på egen arbeidsplass, åtte kjente til en retningslinje for varsling av uetisk praksis hvis det gikk ut over en pasient, ni hvis det gikk ut over en kollega. Femten respondenter hadde overveid å varsle uetisk praksis og/eller kliniske feil en kollega hadde vært ansvarlig for, 12 hadde gjort det, tre unnlot å gjøre det. Åtte av de som varslet ville gjort det igjen, fire ville ikke. Det var 14 av 23 respondenter som ikke hadde forårsaket avvik siste 12 måneder. Fem av ni som hadde forårsaket avvik hadde varslet, andre hadde korrigert avviket, men ikke varslet. Ingen av hendelsene hadde påført pasienten alvorlig skade.

Begrunnelsene for å varsle ble knyttet til at hensynet til pasienten måtte komme først, at det ville bidra til faglig vekst og at det er viktig å stå for det en mener. Motsatt var begrunnelser for *ikke* å varsle at en må ta hensyn til seg selv eller de involverte. Det var syv som svarte at «frykt for å skade en kollega» og «ikke ville forårsake vanskeligheter for andre» kunne hindre dem i varsle. En fjerdedel mente at frykt for represalier/ gjengjeldelse, usikkerhet med hensyn til egen vurdering og at de ble frarådet å gjøre det, var andre grunner som påvirket dem til å la være. I kommentarene ble det løftet fram at det å ikke skade pasienten var en viktig grunn for å varsle, men det ble også påpekt at både melder og ansvarlige for avviket kunne bli utsatt for sanksjoner som at de i etterkant ble ignorert eller fikk samarbeidsproblemer. Andre konsenser av varsling var mangel på støtte fra leder eller kollegaer. På spørsmål om hvordan mistanke om avvik kan tas opp på en god måte, ble det foreslått å ta dette direkte opp med vedkommende, øke fokuset på varsling gjennom undervisning og kultur i arbeidsmiljøet og å la det være en lederoppgave.

Etter å ha analysert datamaterialet og diskutert spørsmålene mot studiens hensikt ble vi enig om å ta ut noen av spørsmålene og ta noen nye inn.

3.2 HOVEDSTUDIEN, KVANTITATIVE DATA

Det er ikke innhentet opplysninger om hvor mange som fikk tilgang til spørreskjemaet, det er derfor ikke regnet ut svarprosent. Rapporten presenterer resultatet fra Australia og Norge. For

resultat fra den norske delen av studien henvises også til artikkelen; «Varsling en vanskelig balansekunst» (Ulvund, Rokstad og Vatne 2016).

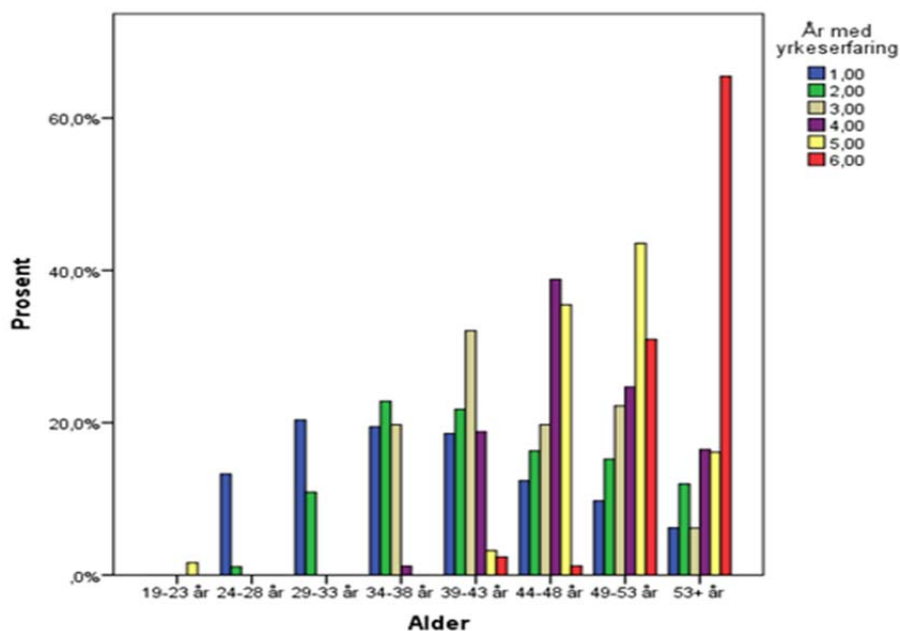
3.2.1 DEMOGRAFISKE DATA

For å kunne sammenligne ulike grupperinger innenfor utvalget ble det spurt etter kjønn, alder, profesjon og år med yrkeserfaring.

Tabell 2 Land og yrkesfunksjon

	n (%)		n
	Jordmor	Psykiatrisk sykepleier	
Australia	361 (68,4)	34 (6,4)	395
Norge	63 (11,9)	70 (13,3)	133
Total	424 (80,3)	104 (19,7)	528

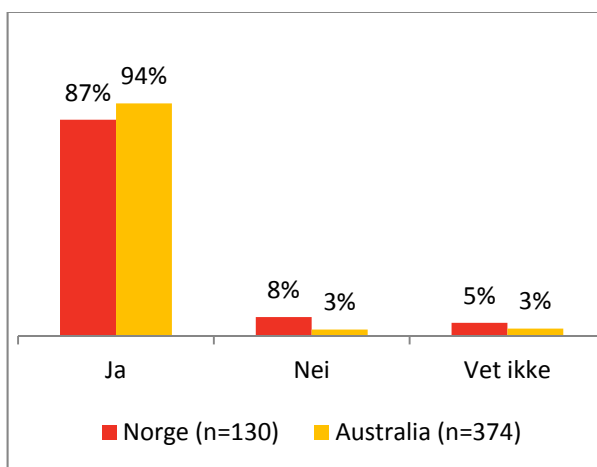
Det var 528 som besvarte spørreskjemaet, 395 i Australia og 133 i Norge, av dem var 5,8% (30) menn (n=519). I den videre presentasjonen av resultat skiller det kun mellom land.



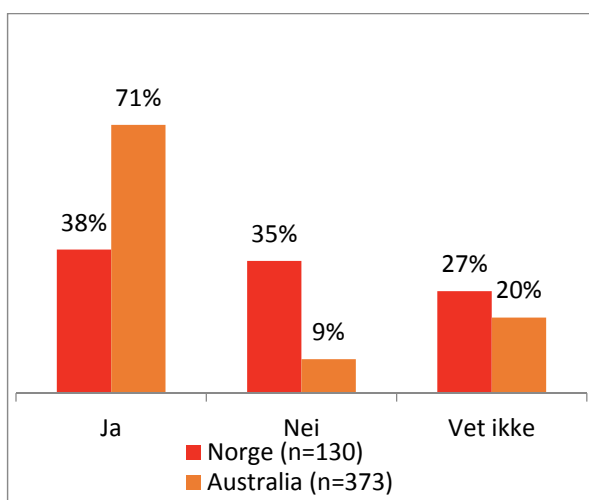
Figur 2 Alder og år med yrkeserfaring

3.2.2 KJENNSKAP TIL RETNINGSLINJER FOR VARSLING AV KLINISKE FEIL OG UETISK PRAKSIS

Det ble spurt etter kjennskap til retningslinjer for varsling av; 1) kliniske feil, 2) uetisk praksis mot pasient og 3) uetisk atferd mot kollega. Som vist i figurene 3 og 4 var retningslinjene for varsling av kliniske feil på egen arbeidsplass bedre kjent enn retningslinjene for varsling av uetisk praksis. Dette gjaldt både de norske og australske respondentene. Det er interessant at 87 % (113) av de norske respondentene kjenner til en retningslinje for varsling av kliniske feil, mens kun 38 % (49) kjente til en retningslinje for varsling uetisk praksis utført av helsepersonell mot pasient ($p>0.00$) ($n=130$). Tilsvarende tall for de australske respondentene er henholdsvis 94 % (352) for kliniske feil (374) og 71 % (263) for uetisk praksis ($p>0.00$) ($n=373$). Når det gjelder kjennskap til retningslinje for varsling av uetisk atferd utført av helsepersonell mot en kollega er det verdt å merke seg at 27 % (34) av de norske respondentene kjente til en retningslinje for å varsle dette ($n=129$), mens 62% (222) av de australske informantene kjente til en slik retningslinje ($n=358$).



Figur 3. Kjennskap til retningslinje for varsling av kliniske feil.



Figur 4. Kjennskap til retningslinje for varsling uetisk atferd utført av helsepersonell mot pasient/bruker.

3.2.3 ERFARING FRA VARSLING AV KLINISKE FEIL OG UETISK PRAKSIS

Denne delen handler om det å være vitne til at en kollega er involvert i et avvik. Respondentene svarte på om de noen gang hadde vurdert å varsle uforsvarlig praksis andre hadde forårsaket, og hva de, i tilfelle ja, hadde gjort i etterkant. Mer enn halvparten av respondentene hadde vært i minst en situasjon som de hadde vurdert å varsle. Det var flere som hadde erfaring fra en situasjon med uforsvarlig praksis mot en pasient, enn det var som hadde erfaring fra uforsvarlig praksis mellom kollegaer (Tabell 3 og 4) ($p < 0,000$). Flere av de australske respondentene, enn av de norske hadde minst en gang vurdert å varsle en hendelse ($p < 0,00$).

Tabell 3 Vurdert å varsle uforsvarlig praksis mot pasient, forårsaket av helsepersonell

	Ja n (%)	
	Australia	Norge
	n=368	n=130
Har vurdert å varsle uforsvarlig praksis mot pasient, utført av en kollega	304 (61,0)	79 (15,9)

Tabell 4 Varsling av uforsvarlig praksis utført av en kollega mot en annen kollega

	Ja n (%)	
	Australia	Norge
	n=367	n=122
Har vurdert å varsle uforsvarlig praksis utført av en kollega mot en kollega	241(49,3)	60 (12,3)

En sammenligning mellom land viser at av de norske respondentene hadde 60,8 % (79) vurdert å varsle uforsvarlig praksis mot pasient forårsaket av helsepersonell ($n=130$), mens av de australske respondentene hadde 82,6% (304) gjort det samme ($n=368$). Når det gjaldt uforsvarlig praksis mellom kollegaer hadde 65,7 % (241) ($n=367$) av de australske og 49,1% (60) ($n=122$) av de norske vurdert å varsle dette ($p < 0,00$).

Totalt svarte 58,7% (310) respondenter at de hadde vært vitne til en klinisk feil som de karakteriserte som alvorlig eller moderat alvorlig og 54,0 % (285) en klinisk feil som de karakteriserte som en alvorlig eller moderat alvorlig uetisk handling ($n=528$). Det var 22,5% (119) av respondentene som hadde latt være å varsle avvik de hadde vært vitne til, 12,1 % (64) som hadde latt være å varsle avvik de etterkant mente burde vært varslet, og 4,1 % (22) som hadde varslet avvik de ikke ville varslet igjen ($n=528$).

Jordmødrene og de psykiatriske sykepleierne ble bedt å oppgi hvor vanskelig det var å varsle avvik andre hadde forårsaket.

Tabell 5 Vanskelig å varsle en kollega

	Vanskelig* n (%)	
	Australia n=343/342	Norge n=125/124
Hvor vanskelig det er å varsle en annen sykepleier	248 (53,0)	90 (19,2)
Hvor vanskelige det er å varsle kollega som ikke er sykepleiere	194 (41,6)	84 (18,0)

*Kategoriene vanskelig og svært vanskelig er slått sammen

3.2 4 ERFARING FRA EGNE AVVIK

Informantene oppga hvor mange ganger de selv hadde forårsaket avvik, enten ved at de hadde gitt feil medisin eller gitt feil behandling til en pasient og om de hadde varslet hendelsen(e).

Tabell 6 Har gitt feil medisin eller feil behandling siste 12 måneder

	JA n (%)	
	Australia n=359/355	Norge n=126
Gitt feil medisin	68 (14,0)	15 (3,1)
Gitt feil behandling	66 (13,7)	5 (1)

Sammenlignes mellom land hadde 18,9% av de australske (n=359) og 11,9 % av de norske respondentene (n=126) minst en gang gitt feil medisin i løpet av siste året, mens 4,2 % av de australske respondentene og 4,0% av de norske (n=126) hadde gitt feil behandling minst en gang siste året (n= 355).

Det ble også spurt etter vanligste handling etter å ha gitt feil medisin eller feil behandling.

Tabell 7 Vanligste handling etter å ha gitt feil medisin

	Gitt feil medisin		Gitt feil behandling	
	Ja		n (%)	
	Australia n=68	Norge n=15	Australia n= 62	Norge n=5
Varslet	15 (18,0)	7 (8,4)	11 (16,4)	1 (1,5)
Korrigerte og varslet	35 (42,2)	5 (6,0)	39 (58,2)	4 (6,0)
Korrigerte, varslet ikke	14 (16,9)	2 (2,4)	10 (14,9)	0
Varslet ikke	5 (6,0)	1 (1,2)	2 (3,0)	0

3.2.5 FORHOLD SOM PÅVIRKER BESLUTNINGEN OM Å VARSLE

Denne delen belyser faktorer som påvirker jordmødre og psykiatriske sykepleiers beslutning om å varsle eller unnlate å varsle.

Tabell 8 Rangering av etiske verdiers betydning for om de varslet eller ikke

	Viktig* n (%)			
	Australia	Norge	Australia n	Norge n
Forbedre praksis/minimalisere skade for pasient	320 (62,0)	108 (20,9)	372	129
Pasient/brukers autonomi	151 (30,3)	91 (18,3)	369	129
Fremme gjensidig respekt	185 (37,0)	29 (5,8)	372	129
Rettferdighet for bruker/pasient	129 (26,3)	34 (6,9)	362	129
Moralsk integritet for pasient/bruker	121 (24,4)	29 (5,8)	369	129

*Kategoriene svært viktig og viktig er slått sammen til viktig

Tendensen er at hensynet til at pasienten ikke skades prioriteres høyest. Totalt prioriterte 82,9 % (428) «forbedring av praksis og minimalisering av skade» som den viktigst etiske begrunnelsen for å varsle. Tendensen er den samme om en ser på landene hver for seg. Pasientens autonomi fikk lavere prioritet, totalt prioriterte 48,6% (242) dette på første eller andre plass. Dette resultatet kan delvis skyldes at informantene har prioritert mellom flere alternativ, men det er likevel verdt å merke seg. «Moralsk integritet for pasient/bruker» prioritertes enda lavere, 30,2% (150) har vurdert dette som svært viktig eller viktig.

Neste tabell (10) viser rangering av hvilke forhold i arbeidsmiljøet som informantene mente det er viktig å vurdere før en varsler.

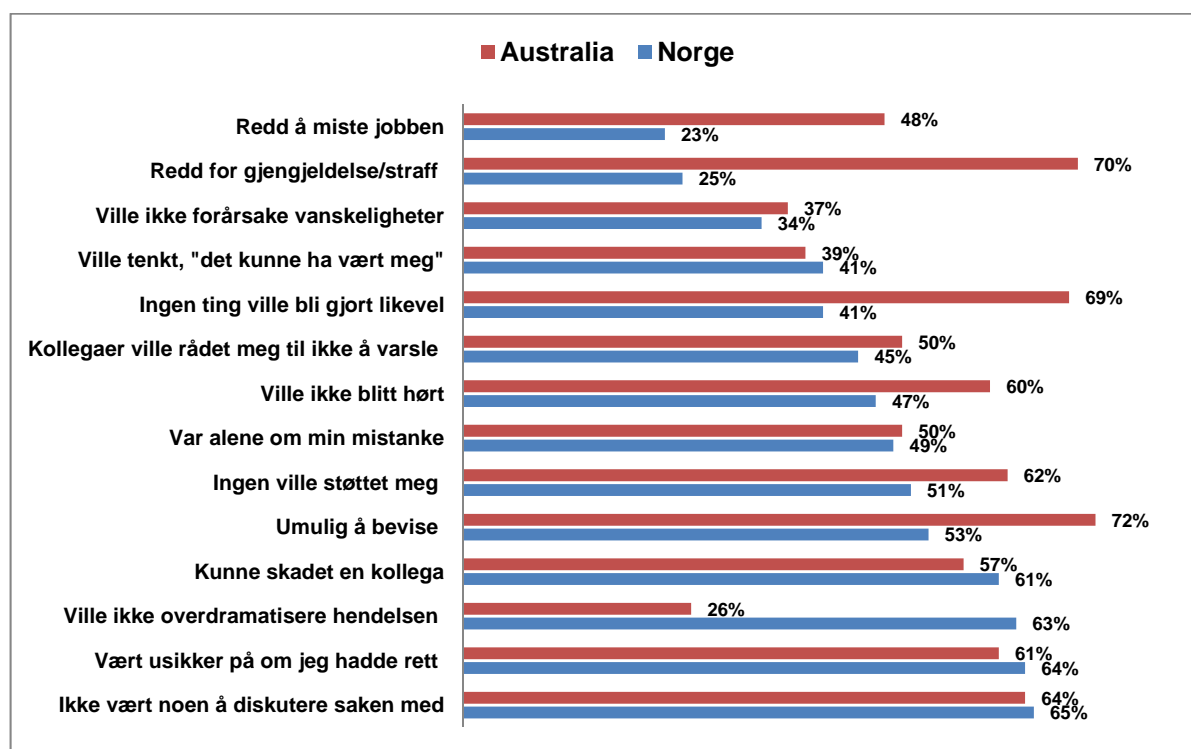
Tabell 9 Forhold som det er viktig å vurdere før varsling

	Viktig* n (%)**			
	Australia	Norge	Australia n	Norge n
At situasjonen først diskuteres med den det gjelder	346 (94,5)	122 (93,8)	366	130
At en ikke har en klandrede innstilling	359 (96,2)	121(93,0)	373	130
At prosedyrene/ retningslinjene undersøkes	363 (98,1)	123 (94,6)	384	132
At det er fokus på det som skjedde	368 (98,9)	130 (100)	372	130
At ansvaret plasseres	59 (16,1)	105 (81,3)	366	129
At de involverte straffes	89 (23,7)	23 (17,9)	367	128

*Kategoriene svært viktig og viktig slått sammen. **% innenfor land

Det er flere norske respondenter, enn australske, som mener det er viktig å plassere ansvaret. Det kan bety at de norske respondentene er mer opptatt av å peke ut «syndebukker» enn de australske. En annen forklaring kan være at «det å plassere ansvaret» ble tolket ulikt. På den ene siden kan det ha blitt forstått som ansvarliggjøring av de involverte i avviket, på den andre siden kan det ha blitt forstått som at avvik skyldes sammensatte årsaksfaktorer, og at de involverte ikke alene skal sitte med ansvaret for avviket. Eksempel på slike årsaksfaktorer kan være mangler i bemannings-situasjon, manglende prosedyrer og mangelfull opplæring. En slik forklaring kan støttes av 75,8% (278) av de australske og 82,0% (105) av de norske respondentene svarer at det er *uviktig* å straffe de involverte.

På neste spørsmål ble respondentene bedt om vurdere ulike påstander som kunne påvirke de til å varsle eller unnlate å varsle.



Kategoriene svært viktig og viktig er slått sammen

Figur 5 Faktorer som informantene oppgir som viktige for de om varsler eller ikke varsler

Cronbachs alfa indikere god indre konsistens ($r \alpha = 0,868$). Ved bruk av Prinspal komponentanalyse (PCA) kommer det fram to betydningsfulle faktorer. Faktor én handler om forhold på arbeidsplassen som påvirker beslutningen om å varsle eller ikke, mens faktor to handler om at den som har forårsaket avvik, eller varsler avviket, ikke må utsettes for risiko eller skade.

3.3 HOVEDSTUDIEN, KVALITATIVE DATA

I Norge ble 18 psykiatriske sykepleiere og syv jordmødre intervjuet. Jordmødrene og tolv psykiatriske sykepleiere var kvinner, seks var menn. Samlet hadde de erfaring fra et bredt spekter av uønskede hendelser. Det ble presisert at alvorlige hendelser alltid ble meldt.

3.3.1 VI HAR EN MORALSK PLIKT TIL Å VARSLE

Respekt for pasientenes rettigheter ble trukket fram som en sentral verdi. Informantene henviste til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og Norsk Sykepleierforbunds oppfordring til sykepleiere om å være modig og sterk og varsle avvik og faglig uforsvarlig praksis. Varslingsplikten knyttes ikke bare mot ivaretagelse av den enkelte pasient, informantene varslet også for hindre gjentakelse og lære av feil. En av 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 de ansvaret og hensikten med å varsle ut av den konkrete situasjonen, varsling fikk en forbyggende effekt og funksjon i generelt pasientsikkerhetsarbeidet.

3.3.2 AVVIK SETTER DEN ENKELTE I EN VANSKELIG SITUASJON

Det å være involvert i avvik, enten som vitne eller som delaktig i hendelsesforløpet, utløste emosjonelle reaksjoner som stress og skyld. I tillegg kunne avviket oppleves å true personlig sikkerhet, som en sa; ... *de kan ikke dømme meg for det?* Informantene brukte ord som å *angi* og *angiveri* om avvikssystemet, og påpekte at det var viktig å unngå å tildele skyld og å peke ut syndebukker. Flere kjente til at avvik hadde ført til utilsiktede/uventede konsekvenser for de involverte. Eksempler på dette er: a) at de involverte ikke fikk støtte eller hjelp etter å ha varslet et avvik, 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. Varsling av avvik hadde i verste fall ført til tap av omdømme, svekkelse av helse og tap av avansementsmuligheter, og det ble referert til omplassering eller skifte av arbeidsplass. Hyppig bruk av avviksmelding på egne avvik kunne medføre at ledelsen eller kollegaer vurderte dem som mindre dyktige og/eller at høy forekomst av avviksmeldinger rammet avdelingens omdømme negativt.

3.3.3 FAKTORER SOM FREMMER OG HEMMER VARSLING AV AVVIK

Gode rutiner for behandling av meldinger, kjennskap til avviksmeldesystem, støtte til de involverte og informasjon om avvik og avvikshåndtering 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*. Ledere som oppfattet feil 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". Førte ikke melding av avvik og bekymring til forventende tiltak kunne «de gi opp». Noen stilte spørsmål til effekten av å melde avvik, om det førte til kvalitetsforbedring, og argumenterte for andre former for kvalitetssikkerhetsarbeid.

4 STYRKER OG SVAKHETER

Datamaterialet i undersøkelsen er begrenset og funnene kan ikke gjøres gyldige på tvers av kontekster der jordmødre og psykiatriske sykepleiere arbeider. Studien ble gjennomført på et selektert utvalg og det ble ikke innhentet opplysninger om hvor mange som ble invitert til å delta og det er ikke regnet ut svarprosent. Den eksterne validiteten er altså lav (Lund 2002), og resultatet må tolkes i lys av at studien sier noe om disse jordmødrene og psykiatriske sykepleiernes prioriteringer og vurderinger, uten at funnene kan generaliseres til å gjelde alle sykepleiere.

Spørreskjemaet var delvis egenutviklet og ikke forhåndsvalidert, og det er en fare for at spørsmål er misforstått eller at svar er feiltolket. Det er en styrke at flere av spørsmålene var prøvd ut i en pilotstudie og at spørreskjemaet ble modifisert basert på denne. Uklarheter omkring begrep ble forsøkt unngått gjennom informasjonsskrivet som fulgte skjemaet og en forklarende ingress før spørsmålene. I sammenligning mellom land kan kontekstuelle forhold og ulik forståelse av brukte begrep ha ført til ulik oppfatning av spørsmålene. Denne type misforståelser ble forsøkt unngått ved at forskere fra begge land sammen diskuterte valg av begrep før de ble brukt i spørreskjemaet. Lav missing data kan tyde på at informantene har oppfattet spørsmålene og at problemstillingene var kjent.

Egenrapportering av et fenomen behøver ikke få fram hele bildet. Situasjoner kan være «glemt», eller det kan være om ønske om å gi sosialt ønskerverdige svar. Et ønske om en positiv fremstilling av egen yrkesgruppe kan påvirke informanter til å svare etter anerkjente oppfatninger. Avvik og varsling er sensitive tema, og selv om kravet til anonymitet ble ivaretatt kan det være at noen av den grunn unnlot å svare på noen spørsmål.

Et annet moment som tas i betraktning er at de som utviklet spørreskjemaet og intervjuguiden er psykiatrisk sykepleiere eller jordmor og har førstehåndserfaring fra den type praksisområder som datamaterialet er hentet fra. Dette anses både som en styrke og en svakhet. I utvikling av spørreskjemaet ga det innsikt i utforming av spørsmålene. Faren er at egenerfaring kan ha påvirket valg av spørsmål og svaralternativ og at noen tema ble utelatt. I intervjusituasjonen ga kjennskap til feltet 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. Dette ble forsøkt unngått ved at vi i utvikling av spørreskjema og intervjuguide støttet oss til tidligere forskning og la vekt på å legge forforståelse til side.

Det at sykepleierne hadde en positiv holdning til åpenhet om melding av feil, men at det var et gap mellom sykepleiernes intensjon om å rapportere og faktisk atferd understreker betydningen av å spørre helsepersonell om hva de faktiske har gjort. Fiktive situasjonsspill eller skriftlige scenarioer laget for å illustrere god, mangelfull eller dårlig praksis blant helsepersonell, kan mangle realisme ved at informantene svarer det de mener burde vært gjort eller det de mener forventes at av dem.

5 OPPSUMMERING

Hensikten med prosjektet var å belyse et utvalg jordmødre og psykiatriske sykepleieres erfaringer med og overveielser i tilknytning til varsling av avvik. Til tross for høy prioritering av forbedring av praksis og mineralisering av pasientskade vurderer respondentene forhold i arbeidsmiljøet før de varsler. Nesten alle svarte at det er vanskelig å varsle avvik gjort av en kollega og det er en tendens at jordmødrene og de psykiatriske sykepleierne ikke har tillit til at oppmerksomheten på pasientsikkerhet og læring av feil opprettholdes i praksis. Før de varslet, ville nesten alle respondentene, vurdere forhold som berører ivaretagelse av de involverte. Det ble prioritert å følge anerkjente prosedyrer som å snakke med dem det gjelder, og å forsikre seg om at det ikke ble inntatt en klandrende innstilling til de involverte. Forhold som berørte deres egen arbeidssituasjon ble også vurdert, nesten tre fjerdedeler av de australske og en fjerdedel av de norske respondentene ville vurdere faren for gjengjeldelse eller «straff», mens nesten halvparten av de australske og en fjerdedel av de norske ville vurdere faren for å miste jobben. Manglende tillit til støtte i arbeidsmiljøet og at varsling førte til forbedring i praksis var andre faktorer som kunne påvirke til at avvik ikke ble meldt. Dette er forhold som også kom fram i de kvalitative funnene.

Til tross for økt fokus på utvikling av pasientsikkerhetskulturer og varsling er resultatene fra studien aktuelle. Det er begrenset med studier, særlig fra en norsk kontekst, med fokus på å forstå hvorfor helsepersonell unnlater å varsle og på faktorer som fremmer varsling. Det er viktig å belyse psykososiale aspekters påvirkning på varsling og hvilken innflytelse meldesystem og retningslinjer har for meldefrekvensen og hvilke type hendelser som varsles. En større forståelse av varsling som fenomen (begrepsvaliditet), vil også kunne bidra til å forstå hvordan varsling er relatert til for eksempel arbeidsmiljøkontekst, ledelse og individuelle forutsetninger.

6 LITTERATUR

- Aas, I. H. M. (2005). Sykepleiernes behov og muligheter for å varsle: resultater fra spørreskjemaundersøkelsen (s. 95-111). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Ahern, K., & McDonald, S. The beliefs of nurses who were involved in a whistleblowing event. *J Adv Nurs*, 2002;38:3:303-309.
- 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 and Kutney-Lee, A. 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*; 2012; 344:e1717 doi: 10.1136/bmj.e1717.
- Black, L. M. Tragedy into policy: a quantitative study of nurses' attitudes toward patient advocacy activities. *Am J Nurs*; 2011; 111: 26-35; 36-27. doi: 10.1097/01.NAJ.0000398537.06542.c0
- Brinchmann, B. S. 2012. Etikk i sykepleien Oslo: Gyldendal akademisk. ISBN9788205430402
- Evans, S. M., Berry, J. G., Smith, B. J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J., & DeWit, M. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care*; 2006; 15:1;39-43. doi: 10.1136/qshc.2004.012559
- Firth-Cozens, J., Firth, R., A., & Booth, S. Attitudes to and experiences of reporting poor care. *Clinical Governance: An International Journal*; 2003;8:4; 331-336.doi: 10.1108/14777270310499423
- 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.
- Hofstad, E. Avvik stoppes og avvises. *Sykepleien*;2015; 3:30-39.
- Jackson, D., Peters, K., Andrew, S., Edenborough, M., Halcomb, E., Luck, L., Wilkes, L. Understanding whistleblowing: qualitative insights from nurse whistleblowers. *Journal of Advanced Nursing*; 2010; 66:10:2194-2201. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05365.x
- Jansma, J. D., Wagner, C., Kate, R. W., & Bijnen, A. B. Effects on incident reporting after educating residents in patient safety: a controlled study. *BMC Health Serv Res*; 2011;11: 335. doi: 10.1186/1472-6963-11-335
- Kirkehei, I., Lindahl, A. K., & Tinnå, M. (2012). Helsepersonell som har vært involvert i uønskede hendelser. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- 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.
- Mansbach, A., & Bachner, Y. G. Internal or external whistleblowing: nurses' willingness to report wrongdoing. *Nurs Ethics*; 2010;17:4: 483-490. doi: 10.1177/0969733010364898

- Miceli, M. P., Near, J. P., & Dworkin, T. M. (2008). *Whistle blowing in organizations*. New York: Routledge.
- Norsk pasientskadeerstatning. (2013). Hva koster pasientskader. Nedlastet 25.06.2014, from <http://www.npe.no/no/Om-NPE/Aktuelt/Hva-koster-pasientskader--/>
- Norsk sykepleierforbund. (2014). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Nedlastet 10.07. 2014, from <https://www.nsf.no/Content/1378906/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>
- Nortvedt P. 2008. *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget. ISBN9788215012155.
- Park, H. og J. Blenkinsopp. Whistleblowing as Planned Behavior A Survey of South Korean Police Officers. *Journal of Business Ethics*; 2009;85:4:545-556. doi: 10.1007/s10551-008-9788-y
- Peters, K., Luck, L., Hutchinson, M., Wilkes, L., Andrew, S., & Jackson, D. The emotional sequelae of whistleblowing: findings from a qualitative study. *J Clin Nurs*; 2011; 20:19-20;2907-2914. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03718.x
- Sanghera, I. S., Franklin, B. D., & Dhillon, S. The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK Intensive care unit. *Anaesthesia*;2007; 62:1:53-61. doi: 10.1111/j.1365-2044.2006.04858.x
- Saunes, I. S., Svendsby, P. O., Mølsted, K., & Thesen, J. (2010). Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. Oslo: Notat / Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten Oslo nr. 912.
- Sirriyeh, R., Lawton, R., Gardner, P., & Armitage, G. 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*; 2010;19:6. e43. doi: 10.1136/qshc.2009.035253
- Skivenes, M., & Trygstad, S. C. (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.
- Skjellanger A. G., E.T. Deilkås, R. Sørensen, J. AdvocaatVedvik, 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.kunnskapsenteret.no/publikasjoner/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-trygge-hender-24-7-2011-2013>. (Nedlastet 01.10.2015.)
- Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., & Suominen, T. Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scand J Caring Sci*;2006;20:3;282-292. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00406.x
- Vincent, C., Aylin, P., Franklin, B. D., Holmes, A., Iskander, S., Jacklin, A., & Moorthy, K. Is health care getting safer? *Bmj*, 2008;13:337:a2426. doi: 10.1136/bmj.a2426

PUBLIKASJONER AV FORSKERE TILKNYTTET HØGSKOLEN I MOLDE OG MØREFORSKING MOLDE AS

www.himolde.no – www.moreforsk.no

2014 - 2016

Publikasjoner utgitt av høgskolen og Møreforskning kan kjøpes/lånes fra
Høgskolen i Molde, biblioteket, Postboks 2110, 6402 MOLDE.
Tlf.: 71 21 41 61, epost: biblioteket@himolde.no

Egen rapportserie

Skrove, Guri K.; Groven, Gøril; Nerland, Sølve Mikal og Bachmann, Kari: *"I UNG" – et alternativt opplæringstiltak for ungdom som har droppet ut av videregående opplæring – resultater fra følgeforskningen*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1612. Møreforskning Molde AS. 114 s. Pris: 150,-

Nordhaug, Hans Fredrik: *Sjøportalen. Delrapport 2: Mulighetsstudie – tekniske løsninger*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1611. Møreforskning Molde AS. 12 s. Pris: 50,-

Oppen, Johan og Rød Espen: *Tilrettelegging og gjennomføring av tømmertransport i Trøndelag*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1610. Møreforskning Molde AS.

Oterhals, Oddmund; Guvåg, Bjørn; Giskeødegård, Marte F. and Srari, Jagjit Singh (2016): *Recin – Regional Challenges and Innovation in business Networks. Maritime Network Møre and Romsdal*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1609. Møreforskning Molde AS. 26 s. Pris: 50,-

Oterhals, Oddmund og Guvåg, Bjørn (2016): *SMARTprod. Delrapport: Industriell skipsproduksjon*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1608. Møreforskning Molde AS. 16 s. Pris: 50,-

Müller, Falko og Svendsen, Hilde J. (2016): *Ferjesambandet Hasvik – Øksfjord. En vurdering av tilbud og etterspørsel*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1607. Møreforskning Molde AS. 58 s. Pris: 100,-

Skrove, Guri og Bachmann, Kari (2016): *Kvalitet i alle ledd. Samordning av hjelpetilbud til barn og unge*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1606. Møreforskning Molde AS. 94 s. Pris: 100,-

Grønvik, Cecilie Katrine Utheim og Ulvund, Ingeborg (2016): *Etablering, gjennomføring og evaluering av videreutdanning i kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Molde*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1605. Møreforskning Molde AS. 31 s. Pris: 50,-

Müller, Falko; Rekdal, Jens; Svendsen, Hilde J. ; Zhang, Wei og Bråthen, Svein (2016): *Samfunnsøkonomisk analyse av ny lufthavn ved Mo i Rana. En analyse gjennomført ved bruk av persontransportmodellen NTM6*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1604. Møreforskning Molde AS. 68 s. Pris: 100,-

Bergem, Bjørn og Bremnes, Helge (2016): *Resultatmåling av brukerstyrt forskning 2014*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1603. Møreforskning Molde AS. 84 s. Pris: 100,-

Svendsen, Hilde; Zhang, Wei, Rekdal, Jens og Bråthen, Svein (2016): *Ny ferjeforbindelse mellom Aure og Hitra. Oppdaterte trafikk tall og samfunnsøkonomi 2015*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1602. Møreforskning Molde AS. 37 s. Pris: 50,-

Rye, Mette (2016): *Beregning av kostnadsøkning i sone 1a og 4a i ny ordning for differensiert arbeidsgiveravgift*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1601. Møreforskning Molde AS. 21 s. Pris: 50,-

Svendsen, Hilde Johanne og Müller, Falko (2015): *Forvaltningsrevisjon av ferjeamboda i Møre og Romsdal*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1519. Møreforskning Molde AS. 63 s. Pris: 100,-

Julnes, Signe Gunn; Grønvik, Cecilie Katrine Utheim og Eines, Trude Fløystad (2015): *Implementering av Nasjonalt Kvalifikasjonsrammeverk for høyere utdanning i et nytt veilednings- og vurderingsdokument i praksis for sykepleierstudenter*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1518. Møreforskning Molde AS. 28 s. Pris: 50,-

Bergem, Bjørn G.; Bremnes, Helge og Hervik, Arild (2015): *Resultatmåling av brukerstyrt forskning 2013*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1517. Molde: Møreforskning Molde AS. 77 s. Pris: 100,-

Bachmann, Kari; Bergem, Bjørn G. og Hervik, Arild (2015): *Grunnskoleopplæring til barn og unge som bor i asylmottak og omsorgssentre. En undersøkelse av tilskuddsordningen til grunnskoleopplæring til barn og unge som bor i asylmottak og omsorgssentre*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1516. Molde: Møreforskning Molde AS. 46 s. Pris: 50,-

Müller, Falko; Bråthen, Svein and Svendsen, Hilde J. (2015): *The Arctic Circle Airport – A Comparative Study*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1515. Molde: Møreforskning Molde AS. 46 s. Pris: 50,-

Hauge, Kari Westad; Maasø; Anne Grete; Barstad, Johan; Elde, Hanne Svejstrup; Karlsholm, Guro; Stamnes, Astrid; Skjong, Gerd; Skår, Janne-Rita og Thingnes, Elin Rødahl (2015): *Kvalitet og kompetanse i praksisveiledning av studenter i helse- og sosialfag i spesialisthelsetjenesten*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1514. Molde: Møreforskning Molde AS. 116 s. Pris: 150,-

Bachmann, Kari; Skrove, Guri K. og Groven, Gøril (2015): *Evaluering av "Den gode skoleeier". Kommuners arbeid med skoleeierrollen og erfaringer med skoleeierprogrammet*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1513. Molde: Møreforskning Molde AS. 61 s. Pris: 100,-

Groven, Gøril; Skrove, Guri K. og Bachmann, Kari (2015): *Fremtidens eldreomsorg. Kunnskapsgrunnlag tilknyttet bygging av nytt omsorgssenter i Aukra kommune* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1512. Molde: Møreforskning Molde AS. 55 s. Pris: 100,-

Rekdal, Jens; Hamre, Tom N. og Zhang, Wei (2015): *Etablering av modeller for tilbringertrafikk til flyplasser*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1511. Molde: Møreforskning Molde AS. 76 s. Pris: 100,-

Svendsen, Hilde Johanne og Bråthen, Svein (2015): *Samfunnsøkonomisk analyse av endret lufthavnstruktur i Midt- og Nord-Norge* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1510. Molde: Møreforskning Molde AS. 36 s. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Thune-Larsen, Harald; Oppen, Johan; Svendsen, Hilde Johanne.; Bremnes, Helge; Eriksen, Knut S.; Bergem, Bjørn G. og Heen, Knut P.: *Forslag til anbudsopplegg for regionale flyruter i Nord-Norge*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1509 2. utgave. Molde: Møreforskning Molde AS. 147 s. Pris: 150,-

Oterhals, Oddmund og Kvadsheim, Nina Pereira (2015): *Sjøportalen. Delrapport 1: Behovsavklaring – gevinstpotensialer*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1508. Molde: Møreforskning Molde AS. 28 s. Pris: 50,-

Rye, Mette (2015): *Merkostnad i privat sektor i sone 1a og 4a etter omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1507. Molde: Møreforskning Molde AS. 22 s. Pris: 50,-

Skrove, Guri K.; Groven, Gøril og Bachmann, Kari (2015): *Sammen om rehabilitering i nærmiljøet. Sluttevaluering av "Livsnær livshjelp" – et samhandlingsprosjekt om rehabiliteringsbrukere i Aure*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1506. Molde: Møreforskning Molde AS. 33 s. Pris: 50,-

Skrove, Guri K.; Oterhals, Geir; Groven, Gøril og Bachmann, Kari (2015): *"Sulten og tørst, men Stikk UT! først" En brukerundersøkelse av turkassetrimmen Stikk UT!* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1505. Molde: Møreforskning Molde AS. 40 s. Pris: 50,-

Svendsen, Hilde Johanne; Bråthen, Svein og Tveter, Eivind (2015): *Samfunnsøkonomisk analyse av endret lufthavnstruktur i Sør-Norge*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1504. Molde: Møreforskning Molde AS 34 s. Pris: 50,-

Tveter, Eivind; Bråthen, Svein; Eriksen, Knut Sandberg; Svendsen, Hilde Johanne og Thune-Larsen, Harald (2015): *Samfunnsøkonomisk analyse av lufthavnkapasiteten i Oslofjordområdet*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1503. Molde: Møreforskning Molde AS. 47 s. Pris: 50,-

Kaurstad, Guri; Bachmann, Kari; Bremnes, Helge og Groven, Gøril (2015): *KS FoU-prosjekt nr. 134033. Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1502. Molde: Møreforskning Molde AS. 107 s. Pris: 150,-

Kristoffersen, Steinar og Mennink, Marcel (2015): *Mulighetsanalyser for jaktturisme i Gjemnes*. Møreforskning Molde AS nr. 1501. Molde: Rapport / Møreforskning Molde AS. 45 s. Pris: 50,-

Kaurstad, Guri; Oterhals, Geir; Hoemsnes, Helene, Ulvund, Ingeborg og Bachmann, Kari (2014): *Deltakelse i organiserte fritidstilbud. Spesiell vekt på barn og unge med innvandrereforeldre*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1417. Molde: Møreforskning Molde AS. 92 s.

Rekdal, Jens; Hamre, Tom N.; Løkketangen, Arne; Zhang, Wei og Larsen Odd I. (2014): *Inkludering av innfartsparkering i TraMod_By: TraMod_IP*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1416. Molde: Møreforskning Molde AS 125 s. Pris: 150,-

Kristoffersen, Steinar (2014): *Remontowa Launch and Recovery System (LARS) Minus 40*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1415. Molde: Møreforskning Molde AS. 39 s. KONFIDENSIELL

Shlopak, Mikhail; Bråthen, Svein; Svendsen, Hilde Johanne og Oterhals, Oddmund (2014): *Grønn Fjord. Bind II. Beregning av klimagassutslipp i Geiranger*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1413. Molde: Møreforskning Molde AS. 53 s. Pris: 100,-

Svendsen, Hilde Johanne; Bråthen, Svein og Oterhals, Oddmund (2014): *Grønn Fjord. Bind I. Analyse av metningspunkt for trafikk i Geiranger*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1412. Molde: Møreforskning Molde AS. 27 s. Pris: 50,-

Heen, Knut Peder (2014): *Kontraksstrategier for local leverandørindustri*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1411. Molde: Møreforskning Molde AS. 31 s. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Tveter, Eivind; Solvoll, Gisle og Hanssen, Thor Erik Sandberg (2014): *Luftfartens betydning for utvalgte samfunnssektorer. Eksempler fra petroleum, kultur og sport*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1410. Molde: Møreforskning Molde AS. 98 s. Pris: 100,-

Kristoffersen, Steinar; Shlopak, Mikhail; Oppen, Johan og Jünge, Gabriele (2014): *Logistikkoptimalisering i BioMar Norge AS*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1409. Molde: Møreforskning Molde AS. 41 s. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Zhang, Wei og Rekdal, Jens (2014): *Todalsfjordforbindelsen. Anslag på trafikale og prissatte samfunnsøkonomiske konsekvenser*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1408. Molde: Møreforskning Molde AS. 47 s. Pris: 50,-

Witsø, Elisabeth (2014): *IA-holdningsbarometer Møre og Romsdal. Ledere og ansattes erfaringer med og syn på IA-arbeidet i virksomheten*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1407. Molde: Møreforskning Molde AS. 51 s. Pris: 100,-

Kristoffersen, Steinar; Jünge, Gabriele Hofinger og Shlopak, Mikhail (2014): *Planlegging, produksjon og prosessdata. Hva påvirker kvalitet og leveransepresisjon?* Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1406. Molde: Møreforskning Molde AS. 37 s. KONFIDENSIELL

Bergem, Bjørn G., Hervik, Arild og Oterhals, Oddmund (2014): *Supplier effects Ormen Lange 2008-2012*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1405. Molde: Møreforskning Molde AS 27 s. Pris: 50,-

Hervik, Arild; Bergem, Bjørn G. og Bræin, Lasse (2013) *Resultatmåling av brukerstyrt forskning 2012*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1404. Molde: Møreforskning Molde AS. 117 s. Pris: 150,-

Kaurstad, Guri; Witsø, Elisabet og Bachmann, Kari (2014): *Livsnær livshjelp. Rehabilitering i nærmiljøet*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1403. Molde: Møreforskning Molde AS 35 s. Pris: 50,-

Bergem, Bjørn G., Hervik, Arild og Oterhals, Oddmund (2014): *Leverandøreffekter Ormen Lange 2008-2012*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1402. Molde: Møreforskning Molde AS 25 s. Pris: 50,-

Oterhals, Oddmund og Guvåg, Bjørn (2014): *Lean Shipbuilding II – Sluttrapport*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1401. Molde: Møreforskning Molde AS 29 s. Pris: 50,-

ARBEIDSRAPPORTER / WORKING REPORTS

Ulvund, Ingeborg og Vatne, Solfrid (2016): *Varsling og unnlatt varsling av avvik i helsetjenesten. En studie blant jordmødre og psykiatriske sykepleiere i Australia og Norge*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1605. Møreforskning Molde AS. 24 s. Pris: 50,-

Eines, Trude Fløystad og Måløy, Elfrid (2016): *Tverrprofesjonelt samarbeid om legemiddelgjennomganger og samstemming av medisinlister – Løsningen på økt pasientsikkerhet?* Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1604. Møreforskning Molde AS. 23 s. Pris: 50,-

Måløy, Elfrid; Eines, Fløystad, Turid og Vatne, Solfrid (2016): *Opplevelse av lav kompetanse og pulverisert ansvar ved legemiddelhåndtering i kommunehelsetjenesten*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1603. Møreforskning Molde AS. 14 s. Pris: 50,-

Oterhals, Oddmund og Oppen, Johan (2016): *Logistikk og forretningsmodeller for behandling av fiskeslam*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1602. Møreforskning Molde AS. 12 s. Pris: 50,-

Groven, Gøril; Hoemsnes, Helene; Skrove, Guri K. og Bachmann, Kari (2016): *Inkludering av personer med Asperger syndrom i arbeidslivet. VRI-prosjekt med Spesialistbedriften*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. 1601. 26 s. Pris: 50,-

Grønvik, Cecilie Utheim og Julnes, Signe Gunn (2015): *Innovative læringsaktiviteter bidro til at sykepleie studenter opplevde læringsutbytte i kvantitativ metode*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1501. Møreforskning Molde AS. 26 s. Pris: 50,-

Larsen, Odd I. (2014): *Validering av godstransportmodellen*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1403. Møreforskning Molde AS. 31 s. Pris: 50,-

Kaurstad, Guri; Hoemsnes, Helene; Ulvund, Ingeborg og Bachmann, Kari (2014): *Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter blant barn og unge i Kristiansund. Levekårsprosjektet i Kristiansund*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1402. Møreforskning Molde AS. 75 s. Pris: 100,-

Rye, Mette (2014): *Merkostnad i privat sektor i sone 1A og 4A etter omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift. Estimert for 2014*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1401. Møreforskning Molde AS. 22 s. Pris: 50,-

ARBEIDSNOTATER / WORKING PAPERS

Ødegård, Atle; Sæbjørnsen, Siv Elin Nord; Hegdal, Tone; Bergum, Inger Elisabeth; Brask, Ole David; Inderhaug, Hans; Iversen, Hans Petter; Hoemsnes, Helene; Myklebust, Kjellaug Klock; Bekkevold, Niils; Almås, Synnøve

Hofseth; Vasset, Frøydis Perny; Willumsen, Elisabeth (2015) *Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) ved Høgskolen i Molde*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:5. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Lode, Andrea (2015) *Evaluering av etableringstilskudd i Aukra kommune*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:4. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

May Østby, Kari Høium, Thrine Marie Nøst Bromstad, Yngvar Bjarne Hurlen, Randi Brevik, Claus A. Giskemo, Lars Klintwall (2015) *"Jeg ønsker å lese bedre!" : intensiv leseopplæring for en elev med ADHD*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:3. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Bakken, Hege (2015) *"Mulig det finnes en angreknapp?" : mestringstillit og IKT-kompetanse hos den voksne deltids vernepleierstudent*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:2. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Norlund, Ellen Karoline (2015) *Supply vessel planning under cost, environment and robustness Considerations*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:1. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Dale, Karl Yngvar (2014) *Traumatic stress, personality and psychobiological health : conceptualizations and research findings*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:6. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Norlund, Ellen Karoline; Gribkovskaia, Irina (2014) *Environmental performance of speed optimization strategies in offshore supply vessel planning under weather uncertainty*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:5. Molde : Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Dale, Karl Yngvar; Ødegård, Atle (2014) *Examining the Construct of Dissociation within the Framework of G-theory*. Arbeidsnotat : Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, 2014:4. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Iversen, Hans Petter; Folland, Thore (2014) *Psykisk helsearbeid i Romsdalskommunene : organisering og ledelse : kommunenettverket*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:2. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Solenes, Oskar; Dolles, Harald; Gammelsæter, Hallgeir; Kåfjord, Sondre; Rekdal, Eddie; Straume, Solveig; Egilsson, Birnir (2014) *Toppfotballens betydning for vertsregionen : en studie av Molde Fotballklubbs betydning for Molderegionen*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:1. Molde : Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 100,-



MØREFORSKING

MOLDE

MØREFORSKING MOLDE AS

Britvegen 4

NO-6410 Molde

TEL +47 71 21 40 00

mfm@himolde.no

www.moreforsk.no

NO 984 369 344



MØREFORSKING



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk
