



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	24-02-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-04-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB30011 PRO1 2020 VÅR HAUGESUND		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 332

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Uønskede hendelser- en trussel for pasientsikkerheten

**Antall ord \*:** 8280

**Engelsk tittel \*:** Adverse events- a threat to patient safety

**Egenerklæring \*:** Ja **Inneholder besvarelsen**  **Nei**  
**konfidensielt materiale?:**

**Jeg bekrefter at jeg har**  **Ja**  
**registrert oppgavetittelen**  
**på norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Uønskede hendelser- en trussel for pasientsikkerheten.

Adverse events- a threat to patient safety.

## Kandidatnummer 332

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Campus Haugesund

Innlevering 22.04.2020 kl. 14:00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Sammendrag

**Bakgrunn for valg av tema:** Hvert år blir flere pasienter skadet på grunn av uønskede hendelser innenfor helsevesenet. Som sykepleiere opplever vi jevnlig uønskede hendelser men flere av disse hendelsene blir det ikke skrevet avvik om. Som sykepleier har man en sentral rolle i forebygging å uønskede hendelser og styrke pasientsikkerheten.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier styrke pasientsikkerheten gjennom å forebygge uønskede hendelser ved kirurgisk avdeling?

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å øke kunnskap hvordan uønskede hendelser påvirker pasientsikkerheten, risikoen for at de oppstår og hvordan sykepleiere kan forebygge disse.

**Metode:** Metoden som er brukt i studien er litteraturstudie. Jeg har brukt forskning og faglitteratur som belyser problemstillingen min.

**Funn:** Innleggelse ved en kirurgisk avdeling inneholder flere risikoområder for uønskede hendelser. Informasjon og dokumentasjon, mangel på kompetanse og ressurser, læring av uønskede hendelser og risiko ved pasientoverganger er faktorer om kan øke risikoen for slike hendelser.

**Oppsummering:** Sykepleiere kan forebygge uønskede hendelser ved å gi tilstrekkelig informasjon, lære av tidligere hendelser, øke sin egen kompetanse og være observant på ulike risikoområder ved pasientoverganger.

**Nøkkelord:** Pasientsikkerhet, uønskede hendelser, sikkerhetskultur, sykepleie, bemanning.

## Abstract

**Background:** Patients gets injured every year due to adverse health care events within the health care system. A nurse will regularly experience adverse events but many of these events are not reported as a deviation. As a nurse, one plays a central role in preventing adverse events and strengthening patient safety.

**Research question:** How can nurses strengthen patient safety by preventing adverse events in the surgical ward?

**Purpose:** The purpose of this bachelor thesis is to increase the knowledge on how adverse events effect patient safety, the risk of them occurring and how nurses can prevent them.

**Method:** The method that is used in this thesis is a literature study. I have used research and professional literature that elucidate the research question.

**Findings:** Admission to a surgical ward can contain several risk areas for adverse events. Information and documentation, lack of competence and resources, education about adverse events and risks associated with patient transfer are factors that can increase the risk of adverse events.

**Conclusion:** Nurses can prevent adverse events by giving adequate information, learn of previous events, increase their own competence and be observant of various risk areas by patient transfers.

**Keywords:** patient safety, adverse health care events, safety culture, nurse, staffing.

## Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG .....	2
ABSTRACT .....	3
<b>1.0 INTRODUKSJON .....</b>	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	5
1.2 HENSIKT MED OPPGAVEN .....	6
1.3 PROBLEMSTILLING .....	6
1.4 AVGRENING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING .....	6
1.5 DISPOSISJON .....	6
<b>2.0 TEORI .....</b>	<b>7</b>
2.1 PASIENTSIKKERHET OG KVALITET .....	7
2.2 UØNSKEDE HENDELSER .....	7
2.3 AVVIK .....	8
2.4 TEORI OM «NORMALE ULYKKER» .....	9
2.5 RISIKOVURDERING .....	10
<b>3.0 METODE .....</b>	<b>11</b>
3.1 KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE .....	11
3.2 LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	11
3.3 PRAKTISK FREMGANGSMÅTE VED LITTERATURSØK .....	12
3.4 KILDEKRITIKK .....	12
3.5 METODEKRITIKK .....	13
<b>4.0 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER .....</b>	<b>14</b>
4.1 ARTIKKEL 1: NORGE .....	14
4.2 ARTIKKEL 2: NORGE .....	14
4.3 ARTIKKEL 3: NORGE .....	15
4.4 ARTIKKEL 5: SVERIGE .....	16
4.6 OPPSUMMERING AV HOVEDFUNN .....	16
<b>5.0 DRØFTING .....</b>	<b>18</b>
5.1 INFORMASJON OG DOKUMENTASJON .....	18
5.2 MANGEL PÅ RESSURSER OG KOMPETANSE .....	21
5.3 Å LÆRE AV UØNSKEDE HENDELSER .....	22
5.4 RISIKO VED PASIENTOVERGANGER .....	25
<b>6.0 AVSLUTNING .....</b>	<b>27</b>
<b>REFERANSELISTE .....</b>	<b>28</b>
<b>VEDLEGG 1 .....</b>	<b>33</b>

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hvert år blir flere pasienter i Norge skadet på grunn av uønskede hendelser og sviktende kvalitet innenfor helsevesenet. I de alvorligste tilfellene kan skaden føre til at pasienten dør (Ingstad, 2019, s. 139). Hvert år kartlegger Helsedirektoratet antall pasientskader i norske sykehus. Tallene fra 2018 viser at det oppsto minst en pasientskade ved 11,9% av innleggelsene ved somatisk sykehus, og ved 7,4% av oppholdene var det minst én pasientskade av høyere alvorlighetsgrad (Helsedirektoratet, 2019, s. 12). Årsaker til pasientskader kan skyldes svikt i kommunikasjon mellom pasient og sykepleier eller mellom helsepersonell. Det kan også skyldes mangel på koordinering av tjenester, uklare ansvarslinjer eller feilmedisinering (Ingstad, 2019, s. 139). Det å rapportere og lære av uønskede hendelser er et av de viktigste virkemidlene for å ivareta pasientsikkerheten (Aase og Wiik, 2015, s. 114). Mange helseorganisasjoner har i dag gode mål, læringsrutiner og praksis relatert til håndtering av uønskede hendelser, men likevel vanskeliggjøres denne prosessen. Sykepleiere skal skrive avvik ved pasientskader og uønskede hendelser. Dette er stadfestet i Helsepersonelloven (1997, § 17), som sier at «helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasientens eller brukeres sikkerhet». Det påvirker pasientsikkerheten dersom det ikke blir skrevet avvik om uønskede hendelser fordi man reduserer muligheten for å lære av disse.

Pasientsikkerhet er et tema som jeg har interessert meg for lenge. Jeg visste tidlig at jeg ønsket å skrive om pasientsikkerhet, men var usikker på hvilken vinkling jeg skulle ha da dette er et relativt vidt tema. I et innledende litteratursøk fant jeg en artikkel som handlet om uønskede hendelser og sykepleieres holdninger ovenfor disse. Etter å ha lest denne artikkelen ble jeg sikker på at det var dette temaet jeg ønsket å skrive om. Vi lærte litt om pasientsikkerhet på sykepleierutdanningen da det er en viktig del av utøvelsen av sykepleie. Gjennom utdanningen følte jeg at forebygging av uønskede hendelser var et tema som det var lite undervisning om, men i praksis så jeg at dette var svært viktig. Som sykepleier vil man oppleve uønskede hendelser som truer pasientsikkerheten. Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å kaste lys over risikoen for at disse hendelsene inntreffer og hvordan vi som sykepleiere kan forebygge dem.

## 1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med bacheloroppgaven er å øke min egen kunnskap om hvordan sykepleiere kan forebygge uønskede hendelser. Jeg ønsker å lære mer om hvordan disse hendelsene kan påvirke pasientsikkerheten, risikoen for at de oppstår og hvordan man kan forebygge disse. Jeg ønsker å belyse sykepleierens rolle innenfor dette arbeidet.

## 1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier styrke pasientsikkerheten gjennom å forebygge uønskede hendelser ved kirurgisk avdeling?

## 1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling

Fokuset i oppgaven vil være på begrepene pasientsikkerhet og uønskede hendelser. Jeg ønsker å få frem hvordan sykepleie kan styrke pasientsikkerheten ved å forebygge uønskede hendelser og belyse risikoen for at pasienter blir utsatt for slike hendelser. Jeg vil belyse risikoområder ved kirurgisk avdeling og ved pasientoverganger. Jeg kommer til å fokusere på pasienter over 18 år, da barn har behov for en annen tilnærming og andre risikoområder.

## 1.5 Disposisjon

Oppgaven er delt inn i fem hovedkapitler med underpunkter. Først kommer innledning etterfulgt av teorigapitlet som handler om pasientsikkerhet og kvalitet, uønskede hendelser og avvik. Deretter rettes fokuset mot Charles Perrows teori om normale ulykker og risikoanalyse. I metodekapitlet gjør jeg rede for kvalitativ og kvantitativ metode, og litteraturstudie som metode, fremgangsmåte og litteratursøk. Kapitlet avsluttes med forklaring av kildekritikk og metodekritikk. I neste kapittel presenterer jeg de artiklene jeg har valgt og utdyper disse i forholdt til hensikt, metode og resultat sammen med et sammendrag av hovedfunn. I drøftingsdelen av oppgaven vil jeg diskutere problemstillingen i forhold til forskningsartiklene, teori og egne synspunkter. Til slutt vil jeg ha en avslutning der jeg runder av oppgaven. Så legger jeg ved referanseliste og vedlegg.

## 2.0 Teori

### 2.1 Pasientsikkerhet og kvalitet

En av de største utfordringene vi har innenfor helse- og omsorgstjenesten rundt om i verden er å kunne levere sikre helsetjenester (WHO, 2017, s. 1). Ifølge Helsedirektoratet (2019) kan pasientsikkerhet defineres som «vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser». Det handler med andre ord om å forhindre at pasienten skades. Pasientsikkerhet henger tett sammen med kvalitet (Ingstad, 2019, s. 139). Kvalitet handler blant annet om å lære av sine feil og utvikle systemer for at feilene ikke gjentar seg (Ingstad, 2019, s. 135). Det er viktig at medarbeidere inkluderes i kvalitetsarbeidet da det er de som oftest har de beste forslagene til forbedring av tjenesten (Ingstad, 2019, 139). Kvalitet i helsetjenesten handler om i hvor stor grad tjenesten innfrir de kravene som stilles. Ifølge Meld. St. 10 (2012-2013) er det seks dimensjoner på hva som kjennetegner god kvalitet innfor helsevesenet. Det er at tjenesten er virkningsfull, trygg og sikker, involverer brukeren og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressurser på en god måte og er tilgjengelig for alle (Ingstad, 2019, s. 135). I denne oppgaven vil jeg fokusere mest på om tjenesten er trygge og sikre. Kvalitet er ikke statisk, men forandrer seg over tid samtidig som mennesker vektlegge og vurdere tjenester ulikt (Ingstad, 2019, s. 135). God pasientsikkerhet handler om å lære av uønskede hendelser og å aktivt forebygge at de gjentar seg (Ingstad, 2019, s. 139). Uønskede eller uventede hendelser kan oppstå i mange settinger der helsetjenester utøves (WHO, u.å.). Pasientsikkerhet er et ansvarsområde for alle som jobber i helsesektoren, både ledelsen og de som er i den daglige pasientkontakten (Ingstad, 2019, s. 140).

### 2.2 Uønskede hendelser

En uønsket hendelse eller adverse event, er ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) en skade som er relatert til klinisk behandling og ikke til komplikasjoner av sykdomsforløpet. Det som menes med klinisk behandling er alle aspekter ved helsetjenester inkludert diagnose, behandling, systemer og utstyr som blir brukt til å levere helsetjenester. Uønskede hendelser kan være mulig forebygge eller ikke (WHO, 2005, s. 8). Å vurdere om en uønsket hendelse oppstår på grunn av helsetjenesten eller pasientens sykdom er ikke alltid enkelt. En hendelse kan forårsakes av at helsepersonell tar en kalkulert risiko i forsøket på å redde liv. Uønskede hendelser kan også oppstå om den medisinske behandlingen ikke har vært tilfredsstillende på grunn av manglende erfaring eller kompetanse (Ödegård, 2006 referert i Aase, 2015, s. 17).



En nestenhendelse er ifølge WHO en hendelse som har potensial til å lede til en uønsket hendelse, men som ikke gjør det på grunn av at den blir forhindret fra å utvikle seg eller ikke blir utviklet på grunn av tilfældigheter (WHO, 2005, s. 8). Andre begreper som brukes for å beskrive slike hendelser kan være «uhell», «uventede hendelser», eller «ulykker» og «hendelser». Flere unngår å bruke begrepet uhell, da det sier at hendelsen kunne forhindres (WHO, 2005, s. 19).

En ideell tilnærming til forebygging av uønskede hendelser er å se på en uønsket hendelse som et symptom og kilde til informasjon om den bakenforliggende årsaken. Uønskede hendelser og nestenhendelser er et verktøy for å definere risikoforhold i ulike arbeidsoppgaver (Aase og Wiik, 2015, s. 102). Forskning i lære av uønskede hendelser er bygget på at mennesker kan gjøre feil og at uønskede hendelser må forventes (Aase og Wiik, 2015, s. 102-103). Ved å øke kunnskapen om hvordan helsepersonell takler uforutsette situasjoner, improviserer og skaper bedre sikkerhet i praksis, vil vi få en bedre forståelse over hvorfor ting noen ganger går galt (Aase og Wiik, 2015, s. 114).

### 2.3 Avvik

Ifølge Ingstad (2019) er alle uønskede hendelser et avvik, da det skiller seg fra det normale. Alle hendelser som har eller kan påføre pasientskade, skal analyseres og følges opp med tiltak. Også hendelser som kan føre til avvik skal dokumenteres (Ingstad, 2019, s. 142). Å melde om avvik er en viktig del av å kunne ivareta pasientsikkerheten. Håndtering av avvik handler om å finne ut hva som skjedde og hvorfor, samtidig som vi legger til rette for at hendelsen ikke skjer igjen (Ingstad, 2019, s. 142). Alle virksomheter innenfor helse-og omsorgstjenesten har systemer for å håndtere avvik, men ikke alle avvik blir rapportert. Det beste tiltaket for å forebygge og avdekke avvik er om arbeidsplassen har en godt innarbeidet sikkerhetskultur med et system hvor ansatte melder ifra om uønskede hendelser (Ingstad, 2019, s. 143). Definisjonen på sikkerhetskultur er forskjellig i samfunnet ut ifra hvilket virksomhetsområde man jobber med (Haugen og Storm, 2015, s. 79). Innenfor sykehus handler sikkerhetskultur hovedsakelig om pasientsikkerhetskultur. Stortingsmeldingen *God kvalitet- trygge tjenester* slår fast at brukere og pasienter skal være trygge på at sykehuset har god kultur for å rapportere og analysere uønskede hendelser, og at det etableres systemer for å forebygge og lære av disse hendelsene (Meld. St. 10 (2012-2013)). For at avvikssystemene skal fungere på best mulig måte er det viktig at arbeidsplassen har en kultur der det å skrive

avvik ikke bare er godtatt, men også oppmuntret. Det er like viktig at lederen på arbeidsplassen følger opp avvikene og at disse blir tatt på alvor (Ingstad, 2019, s. 143). Dersom en virksomhet har en oversikt over de uønskede hendelsene som har oppstått, sier det noe om virksomhetens faglige forsvarlighet. Samtidig som avviksarbeidet sier noe om hvorvidt de arbeider systematisk med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2017, s. 41).

#### 2.4 Teori om «normale ulykker»

Ifølge Charles Perrow har enkelte systemer strukturegenskaper eller koblinger som fører til at noen ulykker er uunngåelige. Han kalte disse overaskende hendelsene for «normale ulykker» (Aase og Rosness, 2015, s. 33). Teorien om normale ulykker øker bevisstheten om hvordan organisasjonsstrukturen sammen med systemegenskaper påvirker sikkerheten (Segan, 1993, referert i Aase og Rosness, 2015, s. 33). En kobling viser i hvilken grad komponentene og delsystemene er avhengige av hverandre. Systemer som har tette koblinger har ikke en naturlig buffer. Dersom det skjer en endring i en komponent vil det føre til en vesentlig og hurtig endring i andre tilstøtende komponenter. Forstyrrelsen vil spre seg til hele systemet. Da vil det være nesten umulig å stanse problemer før de fører til skade (Aase og Rosness, 2015, s. 33-34). Ved å benytte Perrows teori kan man bedre forstå hvordan uønskede hendelser oppstår innenfor helsevesenet. Ifølge Perrow er et sykehus et system med løse koblinger mellom rutinemessige aktiviteter. Her er det lettere å oppdage glipper i koblinger og helsepersonell kan lettere oppdage problemer og hindre dem fra å oppstå (Aase og Rosness, 2015, s. 34). Et sykehus er også et system som tåler tidsforskyvninger samtidig som rekkefølgen på prosedyrer er fleksible. Dette gjør at sykehuset kan operere rutinemessig på kanten av sin egen kapasitet. Men dersom en avdeling har overbelegg av pasienter kan dette føre til akutt sengemangel og endring i arbeidsforhold for sykepleiere (Aase og Rosness, 2015, s. 34). For å forklare dette kan vi bruke en sengepost som eksempel. Dersom det er overbelegg på en avdeling kan andre avdelinger operere som buffere ved å få overført pasienter for å minske arbeidsmengden på den utsatte avdelingen. En kan også fremskynde utskrivelser av pasienter for å lette på trykket i avdelingen (Aase og Rosness, 2015, s. 34). Disse to tiltakene gjør at vi kan opprettholde de løse koblingene og problemer kan stoppes når de oppstår. Når hele sykehuset opplever overbelegg, og andre avdelinger ikke lenger kan fungere som buffer er det ikke like enkelt å oppdage feil og risikoen for uønskede hendelser øker.

## 2.5 Risikovurdering

Sollid definerer risiko som en kombinasjon av hendelser og konsekvenser samtidig som det er en usikkerhet om hvorvidt disse hendelsene vil inntreffe og hva som vil bli konsekvensene (Sollid, 2015, s. 228). Et eksempel på dette kan være at det oppstår en pasientskade ved et kirurgisk inngrep. En risiko er mer enn sannsynlighet og er avhengig av gode bakgrunnskunnskaper knyttet til antagelse, modeller og data, og kan kamuflere viktige usikkerhetsfaktorer (Sollid, 2015, s. 228). En risikoanalyse kan beskrives som en systematisk gjennomgang der informasjon blir brukt for å identifisere kilder til risiko og beskrive risiko. En slik analyse legger grunnlag for en risikovurdering som sammen med risikoanalysen danner en risikoevaluering. Dette er en prosess der risikoen vurderes mot gitte kriterier for å bestemme betydningen av denne (Sollid, 2015, s. 228). Risikostyring og risikoanalyse er en viktig del av pasientsikkerhetsarbeidet siden de ikke bare konstaterer risikonivåer men også identifiserer forbedringsområder (Sollid, 2015, s. 228).

Vurdering av risiko og sårbarhet er et av de viktigste elementene i alt helse-, miljø, og sikkerhetsarbeid. Her er hensikten å identifisere de hendelsene som representerer de største truslene eller farene i virksomheten (Johansen, 2019, s. 39). Virksomheten identifiserer de områdene der sårbarheten er størst, og lager en liste over de uønskede hendelsene som kan tenkes at kan inntreffe. Risikoen for den uønskede hendelsen uttrykkes som et produkt av sannsynlighet og konsekvens (Johansen, 2019, s. 39). Ved å analysere risikoen kan virksomheten rette tiltak mot de områdene som vil ha størst skadeforebyggende effekt (Johansen, 2019, s. 39). De svakhetene som blir avdekket og forbedres på en riktig og kostnadseffektiv måte kan øke påliteligheten og gi større driftssikkerhet til virksomheten.

## 3.0 Metode

Metode er et redskap for å undersøke og tilegne kunnskap. Bruken av metode hjelper oss til å samle inn data, som er den informasjonen vi trenger for å kunne tilnærme oss ny kunnskap (Dalland, 2019, s. 51-52).

### 3.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Metode deler seg inn i kvalitative og kvantitative metoder. Ved kvalitativ metode gis data i målbare enheter som gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner på grunnlag av denne informasjonen. Kvalitativ metode fokuserer mer på å fange opp opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste eller måle. Måten dataene er samlet inn på er hovedforskjellen på disse metodene (Dalland, 2019, s. 54). Begge metodene bidrar til å bedre forståelsen av samfunnet vi lever i og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner samhandler (Dalland, 2019, s. 52). Den kvalitative metoden går mer inn i bredden og prøver å finne det gjennomsnittlige i dataene gjennom spørreskjemaer med faste svaralternativer og strukturerte observasjoner (Dalland, 2019, s. 52-53). Den kvalitative metoden går mer i dybden og viser mange opplysninger fra få intervjuobjekter. Disse opplysningene kommer frem gjennom intervju som blir preget av fleksibilitet, da det ikke er faste svaralternativ. Dette gjør at datasamlingen blir utført i direkte kontakt med feltet (Dalland, 2019, s. 52-53). Fremstillingen i den kvantitative metoden er å formidle forklaringer, mens i den kvalitative formidles forståelse (Dalland, 2019, s. 52).

### 3.2 Litteraturstudie som metode

Metoden jeg bruker for å svare på problemstillingen min er litteraturstudie. Litteraturstudie er basert på data fra primærkilder i form av publiserte rapporter eller vitenskapelige artikler, der de er skrevet av personen(e) som har gjennomført undersøkelsen (Christoffersen, Johanessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62). En systematisk litteraturstudie er avhengig av at studien har en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengstöm, 2015, s. 27). En annen beskrivelse av en litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Tindemann, 2017, s. 79). Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå gjennom den og sammenfatte det hele til slutt. Hensikten med denne metoden er at leseren får en oppdatert og god kunnskap gjennom problemstillingen, samt hvordan en har kommet frem til den kunnskapen (Tindemann, 2017, s. 80).

### 3.3 Praktisk fremgangsmåte ved litteratursøk

I litteratursøket brukte jeg flere databaser som jeg har tilgang til via Høgskulen på Vestlandet. Jeg begynte med å søke på Cinahl og deretter PubMed og SveMed+. Jeg begynte søket vidt, og fikk mange resultater, men disse var ikke så relevante. Jeg avgrenset søket med søkeord som patient safety, adverse health care events, safety culture, accident prevention, nurse, surgical ward og Norway or Norwegian. Jeg avgrenset søkene til akademiske artikler som ikke var eldre enn 2015. Jeg ekskluderte artikler som er skrevet av eller for leger, da jeg ønsket å finne sykepleierrelaterte artikler. Jeg brukte de artikler og MeSH oversetter for å finne aktuelle søkeord, og fant noen artikler i referanselister til andre artikler og bøker. De ulike databasene gav ulikt antall treff, flere av artiklene fant jeg i flere databaser. En av artiklene fant jeg ved å søke i Oria. Grunnen til dette er at jeg gjennom tidlige litteratursøk og i faglitteratur så at Karina Aase ved UIS har skrevet mye om pasientsikkerhet. Jeg ønsket å finne mer av hennes arbeid, da treff på andre databaser var ikke relevante for min problemstilling.

### 3.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen en har funnet (Dalland & Tryggstad, 2019, s. 158). Det er to sider ved kildekritikk, den første handler om å finne litteratur som omhandler problemstillingen i oppgaven, dette kalles litteratursøking eller kildesøking (Dalland & Tryggstad, 2019, s. 152). Den andre siden dreier seg om å gjøre rede for den litteraturen som blir funnet til oppgaven (Dalland & Tryggstad, 2019, s. 152). Troverdigheten og fagligheten til oppgaven er avhengig av at kildegrunnet er godt besvart og begrunnet. Det er viktig å være tydelig på hvorfor den bestemte litteraturen er brukt i oppgaven, og hvordan utvalget er gjort. Andre faktorer som må vurderes innenfor kildekritikk er om opplysningene og opphavet er troverdig, hvilken type kilde det er snakk om og hvor relevant den er for temaet eller problemstillingen til oppgaven (Dalland, 2019, s. 152-153).

Mitt første litteratursøk var for bredt. Etterhvert fant jeg bedre søkeord og benyttet meg av databasenes avanserte søkemetoder for å gjøre mer konkrete søk og kun finne de mest relevante studiene. Jeg har brukt artikler med både kvantitativ og kvalitativ metode for å belyse problemstillingen fra et sykepleieperspektiv. Dette fører til at jeg kan vise til målbare data samtidig som jeg får frem opplevelser. For å vurdere om kilden er relevant til

problemstillingen min har jeg lest overskrifter og sammendrag dersom tittelen ser ut til å passe. Når jeg har vurdert en artikkel, har jeg lest gjennom hele studien for å finne ut hva som blir undersøkt og om det er relevant for oppgaven. For at studien skal være relevant må den handle om pasientsikkerhet eller uønskede hendelser.

### 3.5 Metodekritikk

En forutsetning for å kunne utføre en god litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som utgjør grunnlaget for konklusjoner og vurderinger (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26). En svakhet ved litteraturstudie kan være at forfatteren bare har tilgang til et begrenset antall studier og utvalget kan bli selektivt dersom forfatteren velger studier som støtter sitt eget synspunkt. En annen svakhet er at ulike forfattere innenfor samme område kan komme frem til ulike konklusjoner (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

De fleste artiklene jeg har valgt å bruke er kvalitative. For at studiene skal være relevante for oppgaven må dataene være relevante for problemstillingen samtidig som de er samlet inn på en pålitelig måte. Siden den kvalitative metoden er bygget på intervju er det mulig at det foreligger feil i selve kommunikasjonsprosessen (Dalland, 2019, s. 60). Dersom intervjuobjektet ikke har forstått spørsmålet eller om intervjueren ikke har fått med seg alt som ble sagt kan dette redusere pålitelighet til studien. Noen intervjuer fant sted i et land og ble oversatt til engelsk. Dette åpner for at viktig informasjon kan falle bort i oversettelsen. Mange feil kan unngås med godt forarbeid og oppmerksomhet i gjennomførelsen (Dalland, 2019, s. 60).

Jeg har også brukt studier som inkluderer kvantitativ metode. Disse studiene går mer i dybden og det er derfor viktig at studien har mange deltagere for å kunne representere mangfoldet. Resultatene kan avvike fra virkeligheten (Dalland, 2019, s. 53). Et annen viktig faktor er at spørreskjemaene som blir brukt er av god kvalitet slik at deltakerne forstår hva forskeren er ute etter og det ikke oppstår misforståelser. Forskeren må også holde seg nøytral til temaet (Dalland, 2019, s. 53).

## 4.0 Presentasjon av forskningsartikler

### 4.1 Artikkel 1: Norge

#### **The struggle against perceived negligence. A qualitative study of patients' experiences of adverse events in Norwegian hospitals.**

Hågensen, G., Nilsen, G., Mehus, G. & Henriksen, N. (2018). BMC Health Service Research

**Hensikt:** Hensikten i denne studien er å belyse forholdene rundt uønskede hendelser fra pasientens perspektiv. Her ser forskerne på hvordan pasienten oppfatter omstendighetene rundt hendelsen og responsen de får fra helsepersonell.

**Metode:** Kvalitativ intervjustudie. 60 pasienter ble invitert til å delta, der 19 pasienter responderte. Men bare 15 pasienter ble intervjuet, 9 kvinner og 6 menn mellom 43 og 70 år.

**Resultat:** Funnene i denne studien varierer i tidspunkt av sykdomsforløpet og dekker flere grunnleggende sykdommer i forskjellige alvorlighetsgrader når hendelsene skjedde. Flere av pasientene opplevde at helsepersonell som bagatelliserende, avvisende, skeptiske eller tvilende når de uttrykte sine bekymringer om hendelsen. Dette førte til at pasienten følte seg ignorert. Når feil ble synlige var ikke helsepersonellet villig til på å snakke om feilene eller støtte pasientene ei heller hjelpe med videre oppfølging. Flere pasienter opplevde også at de feilene som ble gjort ikke ble dokumentert tilstrekkelig i pasientjournalen, og at pasientene måtte forklare hva som skjedde ovenfor helsepersonell ved senere anledninger.

### 4.2 Artikkel 2: Norge

#### **Risiko for uheldige hendelser i perioperative pasientforløp til eldre- en kvalitativ studie.**

Eliassen, E., Holla, S. & Bondas, T. (2018). Klinisk sykepleje

**Hensikt:** Hensikten med studien er å utforske og beskrive risiko for uønskede hendelser i forbindelse med forflytning mellom avdelinger og nivåer i helsetjenesten når eldre pasienter går gjennom kirurgisk behandling, sett fra et perioperativt sykepleieperspektiv.

**Metode:** Eksplorativ kvalitativ innholdsanalyse og semistrukturelle intervjuer. 15 sykepleiere mellom 30 til 62 år med yrkeserfaring mellom 2,5 til 27 år deltok i studien. Sykepleierne

måtte ha kontakt med pasienter i noen faser av det kirurgiske pasientforløpet, for å kunne belyse risikoen for uønskede hendelser.

**Resultat:** Funnene i studien deles inn i tre grupper: transport til sykehus, mangel på skriftlig dokumentasjon ved innleggelse og utskrivelse, og ikke kompatible datasystemer mellom forskjellige nivåer i helsetjenesten. Nødvendig sykepleier rapport, epikriser og medikamentlister som ikke kommer frem der de skal kan føre til uønskede hendelser og mangelfull sykepleie. Mange av sykepleierne påpeker at god dialog med pasienten og tilstrekkelig informasjon er viktig for et godt pasientforløp og det er stort forbedringspotensial innenfor dette. Et annet funn i studien var at sykepleiere ikke ble hørt når de mente det var uforsvarlig å sende pasienter hjem postoperativt, spesielt om de ikke fikk hjelp av kommunehelsetjenesten.

**Kildekritikk:** Denne artikkelen omhandler eldre pasienter som enten kommer fra sykehjem eller har hjemmetjeneste. Dette er litt utenfor min problemstilling, men jeg velger å inkludere artikkelen da den viser risikoområder for uønskede hendelser i det perioperative pasientforløpet. Noen av funnene truer pasientsikkerheten, og dette kan oppstå uansett hvilken alder pasienten har.

### 4.3 Artikkel 3: Norge

#### **The Relationship between Understaffing of Nurses and Patient Safety in Hospitals- A Literature Review with Thematic Analysis.**

Glette, M. K., Aase, K. & Wiig, S. (2017). *Open Journal of Nursing*.

**Hensikt:** Studiens hensikt er å øke kunnskap om underbemanning av sykepleiere ved sykehus og hvilken konsekvens underbemanning har for pasientsikkerheten.

**Metode:** Dette er en litteraturgjennomgang av 26 studier. Som bruker kvantitativ og kvalitativ metode. Studiene som ble vurdert måtte omhandle sykepleiere som har pasientkontakt og en form for underbemanning og pasientsikkerhet.

**Resultat:** Funnene i studien ble kategorisert under to hovedtemaer (direkte og indirekte konsekvenser) og fire undertema (pasientskade, dødelighet blant pasienter, dårlig kvalitet av



grunnleggende omsorg og feil i administrering av medisiner). Det ble ikke funnet en direkte årsakssammenheng mellom underbemanning og pasientsikkerhet. Men funnene ledet forfatterne til en konklusjon om at underbemanning av sykepleiere ved sykehus utgjør en risikofaktor for innlagte pasienter, og kan være en trussel ovenfor pasientsikkerheten.

#### 4.4 Artikkel 5: Sverige

##### **'It's a matter of patient safety': understanding challenges in everyday clinical practice of achieving good care on the surgical ward- a qualitative study**

Jangland, E., Nyberg, B. & Yngman-Uhlin, P. (2017). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

**Hensikt:** Målet med denne studien er å utforske situasjoner og prosesser som støtter eller hindrer god og trygg omsorg på kirurgisk avdeling.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie der 20 avdelingsledere ble intervjuet. Disse lederne ble hentet fra 6 kirurgiske avdelinger ved tre sykehus i Sverige.

**Resultat:** Studien viser at det er avvik mellom det som blir beskrevet i dokumenter og hva som kan eller blir utført i klinisk praksis for å oppnå god og trygg omsorg på kirurgisk avdeling. I studien fokuserer de på fire hovedområder som er med på å bygge opp eller hindre god og trygg pleie. Det legges vekt på effektivitet og å få flest pasienter gjennom behandling fortest mulig, viktigheten av å ha kvalifiserte og erfarne sykepleiere, godt tverrfaglig samarbeid mellom profesjonene og hva defineres som god sykepleie.

#### 4.6 Oppsummering av hovedfunn

Et funn som går igjen i flere av artiklene er at god kommunikasjon i form av dokumentasjon og informasjon om pasientene gjennom de ulike stadiene i det perioperative pasientforløpet er viktig for å forebygge uønskede hendelser. Hågensen et al. (2018) så at feil og uønskede hendelser gjerne ble ignorert istedenfor dokumentert, hvilket forhindrer sykepleierne i å lære av feilene som er begått, og forebygge at hendelsene skjer igjen. Eliassen et al. (2018) så på sin side at mangel på kommunikasjon på tvers av avdelingene førte til økt risiko for uønskede hendelser.

Mangel på kompetanse og ressurser trekkes frem i flere av artiklene som en risikofaktor for uønskede hendelser. Glette et al. (2017) så at underbemanning på avdelingen kunne øke sannsynligheten for uønskede hendelser, og Jangland et al. (2017) så at mangel på kvalifiserte sykepleiere kunne føre til flere uønskede hendelser.

## 5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte hovedfunnene fra de fire artiklene opp mot relevant litteratur for å finne svar på problemstillingen: «Hvordan kan sykepleiere styrke pasientsikkerheten gjennom å forebygge uønskede hendelser?». Hovedfunnene som legger grunnlag for drøftingen er:

- Informasjon og dokumentasjon
- Mangel på ressurser og kompetanse
- Å lære av uønskede hendelser
- Risiko ved pasientoverganger

### 5.1 Informasjon og dokumentasjon

Å ha god dokumentasjon og informasjon styrker pasientsikkerheten og forebygger uønskede hendelser. Studiene ser på flere risikoområder innenfor det perioperative pasientforløpet. De viser at sykepleiere kan forebygge uønskede hendelser gjennom god dokumentasjon av informasjon og god kommunikasjon med andre enheter (Glette et al., 2017; Jangland, 2017; Eliassen, 2018; Hågensen et al., 2018). Et utfyllende informasjonsskriv og god dialog med pasienten før operasjonen, og godt planlagte pasientforløp er viktig for å kunne ivareta pasienten ved en kirurgisk avdeling (Eliassen et al., 2018).

Forebyggende arbeid mot uønskede hendelser kan begynne før pasienten kommer til avdelingen. Sykepleiere ved de forskjellige nivåene i det perioperative forløpet kan skape en god dialog og en felles forståelse av pasienten (Eliassen et al., 2018). Men dette kan være vanskelig å utføre i praksis. Dersom sykepleiere ved sengeposten ikke har tilstrekkelig informasjon om pasienten vil det føre til at også operasjons- og anestesisykepleiere får mangelfull informasjon (Eliassen et al., 2018). Sykepleiere som tar imot pasienter kan derfor forebygge flere uønskede hendelser gjennom en god innkomstsamtale. Her får sykepleieren viktig informasjon om pasientens tilstand, faste medisiner, bekymringer eller andre faktorer som kan føre til komplikasjoner senere. Det er derfor viktig at alle sykepleiere som møter pasienter i det perioperative forløpet vet at de har et ansvar for å støtte, informere og forberede pasienten på det han skal gjennom (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dåvøy og Eide, 2016, s. 310).

Når det kommer til behovet for informasjon kan vi skille mellom informasjon til pasienten og informasjon til profesjoner. Her velger jeg å fokusere på informasjon som omhandler uønskede hendelser. Pasienter og pårørende har rett til å få informasjon om situasjonen de er i og hva som skal skje og hvorfor. Den informasjonen de får skal være lett å forstå (Kirkevold, 2017, s. 274). I studien til Hågensen et al. (2017) fikk pasienter informasjon om at inngrepet førte med seg en viss risiko. Men de fikk i hovedsak bare informasjon om risikoen for komplikasjoner ved operasjonen men ikke andre risikoområder i det perioperative pasientforløpet. Helsepersonell gjør ofte en risikoanalyse for å identifisere kilder til risiko i det perioperative pasientforløpet (Sollid, 2015, s. 228). Ut ifra dette kan vi tenke oss til at helsepersonell er klar over ulike risikoer for at pasienten blir utsatt for en uønsket hendelse. En risiko er som nevnt tidligere en sannsynlighet for at noe kan gå galt. Er det etisk riktig at pasienter får informasjon om risikofaktorer for feil som kan begås av helsepersonell eller grunnet sviktende utstyr, med tanke på at slike feil kan være en ekstra belastning for pasienter i en allerede tung tid? Er det ikke da bedre at pasientene skjermes for denne informasjonen? Deltakere i studien til Hågensen et al. (2017) opplevde at den informasjonen de fikk om risikoer ofte var standardisert og ble formidlet på en hverdagslig måte. Dette er riktig til en viss grad. Sykepleiere skal gi den standardiserte informasjonen, men skal også bruke egne erfaringer. Å flette inn informasjon fra innkomstsamtalen kan føre til at pasienten føler seg både sett og ivaretatt av sykepleieren.

Selv anser jeg det som viktig å støtte pasienter som opplever en uønsket hendelse. Men studien til Hågensen et al. (2018) viser at det var svært få av pasientene som fikk en unnskyldning eller detaljert forklaring av den uønskede hendelsen, hvilket strider mot Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2). Der står det at «dersom pasient eller bruker blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten eller brukeren informeres om dette. Det skal samtidig informeres om adgangen til å søke erstatning hos Norsk pasientskadeerstatning». Selv om noen sykepleiere i studien til Hågensen et al. (2018) gav noen pasienter denne informasjonen opplevde flestparten av pasientene ikke å bli tilstrekkelig informert, hvilket strider både mot min personlige oppfatning av sykepleierens ansvar, men også mot hva sykepleieren er lovfestet å gjøre (Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2). Dersom man som sykepleier ønsker å styrke pasientsikkerheten trenger man å ivareta pasienter ved slike hendelser. I observasjonspraksis på føden opplevde jeg at jordmødre gikk gjennom fødehistorien i detalj med de nybakte foreldrene samtidig som de fikk se hva sykepleieren hadde dokumentert. De snakket om hendelser som kunne opplevdes

som skremmende og lot foreldrene stille spørsmål. Resultatet av dette var at foreldrene følte seg godt ivaretatt. Dette var en veldig fin opplevelse også for meg som sykepleierstudent siden jeg fikk se hvordan vi kan håndtere slike situasjoner. Kanskje er dette en fremgangsmåte vi også kan bruke ved uønskede hendelser, altså å informere om både hendelser som går som de skal, men også de uønskede?

Mangelfulle eller uriktige opplysninger om pasienter kan få stor betydning for resultatet av operasjonen (Eliassen et al., 2018). Men mangelfull informasjon kan også være hemmende for sykepleiere som skal ivareta pasientsikkerheten på kirurgisk avdeling. Det å ikke ha tilstrekkelig informasjon kan føre til at sykepleiere blir usikre på om opplysningene de har fått er riktige. Spesielt med tanke på hvor stor betydning riktig informasjon har for muligheten til å planlegge og gjennomføre trygg sykepleie (Eliassen et al., 2018). Vi kan tenke oss til at sykepleiere må bruke tid og ressurser på å kontakte andre avdelinger for å få den informasjonen de mangler. En konsekvens av dette kan være at sykepleieren får dårligere tid og planen for resten av vekten blir forskjøvet som øker risikoen for uønskede hendelser. Når vi ikke har den konkrete informasjonen eller fullstendig oversikt over pasientens hjelpebehov, er det vanskelig å planlegge sykepleiehandlinger ovenfor pasienten (Jangland et al., 2017). Så hvordan kan sykepleiere styrke pasientsikkerheten når det kommer til informasjon? En sykepleier i studien til Eliassen et al. (2018) svarte på dette veldig enkelt: «god rapportering, det synes jeg er viktig. Da har du gjort ditt, i hvert fall». Men er det egentlig nok at jeg gjør «mitt» og du gjør «ditt»? Jeg mener at sykepleiere trenger å sette krav til hverandre for å kunne forebygge mange uønskede hendelser. Minstekravet er at informasjonen er godt skriftlig dokumentert men også gis muntlig til den som overtar pasienten.

Manglende dokumentasjon om uønskede hendelser som har skjedd med en pasient under et sykehusopphold kan føre til problemer for pasienten senere i livet. I studien til Hågensen et al. (2018) fortalte flere pasienter at helsepersonell ikke hadde kunnskaper om tidligere hendelser eller komplikasjoner på grunn av mangelfull dokumentasjon. Dette gjør det vanskelig for helsepersonell å ivareta pasientsikkerheten hos den enkelte pasienten dersom vi ikke forstår alvorlighetsgraden av den tidligere hendelsen. Funn i studien til Hågensen et al. (2018) sier helsepersonell kan ha vansker med å sette seg inn i pasientens opplevelse ved en uønsket hendelse når de ikke har en fullstendig journal å forholde seg til. Dette handler om at

de to partene kan ha ulike perspektiv på hendelsen, og at man som sykepleier gjerne ønsker å forstå hendelsen fra begge sider.

## 5.2 Mangel på ressurser og kompetanse

Underbemanning av sykepleiere har en negativ effekt på pasientsikkerheten og øker risikoen for uønskede hendelser. Glette et al. (2017) så i sin litteraturgjennomgang at for få sykepleiere på avdelingen fører til at det blir for lite tid til utførelse av viktige sykepleieroppgaver. Dette kan påvirke pasientsikkerheten i varierende alvorlighetsgrad. I Jangland et al. (2017) kom det derimot frem en annen form for underbemanning. Her ser man at mangel på erfarne sykepleiere ved kirurgisk avdeling øker risikoen for uønskede hendelser på samme måte som for lite antall personale i pleien.

Forhold som høyt tempo, mye stress, ventende pasienter og underbemanning svekker pasientsikkerheten (Olsen, 2019). Dagens helsevesen er avhengig av at sykepleiere, i travle perioder, gjør mer enn det de har kapasitet til. Det er forventet at sykepleiere skal balansere flere arbeidsoppgaver på en gang i raskt tempo og gjøre alt perfekt (Jones, 2012). En sykepleier som jobber innenfor grensen av sin egen kapasitet har større sannsynlighet for å oppdage problemer og stanse dem før de fører til skade. Dette kalte Charles Perrow for løse koblinger (Aase og Rosness, 2015, s. 34). Overbelegg på avdeling fører til endring i arbeidsforhold og større arbeidsmengde for sykepleieren. En sykepleier som er alene om denne økte arbeidsmengden har mindre sannsynlighet for å oppdage problemer og stanse dem. Dette er på grunn av at de ikke har naturlige buffere som kan ta deler av arbeidsmengden. I denne sammenhengen kan buffere være andre sykepleiere.

Flere studier viser at uønskede hendelser er direkte konsekvenser av underbemanning av sykepleiere (Glette et al., 2017). De vanligste direkte konsekvensene av underbemanning er dødsfall og andre pasientskader. Underbemanning kan også føre med seg indirekte konsekvenser som ikke skader pasienten direkte, men som øker risikoen for uønskede hendelser senere (Glette et al., 2017). Flere studier viser at underbemanning fører til dårligere kvalitet på omsorgen (Glette et al., 2017; Jangland et al., 2017; Rogne, Nordseth, Marhaug et al., 2019). Med andre ord må altså sykepleieren selv vurdere hva som er viktig og hva som kan utsettes når det er travelt. Men det er vel ikke nødvendigvis slik at alle sykepleiere har samme oppfatning av hva som er viktige sykepleieroppgaver? I så fall er det naturlig å tenke

at dette kan medføre dårligere kvalitet og kontinuitet i utøvelsen av omsorgen. Dette kan føre til at kommunikasjon, dokumentasjon og pasientkontakten blir dårligere (Glette et al., 2017).

Selv har jeg kjent på stress i en travel arbeidshverdag med tidsmangel har ført til at jeg ikke evner å være psykisk tilstede for pasientene mine. Ifølge Olsen (2019) fører mangel på tid til at vi kun rekker å gjøre det mest nødvendige, til tross for at vi ønsker å yte det lille ekstra. Glette et al. (2017) og Jangland et al. (2017) sier at sykepleiere med mye å gjøre på lite tid, og som opplever forstyrrelser i løpet av vekten, ofte yter dårligere omsorg. Dette øker risikoen for uønskede hendelser. Risikoen for uønskede hendelser er ikke kun assosiert med mangel på antall sykepleiere på jobb. Det kan like gjerne være mangel på kvalifiserte sykepleiere. Deltakere i studien til Jangland et al. (2017) mente at en forutsetning for å oppnå trygg omsorg er å ha erfarne sykepleiere på hvert skift for å veilede og støtte nyutdannede sykepleiere. På en kirurgisk avdeling er det viktig at sykepleieren både har evne og ferdigheter til å se helheten i situasjoner og identifisere tidlige tegn til komplikasjoner og feil som har blitt gjort, for så å kunne forebygge disse hendelsene (Jangland et al., 2017).

Vi har alle en grense på hvor mye stress vi tåler og dersom vi overser signaler fra kroppen om at grensen er nådd, kan det i lengden være direkte helseskadelig (Renolen, 2015, s. 161). Som sykepleier kan underbemanning være et problem som er vanskelig å løse da det som oftest er avdelingssykepleieren som lager turnusen. Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge uønskede hendelser som kan oppstå ved underbemanning? Et av de viktigste tiltakene er å skrive avvik slik at nærmeste leder får et bilde av situasjonen da det er dens ansvar å følge opp avvikene (Ingstad, 2019, s. 142). Vi kan også forebygge uønskede hendelser gjennom å øke kompetansen hos sykepleierne. Studien til Jangland et al. (2017) sier at uerfarne sykepleiere trenger støtte og veiledning for å kunne gi god kvalitet av omsorgen. Florence Nightingale sa «la oss aldri se på oss selv som ferdig utdannede sykepleiere. Vi må lære hele livet» (Nightingale og McDonnald, 2009, s. 523). Dette viser hvor viktig det er med god opplæring ved ansettelse samtidig som sykepleier må tilegne seg ny kunnskap ved å lære og veilede hverandre.

### 5.3 Å lære av uønskede hendelser

Sykepleiere har en viktig rolle når det kommer til å forebygge uønskede hendelser og å lære av dem. Pasientsikkerhet er ifølge Glette et al. (2017) definert som intervensjoner eller arbeid

som reduserer forekomsten av hendelser som kan forebygges. Sykepleiere som har mye pasientkontakt ser ofte risikoområder og problemer ved sin avdeling. Det er viktig at avdelingen har en god sikkerhetskultur og bruker avvikene til å forbedre avdelingen og forebygge at slike hendelser skjer igjen. I studien til Hågensen et al. (2018) satt flere pasienter igjen med følelsen av at noe eller noen hadde feilet, og de uttrykte hvor viktig det er at både helsetjenesten og helsepersonell lærer av hendelsene de ble utsatt for. Slik at andre ikke blir utsatt for de samme hendelsene ved en senere anledning.

Mennesker er feilbarlige og på samme måte som systemer i Perrows teori har mennesker strukturegenskaper som medfører at noen ulykker er unngåelige. Det er disse ulykkene han kaller normale ulykker (Aase og Rosness, 2015, s. 33). Selv om noen ulykker ikke kan unngås skal vi alltid prøve å forebygge dem. Når det blir skrevet avvik om uønskede hendelser eller nestenhendelser genereres varsler om nye risikoforhold (Aase og Wiik, 2015, s. 107). Når det oppdages nye risikoforhold er det viktig å vurdere det helhetlige risikobildet. Da må helsepersonell se nærmere på hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det går galt og konsekvensene hvis det går galt (Johnsen, 2019, s. 44). Denne tankegangen er en viktig del av å forebygge uønskede hendelser. Vi kan bruke en hendelse til å analysere risikoen for at den oppstår og fører til uønskede hendelser for så å finne tiltak som er med på å forebygge at den samme hendelsen skjer igjen. I Norge jobber helsevesenet mot en kultur som er bygget på åpenhet. Nøkkelelementer for å kunne skape en slik kultur er å inkludere pasienter og pårørende etter en skade eller uønsket hendelse, dokumenterer hendelsen gjennom rapporteringssystemer, analysere den uønskede hendelsen og vurdere risikoen for feil og hvordan det vil påvirke pasientsikkerheten (Hågensen, et al., 2018).

I studien til Hågensen et al. (2018) kommer det frem at helsepersonell ble oppfattet som uvillige til å snakke om feil de selv har gjort. Flere prøvde å normalisere de uønskede hendelsene ved å påpeke at prosedyrer ble fulgt og at de ikke brøt noen regler. Som nevnt tidligere er mennesker feilbarlige og noen ganger kommer vi til å gjøre feil som kan føre til at en pasient kan bli utsatt for en uønsket hendelse. Å tørre å stå i de feilene man har gjort er en forutsetning for å lære av dem, for så å forebygge eventuelle fremtidige, uønskede hendelser. Dette er kun mulig ved å ha en kultur på avdelingen der det å skrive avvik ikke bare blir oppmuntret men også godtatt blant kollegaer (Ingstad, 2019, s. 143). Dette kommer også frem i studien til Jangland et al. (2017). Som sykepleierstudent har jeg tidlig i praksisperiodene opplevd hvordan kulturen for å skrive avvik er på avdelingene. Jeg har ved



flere anledninger opplevd at sykepleiere oppmuntret hverandre til å skrive avvik når noe oppleves som feil eller går galt. Dette skaper en kultur for at også jeg som student lettere kan tørre å si ifra når jeg gjør feil. Konsekvensene av å ikke ha en slik kultur kan være at sykepleiere dekker over for hverandre, og lar være å skrive avvik da de ikke ønsker å skape problemer for andre (Hågensen et al., 2018). Helsepersonell opplever jevnlig uønskede hendelser, men allikevel foregår det mye underrapportering av slike hendelser (Aase og Wiik, 2015, s. 109). Forskning viser at helsepersonell som ikke melder fra om feil er redde for hvordan konsekvensene av feilen kan påvirke dem selv, jobben deres eller rettslige konsekvenser (Hågensen et al., 2018; Mansouri et al., 2019). Forskning viser også at sykepleiere som jobber på en avdeling med en sterk sikkerhetskultur har mindre sannsynlighet for å gjøre feil ved administrering av medisiner og andre sykepleieroppgaver (Lee et al., 2015).

Rapporteringssystemer for uønskede hendelser gjør det mulig å forbedre pasientsikkerheten gjennom å lære av feil i helsesystemet (WHO, 2005, s. 3). Deltakere i studien til Jangland et al. (2017) og Eliassen et al. (2018) gav muntlig beskjed om forhold som ikke var ideelle og kunne forbedres, men de opplevde at de ikke ble hørt av kirurger eller ledelsen på avdelingen. Har dette en sammenheng mellom forskjellen på muntlige og skriftlige avvik? En leder skal ha oversikt over alle avvik, og det er derfor viktig å skrive ned disse slik at avvikene blir fulgt opp og igjen kan forebygges. Studiene jeg har valgt å bruke sier lite om skriftlig rapportering av avvik og derfor vanskelig å svare på hvordan de forholder seg til avviksrapportering (Glette et al., 2017; Jangland et al., 2017; Eliassen et al., 2018). En enkelt sykepleier kan kanskje lære av sin egen feil, selv om han velger å ikke skrive avvik. Kan derimot en hel avdeling lære av samme feil dersom den ikke blir dokumentert, analysert og skrevet tiltak til? Hendelsen har større sannsynlighet for å oppstå igjen dersom vi ikke iverksetter tiltak som forebygger disse. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) sier at «dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, og utfallet er uventet ut fra påregnet risiko, skal pasienten eller brukeren også informeres om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelser ikke skjer igjen». På bakgrunn av dette har vi som sykepleiere et ansvar ovenfor pasienter som har opplevd uønskede hendelser ved å sørge for at det blir iverksatt forebyggende tiltak mot at hendelsen skjer igjen. I studien til Eliassen et al. (2018) forteller sykepleiere at det gjentatte ganger mangler dokumentasjon, epikriser og medikamentlister når pasienter blir flyttet mellom ulike nivåer av helsevesenet. Min erfaring fra praksis er at sykepleiere alltid skriver avvik når informasjon mangler,

samtidig som de kontakter avdelingen pasienten kom fra for å få tak i den informasjonen de trenger. Men jeg har også opplevd at sykepleieren ikke rekker å skrive avvik i løpet av vekten. Å skrive avvik kan være tidkrevende og blir ikke alltid prioritert. Sykepleieren velger kanskje å utsette det til neste vakt, men glemmer det.

#### 5.4 Risiko ved pasientoverganger

En kirurgisk pasient møter flere risikoområder når han forflyttes mellom avdelinger. Når det oppstår uønskede hendelser ved overflytning av pasienter mellom avdelinger er det som oftest på grunn av dårlig koordinering og informasjonsoverføring (Eliassen et al., 2018). Et annet risikoområde som er med på å øke risikoen for uønskede hendelser er pasienter som kommer for tidlig opp til kirurgisk avdeling. Spesielt hvis pasienten ikke har tilgang på sykepleiere som er kvalifisert til å ivareta pasienter i denne fasen (Jangland et al. 2017). Ved pasientoverganger er kontinuitet, omsorg og kommunikasjon viktig for å kunne ivareta pasientsikkerheten.

Pasientoverganger er et sett handlinger som skal sikre og koordinere kontinuitet i helsetjenesten. Kvaliteten på disse handlingene er avhengige av effektiv kommunikasjon med andre enheter samt både skriftlig og muntlig informasjon. Dette er avgjørende for å sikre trygge pasientoverganger og redusere risikoen for uønskede hendelser (Schibeavaag, Laugaland og Aase, 2015, s. 136). I studien til Eliassen et al. (2018) ser vi at risikoen for at en pasient blir utsatt for uønskede hendelser øker ved antall avdelinger pasienten er innom og antall pasientoverganger. Et tiltak sykepleiere kan gjøre for å forebygge uønskede hendelser ved pasientoverganger er å gjøre en risiko- og sårbarhets analyse. Gjennom denne analysen kan vi identifisere de områdene der sårbarheten er størst og hvilke potensielle uønskede hendelser vi kan tenke oss at inntreffer her (Johnsen, 2019, s. 39). Som et resultat av dette har man et grunnlag for å vurdere og analysere risikoen for hendelser samtidig som vi kan sette i gang tiltak for å forebygge hendelser. Jeg tror flere sykepleiere bruker denne analysen i den daglige pasientkontakten, selv om de ikke er klar over det. De ser forbedringsområder og har som oftest de beste tiltakene for at samme hendelse ikke skal skje igjen.

Ved samhandling mellom ulike profesjonsgrupper må det arbeides mot en felles forståelse av verdien av sikre pasientoverganger (Schibeavaag, Laugaland og Aase, 2015, s. 136). For å kunne oppnå dette må helsepersonell kjenne hverandres tenkemåter så langt det lar seg gjøre.

En måte vi kan sikre en felles forståelse på tvers av avdelingene er gjennom undervisning om trygge pasientoverganger. I en studie av Storm et al. (2014) ser de at undervisning om overføringskompetanse kan forbedre helsepersonells evne til å identifisere feil og øke deres generelle kunnskaper om pasientoverganger og ivareta pasientene på en bedre måte. Jeg tror at dersom sykepleiere fikk undervisning om trygge pasientoverganger ved jevne mellomrom vil det styrke pasientsikkerheten på avdelingen samtidig som man forebygger uønskede hendelser. Dette ser vi også i studien til Eliassen et al. (2018) der de definerer pasientens verdighet som det overordnede målet i perioperativ sykepleie. For å kunne utføre trygge pasientoverganger bør vi planlegge transport mellom avdelinger, og ha gode prosedyrer som er like for alt personell (Brunsveld- Reinders et al., 2015). Dette er en viktig del av å forebygge uønskede hendelser. Vi ser at dette kan være en utfordring da den kliniske hverdagen til sykepleiere er ofte preget av dårlig tid der uforutsette hendelser kan oppstå som gjør det vanskelig å koordinere en god overflytning. Dette samsvarer med det vi ser om løse koblinger i Perrows teori. Travle dager og mye å gjøre kan føre til at sykepleiere ikke klare å oppdage problemer før de fører til skade (Aase og Rosness, 2015, s. 34). Selv om dette kan være vanskelig er det viktig at alle prøver å gi pasienten trygge omgivelser.

Pasientforløp som ivaretar pasientsikkerheten på en effektiv måte er et mål for helsetjenesten (Reine, 2015, s. 159). Men kravet om effektivitet og mange pasienter som blir operert i løpet av en dag kan føre til at pasientsikkerheten svekkes og risikoen for uønskede hendelser øker. I studien til Jangland et al. (2017) ser vi at pasienter som kanskje har behov for intensivsykepleiere kommer for tidlig opp på sengepost. Dette er også noe som jeg har observert i praksis. Kortere liggetid på intensivavdelingen øker risikoen for uønskede hendelser fordi dårligere kompetanse kan forhindre at sykepleieren oppdager feil (Glette et al., 2017). Det er naturlig å tenke at personalet på en sengepost ikke har samme bemanning, kompetanse, utstyr eller klinisk blikk som en intensivavdeling har. En erfaren sykepleier kan derimot ha god kompetanse innenfor pre- og postoperativ sykepleie men det kan ikke forventes at sykepleiere med denne kompetansen er tilstede på hvert skift noe som igjen kan føre til at det kan oppstå uønskede hendelser (Jangland et al., 2017). Dette ser vi bevis på i studien til Rogne, Nordseth, Markhaug et al. (2019) der den omsorgen som ble gitt i de tilfellene det oppsto uønskede hendelser ofte var av dårligere kvalitet og flere av hendelsene kunne vært unngått dersom riktig behandling ble igangsatt tidligere. Med andre ord er altså tilgang på kvalifiserte sykepleiere er nødvendig for å styrke pasientsikkerheten og forebygge uønskede hendelser.

## 6.0 Avslutning

I det perioperative pasientforløpet er det flere faktorer som øker risikoen for uønskede hendelser. Å skape en felles forståelse og en god dialog med andre avdelinger er et viktig tiltak for å forebygge uønskede hendelser. Sykepleiere må sette et minstekrav til hva som forventes både av skriftlig og muntlig informasjon når pasienten overføres slik at informasjonen er tilstrekkelig. Ved undervisning om pasientoverganger og god dialog med andre avdelinger kan vi også skape trygge overganger. Dette er vanskelig å få til i den kliniske hverdagen, men vi må allikevel prøve å gi pasienten trygge omgivelser for å forebygge uønskede hendelser. Underbemanning av kvalifiserte sykepleiere er et hinder for å styrke pasientsikkerheten og å forebygge uønskede hendelser. Sykepleiere må veilede og undervise hverandre slik at den samlede kompetansen på avdelingen øker og risikoen for uønskede hendelser minsker. Underbemanning kan føre til prioriteringer som gir dårligere kvalitet og kontinuitet i utførelsen av omsorg.

Uansett hvor hardt sykepleiere jobber for å forebygge uønskede hendelser kan vi ikke forebygge alle. Mennesker er feilbarlige og det kommer alltid til å oppstå feil og pasientskader, men det er hvordan vi velger å håndtere disse som styrker pasientsikkerheten. En uønsket hendelse eller nestenhendelse belyser nye risikoområder og sykepleiere må jobbe for å forebygge at lignende hendelser ikke skjer igjen, blant annet gjennom å ha en kultur hvor personalet oppmuntres til å melde ifra om avvik.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg fått en ny forståelse for uønskede hendelser, og mener det er et tema både sykepleierstudenter og sykepleiere hadde hatt nytte av å vite mer om. Vi kommer til å møte på uønskede hendelser uansett hvor vi jobber som sykepleiere, og det er et faktum at dette er noe som påvirker pasientsikkerheten. Uønskede hendelser kommer aldri til å forsvinne, men vi har alle et ansvar for å forebygge dem i den graden vi kan!

## Referanseliste

- Aase, K. (2015). Introduksjon. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet- teori og praksis* (s. 15-24). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, K. & Rosness, R. (2015). Organisatoriske ulykker og resiliente organisasjoner i helsetjenesten. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet- teori og praksis* (s. 27-48). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, K. & Wiik, S. (2015). Læring av uønskede hendelser. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet- teori og praksis* (s. 101-115). Oslo: Universitetsforlaget.
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: bind 1* (s. 309-379). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Brusveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kuiper, S. G. & de Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care* 19, 214. DOI: <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1186/s13054-015-0938-1>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, J.A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eliassen, E., Holla, S. & Bondas, T. (2018). Risiko for uheldige hendelser I perioperative pasientforløp til eldre- en kvalitativ studie. *Klinisk sygepleje*, 02:32. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2018-02-03>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (4. utg.). Stockholm: Natur & Kultur

- Glette, M. K., Aase, K. & Wiig, S. (2017). The Relationship between Understaffing of Nurses and Patient Safety in Hospitals- A Literature Review with Thematic Analysis. *Open Journal of Nursing*, 7, 1387-1429. DOI: <http://doi.org/10.4236/ojn.2017.712100>
- Haugen, A. S. & Storm, M. (2015). Sikkerhetskultur i sykehus. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet- teori og praksis* (s. 79-88). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2019). *Pasientskader i Norge 2018: rapport*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge>
- Helsedirektoratet (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsepersonelloven. (1999). Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasient eller bruker (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_3)
- Hågensen, G., Nilsen, G., Mehus, G. & Henriksen, N. (2018). The struggle against perceived negligence. A qualitative study of patients' experiences of adverse events in Norwegian hospitals. *BMC Health Service Research*, 18:302. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3101-2>
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse: i helsefag og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Jangland, E., Nyberg, B. & Yngman-Uhlin, P. (2017). 'It's a matter of patient safety': understanding challenges in everyday clinical practice of achieving good care on the surgical ward- a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2):323-311. DOI: 10.1111/scs.12350
- Johnsen, L. H. W. (2019). *Risikovurdering: Praktisk risiko- og sårbarhetsanalyse i virksomheter*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademiske.

Jones, J. H. & Linda, A. (2012). When Nurses Become the «Second» Victim. *Nursing Forum* 47(4), 286-291. DOI: 10.1111/j.1744-6198.2012.00284.x

Kirkevold, M. (2016). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1- Sykepleie- fag og funksjon* (s. 267- 309).

Lee, S. M., Miao, J., Wu, R., Unger, J. M., Cheung, K. & Hershman, D. L. (2019). A comparison of nurses' and physicians' perception of cancer treatment burden based on reported adverse event. *Health and Quality of Life Outcomes* 17(1): 146. DOI: 10.1186/s12955-019-1210-1

Mansouri, S. F., Mohammadi, T. K., Adib, M., Lili, E. K. & Soodmand, M. (2019). Barriers to nurses reporting errors and adverse events. *British Journal of Nursing* 28(11), 690-695. DOI: <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.12968/bjon.2019.28.11.690>

Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet- trygg tjeneste- Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Nightingale, F. & McDonald, L. (2009). *Florence Nightingale: Collected Works of Florence Nightingale*. Ontario: Wilfrid Laurier University Press.

Norsk Sykepleierforbund (2018). *Forsvarlighet- om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. Hentet fra: [https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20191202100138/NSF%20Forsvarlighet\\_shefte-april\\_2018..pdf](https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20191202100138/NSF%20Forsvarlighet_shefte-april_2018..pdf)

Olsen, T. Å. (2019). Tar vi vare på faglig og etisk kompetanse? *Sykepleien*, 2019;107(76754):(e-76754). DOI: 10.4220/Sykepleiens.2019.76754

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Pasientens og brukerens rett til informasjon (LOV-1999-07-03-63). Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_3)
- Reine, E. (2015). Pasientoverføringer etter kirurgi. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet- teori og praksis* (s. 159-170). Oslo: Universitetsforlaget.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag*. (2. utg.). Bergen: Fahbokforlaget.
- Rogne, T., Nordseth, T., Marhaug, G., Berg, E. M., Tromsdal, A., Sæther, O., Grisvold, S. Hatlen, G., Hogan, H. & Solligård, E. (2018). Rate of avoidable deaths in a Norwegian hospital trust as judged by retrospective chart review. *BMJ Quality and safety*, 28(1), 1-7. DOI: 10.1136/bmjqs-2018-008053
- Schibeavaag, L., Laugaland, K. A. og Aase K, (2015). Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet- teori og praksis* (s. 133-144). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sollid, S. M. J. (2015). Risikostyring i klinisk medisin. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet- teori og praksis* (s. 227-238). Oslo: Universitetsforlaget.
- Storm, M., Siemsen, I. M. D., Laugaland, K., Dyrestad, D. N. & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International journal of integrated care* 14, 1-15. Hentet fra: <http://web.b.ebscohost.com/galanga.hvl.no/ehost/detail/detail?vid=5&sid=ec469389-9668-4c8b-9906-9216214f1ee4%40pdc-v-sessmgr03&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=95983787&db=asn>
- Thidemann, I-M. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.



World Health Organization, (u.å). Patient safety. Hentet fra:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/patient-safety>

World Health Organization (2017). *Patient safety- making health care safer*. Hentet fra:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization (2005). *WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems*. Hentet fra: [https://www.jeder-fehler-](https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/lit/further/Reporting_Guidelines.pdf)

[zaehlt.de/lit/further/Reporting\\_Guidelines.pdf](https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/lit/further/Reporting_Guidelines.pdf)

## Vedlegg 1

Søkedato	Søke- nummer	Database	Søkeord/ord- kombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
25.02.2020	1	Cinahl	Patient safety	Academic Journal  2015-2020	19,665	2	1	
25.02.2020	2	Cinahl	Patient safety AND surgical patients AND nurse	Academic Journal  2015-2020	124,924	4	1	“It’s a matter of patient safety’: understanding challenges in everyday clinical practice of achieving good care on the surgical ward- a qualitative study”
25.02.2020	3	Cinahl	Prevention of postoperative complications AND patient safety AND nurse	Academic Journal  2015-2020	44,584	2	0	
25.02.2020	4	Cinahl	Patient safety AND nurse AND (Norway or Norwegian)	Academic Journal  2015-2020	2,247	3	1	“The struggle against perceived negligence. A qualitative study of patients’ experiences of adverse events in Norwegian hospitals.”
27.02.2020	5	Cinahl	Adverse Events	Academic Journal  2015-2020	21,831	4	0	
02.03.2020	6	Cinahl	Adverse health care event AND	Academic Journal	21,831	5	2	

			patient safety AND nurse	2015-2020				
05.03.2020	7	PubMed	Patient safety AND adverse events AND nurse perspective	2015- 2020	15	3	1	
10.03.2020	8	PubMed	Adverse events AND nurse perspective	2015-2020	45	5	1	
17.03.2020	9	PubMed	((adverse events) AND patient safety) AND nurse perception	2015-2020  Link to full text	10	8	3	
19.03.2020	10	SveMed+	Adverse events AND patient safety	MeSH- term på norsk.	10	3	1	«Risiko for uheldige hendelser i perioperative pasientforløp til eldre- en kvalitativ studie»
19.03.2020	11	Oria	Karina Aase	Artikler	43	3	1	The Relationship between Understaffing of Nurses and Patient Safety in Hospitals- A Literature Review with Thematic Analysis.
24.03.2020	12	PubMed	Safety culture AND adverse events	Link to full text  2015-2020	2035	6	2	
30.03.2020	13	Cinahl	Intra hospital transfer AND patient safety	Academic Journal  Link to full text  2015-2020	9	5	1	