



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Hinder för rapportering av felaktig läkemedelsadministrering - ur ett sjuksköterskeperspektiv

- en litteraturstudie

Författare: Negin Mishel Ghashghaei & Marcus Lindén

Handledare: Karin Hermansson

Kandidatuppsats

Hösten 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Hinder för rapportering av felaktig läkemedelsadministrering- ur ett sjuksköterskeperspektiv

- en litteraturstudie

Författare: Negin Mishel Ghashghaei & Marcus Lindén

Handledare: Karin Hermansson

Kandidatuppsats

Hösten 2014

Abstrakt

Avsikten med litteraturstudien var att beskriva hinder för rapportering av felaktig läkemedelsadministrering ur ett sjuksköterskeperspektiv. Genom sökning efter vetenskapliga artiklar i två databaser, PubMed och Cinahl, inkluderades slutligen elva artiklar i studien. Artiklarnas ursprung var främst Nordamerika och Asien. Hinder för rapportering kan delas in i både individuella- och organisatoriska faktorer. Det visade sig att det främsta hindret för rapportering var rädsla för disciplinära påföljder eller att bli sedd som inkompetent av sina kollegor. Ett annat hinder som rankades högt var stress och tidsbrist vilket ledde till att avvikelserapporteringen blev lidande. Det verkar även finnas en kulturell skillnad mellan vilka hinder som upplevs starkast. Rädsla rankades ofta högre i de asiatiska studierna medan tidsbrist och stress rankades högre i de studier utförda i Nordamerika. När sjuksköterskor låter bli att rapportera sina läkemedelsmisslag leder detta i sin tur till att arbetet med kvalitet- och patientsäkerhetsarbete blir missgynnade och i slutändan en fara för vårdtagaren. Att förbättra rapporteringsprocessen är därför ett viktigt steg mot att förbättra vårdkvaliteten och patientsäkerheten.

Nyckelord

Sjuksköterska, medicineringsfel, rapport, barriärer och uppfattning.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion.....	2
Problemområde.....	2
Bakgrund.....	2
Sjuksköterskans yrkesroll och kärnkompetens.....	2
Felaktig läkemedelsadministrering och avvikelshantering.....	4
Vårdskada relaterat till felaktig läkemedelsadministrering.....	5
Syfte	7
Metod	7
Urval.....	7
Tabell 1.....	8
Tabell 2.....	8
Datainsamling.....	9
Data analys	9
Forskningsetiska avvägningar.....	10
Resultat	10
Rädsla för konsekvenser.....	10
Administrativa hinder.....	11
Organisatoriska hinder	12
Brist på uppföljning/uppenbara förändringar.....	12
Diskussion av vald metod.....	14
Diskussion av framtaget resultat	15
Hinder för rapportering.....	15
Sjuksköterskans kärnkompetens och avdelningschefens roll.....	16
Ökad motivation till avvikelserapportering.....	18
Slutsats och kliniska implikationer.....	19
Författarnas arbetsfördelning	20
Referenser.....	21
Bilaga 1.....	30

Introduktion

Problemområde

Läkemedelsadministrering är en vanlig arbetsuppgift för sjuksköterskor och sjuksköterskan har en nyckelroll vid läkemedelsadministrering (McBride-Henry & Foureur, 2006).

Hantering av läkemedel är en multiprofessionell uppgift men sista kontrollen genomförs oftast av sjuksköterskan vilket har stor betydelse för patientsäkerheten (Jarman, Jacob, Zielinski, 2012). I den kliniska verksamheten arbetar sjuksköterskor i en komplex, stressig och oförutsägbar miljö med stora risker för patienters säkerhet (Ehsani, Cheraghi, Nejati, Salari, Esmaeilpoor, & Nejad, 2013). Felaktig läkemedelsadministrering har observerats uppstå i var femte läkemedelsdos (Barker, Flynn, Pepper, Bates & Mikeal, 2002). Enligt Hardmeier et al. (2004) drabbas 7,5 % av patienter inlagda på sjukhus av minst en läkemedelsrelaterad skada som kunde ha undvikits.

Grundläggande för att identifiera orsaker som leder till vårdskador är ett välutvecklat system för avvikelserapportering (Espin, Wickson, Griffiths, Wilson & Lingard, 2010). Rapportering av felaktig läkemedelsadministrering är en viktig åtgärd för att undvika liknande avvikelser i framtiden och för att förbättra patientsäkerheten genom att ge feedback, utbildning och skapa förbättringar i systemet (Leape, 2002; Sarvadikar, Prescott & Williams, 2010). Det är sjukhusens skyldighet att använda information som framkommer vid rapporteringen för att identifiera systematiska organisationsproblem inom vårdkedjan som hotat patientens säkerhet (ibid.).

Bakgrund

Sjuksköterskans yrkesroll och kärnkompetens

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) är sjuksköterskans huvudsakliga områden omvårdnadsteori och praktik, forskning och utveckling samt utbildning och ledarskap. Förutom dessa ska sjuksköterskan även ha en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt som ska genomsyra professionen. Inom omvårdnadens teori och praktik ingår förbättring av säkerhet och kvalitetsarbete (Svensk Sjuksköterskeförening, 2013) vilket innebär att sjuksköterskan ska ha förmåga att hantera

känsliga uppgifter korrekt och med varsamhet samt att följa gällande författningar, riktlinjer och rutiner (ibid.).

Sjuksköterskans kärnkompetens utgörs av sex områden vilka är: patientcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård samt informatik (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Sjuksköterskans kompetens kan delas in i två kategorier, allmän kompetens och specifik kunskap (Leksell & Lepp, 2013). Allmän kompetens berör individens egenskaper, personlighetsdrag och självbild medan specifik kompetens handlar om individens förmåga att kunna bearbeta information och att inneha specifik kunskap som i sin tur utgör underlag för vilka åtgärder som är relevanta att vidta i aktuell situation (ibid.). Vid rapportering av en händelse behöver sjuksköterskan använda både sin specifika och allmänna kompetens för att analysera, tolka, dra slutsatser och se samband (Thomas & Panchagnula, 2008). Sjuksköterskan har en betydelsefull roll för att uppnå rättvisande statistik av fel i läkemedelsadministrering inom vården genom att rapportera de avvikelser som uppstår (ibid.). Rapportering av felaktig läkemedelsadministrering har som syfte att utveckla omsorgen genom att göra vården säkrare för patienten och vårdpersonalen (Wiklund & Lindwall, 2012).

Sjuksköterskans ledarskap innebär bland annat att verka för adekvat informationsöverföring och samverkan för att uppnå kontinuitet, effektivitet och kvalitet i arbetet. Detta kan möjliggöras med adekvat rapportering av eventuella avvikelser (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, 2010). Sjuksköterskan ska ha god kännedom och värna om patientens rättigheter/möjligheter och kunna förmedla kontakt med rätt instans samt följa fastställda rutiner för avvikelshantering (ibid.). Sjuksköterskan har även anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (Svensk Sjuksköterskeförening, 2013). Förbättringsarbete kan gynnas genom fortlöpande systematiskt och dokumenterat kvalitetsarbete för att hantera situationer bättre där risk för skada föreligger (ibid.).

Alla som arbetar och kommer att arbeta i hälso- och sjukvården har två uppgifter: att göra det ordinarie arbetet och att utveckla detta arbete (Batalden & Foster, 2012). Sjuksköterskor har större benägenhet att rapportera avvikelser jämfört med läkarkåren på grund av att yrkeskulturen hos sjuksköterskor i större utsträckning präglas av direktiv, protokoll och uppfattning av säkerhet (Kingston, Evans, Smith, Berry, 2004).

Ett grundläggande antagande är att omvårdnad sker på personlig nivå och sjuksköterskans uppgift är att minska lidande och samtidigt verka för en trygg och säker vård (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Enligt Virginia Hendersons omvårdnadsteori för grundläggande behov finns det 14 punkter som måste tillgodoses för att människan ska uppleva en god hälsa. En av punkterna innebär att sjuksköterskan ska hjälpa patienten att undvika risker som finns i omgivningen till exempel undvika fall eller att patienten blir utsatt för felaktig läkemedelsadministrering (Kozier, Berman & Snyder, 2012).

Felaktig läkemedelsadministrering och avvikelshantering

Läkemedelsadministrering definieras som tillförsel eller överlämnande av en iordningställd läkemedelsdos till patient (SOSFS, 2012:9). Läkemedelsadministrering är en arbetsuppgift som traditionellt utförts av sjuksköterskor, vilken kan uppta 40 % av sjuksköterskans arbetstid och medför ett betydande ansvar för sjuksköterskan (Armitage & Knapman, 2003). Felaktig läkemedelsadministrering innebär att misstag uppstår vid en eller flera av de "six-rights" (rätt dos, rätt tid, rätt patient, rätt dokumentation, rätt administreringsväg och/eller rätt läkemedel) (Carlton & Blegen, 2006). Enligt Potter och Perry (2007) innebär felaktig läkemedelsadministrering även när sjuksköterskan inte administrerar det ordinerade läkemedlet till patienten.

Många faktorer kan ligga bakom felaktig administrering av läkemedel, både person och systemfaktorer (Brady, Malone & Flemming, 2009). Till personfaktorer räknas bristande koncentrationsförmåga, ouppmärksamhet, bristande kunskap om läkemedel och låg eller ingen följsamhet till rutiner. Till systemfaktorer räknas hög arbetsbelastning, störningsmoment, kommunikationsbrist, långa arbetspass och förväxlingsrisk av likartade preparat. Ofta förekommer det en kombination av ovanstående faktorer (ibid.).

Administrering av läkemedel kräver kunskap om människans fysiologi, farmakodynamik och farmakokinetik, men även kunskap om läkemedelsbiverkningar, förvaring och hantering av läkemedel (Case-Lo, 2013).

Avvikelsehantering innebär rutiner för att identifiera händelser och tillbud som orsakat eller kunde ha orsakat vårdskada (Socialstyrelsen, 2009). En annan definition av avvikelshantering är rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna (SOSFS, 2005:28). Enligt Socialstyrelsens handbok

om risk och händelseanalys ska man inte sträva efter att finna en enskild individ bakom misstaget utan istället ha ett systemtänkande. Systemtänkande innebär en kännedom om att tillbud ofta orsakas av flera olika faktorer såsom brister i rutiner och arbetsmiljö, ledarskap och organisation (Socialstyrelsen, 2009). Analysering av avvikelser utgår från ett helikopterperspektiv. Med detta menas att lyfta blicken från det inträffade och fundera över varför detta kunde hända istället för vem som är den ”skyldige” (ibid.).

Enligt lex Maria-lagen är det vårdgivarens skyldighet att anmäla ifall en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada (SOSFS 2005:28). Trots detta väljer många att inte skriva en avvikelse (Dickson & Flynn, 2011). Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till *Inspektionen för vård och omsorg*. Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen inträffat (SFS 2010:659 kap. 3 § 5). Enligt Socialstyrelsens föreskrift (2005:12) angående ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården har vårdgivare ett ansvar att inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet och att det systematiska kvalitetsarbetet syftar till att förebygga vårdskador. I föreskriften står det vidare att ledningssystemet ska omfatta riskhantering och avvikelshantering och att vården ska arbeta med riskanalyser och händelseanalyser. Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet ska fördelas på vårdgivaren, verksamhetschefen och hälso- och sjukvårdspersonal (ibid.).

I en enkätundersökning som inkluderade 886 sjuksköterskor vid åtta sjukhus i Sydkorea och genomfördes av An, Kim & Yoon (2007) visade det sig att endast 48 % av de tillfrågade sjuksköterskorna kände sig bekväma nog att lämna in en avvikelserapport ifall patientsäkerheten på avdelningen var hotad. Av de tillfrågade uppgav 38 % att de skulle våga uttrycka en åsikt som skiljer sig från sin överordnades. Det finns ett stort behov av kunskap och utbildning vad gäller avvikelshantering bland sjuksköterskor (Espin et al., 2007). Utbildning bör fokusera på vad som ska rapporteras, hur det ska rapporteras och vilken uppföljning sjuksköterskan kan förvänta sig efter inlämnad avvikelserapport (ibid.).

Vårdskada relaterat till felaktig läkemedelsadministrering

Sveriges Kommuner och Landsting definierar ett läkemedelsrelaterat problem enligt följande ”en händelse eller omständigheter som involverar läkemedelsbehandling som faktiskt eller potentiellt hindrar/interagerar med oönskade hälsoutfall” (SKL, 2010b). Skador som uppstår vid samband med läkemedelsadministrering är alltid undvikbara och kan förebyggas (Kaushal

& Bates, 2002). Med undvikbara läkemedelsavvikelser menas till exempel fel dos av ett läkemedel, fel dropphastighet, en intravenös injektion som har givits subkutant eller att fel patient fått läkemedlet (Teigen, Rendum, Lein, Slørdal & Spigset, 2009). Enligt Socialstyrelsens händelseanalys 2014 beräknades att cirka 10 000 patienter som vårdats under 2013 inom somatisk slutenvård hade drabbats av vårdskador som medfört bestående men. Av dessa anmäldes cirka 460 stycken som allvarliga skador (Socialstyrelsen, 2014a).

Följderna av felaktig läkemedelsadministrering delas in i fyra grupper: 1) Ingen avvikelse uppstod men det fanns potentiell risk för avvikelse, 2) En avvikelse skedde men ingen skada uppkom, 3) En avvikelse skedde och en skada uppkom, 4) En avvikelse skedde och denna ledde till döden (Guchelaar, Colen, Kalmeijer, Hudson & Teepe-Twiss, 2005). Socialstyrelsens Lägesrapport från 2013 med inriktning på patientsäkerhet som genomfördes genom journalgranskning presenterade statistik rörande vårdskador. I rapporten anges att 12 % av vårdskadorna är relaterade till läkemedel, på tredje plats efter vårdrelaterade infektioner (40 %) och övriga skador (13 %).

Enligt en studie av Soop, Frysmark, Köster och Haglund (2009) kunde en fjärdedel av alla vårdskador knytas direkt till felaktig läkemedelsadministrering. Dessa bestod av överdosering, förväxlingar eller otillräcklig (ibid.). De vanligaste bidragande orsakerna till läkemedelsavvikelser som kan leda till vårdskada är otydliga ordinationer, feltolkning av ordinationer, ouppmärksamhet vid administrering av läkemedel, bristande kontroll vad gäller ”six rights” och/eller otydlig ansvarsfördelning eller prioritering (SKL, 2011a). Enligt Carlton och Blegen (2006) nämns bland annat antibiotika, antikoagulantia, morfin, digitalis och elektrolyter som läkemedel där det föreligger en förhöjd risk för att fel ska uppstå.

Sjuksköterskans upplevelser vid felaktig läkemedelsadministrering är beroende på graden av skada som uppstår hos patienten. Vid allvarliga läkemedelsskador kan sjuksköterskorna uppleva känslor av depression, psykiskt trauma och sömnsvårigheter (Schelbred & Nord, 2009). I samma studie framkommer det också att sjuksköterskorna känner skuld och skam över att ha svikit patienten, sina kollegor och även sin familj. Coping-strategier som användes av sjuksköterskorna för att hantera händelsen var bland annat att tala med kollegor eller söka psykologstöd (ibid.).

Syfte

Syftet med studien var att belysa hinder för rapportering av felaktig läkemedelsadministrering utifrån ett sjuksköterskeperspektiv.

Metod

Enligt Friberg (2012) är litteraturstudie en bra metod för att skapa en överblick över ett valt område samt för att skapa ett bra underlag för fortsatt forskning. Att utföra en litteraturstudie innebär enligt Forsberg och Wengström, 2008 att litteratur inom ett visst område söks, granskas och sammanställs. Det vanligaste sättet att genomföra en litteratursökning är att söka med hjälp av speciella ämnesord och nyckelord i olika databaser (Forsberg & Wengström, 2008). Fördelen är att det specifika fenomenet kan belysas ur olika synvinklar (ibid.). Arbetet använder sig av både kvantitativa och kvalitativa studier. Enligt Polit & Beck, 2012 kan en litteraturstudie som inkluderar både kvantitativa och kvalitativa data användas för att få en djupare förståelse av det fenomen som studerats.

Urval

Under artikelsökningarna i CINAHL och PubMed kombinerades relevanta sökord för att finna vetenskapliga artiklar som kunde bidra till att svara på studiens syfte. Sökorden och hur dessa kombinerades i databaserna redovisas i tabell 1 för PubMed respektive tabell 2 för CINAHL. I första steget som kallas granskning lästes artiklarnas rubrik för att identifiera de artiklar som kunde bli aktuella för fortsatt bearbetning. I nästa steg lästes de utvalda artiklarnas sammanfattning eller abstrakt och dessa är listade under urval 1. De artiklar som användes till att formulera studiens resultat är listade under urval 2. En av artiklarna som inkluderades i formuleringen av arbetets resultat hittades genom snowballing-metod. Så kallad snowballing-metod innebär att med hjälp av referenslistor hitta ny litteratur (Kristensson, 2014). Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2006) checklista användes för att kvalitetsgranska artiklarna. Ett översiktsschema skapades för varje artikel som innehåller följande kriterier; syfte och avgränsningar, design och metod, datainsamling, deltagare och analysmetod.

Tabell 1. Sökschema i PubMed

<u>Databas</u> <u>PubMed</u>	<u>Sökord</u>	<u>Antal träffar</u>	<u>Granskade</u>	<u>Urval 1</u>	<u>Urval 2</u>
#1	Nurses	79 108			
#2	Medication errors [Mesh]	5 072			
#3	barriers	60 304			
#4	perception	217 114			
#5	reporting	80 108			
#6	#1 AND #2 AND #5	160	160	20	2
#7	#1 AND #3 AND#5	147	147	14	3

Tabell 2. Sökschema i Cinahl

<u>Databas</u> <u>Cinahl</u>	<u>Sökord</u>	<u>Antal</u> <u>träffar</u>	<u>Granskade</u>	<u>Urval 1</u>	<u>Urval 2</u>
#1	nurses	81 356			
#2	Medication errors [MM]	1 822			
#3	barriers	22 456			
#4	perception	29 544			
#5	reporting	21 651			
#6	#1 AND #2	99	99	20	3
#7	#1 AND #2 AND#5	99	99	26	2

Datainsamling

För att få en överblick över befintlig forskning, samt för att finna relevanta sökord inom området utfördes inledningsvis en osystematisk informationssökning (Friberg, 2012).

Vid sökningen användes indexord, fritextsökning och Booleska sökoperatörer. Med fritextsökning menas en frisökning som inte är bunden till indexord. Fördelen med fritextsökning är att den ökar sökningens känslighet genom att generera fler artiklar däremot finns det en risk att det minskar sökningens specificitet genom att den genererar fler irrelevanta artiklar (Kristensson, 2014). Med Booleska sökoperatörer menas att sökningen använder sig av orden AND, OR och NOT för att kombinera söktermerna eller för att utesluta ett visst begrepp.

Studiens inklusionskriterier i PubMed och Cinahl var att artiklarna skulle vara publicerade på 2000-talet, finnas tillgängliga på engelska eller svenska, vara vetenskapliga artiklar och primärkällor. I PubMed var det även ett kriterium att abstrakt skulle finnas tillgänglig, detta för att öka sannolikheten för att artiklarna skulle vara av god vetenskaplig kvalitet. Inklusionskriterierna var också att ingen begränsning till land eller världsdelar gjorts och att studierna utgår ifrån ett sjuksköterskeperspektiv samt att studiens syfte skulle besvaras i artiklarna som inkluderades. Exklusionskriterier i båda databaser var att innehållet inte var relevant för studiens syfte, att fulltext av artikeln inte var tillgänglig genom en databas eller inte gick att beställa genom bibliotekets hemsida.

Data analys

Enligt Polit och Beck (2012) är syftet med en dataanalys att tolka, strukturera, organisera och analysera forskningsmaterialet stegvis. Analysen sker för att minska omfånget av en stor mängd data samt att identifiera förekommande mönster (Forsberg & Wengström, 2008). Avsikten är att skapa ett helhetsintryck av innehållet utifrån syftet och sjuksköterskeperspektiv genom att läsa artiklarna noggrant och förutsättningslöst. Arbetet är en litteraturstudie med en induktiv ansats. Detta innebär att med öppen syn och utan något ramverk söka efter meningsbärande avsnitt i artiklarna som sedan bildar möjliga teman eller kategorier (Polit & Beck, 2012).

I arbetet användes fyra analysfaser under arbetsprocessen. Dessa är som följer; helhetsintryck, identifiering av meningsbärande enheter, analys av de meningsbärande enheterna som identifierades för att sedan syntetisera nya tankar. I första steget lästes artiklarna överskådligt igenom för att skapa ett helhetsintryck utifrån studiernas resultat (Kristensson, 2014). I steg två identifierades de delar av artiklarna som behandlade studiens syfte (meningsbärande enheter) för att förstå och få fram den viktigaste informationen för arbetets syfte. Det tredje steget handlade om fördjupning av de relevanta delarna i litteratururvalet. Till sist skapades och syntetiserades nya tankar kring studiens syfte (ibid.).

Forskningsetiska avvägningar

Vissa etiska krav måste uppfyllas innan en litteraturstudie kan genomföras (Forsberg & Wengström, 2008). Studier som inkluderades i arbetet har erhållit godkännande av etiska kommittéer. Enligt Forsberg och Wengström (2008) innebär innehavandet av detta tillstånd att deltagarna i studierna inte förorsakats skada. Dessa etiska riktlinjer för litteraturstudier säkerhetsställer att vare sig fusk eller andra ohederliga handlingar förekommit (Forsberg & Wengström, 2008). Arbetet utgår ifrån ICN:s fyra etiska principer, som handlar om att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande. Ur dessa härleder ICN även fyra rättigheter för deltagande i forskning: rätt att inte bli skadad, rätt till full information, självbestämmande samt rätt till privatliv, anonymitet och konfidentialitet (ICN, 2014). Vid genomförandet av denna litteraturstudie togs dessa krav i beaktande. Denna litteraturstudie har även följt Booth, Colomb och Williams (2004) riktlinjer som menar att författaren inte ska kopiera någon annans arbete eller ta åt sig äran för något den själv inte producerat. Samtliga artiklar som inkluderades i arbetet ansågs vara etiskt berättigade.

Resultat

Utifrån de 11 artiklarna som ingick i resultatformulering identifierades fyra teman sjuksköterskor upplevde som hinder för rapportering av felaktig läkemedelsadministrering. Dessa var rädsla för konsekvenser, administrativa hinder, organisatoriska hinder och brist på uppföljning eller uppenbara förändringar.

Rädsla för konsekvenser

Det främsta hindret för rapportering av felaktig läkemedelsadministrering som framkom i artiklarna var sjuksköterskans rädsla (Brubacher, Hunte, Hamilton, & Taylor, 2011; Chiang &

Pepper, 2006; Covell & Ritchie, 2009). Framförallt rädsla för att råka ut för disciplinära åtgärder, att uppfattas som inkompetent av sina kollegor och att bli behandlade annorlunda av ledningen (ibid.). Cirka 60 sjuksköterskor som deltog i en kvantitativ studie i USA fick svara på frågor kring hinder för rapportering av felaktig läkemedelsadministrering genom att fylla i utskickade formulär. Studien visade att hinder för rapportering relaterat till rädsla kan delas in i två huvudkategorier som bestod av formella och informella konsekvenser (Ulanimo, O'Leary-Kelley & Connolly, 2007). Huvudkategorin formella konsekvenser handlade om disciplinära åtgärder och kategorin informella konsekvenser innebar stigmatisering från kollegor och att ses som okvalificerad för sitt arbete (ibid.).

Femtio sjuksköterskor ingick i en studie med mixed-method design som genomfördes i Kanada (Brubacher et al., 2011). Syftet med studien var att identifiera strategier som sjuksköterskor trodde skulle öka rapporteringen av felaktig läkemedelsadministrering. Detta gjordes dels genom intervjuer av sjuksköterskorna och dels genom att de fick fylla i frågeformulär. Formulären baserades på Likertskala med 4 underkategorier nämligen rädsla, rapporteringsprocess, uppföljning och otydlig definition av felaktig läkemedelsadministrering. Respondenterna fick svara på påståenden genom att rangordna mellan ett (instämmer inte alls) till sex (instämmer helt). Under kategorin rädsla var genomsnittssvaret 4,12 för rädsla att förlora patientens och dennes familjs förtroende och att skapa en negativ inställning och attityd hos patienten angående vården (Covell & Ritchie, 2009). Sjuksköterskor uppgav i intervjudelen att de undvek att informera patienten om misstaget, speciellt ifall patienten inte lidit skada av det inträffade (ibid.). Rädsla för negativa reaktioner från kollegor fick 3,20 i genomsnittspoäng av sjuksköterskorna som svarade på formuläret. Från intervjuer med respondenterna framkom att sjuksköterskorna upplevde rädsla för att anmäla kollegors misstag eftersom detta kunde inverka negativt på arbetsrelationen, leda till en känsla av skuld och/eller att kollegor kunde förlora jobbet eller sin legitimation (ibid.).

Administrativa hinder

Administrativa hinder omfattar otydlighet kring rapporteringsprocessen, tidskrävande att fylla i formulär samt svårigheter att ta kontakt med ansvarig läkare (Chiang & Pepper, 2006; Mrayyan, 2012; Brubacher et al., 2011). I Taiwan deltog 597 sjuksköterskor i en

undersökning med syftet att beskriva deras uppfattning om barriärer för rapportering av felaktig läkemedelsadministrering. Där framkom fyra huvudkategorier av barriärer för rapportering. Dessa rangordnas med hjälp av Likertskala för att mäta attityder hos respondenterna. En av de fyra huvudkategorier som identifierades var problem med rapporteringsprocessen (standardiserat medelvärde 2.99). Även oklar definition kring vad en felaktig läkemedelsadministrering innebar och att sjuksköterskorna inte upplevde felet som värt att rapportera upplevdes som administrativa hinder för rapportering (ibid.). Liknande resultat framkom i en studie som genomfördes i Jordanien med syfte att jämföra skillnader mellan sjuksköterskors benägenhet att rapportera beroende på vart de arbetar. Studien visade att 26 % av respondenterna hade problem att identifiera felaktig läkemedelsadministrering på grund av bristande kunskap kring hur detta definieras (Mrayyan, 2012).

Otydliga formulär för avvikelserapportering, brister i utformade formulär och att inte ha tillgång till dator under tillräckligt lång tid var betydande faktorer som hindrade rapportering av felaktig läkemedelsadministrering (Brubacher et al., 2011). Främsta hindret som identifierades av Brubacher et al., (2011) för avvikelserapportering var att rapporteringsprocessen ökade sjuksköterskans arbetsbörda och tog tid från sjuksköterskans kliniska arbete. Samma resultat framkom i en kvalitativ studie som genomfördes i Saudi-Arabien där 39 sjuksköterskor fick svara på frågeformulär. Av deltagarna ansåg 44 % att formulären var för komplicerade och 56 % ansåg att avvikelserapportering tog för lång tid (Almutary, Lewis & Cert, 2012).

Enligt Haw, Stubbs & Dickens, (2014) bidrog bristande kunskap gällande vikten av avvikelserapportering till underrapporteringen av inträffade läkemedelsavvikelser. Detta framkom i en intervjustudie utförd i England med 30 sjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Hälften av de tillfrågade sjuksköterskorna svarade att de inte fick kontinuerlig utbildning avseende patientsäkerhet och att detta ledde till att rapportering av felaktig läkemedelsadministrering inte sågs som ett prioriterat arbete (Haw, et al., 2014).

Organisatoriska hinder

Organisatoriska hinder innefattade individuell skuldbeläggning, att ledningens vidtagna åtgärder inte stod i proportion till felet som begåtts samt att sjuksköterskorna inte blev belönade för sin noggrannhet i samband med läkemedelsadministrering (Stratton, Blegen,

Pepper, & Vaughn, 2004). Enligt sjuksköterskor som deltog i studien har organisatoriska hinder lika stor betydelse som individuella.

Arbetskulturen bidrog även till underrapportering av läkemedelsmisstag, nämligen att det inte var nödvändigt att rapportera en händelse med potential att skada eller ett läkemedelsmisstag som inte ledde till skada för patienten (Brubacher et al., 2011; Haw et al., 2014). Enligt Haw et al., (2014) svarade 48 % av sjuksköterskorna att de hade rapporterat en kollegas läkemedelsmisstag medan 40 % skulle rapportera sina egna misstag som uppstod. I studien beskrev sjuksköterskorna tre anledningar till att läkemedelsmisstag från kollegor kunde ursäktas och därför inte behövde rapporteras. Dessa var att misstaget inte ledde till skada för patienten, att misstag begicks väldigt sällan samt misstag som uppstod till följd av glömska eller tillfälligt förbiseende (Haw et al., 2014).

Enligt Ulanimo et al., (2007) fanns ett kulturellt beteende bland sjuksköterskor att omdefiniera vad läkemedelsmisstag innebar. Cirka 20 % av sjuksköterskorna i studien tyckte inte att det var ett misstag att ge ett läkemedel vid ett senare tillfälle eftersom felet korrigerats genom att patienten fått sitt ordinerade läkemedel. Enligt Covell et al., (2009) finns en kultur på många avdelningar som kan påverka rapporteringen av felaktig läkemedelsadministrering negativt. I de fall det fanns goda relationer på avdelningen mellan de olika yrkeskategorierna valde sjuksköterskorna ofta att endast rapportera misstaget informellt och diskutera misstaget muntligt med kollegor (ibid.).

Brist på uppföljning/uppenbara förändringar

Enligt Brubacher et al, (2011) framkom brist på uppföljning som en huvudkategori inom hinder för rapportering. Detta grundade sig på att sjuksköterskorna inte fick någon feedback från avdelningschefen, dålig kommunikation mellan ansvariga lokala händelseutredare och avdelningschef samt brist på uppenbara förändringar relaterat till avvikelserapporteringen. Avdelningscheferna fick ofta gammal och generaliserande feedback som inte gav någon specifik information om deras egen avdelning samt obetydlig feedback som berörde korrigerande av fel ifyllda rapporter (ibid.). Samma resultat framkom i en studie med kvantitativ ansats som genomfördes i Taiwan där 605 sjuksköterskor deltog. Cirka 45 % av de

deltagande sjuksköterskorna ansåg att benägenhet till rapportering påverkades negativt av bristande uppföljning på inlämnade rapporter (Lin & Ma, 2009).

Chiang & Pepper, (2006) visade i sin studie att avsaknaden av positiv feedback från avdelningschefer till sjuksköterskor vad gäller noggrannhet vid läkemedelsadministrering minskade sjuksköterskors vilja att rapportera felaktig läkemedelsadministrering. Med positiv feedback menades ett muntligt bekräftande från sin överordnade eller annan form av belöning för ett väl utfört arbete. Studien av Covell et al. (2009) framhöll också hur viktigt det var med positiv feedback för att öka rapporteringsfrekvensen bland sjuksköterskor. Studien använde sig av Likertskala mellan 1-6 för att rangordna respondenternas samtycke till olika barriärer för rapportering. Alternativet ”Ingen positiv feedback” fick 3,76 på Likertskalan.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Litteraturstudien innehåller både kvantitativa och kvalitativa artiklar. Forsberg och Wengström (2008) beskriver detta som en styrka då studiernas olika tillvägagångsätt kan bidra till att skapa en mer komplett bild av valt ämne. Samma sökord användes i båda databaser. Den valda metoden för en litteraturstudie ska väljas med syfte att uppställda frågeställningar och att studiens syfte ska bli besvarade på ett tillfredställande sätt (Rosenqvist & Andrén, 2006). En integrerad analysmetod användes vid analysering av data vilket enligt Friberg (2012) innebär att ett nytt resultat kan uppstå genom att slutsatser dras och kopplas utifrån data från originaltexterna. De inkluderade artiklarna är *peer-reviewed* vilket innebär att experter inom de aktuella områdena läst igenom artiklarna innan dessa publicerades (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006)

Kvalitetsgranskningen och poängsättningen utfördes först enskilt och sedan diskuterades resultatet av kvalitetsgranskningen. Trovärdigheten ökar när minst två forskare, var för sig, genomför granskningen (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Under bearbetning av artiklarna definierades gemensamma nämnare vilket resulterade i fyra kategorier som utvecklades till teman. Efter att dessa teman framkommit sorterades artiklarna efter de resultat som studierna kommit fram till. En sammanfattning av metod och resultat skapades när artikeln refererades till första gången i resultatdelen.

Flertalet av artiklarna som ingick i studien fick medelpoäng vid kvalitetsgranskning enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Medelvärde baseras på att urvalet var begränsat och det fanns en avsaknad av adekvat statistik. En av artiklarna som valdes genom snowballing-metod hade dock hög kvalitet till följd av ett stort urval och en adekvat datainsamling. I denna studie har artiklar från följande länder inkluderats Kanada, Taiwan, Iran, England, Saudi-Arabien, Jordanien och USA. Den internationella spridningen av artiklarna kan ses som en styrka då den speglar omvärldens syn på läkemedelshantering och avvikelser. Men med det finns också en risk att resultatet blir splittrat och fragmentariskt.

När arbete påbörjades var målsättningen att inga artiklar äldre än tio år skulle inkluderas i resultatet. På grund av detta uteslöts många relevanta artiklar vid insamlingen. För att öka urvalet valde vi att förändra tidsperioden för inklusion till att artiklarna skulle vara skrivna under 2000-talet.

Diskussion av framtaget resultat

Hinder för rapportering

Rädsla är det avgörande skälet till underlåtenhet att rapportera felaktigheter i läkemedelshantering visar flera studier (Chiang & Pepper, 2006; Lin & Ma, 2009; Almutary, Lewis & Cert, 2012). I studien utförd i USA (Ulanimo et al., 2006) framkom att endast 16 % av de tillfrågade sjuksköterskorna upplevde rädsla för att förlora arbetet eller bli föremål för disciplinära åtgärder medan rädsla kom på dominerande plats i flera studier som utfördes i Asien (Chiang & Pepper, 2006; Lin & Ma, 2009; Almutary, Lewis & Cert, 2012). Dessa resultat skulle kunna tolkas som att det finns en skillnad mellan vilka hinder sjuksköterskorna upplever beroende på vilket land och världsdel de arbetar i men också i vilken arbetskultur de är verksamma i. Att verka för ett utbyte av erfarenheter kring avvikelshantering internationellt och därmed öka kunskapen för att få ett bredare perspektiv på hinder vid rapportering kan ses som ett intressant fält.

I en strävan att minska risken för rädsla att rapportera felaktigheter skulle ett sätt vara, som framkommer i studien av Brubacher et al. (2011), att låta utomstående personer utreda läkemedelsmisstaget istället för avdelningens egen personal. Ytterligare ett sätt att minska

rädsla kan vara att öka kunskapen om sjuksköterskans roll som patientens ”advokat”. Enligt Hendersons teori ingår det i sjuksköterskans uppdrag att fungera som ansvarig för att skydda patienten mot eventuella risker i omgivningen (Kozier, Berman & Snyder, 2012). Författarna tolkar detta som att sjuksköterskan bör prioritera patientens rättighet och säkerhet före sin egen rädsla för eventuella konsekvenser vid rapportering av egna och kollegors eventuella misstag.

För att minska de negativa konsekvenserna av den individuella skuldbeläggningen är det viktigt att ta hänsyn till att en avvikelserapport i första hand ska fokusera på vad som har inträffat, inte på vem som har varit inblandad. Rapporten bör heller inte formuleras utifrån spekulationer om vems fel det var (Socialstyrelsen, 2014b). Sjukvården i Sverige idag har gått från att utpeka enskilda personers felaktiga handhavande till att ha fokus på att tillrättalägga systemfel för att skapa en säker vård och en säker läkemedelshantering med hjälp av analys av avvikelserapporter.

Ett annat intressant resultat som framkommit i denna litteraturstudie är att sjuksköterskor både i Asien och i Nordamerika beskriver ett behov av positiv feedback (belöning). Detta kan tolkas som att om de fick beröm av ledningen när de gjorde ett bra arbete skulle de känna sig tryggare med att rapportera avvikelser ifall misstag inträffade. Att få positiv feedback kan skapa känslor av kompetens och gynnsamt påverka den personliga utvecklingen (Fereday, 2006). Stöd och uppmuntran från kollegor men framförallt överordnade kan även stärka sjuksköterskans självkännet och öka förmågan till självutvärdering (ibid.). Detta skulle kunna vara anledningen till att avvikelserapportering ökar ifall sjuksköterskor får positiv feedback.

Sjuksköterskans kärnkompetenser och avdelningschefens roll

I resultatet av denna studie framkom det att många av sjuksköterskorna upplevde brist på kontinuerlig utbildning avseende patientsäkerhet och avvikelserapportering vilket ledde till att de inte såg rapportering som en väsentlig uppgift. Vårdskador och brister i patientsäkerheten har fått en intensiv uppmärksamhet både nationellt och internationellt och i kompetensbeskrivning för sjuksköterskor tas säkerhet och kvalitet upp som ett specifikt kompetensområde (Kihlgren, Engström & Johansson, 2009). Sjuksköterskans kunskap kring patientsäkerhet kan förbättra rapporteringsfrekvensen genom att skapa en större medvetenhet kring inträffade händelser samt kontinuerlig utvärdering av dessa (Leksell & Lepp, 2013).

För att förbättra rapporteringsprocessen behöver sjuksköterskorna ha ett kritiskt tänkande vid en inträffad avvikelse samt tillämpa sin professionella kunskap i det kliniska arbetet. Genom avvikelserapportering skapas förutsättningar för lärande och kunskapsutveckling inom patientsäkerhetsområdet (Socialstyrelsen, 2014a). Utifrån kompetensbeskrivningen förutsätts sjuksköterskans medverkan i systematiskt och dokumenterat kvalitets-, säkerhets- och kontinuerligt förbättringsarbete och på detta sätt ta ett fullt ansvar för omvårdnadens innehåll (Kihlgren, Engström & Johansson, 2009). Detta omfattar även kunskap om författningar, riktlinjer och rutiner, avvikelshantering och säkerhetsföreskrifter samt kompetens att behärska informationsteknologin (ibid.). När studiens resultat granskas framkommer att en kombination av förbättringskunskap och professionell kunskap kan leda till en förbättring av patientsäkerheten. Trots rutinens enkelhet kring rapporteringsprocessen verkar det finnas en stor okunskap kring patientsäkerhet bland sjuksköterskor och detta kan ha en negativ effekt på avvikelserapportering.

Svårigheter i att skapa dialog med ansvarig läkare framkommer som ett administrativt hinder vid avvikelserapportering i flera studier (Brubacher, et al., 2011; Lin & Ma, 2009; Chiang & Pepper, 2006). Utbildning kring samverkan i team, som är en av sjuksköterskans kärnkompetenser, kan ha en underlättande roll för en adekvat avvikelserapportering. Under rapporteringsprocesser kan olika professioner vara inblandade och samarbete mellan dessa krävs på ett integrerat sätt där de ömsesidigt är beroende av varandra för att förbättra vården (Leksell & Lepp, 2013). Enligt Covell et al. (2006) kan ett multiprofessionellt samarbete vid händelseanalys skapa ett forum för reflektion för olika professioner och detta är ett steg på vägen till ökad säkerhet i patientarbetet. Författarnas förslag är att sjuksköterskan utnyttjar sin ledarskapsroll i gruppen och tar initiativ till att skapa reflektionsforum som i sin tur kan bidra till nya rutiner kring förbättringsarbetet.

Flera studier visade att avdelningschefer ofta saknade utbildning gällande avvikelshantering och uppföljning av dessa (Chiang & Pepper, 2006; Lin & Ma, 2009; Almutary, Lewis & Cert, 2012). Detta handlade om att de inte visste vad de skulle göra med inlämnade rapporter eller vilka riktlinjer som gällde vid återkoppling. Vårdtagarens säkerhet ställer ökade krav på chefers och ledares förmågor att leda förbättringsarbetet (Kihlgren, Engström & Johansson, 2009). Ledaren bör arbeta utifrån ett organisatoriskt synsätt och hantera helheten vid utredning av en avvikelserapport. Att även ur ett ledarperspektiv skapa möjlighet för

reflektion kring samverkan med andra yrkesgrupper är en förutsättning för förbättringsarbete och utveckling av patientsäkerheten (Leksell & Lepp, 2013).

För att skapa en patientsäkerhetskultur på avdelningen bör chefen utgå ifrån ett caritativt ledarskap som med hjälp av personcentrerad vård har fokus på patientsäkerhet. Enligt Bondas (2003) innebär caritativt ledarskap att ledaren inte endast ska vara en förebild ur ett administrativt perspektiv utan ska även ha en etisk medvetenhet. Det är även nödvändigt att avdelningschefen utövar ett kreativt ledarskap som innebär att ha ett ständigt närvarande patientfokus som är vägledande för den organisation och de strukturer som utvecklas på arbetsplatsen (Inde, 2013). En möjlig slutsats av studiens resultat är att chefer genom att skapa en öppnare och flexiblare miljö kan bidra till att underlätta avvikelserapporteringen för sina medarbetare. En mindre hierarkisk miljö skulle möjligtvis kunna minska rädslan för disciplinära åtgärder.

Ökad motivation till avvikelserapportering

Brist på uppföljning och ineffektiv avvikelserapportering som hinder framkom under kategorin administrativa hinder i flera studier (Brubacher, et al., 2011; Lin & Ma, 2009; Chiang & Pepper, 2006). Sammantaget visar denna studie att det finns ett behov av ökad motivation till avvikelserapportering hos sjuksköterskorna. Motivationen kan ökas med bättre och effektivare återkoppling på inlämnade avvikelserapporter i verksamheten. Sjuksköterskorna i flera av de studier som ingick i resultatet upplevde ofta brister i informationen kring vilka åtgärder som vidtogs när en avvikelse rapporterats (Brubacher et al., 2011; Covell & Ritchie, 2009; Haw, Stubbs & Dickens, 2014). Sjuksköterskorna var även missnöjda med att det inte skedde några förändringar som bidrog till ökad patientsäkerhet på avdelningarna. Att öka transparensen i avvikelserapporteringsprocessen och kunskapen kring hur och vad som ska rapporteras var den främsta bidragande faktorn till ökad avvikelserapportering enligt en studie av Pfeiffer, Briner, Wehner och Manser, 2013. Enligt Kingston et al., 2004, är också uppfattningen av värdet av avvikelserapporteringen en av anledningarna som påverkar sjuksköterskans sätt att rapportera avvikelser. Ökat fokus på återkoppling skulle kunna stärka motivationen till att skriva avvikelserapporter och därigenom blir sjuksköterskor medvetna om att ett misstag kan leda till en positiv utveckling med förbättrade rutiner. Den enskilda sjuksköterskan har ett ansvar för kontinuerlig kvalitetsutveckling av patientsäkerheten. Detta kan bl.a. ske genom en bedömning och

utvärdering av befintliga omvårdnadsinsatsers kvalitet vid avvikelserapportering (Socialstyrelsen, 2009).

En adekvat motivering till avvikelserapportering kan minska upplevelsen av tidsbrist vid rapportering för sjuksköterskor men även för andra yrkeskategorier. Avvikelse­rapportering är en del av all vårdpersonals arbetsuppgifter på samma sätt som att utföra andra åtgärder (SOSFS 2005:28 kap. 2 § 1). Sjuksköterskor försöker konstant göra sitt bästa genom att finna en kompromiss mellan effektivitet och noggrannhet (Leksell & Lepp, 2013). Å ena sidan försöker sjuksköterskor att tillmötesgå uppgiftskraven genom att arbeta så grundläggande som de anser vara nödvändigt. Å andra sidan försöker de göra detta så effektivt som möjligt, vilket kan innebära att de också tar genvägar för att uppgiften ska gå snabbt och enkelt att utföra (ibid.). Tolkning av konsekvenser av upplevd tidsbrist kan vara att patientsäkerheten minskar till följd av att sjuksköterskor låter bli att rapportera avvikelser för att hålla uppe effektiviteten i sitt arbete. Även cheferna upplevde att de inte hade tillräckligt med tid för att utreda och följa upp de rapporterade händelserna ordentligt (Hallberg, 2014) vilket kan antas skapa en negativ spiral. Då chefen inte hade tid att ge återkoppling på rapporter upplevde sjuksköterskorna i sin tur avvikelserapportering som meningslöst och patientsäkerhetsarbetet blev lidande.

Slutsats och kliniska implikationer

Resultatet som framkommit i denna litteraturstudie är att hinder för rapportering av felaktig läkemedelsadministrering påverkas av flera faktorer. Både hinder på organisatorisk nivå och individuell nivå har inverkan på hur sjuksköterskan väljer att hantera en felaktig läkemedelsadministrering. Rädsla för disciplinära åtgärder och att ses som inkompetent av kollegor framkom som de främsta hindren. Studien utgick från ett sjuksköterskeperspektiv för att identifiera brister och hinder som sjuksköterskan upplever i samband med felaktig läkemedelsadministrering och avvikelserapportering.

Studien visar att chefer har en viktig roll genom att skapa förutsättningar för en tillåtande och öppen arbetsmiljö där sjuksköterskor känner sig trygga att rapportera sina misstag. Arbetsledningen bör möjliggöra att sjuksköterskan får tid till reflektion över tidigare inträffade händelser genom dialog vid kontinuerlig återkommande reflektionstillfällen. Cheferna behöver också tydligt informera sina medarbetare om att syftet med avvikelserapportering inte är att finna syndabockar utan att finna systemfel och undvika

liknande händelser i framtiden. Att ledarna visar intresse och intar en stödjande roll när en avvikelse inträffar kan leda till att avvikelserapportering blir en naturlig del av sjuksköterskans arbete.

Kunskapen om vilka faktorer som påverkar sjuksköterskors avvikelserapportering kan förhoppningsvis leda till att åtgärder vidtas för att främja antalet rapporter samt bidra till att öka patientsäkerheten. Att införa utbildning kring avvikelshantering och hur viktigt det är för kvalitetsarbetet i vården redan på grundutbildning men också fortlöpande kan skapa bättre kunskapsunderlag för nyutexaminerade och oerfarna sjuksköterskor.

Kulturen på avdelningen hade också stor betydelse för individens val att anmäla avvikelsen eller inte. Ett professionellt klimat bör eftersträvas där patientens bästa är vårdavdelningens främsta fokus. Att ha ett systemorienterat perspektiv som innebär en ökad acceptans för avvikelserapportering samt en öppen diskussion på avdelningarna kan vara en del i att öka patientsäkerheten.

Vid litteratursökning påträffades ingen studie utförd i Norden som beskrev hinder för avvikelserapportering ur ett sjuksköterskeperspektiv. Detta leder till att studiens resultat inte med säkerhet är överförbart till svenska förhållanden. Det hade varit intressant att studera vilka hinder sjuksköterskor i Norden upplever och vilket stöd de får från vårdgivare och kollegor när en avvikelse inträffat.

Författarnas arbetsfördelning

Båda författarna har tagit ansvar för att driva arbetet framåt. En ömsesidig samverkan har varit genomgående för hela processen. Författarna har sökt litteratur med ansvar för olika sökord och databaser. Granskning av artiklarna, diskussion kring artikelkvalitet och inklusionskriterier har gjort tillsammans. Detta sågs som en stor fördel eftersom många intressanta diskussioner uppstod som bidrog till studiens kvalitet. För att undvika upprepningar samt möjliggöra diskussion under pågående arbete har författarna tillsammans ansvarat för huvudområden vid utförandet av arbetet.

Referenser

- Almutary, H., H., & Lewis, P., A. (2012). Nurses' willingness to report medication administration errors in Saudi Arabia. *Quality Management in Health Care*, 21(3), 119-126.
- Armitage G & Knapman H (2003) Adverse events in drug administration: a literature review. *Journal of Nursing Management* 11, 130–140.
- Bahadori, M., Ravangard, R., Aghili, A., Sadeghifar, J., Manshadi, M., Gharsi, & Smaeilnejad, J. (2013). The factors affecting the refusal of reporting on medication errors from the nurses' viewpoints: A case study in a hospital in Iran. *ISRN Nurs.* 2013 Apr 9:2013:876563.
- Barker, K.N., Flynn, E.A., Pepper, G.A., Bates, D.W., Mikeal, R.L. (2002) Medication errors observed in 36 health care facilities. *Arch Intern med.* 2002;162(16)
- Bayazidi, S., Zarezadeh, Y., Zamanzadeh, V., Parvan, K. (2012) Medication Error Reporting Rate and its Barriers and Facilitators among Nurses. *Journal of Caring Science.* Nov 27;1(4):231-6
- Bondas, T E (2003). Caritative Leadership Ministering to the Patients. *Journal of Nursing Administration*, Vol 27, nr 3, sid. 249-253.
- Booth, W.C., Colomb, G.G. & Williams, J.M. (2004). *Forskning och skrivande: konsten att skriva enkelt och effektivt*. Lund: Studentlitteratur.
- Braithwaite, J., Westbrook, M., & Travaglia, J. (2008). Attitudes toward the large-scale implementation of an incident reporting system. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 184-91.

Brubacher, J., R., Hunte, G., S., Hamilton, L., & Taylor, A. (2011). Barriers to and incentives for safety event reporting in emergency departments. *Healthcare Quarterly*, 14(3), 57-65.

Carlton G. & Blegen M.A. (2006). Medication-related errors: A literature review of incidence and antecedents. *Annual Review of Nursing Research*, 24 , 19–38.

Case-Lo, C. (2013) *Administration of Medication – What is medication administration?*
Hämtad 13 november, 2014, från <http://www.healthline.com/health/administration-of-medication#Definition2>

Chiang, H., Lin, S., Hsu, S., & Ma, S. (2010). Factors determining hospital nurses' failures in reporting medication errors in taiwan. *Nursing Outlook*, 58(1), 17-25.

Chiang, H., & Pepper, G. A. (2006). Barriers to nurses' reporting of medication administration errors in taiwan. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(4), 392-399.

Covell, C. L., & Ritchie, J. A. (2009). Nurses' responses to medication errors: Suggestions for the development of organizational strategies to improve reporting. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(4), 287-297.

Dickson, G.L. & Flynn, L. (2011) Nurses' Clinical reasoning: processes and practices of medication safety. *Qualitative Health Research*, 22(1), 3-16

Ehsani, S.R., Cheraghi, M.A., Nejati, A., Salari, A., Esmaeilpoor, A.H. & Nejad, E.M. (2013) Medication errors of nurses in the emergency department. *Journal of Medical Ethics* (2013) nov 24 ;6;11

Eisenhauer, L. A., Hurley A, C. & Dolan, N. (2007) Nurses' Reported Thinking During Medication Administration. *Journal of Nursing Scholarship*. 2007;39:1, 82-87

Espin, S., Regehr, G., Levinson, W., Baker, R., Biancucci, C., & Lingard, L. (2007). Factors Influencing perioperative nurses' error reporting preferences. *AORN Journal*, 85(3), 527-543.

Espin, S., Wickson-Griffiths, A., Wilson, M., & Lingard, L. (2010). To report or not to report: a descriptive study exploring ICU nurses' perceptions of error and error reporting. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(1), 1-9

Fereday, J. (2006). The role of performance feedback in the self-assessment of competence: a research study with nursing clinicians. *Collegian*, 2006, Jan;13(1):10-5

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (2., [uppdaterade] utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Göteborgs universitet. (1999). *Svensk ordbok*: [100,000 ord och fraser] (3rd ed.)

Hardmeier, B, Braunschweig, S, Cavallaro, M, Roos, M, Pauli-Magnus, C, Giger, M, Meier, PJ, Fattinger, K,. (2004). Adverse drug events caused by medication errors in medical inpatients. *Swiss Med Wkly*. 2004;134:664-670

Haw, C., Stubbs, J., & Dickens, G., L. (2014). Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: An interview study of nurses at a psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(9), 797-805.

Hedberg, B., & Sätterlund-Larsson, U. (2003). Observations, confirmations and strategies – useful tools in decision-making process for nurses in practice? *Journal of Clinical Nursing*, 12, 215-222.

Inde, M. (2013). *Ännu närmre: för en god och säker patientnärmre vård*. (2., rev. uppl.) Karlstad: Landstinget i Värmland.

Jarman, H, Jacob, E., Zielinski, V. (2002). Medication study supports registered nurses' competence for single checking. *Intf Nurs Pract*. 2002;8:330-335.

Kagan., Barnoy, S. (2008) Factors associated with reporting of medication errors by Israeli nurses. *J Nurs Qual*. 2008 Oct-Dec;23(4).

Karadeniz G, & Cakmakci A. (2002). Nurses' perceptions of medication errors. - *Int J Clin Pharmacol Res*. 2002;22(3-4)

Kaushal, R, Bates, DW, Information technology and medication safety: what is the benefit? *Qual Saf Health Care*. 2002;11:261-265

Kim,J.; An,K.; Kim,M.K.; Yoon,S.H.(2007). Nurses' perceptions of error reporting and patient safety culture in Korea. *West.J.Nurs.Res*. 29, 7, 827-844

Kingston, M.J., Evans, S.M., Smith, B.J., Berry, J.G. (2004) Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Med J Aust*. 2004 Jul 5; 181(1):36-9

Kozier, B., Berman, A. & Snyder, S.J. (red.) (2012). *Kozier & Erb's Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice*. (9. ed.) Upper Saddle River, N. J. : Pearson.

Engström, B. & Johansson, G. (2009). *Sjuksköterska med uppdrag att leda*. (2., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (red.) (2005). *Grundläggande omvårdnad. 1*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Leape LL. (2002). Reporting of adverse events. - *N Engl J Med*. 2002 nov 14;347(20)

Lin, Y., & Ma, S. (2009). Willingness of nurses to report medication administration errors in southern taiwan: A cross-sectional survey. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(4), 237-245

Lindström, E. & Norlén, P. (red.) (2014). *Farmakologi*. (3. uppl.) Stockholm: Liber

Mayer, C. M., & Cronin, D. (2008). Organizational accountability in a just culture. *Urologic Nursing*, 28(6), 427-430.

McBride-Henry, K., & Foureur, M. (2006) Medication administration errors: understanding the issues. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 33-41.

Mrayyan M.T, Shishani K, FAU - Al-Faouri, I., & Al-Faouri I. (2007). Rate, causes and reporting of medication errors in Jordan: Nurses' perspectives. - *J Nurs Manag.* 2007 Sep; 15(6):659-70

Mrayyan, M.T. (2012). Reported incidence, causes, and reporting of medication errors in teaching hospitals in Jordan: A comparative study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 41(2), 216-232.

Nantsupawat, A., Srisuphan, W., Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O., Aunguroch, Y., & Aiken, L. H. (2011). Impact of Nurse Work Environment and Staffing on Hospital Nurse and Quality of Care in Thailand. *Journal Of Nursing Scholarship*, 43(4), 426- 432.

Pfeiffer Y, Briner M, Wehner T, Manser T. (2013). Motivational antecedents of incident reporting: evidence from a survey of nurses and physicians. *Swiss Medical Weekly*. 2013 Nov 12;143.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (red.) (2007). *Basic nursing: essentials for practice.* (6. ed.) St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier.

Rosenqvist, M.M. & Andrén, M. (red.) (2006). *Uppsatsens mystik: om konsten att skriva uppsats och examensarbete.* Uppsala: Hallgren & Fallgren.

Sarvadikar, A., Prescott, G. & Williams, D. (2010) Attitudes to reporting medication error among differing healthcare professionals. *Eur J Clin Pharmacol.* 66:843-853

Schelbred A, B., & Nord R. (2007) Nurses' experiences of drug administration errors. *Journal of Advanced Nursing* 60(3), 317–324

SFS 2010:659. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Shekelle, P.G., Pronovost, P.J., Wachter, R.M., Taylor, S.L., Dy, S.M., Foy, R., et al. (2011). Advancing the science of patient safety. *Annals of Internal Medicine*, 15(10), 693-696.

Silfverberg, G. (2005). *Praktisk klokhet: om dialogens och dygdens betydelse för yrkesskicklighet och socialpolitik*. Eslöv: B. Östlings bokförl. Symposium.

Socialstyrelsen. (2008). *8,6 % av patienterna skadas inom sjukhusvården*. Hämtad 12 september, 2014, från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-109-16>

Socialstyrelsen. (2014a). *Avvikelseberättelser i hälso- och sjukvården*. Hämtad 16 dec, 2014, från: <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/avvikelseberättelser>

Socialstyrelsen. (2014b). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014*. Hämtad 21 november, 2014, från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19417/2014-4-7.pdf>

Soop, M., Fryksmark, U., Köster, M., Haglund, B. (2009) The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care*. Aug 2009; 21(4): 285–291.

SOSFS 2001:17. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshandling i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Riksdagen.

SOSFS, 2005:12 *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Riksdagen.

SOSFS, 2005:28. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningskyldighet enligt Lex Maria*. Hämtad 13 november, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-28>

SOSFS, 2012:9. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Riksdagen.

Stratton, K. M., Blegen, M. A., Pepper, G., & Vaughn, T. (2004). Reporting of medication errors by pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 19(6), 385-392.

Svensk sjuksköterskeförening. (2009) *Re-Aktion! Sammanfattning av kunskapsläget för att minska risker för läkemedelsavvikelser*. Stockholm: svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 26 februari, 2014, från http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Re-Aktion-publikationer/Re-Aktion_lakemedelsavvikelser.pdf

Sveriges kommuner och landsting. (2011a). *Säkrare vård och omsorg, handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Hämtad 11 dec, 2014, från: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/publikationer/handbok-i-sakrare-var-d-och-omsorg

Sveriges kommuner och landsting. (2011b). *Läkemedelsrelaterade problem – åtgärder för att förebygga*. Hämtad 15 dec, 2014, från: http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39903_1.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk Sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. Hämtad 11 dec, 2014, från:
<http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/utbildning-publikationer/strategi.for.utbildnfragor.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2013). *Teamarbete & Förbättringskunskap - två kärnkompetenser för god och säker vård*. Solna 2013. Hämtad, 4 december, 2013, från:
<http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kvalitet-publikationer/teamarbete.och.forbattringskunskap.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:S ETISKA KOD FÖR SJUKSKÖTERSKOR*. Hämtad 19 jan, 2015, från: http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Läkemedelsrelaterade problem – åtgärder för att förebygga*. Hämtad 11 dec, 2014, från:
<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Patientsäkerhetsenheten/Läkemedel/Läkemedelsrelaterade%20problem.pdf>

Tang, F-I., Sheu, S-J., Yu, S., Wei, I-L. & Shen, C-H. (2007). Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *Journal of clinical nursing* 2007, 447- 457.

Thomas, A. & Panchagnula, U. (2008) *Medication related patient safety incidents in critical care: a review of reports to the UK National Patient Safety Agency*. *Anaesthesia*. 63, 7, 726-733.

Teigen, IM, Rendum Lein, K, Slørdal, L, Spigset, O, Feilmedisinering hos pasienter innlagt i sykehus. *Tidsskr Nor Legeforen* nr 13-14, 2009; 129: 1337-41

Ulanimo, V. M., O'Leary-Kelley, C., & Connolly, P. M. (2007). Nurses' perceptions of causes of medication errors and barriers to reporting. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(1), 28-33.

Uribe, C.L., Schweikhart, S.B., Pathak, D.S., Dow, M., & Marsh, G.B. (2002) Percieved barriers to medication error reporting: An exploratory investigation. *Journal of Helathcare Management*, 47(4), 263-280

Utegård, Y. (2007). *Vilka faktorer påverkar att en avvikelse rapporteras eller ej? - en intervjustudie med sjuksköterskor*. Högskolan i Kalmar

Vårdhandboken. (2012). *Översikt - läkemedelshantering*. Stockholm: Inera AB. Hämtad: 11 dec, 2014, från: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Lakemedelshantering/Oversikt/>

West, E., Barron, D. N., & Reeves, R. (2005). Overcoming the barriers to patient- centred care: time, tools and training. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 435-443

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Ödegård, S. (red.) (2007). *I rättvisans namn: ansvar, skuld och säkerhet i vården*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ödegård, S. & Hallberg, L. (2004). Perceived potential risk factors in child care. *J Health Organ Manag.* 2004;18(1):38-52.

Bilaga 1

Publikationsår	Författare	Titel	Syfte	Metod	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
Land Databas 2009 Kanada Snowball	Christine L. Covell, MSN, RN; Judith A. Ritchie, PhD, RN	Nurses responses to medication error: Suggestions for the development of organizational strategies to improve reporting.	Studiens syfte var att få en övergripande förståelse om hur sjuksköterskor reagerar på felmedicinering och identifiera strategier som förbättra rapporteringen av dessa fel inom sjukhuset.	Urval Bortfall Studien genomfördes efter mix-metod design och använde sig av både semistrukturerade intervjuer och frågeformulär. 50 sjuksköterskor från 5 olika sjukhus valdes efter Snowball metod. Studien pågick under juni och oktober 2007. Intervjuerna spelades in och transkriberades för analys. Medication Administration Error Questionnaire användas som frågeformulär.	Faktorer som utgjorde hinder för att rapportera MAEs delades i 4 olika kategorier: rädsla för påföljder, olika definition kring MAEs, organisations barriärer, svårighet vid rapportering. Rädsla var främsta anledningen för att inte rapportera MAEs samt svårighet vid rapportering hade lägst effekt på rapportering.	Medel

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2012 Jordanien Cinahl	Majd T Mrayyan	Reported incidence, Causes, and reporting of mediation errors in teaching hospitals in Jordan: A comparative study	Syftet med studien var att jämföra frekvensen och anledningar av felaktig läkemedelshantering mellan intensivavdelningar och vårdavdelningar samt att identifiera eventuell skillnad vid rapportering av MAEs mellan de två avdelningarna.	Kvantitativ studie med komparativ metod. Totalt delades 300 frågeformulär ut. Sjuksköterskor vid 4 universitetssjukhuset med varierande erfarenhetsår i Jordanien deltog i studien. 212(70.6%) av dessa skickades tillbaka.	Studien visade att det finns en betydelsefull skillnad av antalet MAEs rapporteringar beror på vilken avdelning sjuksköterskorna jobbade. Sjuksköterskorna som jobba inom intensivvård har mer benägenhet att rapportera MAEs samt att de har bättre kunskap och uppfattning av MAEs. Rädsla för att råka ut för disciplinära åtgärder identifieras som ett stort hinder vid rapportering.	Medel

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2010 Taiwan CINAHL	Chiang H; Lin S; Hsu S; Ma S	Factors determining hospital nurses' failures in reporting medication errors in Taiwan.	Studiens syfte var att undersöka inflytande faktorer som minskar sjuksköterskors rapportering av felaktig läkemedelshantering i Taiwan.	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Tvärsnittsstudie med frågeformulär.</p> <p>Studien genomfördes på fem universitetssjukhus i Taiwan.</p> <p>838 sjuksköterskor deltog i studien.</p> <p>1000 frågeformulär skickades ut tillsammans med ett introduktionsbrev som förklarade tillämpningen av studien. Varje vecka samlade forskarassistenten in de ifyllda formulärens. Efter tre månader var 872 formulär ifyllda. Av dessa analyserades 838 formulär. Svarsprocenten var 87,4 %.</p>	<p>Studien visade att sjuksköterskors som tidigare begått läkemedelsmisstag var mindre benägna att rapportera både sina egna och kollegors misstag.</p> <p>Rapportering av felaktig läkemedelshantering tas upp som en utmaning till den professionella trovärdigheten samt relationen mellan kollegor.</p> <p>Sjuksköterskor som hade en positiv attityd till ledningen rapporterade i större utsträckning felaktig läkemedelshantering.</p>	Medel

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2014 United Kingdom CINAHL	Haw, C., Stubbs, J. & Dickens, G.L.	Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: an interview study of nurses at a psychiatric hospital.	Studiens syfte var att undersöka anledningar till att psykiatrisköterskor inte rapporterade felaktig läkemedelshantering, både som de själva begått men även deras kollegor. Studien undersökte även sjuksköterskans uppfattning av barriärer för rapportering av tillbud som inte ledde till patientskada.	Kvalitativ Studien är en intervju utformad efter grundad teoretisk metod. 50 sjuksköterskor med varierande erfarenhet och arbetade inom psykiatri deltog i studien. Intervjuerna spelades in och transkriberades för analys.	48 % av deltagarna skulle rapportera en kollegas läkemedelsmisstag och 40 % skulle rapportera sitt eget "close-call". De främsta anledningarna till att inte rapportera MAE är "Ursäktande", "Rädsla", "Kunskap" och "Skuld".	Medel

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2006 Taiwan CINAHL	Hui-Ying Chiang & Ginette A. Pepper	Barriers to Nurses' Reporting of Medication Administration Errors in Taiwan	Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors uppfattning om vad barriärer är, för rapportering av MAE, samt att undersöka sambandet mellan barriärer för rapportering av MAE och kulturella faktorer och sjuksköterskors arbetsmiljö i Taiwan.	Kvantitativ studie Tvärsnittsstudie med frågeformulär. Studien genomfördes vid ett sjukhus i södra Taiwan. Formulär skickades ut till alla sjuksköterskor anställda vid sjukhuset, de enda inklusionskriterierna var att de hade arbetat längre än 3 månader samt att de inte var avdelningschefer. Av 807 utskickade formulär returnerades 727 ifyllda formulär till forskarna (90 %). På grund av ej korrekt ifyllda formulär inkluderades 597 formulär till slut i studien.	Överlag kunde barriärer för rapportering av MAE förklaras med maktstrukturen på avdelningarna och rädsla för att bli betraktad som inkompetent av sina medarbetare och/eller överordnade. Administrativa barriärer visade sig även vara ett stort hinder för rapportering av MAE.	Medel

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 USA CINAHL	Virginia M. Ulanimo., Colleen O'Leary-Kelley., Phyllis M. Connolly	Nurses' Perceptions of Causes of Medication Errors and Barriers to Reporting	Studiens frågeställning: Vad är sjuksköterskornas uppfattning om vanliga anledningar till att MAE inträffar? I vilken utsträckning uppfattar sjuksköterskor att MAE blir rapporterat till avdelningschefen? Vad innebär ett MAE för sjuksköterskorna och när behöver en rapportera detta? <i>Vilka barriärer finns för att rapportera MAE enligt sjuksköterskorna?</i> Vilken effekt har POE och BMCA (tekniska hjälpmedel för att undvika MAE) enligt sjuksköterskorna?	Kvantitativ Deskriptivstudie design. Frågeformulär skickades ut till 61 sjuksköterskor som arbetade vid ett sjukhus i norra Kalifornien. Deltagarna arbetade inom akutsjukvården på någon av tre avdelningar; medicin-, onkologi- eller kirurgavdelning. 27 formulär returnerades och av dessa kunde 25 användas (44 %)	60 % av de tillfrågade sjuksköterskorna ansåg att MAE inte blev rapporterade på grund av rädsla för negativa reaktioner från avdelningschefen och kollegor. Majoriteten av de tillfrågade 64 % svarade att de rapporterar MAE, även de som inte är allvarliga. Endast 16 % rapporterade inte MAE av rädsla för att bli av med jobbet eller att bli utsatt för disciplinära åtgärder.	Medel

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2004 USA PubMed	Karen M. Stratton., Mary A. Blegen., Ginette Pepper., Thomas Vaughn.	Reporting of Medication Errors by Pediatric Nurses	Syftet med studien var att uppskatta hur stor andel av MAE som sjuksköterskor rapporterar på en pediatrik avdelning, att ta reda på sjuksköterskors uppfattningar om varför MAE inträffar och vad de anger för skäl att rapportera MAE. Studien hade även som mål att jämföra skillnader vad gäller rapportering av MAE för sjuksköterskor inom pediatrik och sjuksköterskor inom vård av vuxna.	Kvantitativ Frågeformulär skickades ut till 300 avdelningar på 50 sjukhus. 284 (57 pediatriksjuksköterskor, resterande inom vård av vuxna) användbara formulär returnerades till forskarna. Respondenternas genomsnittsålder var 41 år, hade arbetat som sjuksköterska i 12 år och arbetade 36 timmar/ vecka.	Sjuksköterskor inom pediatrik uppskattade att 67 % av MAE blir rapporterade, jämfört med 56 % bland sjuksköterskor inom vård av vuxna. MAE per 1000 patient dagar var högre inom pediatrik (14,80) jämfört med MAE inom vård av vuxna (5,66). De främsta barriärerna för att inte rapportera MAE var att inte få någon feedback på anmälan och att sjuksköterskan kunde bli uppfattad som inkompetent av kollegor.	Medel

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2014 United Kingdom PubMed	Haw, C., Stubbs, J. & Dickens, G.L.	Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: an interview study of nurses at a psychiatric hospital.	Studiens syfte var att undersöka anledningar till att psykiatriköterskor inte rapporterade felaktig läkemedelshantering, både som de själva begått men även deras kollegor. Studien undersökte även sjuksköterskans uppfattning av barriärer för rapportering av tillbud som inte ledde till patientskada.	Kvalitativ Studien är en intervju utformad efter grundad teoretisk metod. 50 sjuksköterskor med varierande erfarenhet och arbetade inom psykiatri deltog i studien. Intervjuerna spelades in och transkriberades för analys.	48 % av deltagarna skulle rapportera en kollegas läkemedelsmisstag och 40 % skulle rapportera sitt eget ”close-call”. De främsta anledningarna till att inte rapportera MAE är ”Ursäktande”, ”Rädsla”, ”Kunskap” och ”Skuld”.	Medel

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2011 Kanada PubMed	Brubacher, J.R., Hunte, G., Hamilton, L., & Taylor, A.	Barriers to and incentives for safety event reporting in emergency departments	Syftet med studien var att identifiera faktorer som hindrar avvikelseberättande och faktorer som uppmuntrar till rapportering av avvikelse	Kvalitativ studie Semistrukturerade telefonintervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades och bearbetades i i ett kvalitativt dataprogram. Data samlades in under 2 perioder. Den första perioden var mellan juli 2007 till april 2008. Den andra perioden var mellan mars 2008 till december 2008. 106 sjuksköterskor från 94 olika sjukhus deltog i studien.	Sex olika typer av barriärer för avvikelseberättande identifierades. Dessa var tidsbrist, att inte få feedback efter anmälan, rädsla för konsekvenser, otillräcklig utbildning kring avvikelseberättande, oro för att avvikelse ansågs vara ett tecken på inkompetens och svårigheter med rapporteringsprocessen.	Hög

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2012 Iran PubMed	Bayazidi, S., Zarezadeh, Y., Zamanzadeh, V., Parvan, K	Medication Error Reporting Rate and its Barriers and Facilitators among Nurses	Syftet med studien var undersöka frekvensen av MAE rapportering och faktorer som hindrade eller underlättade rapportering bland sjuksköterskorna.	Kvantitativ studie Studien genomfördes vid ett universitetssjukhus i Iran under 2011, 800 sjuksköterskor bjöds in att medverka i studien och 733 sjuksköterskors valde att delta i studien. Informationen samlades in genom frågeformulär som baserades på Haddon matrixen.	Resultatet visade att frekvensen av rapporterade MAE var långt färre än de som inträffat. Deltagarna ansåg att de främsta barriärerna för rapportering var skuldbeläggning på individen istället för systemet, negativa konsekvenser av rapportering, rädsla för reprimander eller besträffning. Sjuksköterskorna har större benägenhet att rapportera ifall patienten blev skadad eller att rapporteringen kunde vara till fördel för patienten.	Medel

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2012 Saudi Arabien PubMed	Almutary, H., H., & Lewis, P., A.	Nurses' willingness to report medication administration errors in Saudi Arabia	Syftet med studien var att bestämma hur ofta sjuksköterskor rapporterade MAE i Saudi Arabien. Det andra syftet med studien var att identifiera potentiella faktorer som hindrade sjuksköterskans rapportering av MAE.	Kvantitativ studie Studien använde sig av strukturerade frågeformulär som delades på ett sjukhus i Saudi Arabien. Studien genomfördes under juni och juli 2011. Dataanalys genomfördes genom användning av IBM SPSS Statistik för Windows, version 18 mjukvara. 62 sjuksköterskors deltog i studien men endast 39 av sjuksköterskorna upplevde att det fanns barriärer för rapportering av MAE och studien bygger på dessa 39 komplett ifyllda.	37 % av deltagande sjuksköterskor hade inga problem med att rapportera sina kollegors MAE. 63 % ansåg att rapportering kunde innebära negativa konsekvenser från kollegor och ledning. Det visade sig även i studiens resultat att alla deltagare ansåg att MAE skulle rapporteras och majoriteten ansåg att rapportering var en värdefull användning av sjuksköterskornas tid. 82 % trodde att de skulle få negativ feedback från sin överordnade ifall de rapporterade MAE.	Låg

