

Säkerhetskulturens inflytande på sjukskötarens motivation att rapportera händelser som berör patientsäkerhet

Ida Wahlberg & Mishel Tatarnikova

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Sjukskötare
Identifikationsnummer:	7920 (MT), 7921 (IW)
Författare:	Ida Wahlberg & Mishel Tatarnikova
Arbetets namn:	Säkerhetskulturs inflytande på sjukskötarens motivation för rapportering av händelser som berör patientsäkerhet
Handledare (Arcada):	Maria Appelroth
Uppdragsgivare:	Yrkeshögskolan Arcada
<p>Sammandrag:</p> <p>Patientsäkerhetskulturen har under de senaste 20 åren utvecklats med snabb takt efter att man i slutet av 1990-talet upptäckt omfattningen av misstag inom vården. För att dokumentera händelser som berör patientsäkerheten har man infört olika rapporteringssystem för att systematiskt analysera händelserna och stärka säkerhetskulturen. För att kunna utveckla patientsäkerheten behövs information av de involverade vårdarna i misstag och tillbud för att identifiera brister och utvecklingsmöjligheter. Underrapportering av händelser som berör patientsäkerheten är ett stort problem inom vården. Sjukskötaren besitter unik information om misstag och tillbud och är därför en viktig källa i utvecklingen av säkrare vård. Som teoretisk referensram i arbetet har självbestämmande teori, engl. self-determination theory (SDT) använts vilken är utvecklad av Edward Deci och Richard Ryan år 1985. Syftet med arbetet var att förstå hur säkerhetskulturen påverkar sjukskötarens motivation för rapportering av händelser som berör patientsäkerheten. För att besvara syftet utfördes en kvalitativ litteraturstudie med metoden scoping review. Skribenter har samlat in 15 vetenskapliga artiklar från databaserna EBSCO och SAGE. Datansamlingen genomfördes under tidsperioden 18.11-27.11.2020. Dataanalysen utfördes som en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Resultatet visade att sjukskötare upplever brist i arbetsplatsens stöd för rapportering av händelser som berör patientsäkerheten. Sjukskötare upplevde också att det inte sker någon utveckling av patientsäkerheten trots rapportering av händelser. Dessa faktorer påverkar negativt på sjukskötarens motivation för uppgiften eftersom rapporteringsupplevelsen ockuperas av yttre motivationsfaktorer såsom rädsla för chefens reaktion. Resultatet reflekterar en kultur av skuldbeläggning av individen och bristen på en stöttande säkerhetskultur hämmar vårdpersonalens inre motivation för rapportering av händelser som berör patientsäkerheten. Då rapporteringsupplevelsen domineras av yttre motivationsfaktorer som strider emot de etiska värderingarna hos vårdpersonalen leder det i längden till psykisk ohälsa och ännu färre rapporteringar sker.</p>	
Nyckelord:	Säkerhetskultur, patientsäkerhet, rapportering, misstag, tillbud, sjukskötare, motivation
Sidantal:	45
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	24.10.2021

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	7920 (MT), 7921 (IW)
Author:	Ida Wahlberg & Mishel Tatarnikova
Title:	The safety culture´s influence on nurses motivation to report events concerning patient safety
Supervisor (Arcada):	Maria Appelroth
Commissioned by:	Yrkeshögskolan Arcada
<p>Abstract:</p> <p>Patient safety culture has developed rapidly during the last 20 years after the extent of patient safety hazards was discovered during the 1990´s. To document patient safety hazards, reporting programs have been developed to systematically analyse incidents and improve safety culture. Information from nurses involved in patient safety hazards is required to identify areas of improvement to develop safer patient care. Underreporting of patient safety hazards is a major problem in the healthcare setting. Nurses possess unique information regarding mistakes and near misses and are therefore a key component in developing safer patient care. In this thesis Self-Determination theory (SDT) is used as the theoretical frame of reference. The purpose of the thesis was to further understand how the safety culture influence nurse´s motivation to report patient safety hazards. A qualitative literature study was conducted with the scoping review method. 15 peer-reviewed articles were selected from the databases EBSCO and SAGE during 18.11-27.11.2020. Data analysis of the material was conducted using a qualitative content analysis with an inductive approach. The results showed that nurses perceive the workplace not supporting the reporting of patient safety hazards nor does the reporting of errors lead to development of safer care. These perceptions of the work environment negatively effect nurse´s motivation for reporting patient safety hazards since the reporting experience is occupied by extrinsic motivation such as fear of the administrative response. The result of the study reflects a culture of individual blame, and the lack of a supporting safety culture neglects the nurse´s intrinsic motivation for reporting patient safety hazards. When the perception of reporting patient safety hazards is occupied by extrinsically motivational factors which contradict the intrinsically held ethical values, nurses´ mental health is at risk and the reporting of errors will further decrease.</p>	
Keywords:	Safety culture, patient safety, mistakes, near misses, nursing, motivation
Number of pages:	45
Language:	Swedish
Date of acceptance:	24.10.2021

INNEHÅLL

1	Inledning.....	5
2	Bakgrund.....	6
2.1	Misstag och tillbud	7
2.2	Säkerhetskultur.....	8
2.3	Patientsäkerhet.....	9
3	Tidigare forskning	10
4	Teoretisk referensram	12
5	Syfte och frågeställning	14
6	Metod.....	15
6.1	Datainsamling.....	16
6.2	Dataanalys.....	17
7	Etiska överväganden och tillförlitlighet	17
8	Litteraturöversikt	18
9	Resultat	24
9.1	Arbetsplatsens stöd	25
9.2	Utveckling	27
10	Kritisk Granskning	29
11	Diskussion.....	32
	Källor	37
	Bilagor	42

Figurer

Figur 1. Arbetsprocessen för framställning av syfte och frågeställning.....16

Tabeller

Tabell 1: Inklusions- och exklusionskriterier för datainsamling.....18

1 INLEDNING

Patientsäkerhet har sedan 1990-talet varit ett mycket uppmärksammat ämne såväl i media som inom socialpsykologin efter att studie efter studie påvisat hur patienter i sjukhusvård blir utsatta för fatala läkemedelsmisstag. Efter publiceringen av dessa studier har man försökt utveckla säkerhetskulturen för att mer objektivt och systematiskt behandla misstag för att utveckla patientsäkerheten. Patienten är i en mycket utsatt roll i vårdsammanhang och det blir vårdpersonalens främsta uppgift att i enlighet med vårdetiken främja hälsa och lindra lidande. Patientsäkerhet ur sjukskötarens perspektiv bör belysas mera eftersom patienter också fortsatt har rätt till trygg vård och sjukskötaren spelar en nyckelroll i händelseförloppet för misstag/nära händelser men också i rollen av förändring. (Waterson 2014)

Patient Safety Network PSNET (2019) förklarar säkerhetskultur inom vården som en organisation där man är medveten om de höga riskerna med arbetet, har en skuldfri arbetsmiljö, arbetar tillsammans för att uppnå säkrast möjliga vård för patienten och organisationen visar kontinuerliga engagemang för utvecklandet av säkrare vård. Examensarbetet inkluderas i projektet Säkerhetskultur: En kultur som värnar om individens säkerhet. Projektet är beställt av yrkeshögskolan Arcada. Syftet med arbetet är att förstå hur säkerhetskulturen påverkar sjukskötarens motivation för rapportering av händelser som berör patientsäkerheten.

Vi anser att resultatet av vårt examensarbete kommer ha nytta både för sjukskötaren och patienten. För patientsäkerhetens skull är det viktigt att vidare utforska ämnet och titta på förbättringsmöjligheter ur olika synvinklar för att garantera vård av hög kvalitet. För sjukskötaren är det viktigt att känna till de situationerna i arbetet som utgör hot för patientsäkerhet. Sjukskötaren bör också veta om den starka påverkningsmöjligheten hen har och kunna använda den i sitt arbete. Ämnet har intresserat oss båda redan från början av studierna och tagits upp i olika kurser. Efter att ha arbetat inom vården har vi fått en djupare insikt i ämnet och vidare sett problematiken med patientsäkerhet i verkligheten.

Vi har i arbetet valt att använda begreppet rapportering av händelser vilket i detta fall innebär då vårdpersonal rapporterar misstag eller tillbud som berör patientsäkerheten.

2 BAKGRUND

Under 1960- och 70-talet påvisade undersökningar att läkemedelsmisstag är den tredje vanligaste dödsorsaken i USA. Eftersom det inom sjukvården under den tiden var mycket vanligt med skuldbeläggning av individer och skam inför misstag kunde myndigheterna sopa problemen under mattan. Först under 1990-talet när ytterligare undersökningar publicerades började världen få upp ögonen för patientsäkerhet. Undersökningarna visade att 2/3 av de ogynnsamma händelserna patienter utsattes för orsakades av misstag och därför kunde förebyggas. Samtalsämnet fick mycket publicitet i media och en samhällsrörelse startade där sjukvården för första gången ställdes till svar. Begreppet patientsäkerhet blev ett ämne för diskussion världen över. (Chung & Custer 2017)

Först i slutet av 1990-talet reagerade myndigheterna i USA och ställde krav på förbättring enligt rekommendationerna som framkommer i artikeln skriven av Kohn et.al (2000) för IOM (Institute of Medicine). Syftet med artikeln var att genom de chockerande dödssiffrorna påpeka att det är mänskligt att begå misstag och att systematiska förändringar i sjukvården är nödvändiga för att uppnå förbättring. (Kohn et.al 2000) Publiceringen av detta material belyste också de enorma ekonomiska förlusterna som resultat av de skador som uppkommer i vården. (Chung & Custer 2017) IOM framhävde att förändring till den bredd som var nödvändig endast kan uppnås genom myndigheters inflytande över sjukvården. I artikeln kan läsas rekommendationer för säkrare patientcentrerad vård som också kom att ligga grund för den patientcentrerade vård vi känner igen idag.

För det första ansåg Kohn et.al (2000) att ledningen inom organisationerna bör utbildas inom patientsäkerhet vilket skulle ske med statlig finansiering. Vidare ansåg skribenterna att utvecklandet av ett nationellt användbart rapporteringssystem skulle vara mycket

viktigt för utvecklingen av patientsäkerheten. Rapportering skulle vara lagligt skyddad för att uppmuntra dokumentering. Övervakande styrelser av specialister var också rekommenderat för att höja standarden av patientsäkerhet. Sist poängterar skribenterna att en säkerhetskultur bör utvecklas inom sjukvården för att garantera och utveckla säker patientcentrerad vård, standardisera protokoll och processer samt för att utbilda ledningen i ämnet.

Enligt WHO (2019) (World Health Organization) är misstag inom vården fortfarande en av de 10 vanligaste dödsorsakerna i världen. Beroende på studien skadas mellan 1 och 4 av 10 alla patienter av misstag inom vården i västvärlden. Det har visat sig att upptill 80% av misstagen kan förebyggas.

2.1 Misstag och tillbud

Misstag inom vården definieras enligt WHO (2011) som en handling där syftet varit gott men slutresultatet blir fel. Tillbud (engl. near miss) definieras enligt Svensk MeSH (2021) som en riskfylld händelse där patienten inte kommit till skada. Tillbud kallas ofta för ”nära ögat” händelser men skribenterna i detta arbete har valt att använda den officiella definitionen tillbud.

Tidigt i processen för att utreda varför misstag sker inom sjukvårdsbranschen enades forskare om att misstag är en mänsklig del av arbetet. Man riktade nu fokus mot de underliggande systematiska bakgrundsorsaker för misstag och tillbud. I stället för att peka finger på individen började man för första gången utreda händelser i en större skala. Man försökte bland annat via Swiss-Cheese modellen utvecklad av James Reason år 2000 (Peltomaa 2012) påvisa att misstag sker först då alla skydds blockaders svagaste punkter (hål) är i linje och ett misstag kan ta sig igenom. Ett tillbud innebär att fel kan ta sig igenom nästan alla skyddsblockader men upptäcks före skada har hunnit ske. De olika lagren av osten med dess håligheter skulle representera såväl individen och teamet som organisatoriska faktorer såsom teknologi och ledarskap. Modellen representerar det faktum att oavsett hur många säkerhetsåtgärder som vidtas finns det alltid bristnings-

punkter i processen att begå. Som sista blockad före patienten finns vårdaren och modellen bevisar sjukskötarens utsatta roll som sista blockad bortsett från patienten själv. (Waterson 2014 s.43-59)

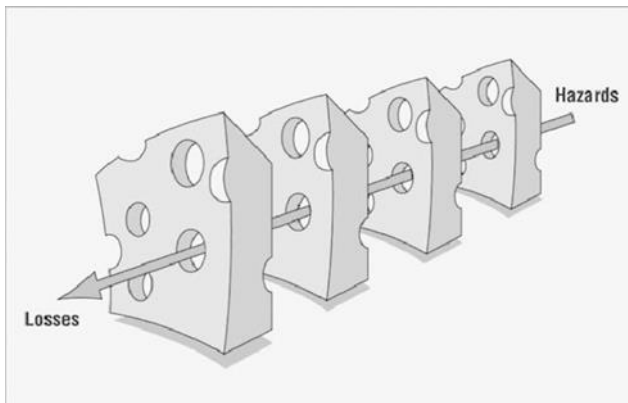


Bild 1, Swiss- Cheese Model utvecklad av James Reason år 2010, Waterson (2014) s. 49

2.2 Säkerhetskultur

Patient Safety Network (PSNET) (2019) förklarar säkerhetskultur inom vården som en organisation där man är medveten om de höga riskerna med arbetet, har en skuldfri arbetsmiljö och man arbetar tillsammans för att uppnå säkrast möjliga vård för patienten. För att detta skall lyckas bör organisationen påvisa kontinuerligt engagemang för utvecklandet av säkrare vård.

För att ytterligare problematisera ämnet anser skribenterna det vara viktigt att bredda perspektivet på patientsäkerhet från enbart misstag. Skribenterna i detta arbete har valt att förklara ämnet säkerhetskultur genom att jämföra det med begreppet säkerhetsklimat för att tydliggöra skillnaden. Säkerhetskultur och säkerhetsklimat används ofta felaktigt som synonymer vilket förvrider innebörden i en fungerande säkerhetskultur.

Mearns & Flin (1999) gjorde ett försök att förklara skillnaden med begreppen simplificerat genom att säkerhetsklimatet förklarar VAD som händer i en organisation medan säkerhetskulturen förklarar VARFÖR det händer. Ett säkerhetsklimat förklarar bäst den

upplevda säkerheten på arbetsplatsen och de anställdas attityder och uppfattning gentemot den, genererande i en subjektiv upplevelse. Säkerhetsklimatet förklarar i en stillbild den momentärliga upplevelsen utan att problematisera säkerheten objektivt. Säkerhetskultur skall däremot ses som ett mycket bredare, mer djupgående koncept som tar fasta på de normer, värdegrunder och förväntningar vi delar i den sociala kulturen inom organisationen.

Enligt Waterson (2014 s.43–59) har säkerhetskultur möjlighet att påverka resultaten i arbetet genom att påverka de normer som styr vår beslutsfattning. Inlärd normer och kollektiva vanor lärda genom en säkerhetskultur har bevisats leda till positiva resultat och engagemang i ett säkert arbetssätt. Genom arbetsgemenskap och socialisation åtar sig nyanställda arbetsplatsens säkerhetskultur och formar sitt arbete efter den. Detta förklarar den stora påverkningsmöjligheten säkerhetskulturen besitter.

Eftersom säkerhetskultur finner sina rötter i de sociala normer vi delar och vår gemensamma historia är den inte lika lätttrubbad som det momentärligt subjektiva säkerhetsklimatet (Mearns & Flin 1999). Waterson (2014 s.43–59) poängterar också att säkerhetskulturen inom vården kan variera mycket inom organisationens olika avdelningar och att förändringsförsök skall fokusera enskilt på de olika avdelningarna. Sammanfattningsvis är det till stor nytta såväl för den enskilda arbetaren som organisationen att förstå vad som styr vårt sätt att tänka och reagera i situationer angående säkerhet. Säkerhetskultur besitter stor påverkningsmöjlighet på resultatet i vårt arbete som vårdare (Waterson 2014 s. 43-59), men kan vara mycket resurskrävande och svårt att ändra på (Mearns & Flin 1999).

2.3 Patientsäkerhet

Patientsäkerhet innefattar inom hälsovården de individuella och kollektiva system vars roll är att garantera vårdens säkerhet och skydda patienten från skada. Från patientens synvinkel innebär det att vården ej orsakar skada, patienten har tryggad vård-, läkemedels- och utrustningssäkerhet samt garanti för vård av god kvalitet. (Stakes ja

Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006) Enligt THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) Potilasturvallisuus (2019) är patientsäker vård sådan där patienter får den vård hen är berättigad till utan medförda olägenheter. Suomi.fi (2020) definierar de eventuella tillförda olägenheterna som till exempel en felaktig diagnos, misstag i läkemedelsbehandling eller vårdrelaterade infektioner. Patientsäkerhetskultur innebär systematisk planering av vården för patientens maximala nytta. Patientsäkerhet kan delas upp i vårdsäkerhet, läkemedelssäkerhet och utrustningssäkerhet. (THL Potilasturvallisuus 2019)

Patienter i Finland har enligt hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft 2010 rätt till god hälso- och sjukvård. Med lagen avses vården vara hälsofrämjande då verksamheten är riktad till individen, befolkningen och samhällsgrupper och målet är att främja god hälsa, förebygga sjukdomar och hindra skador. Enligt §8 Kvalitet och patientsäkerhet skall verksamheten inom hälso- och sjukvården vara evidensbaserad, bygga på god praxis och rutiner som genererar i vård av hög kvalitet. Aktörer inom hälso- och sjukvården skall göra upp planer för hur de tänker förverkliga vård av god patientsäkerhet. Aktörer inom hälso- och sjukvården bör följa planen för patientsäkerhet gjord av Social- och hälsovårdsministeriet. (Finlex Hälso- och sjukvårdslag 2010) Regionalförvaltningsverket övervakar att sjukvårdens patientsäkerhet och kvalitet uppfyller de kraven som ställts i lag och i social- och hälsovårdsministeriets plan om patientsäkerhet. Bedömningen av kvaliteten utgörs av vissa kriterier såsom patientcentrerad verksamhet, kompetens och hälsonyttan. (Regionalförvaltningsverket Kvalitet och patientsäkerhet 2014)

3 TIDIGARE FORSKNING

Syftet med kartläggning av tidigare forskning och litteratur kring ämnet var att bättre förstå sjukskötarens roll i tryggheten av patientsäkerhet. Vi ville bättre förstå hur patientsäkerheten utvecklas i sjukskötarens arbete och vad den har för betydelse.

I enlighet med de etiska riktlinjerna för sjukskötarens arbete är det vår roll som vårdare att förebygga sjukdom, lindra lidande och förbättra livskvalitet (Finlands sjuksköterske-

förbund RF 2020). Som arbetande inom vården strävar vi till att göra gott och förbättra förutsättningarna för god hälsa. Oundvikligen sker det misstag också inom vården och det ligger därför i sjukskötarens intresse att engagera sig i verksamhet som kan förhindra skadliga händelser och utveckla säkrare vård. (Milligan 2004)

Ulrich & Kear (2014) poängterar i sin artikel att sjukskötaren inte enbart bör erbjuda säker vård utan också att utveckla en sådan miljö där andra också kan göra det. Det är mycket viktigt för vården att djupare förstå patientsäkerhetskulturen och sjukskötarens roll i tryggheten av god vård. Enbart då kan sjukskötarna fungera som ledare för att garantera vård som är säker och av god kvalitet genom rapportering av händelser. (Ulrich & Kear 2014) Enligt Milligan (2004) är de två viktigaste faktorerna i processen för att utveckla och bibehålla en patientsäkerhetskultur bedömning och övervakning av misstag och tillbud. Ett datadrivet sjukhus som poängterar rapportering har möjlighet att lära sig inte enbart av sina misstag men också av framgångar såsom tillbud där ingen kom till skada. I och med analysering av data angående rapporterade händelser och utveckling på basen av det kan man erbjuda hållbar och god vård. Tack vare dokumentering av händelser har man möjlighet att inte bara utveckla patientsäkerheten men också förbättra sjukskötarens arbetsförhållanden. (Sammer et.al 2010)

Också Milligan (2004) anser att sjukskötaren spelar en viktig roll genom att froda säker vård av god kvalitet. I och med sjukskötarens roll som frontfigur kan hen lätt identifiera misstag/tillbud och besitter därför på viktig information om hur säkerheten kan utvecklas. För att säkerheten skall kunna utvecklas måste händelserna rapporteras och systematiskt analyseras. Detta är dock inte oproblematiskt. Ulrich & Kear (2014) tar upp i sin artikel utmaningen med att engagera en arbetsgrupp såsom sjukskötare i ytterligare en arbetsuppgift då de redan är överarbetade och underbemannade. Rapportering som uppgift bygger oftast på eget initiativtagande. Då anställda är utmattade engagera de sig inte i säkerhetsfrågor och då rapporteras inte heller händelser. Det råder stor brist på information om processerna runt misstag och tillbud. Inte nära på alla händelser rapporteras och när de väl gör det så beskrivs inte händelsen tillräckligt djupgående för att lära sig av händelsen. (Milligan 2004)

Studien utförd av Anderson et.al (2014) syftade på att undersöka om rapportering av fel hade påverkan på patientsäkerheten enligt vårdare i akut- och mentalvården. Detta efter att resultatanalysen av rapporteringen under de senaste åren kritiserats hårt eftersom man strävar efter att se låga siffror för misstag i stället för att fokusera på omständigheterna runt händelserna. Detta ger en felaktig bild av den verkliga säkerheten eftersom det troligen begås lika många misstag, om inte fler, som på andra sjukhus men de rapporteras inte. Rapportering av händelser som berör patientsäkerheten visade sig enligt de flesta deltagande i studien ha en positiv effekt på patientsäkerheten. Detta inte enbart genom att förändra och förbättra processer inom vården men också genom att påverka anställdas åsikter och inställning till patientsäkerhet. Studien bevisade också att resultaten av rapportering är svårt att använda för att utveckla patientsäkerheten. Eftersom rapportering av händelser enbart beskriver misstagen och det krävs förmåga att analysera och tolka denna data analytiskt för att hitta förbättringsmöjligheter som verkligen leder till säkrare vård. Den uppfattade personliga risken med rapportering ledde i ett av mentalvårdssjukhusen till lägre rapportering. Då man undersökte de olika sjukhusens rapporteringsvanor hittade man en stor skillnad mellan de olika sjukhusen i hur ofta och vad som rapporteras. Detta är enligt Anderson et.al (2014) inte så förvånande eftersom rapporteringen av händelser inte bara involverar de tekniska aspekterna utan också innefattar sociala komponenter vilket gör processen desto mer komplicerad.

4 TEORETISK REFERENSRAM

Skribenterna har valt självbestämmande teori (SDT) eller self – determination theory (eng.) utvecklad av Edward Deci och Richard Ryan år 1985 (Deci & Ryan 1985) som teoretisk referensram för examensarbetet. Teorin ansågs vara lämplig för examensarbetet eftersom den beskriver faktorer som motiverar individer för att utföra arbete, vilka faktorer som kan leda till press och varför brist på motivation kan förekomma i olika situationer. Självbestämmande teorin förklarar även vilka motivations beteenden förekommer i särskilda situationer och vilka motivations beteenden styr utförandet av arbetet. Genom självbestämmande teori kan skribenterna bättre förstå hur säkerhetskulturen

påverkar sjukskötarens motivation för rapportering av händelser som berör patientsäkerheten.

Självbestämmande teori

Självbestämmande teori behandlar mänsklig motivation, personlighet och känslor. Enligt Deci & Ryan påverkas motivationen utifrån tre grundläggande psykologiska behov: känsla av kompetens, autonomi/självbestämmande och känsla av samhörighet som behöver uppfyllas för att individen skall uppleva motivation för uppgiften (Deci et al. 2017). Självbestämmande teorin delar in motivation i två centrala punkter: autonom (självbestämmande) motivation och kontrollerad (icke – självbestämmande) motivation, vilka kortfattat kan definieras som inre och yttre motivation. Genom att studera den inre och yttre motivationen i relation med de grundläggande behoven kan vi få förståelse för individens motivation i ett visst sammanhang. (Gagné & Deci 2005)

Individer som styrs av självbestämmande motivation agerar enligt sin egen vilja och intresse. Självbestämda handlingar är resultat av individens inre motivation. När en individ agerar utifrån inre motivation utan att vara påverkad av yttre faktorer, leder det till att arbetet eller handlingen utförs spontant och med nöje. Arbetet blir mer meningsfullt för individen och de är mer engagerade i att utföra det till slut. Handlingen utförs alltså inte med avsikten att få en specifik belöning för den i form av ex. pengar eftersom uppgiften i sig är motiverande (Deci et al. 2017). Kontrollerad motivation innebär att man styrs av yttre motivationsfaktorer. När individer agerar genom yttre motivation betyder det att de är kontrollerade av yttre faktorer eller andra individers intressen och handlingen inte utförs genom egen vilja (Deci et al. 2017, Gagné & Deci 2005).

Individer som i arbetslivet känner att deras arbete är värdefullt och meningsfullt samt upplever att de kan påverka sina handlingar genom att själv bestämma, tenderar att agera genom självbestämmande motivation och högst sannolikt kommer att prestera bättre och nå sina mål. Däremot om individernas motivation är kontrollerad och påverkade av yttre motivationsfaktorer och omständigheter, kommer det att leda till negativa effekter på prestationer och arbetsengagemang. (Deci et al. 2017)

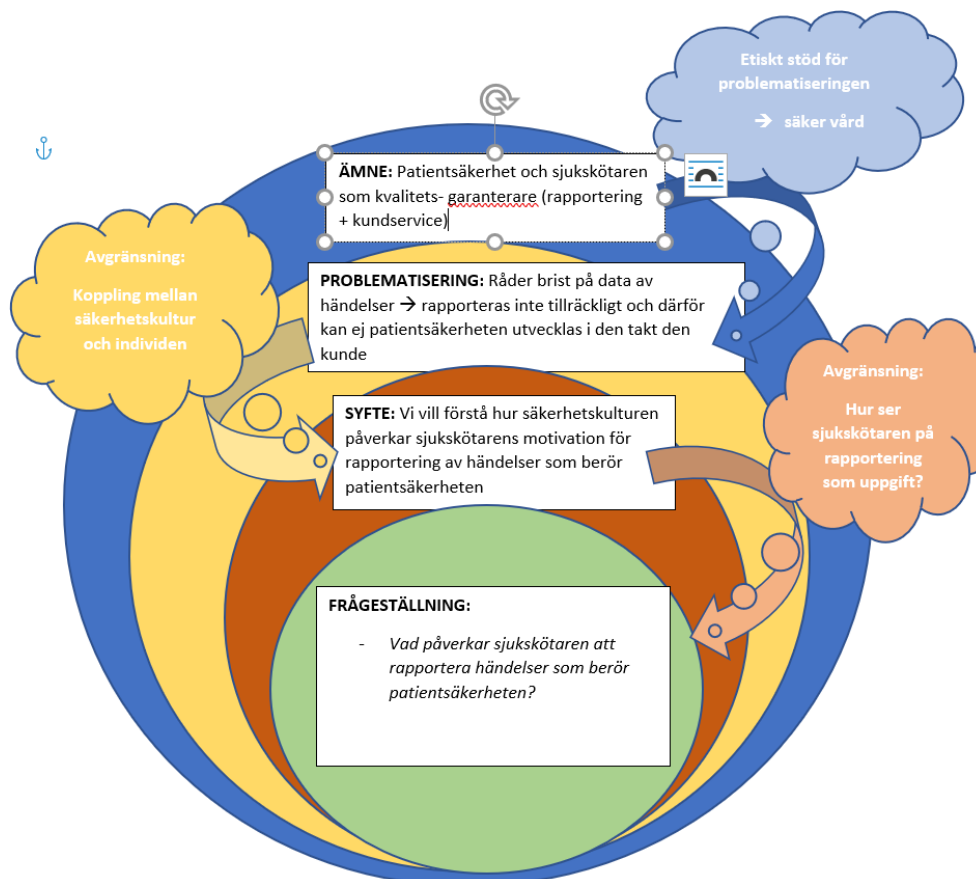
Enligt Robbins och Judge (2016 s.253) bör man sträva till sådan arbetsmiljö där det finns både inre och yttre motivationsfaktorer som kan motivera anställda, vilket gör arbetet intressant samt stöder anställda i deras utveckling.

5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med vårt arbete är att förstå hur säkerhetskulturen påverkar sjukskötarens motivation för rapportering av händelser som berör patientsäkerheten. Utgående från syftet har vi kommit fram till en preciserad frågeställning:

- *Vad påverkar sjukskötaren att rapportera händelser som berör patientsäkerheten?*

Figur 1 förtydligar skribenternas arbetsprocess för hur syfte och frågeställningarna kommit fram. Allt eftersom skribenterna läst in sig i ämnet och tagit del av tidigare studier har ämnet problematiserats och därefter avgränsats till ett klart syfte ur vilket frågeställningarna fötts.



6 METOD

Vi använder oss av en kvalitativ arbetsmetod eftersom vi stävar efter att få en bredare och djupare förståelse i ämnet. Metoden som skribenterna har valt att följa kallas för scoping – review metod. Scoping- review metoden valdes, eftersom den är anpassad för att snabbt identifiera och kartlägga centrala koncept som ligger som grund för ett forskningsområde och typer av bevis som finns tillgängliga. Jämfört med systematisk litteraturstudie kan man med hjälp av scoping - review forska i ett mycket bredare område, eftersom en systematisk litteraturstudie kräver ett mycket skarpt avgränsat syfte och frågeställning. (Arksey & O'Malley 2005)

Scoping Review

Scoping -review metod har flera olika definitioner. Genom scoping - review metod kan man få bredare och djupare kunskap om tidigare studier och sammanfatta det material man har. Scoping review kan användas då man vill kartlägga data som ger en sammanfattning av ämnesområdet, sprida forskningsresultat till andra, fastställa genomförbarhet för systematisk litteraturstudie och för att identifiera möjliga brister i studier. (Arksey & O'Malley 2005)

Enligt Arksey och O'Malley består scoping-review processen av fem strukturerade steg. Första steget är att identifiera forskningsområdet och frågeställningen som skall behandlas. Detta styr hur sökstrategin byggs upp för att hitta relevant material för forskningen. Andra steget är att söka relevanta studier/material som är lämpliga för att kunna besvara centrala frågan. Sökningen kan ske genom olika databaser, nätsidor, referenslistor i artiklar och aktuella organisationer. Därefter, tredje steget i metoden är att välja ut studier/material som är relevanta för forskningen samt precisera inkluderings och exkluderingskriterier. Fjärde steget består av kartläggningen av insamlade material. I det här stadiet bör man noggrant gå igenom materialet genom att läsa, sortera och kategorisera. Materialet kan grupperas i olika kategorier till exempel: rubrik, författare, studiens syfte, metod, frågeställning, årtal och resultat, man kan göra det i form av diagram eller

tabeller. Det femte steget innebär att man analyserar, sammanfattar och rapporterar resultat. (Arksey & O'Malley 2005)

Datainsamling och dataanalysen för detta examensarbete utförs enligt Arksey & O'Malley (2005) fem strukturerade steg för scoping – review metoden som presenteras nedan. För enkelhetens skull har skribenterna valt att slå ihop steg 1–3 som hör under datainsamling och steg 4–5 till dataanalys som presenteras i följande stycken.

6.1 Datainsamling

Utgående från syftet och frågeställningarna har skribenterna utfört en omfattande datainsamling för att besvara arbetets syfte. Skribenterna genomförde datainsamlingen genom databassökning i databaserna EBSCO och SAGE. Datainsamlingen genomfördes mellan 18.11.2020 – 27.11.2020. Sökorden som användes var olika kombinationer av ”safety culture”, ”nursing”, ”reporting”, ”patient safety”, ”work environment” och ”motivation”. För att precisera sökningen av materialet har sökoperatören ”AND” använts. Sökningen begränsades till artiklar publicerade mellan år 2007-2020 och i EBSCO användes det avancerade sökkriteriet för förhandsgranskade artiklar. I databasen SAGE kontrollerades källornas tillförlitlighet genom journal informationen och publikationskriterierna. Skribenterna har läst cirka 50 abstrakt för att kunna välja lämpliga artiklar enligt inklusions- och exklusionskriterier vilka presenteras i tabell 1. I databasen EBSCO hittades nio artiklar och i databasen SAGE hittades sex artiklar var av en hittades genom ”similar articles” funktionen i SAGE. Datainsamlingen preciseras närmare i Tabell 1.

INKLUSION	EXKLUSION
Artikeln behandlar säkerhetskultur inom vårdbranschen	Artikeln behandlar säkerhetskultur utanför sjukvården
Artikeln behandlar sjukskötaren eller sjukskötarens arbetsmiljö	Artikeln fokuserar på vårdarens säkerhet
Artikeln behandlar rapportering av händelser som berör patientsäkerhet	Artikeln följer ej inklusionskriterierna
Artikeln är vetenskaplig (Peer Review)	
Artikeln är publicerad mellan 2007–2020	

Tabell 1: Inklusions- och exklusionskriterier för datainsamling

6.2 Dataanalys

Skribenterna har valt att använda sig av kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. En kvalitativ forskningsmetod kan anses som utmanande och tidskrävande eftersom man försöker göra stora mängder av data så förståeligt som möjligt, minska volymen av insamlad information och identifiera mönster. Genom sådan process bygger man upp ett koncept för att sedan kunna presentera huvudinnehållet av resultatet. Kvalitativa forskningsmetodens analys kan ske genom induktiv ansats, vilket innebär att man beskriver, tolkar, förklarar och möjligtvis skapar en teori om fenomenet. Skribenterna bör ta eget ansvar för att själv observera och beskriva hur analytiska processen går till. (Forsberg & Wengström 2013 s.150)

I enlighet med Forsberg & Wengström (2013 s.167) har skribenterna i genomförandet av den kvalitativ innehållsanalysen läst igenom materialet flera gånger för att bättre förstå vad texten handlar om och hitta en röd tråd i texten. Viktigaste punkter i texten markerades och kodades (Forsberg & Wengström 2013 s.167). Detta kallas för meningsenheter och har ett meningsbärande budskap i texten och är grund för kodning. En kod innebär att man nämner meningsenheten med ett ord (Danielson 2017a s.287). Sedan har skribenterna kondenserat koderna till olika kategorier och teman. Efter detta började vi söka ett mönster mellan de olika kategorier som skapats vilket hjälpte att hitta en helhet och röd tråd mellan materialet som analyserats. Dataanalysprocessen redovisas tydligare i Bilaga 2 där man i tabellform kan se kodningsprocessen för de enskilda artiklarna vilka under kategorierna delas i två och slutligen sammanfattas till ett enhetligt tema.

7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN OCH TILLFÖRLITLIGHET

Examensarbetet utfördes som en litteraturstudie för projektet säkerhetskultur. Skribenterna har följt direktiven för god vetenskaplig praxis enligt forskningsetiska delegationen TENK genom hela arbetet.

För att forskningen skall gå enligt god vetenskaplig praxis har skribenterna utfört arbetet hederligt, noggrant och ärligt. I forskningen har skribenterna omsorgsfullt behandla presentationen, dokumenteringen och presentationen av resultaten samt bedöm-

ningen av undersökningar och undersökningsresultat av forskningsarbetet. Skribenterna tar hänsyn och visar respekt till andra forskare och deras arbete samt resultat. Hänvisningar till publikationer hänvisas korrekt och med respekt för andra forskaren. Forskningen följer en god plan, genomförande och rapportering samt all insamlade data lagras korrekt enligt kraven som vetenskapliga metoder förutsätter. (TENK 2012)

Alla källor, dataanskaffnings-, undersöknings- och bedömningsmetoder som skribenterna använder sig av och hänvisar till är lämpliga för forskningen, är etiskt hållbara och tillförlitliga. (God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada 2012) Skribenterna har undvikigt avvikelser från god vetenskaplig praxis genom att inte plagiera, fuska, fabricera, stjäla och agera ansvarslost, eftersom det enligt Forskningsetiska Delegationen är ohederligt och oetiskt. (TENK 2012)

Denna litteraturstudie kan användas i arbetslivet för att kunna identifiera brister och utveckla en säkerhetskultur av god kvalitet för både patienter och anställda.

Förutom de tillförlitlighetsmetoderna som nämns i den etiska överväganden har skribenterna sett till att arbetet är tillförlitligt eftersom examensarbetet inte är en grundforskning utan refererar till andra forskningar. Skribenterna kommer att använda sig av tillförlitliga vetenskapliga källor och kommer att sträva till refereringen av förstahandskällor (Mårtensson & Fridlund 2017 s.425). Kvalitetsgranskningen av vad som har gjorts är viktigt för att redovisa en tillförlitlig forskning (Danielson 2017b s.297). För att kunna redovisa kvaliteten av examensarbetet bör man se till att det som har gjorts beskrivs på ett tydligt och korrekt sätt (Mårtensson & Fridlund 2017 s.423)

8 LITTERATURÖVERSIKT

The impact of patient safety culture and the leader coaching behaviour of nurses on the intention to report errors: A cross-sectional survey

Syftet med studien var att undersöka effekten av upplevd PSC (patient safety culture) och LCB (leadership coaching behaviour) och avsikten att rapportera misstag hos sjukskötare. En tvärsnittsstudie med enkätsvar av 256 sjukskötare tyder på att avsikten att

rapportera misstag hos sjukskötare är låg. Studiens resultat belyser vikten av en högt upplevd PSC och LCB eftersom de höjer avsikten att rapportera hos sjukskötaren. En ständigt närvarande PSC och LCB har kapaciteten att avlägsna hinder för rapportering (ex. skuldbeläggning) och främja en stödjande arbetsplats där rapportering anses riskfritt. (Chegini et.al 2020)

Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them

Syftet med studien var att få en närmare anblick på orsakerna till att misstag begås och varför dessa ej rapporteras. En tvärsnittsstudie med 367 deltagare från ett stort sjukhus i Saudi Arabien utfördes med en svarsprocent på 73,4%. Resultaten av studien påvisar att de mest påverkande faktorerna för att begå misstag bland annat innefattar läkemedlets paketering och dålig kommunikation mellan vårdare och läkare. De starkast påverkande orsakerna varför misstagen inte rapporteras visade sig vara administrativa orsaker såsom ledarskapets reaktion, rädsla för konsekvenserna, graden av ansträngning för att rapportera där faktorer såsom tidsbrist påverkar starkt och sist olika uppfattning om definitionen av läkemedelsrelaterade misstag. För att förbättra rapporteringskulturen hos sjukskötare rekommenderar Hammoudi et.al (2017) att ledningen inom organisationen skall förstärka en skuldfri rapporteringskultur med fokus på patient safety culture (PSC). Det rekommenderas också att förstärka samarbetet och kommunikationen mellan vårdare och de andra yrkesgrupperna på avdelningarna. (Hammoudi et.al 2017)

Exploring the influence of nurse work environment and patient safety culture on attitudes toward incident reporting

Syftet med studien utförd av Yoo & Kim (2017) var att undersöka hur sjukskötarens arbetsmiljö och uppfattningen av PSC påverkar attityder inför rapportering av händelser. En tvärsnittsstudie med 191 svarande sjukskötare i ett sjukhus i Syd Korea utfördes. Resultaten visar att attityderna gentemot rapportering av händelser starkt påverkades av uppfattningen om arbetsmiljön och den gemensamt uppfattade PSC på avdelningen. Skribenterna belyser ledarskapets roll som den framförande kraften för att förstärka och belysa vikten av PSC och implementera procedurer i dess bemärkelse. (Yoo & Kim 2017)

Factors contributing to voluntariness of incident reporting among hospital nurses

Syftet med studien vara titta på de faktorer som påverkar sjukskötarens tendens att frivilligt rapportera händelser. En tvärstudie med 1380 deltagare utfördes från 6 sjukhus i Thailand. Resultaten visade på en låg tendens att frivilligt rapportera händelser. Tendensen att frivilligt rapportera händelser påverkas starkt av rapporteringskulturen och de säkerhetsaspekterna i sjukskötarens arbetsroll. Chiang et.al (2019) anser att man genom att aktivare engagera sjukskötares beteenden i säkerhetsåtgärder kan man utveckla en sådan rapporteringskultur som stöder frivillig rapportering. Studien belyser ledarskapets/organisationens roll i att förverkliga dessa mål men att också titta över arbetsbördan och arbetstillfredsställelsen eftersom dessa negativt påverkar tendensen att frivilligt rapportera händelser. (Chiang et.al 2019)

The courage to speak out: A study describing nurses attitudes to report unsafe practices in patient care

Syftet med denna deskriptiva enkätstudie är att identifiera faktorer på arbetsplatsen som påverkar patientförespråkande beteenden och avsikten att rapportera händelser berörande patientsäkerheten. Studien visar att den mest förekommande orsaken varför sjukskötaren valt att ej rapportera var rädsla för konsekvenserna av misstaget. Intressant nog visade det sig att de flesta som deltog i studien aldrig själva hade upplevt negativa påföljder efter rapportering av en händelse men kulturen och misstron kring ledningens reaktion till dessa känsliga frågor lever starkt kvar. Cole et.al anser att sjukvården aktivt bör arbeta med att minska detta uppenbara hinder genom ledarskapets budskap om skuldfri rapportering och öppna dialog med vårdarna där också de anställda har möjlighet att lära sig av händelserna. (Cole et.al 2019)

Factors influencing nurses decisions to raise concerns about care quality

Syftet med Attree's (2007) semi-strukturerade intervjustudie med 142 sjukskötare var att undersöka faktorer som påverkar sjukskötares intentioner att rapportera oro över patientsäkerheten. Sjukskötare ansåg i intervjuerna att rapportering av händelser var en hög risk - låg vinst aktivitet. Sjukskötare upplevde bristen på tillit till sin förman som ett stort hinder för rapportering då anställda fruktar de karriärmässiga konsekvenserna av att fungera som visselblåsare. Vidare lyftes bristen på organisatoriskt stöd upp, man

upplevde att rapporteringen ej ledde till något och ej heller togs på allvar. Många av sjukskötarna lyfte upp konflikten mellan den professionella plikten att rapportera händelser berörande patientsäkerheten och den personliga rädslan för konsekvenserna vilket resulterar i en obekvämlig diskrepans mellan de två rollerna. Attree (2007) sammanfattar detta som bristen på en enhetlig säkerhetskultur med bristfälliga riktlinjer och förhållningssätt. (Attree 2007)

Organizational safety culture and medical error reporting by Israeli nurses

Syftet med studien var att undersöka korrelationen mellan PSC och incidenten och rapporteringsgraden av medicinska misstag gjorda av israeliska sjukskötare. Själv administrerade enkäter skickades ut till ett bekvämlighetsurval bestående av 247 sjukskötare. Av studiens deltagare medgav 6% att de aldrig rapporterade sina misstag medan 50% rapporterade sällan/ibland. Studien visar att en högre Patient safety culture (PSC) korrelerar med aktivare rapportering av incidenter och mindre misstag. Studien belyser ledarskapets roll att uppmuntra PSC genom en tydlig strategi för säker och kvalitativ vård och värna om de anställdas motivation att genomföra förbättringar i det kliniska arbetet både på avdelning och personlig nivå. (Kagan et.al 2013)

Targeting the fear of safety reporting on a unit level

Syftet med studien var att analysera hur CUSP (the Comprehensive Unit-based Safety Program) modellen används på ett sjukhus för att förbättra patientsäkerheten och identifiera var rädslan för att rapportera kommer från, samt kultivera en kultur där man lär sig från misstag. Deltagare inom integrationsmodellen CUSP var alla anställda på en pediatrik enhet, ledarskapsteam var också inkluderat.

Studien visar att efter integreringen av modellen, hade personalens förståelse för patientsäkerheten ökat genom att regelbundet rapportera samt gå igenom dessa rapporteringar med ledarskapet. Rapporteringen hade ökat markant efter att modellen var integrerat. Copeland lyfter också upp att ledarskapet borde stöda säkerhetskulturen genom att vara transparent och uppmuntra personalen att våga tala om bekymmer angående patientsäkerhet. (Copeland 2019)

The influence of organizational culture, climate and commitment on speaking up about medical errors

Syftet med studien är att förstå hur sjukhusets kultur och klimat påverkar sjukskötarens aktiva arbetsroll att höja rösten och rapportera händelser angående patientsäkerhet på arbetsplatsen. Fokusgrupp enkäter och intervjuer utfördes med 162 deltagare från ett sjukhus i USA. Olika hypoteser angående sjukhusets klimat och kultur, ledarskapets roll och arbetskamratstöd testades i korrelation med sjukskötarens intentioner att rapportera händelser. Resultaten visar att den då existerande kulturen inte främjar rapporteringen och att klimatet delvis hindrar rapporteringen. Resultaten visar tydligare att sjukskötare upplevde bristande stöd för rapportering av ledarskapet och själva sjukhuset då händelserna ej togs på allvar. En viss rädsla för organisatoriska konsekvenser uppkom också. Framst lyfter Levine et.al (2018) upp problematiken med att sjukhuset i detta fall gjort ett stort arbete med att framföra en god säkerhetskultur men kraven som ställdes på sjukskötarna kunde de inte själva leva upp till. (Levine et.al 2019)

Nurses perception of error reporting and patientsafety culture in Korea

Syftet med studien var att undersöka och beskriva sjukskötarens synvinkel på hur ofta misstag/nära misstag rapporteras i samband med patientsäkerhetskulturen och att identifiera samband mellan sjukskötarens uppfattning i samband med arbetsrelaterade faktorer. 886 sjukskötare från 8 olika sjukhus i Seoul, Korea deltog i enkätstudien. Studien visar att de flesta av sjukskötarna ansåg att det på avdelning var ett stort problem angående patientsäkerheten och att de flesta misstag/nära händelserna inte rapporteras eller kommunicerades vidare på grund av rädsla för konsekvenserna. Sjukskötarens arbetskaraktär och arbetsrelaterade faktorer påverkade starkt uppfattning om patientsäkerhetskulturen och rapporteringsvanorna. Sjukskötare på frontlinjen uppfattade flera av de aspekterna i patientsäkerhetskulturen som mer problematiska än äldre sjukskötare i ledarskapspositioner. (Jeongeun et.al 2007)

The influence of nursing work environment on patient safety

Syftet med studien var att undersöka relationen mellan patientsäkerhetsåtgärder och sjukskötarens arbetsmiljö. Denna tvärstudie med enkätfrågor där 350 svarande av 570 valda på basen av bekvämlighetsurval. Studien visade att fokus bör finnas på att upprätthålla en positiv arbetsmiljö som stärker sjukskötaren att utföra patientsäkerhetsåtgärder för patientens bästa. Faktorer såsom kommunikation, bemanning och sjuksköta-

rens påverkandemöjligheter och deltagande i beslutsfattning är alla möjliga hinder och förbättringsmöjligheter för bättre patientsäkerhet genom åtgärder. (Midhawi et.al 2020)

Ethical leadership, nursing error and error reporting from the nurses perspective

Syftet med studien var att mäta graden av upplevt etiskt ledarskap och korrelationen med misstag och rapportering a händelser. En tvärstudie med enkätfrågor skickades ut till 171 sjukskötare genom randomiserat urval. Studien visade att sjukskötare endast uppgav en blygsam grad av etiskt ledarskap på sin arbetsplats. En tydlig koppling mellan etiskt ledarskap och rapportering av händelser samt mängden misstag kunde ses i svarsanalysen därav att etiskt ledarskap ökar rapportering av händelser och därför minskar mängden misstag. Sammanfattat argumenterar artikeln för den etiska ansvarsskyldigheten som finns som en av de mest fundamentala delarna av sjukskötarens arbetsprinciper. Att avvika från den etiska ansvarsskyldigheten att rapportera händelser strider emot sjukskötarens arbetsroll och därför besitter det etiska ledarskapet enorm påverkningsmöjlighet. (Massoumeh & Narges-Sadat 2019)

A study on the reporting intention of medical incidents: a nursing perspective

Syftet med studien var att undersöka de på faktorer som påverkar sjukskötare att rapportera läkemedelsmisstag. En tvärsnittsstudie med enkätfrågor svarades av 835 sjukskötare från tre olika sjukhus i Thailand. Studien visar att sjukskötare visa en hög vilja att rapportera händelser men de flesta (70,2%) hade aldrig tidigare rapporterat en händelse. Studien visar att sjukskötarens intentioner att rapportera positivt påverkades av deras attityder till rapportering, deras uppfattning om hur viktigt rapportering är och stödet från arbetsplatsen. Studien visar också att rapporteringen korrelerar negativt med såväl positiva som negativa incitament. Övergripande påverkade attityden och uppfattningen om rapportering mer rapporteringsbeteendet än de faktorerna associerade med arbetsmiljön. (Chen et.al 2018)

Nurses safety motivation: Examining predictors of nurses willingness to report medication errors

Syftet med studien vara att undersöka hur organisatoriska säkerhets - och sociala faktorer påverkar sjukskötarens säkerhetsmotivation. En tvärsnittsstudie med 144 enkätsvar

baserat på randomiserat urval av 500 sjukskötare från en specifik delstat i USA utfördes. Resultaten visar att trots organisationens kontinuerliga försök att göra rapportering skuldfri borde mer energi läggas på att framlägga välplanerad feedback i rätt tid efter rapportering av händelse. Detta visade sig vara den största påverkande faktorn för sjukskötarens säkerhetsmotivation. De sociala faktorerna på arbetsplatsen kunde inte bevisas direkt påverka säkerhetsmotivationen men de bidrar med faktorer som ökar sjukskötarens tendens att frivilligt utöva säkerhetsbeteenden och därmed påverka indirekt rapportering. Ledarskapstil visade det sig i studien ha en stark påverkan på utbyggandet av en stark grund för både de interpersonella och strukturella relationerna som ingår i säkerhets motiverat beteende. (Farag et.al 2019)

Evaluating the effect of safety culture on error reporting: A comparison of managerial and staff perspective

Syftet med studien är att igenkänna de organisatoriska faktorerna med störst påverkningsmöjlighet på rapportering av händelser och ifall dessa faktorer skiljer sig från chefer och anställda. Enkät svar samlades in från 515 637 deltagare från 1052 olika sjukhus. Studien visar att etablerade händelser såsom feedback efter händelser och organisationens inläring av dessa händelser hade största inverkan på rapportering av händelser. En viss skillnad kunde ses mellan chefernas och de anställdas uppfattning om dessa faktorer. Ledare kan oavsiktligt hindra rapporteringen av händelser ifall de inte inser vikten av deras eget stöd för säkerhet och istället betonar faktorer som de anställda upplever mindre viktiga. (Richter et.al 2014)

9 RESULTAT

Dataanalysen av materialet för studien visar att temat främjandet av säkerhetskultur har övergripande påverkan på sjukskötare och rapportering av händelser som berör patientsäkerheten. I bilaga 2 visas preciseringen av dataanalysen och hur skribenterna har gått till väga då de har analyserat materialet. I tabellform kan man se kodningsprocessen för de enskilda artiklarna, vilka blir till underkategorier och slutligen sammanfattas till ett enhetligt tema. I och med dataanalys processen plockades meningsbärande enheter ut

vilka sedan kodades till underrubriker. Efter det bildades underkategorier som sedan ledde till kategori och slutligen temat främjande av säkerhetskultur.

Bilaga 3 redovisar i ett diagram resultatet som baserar sig på bilaga 2. I de blåa rutorna kan man se de olika koderna vilka ledde till underkategorier som man kan se i de gröna rutorna varefter det ledde till kategorier som man kan se i de gula rutorna. Slutligen landar diagrammet på ett enhetligt tema. Diagrammet redovisar dataanalys processen som tidigare preciserats i bilaga 2. Bilaga 3 visar kopplingen mellan kodningen av materialet till en helhet som slutligen leder till resultatet av arbetet. Ur diagrammet kan man se att upplevelser såsom rädsla för ledarskapets reaktion och konsekvenserna av rapportering, tyder på brister i ledarskapets stöd, vilket är en underkategori till arbetsplatsens stöd. Upplevelser om bristfällande feedback och inläring av misstag, tyder på att det inte sker någon organisatorisk inläring, vilket ses som underkategori för utveckling. Arbetsplatsens stöd och utveckling representerar de underliggande kategorierna som orsak till bristerna i säkerhetskulturen och delar resultatet i två kategorier.

Vi har valt att presentera vårt resultat enligt de två framskridna kategorierna för de faktorer som påverkar sjukskötaren att rapportera händelser angående patientsäkerhetskultur.

9.1 Arbetsplatsens stöd

Den administrativa responsen och rädslan för att rapportera påverkar starkt negativt på rapporteringen av händelser som berör patientsäkerheten. Detta reflekterar den tydliga bristen i arbetsplatsens stöd för patientsäkerhet. (Hamoudi et.al 2017, Chegini et.al 2020, Cole et.al 2019, Attree 2007, Kagan et.al 2013, Copeland 2019, Jeongeun et.al 2007, Massoumeh & Narges-Sadat (2019), Chen et.al 2018 & Farag et.al 2019). Jeongeun et.al (2007) visade i sin studie att enbart 5% av deltagande ansåg att de inte var rädda för att rapportera misstag. Vårdpersonal är rädda för disciplinära handlingar som att mista sitt arbete eller behörighet (Hamoudi et.al 2017). Anställda upplever också rädsla inför den uppfattade sociala skammen som skulle medföra en rapportering och därmed upplevs avsaknad av arbetskamraternas stöd (Attree 2007) (Chegini et.al 2020). Den upplevda individuella risken utgör en stor barriär för rapportering av händelser (Kagan et.al 2013) och nyttan för patientsäkerheten upplevs liten. Skuldbeläggning av

individens leder till underrapportering på grund av rädslan av hämnd (Copeland 2019). Levine et.al (2019) poängterar chefens reaktion på rapportering som en kritisk faktor vilken strakt påverkar sjukskötarens sannolikhet att rapportera händelser också i framtiden. Beroende på reaktionen kan chefen antingen froda eller hämma en kultur av skuldbeläggning på individen.

Rädslan förekommer inte enbart hos den som begått misstaget utan också hos personen som utfört själva rapporteringen vilket ofta kan vara en annan person än den skyldige. De negativa effekterna av rapportering av händelser nämnda i studien av Attree (2007) såsom isolering, skam och skuldbeläggning tolkades som ett generellt missnöje angående själva rapporteringen av händelsen. Man upplevde att de negativa konsekvenserna i sig inte begrundades i misstaget/händelsen utan viljan att höja rösten. Feedback angående misstag och en icke skuldbeläggande respons var viktiga för att engagera vårdare i säkerhetsbeteenden såsom rapportering (Farag et.al 2019).

Chegini et.al (2020) menar att ledarskapets karaktärsdrag är en betydande faktor reflekterande den aktuella patientsäkerhetskulturen på arbetsplatsen. Vårdpersonalens uppfattning om ledarskapets attityd gentemot rapportering påverkar starkt rapporteringsvanorna hos de anställda.

Det är organisationens och ledarskapets roll att radera de barriärer som står för rapportering genom att utveckla en stödjande miljö där sjukskötare känner sig säkra att rapportera händelser utan rädsla för negativa konsekvenser (Chegini et.al 2020, Cole et.al 2019, Attree 2007, Kagan et.al 2013, Copeland 2019, Levine et.al 2019, Jeongeun et.al 2007, Midhawi et.al 2020, Chen et.al 2018, Farag et.al 2019 & Richter et.al 2014). Copeland (2019) menar att ledare med förmåga för reflektion inser att det finns en universell risk för misstag på grund av den mänskliga faktorn i arbetet och bör således visa förståelse i stället för skuldbeläggning. Chefen bör kunna visa att hen relaterar till den anställdas oro för patientsäkerheten vilket stärker uppfattningen om den organisatoriska säkerhetskulturen. Massoumeh & Narges-Sadat (2019) stöder denna tanke då det i deras studie framgick att etiskt ledarskap minskar mängden misstag och ökar antalet rapporteringar.

Attree (2007) uppmärksammar fyndet där sjukskötare blev osäkra då de fruktade att händelsen de skulle rapportera inte skulle tas på allvar av förmannen. Detta orsakade

misstanke om olika uppfattning om allvaret i rapporteringen och patientsäkerhetskulturen. För att främja en god säkerhetskultur och således rapporteringskulturen lyfter Levine et.al (2019) att cheferna tydligt bör kommunicera vad som förväntas av vårdpersonalen och själva föregå med gott exempel. Studien visar att om sjukskötaren upplever rapportering som en viktig sak i sitt arbete är det sannolikt att rapporteringsvanorna upprätthålls. Desto mera vårdpersonal observerade hanteringen av misstag som saklig och rättvis desto mera villiga blev de själva att själva rapportera händelser (Kagan et.al 2013).

Som tidigare nämnt är chefens stöd för patientsäkerhet enligt anställda starkt kopplad till viljan att rapportera händelser men enligt Richter et al (2014) upplevdes denna koppling inte lika viktig av personer i ledarskapspositioner. Också Jeongeun et.al (2007) påvisade med sin studie att sjukskötare på fältet upplevde problem med patientsäkerheten som mera allvarlig än äldre vårdare i chefspositioner och upplevde därmed brist på stöd från ledarskapet angående patientsäkerhetskulturen. Också i studien av Midhawi et.al (2020) ledde bristen på ledarskapets stöd för patientsäkerhetskulturen till att anställda undvek att utföra rapporteringar berörande misstag för att arbetet skulle se mera effektivt ut på papper. Sjukskötare som upplevde bristande stöd för patientsäkerheten av sin chef var mindre sannolika att delta i säkerhetsbeteenden såsom rapportering av händelser. Richter et.al (2014) menar att personer i ledarskapspositioner oavsiktligt hindrar rapportering av händelser genom att inte inse vikten av deras eget stöd för patientsäkerheten. För att öka antalet rapporterade händelser bör ledarskapet förbättra säkerhetskulturen så att anställda skulle känna sig säkra i uppfattning att rapportering av misstag och tillbud är avgörande för patientsäkerheten. (Copeland et.al 2019)

9.2 Utveckling

Utveckling av patientsäkerhet genom feedback av chefen påverkar starkt sannolikheten att sjukskötare rapporterar händelser som berör patientsäkerheten. De anställda vill att deras uppmärksammande angående säkerheten skall tas på allvar vilket konkretiseras genom feedback då den gemensamma uppfattningen om säkerhetsproblemet bekräftas. (Richter et.al 2014) Detta fynd stöds också av Yoo & Kim 2017, Chiang et.al 2019 &

Cole et.al 2019. Chiang et.al 2019 påpekar i sin studie att attityden till rapportering påverkas av tron att incidenten borde leda till bättre patientsäkerhet. Utvecklingen av patientsäkerheten är själva frukten av rapporteringen och därmed motivationsfaktorn för handlingen.

Då sjukskötare upplevde negativ eller bristande feedback efter rapportering (Yoo&Kim 2017) upplevdes handlingen poänglös. Man uppfattade att rapporteringen arkiverades och inget åstadkommits av informationen då den av chefer betraktades som en formalitet. Chefens brist på läglig och ansenlig feedback hindrar rapportering av händelser (Farag et.al 2019). Richter et.al (2014) poängterar att feedbacken av chefen behöver vara kopplad med en konkret utveckling av säkerhetskulturen. Det räcker alltså inte att enbart konstatera ett problem och arkivera det. Ifall ingen tydlig och kommunicerad utveckling sker kopplad till den enskilda händelsen kommer vårdpersonalens motivation för säkerhetsbeteenden att avta.

Hammoudi et.al 2017 poängterar i sin studie problemet med slutna kommunikation och en oklar definition av misstag som ett starkt hinder för rapportering. Den allmänt kända säkerhetskulturen var inte tillräckligt definierad och man hade ingen gemensam uppfattning om vad som skulle rapporteras. Systemfelet med bristande kommunikation mellan arbetsgrupperna hindrade sjukskötaren att utföra sitt arbete och rapportera händelser. Cole et.al (2019) poängterar vikten av en säkerhetskultur där öppen kommunikation mellan ledning och anställda ständigt utförs för att hitta lösningar på säkerhetsproblem. Yoo & Kim (2017) konkretiserar detta problem med kommunikation i sin studie där sjukskötare visade bristande kunskap om vad som hände efter att de utfört en rapportering. Anställda hade ingen insikt i de analytiska processer rapporteringen genomgick och vad slutsatsen av rapporteringen blev eftersom ingen öppen kommunikation mellan anställda och chefen skedde. Således blev rapporteringen en händelse som sögs uppåt i den hierarkiska ordningen utan utveckling på det stadiet där händelsen verkligen skett.

För att sjukskötare skall involveras i utvecklandet av patientsäkerheten, vilket är tanken bakom ett rapporteringssystem, bör arbetsplatsen satsa på effektiv feedback och öppen kommunikation. Ledaren på arbetsplatsen bör spåna upplevelser kring händelsen med de anställda för att inläring skall ske. (Chiang et.al 2019). Genom att involvera sjukskötaren mera i diskussionen kring händelsen blir de mer personligt ansvariga för såväl

den rådande säkerheten som utvecklingen av denna. Upplevelsen av att vara personligt involverad korrelerar positivt med rapporteringsvanor i framtiden (Yoo & Kim 2017).

För att säkerhetskulturen skall upplevas stöda rapportering av händelser som berör patientsäkerhet bör chefens ståndpunkt vara att varje rapport är av stor vikt. I hanteringen av rapporteringar bör chefen påvisa en dedikerad arbetsmetod där man systematiskt granskar misstagen i kommunikation med de anställda för att utveckla säkerhetskulturen inom organisationen (Richter et.al 2014).

10 KRITISK GRANSKNING

Enligt Graneheim och Lundman (2004) bör forskningsresultaten vara så tillförlitliga som möjligt och var och en forskningsstudie skall utvärderas och kritiskt granskas. I denna kvalitativa forskning har begrepp trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet använts för att beskriva olika aspekter som indikerar till arbetets kvalitet. Trovärdighet och pålitlighet hänför sig till alla aspekter av forskningsprocessens design. Det vill säga val av ändamålsenlig metod för datainsamling och analysprocess, källornas kvalitet, relevanta meningsenheter samt hur väl kategorier och teman i analysen omfattar datan. Allt detta påverkar hur exakt forskningsfrågorna kan besvaras. Överförbarheten hänför sig till hur undersökningsresultat kan användas utanför det berörda området. (Graneheim & Lundman 2004)

Skribenterna har gjort en litteraturstudie med metoden scoping review. Analysen gjordes som en innehållsanalys med induktiv ansats. Metoden valdes eftersom skribenterna hade som mål att få bredare förståelse i arbetes syfte. Med tanken på syftet och frågeställningen var metoden väl vald då skribenterna ville få en bred bild om ämnet på ett mer generellt plan.

Skribenterna hade först tänkt genomföra arbetet genom en systematisk litteraturstudie, men eftersom de ville forska i ett brett område, var systematisk litteraturstudie inte ett alternativ eftersom den kräver ett mer skarpt avgränsat syfte. En sådan metod skulle

passat bättre ifall man vill forska något specifikt ur vårt resultat vilket kunde tillämpas i framtida studier av ämnet. Enkät eller intervjustudie kunde ha gett direkta synvinklar från vårdpersonalen och deras uppfattning men eftersom skribenterna ville få en mer överskridande helhetsbild av ämnet var detta inte ett alternativ för utförandet av studien. Alla dessa aspekter har skribenter noggrant tagit i beaktande för att nå god tillförlitlighet i arbetet.

Källornas tillförlitlighet garanterades genom att kontrollera att artiklarna är förhandsgranskade. Artiklarna är valda enligt inklusions- och exklusionskriterierna (tabell 1) vilka preciserades enligt syfte och frågeställning för att nå den mest användbara informationen för arbetet. Artiklar som inte blivit valda i arbetet kunde ha påverkat resultatet genom att ge alternativa resultat och en större volym kunde möjligtvis ha gett en annan infallsvinkel.

Skribenterna har tillsammans läst och kodat allt material för att resultatet skall bli så trovärdigt som möjligt (Graneheim & Lundman 2004) Vi har använt oss av en metod där båda först har skapat sig en egen uppfattning om innehållet i artikeln vilket sedan har kombinerats med den andras uppfattning för att skapa en gemensam helhet. Ifall dataanalysprocessen skulle ha delats kunde man betrakta arbetets innehåll som två olika resultat vilket inte skulle vara trovärdigt eller pålitligt.

Man kan diskutera tidsperioden för datainsamlingen (18.11.20 – 27.11.20) och COVID-19 pandemins inverkan på nyare material. Datainsamlingen för detta arbete innefattade källor som har blivit publicerade före pandemin. Vi anser att pandemin påverkar pålitligheten och överförbarheten i arbetet och man kan överväga hur användbart resultatet är i en värld efter pandemin.

I kodningsprocessen av materialet kan man se att diverse artiklar tas upp i båda kategorierna och således är också samma kod kopplad till två underkategorier. Efter mycket övervägande har skribenterna bestämt att fortskrida med kodningsprocessen på ovannämnda sätt eftersom det skulle förvrida resultatet genom att strikt kategorisera ett så brett och abstrakt tema. Exempelvis kan man säga -”öppen kommunikation” enligt vår mening både hör till utveckling och samtidigt till arbetsplatsens stöd, men in-

fallsvinkeln blir en aning olika och därför har skribenter valt att ta upp det i båda kategorierna. Genom att kategorisera koder på ett annorlunda sätt kunde man ha nått pålitligheten i en högre grad.

Skribenterna har reflekterat över hur hållbart det är att generalisera ett resultat där innehållet är spritt över hela världen. Kvalitativa forskningar är ofta svåra att trovärdigt generalisera utöver den mycket subjektivt upplevda situationen de producerats i. (Bryman 2018) Detta innebär att vi bör förhålla oss kritiska till att uttrycka ställningstaganden som berör en hel bransch. I stället skall arbete beaktas som en summering av de subjektiva upplevelserna på de olika sjukhusen där forskningarna gjorts. Således är det intressant att fundera över hur det kommer sig att resultaten visade det samma världen över.

Teoretiska referensramen för arbetet SDT som valts förenklar överförbarheten av resultatet till sjuksköterskan som individ i och med förklaringen av motivation. Skribenterna övervägde olika teoretiska referensramar som eventuellt kunde ha passat för att bättre förstå hur arbetsplatsen har inverkan på rapporteringsvanor. Vid val av teoretisk referensram hade skribenter ett dilemma, eftersom flera teoretiska referensramar kunde ha passat till arbetet. SDT ansågs dock lättast och tydligast förklara kopplingen mellan säkerhetskulturens påverkan på arbetsplatsens och sjuksköterskans motivation för rapportering av händelser.

Arbetsprocessen är utförd enligt direktiven för god vetenskaplig praxis enligt forskningsetiska delegationen TENK. Skribenterna har noggrant vald pålitliga källor som är tillförlitliga och etiskt hållbara. Båda skribenter har kors läst källor flera gånger för att försäkra sig att de har förstått allt rätt för att kunna dokumentera väsentliga innehållet i arbetet. Skribenterna har hänvisat publikationer på ett korrekt sätt och med respekt till andra forskare. Skribenterna har i mån av möjlighet refererat till förstahandskällor.

För att säkerställa tillförlitligheten har sökprocessen för datainsamlingen och precisering av dataanalysen dokumenterats i tabell och bilagor och sedan framställts i flytande textform. Analys källor har blivit valda som förhandsgranskade och var relativt nya, från år 2007 – 2020 för att garantera aktualitetsvärde och samtidigt överförbarheten.

Skribenterna har sedan början av arbetsprocessen siktat på ett högt vitsord, vilket onekligen har förlängt skrivprocessen då utmaningen i många stunder känts för stor för att åtas och ribban legat mycket högt. Dock har denna förlängda skrivprocess och utdragna beslut lett till att ämnet hunnit mogna och således studerats ur många olika synvinklar för att hitta den lämpliga infallsvinkeln för arbete. Med facit i handen tycker båda skribenter att detta gett ett mer ingående och ärligt resultat.

11 DISKUSSION

Sjukskötare rapporterar om arbetsplatser där säkerhetskulturen inte är tillräckligt utvecklad och definierad för att stöda säkerhetsbeetenden utan fokuserar enbart på enskilda händelser och individer. Då cheferna skuldbelägger individer eller beaktar rapportering som en ren formalitet förblir arbetsklimatet skuldbeläggande och man fokuserar enbart på toppen av isberget dvs den enskilda händelsen och ingen utveckling sker. Trots att man genom ett rapporteringssystem vill utveckla patientsäkerheten hindrar bristen på systematisk behandling av säkerhetsfrågor utvecklingen av säkerhetskulturen.

För att kunna förstå varför individens motivation för att utföra uppgiften av rapportering avtar då arbetsplatsens stöd är bristande samt ingen utveckling i säkerhetskulturen sker har vi använt oss av Självbestämmande Teori (SDT). Som tidigare nämnt behandlar SDT motivation baserat på 3 grundläggande psykologiska behov: autonomi, kunskap och samhörighet. På basen av dessa 3 kan man bedöma om personen är motiverad av inre/yttre motivationsfaktorer och hur stark hens motivation för uppgiften är.

Individer som i arbetslivet känner att deras arbete är värdefullt och meningsfullt samt upplever att de kan påverka sina handlingar genom att själv bestämma, har benägenhet att agera genom inremotivation och kommer då att prestera bättre. Däremot om individernas motivation är kontrollerad och påverkade av yttre motivationsfaktorer och omständigheter, kommer det att leda till negativa effekter på prestationen och arbetsengagemang. (Deci et al. 2017) Det har också visat sig att personer som upplever inre motivation i sitt arbete har förbättrad inlärningsförmåga och har en bättre hälsa. Autonomi

och kompetens har visat sig ha största påverkan på den inre motivationen personer känner för uppgiften. Samhörighet spelar en mer distanserad roll där känslan av ett stödjande nätverk höjer den inre motivationen för uppgiften snarare än upplevelsen av att den utförs tillsammans. (Deci & Ryan 2000)

Behovet av autonomi uppfylls då personer upplever sig ha självbestämmande över sitt arbete och människan är fri att följa sina inre intressen såsom etiska och moraliska koder. Då sjukskötaren upplever ex. brister i patientsäkerheten och har självbestämmande över situationen att rapportera i linje med de etiska koderna för arbetet kommer uppgiften genom autonomi att vara styrd av inre motivation. Resultatet av en skuldbeläggande arbetskultur där människor upplever rädsla gentemot rapportering blir att uppgiften i stället för att vara självmant vald blir påverkad av yttre faktorer. På sätt undermineras autonomi och därmed avtar motivationen för uppgiften. Samma effekt uppnås om man med hjälp av ekonomisk ersättning per rapportering skulle försöka öka mängden då det sker en skiftning i orsaken till utförandet från en inre vilja till en yttre motivationskraft. Deci & Ryan (2000) poängterar att man genom att visa ledarskapets stöd för valmöjlighet och värdesätta individens upplevelse kring händelsen kan uppnå god kreativitet och initiativ till problemlösning. Egenskaper såsom kreativitet och problemlösning är fundamentala delar i utvecklandet av säkerhetskulturen.

Behovet av kompetens i arbetet uppfylls på arbetsplatsen bland annat genom feedback av chefen eller arbetsgemenskapen. För att den upplevda kompetensen skall ha positiv inverkan på motivationen bör personen känna sig personligt ansvarig för utförandet av uppgiften. Personen måste alltså uppleva autonomi för att kompetens skall vara internt motiverande. Positiv feedback ökar den inre motivationen för uppgiften medan negativ eller bristande feedback leder till avtagande av inre motivation. Negativ feedback tyder på misstäckande av den som ger feedbacken angående kompetensen i situationen och därför uppfylls inte behovet av kompetens och den inre motivationen avtar. Sjukskötare upplevde brist i arbetsplatsens stöd för patientsäkerheten då de inte fick feedback eller upplevde en negativ reaktion angående rapporteringen. Sjukskötarna upplevde då att deras oro för patientsäkerheten inte delades med chefen. Sjukskötarens behov av att känna sig kompetent i situationen hindras alltså av chefens reaktion eller brist på reaktion.

Som tidigare nämnt spelar också samhörighet en roll för att personen skall uppleva inre motivation. Samhörighetens påverkan är mer indirekt än autonomi och kompetens som har en direkt koppling till situationen då uppgiften utförs. Samhörighet på arbetsplatsen kan förutom en god arbetsgemenskap innebära en stöttande säkerhetskultur inom organisationen. Behovet av samhörighet uppfylls också genom chefens värme och omtänksamhet gentemot individen. Samhörighet har inte betydande påverkan för motivationen att utföra själva uppgiften med den har betydelse då personen upplever att hen har ett stöttande nätverk att falla tillbaka på. Det är alltså inte samhörighet i situationen för utförandet av uppgiften som påverkar utan upplevelsen av en stöttande säkerhetskultur som stöder individens individuella handling i säkerhetsaspekter.

Med hjälp av SDT kan vi se att arbetsklimatet där sjukskötares arbete präglas av en skuldbeläggande kultur vilket tyder på stora brister i säkerhetskulturen. Sjukskötare upplever att oron över patientsäkerheten inte bekräftas av chefen, det inte sker någon utveckling i patientsäkerheten och rapporteringsupplevelsen präglas av rädsla. Man kan således konstatera att den rådande säkerhetskulturen är såpass fördärvad att man trots vetskapen om betydelsen av rapportering inte lyckats integrera ett systematiskt tillvägagångssätt för behandling av misstag.

Då rapportering av händelser präglas av yttre motivationsfaktorer såsom rädslor, tvång eller upplevs som en ren formalitet avtar vårdpersonalens motivation för uppgiften. I och med att kraven på autonomi, kompetens och samhörighet inte uppfylls och motivationen avtar utförs ännu färre rapporteringar. Förutom att detta leder till brist på viktig information angående händelsen leder det också till att patientsäkerhetskulturen inte utvecklas mot den säkra vård patienter är berättigade.

Som tidigare nämnt frodar ett arbete drivet av inre motivation till bättre prestation och välmående hos de anställda. Som man kan se präglas utvecklingen av patientsäkerheten av negativa upplevelser och SDT hjälper oss att förstå att vårdpersonalen styrs av yttre motivationskrafter och förklarar därmed varför så få händelser rapporteras. För att tydliggöra konsekvenserna av den avtagande inre motivationen då sjukskötare tvingas gå

emot de etiska och moraliska koderna för vårdyrket har vi valt att diskutera resultatet med tanken om moralisk skada.

Då sjukskötare identifierar situationer som äventyrar patientsäkerheten och vill rapportera dem men omständigheterna gör så hen inte rapporterar och patientsäkerheten fortsatt äventyras uppstår diskrepans. Denna diskrepans mellan sjukskötarens etiska och moraliska inre vilja att lindra skada och verkligheten där den bristfälliga säkerhetskulturen fortsatt äventyrar patientsäkerhet ses som en moralisk skada.

Moraliska skador definieras inom sjukvården som ett svek av vad som upplevs vara moraliskt rätt antingen av en person av auktoritet eller av personen själv i en högrisksituation. Moralisk skada omfattar bland annat upplevelsen av patientens lidande då man misslyckats inom vården vilket överskrider de moraliska linjer som definierar vårdyrket (Shay 2014). Stovall et.al (2020) tillägger att moralisk skada inom vårdyrket innefattar att man känner till den etiskt korrekta handlingen i situationen men man är av olika orsaker inkapabel att utföra den. Vårdpersonal kan också aktivt delta i det som upplevs etiskt fel men har liten handlingskraft gentemot auktoritära personer att genomdriva förändring. Sjukskötare upplever inte enbart moralisk skada i rapporteringssituationen då arbetsplatsen inte hanterar oron för patientsäkerheten enligt de delade etiska koderna utan vårdpersonal går också emot de egna moraliska värderingarna. Genom att inte rapportera händelser eller genom att delta i aktivitet på en arbetsplats som godkänner framtida misstag i avsaknaden av utveckling bryter sjukskötaren indirekt mot de egna moraliska värderingarna.

Känslor såsom rädsla, skam och skuld känslor som uppkommer efter en rapportering är alla symptom på moralisk skada. Moralisk skada leder i längden till utbrändhet, posttraumatiskt stressyndrom, depression, självskadebeteenden, sociala problem, sjukskrivning och byte av arbetsplats eller bransch. På arbetsplatser där säkerhetskulturen prioriterar autonomi och kompetens i arbetet i enlighet med vårdpersonalens inre motivation för moraliskt stödda uppgifter kommer personalen ha ökad resiliens mot de negativa effekterna av moralisk skada.

Eftersom det på många ställen råder brist på vårdpersonal och det inte finns finansiellt stöd för att betala mera lön eller öppna flera tjänster kunde man fundera på att satsa mera på dessa faktorer. Genom att förbättra arbetsförhållanden och på så sätt öka trivseln och arbetsmotivationen kunde man nå en allmännyttig och konstandseffektiv lösning. Sambandet mellan resursbrist, äventyrandet av patientsäkerhet och moralisk skada kunde vara ett intressant ämne att titta närmare på för att kanske förstå orsaken till den nedåtgående spiral i trivseln för vårddyrket.

KÄLLOR

- Ammouri A.A., Tailakh A.K., Muliira J.K., Geethakrishnan R., Al Kindi S.N. 2015, Patient safety culture among nurses, *International Nursing Review*. Vol. 62, s. 102 – 110.
- Anderson, J.E., Kodate, N., Walters, R., Dodds., A., 2013. Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting, *International Journal for Quality in Health Care*, vol 25, nr 2, s. 141–150.
- Arksey, H., O'Malley, L., 2005, Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, vol. 8, nr. 1, s. 19 – 32.
- Attree, M., 2007, Factors influencing nurses' decisions to raise concerns about care quality, *Journal of Nursing Management*, vol. 15, s. 392-402.
- Bryman, A., 2018, *Samhällsvetenskapliga Metoder*, 3 upplg., Liber AB, Stockholm.
- Chegini, Z., Kakemam,E., Jafarabadi, M.A., Janati, Ali, 2020. The impact of patient safety culture and the leader coaching behaviour of nurses on the intention to report errors: a cross-sectional survey, *BMC Nursing*, vol. 19, nr.89, s. 1–9-
- Chen, L., C., Wang, L., H., Redley, B., Hsieh, Y., H., Chu, T., L., Han, C., Y., 2018. A Study on the Reporting Intention of Medical Incidents: A Nursing Perspective, *Clinical Nursing Research*, vol 27, nr. 5. s. 560-578.
- Chiang, H.Y., Lee, H.F., Lin, S.Y., Ma, S.C., 2019. Factors contributing to voluntariness of incident reporting among hospital nurses, *Journal of Nursing Management*, vol 27, nr.4, s. 806-814.
- Cole, D.A., Bersick, E., Skarbek, A., Cummins, K., Dugan, K., Grantoza, R., 2019, The courage to speak out: A study describing nurses' attitudes to report unsafe practices in patient care, *Journal of Nursing Management*, s. 1-6.
- Copeland, D., 2019, Targeting the Fear of Safety Reporting on a Unit Level, *The Journal of Nursing Administration*, vol. 49, nr.3, s.121-124.
- Chung, S.M, Custer, P.L., 2017. Patient Safety: Its History and Relevance to Neuro-Ophthalmology, *Journal of Neuro-Ophthalmology*, vol 37, s. 225-229.
- Danielson, E., 2017a, Kvalitativ innehållsanalys I: Henricson, M., (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*, 2 uppl., Studentlitteratur, Lund, s. 287.

- Danielson, E., 2017b, Kvalitativ innehållsanalys I : Henricson, M., (red.), *Vetenskaplig teori och metod : Från idé till examination inom omvårdnad*, 2 uppl., Studentlitteratur, Lund, s. 297.
- Daugherty Biddison, E.L., Paine, L., Murakami, P., Herzke, C., Weaver, S.J., 2015/16, Associations between safety culture and employee engagement over time: a retrospective analysis. *BMJ Quality & Safety*, Vol. 25, s. 1 – 5.
- Deci, E.L., Olafsen, A.H., Ryan, R.M., 2017, Self – Determination Theory in Work Organizations: The State of a Science, *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, vol. 4, nr. 1, s. 19 – 43.
- Deci, E., L., & Ryan, R., M., 2000, The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior, *Psychological Inquiry*, nr.4, s227-268.
- Deci, E., L., & Ryan, R., M., 1985, *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*, 1 upplg., Springer US, New York.
- Farag, A., Lose, D., Gedney-Lose, A., 2019. Nurses' Safety Motivation: Examining Predictors of Nurses' Willingness to Report Medication Errors, *Western Journal of Nursing Research*, vol.4, nr. 7, s. 954-972.
- Finlands sjuksköterskeförbund RF 2020, *Etiska riktlinjer för sjukskötare*. Tillgänglig: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Etiska-riktlinjer-f%C3%B6r-sjuksk%C3%B6tare.pdf> Hämtad: 16.10.2020.
- Finlex, Hälsa- och sjukvårdslag, 2010. Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8> Hämtad: 16.11.2020.
- Forsberg, C., Wengström, Y., 2013, Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning, 3 uppl., Natur och Kultur, Stockholm.
- Gagné, M., Deci, E.L., 2005, Self – determination theory and work motivation, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 26, nr. 4, s. 331 – 362.
- God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada, 2012. Tillgänglig: https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada.pdf . Hämtad: 21.10.2021
- Graneheim, U.H., Lundman, B., 2004, Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, Vol. 24, s. 105-112.

- Hammoudi, B.M., Ismaile, S., Yahya, O.A., 2018. Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 32, nr.3, s. 1038-1046.
- Henricson, M., 2017, *Vetenskaplig teori och metod, Från idé till examination inom omvårdnad*, Studentlitteratur AB, Lund.
- Jeongeun, K., S., Kyungeh, A., Minah, K., K., Sook, H., Y., 2007. Nurses' Perception of Error Reporting and Patient Safety Culture in Korea, *Western Journal of Nursing Research*, vol 29, nr.7, s. 827-844.
- Kagan, I., Barnoy, S., 2013, Organizational Safety Culture and Medical Error reporting by Israeli Nurses, *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 45, nr.3, s. 237- 280.
- Kohn, K.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S., 2000, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, upplg. 1., National Academy Press, Washington.
- Lazányi, K., 2015. Organisational Safety in Healthcare Setting – Literature Review, International Conference on Management, Enterprise and Benchmarking in the 21st Century, 11th proceeding, s. 111-122.
- Levine, K., J., Carmody, M., Silk, K., J., 2019. The influence of organizational culture, climate and commitment on speaking up about medical errors, *Journal of Nursing Management*, vol 28, nr.1, s.130-138.
- Maasoumeh, B., S., Narges-Sadat, M., 2019. Ethical leadership, Nursing error and error reporting from the nurses' perspective, *Nursing Ethics*, vol. 27, nr.2. s.609-620.
- Midhawi, M., Al-Armer, R., Darwish, R., Randall, S., Afaneh, T., 2020. The Influence of Nursing Work Environment on Patient Safety, *Workplace Health & Safety*, vol. 68, nr.8, s. 384-390.
- Milligan, F., D., 2004. Improving patient safety and incident reporting, *Nursing Standard*. vol. 19, nr. 7, s. 33–36.
- Mearns, K.J., Flin, R., 1999 Assessing the state of organizational safety – culture or climate? *Current Psychology*, Vol. 18, s. 5–17.
- Mårtensson, J., Fridlund, B., 2017, Vetenskaplig kvalitet i examensarbete I: Henricson, M., (red.), *Vetenskaplig teori och metod : Från idé till examination inom omvårdnad*, 2 uppl., Studentlitteratur, s. 423 – 425
- Peltomaa, K., 2012, James Reason: Patient Safety, Human Error, and Swiss Cheese, *Q Manage Health Care*, nr 1, s. 59–63.
- PSNET, *Culture of Safety*, 2019. Tillgänglig: <https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety> Hämtad: 18.11.2020

- Richter, J., P., McAlearney, A., S., Pennell, M., L., 2014. Evaluating the Effect of Safety Culture on Error Reporting: A Comparison of Managerial and Staff Perspectives, *American Journal of Medical Quality*, vol. 30, nr. 6, s. 550-558.
- Robbins, S.P., Judge, T.A., 2016, *Organizational behavior*, Global Edition, 17 uppl., Pearson Education Limited, Harlow.
- Sammer, C.E., Lykens, K., Singh, K.P., Mains, D.A., Lackan, N.A., 2010, What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature, *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 42, s. 156 – 165.
- Shay, J., 2014, Moral Injury, *Psychoanalytic Psychology*, nr.2, s. 182-191.
- Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto, 2006. Tillgänglig: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf>
Hämtad: 17.11.2020
- Stovall, M., Hansen, L. & van Ryn, M., 2020, A Critical Review: Moral Injury in Nurses in the Aftermath of a Patient Safety Incident, *Journal of Nursing Scholarship*, nr. 1, s. 1-9.
- Suomi.fi, *Patienters rättigheter och patientsäkerhet*, 2020. Tillgänglig: <https://www.suomi.fi/medborgare/halsa-och-sjukvard/om-du-blir-sjuk/guide/sjukledighet-anstallningsforhallande-och-patientens-rattigheter/patientens-rattigheter-och-patientsakerhet> Hämtad: 15.11.2020
- Svensk MeSH, 202. Tillgänglig: <https://mesh.kib.ki.se/term/D000067491/near-miss-healthcare>. Hämtad: 10.10.2021.
- TENK, Forskningsetiska delegationen i Finland, 2012, God vetenskaplig praxis och handledning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Tillgänglig: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Hämtad 22.10.2020
- THL Potilasturvallisuus, 2019. Tillgänglig: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus> Hämtad: 15.11.2020
- Ulrich, B., & Kear, T. (2014). Patient safety and patient safety culture: Foundations of excellent health care delivery. *Nephrology Nursing Journal*, vol. 45, s. 447–456.
- Waterson, P., (red.), 2014, *Patient Safety Culture: Theory, Methods and Application*, Taylor & Francis Group, Farnham.
- WHO, 2019, Patient Safety. Tillgänglig: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Hämtad: 10.10.2021.
- WHO, 2011, Patient Safety curriculum guide: multi-professional edition. Tillgänglig: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958>. Hämtad: 10.10.2021.

Yoo, M.S., Kim, K.J., 2017. Exploring the Influence of Nurse Work Environment and Patient Safety Culture on Attitudes Toward Incident Reporting, *The Journal of Nursing Administration*, vol. 47, nr.9, s. 1-7.

BILAGOR

Bilaga 1, Precisering av datainsamling

Databas	Sökord	Datum	Begränsningar	Sökresultat	Använda
EBSCO	“Safety Culture” AND nursing AND reporting	18.11	Peer- Reviewed 2007-2020	85	9
SAGE	“Safety Culture” AND nursing AND reporting	27.11	- Förhandsgranskad - 2007-2020 - Sökorden i abstraktet	16	2
SAGE	Nursing AND reporting AND “patient safety”	27.11	- Förhandsgranskad - 2007-2020 - Sökorden i abstraktet	137	1
SAGE	Nursing AND reporting AND “work environ- ment	27.11	- Förhandsgranskad - 2007-2020 - Sökorden i abstraktet	10	1
SAGE	nurse AND "re- porting" AND motivation AND "work environ- ment"	27.11	- Förhandsgranskad - 2007-2020 - Sökorden i abstraktet	23	1

Bilaga 2, Precisering av dataanalys

Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
This means that hospital management did not provide a supportive working environment in the promotion of patient safety as workers often preferred not to report errors for the fear of stigmatization, blame and	Bristfälligt ledarskap Rädsla för konsekvenser	Ledarskapets stöd för patientsäkerhet	Arbetsplatsens stöd	Främjandet av säkerhetskultur

punishment. (Chegini et.al 2020)				
The main barriers to the reporting of errors by nurses where related to the administrative response, fear of reporting and disagreements regarding the definitions of errors. (Hammoudi et.al 2017)	Ledarskapets reaktion Rädsla för konsekvenser Oklara definitioner av misstag	Ledarskapets stöd för patientsäkerhet Organisatoriskt lärande	Arbetsplatsens stöd Utveckling	Främjandet av säkerhetskultur
Attitudes toward incident reporting where influenced by the transparency of decision making after incident reporting and where related to the belief that patient safety would be improved by reporting incidents (Yoo & Kim 2017)	Öppen kommunikation Inläring av misstag	Organisatoriskt lärande	Utveckling	Främjandet av säkerhetskultur
Studies have indicated that nurses had more agreement on reporting errors if their work conditions featured a patient safety culture, quality improvement programs and an effective feedback and system driven approach to handling errors. (Chiang et.al 2019)	Feedback Inläring av misstag	Organisatoriskt lärande	Utveckling	Främjandet av säkerhetskultur
The most common reasons identified for failing to report issues where fear of retaliation and belief that nothing would prevail from the reports. (Cole et.al 2019)	Rädsla för konsekvenser Inläring av misstag	Ledarskapets stöd för patientsäkerhet Organisatoriskt lärande	Arbetsplatsens stöd Utveckling	Främjandet av säkerhetskultur
Fear of repercussions, retribution, labelling an blame for raising concerns, about which they predicted nothing would be done, where identified as disincentives to raising concerns. (Attree 2007)	Rädsla för konsekvenser	Ledarskapets stöd för patientsäkerhet	Arbetsplatsens stöd	Främjandet av säkerhetskultur
Senior healthcare executives and managers can make a major impact on safety culture development by creating and promoting a vision and strategy for quality and safety and fostering their employees motivation to implement improvement programs at the departmental and individual level. (Kagan et.al 2013)	Ledarskapet inverkar på säkerhetsbeteenden	Ledarskapets stöd för patientsäkerhet	Arbetsplatsens stöd	Främjandet av säkerhetskultur
Nursing leaders can support a culture of safety by being transparent and encouraging staff to speak up and relate safety concerns (Copeland 2019)	Öppen kommunikation Ledarskapets inverkan på säkerhetsbeteenden	Ledarskapets stöd för patientsäkerhet	Arbetsplatsens stöd	Främjandet av säkerhetskultur

If healthcare professionals do not perceive that their supervisors will acknowledge or respond to the medical error report or if they perceive that there will be consequences for doing so, they will interpret that their organisation is not supportive of their speaking up (Levine et.al 2019)	Ledarskapets reaktion	Ledarskapets stöd för patientsäkerhet	Arbetsplatsens stöd	Främjandet av säkerhetskultur
When nurses believe that discussion regarding medical errors is limited to senior clinicians and managers, excluding frontline workers, they perceive that their opinions are not valued. Under these circumstances, it is hard to expect nurses to perceive that they can make a meaningful contribution to encouraging a patient safety culture in their units and institutions. (Jeongeun et.al 2007)	Öppen kommunikation Ledarskapets reaktion	Ledarskapets stöd för patientsäkerheten	Arbetsplatsens stöd	Främjandet av säkerhetskultur
When nurses are given an opportunity to participate in managing a health setting, they are empowered to view patient safety as a priority. In addition, it addressed the importance of active nursing leadership, which engenders a constructive work environment and enhances a culture of safety. (Midhawi et.al 2020)	Vårdarnas egna handlingskraft Stödande ledarskap	Ledarskapets stöd för patientsäkerheten	Arbetsplatsens stöd	Främjandet av säkerhetskultur
In a research, the ethical behaviour with offenders has been referred to as ethical and professional characteristics of nursing leaders, and an emphasis is placed on the importance of the type of reaction, the way of criticizing the staff, and the proportion of the type of reaction to error. (Mas-soumeh & Narges-Sadat 2019)	Etiskt ledarskap Ledarskapets reaktion	Ledarskapets stöd för patientsäkerhet	Arbetsplatsens stöd	Främjandet av säkerhetskultur
Nursing administrators have an important role in shaping the work environment for nurses that removes barriers to reporting and provides positive support for doing so. (Chen et.al 2018)	Stödande ledarskap	Ledarskapets stöd för patientsäkerhet	Arbetsplatsens stöd	Främjandet av säkerhetskultur
Safety climate dimensions of error feedback and nonpunitive response to errors significantly predicted the outcome. (Farak et.al 2019)	Feedback Stödande ledarskap	Ledarskapets stöd för patientsäkerhet Organisatorisk inläring	Arbetsplatsens stöd Utveckling	Främjandet av säkerhetskultur
Error feedback was perceived as the most significant predictor, while organizational learning was another significant factor. It also was found that although management support	Feedback Inläring av händelse	Ledarskapets stöd för patientsäkerhet Organisatorisk	Arbetsplatsens stöd	Främjandet av säkerhetskultur

for patient safety was significantly related to error reporting among clinical staff, this association was not significant among management. (Richter et.al 2014)	Ledarskapets stöd	inläring	Utveckling	
---	-------------------	----------	------------	--

Bilaga 3, Diagram över resultat

